

รายงานวิจัย

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพร
และนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข
Views of Health Professionals on Herbal Medicine and Policy
for Promotion of Herbal Medicine Use in Healthcare Settings



รายงานวิจัย

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพร
และนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข

Views of Health Professionals on Herbal Medicine and
Policy for Promotion of Herbal Medicine Use in Healthcare Settings

โดย

ณัฐชญา คำพล

ศศิกานต์ ไตรสงวน

มนทรัตม์ กาวรเจริญทรัพย์

เนติ สุขสมบูรณ์

วันทนีย์ กุลเพ็ง

ศรียุทธ ตันติเวสส

ยศ ตีระวัฒนานนท์

เมษายน 2554

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร : 0-2590-4549, 0-2590-4374-5

โทรสาร : 0-2590-4369

Website : www.hitap.net

E-mail : hitap@hitap.net



พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2554

จำนวน 500 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท เดอะ กราฟิกोซิสเต็มส์ จำกัด

119/138 หมู่ 11 เดอะเทอร์เรซ ซ.ติวานนท์ 3 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร : 0-2525-1121, 0-2525-4669-70 โทรสาร : 0-2525-1272

E-mail : graphico_sys@yahoo.com

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญอันประกอบด้วย นพ.ประพจน์ เกตุรากาศ ผศ. ภาณุ.สำลี ใจดี น.ส.รัชณี จันทร์เกษ รศ. ดร.นิจศิริ เรืองรังสี ดร.ชฎา พิศาลพงศ์ ภาณุ.กำไร กฤตศิลป์ รวมถึงหน่วยงานที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาล กุดชุม จังหวัดยโสธร โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาล สรรพสิทธิ์ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

คณะผู้วิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

การกำหนดนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรและนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีมาเป็นระยะเวลานานแล้ว แต่การเพิ่มมูลค่า/ปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งไว้ ฉะนั้น เพื่อให้นโยบายดังกล่าวสามารถบรรลุเป้าหมายจึงจำเป็นต้องศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้ยาจากสมุนไพรตลอดจนความคิดเห็นที่มีต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร เพื่อให้ทราบปัจจัยแท้จริงที่ส่งผลต่อการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล รวมถึงแนวทางในการสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อยาจากสมุนไพร 2) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล และ 3) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อปัจจัยส่งเสริม/เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 - พฤษภาคม พ.ศ. 2552 โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มกับบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรมาก และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรน้อย

สำหรับผลการศึกษาแบ่งได้เป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อยาจากสมุนไพร สามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) แพทย์ขาดความเชื่อมั่นในเรื่องประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพร 2) ลักษณะยาจากสมุนไพรไม่ดึงดูดให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะใช้ยา 3) ยาจากสมุนไพรมีราคาสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน 4) การที่แพทย์ขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพและมาตรฐานของยาจากสมุนไพรมีผลต่อความเชื่อมั่นในการสั่งใช้ยา

2. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล บุคลากรเห็นว่าการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดที่เท่ากันให้ในทุกโรงพยาบาลด้วยการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรเป็นร้อยละ 25 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด มีความเป็นไปได้ยากโดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นอกจากนี้ยังขาดแนวทางปฏิบัติและการวางแผนสนับสนุนที่ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินการบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้นโยบายดังกล่าวยังคงส่งเสริมผ่านแพทย์แผนไทยมากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน

3. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อปัจจัยส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขได้แก่ การให้ความสำคัญของการใช้ยาจากสมุนไพรจากบุคคลหลัก (key person) ในโรงพยาบาล การใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนรายการยาแผนปัจจุบัน การให้ข้อมูลเรื่องยาจากสมุนไพรกับแพทย์ใหม่ของโรงพยาบาล และการแจกตัวอย่างยาจากสมุนไพรให้แพทย์ได้ทดลองใช้

4. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ข้อกำหนดเกี่ยวกับสัดส่วนจำนวนรายการยาในโรงพยาบาลและเกณฑ์การเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกันนั้น เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลและต่อการคัดเลือกยาจากสมุนไพรเข้ามาในโรงพยาบาล อีกทั้งความเชื่อมั่นในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานยาจากสมุนไพรยังส่งผลต่อการสั่งใช้ยาอีกด้วย

ข้อเสนอแนะระดับสถานบริการสาธารณสุข

1. จัดอบรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องยาจากสมุนไพรให้แก่แพทย์และบุคคลหลักในโรงพยาบาล โดยเฉพาะแพทย์ใหม่
2. ใช้กลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ได้แก่ การใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน การทำหรือให้ข้อมูลผ่านกิจกรรมต่างๆ รวมถึง academic detailing การเพิ่มปริมาณการใช้ยาผ่านแพทย์แผนไทย เป็นต้น
3. ส่งเสริมให้มีการผลิตยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลและพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน Good Manufacturing Practice (GMP) รวมถึงการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบและยาจากสมุนไพร

ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย/ระบบ

1. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา รูปแบบผลิตภัณฑ์ยา การตรวจวิเคราะห์สารสำคัญ เทคโนโลยีการผลิต และการวิจัยทางคลินิกของยาจากสมุนไพร
2. มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่บริหารจัดการฐานข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรในระดับประเทศอย่างเป็นระบบและสมบูรณ์ เพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆ สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลนั้นได้ง่ายๆ
3. จัดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
4. ปรับปรุงบัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และประสานงานกับระบบประกันสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบการเบิกจ่ายยาจากสมุนไพร
5. กำหนดเป้าหมายการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข เน้นการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ทั้งนี้ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับเป้าหมายหรือยุทธศาสตร์ของแผนหรือนโยบายระดับชาติหลายแผนงาน/นโยบายที่ได้ระบุไว้แล้ว ดังนั้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของแผนงาน/นโยบายนั้นๆ อย่างเป็นรูปธรรม ควรมีการกำหนดรายละเอียดการดำเนินงาน ตัวชี้วัด การติดตาม และการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

Executive Summary

A number of policies on the promotion of herbal medicinal products have been implemented for several years; however, the increase in expenditure and utilization rate of herbal medicinal products has not yet achieved the target set by the Ministry of Public Health. To achieve the goal, knowing health care professionals' views on herbal medicinal products and on the national policy which aims to promote the utilization of herbal medicine in health care facilities is crucial. The objectives of this study are to explore the opinions of health care professionals on the following issues: 1) herbal medicinal products; 2) the national policy to promote the utilization of herbal medicinal products in health care facilities; and 3) the facilitating and impeding factors influencing the utilization of herbal medicinal products in health care facilities. In this study, group interview was conducted among health care professionals, who worked in health care facilities, which reported the high utilization rate of herbal medicinal products. On the other hand, in-depth interviews were conducted among health care professionals, who worked in the health care facilities, which reported a low utilization rate of herbal medicine products. Data collection was conducted between April to May 2009.

The results of this study can be divided into 4 parts:

1. Views on herbal medicinal products: 1) Physicians still lack confidence in the effectiveness and safety of herbal medicinal products; 2) The appearance and other characteristics of herbal medicinal products are not attractive; 3) Herbal medicinal products are more expensive than western medicine; 4) Physicians lack confidence in the quality and manufacturing standards of herbal medicinal products.

2. Views on the national policy to promote the utilization of herbal medicinal products in health care facilities: The set target in terms of expenditure of herbal medicinal products of 25% of the total drug expenditure for every health care facilities, is difficult to accomplish, especially in tertiary care hospitals. Furthermore, there are no practice guidelines and clear strategic plan to support the policy.

3. Views on facilitating factors influencing the utilization of herbal medicinal products in health care facilities: Key facilitating factors are: existence of "a key person" in hospitals; substitution of herbal medicinal products for conventional drugs; provision of information on herbal medicinal products to new physicians in the hospital; and provision of free herbal medicinal product samples for physicians' use.

4. Views on the impeding factors influencing the utilization of herbal medicinal products in health care facilities: Key impeding factors are: number of drug list in the hospital; and criteria on reimbursement of herbal medicinal products.

Recommendations for health care facilities

1. Organization of training on herbal medicinal products for physicians and key persons in the hospital.
2. Employment of strategies for the promotion of herbal medicinal products in the hospital, such as substitution of western medicine for herbal medicinal products, provision of education in various strategies including academic detailing, and promotion of the use of herbal medicine via traditional health professionals.
3. Compliance with Good Manufacturing Practice (GMP) standards for production. Control of the quality of raw materials and finished products.

Recommendations for policy makers

1. Promotion research and development (R&D) of herbal medicinal products in terms of analysis of active ingredients, manufacturing technology, and clinical research for herbal medicinal products.
2. Assignment of a central authority for the systematic and comprehensive management of a national database on herbal medicinal products and promotion of easy access of to the database.
3. Inclusion of knowledge on herbal medicinal products in the medical curriculum.
4. Increase of the number of herbal medicinal products in the National List of Essential Drugs and coordination with health insurance schemes to improve the reimbursement system for herbal medicinal products.
5. Target setting for the use of herbal medicinal products mainly on primary and secondary health care settings.

It should be noted that many recommendations from this study are similar to those specified in the strategic plan of several previous national policies. Therefore, to achieve the goal, reinforcement and monitoring and evaluation of the policy should be implemented more strictly.

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ.....	I
บทสรุปผู้บริหาร.....	II
EXECUTIVE SUMMARY.....	IV
สารบัญ.....	VI
สารบัญรูป.....	VIII
สารบัญตาราง.....	IX
1. หลักการและเหตุผล.....	1
2. การทบทวนวรรณกรรม.....	3
2.1 นโยบายสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพร.....	3
2.1.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.....	3
2.1.2 แผนพัฒนาการสาธารณสุข/แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.....	4
2.1.3 นโยบายแห่งชาติด้านยา.....	11
2.1.4 พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542.....	11
2.1.5 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552.....	11
2.1.6 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนากอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร (พ.ศ. 2548 - 2552).....	12
2.1.7 แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 - 2554.....	13
2.2 ระบบประกันสุขภาพและสิทธิในการรักษาพยาบาลด้วยยาจากสมุนไพร.....	16
2.2.1 สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	16
2.2.2 สิทธิในระบบประกันสังคม.....	16
2.2.3 สิทธิในระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ.....	17
2.3 สถานการณ์เกี่ยวกับยาจากสมุนไพรในปัจจุบัน.....	19
2.3.1 สถานที่ผลิตยาแผนโบราณที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตยา (GMP).....	19
2.3.2 การขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ.....	20
2.3.3 มูลค่าการผลิตและการนำเข้ายาแผนโบราณเข้ามาในประเทศ.....	22
2.3.4 รายการยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ.....	23
2.3.5 การใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ.....	25
2.4 การจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ.....	28
2.4.1 ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย.....	28
2.5 การศึกษาที่เกี่ยวข้อง.....	33
3. วัตถุประสงค์การวิจัย.....	36

4. ระเบียบวิธีวิจัย	36
4.1 รูปแบบการศึกษา (Study design)	36
4.2 การเก็บข้อมูล (Data collection)	36
4.2.1 การสัมภาษณ์กลุ่ม	36
4.2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก	37
4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)	39
5. ผลการศึกษา	39
6. อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	51
7. เอกสารอ้างอิง	63
8. ภาคผนวก	69

สารบัญญรูป

รูปที่ 1	รายจ่ายด้านสุขภาพและรายจ่ายด้านยาต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อรายจ่ายด้านสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ. 2538 – 2548.....	1
รูปที่ 2	มูลค่าการนำเข้าและมูลค่าการผลิตในประเทศของยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณจาก ต่างประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 - 2550.....	2
รูปที่ 3	ช่วงเวลาที่มีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรและยาแผนโบราณ ในสถานพยาบาลของรัฐ.....	15
รูปที่ 4	จำนวนสถานที่ผลิตยาแผนโบราณที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตยาจากสมุนไพร (GMP) ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2553.....	20
รูปที่ 5	แผนผังแสดงขั้นตอนการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ.....	21
รูปที่ 6	จำนวนทะเบียนตำรับยาแผนโบราณที่ได้รับอนุมัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 - 2552.....	22
รูปที่ 7	มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 - 2550.....	23
รูปที่ 8	จำนวนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง จำแนกตาม อาชีพ	31

สารบัญญัตินำ

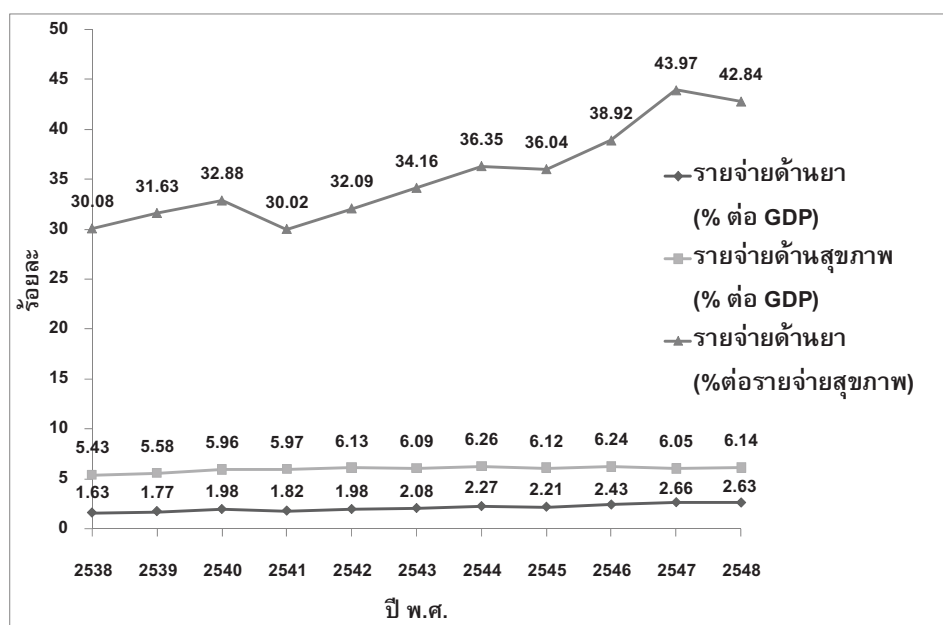
ตารางที่ 1	นโยบายสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ แผนพัฒนาการสาธารณสุข/แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ	5
ตารางที่ 2	รายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพรปี พ.ศ. 2549 ที่มีการใช้ในสถานบริการ สาธารณสุขภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน 318 แห่ง จำแนกตามประเภทและรายการยาจาก สมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	26
ตารางที่ 3	รายการยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 25 อันดับแรก (รวมยาเดี่ยวและยาตำรับ) ที่ใช้ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน 318 แห่ง จำแนกตามรายการ ยาจากสมุนไพร	27
ตารางที่ 4	ผู้ประกอบการโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยที่ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2548 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2552	30
ตารางที่ 5	รายละเอียดของโรงพยาบาลและบุคลากรที่ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก	37
ตารางที่ 6	ข้อเสนอแนะและแนวทางเพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	58

x Health Intervention and Technology Assessment Program
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

1. หลักการและเหตุผล

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมารายจ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจากร้อยละ 5.43 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product; GDP) ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 6.14 ในปี พ.ศ. 2548 ทั้งนี้รายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายด้านยา ซึ่งพบด้วยว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ดังแสดงในรูปที่ 1 [1] ซึ่งพบว่ารายจ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.08 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 42.84 ของรายจ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2548

รูปที่ 1 รายจ่ายด้านสุขภาพและรายจ่ายด้านยาต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อรายจ่ายด้านสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2538 - 2548

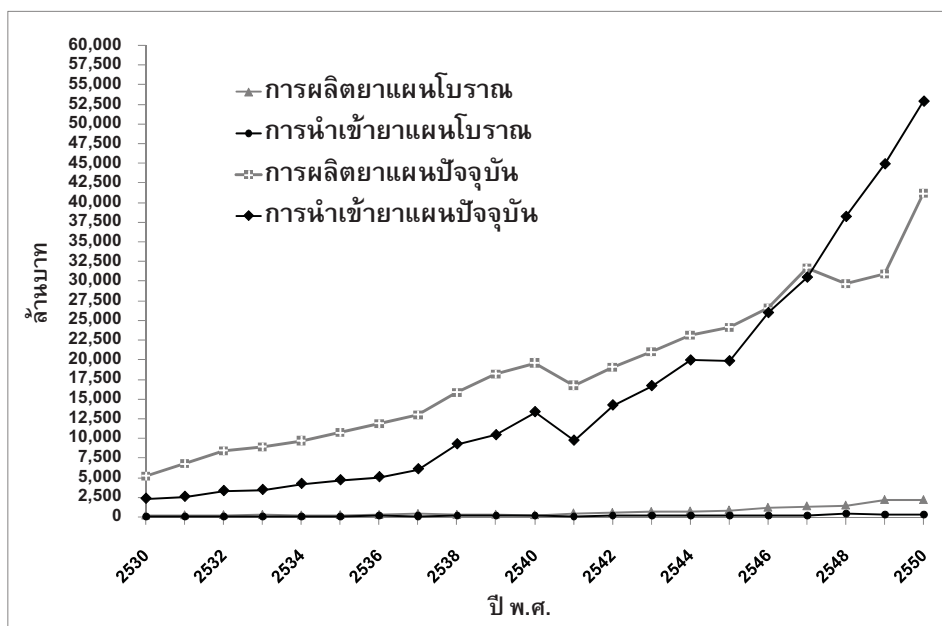


ดัดแปลงจาก: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ในส่วนของรายจ่ายด้านยาพบว่า รายจ่ายด้านยาส่วนใหญ่มาจากการใช้ยาแผนปัจจุบันซึ่งต้องมีการนำเข้าจากต่างประเทศ โดยมูลค่าการผลิตยาแผนปัจจุบันและการนำเข้ายาแผนปัจจุบันในประเทศไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนไป ทั้งนี้พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2530 – 2547 มูลค่าการผลิตยาแผนปัจจุบันสูงกว่ามูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบัน แต่ระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2550 มูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันกลับสูงขึ้นกว่าการผลิตยาแผนปัจจุบันในประเทศอย่างรวดเร็ว โดยมูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันในประเทศเป็น 38,293 ล้านบาท 45,005 ล้านบาท และ 53,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ ในส่วนของยาแผนโบราณเมื่อเปรียบเทียบมูลค่าการผลิตและการนำเข้ามาในประเทศไทย จะเห็นได้ว่ายาแผนโบราณมีมูลค่าการผลิตมากกว่ามูลค่าการนำเข้ามาในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2530 มีมูลค่าการผลิตเท่ากับ 208 ล้านบาท และมูลค่าการผลิตค่อนข้างคงที่ต่อเนื่องกว่า 10 ปี แต่ภายหลังจากปี พ.ศ. 2541 มูลค่าการผลิตยาแผนโบราณเริ่มมีมูลค่าเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

เป็น 2,197 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2549 อย่างไรก็ตาม มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนโบราณยังมีค่าต่ำกว่ายาแผนปัจจุบันอย่างเห็นได้ชัด ดังแสดงในรูปที่ 2

รูปที่ 2 มูลค่าการนำเข้าและมูลค่าการผลิตในประเทศของยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณจากต่างประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 - 2550



ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การใช้ยาจากสมุนไพรนอกจากจะทำให้เกิดการพึ่งพาตนเอง ลดการสูญเสียเงินตราจากการนำเข้ายาจากต่างประเทศแล้ว ยังเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาชาวบ้านและเป็นการสร้างรายได้ให้แก่ชุมชนในท้องถิ่นอีกด้วย ทั้งนี้หากมีการนำยาจากสมุนไพรมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งในด้านการป้องกันโรคและบำบัดรักษาแล้ว จะทำให้การแก้ไขปัญหาสารพิษเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ได้มีการบรรจุบัญชียาจากสมุนไพรไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งประกอบด้วยยาดำรับ 3 รายการ และยาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนารูปแบบเป็นสูตรยาเดี่ยวจำนวน 5 รายการ ทั้งนี้ได้มีการเพิ่มรายการยาดำรับอีก 8 รายการ และยาพัฒนาจากสมุนไพร (ทั้งตำรับยาเดี่ยวและยาผสม) อีก 3 รายการเข้าไว้ในบัญชียาจากสมุนไพรในปี พ.ศ. 2549 รวมเป็นทั้งสิ้น 19 รายการ [2]

สำหรับนโยบายระดับชาติในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐนั้นเริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้มีนโยบายที่ระบุอย่างชัดเจนว่าให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนใช้ยาจากสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 และร้อยละ 5 ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลตามลำดับ [3, 4] แต่อย่างไรก็ตาม การใช้ยาจากสมุนไพรยังเป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยในปี พ.ศ. 2547 พบว่า มูลค่า

การใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นร้อยละ 0.48 และในโรงพยาบาลชุมชนเป็นร้อยละ 2.38 เมื่อเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน ส่วนแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนามิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 – 2554 ซึ่งถือเป็นแผนการบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีความครอบคลุมมากที่สุดแล้ว ได้มีการกำหนดเป้าหมายการเพิ่มมูลค่า/ปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่ง โดยให้ใช้ยาจากสมุนไพรอย่างน้อยร้อยละ 25 ภายใน 5 ปี

เพื่อให้นโยบายดังกล่าวสามารถบรรลุผลตามเป้าหมายที่ระบุจึงจำเป็นต้องศึกษาความคิดเห็นต่อยาจากสมุนไพรและนโยบายดังกล่าวตลอดจนปัจจัยที่ส่งเสริม/เป็นอุปสรรคต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผลจากการศึกษาที่ได้สามารถนำมาวิเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะและแนวทางในการสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

ทั้งนี้คำนิยาม/คำจำกัดความของยาจากสมุนไพรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้คำนิยาม/คำจำกัดความตามการแบ่งของคณะกรรมการยาที่มีมติในการประชุมเมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2542 ซึ่งยาจากสมุนไพรมีนิยามรวมถึงยา 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. ยาแผนโบราณ (traditional drugs) หมายถึง ยาจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณ ขนาด และวิธีใช้ที่เป็นองค์ความรู้สืบทอดกันมา

2. ยาจากสมุนไพรแผนโบราณ (modified traditional drugs) หมายถึง ยาจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณ ขนาด และวิธีใช้ที่เป็นองค์ความรู้ที่สืบทอดต่อกันมา และมีการพัฒนารูปแบบยา (dosage form) ไปจากเดิม

3. ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน (herbal medicine) หมายถึง ยาจากสมุนไพรที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาต่อเนื่องจากยาแผนโบราณด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีตัวยาสำคัญอยู่ในลักษณะ semi-purified compounds

4. ยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาใหม่ (new drugs) หมายถึง ยาจากสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์จนได้ตัวยาสำคัญอยู่ในลักษณะสารบริสุทธิ์ (purified substance) ซึ่งทราบสูตรโครงสร้างแน่ชัด

2. การทบทวนวรรณกรรม

2.1 นโยบายสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพร

2.1.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเริ่มมีการจัดทำเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2504 โดยมีการจัดทำขึ้นทุกๆ 5 ปี ยกเว้นฉบับที่ 1 ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือช่วงปี พ.ศ. 2504 - 2506 และระยะที่ 2 คือช่วงปี พ.ศ. 2506 - 2509 ปัจจุบันมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาแล้วทั้งหมด 10 ฉบับ โดยนโยบายเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรเริ่มปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 1 และในฉบับต่อๆ มา ก็ได้มีการบรรจุแผนเกี่ยวกับเรื่องยาจากสมุนไพรไว้เช่นกัน ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

2.1.2 แผนพัฒนาการสาธารณสุข/แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

แผนพัฒนาการสาธารณสุขหรือแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติจัดทำขึ้นเพื่อให้มีความสอดคล้องกับทิศทางในการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยเริ่มมีเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2504 ซึ่งฉบับที่ 1 - 8 เรียกว่า “แผนพัฒนาการสาธารณสุข” ส่วนฉบับที่ 9 และ 10 ได้ปรับเปลี่ยนมาใช้คำว่า “แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ” ในส่วนนโยบายที่เกี่ยวกับสมุนไพรนั้นได้ปรากฏครั้งแรกในฉบับที่ 1 และได้ปรากฏนโยบายนี้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในฉบับต่อๆ มา ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 นโยบายสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสาธารณสุข/แผนพัฒนาสุขภาพ
แห่งชาติ

ฉบับที่ (พ.ศ.)	สาระสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สาระสำคัญในแผนพัฒนาสาธารณสุข/ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับที่ 1 (2504 - 2509) [5, 6]	มีแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับการศึกษา ค้นคว้าผลิตยาจากสมุนไพรและวัตถุดิบ ที่มีในประเทศ	วิเคราะห์วิจัยเรื่องสมุนไพรไทย และตรวจสอบควบคุม มาตรฐานยา
ฉบับที่ 2 (2510 - 2514) [6, 7]	ขยายงานด้านวิเคราะห์วิจัยและชันสูตรทางการแพทย์ในสาขาเภสัชวินิจฉัยและพฤกษ เคมี ซึ่งสาขาเหล่านี้ล้วนเป็นสาขาที่เกี่ยวข้องกับยาจากสมุนไพร	วิเคราะห์วิจัยเรื่องสมุนไพรไทย และตรวจสอบควบคุม มาตรฐานยา
ฉบับที่ 3 (2515 - 2519) [6, 8]	มีโครงการวิจัยสมุนไพรไทย และมีภารกิจกำหนดวิเคราะห์วิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรปีละ ประมาณ 1,200 ราย	วิเคราะห์วิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรไทยปีละประมาณ 1,200 ราย
ฉบับที่ 4 (2520 - 2524) [9, 10]	ไม่พบข้อมูล	ศึกษาคุณและโทษของสมุนไพร และส่งเสริมการปลูก สมุนไพรที่มีคุณค่าในการรักษาโรค
ฉบับที่ 5 (2525 - 2529) [11, 12]	1. ส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม เพราะมีราคาถูกหรือสามารถจัดหาได้ โดยไม่เสียเงิน มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอยู่แล้วจากตัวประชาชนในชนบท เอง ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาได้ง่ายๆ ได้ด้วย ทั้งนี้ให้ดำเนินการดังนี้ - คัดเลือกชนิดของสมุนไพรต่างๆ ที่มีคุณภาพดี ไม่มีพิษภัย - ดำเนินการแพร่พันธุ์ จัดหา ผลิตเป็นยาสมุนไพร - ส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพรให้แก่ประชาชน โดยใช้อาสาสมัคร	1. เห็นสมุนไพรที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะแนะนำให้ประชาชน ปลูกไว้สำหรับใช้ช่วยตนเองได้ในกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ ร้ายแรง รวมทั้งศึกษากรณีที่สามารถทดแทนการนำเข้าหรือมี การส่งออกได้ 2. เห็นการนำยาจากสมุนไพรหรือยาแผนโบราณที่มี ประสิทธิผลมาใช้โดยตรง โดยอาจใช้เทคโนโลยีต่างๆ

ฉบับที่ (พ.ศ.)	สาระสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สาระสำคัญในแผนพัฒนาการสาธารณสุข/ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
	<p>2. เร่งพัฒนาอุตสาหกรรมส่งออกประเภทที่มีความสำคัญสนับสนุนการพัฒนาด้านความมั่นคงและเป็นยุทธศาสตร์ปัจจัยในภาวะฉุกเฉิน เช่น อุตสาหกรรมเครื่องมีสื่อสารขนาดเล็ก อุตสาหกรรมอาหาร และอุตสาหกรรมสมุนไพร</p> <p>3. เร่งพัฒนาเพื่อพึ่งตนเองในยุทธศาสตร์หลัก เช่น ยาสมุนไพร การถนอมอาหาร การลดการพึ่งต่างประเทศด้านพลังงานในพื้นที่ชนบท</p> <p>4. มุ่งพัฒนาใช้สมุนไพรที่มีประเทเพื่อเสริมสร้างการพึ่งตนเองในการบริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้ได้ตั้งเป้าหมายการพัฒนาพืชสมุนไพรให้ใช้ทดแทนยาสามัญประจำบ้านให้ได้ร้อยละ 63 ในปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 เพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบันประเภทยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด น้ำเกลือผสม ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการเตรียมพร้อมในยามฉุกเฉิน</p>	<p>จัดแบบรูปแบบและขนาดที่ใช้ให้เหมาะสม ทั้งนี้เพราะการใช้ในรูปของยาจากสมุนไพรจะมีราคาถูกกว่าสารสกัดบริสุทธิ์ และทำให้เกิดอันตรายน้อยกว่า ซึ่งเหมาะกับการใช้ และแนะนำให้ประชาชนในชนบทที่ใช้ นอกจากนี้ยาจากสมุนไพรยังสามารถกระจายได้อย่างทั่วถึงอีกด้วย</p>
ฉบับที่ 6 (2530 - 2534) [13, 14]	<p>สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการผลิตยา การจัดหา การกระจาย และการใช้ยาให้ เป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเฉพาะการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้ในการสาธารณสุขมูลฐาน อุตสาหกรรมยาแผนโบราณและแผนปัจจุบัน ตลอดจนเพื่อการส่งออก</p>	<p>1. พัฒนาเทคโนโลยีการผลิตยาจากสมุนไพร เพื่อใช้ในระดับสาธารณสุขมูลฐานและชั้นอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ประชาชนใช้ยาจากสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน</p> <p>2. ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน ประชาสัมพันธ์และสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพร และหรือสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันบางส่วน</p> <p>3. ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการผลิตและการกระจายยาจากสมุนไพร</p>

ฉบับที่ (พ.ศ.)	สาระสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สาระสำคัญในแผนพัฒนาการสาธารณสุข/ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับที่ 7 (2535 - 2539) [15, 16]	พัฒนาภูมิปัญญาทางด้านบริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพรและการนวด ประสานเข้ากับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน	<p>1. มีการค้นคว้าศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรทั้งในระดับชุมชนพื้นฐาน จนถึงการวิจัยสมุนไพรเพื่อนำมาผลิตยาจากสมุนไพรตลอดจนสามารถนำสมุนไพรมาใช้ในการผลิตเป็นยาในระดับอุตสาหกรรมผลิตยาจากสมุนไพร เพื่อการทดลองทางคลินิกโดยประสานกับโรงพยาบาลต่างๆ</p> <p>2. คัดเลือกสมุนไพรที่เหมาะสมต่อการบำบัดรักษาโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ</p> <p>3. ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรให้แก่ประชาชน</p> <p>4. ตรวจจับการวิเคราะห์ตัวอย่างสมุนไพรและตำรับยาแก่ภาครัฐและเอกชน และจัดตั้งศูนย์ข้อมูลด้านสมุนไพร</p> <p>5. สนับสนุนให้มีการวางมาตรฐานในการกำหนดให้โรงพยาบาลของรัฐใช้ยาจากสมุนไพรที่ผลิตขึ้น</p>
ฉบับที่ 8 (2540 - 2544) [17, 18]	<p>1. ส่งเสริมการลงทุน การวิจัยและพัฒนา และการปรับปรุงกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งตนเองด้านการผลิตยา วัคซีน และสมุนไพร ตลอดจนพัฒนาเป็นสินค้าอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออก</p> <p>2. สนับสนุนเกษตรกรในการผลิตและแปรรูปสินค้าเกษตรภายใต้แนวทางการพัฒนาแบบยั่งยืน สอดคล้องกับกรอบปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยลดอุปสรรคของการส่งออกสินค้าเกษตรของไทยในระยะยาว โดยเฉพาะสินค้าเกษตรแปรรูปประเภทอาหารและเครื่องอุปโภคบริโภค ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ยาแผนโบราณ และอาหารปลอดภัย เป็นต้น</p>	<p>1. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกสมุนไพรที่มีศักยภาพในการรักษาเพื่อนำมาพัฒนา</p> <p>2. ศึกษาวิจัยในสาขาวิชาการต่างๆ เพื่อพัฒนาสมุนไพรเป็นยา อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ และเครื่องสำอาง พัฒนาเทคนิคในการผลิตผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรให้อยู่ในระดับอุตสาหกรรม ศึกษาวิจัยสมุนไพรที่ใช้เป็นวัตถุดิบและจัดทำเกณฑ์มาตรฐานของสมุนไพรเพื่อใช้เป็นหลักในการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร</p>

ฉบับที่ (พ.ศ.)	สาระสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สาระสำคัญในแผนพัฒนาการสาธารณสุข/ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับที่ 9 (2545 - 2549) [3, 19]	<p>3. สนับสนุนการพัฒนาแพทย์แผนไทยให้สามารถผสมผสานในระบบสาธารณสุข โดยการพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานของบุคลากรและสถานบริการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เป็นที่เชื่อถือ</p> <p>1. พัฒนาแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐานทางการแพทย์ รวมทั้งให้มีการฝึกอบรมถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>2. ส่งเสริมการศึกษาวิจัย และพัฒนาคุณภาพการบริการด้านรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพของไทยให้ทันสมัย โดยเฉพาะแพทย์แผนไทยและยาจากสมุนไพร โดยปรับปรุงกฎ ระเบียบ ให้สามารถรับรองมาตรฐานการขึ้นทะเบียนยาได้</p> <p>3. พัฒนาการระบอบการผลิตและการแปรรูปผลิตภัณฑ์ที่เน้นผลิตภัณฑ์อาหารสมุนไพร เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและยกระดับการอนุรักษ์และพัฒนายาสมุนไพรทางการแพทย์และการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการเกษตรอย่างยั่งยืน</p>	<p>3. ถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เหมาะสมแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือก ทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล โดย</p> <p>1. มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นองค์กรมหาชน</p> <p>2. สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนมีการใช้ยาจากสมุนไพรที่ได้มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมาย และเป็นไปตามหลักวิชาการ โดยในระดับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้ยาจากสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 และร้อยละ 5 ของมูลค่ายาในโรงพยาบาล</p>
ฉบับที่ 10 (2550 - 2554) [20, 21]	<p>1. พัฒนาการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย และพัฒนาบุคลากรที่สามารถผสมผสานการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือกกับการแพทย์สมัยใหม่</p> <p>2. ศึกษาวิจัยการพัฒนาสมุนไพร การแพทย์แผนไทย เพื่อเชื่อมต่อกับภูมิปัญญาท้องถิ่นกับองค์ความรู้ใหม่ นอกจากนี้ต้องให้ความรู้เรื่องสิทธิบัตร และมีการจัดการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนา</p> <p>3. ให้การสนับสนุนและบูรณาการนโยบายการพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย รวมถึงสนับสนุนภาคการผลิตและภาคการบริการที่ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการเรื่องสมุนไพร</p>	<p>เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งพาตนเองได้ในด้านสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย โดย</p> <p>1. เร่งรัดการพัฒนาสมุนไพรให้สามารถใช้อย่างได้ผลและพอเพียงทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ เพื่อการพึ่งตนเองได้</p>

ฉบับที่ (พ.ศ.)	สาระสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สาระสำคัญในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ
	<p>4. สร้างองค์ความรู้และจัดทำหลักฐานความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งการฟื้นฟูอนุรักษ์ และใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติ การแพทย์แผนไทย สมุนไพร และเกษตรกรรมชาติ รวมทั้งจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยทุกภูมิภาค และสนับสนุนประชาชนบ้าน แพทย์แผนไทย และนักพฤกษศาสตร์ที่บ้าน เพื่อสืบทอดองค์ความรู้แก่คนรุ่นต่อไป</p> <p>5. ยกกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ โดยพัฒนากระบวนการผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งต้องมี Clinical Study เกี่ยวกับสมุนไพรและแพทย์แผนไทยด้วย</p> <p>6. ให้มีการปรับปรุงหรือแก้ไขกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 โดยกำหนดให้มาตรฐานระหว่างแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันมีความแตกต่างกัน และควรปรับปรุงประเด็นที่มีความขัดแย้งกับพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เรื่องสมุนไพรที่นำมาทำยาภิบาลโรค เพื่อให้ทำการแพทย์แผนไทยเป็นแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพได้อย่างแท้จริง</p>	<p>2. ส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>3. ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพชุมชนให้มีความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเร่งรัดให้ประชาชนบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ</p> <p>4. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ทางเลือกสุขภาพให้มีความหลากหลาย ผลผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับต่างประเทศที่มีความชำนาญ ตลอดจนการคุ้มครองภูมิปัญญาและสร้างกลุ่มเครือข่าย</p> <p>5. สร้างระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้วยคู่มือไปกับการวางแผนการใช้ประโยชน์ที่รู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง</p> <p>6. สร้างทางเลือกที่หลากหลายในการรักษาโรค เพื่อลดการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและมีราคาแพง ด้วยการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนด้วยสมุนไพร รับประทานอาหารสุขภาพที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และการพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ</p>

ฉบับที่ (พ.ศ.)	สาระสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สาระสำคัญในแผนพัฒนาการสาธารณสุข/ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
		<p>7. พัฒนาระบบการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน และจัดระบบฐานข้อมูล ระบบสารสนเทศที่รวบรวมองค์ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายอย่างเป็นระบบ</p> <p>8. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างกลไกทางกฎหมาย เพื่อการคุ้มครองและเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของชาติไทย</p>

2.1.3 นโยบายแห่งชาติด้านยา

ใน พ.ศ. 2523 คณะกรรมการกลางเพื่อจัดทำนโยบายแห่งชาติทางด้านยา ได้ประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2524 เป็นฉบับแรก โดยได้กำหนดให้การใช้จ่ายของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ เป็นไปตามรายการยาในบัญชียาจำเป็นและสูตรตำรับยาแห่งชาติ ต่อมาในวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2536 ได้มีการประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2536 ซึ่งสาระสำคัญของนโยบายมีความชัดเจน มีรายละเอียดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ กลวิธีและมาตรการในการดำเนินการ และหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ซึ่งนโยบายฉบับนี้ได้มีการกำหนดนโยบายสำหรับการดำเนินการเรื่องสมุนไพร โดยมีสาระสำคัญคือ (1) สนับสนุนการศึกษาและวิจัยเพื่อให้ทราบศักยภาพด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และบำบัดรักษาของสมุนไพร ยาจากสมุนไพร และยาแผนโบราณ (2) ส่งเสริมการใช้สมุนไพร ยาจากสมุนไพร และยาแผนโบราณอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ และ (3) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีเพาะปลูกพืชสมุนไพรที่จะเป็นเป้าหมายในการผลิตวัตถุดิบทางยาเพื่อใช้ในอุตสาหกรรมยา [2, 22]

2.1.4 พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้มีมาตรการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และส่งเสริมให้เอกชนและองค์กรเอกชนตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ พัฒนา และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน ซึ่งสาระสำคัญคือ การคุ้มครองตำรับยาไทยและตำราการแพทย์แผนไทย โดยคุ้มครอง 3 ประเภทคือ (1) ตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ (2) ตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป และ (3) ตำรับยาแผนไทยส่วนบุคคลหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล ซึ่งสถาบันการแพทย์แผนไทยมีหน้าที่รวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับตำรายาไทยและตำราการแพทย์แผนไทยทั่วราชอาณาจักรเพื่อจัดทำทะเบียน นอกจากนี้พระราชบัญญัติได้มีการคุ้มครองสมุนไพร ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสามารถออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้สมุนไพรที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ หรืออาจจะสูญพันธุ์เป็นสมุนไพรควบคุม นอกจากนี้ยังได้มีการคุ้มครองบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพร ซึ่งมีมาตรการในการดำเนินพื้นที่ 3 ประเภทคือ (1) พื้นที่เขตอนุรักษ์ ได้มีการกำหนดให้รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการจัดทำ “แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพร” ขึ้น (2) พื้นที่นอกเขตอนุรักษ์ และ (3) ที่ดินของเอกชน [23, 24]

2.1.5 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

ตามมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ 12 หัวข้อ โดยในหัวข้อ (7) คือ “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

อื่นๆ” โดยเมื่อพิจารณาเนื้อหาในธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติแล้ว ได้กล่าวถึงเป้าหมายเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องนี้ [25, 26] ดังนี้

1) ชุมชนและชุมชนท้องถิ่นตระหนักถึงคุณค่าและมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนการใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของชุมชนและชุมชนท้องถิ่นอย่างเหมาะสม

2) การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีกลไกและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการใช้ และการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ได้แก่ การสร้างและจัดการความรู้ การสร้างและพัฒนาระบบสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุข ระบบยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร โดยมีระบบ กลไก และจัดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอสำหรับโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

3) มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างพอเพียง อย่างน้อยร้อยละ 10 ของรายการยาทั้งหมด และได้รับการส่งเสริมและใช้ในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศ

4) มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านในระดับชุมชน ระดับประเทศ และระดับภูมิภาค

5) มีระบบและกลไกที่เข้มแข็ง มีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง อิสระ และเป็นกลางในการคัดกรอง ส่งเสริมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ้มค่า และปลอดภัย เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน

6) มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ อย่างพอเพียง เพื่อการสร้างและจัดการความรู้ อย่างเป็นระบบ ในการศึกษาวิจัย การผลิตและพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาตำรา

7) มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐานในการบริการ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากรอย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง

2.1.6 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร (พ.ศ. 2548 - 2552)

คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2544 แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร” เพื่อให้เป็นองค์กรที่จะกำหนดนโยบาย ประสานงาน และกำกับดูแลงานพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างครบวงจร โดยมีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศไทยอย่างเป็นระบบ ครบวงจร ทั้งในด้านการเพาะปลูกสมุนไพรเพื่อผลิตวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ การนำภูมิปัญญาดั้งเดิมมาพิสูจน์ วิจัย และพัฒนาด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์ การแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ทุกระดับที่มีมาตรฐานการผลิตที่ดี ส่งเสริมการตลาดทั้งในและต่างประเทศเพื่อทดแทนการนำเข้าและมีศักยภาพการแข่งขันในตลาดโลก รวบรวมองค์ความรู้ด้านสมุนไพรที่ถูกต้องและมีระบบการสืบทอดความรู้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการปรับปรุงแก้ไขข้อกฎหมายให้ทันสมัยและเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร [2]

โดยแบ่งออกเป็น 8 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

- 1) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรให้ครบวงจร
- 2) ส่งเสริมการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ
- 3) กำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพสมุนไพร
- 4) ส่งเสริมอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร
- 5) ส่งเสริมการตลาดสมุนไพร
- 6) ปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่ออุตสาหกรรมสมุนไพร
- 7) พัฒนาเครือข่ายองค์ความรู้ด้านสมุนไพร
- 8) กำหนดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

2.1.7 แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 - 2554

แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 - 2554 [27] นับเป็นแผนแม่บทฉบับแรกที่กำหนดทิศทางและบทบาทของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพของประเทศ โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานใน 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- 1) การสร้างและการจัดการความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
- 2) การพัฒนาระบบสุขภาพการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
- 3) การพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
- 4) การพัฒนายาไทยและยาจากสมุนไพร
- 5) การคุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 4 ตามแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2552 - 2554 มีมาตรการและแนวทางดังนี้ [28]

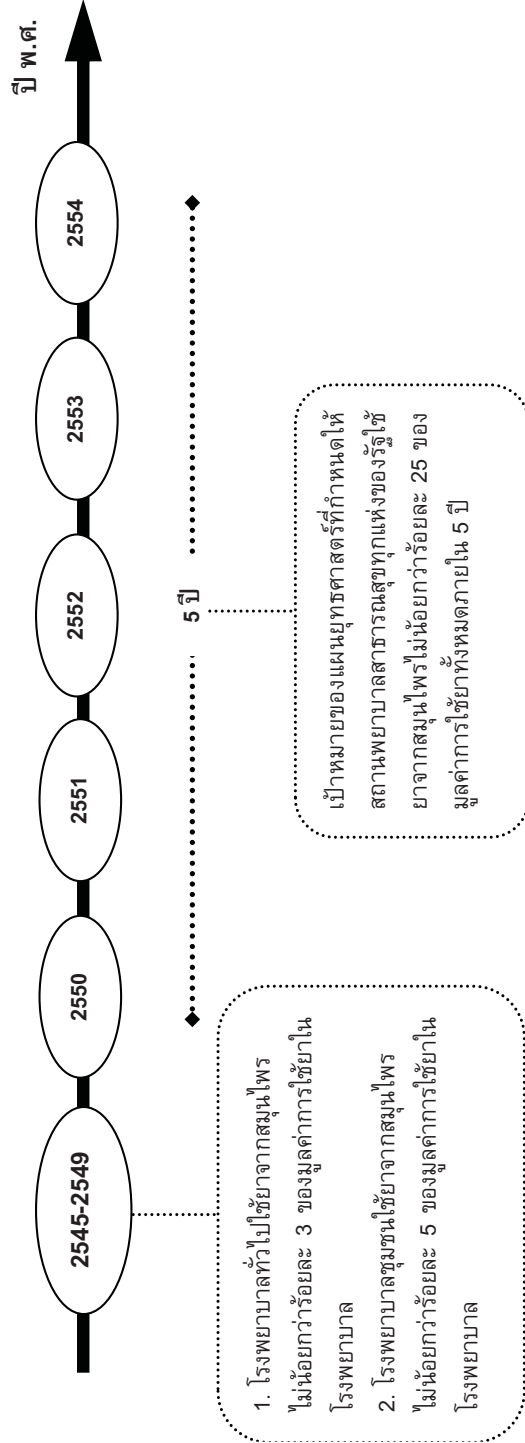
- 1) การพัฒนานโยบายระดับชาติเพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมยาไทยและยาจากสมุนไพรให้มีคุณภาพและมาตรฐานในการผลิตยาไทยและยาจากสมุนไพร มีนโยบายส่งเสริมให้มียาไทยและยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักเพิ่มมากขึ้น
- 2) การส่งเสริมคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยาไทยและยาจากสมุนไพร มีการส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนา การจัดทำตำรับยาไทยและยาจากสมุนไพรแห่งชาติ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน
- 3) การส่งเสริมการเข้าถึงยาไทยและยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพและใช้อย่างถูกต้อง โดยการส่งเสริมให้มีร้านยาไทยคุณภาพที่เป็นแบบอย่าง การกระจายของร้านยาไทยทั่วประเทศ รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ผลิตยาไทยและยาจากสมุนไพร

สำหรับตัวชี้วัดในการดำเนินงานที่สำคัญๆ ได้แก่ อุตสาหกรรมยาไทยได้ GMP เพิ่มขึ้นปีละ 10 แห่ง มีการใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันปีละ 2 ตำรับ และแต่ละรายการขยายไป 10 สถานพยาบาลต่อปี มีการใช้ยาไทยร้อยละ 25 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดภายใน 5 ปี มีการวิจัยการใช้

ยาไทยเพื่อบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติปีละ 10 ตำรับ มีร้านยาไทยและสมุนไพรคุณภาพต้นแบบใน 4 ภูมิภาค

แม้ปัจจุบันประเทศไทยจะให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนตะวันตกในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยยาแผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตาม การแพทย์แผนไทยซึ่งถือเป็นภูมิปัญญาของบรรพบุรุษไทยที่สืบทอดกันมาอย่างช้านานก็ได้ถูกละเลย จะเห็นได้จากผู้กำหนดนโยบายเล็งเห็นถึงความสำคัญดังปรากฏแผนต่างๆ ที่เกี่ยวกับสมุนไพรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ นโยบายแห่งชาติด้านยา พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสาธารณสุขผลิตภัณฑ์สมุนไพร (พ.ศ. 2548 - 2552) และแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 - 2554 ซึ่งหากพิจารณาแผนพัฒนาฯ หรือแผนยุทธศาสตร์ฉบับต่างๆ แล้ว จะเห็นถึงวิวัฒนาการในการพัฒนานโยบาย รวมถึงแผนยุทธศาสตร์ในการส่งเสริม และพัฒนายาจากสมุนไพรไทย โดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้มีนโยบายที่ระบุอย่างชัดเจนว่าให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนใช้ยาจากสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 และร้อยละ 5 ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลตามลำดับ [3] ส่วนแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 - 2554 ซึ่งถือเป็นแผนการบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีความครอบคลุมมากที่สุดแล้ว ได้มีการกำหนดเป้าหมายการเพิ่มมูลค่าปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่ง โดยให้ใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรอย่างน้อยร้อยละ 25 ภายใน 5 ปี [4] ดังแสดงในรูปที่ 3 [3, 4, 29]

รูปที่ 3 ช่วงเวลาที่มีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรและยาแผนโบราณในสถานพยาบาลของรัฐ



2.2. ระบบประกันสุขภาพและสิทธิในการรักษาพยาบาลด้วยยาจากสมุนไพร

2.2.1 สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ โดยสิทธิในการรักษาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะจนถึงขั้นสุดท้ายของการรักษา ซึ่งการบริการการแพทย์แผนไทยนั้น ได้แก่ ยาจากสมุนไพรหรือยาแผนไทย การนวดเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การอบหรือประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา สำหรับการรักษาดังกล่าวด้วยยาจากสมุนไพรต้องเป็นยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น นอกจากนี้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังเห็นชอบให้มีการจัดตั้งกองทุนสมทบค่าบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 เพื่อช่วยพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นทางเลือกที่มีคุณภาพและปลอดภัย มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน สามารถพัฒนาาร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม ทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนและสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว โดยจัดสรรงบประมาณจำนวน 46.477 ล้านบาท (1 บาทต่อหัวประชากร) ร่วมกับงบสนับสนุนปี 2550 จำนวน 28.2 ล้านบาท (งบปี 2550 ยังไม่ได้มีการดำเนินการ) ทำให้มีงบสมทบค่าบริการในเรื่องนี้ทั้งหมด 74.677 ล้านบาท [30] ส่วนปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 จัดสรรงบประมาณเท่ากับปี 2551 คือ 1 บาทต่อหัวประชากร [31] ในขณะที่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 เพิ่มเป็นจำนวน 94.48 ล้านบาท (2 บาทต่อหัวประชากร) [32] ซึ่งงบประมาณนี้เป็นการสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยฯ โดยเน้นการนวดเพื่อการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2.2 สิทธิในระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมมี 2 กองทุน [33, 34] ได้แก่ (1) กองทุนประกันสังคม ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันไม่เนื่องมาจากการทำงาน และ (2) กองทุนทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน สำหรับระบบบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสังคม ในส่วนของการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย ไม่มีกำหนดไว้เป็นการเฉพาะและไม่อยู่ในประกาศยกเว้น ดังนั้นจึงอยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาล ถ้าแพทย์ผู้รักษาสั่งการรักษา สถานพยาบาลจะเก็บเงินจากผู้ประกันตนไม่ได้ ส่วนระบบบริการทางการแพทย์ของกองทุนเงินทดแทนมีเกณฑ์ดังนี้

- 1) ใช้ระบบเบิกจ่ายตามจริง แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด
- 2) ลูกจ้างเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลใดก็ได้
- 3) แนวทางการรักษาด้านแพทย์แผนไทยเป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น โดย

- ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย
- ผู้ให้บริการต้องได้รับการรับรองจากสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้สั่งตามรายการและอัตราค่ารักษาพยาบาลดังนี้ การนวด การประคบ การอบไอน้ำ

เพื่อการรักษาโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ทำได้ 1 ชุด ชุดละ 7 ครั้ง แต่ละครั้งเว้นระยะห่าง 2-3 วัน ครั้งละ 200 บาท ถ้าครบชุดแล้วยังไม่หาย แพทย์ผู้รักษาต้องพิจารณาความจำเป็นว่าต้องรักษาต่อด้วยวิธีชนิดหรือไม่ ส่วนยาจากสมุนไพรหรือยาแผนไทยต้องอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ กรณีจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติจะต้องเป็นยาที่ขึ้นทะเบียนยาหรือผลิตตามตำรับโรงพยาบาลรัฐ แล้วให้คณะกรรมการการแพทย์ของสถานพยาบาลเป็นผู้วินิจฉัยความจำเป็นและออกหนังสือรับรองการเบิกจ่าย

2.2.3 สิทธิในระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ

สิทธิในโครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ [35] มีการกำหนดการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยตามอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ กระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลางได้พิจารณากำหนดขึ้น เกณฑ์ข้อกำหนดอยู่ในหมวดที่ 15 เรื่องค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะ สำหรับการเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ได้กำหนดไว้ว่า จะต้องเป็นกรณีเพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสุขภาพ มิใช่กรณีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค ซึ่งการเบิกจ่ายค่าบริการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยสามารถเบิกจ่ายได้ตามรายการและไม่เกินอัตรา ดังนี้

- 1) การนวดเพื่อลดอาการปวดและประคบด้วยสมุนไพร ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละไม่เกิน 250 บาท
- 2) การนวดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ และการประคบสมุนไพร (รวมค่าอุปกรณ์) 2 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 250 บาท
- 3) ค่าอบไอน้ำสมุนไพร (เฉพาะผู้ป่วยหอบหืด หัวใจ ที่ไม่มีไข้) ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 100 บาท (รวมสมุนไพร)

สำหรับการเบิกจ่ายค่ายาจากสมุนไพรหรือยาแผนไทย (ยาแผนโบราณหรือยาตำรับ) ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่าย ซึ่งได้มีระเบียบปฏิบัติตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้

- 22 มิถุนายน พ.ศ. 2549 (ลงวันที่ตามคำสั่งหนังสือกรมบัญชีกลาง) ให้เบิกจ่ายได้ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ โดยจะต้องเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่หากจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นยาที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือเป็นยาที่ผลิตตามเภสัชตำรับโรงพยาบาล ให้คณะกรรมการการแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องใช้ และออกหนังสือรับรองให้เพื่อประกอบการเบิกจ่าย (ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2549) [36]
- 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 (ลงวันที่ตามคำสั่งหนังสือกระทรวงการคลัง) ให้เบิกจ่ายได้ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ โดยต้องเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือเป็นยาที่ผลิตตามเภสัชตำรับโรงพยาบาล ส่วนยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติให้คณะกรรมการการแพทย์ของสถานพยาบาล

วินิจฉัยว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้และออกหนังสือรับรองให้เพื่อประกอบการเบิกจ่าย (ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป) [35]

- 11 มิถุนายน พ.ศ. 2552 (ลงวันที่ตามคำสั่งหนังสือกระทรวงการคลัง) การเบิกจ่ายค่ายาจากสมุนไพรให้เบิกจ่ายได้เฉพาะรายการ รูปแบบ ความแรง ขอบ่งใช้ และข้อมูลสำคัญอื่นๆ ที่กำหนดในบัญชียาจากสมุนไพรและเภสัชตำรับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นรายการยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบันเท่านั้น เนื่องจากเป็นยาที่มีข้อบ่งใช้ชัดเจน ครอบคลุมโรคและการรักษาพยาบาลที่จำเป็น และมีระบบติดตามการเฝ้าระวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย และห้ามสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองของคณะกรรมการการแพทย์กรณีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป) [37]

- วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 (ลงวันที่ตามคำสั่งหนังสือกระทรวงการคลัง) การเบิกจ่ายค่ายาจากสมุนไพรให้เบิกจ่ายได้ตาม (1) รายการยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน หรือ (2) รายการยาจากสมุนไพรที่เป็นเภสัชตำรับของโรงพยาบาล (ยาจากสมุนไพรที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งผลิตเอง) หรือ (3) รายการยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง โดยรายการนี้ต้องให้คณะกรรมการการแพทย์ของสถานพยาบาลวินิจฉัยและออกหนังสือรับรองยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ทั้งนี้ สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะต้องประกาศรายการยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาของสถานพยาบาล เพื่อใช้เป็นบัญชียาจากสมุนไพรที่ให้เบิกจ่ายได้เป็นการชั่วคราวจนกว่าจะมีการประกาศบัญชียาจากสมุนไพรที่ใช้เป็นมาตรฐานร่วมกัน (ภายในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552) พร้อมทั้งส่งบัญชียาชั่วคราวดังกล่าวให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมพิจารณาถ่วงถ่วง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการดำเนินการจัดทำบัญชียาจากสมุนไพรที่ใช้เป็นมาตรฐานร่วมกันต่อไป [18] ซึ่งเกณฑ์การเบิกจ่ายนี้ถือเป็นเกณฑ์การเบิกจ่ายล่าสุด

สิทธิในการรักษาพยาบาลด้วยยาจากสมุนไพรในระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ครอบคลุมการเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน ส่วนกรณีการใช้ยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้รับบริการในระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ต้องมีหนังสือรับรองจากคณะกรรมการการแพทย์ของสถานพยาบาลนั้นๆ ก่อนจึงจะสามารถเบิกจ่ายได้ ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติยังไม่ได้มีการกำหนดในเรื่องนี้

2.3 สถานการณ์เกี่ยวกับยาจากสมุนไพรในปัจจุบัน

2.3.1 สถานะการผลิตยาแผนโบราณที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตยา (GMP)

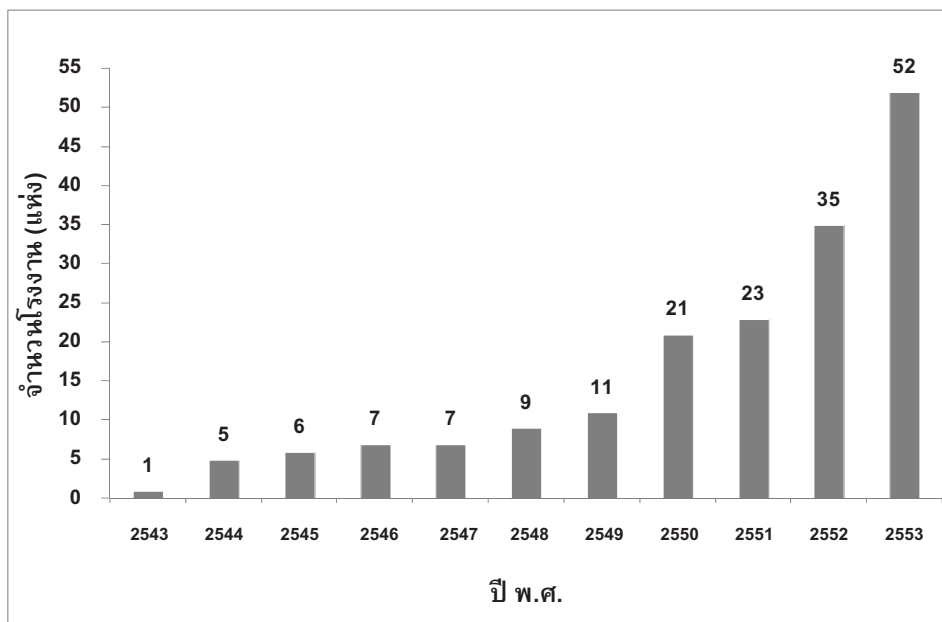
ปัจจุบันยาจากสมุนไพรได้รับความนิยมมากขึ้น เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่ายาจากสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้จากธรรมชาติ จึงน่าจะมีอันตรายจากสารพิษน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน แต่อย่างไรก็ตาม ยาที่ผลิตได้จากสมุนไพรมักได้จากแหล่งเพาะปลูกที่มีสภาพแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้สารสำคัญในสมุนไพรมีความแตกต่างกันด้วย นอกจากนี้ยังมีปัญหาการปนเปื้อนจุลินทรีย์ ฝุ่นละออง โลหะหนัก ยาฆ่าแมลง และสารพิษอื่นๆ ในวัตถุดิบ ในกระบวนการผลิต หรือในยาสำเร็จรูป ดังนั้นกระบวนการเตรียมสมุนไพรข้างต้นและการดำเนินการผลิตจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพของยาจากสมุนไพร ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องนำเอาหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพรมาใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของผลิตภัณฑ์ หลักเกณฑ์นี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการผลิตยาแผนโบราณเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่ายาที่ผลิตขึ้นมีคุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนดไว้ โดยมีการควบคุมทุกขั้นตอนตั้งแต่วัตถุดิบที่นำมาใช้ อาคารสถานที่ผลิต อุปกรณ์การผลิต บุคลากรในฝ่ายการผลิต การดำเนินการผลิต และการจัดทำเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพและปลอดภัย ซึ่ง “หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร” (Good Manufacturing Practice for Herbal Medicinal Products) คือ แนวทางวิธีการที่ดีในการผลิตและควบคุมคุณภาพยาจากสมุนไพร เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่ายาที่ผลิตขึ้นมีคุณภาพสม่ำเสมอและปลอดภัยในการใช้ [38]

สำหรับสถานที่ผลิตยาแผนโบราณในประเทศไทยที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตยาจากสมุนไพร (GMP) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนโรงงาน 35 แห่ง จากจำนวนสถานที่ผลิตยาแผนโบราณทั้งหมด 1,099 แห่ง โดยโรงงาน 16 แห่งได้รับ ASIAN GMP¹ และโรงงานอีก 19 แห่งได้รับเกียรติบัตร GMP² ส่วนในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนโรงงานทั้งสิ้น 52 แห่ง โดยโรงงาน 15 แห่งได้รับ ASIAN GMP และโรงงานอีก 37 แห่งได้รับเกียรติบัตร GMP [39] ดังแสดงในรูปที่ 4

¹ASIAN GMP เป็น GMP ที่ได้มาตรฐานระดับอาเซียน ได้แก่ กัมพูชา พม่า ลาว เวียดนาม ไทย ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย สิงคโปร์ อินโดนีเซีย และบรูไน ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สามารถออกหนังสือรับรองเป็นภาษาอังกฤษให้แก่โรงงานที่ผลิตยาแผนโบราณเพื่อสามารถขายยาไปยังสมาชิกในกลุ่มประเทศอาเซียนได้

²เกียรติบัตร GMP เป็น GMP ที่ได้มาตรฐานเฉพาะในประเทศไทย ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จะออกหนังสือรับรองเป็นภาษาไทยเพื่อขายภายในประเทศ

รูปที่ 4 จำนวนสถานที่ผลิตยาแผนโบราณที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตจากสมุนไพร (GMP) ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2553

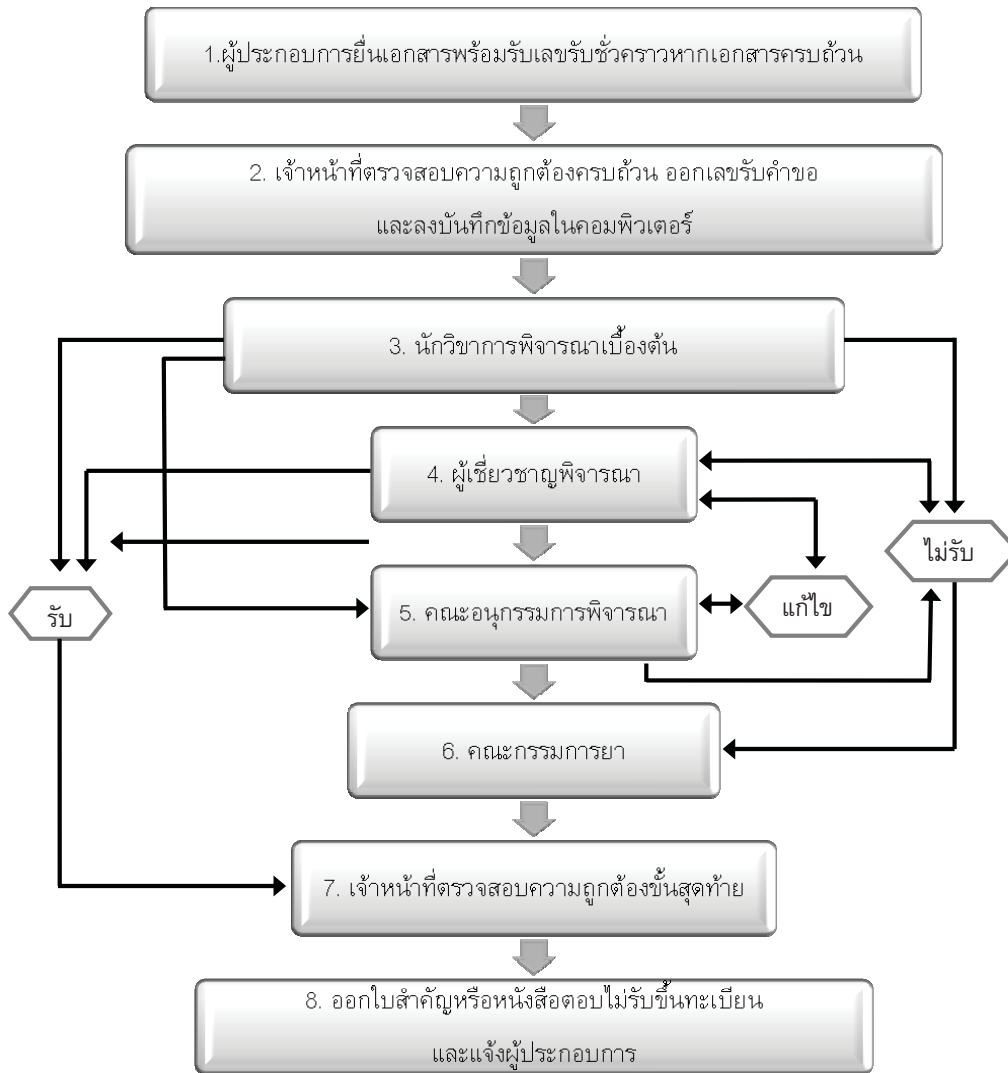


ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2553

2.3.2 การขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ

การขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ ผู้ที่จะขอขึ้นทะเบียนได้นั้นจะต้องเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ผลิต หรือเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้นำเข้า ยาแผนโบราณก่อน [40] โดยกระบวนการการขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณ ผู้ได้รับอนุญาตฯ ในเขตกรุงเทพฯ ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำหรับผู้ได้รับอนุญาตฯ ในต่างจังหวัดอาจยื่นคำขอผ่านทางสาธารณสุขจังหวัด หรือยื่นคำขอที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาโดยตรงก็ได้ สำหรับขั้นตอนการขึ้นทะเบียนแสดงดังรูปที่ 5 [41]

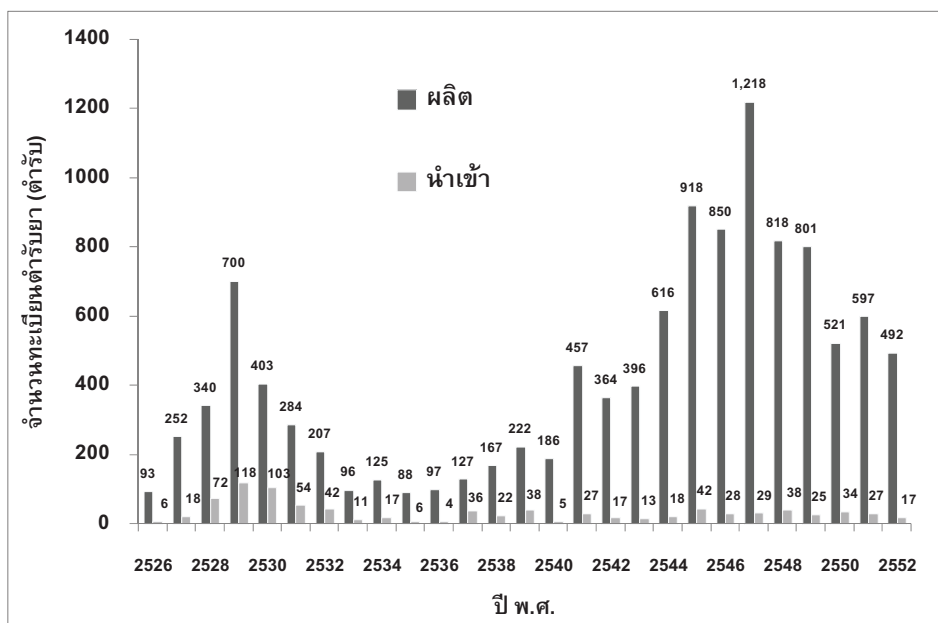
รูปที่ 5 แผนผังแสดงขั้นตอนการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ



ที่มา: คู่มือการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ

จำนวนทะเบียนตำรับยาแผนโบราณที่ได้รับอนุมัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 - 2552 จากรูปที่ 6 จะเห็นได้ว่าจำนวนทะเบียนตำรับยาแผนโบราณที่ผลิตขึ้นเองในประเทศมีมากกว่าจำนวนตำรับยาแผนโบราณที่นำเข้ามาในประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนตำรับยาแผนโบราณที่ได้รับอนุมัติทะเบียนตำรับยา มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับปีอื่นๆ [42]

รูปที่ 6 จำนวนทะเบียนตำรับยาแผนโบราณที่ได้รับอนุมัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 - 2552



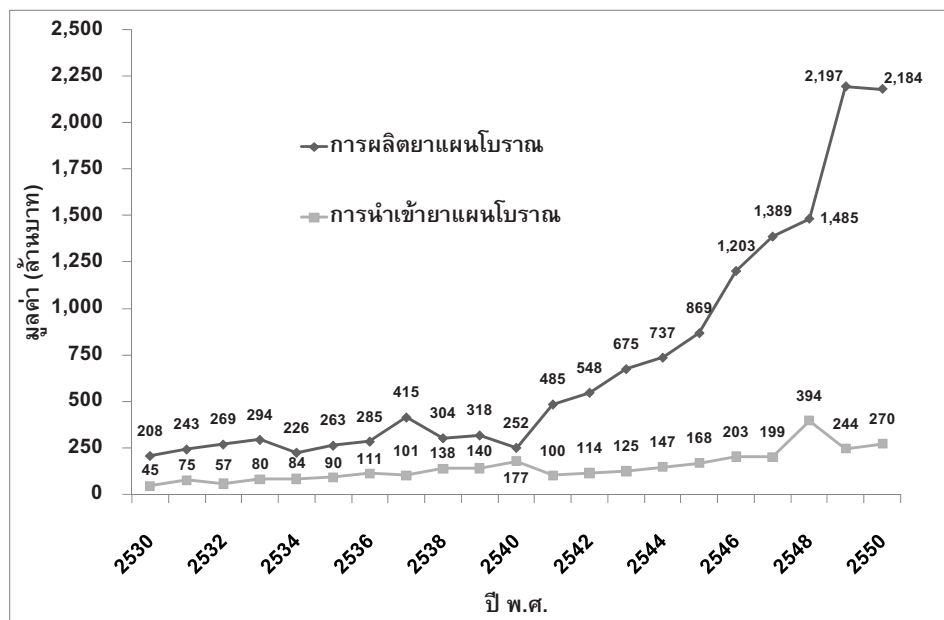
หมายเหตุ: จำนวนทะเบียนตำรับยาหมายถึง จำนวนทะเบียนที่ยังมีผลตามกฎหมาย ซึ่งไม่รวมทะเบียนที่ถูกยกเลิกหรือเพิกถอนด้วยสาเหตุต่างๆ ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2553

ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2.3.3 มูลค่าการผลิตและการนำเข้ายาแผนโบราณเข้ามาในประเทศไทย

จากรูปที่ 7 แสดงให้เห็นว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 มูลค่าการผลิตยาแผนโบราณมีมากกว่าการนำเข้ายาแผนโบราณเข้ามาในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ในช่วง 10 ปีแรก (พ.ศ. 2530 - 2540) มูลค่าการผลิตยาแผนโบราณค่อนข้างคงที่ แต่ในช่วง 10 ปีหลัง (พ.ศ. 2541 - 2550) มูลค่าการผลิตเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยมูลค่าการผลิตในปี พ.ศ. 2541 อยู่ที่ประมาณ 485 ล้านบาท ส่วนในปี พ.ศ. 2550 มีมูลค่าการผลิตสูงขึ้นไปถึง 2,184 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นถึง 4.5 เท่าในระยะเวลา 10 ปี ซึ่งอาจเป็นผลจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการเริ่มใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นปัจจัยหนุนให้เกิดการส่งเสริมการบริการด้านแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น [43] อีกทั้งนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ ได้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องการพัฒนา การศึกษาวิจัย การผลิต และการใช้ยาจากสมุนไพรในประเทศไทย

รูปที่ 7 มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 - 2550



ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2.3.4 รายการยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

ยาจากสมุนไพรที่ใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

- 1) ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 2) ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ
- 3) ยาจากสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ [2, 43]

ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

- 1) ยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ หรือยาจากสมุนไพรที่มีองค์ความรู้ดั้งเดิมหรือตามตำรับยาแผนไทยและยาแผนไทยประยุกต์
- 2) ยาพัฒนาจากสมุนไพร (ในรูปแบบสมัยใหม่) ได้แก่ ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน (ทั้งตำรับยาเดี่ยวและยาผสม)

บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2542 ได้รับการบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นครั้งแรก เนื่องจากคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติเล็งเห็นว่าควรจัดทำบัญชียาจากสมุนไพร ทั้งยาตำรับดั้งเดิมและยาที่มีการพัฒนาแล้วเข้าไปในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านยา และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น ซึ่งยาจากสมุนไพรที่ได้รับการคัดเลือกให้บรรจุ

ในบัญชียาหลักแห่งชาติ มุ่งหมายให้เป็นบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งงานสาธารณสุขมูลฐาน

บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2542 มีทั้งหมด 2 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 8 รายการ³ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ยาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้แบบดั้งเดิม จำนวน 3 สูตรตำรับ ได้แก่

- กลุ่มยาแก้ไอและขับเสมหะ คือ ยาประสะมะแว้งรูปแบบยาเม็ด
- กลุ่มยาแก้ไข้ คือ ยาแก้ไข้รูปแบบยาเม็ดและยาผง
- กลุ่มยารักษาอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คือ ยาประสะไพลรูปแบบยาผง

กลุ่มที่ 2 ยาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนารูปแบบเป็นสูตรยาเดี่ยว จำนวน 5 ชนิด ได้แก่

- กลุ่มยารักษาอาการของระบบทางเดินอาหาร คือ ขมิ้นชันรูปแบบยาแคปซูล ชุมเห็ดเทศรูปแบบยาผง ฟ้าทะลายโจรรูปแบบยาแคปซูล ยาเม็ด และยาลูกกลอน
- กลุ่มยารักษาอาการของระบบทางเดินหายใจ คือ ฟ้าทะลายโจรรูปแบบยาแคปซูล ยาเม็ด และยาลูกกลอน
- กลุ่มยารักษาอาการของระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ คือ พญายอรูปแบบยาครีมที่มีสารสกัด ยาป้ายปากที่มีสารสกัด และโลชั่นที่มีสารสกัด และไพลรูปแบบครีมที่มีน้ำมันไพล 14%

ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 ได้มีการปรับปรุงบัญชียาจากสมุนไพร โดยแบ่งยาออกเป็นทั้งสิ้น 2 กลุ่มรวมทั้งสิ้น 19 รายการ⁴ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 บัญชียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม จำนวน 11 รายการ ได้แก่

- ยารักษาอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) คือ ยาหอมเทพจิตรูปแบบยาผงและยาเม็ด ยาหอมนวโกฐรูปแบบยาผงและยาเม็ด
- ยารักษาอาการทางระบบทางเดินอาหาร คือ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่งรูปแบบยาเม็ด ยาธาตุบรรจบรูปแบบยาผง ยาเม็ด และยาลูกกลอน ยาประสะกานพลูรูปแบบยาผง ยาเหลืองปิดสมุทรรูปแบบยาเม็ด
- ยารักษาอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คือ ยาประสะไพลรูปแบบยาผง
- ยาแก้ไข้ คือ ยาแก้ไข้ห้ากรูรูปแบบยาผงและยาเม็ด ยาเขียวหอมรูปแบบยาผง และยาจันทน์ลีลาในรูปแบบยาแคปซูล ยาผง และยาเม็ด
- ยาแก้ไอและขับเสมหะ คือ ยาประสะมะแว้งรูปแบบยาเม็ด

กลุ่มที่ 2 บัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร จำนวน 8 รายการ ได้แก่

- ยารักษาอาการของระบบทางเดินอาหาร คือ ขมิ้นชันรูปแบบยาแคปซูล ขิงรูปแบบยาแคปซูลและยาผง ชุมเห็ดเทศรูปแบบยาผง และฟ้าทะลายโจรรูปแบบยาแคปซูล ยาเม็ด และยาลูกกลอน

³ นับรายการตามตัวยาหรือสูตรตำรับ หากนับตามรูปแบบยา จะมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 13 รายการ

⁴ นับรายการตามตัวยาหรือสูตรตำรับ หากนับตามรูปแบบยา จะมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 30 รายการ

- ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินหายใจ คือ ฟัทะลายโจรรูปแบบยาแคปซูล ยาเม็ด และยาลูกกลอน
- ยารักษากลุ่มอาการของระบบผิวหนัง คือ บัวบกในรูปแบบยาครีม และพญายอรูปแบบยาครีม ยาโลชั่น และสารละลายสำหรับป้ายปาก
- ยาใช้ภายนอกสำหรับบรรเทาอาการปวดและอักเสบ คือ ฟริกในรูปแบบยาเจล และไฟลรูปแบบยาครีม

สำหรับรายการยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ และยาจากสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากภาคผนวก

2.3.5 การใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

จากการสำรวจของโครงการวิจัยบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบันระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – กันยายน พ.ศ. 2550 โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งส่งแบบสำรวจไปยังสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน จำนวน 812 แห่ง (1 ฉบับต่อ 1 แห่ง) ได้รับการตอบกลับคืน 397 แห่ง (ร้อยละ 49) และได้กรอกข้อมูล 333 ฉบับ (ร้อยละ 41) พบว่ามีการให้บริการการแพทย์แผนไทยจำนวน 318 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 20 แห่ง (ร้อยละ 6) โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 298 แห่ง (ร้อยละ 94) สำหรับมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐจำนวน 2,521 แห่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 พบว่า มูลค่ายาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่ากับ 39,427,632 บาท ส่วนมูลค่ายาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติเท่ากับ 44,117,746 บาท รวมทั้งสิ้น 83,545,378 บาท เมื่อพิจารณาการใช้ยาจากสมุนไพรพบว่า ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่เป็นยาพัฒนาจากสมุนไพรซึ่งเป็นตำรับยาเดี่ยว⁵ จำนวน 7 รายการ ได้แก่ ขมิ้นชัน ฟัทะลายโจร ไฟล พญายอ ชุมเห็ดเทศ ชิง และฟริก และยาแผนไทยซึ่งเป็นยาตำรับ⁶ จำนวน 5 รายการ ได้แก่ ยาประสะมะแว้ง ยาประสะไฟล ยาหอมเทพจิตร ยาหอมวโกฐ และยาจันทน์ลีลา รวมทั้งสิ้น 12 รายการ ดังตารางที่ 2 [34]

⁵ ความหมายของยาเดี่ยวในที่นี้หมายถึง ยาที่พัฒนาจากสมุนไพรเพียงชนิดเดียว

⁶ ยาจากสมุนไพรที่มีตัวยาสำคัญ (active ingredient) หลายชนิดประกอบกัน

ตารางที่ 2 รายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพรปี พ.ศ. 2549 ที่มีการใช้ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน 318 แห่ง จำแนกตามประเภทและรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

รายการยาจากสมุนไพรในบัญชี	จำนวนสถานบริการที่ใช้ยาจากสมุนไพร (แห่ง)
1. ยาจากสมุนไพรเดี่ยว	
ขมิ้นชัน (แคปซูล)	212
ฟ้าทะลายโจร	192
ไพล (GPO ไพลจีซาล)	191
พญาอ	179
ชุมเห็ดเทศ	47
ขิง	15
พริก	14
2. ยาจากสมุนไพรตำรับ	
ยาประสะมะแว้ง	151
ยาประสะไพล	24
ยาหอมเทพจิตร	19
ยาหอมนวโกฐ	11
ยาจันทน์ลีลา	9

นอกจากนี้พบว่ายังมีการใช้ยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งยาเดี่ยวและยาตำรับหลายรายการในสถานบริการภาครัฐในส่วนภูมิภาค รวมทั้งหมด 65 รายการ ซึ่งมากกว่าการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติถึง 5 เท่า [43] ทั้งนี้ได้มีการจัดลำดับยาจากสมุนไพรที่ใช้มากที่สุด 25 อันดับแรก (ทั้งยาเดี่ยวและยาตำรับ) เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการคัดเลือกยาจากสมุนไพรเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไปในอนาคต [34] ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รายการยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 25 อันดับแรก (รวมยาเดี่ยวและยา
ตำรับ) ที่ใช้ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในส่วนภูมิภาค จำนวน 318 แห่ง จำแนกตาม
รายการยาจากสมุนไพร

รายการยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวนสถานบริการที่ใช้ (แห่ง)
1. เพชรสังฆาต	113
2. ลูกประคบ	96
3. บอระเพ็ด	65
4. สมุนไพรโขบตัว*	51
5. เจลว่านหางจระเข้	50
6. เถวัลย์เปรียง	48
7. ซาคำฝอย	48
8. หนุ้าหนดแมว	44
9. ยาสหัสธารา*	42
10. ชารางจืด	41
11. กระเทียมสกัด	37
12. มะระขี้นก	37
13. พิมเสนน้ำ	34
14. ยาริตสีดวงทวาร *	26
15. ส้มแขก	22
16. พริกไทย	20
17. หนุ้าดอกขาว	20
18. ยาลดความอ้วน*	20
19. โลชั่นตะไคร้หอม	19
20. ยาธาตุดอบเชย	18
21. ยาอมสมุนไพรบววย	18
22. ยาธรณีสังฆะฆาต*	16
23. ซากระเจียบ	16
24. ซาหนุ้าบักกิ้ง	16
25. ว่านชักมดลูก	15

หมายเหตุ: * หมายถึง ยาตำรับ

2.4 การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ

ช่วงปี พ.ศ. 2539 - 2540 กระทรวงสาธารณสุข [34, 44] ได้สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจร ซึ่งนอกจากจะสนับสนุนงบประมาณและครุภัณฑ์ที่จำเป็นแล้ว สถานบริการต่างๆ ยังได้มีการพัฒนาจัดทำแนวทาง วางระบบและมาตรฐานการจัดบริการหลายด้าน ทำให้เกิดการพัฒนาระบบอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น ในปัจจุบันกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดระดับการบริการการแพทย์แผนไทยเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 มีการจำหน่ายหรือใช้สมุนไพรอย่างน้อย 1 ชนิด รวมทั้งการใช้ลูกประคบสมุนไพร

ระดับ 2 มีบริการระดับ 1 และมีคลินิกบริการด้านการนวดไทย อบ ประคบ

ระดับ 3 มีบริการระดับ 1, 2 และมีการจัดอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข

ระดับ 4 มีบริการระดับ 1, 2, 3 และมีการผลิตยาจากสมุนไพร

การแบ่งระดับการบริการการแพทย์แผนไทยถือเป็นเกณฑ์ในการประเมินการจัดบริการใน สถานพยาบาลของรัฐ เพื่อให้มีการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลของรัฐใน แต่ละแห่ง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งจัดบริการการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป ส่วนสถานอนามัยให้ จัดบริการการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ซึ่งจากฐานข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์การ ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 - มีนาคม พ.ศ. 2549 พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 96 แห่ง (ร้อยละ 94.79) มีการจัดระดับ บริการการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวน 719 แห่ง (ร้อยละ 90.51) สำหรับสถานอนามัยที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป มีจำนวน 9,800 แห่ง (ร้อยละ 88.08)

2.4.1 ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

ผู้ที่สามารถให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลตามระเบียบกระทรวง สาธารณสุข⁷ [45] ต้องเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวง สาธารณสุข หรือที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยหรือ คณะกรรมการวิชาชีพแล้ว

จากข้างต้น ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลักๆ ได้ดังนี้ [45-48]

⁷ระเบียบกระทรวง ว่าสาธารณสุขด้วยบุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานพยาบาลกระทำการ ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2545

1. นายแพทย์แผนไทย

1.1) ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยหมายถึง บุคคลผู้ประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตามตำราแผนไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง โดยแยกเป็น 4 ประเภทคือ

- เวชกรรมไทย หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดป้องกันโรค ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

- เกษัชกรรมไทย หมายถึง การกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงยา และการจ่ายยาตามใบสั่งยาด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย และการจัดจำหน่ายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

- การผดุงครรภ์ไทย หมายถึง การตรวจ การบำบัด การแนะนำ และการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การทำคลอด การดูแลและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

- การนวดไทย หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย และการบำบัดโรคด้วยการกด คลึง บีบ ทูบ สับ ประคบ หรือวิธีการนวดอื่นใดตามแบบแผนของการประกอบโรคศิลปะ (เดิมที่การนวดไทยไม่ได้แยกออกมาเป็นสาขา แต่รวมอยู่ในเวชกรรมไทย)

1.2) ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (แพทย์อายุรเวท) หมายถึง ผู้ประกอบโรคศิลปะตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง และใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและบำบัดโรคตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร

ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จากสถาบันที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย (มีการฝึกอบรมตั้งแต่ 330 - 800 ชั่วโมง)

สำหรับผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยอาจมีใบอนุญาตประเภทใดประเภทหนึ่งหรือหลายประเภทก็ได้ ในขณะที่ผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์นั้น จะสามารถประกอบโรคศิลปะได้ครอบคลุมทั้งสี่ประเภท [49, 50] จากข้างต้น ส่งผลให้จำนวนแพทย์แผนไทยมีจำนวนมากกว่าแพทย์แผนไทยประยุกต์ ดังตารางที่ 4 [51] อีกทั้งแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นสาขาวิชาที่เกิดขึ้นในภายหลัง โดยเริ่มขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในปี พ.ศ. 2532 ส่วนแพทย์แผนไทยเริ่มมีการขึ้นทะเบียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะในปี พ.ศ. 2552 พบว่า แพทย์แผนไทยมีมากกว่าแพทย์แผนไทยประยุกต์ประมาณ 70 เท่า โดยสาขาเภสัชกรรมไทยมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือสาขาเวชกรรมไทย สาขาการผดุงครรภ์ไทย และสาขาการนวดไทย ตามลำดับ

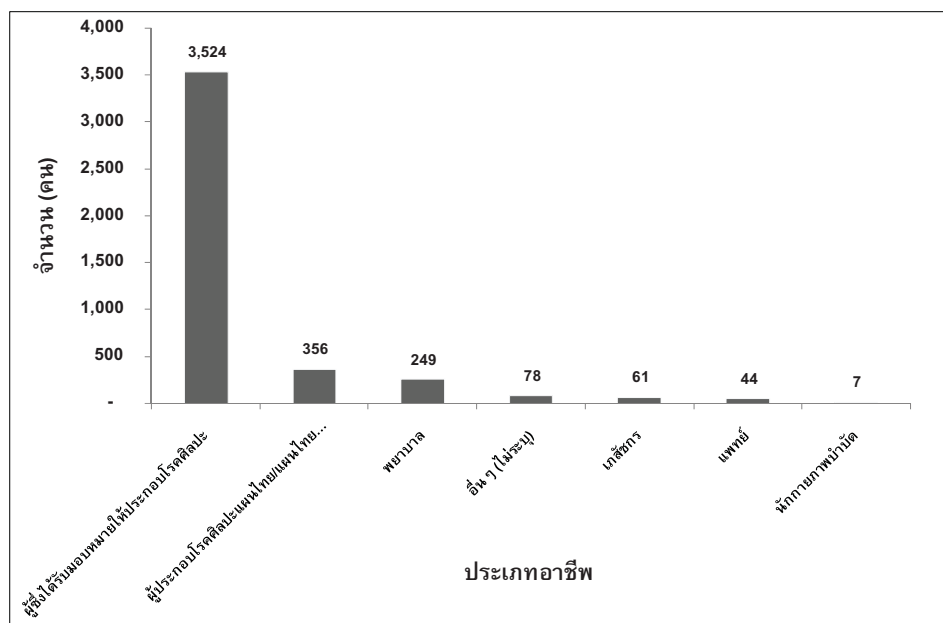
ตารางที่ 4 ผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยที่ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2548 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2552

ผู้ประกอบโรคศิลปะ	ปี พ.ศ.				
	2548 (คน)	2549 (คน)	2550 (คน)	2551 (คน)	2552 (คน)
1. การแพทย์แผนไทย					
- สาขาเวชกรรมไทย	15,612	15,745	16,201	16,956	17,001
- สาขาเภสัชกรรมไทย	20,553	21,485	22,957	23,361	23,409
- สาขาการผดุงครรภ์ไทย	3,661	4,025	5,038	5,721	5,735
- สาขาการนวดไทย	80	81	188	297	332
รวมทั้งหมด	39,906	41,336	44,384	46,335	46,477
2. การแพทย์แผนไทยประยุกต์	473	487	541	568	660

ดัดแปลงจาก: สถิติผู้ประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ข้อมูล ณ เดือนกันยายนของทุกปี

สำหรับกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ (ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ) มากที่สุดจำนวน 3,524 คน (ร้อยละ 81.59) รองลงมาเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์จำนวน 356 คน (ร้อยละ 8.24) และพยาบาลจำนวน 249 คน (ร้อยละ 5.77) ดังแสดงในรูปที่ 8

รูปที่ 8 จำนวนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง
จำแนก ตามอาชีพ



หมายเหตุ: พยาบาลมีใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย 24 คน เกษัชกรมีใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย 6 คน

ดัดแปลงจาก: ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2551) [52]

สำหรับการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ผู้ที่จะได้ใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยมี 3 ช่องทางคือ (1) ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์ไทยรับรองตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว ซึ่งช่องทางนี้กำหนดให้การรับรองในรูปแบบการถ่ายทอดความรู้เป็นแบบมอบตัวเป็นศิษย์ และผู้ที่ผ่านการรับรองในรูปแบบการมอบตัวเป็นศิษย์ดังกล่าวสามารถเข้าสอบเทียบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนได้ (2) ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยอาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยกำหนด (3) เป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย สำหรับสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์นั้นต้องเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรจากสถาบันการศึกษาที่รับรอง [53, 54] ปัญหาที่สำคัญของการผลิตแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์คือ ความหลากหลายของหลักสูตร โดยเฉพาะในกลุ่ม

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีการผลิตตั้งแต่ระดับอนุปริญญา (หลักสูตร 2 ปี) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (หลักสูตร 3 ปี) จนกระทั่งถึงระดับปริญญาตรี (หลักสูตร 4 ปี) นอกจากนี้หลักสูตรบางส่วนที่เปิดรับนักศึกษายังไม่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพ ทำให้บัณฑิตที่จบออกมาไม่สามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ได้ [55]

สถานพยาบาลสาธารณสุขภาครัฐมีผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยหลักๆ ได้แก่ แพทย์แผนไทย ซึ่งเน้นการวินิจฉัย การรักษา และการจ่ายยาจากสมุนไพร แต่มีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์แบบตะวันตก การประกอบโรคศิลป์การแพทย์แผนไทยมีทั้งหมด 4 สาขา คือ สาขาเวชกรรมไทย ซึ่งเป็นสาขาที่สามารถส่งจ่ายยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลได้ (สามารถทำหน้าที่ได้ทั้งเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย และนวดไทย) สาขาเภสัชกรรมไทย สาขาผดุงครรภ์ไทย และสาขานวดไทย [56] ส่วนแพทย์แผนไทยประยุกต์จะมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ด้วย โดยครึ่งหนึ่งขององค์ความรู้ต้องเรียนหลักวิชาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อที่จะสามารถใช้เครื่องมือทางการแพทย์แผนปัจจุบันบางอย่างได้ และสามารถวินิจฉัยตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันได้ แต่ต้องรักษาด้วยยาจากสมุนไพรเท่านั้น นอกจากนี้ยังสามารถทำคลอดและให้การบำรุงมารดาและทารกตามแนวทางการแพทย์แผนไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้อีกด้วย โดยสรุป การส่งจ่ายยาจากสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขภาครัฐ มีบุคลากรที่สามารถส่งจ่ายยาได้คือ แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถจ่ายผ่านเภสัชกรหรือจ่ายได้โดยตรงที่แพทย์แผนไทย

2.5 การศึกษาที่เกี่ยวข้อง

1. การศึกษาทัศนคติของแพทย์แผนปัจจุบันแผนกอายุรกรรมต่อการรักษาโรคโดยระบบการแพทย์แผนไทย

เพ็ญภา ทวีชัยเจริญ และคณะ [57] ได้ทำการศึกษาทัศนคติของแพทย์แผนปัจจุบันแผนกอายุรกรรมต่อการรักษาโรคโดยระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามในแพทย์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 402 คน พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกต่อการแพทย์แผนไทย โดยเห็นว่าควรนำสมุนไพรที่มีการศึกษาวิจัยและมีมาตรฐานเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติมากที่สุด รองลงมาคือ การนำทฤษฎีและแนวคิดของแพทย์แผนไทยมาใช้ในการรักษาจะช่วยลดการสูญเสียดุลการค้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากต่างประเทศได้ รวมทั้งควรสนับสนุนการแพทย์แผนไทยให้กว้างขวางมากกว่านี้ อย่างไรก็ตาม แพทย์กลุ่มนี้ใช้ยาจากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในการรักษาตัวเองและผู้ป่วยน้อย โดยให้เหตุผลว่ายาจากสมุนไพรหรือการแพทย์แผนไทยนั้นอาจจะทำการรักษาโรคให้หายได้จริงแต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับ เนื่องจากงานด้านการแพทย์แผนไทยยังขาดงานวิจัยหรือข้อมูลที่น่าเชื่อถือรองรับ จึงควรพัฒนาการวิจัยให้มากขึ้น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งใช้การนวดเมื่อมีอาการปวดเมื่อย ใช้การประคบในการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบ ปวดบวม และใช้น้ำมันสมุนไพร ฝักสมานเพื่อรักษาสมดุลงของจิตใจ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าทัศนคติต่อการแพทย์แผนไทยกับการปฏิบัติในการใช้ยาจากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเพื่อการรักษาตัวแพทย์เองและผู้ป่วยมีความสอดคล้องกันโดยมีความสำคัญทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [57]

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับบริการการแพทย์แผนไทยของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี

ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล [58] ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยของประชาชน โดยประยุกต์ Precede-Proceed Model และทฤษฎีการยอมรับ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ใช้แบบสอบถามสำรวจประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 485 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับการยอมรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.9 ส่วนความสามารถในการทำนายการยอมรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยมี 3 ปัจจัยที่เข้ามามีอิทธิพลดังนี้ คือ 1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ทัศนคติด้านการแพทย์แผนไทย การรับรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และความเชื่อด้านการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการยอมรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย 2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการการแพทย์แผนไทย การได้รับความสะดวกสบายในการให้บริการการแพทย์แผนไทย และการได้รับความสนใจจากเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการยอมรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย 3. การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทยจากสื่อบุคคล สื่อมวลชน และสื่อสิ่งพิมพ์ มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการยอมรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งพบว่าทั้งสามปัจจัยนี้มีอิทธิพลและสามารถทำนายการยอมรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ได้ร้อยละ 51.80 โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทยเป็นตัวแทนนายการยอมรับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยได้ดีที่สุด รองลงมาคือ ความเชื่อด้านการแพทย์แผนไทย การรับรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การเข้าถึงแหล่งบริการการแพทย์แผนไทย ตามลำดับ

3. การศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์การสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี

นัทที พัทธราวิช และคณะ [59] ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์การสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ฝึกหัดและนักศึกษาแพทย์ที่มาปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2546 จำนวน 193 คน พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคมของชาติมากที่สุด และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับนโยบายของรัฐบาลในการให้การสนับสนุนให้มีการศึกษาค้นคว้ายาจากสมุนไพร การวางระบบการพัฒนาการผลิตและควบคุมคุณภาพ การจัดหลักสูตรการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรไว้ในโรงเรียนแพทย์ ขณะที่การยอมรับต่อยาจากสมุนไพรในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า นอกจากนี้พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 49.2 ที่เคยสั่งจ่ายยาจากสมุนไพร ส่วนใหญ่สั่งจ่ายยาจากสมุนไพรเดี่ยวจากรายการยาจากสมุนไพรที่มีระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติ และเหตุผลหลักสำหรับแพทย์ที่ไม่เคยสั่งจ่ายยาจากสมุนไพร ก็เนื่องมาจากไม่มั่นใจในสรรพคุณของยา และไม่รู้จักตัวยาจากสมุนไพร

4. การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์การสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี : กรณีศึกษาเบื้องต้นในอำเภอเมือง พิบูลมังสาหาร และน้ำยืน

นัทที พัทธราวิช และคณะ [60] ได้ทำการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์การสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยโดยใช้การสัมภาษณ์ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง อำเภอพิบูลมังสาหาร และอำเภอน้ำยืน จำนวน 233 คน ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ ประชาชนในเขตเทศบาลจำนวน 111 คน และประชาชนนอกเขตเทศบาลจำนวน 122 คน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2546 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่รู้จักยาจากสมุนไพรคิดเป็นร้อยละ 99.1 ประชาชนมีความรู้เรื่องยาจากสมุนไพรจากประสบการณ์การใช้หรือการพบเห็นคิดเป็นร้อยละ 90.5 ยาจากสมุนไพรที่ประชาชนรู้จักและทราบข้อบ่งใช้ส่วนใหญ่จะเป็นยาจากสมุนไพรดั้งเดิม ได้แก่ ว่านหางจระเข้ กระเทียม ฟ้าทะลายโจร และขมิ้นชัน ตามลำดับ ขณะที่ยาบรรจุเสร็จผู้ป่วยจะรู้จักน้อย อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยคิดเป็นร้อยละ 6.9 ที่จะเลือกสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในการรักษาเป็นอันดับแรก นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะเลือกสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในการรักษาอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เนื่องจากไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรง

5. ปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จในการจัดบริการของรัฐด้านการแพทย์ทางเลือก : กรณีศึกษา โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

บุญใจ ลีมศิลา [61] ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จในการจัดบริการของรัฐด้านการแพทย์ทางเลือก เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2550 ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลด้านการแพทย์ทางเลือก จำนวน 15 คน และผู้ใช้บริการด้านการแพทย์ทางเลือก จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยหลักที่ส่งผลสำเร็จในการบริการด้านการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ประกอบด้วย 1. ภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ในการปรับกระบวนการทัศน์ในการดูแลสุขภาพ และใช้นโยบายบริหารแบบไม่เป็นทางการ 2. รูปแบบการบริหารจัดการ โดยการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ และการกำหนดรูปแบบการบริการอย่างมีระบบ 3. ความพร้อมในเรื่องสถานที่ บุคลากร และงบประมาณ 4. สภาพการเป็นแหล่งท่องเที่ยว ส่วนปัจจัยรองที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ 1. การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 2. การมีนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องในการชักนำและพัฒนาการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่สถานบริการสุขภาพของรัฐ 3. การประชาสัมพันธ์และการตลาด 4. การมีนักบริหารมืออาชีพเข้ามาบริหารด้านธุรกิจ [19]

6. ปัจจัยที่มีผลต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

จารุรัตน์ เพ็ชรสงฆ์ [62] ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้แนวคิดจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (TRA: The Theory of Reasoned Action) และจากแบบจำลอง KAP (Knowledge-Attitude-Practice) โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการสั่งใช้ยาจากสมุนไพร ได้แก่ แพทย์ (ทัศนคติและบรรทัดฐานเชิงอัตวิสัย) ระบบ (การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลด้านสมุนไพร) และผู้ป่วย (การเรียกหาและความต้องการของผู้ป่วย) ส่วนปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพร ได้แก่ การที่ผู้ป่วยเรียกหา นโยบายของโรงพยาบาล และการรับข้อมูลเรื่องยาจากสมุนไพรจากองค์กรภาครัฐ

7. พฤติกรรมและความพร้อมในการใช้สมุนไพรตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย

อรุณพร อธิรัตน์ [63] ได้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและความพร้อมในการใช้ยาจากสมุนไพรตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรทางการแพทย์ในเขตภาคใต้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.8 ไม่ใช้ยาจากสมุนไพร โดยร้อยละ 18 ระบุว่าเนื่องจากไม่มีข้อมูลทางคลินิกที่เชื่อถือได้ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรเพียงร้อยละ 6.7 เมื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการใช้ยาจากสมุนไพร พบว่า แพทย์เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีความพร้อมในการใช้ยาจากสมุนไพรน้อยที่สุด และยังพบว่าแพทย์ที่มีตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการจะมีพฤติกรรมการใช้ยาจากสมุนไพรน้อยที่สุดอีกด้วย ทั้งนี้การนำยาจากสมุนไพรมาใช้ในโรงพยาบาลจะขึ้นอยู่กับแพทย์เป็นสำคัญ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีตำแหน่งผู้อำนวยการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทและอิทธิพล

ต่อการสั่งยาจากสมุนไพรมาใช้ในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้และนำข้อมูลทางคลินิกมาสนับสนุนให้บุคลากรเหล่านี้มีความเชื่อมั่นในการใช้ยาจากสมุนไพรมากขึ้น

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อยาจากสมุนไพร
- 2) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล
- 3) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อปัจจัยส่งเสริม/เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

4. ระเบียบวิธีวิจัย

4.1 รูปแบบการศึกษา (Study design)

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) ในบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพร และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรน้อย ทั้งนี้การใช้ยาจากสมุนไพรมากหรือน้อยจะพิจารณาจากปริมาณรายการการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ทั้งผลิตเองและจัดซื้อ) และมูลค่านอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ทั้งผลิตเองและจัดซื้อ) อ้างอิงจากฐานข้อมูลการสำรวจในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐของสำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน พ.ศ. 2550

4.2 การเก็บข้อมูล (Data collection)

การเก็บข้อมูลในงานวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ การสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และระหว่างการสัมภาษณ์ทั้งสองกลุ่มจะใช้วิธีการจดบันทึกและบันทึกเทปหากได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล

4.2.1 การสัมภาษณ์กลุ่ม

กรอบประเด็นในการสัมภาษณ์กลุ่มประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อยาจากสมุนไพร ประสบการณ์การเริ่มใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรมากขึ้น ความคิดเห็นต่อนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และข้อเสนอแนะสำหรับการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร มีการสัมภาษณ์กลุ่มแยกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ

ก) กลุ่มเภสัชกร ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ได้แก่ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานฝ่ายการแพทย์แผนไทย จำนวน 5 คน จากโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพร โดยสัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2552

- 1) โรงพยาบาลอุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี (โรงพยาบาลชุมชน)

- 2) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี (โรงพยาบาลศูนย์)
- 3) โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก (โรงพยาบาลชุมชน)
- 4) โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ (โรงพยาบาลชุมชน)
- 5) โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี (โรงพยาบาลศูนย์)

ข) กลุ่มแพทย์แผนไทย/พยาบาล ซึ่งผู้เข้าร่วมในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ได้แก่ แพทย์แผนไทย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานฝ่ายการแพทย์แผนไทย จำนวน 8 คน โดยสัมภาษณ์เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

- 1) โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว (โรงพยาบาลชุมชน)
- 2) โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ (โรงพยาบาลชุมชน)
- 3) โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร (โรงพยาบาลชุมชน)
- 4) โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง (โรงพยาบาลทั่วไป)
- 5) โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก (โรงพยาบาลชุมชน)
- 6) โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร (โรงพยาบาลชุมชน)
- 7) โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง (โรงพยาบาลชุมชน)
- 8) โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น (โรงพยาบาลชุมชน)

4.2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก

กรอบประเด็นในการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย สถานการณ์การใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ความคิดเห็นต่อยาจากสมุนไพร ความคิดเห็นต่อนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ปัญหาและอุปสรรคต่อการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล และข้อเสนอแนะต่อการเพิ่มการใช้ยาจากสมุนไพร โดยทำการนัดสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์แผนปัจจุบัน เกษัชกร พยาบาล และแพทย์แผนไทย โดยผู้ให้ข้อมูลหลักปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐทั้ง 4 ภูมิภาค ใน 5 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 8 โรงพยาบาล ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 รายละเอียดของโรงพยาบาลและบุคลากรที่ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก

จังหวัด	โรงพยาบาล	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)
1. อุดรธานี	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (โรงพยาบาลศูนย์) สัมภาษณ์วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2552	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1
		เภสัชกร	2
		แพทย์แผนไทย	1
2. ศรีสะเกษ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ (โรงพยาบาลทั่วไป)	แพทย์แผนปัจจุบัน	1

จังหวัด	โรงพยาบาล	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)
	สัมภาษณ์วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2552	เภสัชกร	2
	โรงพยาบาลกันทรารมย์ (โรงพยาบาลชุมชน) สัมภาษณ์วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2552	เภสัชกร	1
		แพทย์แผนไทย	1
3. อุบลราชธานี	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (โรงพยาบาลศูนย์) สัมภาษณ์วันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2552	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1
		แพทย์แผนปัจจุบัน	1
4. สุราษฎร์ธานี	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (โรงพยาบาลทั่วไป) สัมภาษณ์วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2552	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1
		เภสัชกร	1
		แพทย์แผนไทย	1
	โรงพยาบาลบ้านนาสาร (โรงพยาบาลชุมชน) สัมภาษณ์วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2552	แพทย์แผนปัจจุบัน	1
		เภสัชกร	1
5. เชียงราย	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (โรงพยาบาลศูนย์) สัมภาษณ์วันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2552	แพทย์แผนปัจจุบัน	1
		เภสัชกร	1
	โรงพยาบาลแม่สาย(โรงพยาบาลชุมชน) สัมภาษณ์วันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2552	แพทย์แผนปัจจุบัน	1
		เภสัชกร	1

จังหวัด	โรงพยาบาล	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)
		แพทย์แผนไทย	1
		หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	1
รวม			22

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

นักวิจัยถอดเทปสัมภาษณ์และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมทั้งสรุปตามประเด็นจากวัตถุประสงค์ ได้แก่ ความคิดเห็นต่อยาจากสมุนไพร ความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร และปัจจัยที่ส่งเสริม/เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาจากสมุนไพร

5. ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อยาจากสมุนไพร
2. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล
3. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อปัจจัยส่งเสริม/เป็นอุปสรรคต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

1. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อยาจากสมุนไพร

1. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพร

การศึกษานี้พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพร สาเหตุสำคัญประการหนึ่งเป็นเพราะการเรียนการสอนของแพทย์ในปัจจุบันเน้นแนวคิดทางด้านตะวันตก ซึ่งมีความเชื่อมั่นในวิชาการที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์ให้เห็นได้จริง ในขณะที่ยาจากสมุนไพรยังขาดข้อมูลทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลจากการวิจัยทางคลินิกในเรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพร จึงทำให้แพทย์ไม่มีความมั่นใจในการสั่งใช้ ทั้งนี้แพทย์ให้ความเห็นในการสัมภาษณ์ไว้ว่า

“ไม่แน่ใจในประสิทธิภาพ เพราะอย่างถ้าเป็นยาทั่วๆ ไปมันก็ต้องมีกระบวนการทดลองผ่านสัตว์กับการทดลองในคน และมีการรับรอง”

“แพทย์ส่วนใหญ่เขาไม่รู้ว่าประสิทธิภาพจริงๆ เป็นยังไง คือข้อมูลทางด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้ยาน้อยก็เลยมีการสั่งใช้ยาน้อย...”

ประสิทธิภาพก็พอทราบบ้าง แต่ไม่เห็นว่าเป็นงานวิจัยที่ค่อนข้างสนับสนุนว่ามันได้ผลจริง ๆ”

นอกจากนี้ความไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยยังเป็นสาเหตุที่ทำให้แพทย์ไม่กล้าสั่งใช้ยาจากสมุนไพร เพราะเกรงว่าอาจจะถูกผู้ป่วยฟ้องร้องว่าไม่ให้การรักษาที่ดีที่สุดแก่คนไข้ (best practice) ดังที่แพทย์แผนปัจจุบันให้ข้อมูลว่า

“ในขณะที่กระบวนการมาตรฐานหรือ best practice มันบังคับเราอยู่ มันเหมือนกับว่าทำให้เราต้องเดินอยู่ใน line ที่ปลอดภัย คุณให้ความเชื่อมั่นมากแค่ไหนว่าใช้ (ยาจากสมุนไพร – นักวิจัย) แล้วคนไข้จะปลอดภัย คือเขาไม่ได้หวังว่าคนไข้จะมี side effect จากยาหรือว่าไม่ได้ผลจากการรักษา แต่เขาเกรงว่าถ้าคนไข้รู้ว่าเขาใช้ยาตัวอื่นแล้วคนไข้จะหาย เขาจะถูกฟ้อง... ถ้าคนไข้เกิดไปฟ้องว่าฉันมีตั้งค์ ฉันมีทางเลือก ทำไมคุณไม่เลือกอันที่ดีที่สุดให้ฉัน”

อย่างไรก็ตาม พบว่าในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรมากจะไม่มีปัญหาความไม่เชื่อมั่นในยาจากสมุนไพร เนื่องจากมีการสร้างความเชื่อมั่นให้แพทย์ในหลายแนวทาง รวมถึงการทำการวิจัยทางคลินิกเพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาจากสมุนไพร โดยบุคลากรสาธารณสุขบางท่านได้เสนอแนะถึงกลวิธีการสร้างความเชื่อมั่นให้แพทย์โดยการบรรจุเรื่องยาจากสมุนไพรในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และควรมีการรวบรวมองค์ความรู้ข้อมูลงานวิจัยยาจากสมุนไพรทั้งหมดเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนสามารถสืบค้นได้สะดวกโดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง หรืออาจมีผู้แทนยาช่วยประชาสัมพันธ์ข้อมูลประสิทธิผลของยาแก่บุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลบางแห่งที่เป็นแหล่งฝึกและดูงาน โดยให้นักศึกษาด้านสาธารณสุข รวมถึงนักศึกษาแพทย์เข้ามาศึกษาดูงานได้เป็นอย่างดี มีวิชาเลือกแพทย์แผนไทยสำหรับนักศึกษาแพทย์ และบางโรงพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์ยาจากสมุนไพรให้กับแพทย์บรรจุใหม่โดยทำเป็นบัญชียาจากสมุนไพร คู่มือการใช้ยาจากสมุนไพร และตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรให้แพทย์ได้ทดลองใช้ ดังคำบอกเล่าของเภสัชกรที่ว่า

“เราเอาเข้าไปในการสอนนักเรียนแพทย์ ซึ่งจะมีนักศึกษาแพทย์จุฬาปี 6 เราจัดแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเป็นวิชา elective ซึ่งเราจะ co (cooperation - นักวิจัย) กับแพทย์แผนจีน ซึ่งทางศูนย์เขาจะจัดแพทย์แผนจีนมา แล้วเขาก็สอนนิสิตจุฬาอยู่แล้ว เราก็เลย co กันเพื่อที่จะเอาสมุนไพรทั้งของจีนของไทยเข้าไป และก็สอนนิสิตแพทย์ปี 6... เราเริ่มทำเมื่อปี 51 เพิ่งเริ่มรุ่นแรก เราก็มีการที่เขาทดลองได้ทำ แล้วก็ฝึกให้เขาได้ทำ ได้ศึกษา เพื่อที่จะให้การใช้ยาคือ ยาแผนปัจจุบันกับยาแผนไทยไปด้วยกัน”

2. ลักษณะยาจากสมุนไพร

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า บุคลากรสาธารณสุขบางส่วนระบุว่ายาจากสมุนไพรที่มีรูปแบบรวมถึงรสชาติ กลิ่น สี ตลอดจนบรรจุภัณฑ์ที่ไม่ดึงดูด อีกทั้งต้องรับประทานเป็นจำนวนมากต่อครั้ง ซึ่ง

เป็นอุปสรรคหนึ่งต่อการสั่งใช้ ทั้งยังทำให้ผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการรับประทานยา (non-compliance) ดังที่แพทย์กล่าวถึงปัญหานี้ว่า

“เคยเจ็บคอแล้วไปทานฟ้าทะลายโจร เนื่องจากต้องกินเยอะ ประมาณ 2 แคปซูล 4 เวลาหลังอาหาร มันค่อนข้างจะยาก ข้อหนึ่งแคปซูลใหญ่ สองมันกินปริมาณมาก ถ้ามานิดได้มันดีเท่าแผนปัจจุบันใหม่ มันก็ยังก้ำกึ่ง กึ่งๆ มันยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร มันเลยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีมันไม่ดึงดูดให้เราได้ใช้ยาสมุนไพรเต็มที่”

3. ราคาของยาจากสมุนไพร

บุคลากรสาธารณสุขหลายท่านมีความเห็นว่า ยาจากสมุนไพรมีราคาค่อนข้างสูง โดยสูงกว่ายาแผนปัจจุบันหากเทียบกับยาที่รักษาโรคเดียวกันทำให้แพทย์ไม่กล้าสั่งใช้

“บางรายการมันราคาค่อนข้างแพงเมื่อเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน...บางทีหมอเองเขาเห็นราคาเขาก็ตกใจ ถ้าดูราคากับตัวยาแผนปัจจุบันที่รักษาอาการเดียวกันเทียบกันแพงซะเยอะมาก หลายเท่า ครีมไพลนี่ก็แพงเทียบกับยานวดธรรมดา เช่นเทียบกับซาลิไซเลต (ครีมไพล – นักรวิชัย) ราคาแพงมาก”

เช่นเดียวกับคำกล่าวของเภสัชกรในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งที่ว่า

“ถ้าเปรียบเทียบราคาผมว่าราคายาแก้ไอน้ำดำองค์การเภสัชกรรมดีกว่า เพราะว่าขวดหนึ่งยาแก้ไอน้ำดำองค์การ 180 cc 23 บาท ยาแก้ไอมะขามป้อม 40 บาท ต้นทุนก็ประมาณ 30 กว่าบาทแล้ว 120 cc”

ทั้งนี้ข้อมูลเปรียบเทียบราคายาจากสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันที่มีข้อบ่งใช้เช่นเดียวกันนั้นสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากภาคผนวก (ตารางที่ 1) ในเรื่องของราคา บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้มีความเห็นว่าการที่ยาจากสมุนไพรมีราคาแพง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะยาดังกล่าวไม่ได้รับความนิยมทำให้มีการผลิตน้อย แต่หากมีการแข่งขันกันระหว่างผู้ผลิตหลายราย ก็จะทำให้ราคายาจากสมุนไพรถูกลง และลดปัญหาขาดตลาดได้

“ต้นทุนมันยังสูงอยู่คงเป็นเพราะการผลิต เพราะอาจจะแพร่หลายน้อย ผลิตก็ยังไม่เป็นปริมาณน้อยอยู่ ก็เลยทำให้ราคาเป็นปัจจัยหนึ่งที่โรงพยาบาลก็ต้องคิดหนัก”

ทั้งนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรมากมักจะมีการผลิตยาขึ้นใช้เองภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลหลายแห่งในการศึกษานี้ได้ให้ข้อมูลว่ารายการยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติหลายรายการยังขาดผู้ผลิตเพื่อจำหน่ายให้แก่โรงพยาบาล และหากเป็นยาที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมมักจะมีราคาค่อนข้างสูงกว่ายาของบริษัทผู้ผลิตยาจากสมุนไพรรายอื่นๆ อีกทั้งยังมีกระบวนการจัดซื้อที่ล่าช้า ต้องทำใบอนุมัติการสั่งซื้อไปที่องค์การเภสัชกรรมก่อน หลังจากนั้นองค์การเภสัชกรรมถึงจะจัดหาเข้ามาให้ และด้วยอัตราการผลิตที่ไม่แน่นอน ทำให้บางครั้งองค์การเภสัชกรรมก็ไม่สามารถจัดหายาให้ได้ตามต้องการ ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้เกิดความล่าช้าและเป็นอุปสรรคกับการจัดซื้อยาของโรงพยาบาล

4. คุณภาพและมาตรฐานของยาจากสมุนไพร

บุคลากรสาธารณสุขหลายท่านในการศึกษาค้างนี้ มีความเห็นว่าสารสำคัญในยาจากสมุนไพรมีปริมาณไม่เท่ากันในแต่ละครั้งของการผลิต ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา ตลอดจนความเชื่อมั่นของแพทย์ในการสั่งใช้ สมควรจะมีการจัดทำมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ให้ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยาในประเทศไทยเนี่ยเขาไม่เคยหา active ingredient อย่างเช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรืออะไรก็แล้วแต่ มหาวิทยาลัยทั้งหลาย แต่ตอนนี้ไม่ทำตัว potent drug แล้วมารณรงค์ให้ใช้สมุนไพร ผมว่ามันทะแม่งๆ นะ ขมมันแต่ละล็อตก็ไม่เท่ากันอยู่แล้ว ทุกคนก็รู้อยู่แล้วถ้าไม่ทำตัว potent drug ถ้าคุณไม่ได้ทำ standardize แล้วให้เอกชนทำขาย ยังไงยาแต่ละล็อต คนใช้ก็บอกมันก็ไม่ได้ผลเหมือนเดิม เพราะว่าการเปลี่ยนแปลงไปตามฤดูกาลมันก็ไม่ชัด”

ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขหลายท่านในการศึกษาค้างนี้ ยังมีความคิดเห็นว่าการควบคุมตั้งแต่การปลูกสมุนไพร แหล่งที่ปลูก ช่วงเวลาที่เก็บเกี่ยว การเก็บรักษาพืชสมุนไพร และขั้นตอนการผลิต เพื่อให้สารสำคัญที่อยู่ในสมุนไพรมีคุณภาพและมีมาตรฐานเดียวกันในแต่ละรุ่น นอกจากนี้ยังเห็นควรให้มีการสนับสนุนแหล่งปลูกสมุนไพรที่สามารถผลิตสารสำคัญที่มีคุณภาพดี ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ปัญหาที่ผมมองก็คือขาดการควบคุมคุณภาพของยา เพราะว่าแต่ละแหล่งสมุนไพรของสดเราได้มา แต่ว่าสารสำคัญที่เราต้องการในการรักษามันไม่มี สารสำคัญในสมุนไพรแต่ละที่ก็จะเหมือนกัน แต่จะมีคุณภาพน้อย แล้วการที่เราจะเอาไปใช้ และเราไม่ได้ไปควบคุมพวกนี้ ปัญหาก็คือเราน่าจะไป QC พวกตรวจสอบสารสำคัญ เพราะถึงแม้ว่าเราจะได้ของสดมาแต่เราไปทำยาแต่ไม่มีสารสำคัญมันก็รักษาไม่หาย คือขาดการยอมรับในการที่จะรักษา เราน่าจะควบคุมสาร ว่าตรงไหนแหล่งไหน ต้องสนับสนุนแหล่งนั้น ว่าสารเหล่านั้นสูง สมมติว่าใบหม่อนที่โคราชเด่น กระเทียมที่ศรีสะเกษเด่น เราก็ต้องไปสนับสนุนให้จังหวัดนั้นเขาปลูก”

สำหรับการประกันคุณภาพและมาตรฐานของยาจากสมุนไพรนั้น บุคลากรสาธารณสุขหลายท่านเห็นควรส่งเสริมโรงพยาบาลที่ผลิตยาสมุนไพร ตลอดจนโรงงานผลิตยาจากสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GMP ให้มากขึ้น อีกทั้งเสนอแนะให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เข้ามา มีบทบาทมากขึ้นในการทำหน้าที่วิเคราะห์หาสารสำคัญในยาจากสมุนไพรเพื่อควบคุมคุณภาพให้ได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น

2. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

บุคลากรสาธารณสุขมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดขึ้นในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปใช้ยาจากสมุนไพรให้ได้มูลค่าร้อยละ 3 และโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอมนายใช้ยาจากสมุนไพรให้ได้มูลค่าร้อยละ 5 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด และได้ตั้งเป้าหมายเพิ่มมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลทุกระดับให้ได้อย่างน้อย 25 ภายในปี พ.ศ. 2554 ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมายที่เท่ากันให้ทุกโรงพยาบาลด้วยการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรเป็นร้อยละ 25 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด มีความเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้นควรกำหนดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับสถานบริการในแต่ละระดับ

บุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรน้อยมีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมักมีอาการของโรครุนแรงทำให้ไม่เหมาะกับการใช้ยาจากสมุนไพร อีกทั้งแพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นแพทย์เฉพาะทางซึ่งโอกาสการใช้ยาจากสมุนไพรมีน้อย หากจะส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงเป็นไปได้ยาก ควรเน้นการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลหรือสถานีนอมนายที่ให้บริการระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิมากกว่า ตามคำสัมภาษณ์ของแพทย์ว่า

“ยิ่งโรงพยาบาลระดับใหญ่ขึ้น โอกาสสั่งใช้ก็ยิ่งน้อย เพราะว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์เฉพาะทาง คิดว่าถ้าจะพยายามที่จะให้แพทย์อย่างพวกผม specialist ที่จะหันมาใช้ยาสมุนไพร ผมเองก็มองว่าเป็นเรื่องที่ยาก...”

“สมุนไพรขณะนี้ ถ้าจะให้ได้ผลจริงๆ ก็คงต้อง promote ที่ PCU (primary care unit - นักรักษา) หรือว่าระดับปฐมภูมิค่ะ ในระดับตติยภูมิอย่างเราเนี่ยคงจะลำบาก... ในตติยภูมิเองนี่คนที่ใช้ยาสมุนไพรคงจะน้อยมากๆ”

นอกจากนี้แพทย์ท่านหนึ่งยังมีความคิดเห็นว่า ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ จึงเป็นโอกาสที่จะนำนโยบายเรื่องการใช้ยาจากสมุนไพรไปใช้ได้ดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“นโยบายรัฐบาลนี้มีนโยบายสาธารณสุขคือ โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล อย่างนี้มีโอกาสเพิ่ม”

ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขในการศึกษาครั้งนี้ ยังระบุว่า การใช้มูลค่ายาเป็นเป้าหมายไม่เหมาะสมและเป็นไปได้ยากสำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากมูลค่าของยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ส่วนใหญ่เป็นยาแผนปัจจุบันที่มีราคาแพง จึงทำให้การเพิ่มสัดส่วนมูลค่าของการใช้ยาจากสมุนไพร เป็นไปได้ยาก ควรพิจารณากำหนดตัวชี้วัดอื่นแทนมูลค่าการใช้ยา หากใช้มูลค่าการใช้ยาก็คงใช้ สัดส่วนที่แตกต่างกันในแต่ละระดับของโรงพยาบาล ดังข้อคิดเห็นที่ว่า

“โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่มูลค่าจะเป็นยาเฉพาะทาง ยาจะค่อนข้างแพง ถ้ามา เทียบมูลค่าที่ 25% มันจะเป็นไปได้ยากมาก”

“ปริมาณยาใช้ร้อยละ 25 ในระดับตติยภูมิ ถ้ามันเป็นตติยภูมิจริงๆ ก็ต้องบอกว่า ค่าใช้จ่ายยาส่วนใหญ่ไปหมดกับอะไร ถ้าไปหมดกับ chemo หมดไปกับยา antibiotics เพราะฉะนั้นมันก็จะไม่ work นโยบายที่ตั้งมันก็จะไม่มีทาง”

2. การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลตามนโยบายควรทำผ่านแพทย์แผนไทย มากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน

บุคลากรสาธารณสุขในการศึกษาคั้งนี้ มีความเห็นว่าหากต้องการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลให้ได้มากขึ้นตามนโยบาย ควรมีการส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาผ่านแพทย์แผนไทย มากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะแพทย์แผนปัจจุบันขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพร การให้แพทย์แผนไทยซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพรเป็นผู้สั่งใช้ยา จากสมุนไพรน่าจะเป็นช่องทางการส่งเสริมที่ไม่ยาก เนื่องจากแพทย์แผนไทยมีความรู้และความเชื่อมั่น ในสรรพคุณของสมุนไพรอยู่แล้ว โดยพบว่าในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรมากนั้น ยอดการใช้ ยาจากสมุนไพรก็มาจากแพทย์แผนไทยเป็นหลัก เนื่องจากเป็นการสั่งใช้ยาที่ตรงกับสาขาที่เรียนมา ดัง คำสัมภาษณ์ของแพทย์ที่ว่า

“... เพราะฉะนั้นผมคิดว่า ถ้าหากว่ามีการส่งเสริมแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง อย่าง ของเงินเขาทำได้ ผมว่าน่าจะมีประโยชน์กว่าที่จะมาให้แพทย์ที่เป็น specialist มาใช้ เพราะด้วยข้อจำกัดในเรื่องงานวิจัยที่ดี ในเรื่องคุณสมบัติที่ดี มันยังจำกัดอยู่”

“แต่ตอนนี้ก็คือบอกตรงๆ ว่าไม่ได้มองแพทย์เป็นกระแสหลักที่จะต้องมาใช้ยาตัวนี้ เพราะการที่จะทำให้ convince มันไม่ใช่เรื่องง่าย แล้วงานวิจัยของบ้านเรามัน support ไม่พออยู่แล้ว คือความรู้มันไม่แน่น เพราะฉะนั้นคือเราก็ไปมอง channel ตรง ซึ่งเราก็ใช้ได้ ก็คือผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ไทย ซึ่งเขาสามารถสั่งได้โดยตรง สั่งออกใบรับรองการใช้ยาได้อยู่แล้ว”

3. เป็นนโยบายที่ขาดกลยุทธ์ แนวทางปฏิบัติ และการวางแผนสิ่งสนับสนุนรองรับที่ชัดเจน

แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายไว้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ไม่ได้มี การเตรียมสิ่งสนับสนุนรองรับอย่างชัดเจนจึงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ยังไม่มี การสร้างแรงจูงใจในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย กล่าวคือ ไม่ได้มีแรงจูงใจหรือ สิ่งตอบแทนให้แก่โรงพยาบาลที่สามารถเพิ่มการใช้ยาจากสมุนไพรได้ตามเป้าหมาย เช่นเดียวกันไม่มี

บทลงโทษสำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถเพิ่มการใช้ยาจากสมุนไพรได้ถึงเป้าหมาย นอกจากนี้ยังไม่มี
แนวทางการดำเนินการที่ชัดเจนให้กับผู้ปฏิบัติ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“policy ยังไม่ชัด... ในเชิงของการจัดการที่กระทรวงให้ว่า ถ้ามันจะเป็นไปได้
ผลิตภัณฑ์แผนงานมันจะเป็นในรูปแบบไหน มันจะต่างจากไหน เช่น โรค AIDS เขา
ต้องการเป้าว่าลดการติดเชื้อน้อยลง เขาก็จะมีเรื่อง global fund แล้วก็มี strategy
ค่อนข้างชัด แต่ policy ของทางด้านแพทย์แผนไทยไม่ชัดเลย แต่ถ้าเป็น TB, AIDS
มีความชัดเจน ทุกอย่างมีสนับสนุน รวมไปถึง process ทุกอย่าง ก็คือสนับสนุนให้
บุคลากรที่ทำด้านนี้ ประชุมอบรม คือได้ทั้งทางวิชาการและได้ทั้งในส่วนของความรู้
ใหม่ๆ แล้วก็... รวมไปถึงกรอบหรือ policy ที่ค่อนข้างชัด และมีแนวทางการ
ดำเนินการให้เสร็จสรรพ เรามีหน้าที่เอาตรงนั้นมาทำแค่นั้นเอง”

จากการสัมภาษณ์พบว่า ไม่มีการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อรองรับหากจะมีการผลักดันการ
สั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลผ่านแพทย์แผนไทย โดยบุคลากรสาธารณสุขในการศึกษานี้แสดง
ความคิดเห็นว่าควรมีแผนสนับสนุนการแพทย์แผนไทยให้ครอบคลุมและเป็นรูปธรรมในทุกๆ ด้าน เช่น
กำหนดโครงสร้างบังคับบัญชาของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลให้ชัดเจน เพิ่มอัตรากำลังคนด้าน
การแพทย์แผนไทย เพิ่มหรือขยายอาคารแพทย์แผนไทย หรือสถานที่ผลิตยาจากสมุนไพร สนับสนุน
วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหลักสูตรการผลิตแพทย์แผนไทย เป็นต้น ซึ่ง
บุคลากรสาธารณสุขทั้งจากกลุ่มโรงพยาบาลที่ใช้ยาจากสมุนไพรน้อยและใช้ยาจากสมุนไพรมากมาย
ท่านในการศึกษารังนี้ต่างเห็นตรงกันในเรื่องนี้ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ถ้ากระทรวงจะสนับสนุนก็ต้องสนับสนุนให้ครบทั้งคน เงิน ของ คนก็ต้องทำให้มี
แพทย์แผนไทย ก็ต้องมีให้มาก ให้มีจำนวนมากพอ และส่งเสริมแนวทางนี้ให้เป็นที่
รู้จัก ก็คือมีเรื่องของแพทย์แผนไทยขึ้นมา”

“ตอนนี้โรงพยาบาลเรา คือทีมงานของเรายังไม่ดำเนินการได้ดีเท่าที่ควรเพราะว่า
เรายังติดเรื่องอาคารสถานที่นะคะ เพราะว่าเรายังไม่ได้แยกเป็นฝ่ายของแผนไทย
เรายังอยู่ฝ่ายส่งเสริมอยู่ คือมีเจ้าหน้าที่บริการคนเดียว นวดเตียงเดียว มีการ
ให้บริการยาสมุนไพรด้วย แล้วก็หมายถึงถ้าคนไข้จะมาบริการที่การแพทย์แผน
ไทยโดยตรงนี้เรายังรับไม่ได้ เพราะหนึ่งเจ้าหน้าที่มีน้อย สถานที่เราไม่พอด้วย”

“บางโรงพยาบาลบอกว่าเค้ามีสถานที่แต่เค้าเรียกว่าอะไรคะ เค้าไม่มีอัตรา ไม่มี
กรอบ นั่นคือ สมมติถ้ารับมาโรงพยาบาลต้องจ่ายเอง”

นอกจากนี้เภสัชกรบางท่านในการศึกษารังนี้ยังมีความคิดเห็นว่า หากการใช้ยาจากสมุนไพร
เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 จริง ปริมาณยาจากสมุนไพรจะมีไม่เพียงพอต่อความต้องการ ใช้เนื่องจากยังไม่มี
มาตรการรองรับในเรื่องการผลิตยาจากสมุนไพร ทั้งเรื่องแหล่งผลิตสมุนไพรและผู้ผลิตที่ครอบคลุม
ดังความคิดเห็นที่ว่า

“แต่ว่ามันก็มีปัญหาแหละ คนผลิต ผลิตไม่ทัน...ถ้าโรงพยาบาลรัฐใช้พร้อมกันทั่วประเทศ องค์การหรือว่าบริษัทที่แทนจำหน่ายก็ไม่มีขายเหมือนเดิม เพราะว่า raw mat (raw material - วัสดุดิบ) มันขาด”

“มีพื้นที่ประมาณร้อยไร่ที่ส่งเสริมชาวบ้านในจังหวัดปลูก แต่ ณ ปัจจุบันเนี่ยมันไม่พอ อย่างเพชรสังฆาตนี่คือไปดูแลแล้วแทบจะไม่ผ่าน เก็บไม่พอเลย ก็จะมีปัญหาเรื่องขาดตลาดอยู่บ้าง ซึ่งไปหาแหล่งอื่นก็น้อยมาก และก็เกษตรกรก็ไม่ค่อยอยากจะทำ เพราะว่ามันก็ทำยากและก็เสียเวลาปรับดิน ปรับน้ำอะไรอย่างนี้ ปีสองปีกว่าจะได้”

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะให้กระทรวงต่างๆ เข้ามาร่วมมีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพร เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งหากเรื่องนี้ได้รับความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย จะช่วยให้การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ตั้งแต่เรื่องวัตถุดิบพืชสมุนไพร การเพาะปลูก การควบคุมคุณภาพ การตลาด การประชาสัมพันธ์ ควรมีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ดังความคิดเห็นที่ว่า

“กรมวิทย์เคยมีการชู product champion ของแต่ละปี...บางปีก็เป็นฟ้าทะลายโจร ขมิ้น มันทำให้ผู้ประกอบการเขาดูว่าปีนี้ภาครัฐจะส่งเสริมตัวนี้ เขาก็มุ่งเข้ามาที่จะผลิตตัวนี้เข้าสู่ตลาด แต่ในปีสองปีหลังมันก็ไม่มีโครงการนี้ ก็ไม่แน่ใจว่าทำไมถึงหายไป...มันก็เลยเป็นปัญหาอยู่เหมือนกันคือ มันขาดความต่อเนื่อง ถ้ามันต่อเนื่องไปได้มันก็คงมีตัวใหม่ๆ ออกสู่ตลาด”

3. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อปัจจัยส่งเสริม/เป็นอุปสรรคต่อการใช้สั่งยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพร

1. การมีบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือในโรงพยาบาลเป็นแกนนำในการส่งเสริมการใช้สมุนไพร

การที่จะทำให้นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรประสบความสำเร็จ บุคลากรสาธารณสุขในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันคือ จะต้องมียุคคลหลักซึ่งมีความน่าเชื่อถือเป็นแกนนำในการช่วยผลักดันและส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ทั้งนี้โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรมากจำนวน 7 แห่งในการศึกษาคั้งนี้ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นบุคคลที่ช่วยผลักดัน ในขณะที่โรงพยาบาลอีก 2 แห่งเริ่มจากเภสัชกรที่มีเจตคติที่ดีต่อสมุนไพรในโรงพยาบาลเป็นแกนนำ โดยบุคคลหลักเหล่านี้มีความมุ่งมั่นในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยาจากสมุนไพรในอดีต หรือความสนใจส่วนตัว ทั้งนี้พบว่า

การมีผู้อำนวยการเป็นผู้นำในเรื่องการใช้ยาจากสมุนไพร จะส่งผลให้แพทย์ที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการใช้ยาจากสมุนไพรมากขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“โชคดีตรงที่ผู้อำนวยการเห็นความสำคัญของแพทย์แผนไทย รวมทั้งเรื่องทางเลือกของยาสมุนไพรนะคะ อาจจะเป็นพื้นฐานความรู้ดั้งเดิมของตัวเอง ผอ. ด้วยว่าท่านเคยเป็นลูกร้านยามาก่อน คือครอบครัวท่านทำเกี่ยวกับเรื่องยา ทั้งยาจีน ร้านขายยา ยาสมุนไพรทุกอย่างมาก่อน ก็คือให้เครดิตท่านด้วย ที่นี้พอท่านก้าวมาสู...มาเป็นท่าน ผอ. นี้ ก็เลยสนับสนุนเรื่องของยาสมุนไพร”

2. การใช้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร

2.1 การใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนรายการยาแผนปัจจุบัน

รายการยาในโรงพยาบาลส่งผลการสั่งใช้ยาของแพทย์โดยตรง โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรจำนวน 4 แห่ง ใช้กลยุทธ์การกำหนดให้มีรายการยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันบางรายการ โดยมีนโยบายให้ตัดรายการยาแผนปัจจุบันออกจากบัญชียาโรงพยาบาล และหากมีการสั่งใช้ยาแผนปัจจุบันดังกล่าว เกสซ์กรสามารถจ่ายยาจากสมุนไพรแทนได้ ซึ่งจะทำให้มีปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น ดังเช่นโรงพยาบาลที่ 1 มีการใช้ คาลาไมน์สเตดฟงพอนแทนคาลาไมน์โลชั่น ใช้ตู้ทองบาล์มแทน diclofenac gel ใช้ยาราคูบเซยแทนยาราคูน้ำแดง และใช้มะขามแขกแทน milk of magnesia โรงพยาบาลที่ 2 มีการใช้เพชรสังฆาตแทน Daflon[®] และใช้พญาอคริมแทน acyclovir cream ดังคำกล่าวของเกสซ์กรว่า

“เพชรสังฆาตเนี่ยจะใช้แทน Daflon[®] ในกรณีคนไข้เป็นริดสีดวงนะคะ แล้วก็ยังมี acyclovir cream นะคะที่เราตัดออก โดยใช้พญาอคริมแทนการรักษาโรคกลุ่ม Herpes”

โรงพยาบาลที่ 3 มีการใช้เพชรสังฆาต แทน Daflon[®] และโรงพยาบาลที่ 4 ใช้ยาราคูบเซยแทนยาราคูน้ำแดง ใช้ขี้ผึ้งไฟลแทน methyl salicylate

2.2 การให้ข้อมูลเรื่องยาจากสมุนไพรกับแพทย์ใหม่ของโรงพยาบาล

การให้ข้อมูลเรื่องยาจากสมุนไพรกับแพทย์ที่มาปฏิบัติงานใหม่จะส่งผลให้แพทย์มีความคุ้นเคยกับรายการยาจากสมุนไพร โดยจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีโรงพยาบาลทั้งหมด 3 แห่งที่มีแนวทางในการให้ข้อมูลแก่แพทย์ ในกรณีของโรงพยาบาลที่ 1 การใช้ยาจากสมุนไพรถือเป็นนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการชี้แจงให้แก่แพทย์โดยตรงก่อนที่จะปฏิบัติงาน ดังกรณีที่ว่า

“ถ้าหมอมาใหม่ ท่านผู้อำนวยการเขาจะพูดก่อนล่วงหน้าว่าที่นี่จะใช้ยาพวกสมุนไพรเป็นหลักในการรักษา แบบว่าให้มีทุกจุด ให้มีส่วนร่วม แล้วก็การคุยกันก็จะ เป็นหัวหน้างานหรือเกสซ์จะไปอธิบายกับหมอมาใหม่ ให้คำอธิบายกับเขาว่ายาสมุนไพรนี่รักษาอะไร...”

ส่วนโรงพยาบาลที่ 2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะเป็นผู้แนะนำเบื้องต้น (orientation) ในเรื่องนี้ให้แก่แพทย์ที่มาปฏิบัติงานใหม่ หลังจากนั้นจะมีการแนะนำเรื่องยาจากสมุนไพรอีกครั้งในห้องประชุมพร้อมแจกคู่มือการใช้ยาจากสมุนไพร ส่วนโรงพยาบาลที่ 3 มีการจัดทำคู่มือยาจากสมุนไพรให้แก่แพทย์ในห้องตรวจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“มีเอกสาร เราจะมีคู่มือให้แพทย์ ท่านหนึ่งก็เล่มหนึ่ง อยู่ประจำที่ห้องตรวจเลย เป็นการสืบทอดความรู้ของแพทย์แต่ละรุ่นนะ อย่างสมมติกรณีแพทย์ส่งจ่ายคนไข้เคสนี้ก็จะมีประวัติอยู่ใน OPD card อยู่แล้วใช้ใหม่คะ ก็เหมือนพอแพทย์มารักษาต่อ เขาก็จะได้เห็นว่าประวัตินี้ใช้อะไร เขาก็จะต่อข้อมูล follow up ต่อว่าได้ผลไหม”

2.3 การแจกตัวอย่างยาจากสมุนไพรให้แพทย์ทดลองใช้

มีโรงพยาบาล 1 แห่งที่ใช้การแจกตัวอย่างยาจากสมุนไพรในลักษณะเดียวกับผู้แทนยาของบริษัทยาแผนปัจจุบัน โดยเห็นว่าหากแพทย์ได้ทดลองใช้จะมีความเชื่อมั่นในยาจากสมุนไพรมากขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“...จะหิ้วยาแผนไทยไปให้ในการประชุมของแต่ละกลุ่มงานเหมือน PR (ประชาสัมพันธ์ - นักวิจัย) เหมือนดีเทลยานะคะ จะเข้าไปในการประชุมของเขาแล้วก็เอายาแผนไทยที่ได้มา เราจะมียาจากตัวแทนของบริษัทยาที่ผลิตแผนไทยได้ เราก็จะเอายาที่เราได้ขึ้นไปแจกให้ใช้ ก็คือลดแลกแจกแถมให้แพทย์ลองใช้ดู ทำเหมือนผู้แทนยาเลยคะ แบบเดียวกัน”

3. ประชาชนมีความคุ้นเคยกับยาจากสมุนไพร

การสั่งจ่ายยาของแพทย์นอกจากแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจสั่งจ่ายเองแล้วนั้น การเรียกหาจากสมุนไพรของประชาชนก็ส่งผลให้แพทย์สั่งจ่ายยาจากสมุนไพรได้ด้วยเช่นกัน จากที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้ยาจากสมุนไพรมาก่อน ทำให้ประชาชนมีความคุ้นเคยและสามารถแจ้งแก่แพทย์ถึงความต้องการใช้ยาจากสมุนไพรได้ ทั้งนี้ในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรมากจำนวน 6 แห่งพบว่าประชาชนเป็นผู้เรียกหาจากสมุนไพรกับแพทย์ เช่นคำสัมภาษณ์ของเภสัชกรว่า

“ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อมนี้เป็นตัวที่...คืออาจจะเรียกว่ามีชื่อเสียงที่สุดของโรงพยาบาล xxx นะคะ ฉะนั้นคนไข้จะ request มาก บางครั้งหมอจะชินกับการจ่ายยาแก้ไอน้ำดำ แต่คนเขาบอกว่ากินแล้วไม่หาย คนไข้จะเอายาแก้ไอมะขามป้อมหมอเค้าก็เลยต้องจ่าย”

4. การผลิตยาจากสมุนไพรเองในโรงพยาบาล

การผลิตยาจากสมุนไพรเองทำให้โรงพยาบาลมียาจากสมุนไพรไว้ใช้กับผู้ป่วยโดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องการจัดซื้อจัดหา และเมื่อมีการผลิตยา ก็ทำให้ต้องมีการใช้ตามมามากด้วย โดยในการศึกษานี้

โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรจำนวนมากจำนวนถึง 9 แห่งมีการผลิตยาใช้เองในโรงพยาบาล ดังคำ
สัมภาษณ์ที่ว่า

“นอกจากส่งเสริมเรื่องของการใช้ก็ ยังส่งเสริมเรื่องของการผลิตด้วย ที่มันทำให้
เรามียอดการใช้ยาสมุนไพรเพราะเราผลิตเองด้วย”

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

1. ข้อกำหนดเกี่ยวกับสัดส่วนและจำนวนรายการยาในบัญชียาของโรงพยาบาล

บัญชียาของโรงพยาบาลมีข้อกำหนดให้มูลค่าการซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชียา
หลักแห่งชาติ (ED: NED)⁸ ให้อยู่ในสัดส่วนที่กำหนดในโรงพยาบาลแต่ละระดับ และจากการที่ยาจาก
สมุนไพรส่วนใหญ่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้มีข้อจำกัดในการเพิ่มยาจากสมุนไพรเข้าใน
บัญชียาของโรงพยาบาล ดังคำสัมภาษณ์ของบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลชุมชนว่า

“เรื่องของพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างก็คือ ED: NED ยังเป็น 80: 20 ในขณะที่
ส่งเสริมการใช้สมุนไพร แต่ยาสมุนไพรอยู่นอกบัญชียาหลักหมดเลย ซึ่งมันเป็นไป
ไม่ได้อยู่แล้วที่จะ add (เพิ่ม – นักวิจัย) เข้าสู่อันนี้”

นอกจากนี้ยังมีการกำหนดจำนวนรายการยาในบัญชียาของโรงพยาบาลในแต่ละระดับว่าควรมี
ไม่เกินเท่าใด⁹ ดังนั้นหากโรงพยาบาลต้องการเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรเข้าไปในบัญชียาของ
โรงพยาบาล โรงพยาบาลอาจต้องตัดรายการยาแผนปัจจุบันออกเพื่อไม่ให้รายการยาเกินเกณฑ์ที่
กำหนด

“บัญชียาเดิมนั้น จะเอาเข้าต้องตัดตัวอื่นออก คือ มันเป็นข้อจำกัดเหมือนกันว่า
โรงพยาบาลเรามีได้ไม่เกิน 370 items ตอนนี้มีเต็มอาจจะเกิน ขนาดไม่นับยาต้าน
ไวรัส เพราะกลุ่มยาต้านไวรัส AIDS ที่มีแทบทุกตัวที่เมืองไทยมีที่นี้ครับ แต่ว่าอันนั้น
เป็นอีกกรอบบัญชียาอีกตัวหนึ่ง...ไม่นับมารวม...เป็นยาเฉพาะ”

“น่าจะเป็นงบเดิมที่จะต้องเจียดเอาไปมาให้สมุนไพร...แต่ว่า item ยาอาจจะต้องมี
การเปลี่ยนแปลงถ้าสมมติว่าเอาๆ สมุนไพรเข้าก็ต้องมาพิจารณาดูแล้วว่า สมุนไพร
นี้จะเข้าแทน item ยาที่มีอยู่เดิมหรือว่าเข้าเสริมขึ้นมา ถ้าเข้าเสริมขึ้นมาแล้วมัน

⁸ สัดส่วนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในบัญชียา รายการยา กำหนดให้

โรงพยาบาลศูนย์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 โรงพยาบาลทั่วไปไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

โรงพยาบาลชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 สถานอนามัยให้ใช้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

⁹ โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลแพทย์) ไม่เกิน 750 รายการ โรงพยาบาลศูนย์ ไม่เกิน 700 รายการ

โรงพยาบาลทั่วไป ไม่เกิน 550 รายการ โรงพยาบาลชุมชน ไม่เกิน 375 รายการสถานอนามัย

ใช้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

“ทำให้ยอดจำนวน item ยาของเราสูงเกินที่ limit ไว้ใหม่ ในส่วนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ”

นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับรายการยาในบัญชียาจากสมุนไพรรพ.ศ. 2549 และรายการยาจากสมุนไพรมัธยมศึกษาประจำบ้านว่าควรมีการปรับปรุง เนื่องจากรายการในบัญชียาจากสมุนไพรมิไม่สามารถนำมาใช้ได้ทุกชนิดเพราะยังขาดผู้ผลิต หรือไม่ทราบแหล่งผลิตยาจากสมุนไพรวินิจฉัย อีกทั้งควรเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรรูปอื่นเข้าไปในบัญชียาจากสมุนไพรมากขึ้น ดังที่กล่าวว่า

“ยาผสมสูตรตำรับประมาณ 3 - 4 ตัวที่อยู่ในบัญชียาจากสมุนไพรรพ.ศ. 2549 ปัจจุบันแม้แต่เจ้าพระยาอภัยภูเบศรยังไม่มี item รายการยานี้เลย ทั้งๆ ที่เขาเป็นแหล่งผลิตแทบจะใหญ่ที่สุดในประเทศ เขายังไม่สามารถมียาในบัญชียาหลักตัวนี้ได้เลย ในขณะที่ยาสมุนไพรรูปอื่น ๆ ไม่ค่อยใส่ คือการผลักดันเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติค่อนข้างน้อยอยู่ ถ้าปัจจุบันตามบัญชีกรอบใหม่ก็อย่างที่บอกคือมีแค่ 3 - 4 ตัว แล้วก็กำลังจะ add เข้ามาใหม่อีกประมาณ 5 ตัว ไซ้ใหม่ครับ แต่ในขณะที่ผลิตสมุนไพรวินิจฉัยวันนี้ผลิตรวมเกือบจะ 100 items เข้าไปแล้ว แต่เข้าบัญชียาหลักจริงๆ ก็ไม่ถึง 10 items”

2. เกณฑ์การเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรรพ.

ในส่วนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ในผู้ป่วยใน ตลอดจนการจ่ายเงินแบบรายหัว (Capitation) ทำให้ยาจากสมุนไพรมิอาจจะไม่ถูกเลือกมาใช้ เนื่องจากยาจากสมุนไพรมิมีราคาแพงกว่ายาแผนปัจจุบัน ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลแพงกว่า ฉะนั้นโรงพยาบาลจึงไม่อยากจะสั่งใช้ยาจากสมุนไพรมิเพราะโรงพยาบาลไม่ได้กำไร หรืออาจขาดทุนได้ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ถ้าเทียบอย่างขมั้น...มันจะแพง เพราะว่าพวก ranitidine เม็ดนี้ไม่ถึงบาท แต่ถ้าเรากินขมั้นชั้น เคอร์มิน ต้องกิน 3 เม็ดต่อมือ วันละ 3 เวลา วันหนึ่งก็ตก 20 บาท มันแพงกว่า แต่ว่ารัฐบอกว่าจะจ่าย DRG... มันก็สวนทางกัน”

นอกจากนี้สำหรับการเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรมิของสิทธิข้าราชการ กรมบัญชีกลางกำหนดให้การเลือกรายการยาจากสมุนไพรมิไว้ในบัญชียาของสถานพยาบาลขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแต่ละโรงพยาบาล และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ดังนั้นมาตรฐานในการเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรมิจึงแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ใช้สถานพยาบาลต่างกันสามารถเบิกใช้ยาจากสมุนไพรมิได้แตกต่างกัน และมีปริมาณการใช้ที่ต่างกัน ดังกรณีนี้ที่ว่า

“กรมบัญชีกลางก็ไม่มีระเบียบของกรม... คือว่าบอกว่าเป็นดุลยพินิจของโรงพยาบาลในการบอกว่ายาตัวไหน สมุนไพรมิตัวไหนเบิกได้ เบิกไม่ได้...อันนี้ปัญหาหลักเลย...มันไม่เหมือนอภัยภูเบศร อภัยภูเบศรเขาอาจจะเคยทำมาก่อน แต่ถ้าหลายๆ โรงพยาบาล หลายๆ ที่การเอายาเข้ามา ตัวนี้ขึ้นอยู่กับคนไข้เบิกได้

โรงพยาบาลไม่มั่นใจที่จะเอาเข้า ทำให้บางส่วนของประชาชนที่มีสิทธิ์ที่จะเบิกได้ หรืออะไรได้ มันมีความไม่ชัดเจนอยู่แล้ว...รัฐต้องทำมาตรฐานว่ายาต่อไปนี้ให้เบิกได้ แต่ถ้าบอกว่าให้เป็นดุลยพินิจของโรงพยาบาลเนี่ยมันไม่เท่าเทียมกัน เพราะว่า คนไข้ย่อยต่อ 2 จังหวัด สุพรรณบุรี-อยุธยา ไปทางโรงพยาบาลสุพรรณบุรี สุพรรณบุรีบอกอันนี้เบิกได้ ไปทางอยุธยา บอกอันนี้เบิกไม่ได้เลย ท่านก็เดินทางข้ามไปสุพรรณบุรีอยู่ดีเพื่อไปเบิก เพราะว่า drug list ไม่เท่ากัน ทั้งๆ ที่เป็นยาตัวเดียวกัน แต่เบิกไม่ได้เพราะข้ามจังหวัด... คนไข้เลยบอกทำไมมาตรฐานไม่เท่ากัน”

3. ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรตลอดจนมาตรฐานและคุณภาพของยาจากสมุนไพร

ดังที่กล่าวมาแล้ว ในปัจจุบันบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ยังขาดความเชื่อมั่นเกี่ยวกับประสิทธิภาพ มาตรฐาน และคุณภาพของยาจากสมุนไพร ทั้งนี้การมีทะเบียนตำรับยาเป็นการประกันคุณภาพ และความเชื่อมั่นได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีหลักเกณฑ์สำหรับการขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรซึ่งยังไม่เอื้อกับการพัฒนายาจากสมุนไพร เนื่องจากมีการนำเอาเกณฑ์ของยาแผนปัจจุบันมาใช้ในการขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรในหลายๆ ประเด็นด้วย ทั้งนี้เมื่อยาไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนก็จะทำให้ได้รับความเชื่อมั่นน้อยลงและมีปริมาณการใช้ที่จำกัด ในเรื่องนี้บุคลากรสาธารณสุขบางท่านเห็นว่าควรมีการปรับเกณฑ์ให้เหมาะสมกับลักษณะของยาจากสมุนไพร ดังเช่นความคิดเห็นที่ว่า

“เป็นปัญหาในความเข้าใจในระดับของเจ้าหน้าที่ในองค์การอาหารและยาที่เกี่ยวข้องในการขึ้นทะเบียน...ไม่เข้าใจ concept ของยาสมุนไพร และก็จะเอาเกณฑ์ของแผนปัจจุบัน ซึ่งยามีกារวิจัยไปไกลกว่าและมีข้อมูลเยอะกว่าเอามาวาง ยาสมุนไพรก็เลยไม่ค่อย flow เท่าไหร่...คนที่รับขึ้นทะเบียนเวลาขึ้นทะเบียนเขาต้องไปเสนอกับผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนก็พูดไม่เหมือนกัน แก้อบหนึ่ง ก็ไปกับผู้เชี่ยวชาญหนึ่ง...บางทีคือแก้อบหนึ่ง สอง สาม แก้อบไปกลับมาเหมือนเดิมครั้งหนึ่งก็มี หรือไม่บางคนก็คือไม่เข้าใจ concept ของยา คือเหมือนกับว่าข้อมูลมันต้องแน่นมากถึงจะขึ้นทะเบียนได้...บางทีเขาก็ reject...”

6. อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ มีความตระหนักถึงปัญหาการไม่สามารถพึ่งพาตนเองในด้านยาของประเทศไทย ประกอบกับการมีทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ทำให้ภาครัฐมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรมาเป็นระยะเวลานาน และมีนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อยาจากสมุนไพรเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาจากสมุนไพร เช่นเดียวกับการศึกษาที่มีมาก่อน [56, 58, 63] โดยการศึกษาในครั้งนี้นพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพร ทั้งนี้ยังพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องยาจากสมุนไพรทำให้ไม่ทราบสรรพคุณหรือขนาดที่ใช้ในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยอื่น [63] ที่ระบุว่าแพทย์ศึกษามาทางแพทย์แผนตะวันตกจึงทำให้มีความรู้ทางแพทย์แผนตะวันออกน้อยส่งผลให้มีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรน้อย ตลอดจนการมีหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้แพทย์สั่งจ่ายยาจากสมุนไพร

จากผลการศึกษาข้างต้น ในระดับสถานบริการสาธารณสุข การให้ความรู้แก่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเป็นหนึ่งในกลยุทธ์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพรซึ่งจะนำไปสู่การสั่งใช้นั้นๆ ในที่สุด หนึ่ง ควรมีการให้ความรู้แก่แพทย์ในหลายๆ วิธีร่วมกัน เช่น การจัดประชุมอบรม สัมมนา การให้บุคคลที่มีความน่าเชื่อถือในวงการแพทย์มาให้ข้อมูลหรือความคิดเห็นในการสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพร ตลอดจนการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรแก่แพทย์โดยการเข้าพบโดยตรงในลักษณะของ academic detailing พร้อมทั้งแจกตัวอย่างยาจากสมุนไพรให้แก่แพทย์เพื่อทดลองใช้และให้เกิดความคุ้นเคย รวมถึงการนำเอาบัญชีรายการยาจากสมุนไพรซึ่งระบุทั้งข้อบ่งใช้ ขนาดรับประทาน เข้าไว้ประจำในห้องตรวจเพื่อให้แพทย์สามารถศึกษาได้

ทั้งนี้การศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์หือภิมานหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้สิ่งแทรกแซง (intervention) หลายๆ วิธีร่วมกัน การเตือนความจำ (reminder) การให้ข้อมูลโดยบุคคลที่เป็นที่ยอมรับ (opinion leader) ตลอดจนการให้ข้อมูลทางวิชาการแบบ academic detailing ซึ่งจัดโดยหน่วยงานที่ไม่ได้แสวงหากำไร โดยเป็นการเข้าพบเพื่อให้ข้อมูลทางวิชาการแก่แพทย์โดยตรง สามารถเพิ่มความรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคำสั่งใช้ยาของแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผลจากการจัดประชุมวิชาการ การให้เอกสารความรู้ต่างๆ และการประเมินแบบ audit with feedback ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคำสั่งใช้ยาของแพทย์ได้ชัดเจน [64-66]

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย โดยลัดดา เลื่อนไธสง [67] ซึ่งทำการศึกษามูลของ academic detailing ต่อการสั่งใช้ฟ้าทะลายโจรในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาแบบ cluster randomization study ศึกษาใน 12 ศูนย์บริการสาธารณสุขพบว่า กลุ่มที่ได้ academic detailing ซึ่งจะมีเภสัชกรไปพบให้ข้อมูลแก่แพทย์ตลอดจนตอบข้อสงสัย โดยมีการแจกเอกสารวิชาการและแผ่นพับเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของฟ้าทะลายโจร และแจกตัวอย่างยา 3 ครั้งในเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าแพทย์มีความรู้และมีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ในระดับนโยบาย การส่งเสริมการวิจัยทางคลินิกของยาจากสมุนไพรเป็นกิจกรรมลำดับแรกๆ ที่ควรสนับสนุน อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนการวิจัยยาจากสมุนไพรนั้นได้ถูกระบุอยู่ในแผนงานหรือนโยบายระดับชาติอย่างต่อเนื่องมาระยะหนึ่งแล้ว เช่น ในนโยบายแห่งชาติด้านยา แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550-2554 [27] ดังนั้นจึงควรมีการกำกับหรือติดตามการดำเนินการของแผนงานหรือนโยบายดังกล่าวให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ต่อไปอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ทางที่มิวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่บริหารจัดการฐานข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรในระดับประเทศ ซึ่งทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลหรือหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับสมุนไพรอย่างเป็นระบบที่สมบูรณ์ในทุกด้านและครบวงจร เช่น การผลิตสมุนไพร ข้อมูลวิจัยทางคลินิก

พิชิตวิทยา เป็นต้น และต้องบริหารจัดการให้โรงพยาบาลสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลดังกล่าวได้ง่ายและสะดวก ทั้งนี้ในปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรเข้าถึงได้ยากโดยเฉพาะในโรงพยาบาลต่างจังหวัด และแม้ว่าในประเทศไทยจะมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรในหลายๆ หน่วยงาน แต่ในแต่ละฐานข้อมูลจะมีรายละเอียดของข้อมูลสมุนไพรในแง่มุมที่ต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของฐานข้อมูลนั้น นอกจากนี้ควรพิจารณาบรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยใช้ยาจากสมุนไพรเข้าไปในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เพื่อให้แพทย์ได้มีโอกาสเรียนรู้ถึงยาจากสมุนไพร จะได้มีความมั่นใจในยาจากสมุนไพร และเพิ่มการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรได้ในอนาคต

บุคลากรสาธารณสุขบางส่วนในการศึกษาค้างนี้มีความคิดเห็นว่ายาจากสมุนไพรยังมีรูปแบบที่ไม่น่าดึงดูดเช่นเดียวกับการศึกษาที่เคยมีมาก่อน [68] ดังนั้นการพัฒนา รูปแบบของยาจากสมุนไพรให้มีความน่าใช้มากขึ้นจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ทั้งนี้ในระดับสถานบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ผลิตควรร่วมมือกับหน่วยงานวิจัยและสถาบันวิชาการที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์ให้มีความน่าใช้มากขึ้น ในระดับนโยบายควรมีการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์ โดยความร่วมมือกับหน่วยงานวิจัยและสถาบันวิชาการที่เกี่ยวข้อง และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ได้สู่ผู้ผลิตยาจากสมุนไพร

การพัฒนา ยาจากสมุนไพรให้มีมาตรฐานเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สำคัญในการทำให้เกิดการยอมรับของแพทย์และนำไปสู่การสั่งใช้ ทั้งนี้จากการศึกษาในครั้งนี้ได้สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านๆ มาที่พบว่าแพทย์ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพมาตรฐานของยาจากสมุนไพร ทั้งในแง่ของปริมาณสารสำคัญที่ไม่คงที่ มาตรฐานการผลิต และการไม่มีทะเบียนยา แม้ว่าปัจจุบันสถานที่ผลิตยาที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตยา (Good Manufacturing Practice: GMP) จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่สถานที่ผลิตยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GMP ก็ยังมีจำนวนน้อย โดยในปี พ.ศ. 2553 มีโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ได้รับ GMP ทั้งสิ้น 52 แห่ง [39] นอกจากนี้จำนวนรายการยาจากสมุนไพรที่ได้รับการขึ้นทะเบียนก็ยังไม่มากพอ เนื่องจากระบบการขึ้นทะเบียนในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับบริบทของยาจากสมุนไพรซึ่งมีความแตกต่างจากยาแผนปัจจุบัน [69] ทั้งนี้พบว่าการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรให้มีคุณภาพมาตรฐานนั้นเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของแผนหรือนโยบายระดับชาติหลายนโยบาย/แผน เช่น แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร 2548 - 2552 แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย 2550 - 2554 ซึ่งในส่วนของแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย 2550 - 2554 นั้นได้ระบุตัวชี้วัดในการดำเนินงานที่สำคัญคือ อุตสาหกรรมยาไทยได้ GMP เพิ่มขึ้นปีละ 10 แห่ง ดังนั้นในระดับผู้ผลิตทั้งบริษัทเอกชนหรือสถานบริการสาธารณสุขที่ผลิตยาจากสมุนไพร ควรที่จะพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP รวมถึงควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบที่ใช้อย่างสม่ำเสมอ และในระดับนโยบายก็ควรมีการสนับสนุนผู้ผลิตด้วยเช่นกัน การส่งเสริมคุณภาพของยาจากสมุนไพรนั้นควรวางแผนส่งเสริมให้ครบทั้งกระบวนการ ตั้งแต่การปลูก การเก็บเกี่ยวจนถึงการวิจัยและพัฒนาเพื่อตรวจวิเคราะห์สารสำคัญในยาจากสมุนไพร นอกจากนี้ควรมีการพัฒนากระบวนการขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรเพื่อเอื้อต่อผู้ผลิตยาจากสมุนไพร ซึ่งเหล่านี้จะทำให้แพทย์มีความเชื่อมั่นในคุณภาพยามากขึ้น

สำหรับเรื่องราคาของยาจากสมุนไพรนั้นจากการวิจัยที่ผ่านมา [69] พบว่ายาจากสมุนไพรมีราคาสูงกว่ายาแผนปัจจุบันประมาณ 3 เท่า และสำหรับการเก็บข้อมูลของที่มีวิจัยพบว่า ยาจากสมุนไพรหลายรายการมีราคาสูงกว่ายาแผนปัจจุบันที่มีข้อบ่งใช้เดียวกัน (ตามตารางที่ 1 ในภาคผนวก) อย่างไรก็ตาม หากมีการใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น มีแหล่งผลิตสมุนไพรเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้มีการแข่งขันกันในด้านราคา ซึ่งส่งผลให้ยาจากสมุนไพรมีราคาถูกลงได้ จากข้อค้นพบดังกล่าวทางที่มีวิจัยมีข้อเสนอแนะต่อสถานบริการสาธารณสุขให้มีการวางกลยุทธ์ในการจัดซื้อให้ได้ยาที่มีราคาถูกลงและได้คุณภาพ ในขณะเดียวกันภาครัฐควรมีนโยบายในการวางแผนการผลิตที่ครบวงจรในระดับประเทศที่เหมาะสม มีการพัฒนาแหล่งผลิตที่มีศักยภาพ ตลอดจนส่งเสริมเทคโนโลยีในการผลิตเพื่อลดต้นทุนและพัฒนาให้เกิดโอกาสการแข่งขันด้านราคา

กฎเกณฑ์การเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ไม่เอื้อให้เกิดการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของแพทย์ ทั้งนี้ในปัจจุบันสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการได้ระบุให้สามารถเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรทั้งที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาจากสมุนไพรที่เป็นเภสัชตำรับของโรงพยาบาล และรายการยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งต้องได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลนั้นๆ [18] ในขณะที่โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ในปัจจุบันครอบคลุมเฉพาะยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้นซึ่งมีอยู่เพียง 19 รายการ [2] และแม้ว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในปี 2553 เป็นจำนวน 2 บาทต่อหัวประชากร แต่การจัดสรรดังกล่าวเน้นที่การนัดเพื่อการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าการใช้ยาจากสมุนไพร [32] ดังนั้นในระดับสถานบริการสาธารณสุขควรมีการปรับปรุงบัญชียาของโรงพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมยาจากสมุนไพรให้มากขึ้น ทั้งนี้ในระดับนโยบายกำลังดำเนินการปรับปรุงรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ [70, 71] อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านกฎระเบียบ ข้อกำหนดขององค์กรในเรื่องเกณฑ์การกำหนดจำนวนรายการยา และสัดส่วนจำนวนรายการยาในและนอกบัญชียาของโรงพยาบาล เป็นสาเหตุที่ทำให้ยาจากสมุนไพรมีโอกาสได้รับการบรรจุในบัญชียาของโรงพยาบาลน้อยลง ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าหากมีการแยกบัญชียาโรงพยาบาลเป็น 2 บัญชีคือ บัญชียาแผนปัจจุบัน และบัญชียาจากสมุนไพร ก็จะทำให้แก้ไขข้อจำกัดในเรื่องสัดส่วนรายการยาได้ และยาจากสมุนไพรก็จะมีโอกาสได้รับการสั่งใช้ได้มากขึ้น นอกจากนี้หากมีการพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาด้วยยาจากสมุนไพรแก่ผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ให้ครอบคลุมมากขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้องกับยาจากสมุนไพรให้มีความเหมาะสมขึ้น ก็อาจเป็นแรงจูงใจหนึ่งในการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล การเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอาจเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งซึ่งสามารถเพิ่มมูลค่าการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับเป้าหมายการดำเนินงานของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ 2552 ซึ่งระบุให้มีรายการยาจากสมุนไพรและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างเพียงพออย่างน้อยร้อยละ 10 ของรายการยาทั้งหมด

จากการศึกษาพบว่า แม้นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรจะมีการกำหนดตัวชี้วัดการใช้ยาจากสมุนไพรเป็นมูลค่าที่ชัดเจน แต่ยังคงขาดแรงจูงใจเนื่องจากหากโรงพยาบาลสามารถบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดก็ไม่มีสิ่งสนับสนุนใดจากภาครัฐเพิ่มเติม เช่นเดียวกับการไม่มีมาตรการในการลงโทษในกรณีที่โรงพยาบาลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามตัวชี้วัด ฉะนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการพัฒนาในด้านมาตรการการสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาจากสมุนไพรที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน และสิ่งรองรับการปฏิบัติการตามนโยบายที่ชัดเจน เช่น หากมีการใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น ควรวางแผนให้มีปริมาณยาจากสมุนไพรเพื่อรองรับปริมาณการใช้ที่เพียงพอ โดยเริ่มตั้งแต่การคำนวณปริมาณการผลิตยาจากสมุนไพรแต่ละตัวตามปริมาณการใช้ที่ต้องการโดยเฉพะยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จัดให้มีการกระจายแหล่งผลิตสมุนไพรที่มีคุณภาพ และแหล่งปลูกสมุนไพรที่มีคุณภาพให้เพียงพอต่อปริมาณการใช้ โดยเพิ่มความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นต้น

ในระดับสถานบริการสาธารณสุขพบว่า ความสำเร็จของการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรขึ้นอยู่กับบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ หรือผู้บริหารในโรงพยาบาลซึ่งอาจจะเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือเภสัชกรที่จะเป็นผู้ริเริ่มบุกเบิกให้มีการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล โดยผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องที่ผ่านมา [61, 63] ดังนั้นในระดับนโยบาย การส่งเสริมผ่านบุคคลหลัก ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในโรงพยาบาล ควรเน้นไปที่การพัฒนาศักยภาพของแกนนำที่มีอยู่ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรที่มีศักยภาพในแต่ละสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นแกนนำในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขให้มากขึ้น โดยอาจจัดให้มีการอบรมเรื่องยาจากสมุนไพรให้กับผู้บริหารหรือผู้ที่มีบทบาทหลักผ่านแกนนำที่มีอยู่ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อยาจากสมุนไพร และช่วยผลักดันการใช้ยาจากสมุนไพรในหน่วยงานรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งน่าจะเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสม โดยอาจจะจัดอบรมในแต่ละจังหวัด ให้มีหน่วยงานจากส่วนกลางเป็นผู้รับผิดชอบในการอบรม เพื่อให้การปฏิบัติงานมีความสอดคล้องกัน

นอกจากนี้การใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร โดยการให้ข้อมูลของยาจากสมุนไพรพร้อมการแจกตัวอย่าง หรือการใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนรายการยาแผนปัจจุบันที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันในโรงพยาบาลเป็นวิธีที่ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีโรงพยาบาลที่ตัดรายการยาแผนปัจจุบันออกจากบัญชียาโรงพยาบาลในกรณีที่ยาจากสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันมีข้อบ่งใช้เดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่จังหวัดลำปาง ได้มีการใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนรายการยาแผนปัจจุบันและพบว่าภายหลังจากมีการทดแทนยา ทำให้มีการใช้ยาจากสมุนไพรมากขึ้น และต้นทุนยาของโรงพยาบาลโดยรวมลดลง [72] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนามิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย 2550 - 2554 ซึ่งได้ระบุตัวชี้วัดในการดำเนินงานที่สำคัญคือ ให้มีการใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันปีละ 2 ตัวยาน

เพื่อให้ทันนโยบายการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรบรรจุเป้าหมายที่ได้วางไว้ควรเห็นการสนับสนุนที่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และให้มีการส่งจ่ายยาผ่านแพทย์แผนไทยเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันแพทย์แผนไทยก็ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ ฉะนั้นจึงควรเพิ่มการผลิตแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพและเพิ่มอัตรากำลังของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลให้มากขึ้น และควรมีการวางแผนกรอบอัตรากำลังคนของแพทย์แผนไทยโดยคิดต่อจำนวนประชากรเหมือนบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ด้วย ทั้งนี้พบว่าผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ในสถานบริการของรัฐเป็นผู้ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะมากที่สุด จำนวน 3,524 คน (ร้อยละ 82) [51] ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากำลังคนในด้านนี้ให้เพียงพอ ซึ่งข้อเสนอนี้สอดคล้องกับการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท 2550 - 2554

สำหรับการสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรผ่านทางประชาชนก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการดำเนินการ ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับยาจากสมุนไพรได้ ประกอบกับประชาชนบางส่วนมีความคุ้นเคยกับสมุนไพรทำให้มีความเชื่อมั่นในยาจากสมุนไพร หากประชาชนเรียกหายาจากสมุนไพรจากแพทย์ ก็จะทำให้มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นได้

อย่างไรก็ตาม บุคลากรสาธารณสุขแสดงความเห็นว่าการบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายของนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550 - 2554 เป็นไปได้ยาก เนื่องจากการกำหนดเป้าหมายเป็นมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรไม่เหมาะสม โอกาสในการใช้ยาจากสมุนไพรให้ได้มูลค่าเป็นร้อยละ 25 ของราคายาทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีรายการยาแผนปัจจุบันที่ใช้รักษาโรคเฉพาะทางเป็นจำนวนมาก และมูลค่าราคายาสูงจึงทำให้เป็นไปไม่ได้ยาก นอกจากนี้มูลค่าและรายการยาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลแต่ละระดับก็มีความแตกต่างกัน จึงทำให้โอกาสการใช้ยาจากสมุนไพรให้ได้มูลค่าเป็นร้อยละ 25 นั้นเป็นไปได้ยากเช่นเดียวกันด้วย อีกทั้งยาจากสมุนไพรที่ระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยารักษาโรคทั่วไป เช่น ยารักษาอาการของทางเดินอาหาร ยารักษาอาการของทางเดินหายใจ เป็นต้น จึงทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีโอกาสใช้สมุนไพรน้อยกว่า ดังนั้นหากจะกำหนดเป้าหมายที่ร้อยละ 25 ควรเห็นที่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิมากกว่า ไม่ควรที่จะกำหนดเป้าหมายเดียวกันในทุกระดับโรงพยาบาล

ทั้งนี้ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้ได้สอดคล้องกับเป้าหมายหรือยุทธศาสตร์ของแผนหรือนโยบายระดับชาติหลายแผนงาน/นโยบายที่ได้ระบุไว้แล้ว เช่น การส่งเสริมการวิจัยทางคลินิกของสมุนไพร การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพในการผลิตยาจากสมุนไพร การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน การปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่อการขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพร การพัฒนากำลังคนแพทย์แผนไทย การเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้นเพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของแผนงาน/นโยบายนั้นๆ อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรมีการกำหนดรายละเอียดการดำเนินงาน ตัวชี้วัด การติดตาม และการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

สรุป ผลจากการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในครั้งนี้มีหลายประเด็นที่คล้ายคลึงกับการศึกษาที่มีมาก่อน และบางประเด็นเป็นข้อค้นพบใหม่ที่สำคัญหลายประการ จากผลที่ได้จะนำมาอภิปรายถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ทั้งที่เป็นปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรค พร้อมนำเสนอข้อเสนอแนะและแนวทางเพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยจัดทำเป็นข้อเสนอแนะในระดับ สถานบริการสาธารณสุข และนโยบาย/ระบบ ดังแสดงในตารางที่ 6

อนึ่ง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะจากบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งไม่ได้มีการศึกษาความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ อาทิ ผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและรับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทย หรือบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันผลิตแพทย์แผนไทย เป็นต้น จึงเป็นข้อจำกัดหนึ่งของงานวิจัยในครั้งนี้

ตารางที่ 6 ข้อเสนอแนะและแนวทางเพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมการใช้จากสมมุติฐานเพื่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อนโยบายการส่งเสริมการใช้จากสมมุติฐาน	ข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้จากสมมุติฐาน ระดับนโยบาย/ระบบ
ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค	
1. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับจากสมมุติฐาน	
1.1 ขาดหลักฐานเชิงวิชาการสนับสนุนในเรื่องของประสิทธิภาพและความปลอดภัย	ส่งเสริมการวิจัยทางคลินิกของยาจากสมมุติฐานอย่างครบวงจร พัฒนา/บริหารจัดการฐานข้อมูลเกี่ยวกับสมมุติฐานในระดับประเทศให้ครอบคลุมและเข้าถึงง่าย
1.2 ความไม่คุ้นเคยและขาดความรู้เกี่ยวกับยาจากสมมุติฐาน	จัดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับยาจากสมมุติฐานในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จัดอบรมให้ความรู้เพื่อชี้แจงหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ ทั้งในรูปแบบของการประชุมสัมมนาทางวิชาการ และ academic detailing ซึ่งรวมถึงการแจกตัวอย่างยาให้ทดลองใช้หรือเกิดความคุ้นเคย จัดทำบัญชียาจากสมมุติฐานที่มีในสถานบริการนั้นๆ ตลอดจนข้อบ่งชี้และขนาดรับประทานไว้เป็นคู่มือที่ใช้งานได้จริง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข	ข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในระดับนโยบาย/ระบบ
1.3 รูปแบบทั้งรชชาติ ขนาดรับประทาน และบรรจุภัณฑ์ยังไม่ดึงดูดให้ใช้	<p>ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาในรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่มีความร่วมมือกับหน่วยงานวิจัยและสถาบันวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ได้สู่ผู้ผลิตยาจากสมุนไพร</p>
1.4 คุณภาพและมาตรฐานของยาจากสมุนไพรยังไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ	<p>ส่งเสริมและสนับสนุนโรงงานผลิตยาจากสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GMP (สำหรับสถานบริการสาธารณสุขที่ผลิตยาจากสมุนไพร)</p> <p>ส่งเสริมการวิจัยเพื่อวิเคราะห์สารสำคัญในสมุนไพร</p> <p>วางแผนการผลิตในระดับประเทศให้ครบวงจร ตั้งแต่การกำหนดพื้นที่/ปริมาณที่ปลูก การเก็บเกี่ยว การวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญ</p> <p>พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนเพื่อให้เอื้อต่อยาจากสมุนไพรมากขึ้น</p>

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อนโยบายการส่งเสริม การใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข	ข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ระดับนโยบาย/ระบบ
2. ราคาของยาจากสมุนไพรสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน	ระดับบริการสาธารณสุข
3. เกณฑ์การเบิกจ่ายยาจากสมุนไพร	วางแผนการผลิตที่ตรงกับความต้องการในระดับประเทศให้เหมาะสม
3.1 ยาจากสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และ/หรือ บัญชียาของโรงพยาบาลเท่านั้นจึงจะสามารถเบิกจ่ายได้	จัดหาแหล่งจัดซื้อตลอดจนวางกลยุทธ์ในการจัดซื้อให้ได้ยาจากสมุนไพรที่มีราคาถูกลงและได้คุณภาพ
3.2 ระบบการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และ รายหัว (Capitation)	พัฒนาแหล่งผลิตที่มีศักยภาพตลอดจนส่งเสริมการคิดค้นวิจัยเทคโนโลยีในการผลิตเพื่อลดต้นทุนและพัฒนาให้เกิดกลไกการแข่งขันด้านราคา
3.3 ความคิดเห็นต่อนโยบาย	ปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้นและเพียงพอต่อความต้องการของผู้ใช้
4.1 บุคลากรในโรงพยาบาลขาดแรงจูงใจในการสั่งใช้ยาจากสมุนไพร อีกทั้งยังไม่มีการ หรือพบลงโทษหากโรงพยาบาลไม่สามารถใช้ยาจากสมุนไพรตามเป้าหมายที่กำหนดได้ ตลอดจนไม่มีแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจนให้สถานบริการสาธารณสุข	ประสานงานกับระบบประกันสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบการเบิกจ่ายให้ส่งเสริมการใช้สมุนไพรมากขึ้น
4.2 ความคิดเห็นต่อนโยบาย	พัฒนามาตรการสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล
4.3 ความคิดเห็นต่อนโยบาย	พัฒนาแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจนให้กับสถานบริการสาธารณสุข

ปัจจัยที่ส่งผลต่อนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข	ข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินการต่อเห็นการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในระดับสถานบริการสาธารณสุข	ระดับนโยบาย/ระบบ
<p>4.2 นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรยังขาดมาตรการรองรับการปฏิบัติตามนโยบายที่ชัดเจน เช่น ปริมาณสมุนไพรอาจไม่เพียงพอหากมีการใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น รวมถึงจำนวนบุคลากรที่ใช้ยาจากสมุนไพรเป็นหลัก เช่น แพทย์แผนไทยยังมีไม่เพียงพอ</p>	<p>-</p>	<p>พัฒนามาตรการรองรับการปฏิบัติตามนโยบายที่ชัดเจน โดยในส่วนของปริมาณผลิตจากสมุนไพรควรมีการค้าปริมาณการผลิตแต่ละตัวและปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพร และเพิ่มความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ในการวางแผนการเพาะปลูก พร้อมทั้งวางแผนอัตรากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ให้สามารถรองรับนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรได้อย่างเหมาะสม โดยกำหนดกรอบกำลังคนพร้อมอัตราในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม</p>
<p>ปัจจัยที่สนับสนุน</p> <p>1. มีบุคลากรที่มีความรู้เชิงถือเป็นการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร</p>	<p>-</p>	<p>พัฒนาบุคลากรที่มีศักยภาพในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้เป็นแกนนำในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>พัฒนาแกนนำที่มีอยู่แล้วให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมการถ่ายทอดประสบการณ์และ</p>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อนโยบายการส่งเสริม การใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข	ข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ระดับสถานบริการสาธารณสุข	ระดับนโยบาย/ระบบ
		ความรู้ของแกนนำผู้สถานบริการสาธารณสุข อื่นๆ ให้มากขึ้น
2. การใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนรายการยาแผนปัจจุบัน	พิจารณาใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนรายการยา แผนปัจจุบัน	มีนโยบายจากส่วนกลางให้ทดแทนรายการยา แผนปัจจุบันด้วยยาจากสมุนไพรที่มีในบัญชียา หลักแห่งชาติ
3. การที่สถานบริการสาธารณสุขสามารถผลิตยาจากสมุนไพรได้เอง	-	ส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลที่สามารถ ผลิตยาจากสมุนไพรได้ให้เข้มแข็งมากขึ้น เพื่อ เป็นแหล่งกระจายยาจากสมุนไพรสู่ โรงพยาบาลอื่น
4. ความต้องการใช้ยาจากสมุนไพรของประชาชน	-	ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลถูกต้อง ตลอดจน ส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรให้แก่ประชาชน

7. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2548 - 2550. กรุงเทพฯ.
2. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2549 เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 (ฉบับที่ 4) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
3. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 - 2549 วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2544;4(1-2):49-168.
4. คณะเลขาธิการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10/2550 2550 วันจันทร์ที่ 19 พฤศจิกายน 2550
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504 - 2509). [16 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=83>.
6. พันทวี ฤกษ์สำราญ. การสาธารณสุขเบื้องต้น (Introduction to public health): พิมพ์ครั้งที่ 9. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2540.
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2510 - 2514.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2515-2519. [18 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=85>.
9. กระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/E-book/plan/25202524/2520-2524.html>.
10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ.2520 - 2524. [16 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=86>.
11. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525 - 2529). [16 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=87>.
12. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525 - 2529. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- 13.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534).
- 14.คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534). [26 เมษายน 2553]; Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/E-book/plan/2530-2534/2530-2534.html>.
- 15.คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539): โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2535.
- 16.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - พ.ศ.2539) [18 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=89>.
- 17.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - พ.ศ.2544) [18 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=90>.
- 18.กระทรวงการคลัง. หนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0422.2/ ว 57 ด่วนที่สุด เรื่อง การปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติและขอความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2552.
- 19.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - พ.ศ.2549) [18 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=91>.
- 20.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - พ.ศ.2554). [18 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139>.
- 21.คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 - 2554. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 - 2554. 2550; Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/Plan10/Plan10-50.pdf>.
- 22.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2536. [26 เมษายน 2553]; Available from: <http://wwwapp1.fda.moph.go.th>.
- 23.กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542: ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116 ตอนที่ 120 ก ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2542

24. สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สาระสำคัญการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542. [20 ตุลาคม 2553]; Available from: <http://ptmk.dtam.moph.go.th/summary/index.html>.
25. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก.
26. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552: พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท วิกิ จำกัด; 2552.
27. คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนามิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนามิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 - 2554: พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
28. คณะกรรมการพัฒนามิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2552 - 2554 เพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนามิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย (2550 - 2554): พิมพ์ครั้งที่ 1. อุษาการพิมพ์; 2552.
29. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. เร่งบัญญัติยาสมุนไพรเสรีให้เป็นมาตรฐานจ่ายข้าราชการ 2552 [26 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.hisro.or.th/main/?name=news&file=readnews&id=49>.
30. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551. 1 ed2551.
31. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2552: พิมพ์ครั้งที่ 1; 2552.
32. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2553: พิมพ์ครั้งที่ 1; 2552.
33. แนวทางการเบิกค่ารักษาพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสำหรับผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคม. [26 เมษายน 2553]; Available from: www.nsw.moph.go.th/it/oct51/social_insure.ppt
34. ประพจน์ เกตุรากาศ, จิราพร ลิ้มปานานนท์, รัชณี จิทร์เกษ และคณะ. การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์; 2551.
35. กรมบัญชีกลาง. หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0422.2/ว 42 ด่วนที่สุด เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (เพิ่มเติม): กรมบัญชีกลาง; 2552.
36. กรมบัญชีกลาง. หนังสือกรมบัญชีกลาง หนังสือด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 54 เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ. 2549.

- 37.กระทรวงการคลัง. หนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0422.2/ว 45 เรื่อง แนวทางการปฏิบัติและข้อควรระวังในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2552.
- 38.กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร: พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548.
- 39.กองควบคุมยา กระทรวงสาธารณสุข. ตารางแสดงจำนวนสถานที่ผลิตยาที่ได้รับรองมาตรฐานการผลิตยา (GMP) ระหว่างปี 2543-2552 2553 [26 เมษายน 2553]; Available from:http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_008.asp.
- 40.กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ. Available from: http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_service/ser002.asp.
- 41.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ. นนทบุรี.
- 42.กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร สำหรับยาแผนโบราณ ตั้งแต่ ปี 2530-2551. Available from: http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_002.asp.
- 43.วีระพงษ์ เกรียงสินยศ. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในรายการบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ.2549: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551.
- 44.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์. สถานการณ์การแพทย์พื้นบ้านแผนไทยทางเลือก:สถานการณ์การใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศ. ใน: ประพจน์ เกตุธำมาศ, รัชณี จันทร์เกษ. รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มนัสฟิล์ม; 2550.
- 45.กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547: พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัท ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด; 2548.
- 46.อวย เกตุสิงห์. แพทย์แผนไทยประยุกต์ (แพทย์อายุรเวท). [28 เมษายน 2553]; Available from: http://www.applythaimed.org/fusion7/articles.php?article_id=5.
- 47.สมศักดิ์ นวลแก้ว. ความรู้พื้นฐานด้านการแพทย์แผนไทย. [20 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.applythaimed.org/doc/basic1.pdf>.
- 48.สถาบันการแพทย์แผนไทย. นวดไทย : ต้องหมอนวดไทย การรวมตัวแห่งต้นกำเนิดที่สมบูรณ์แบบของไทย [1 พฤษภาคม 2553]; Available from: http://ittm.dtam.moph.go.th/data_articles/t4.htm.
- 49.ประพจน์ เกตุธำมาศ, รัชณี จันทร์เกษ. รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. 2548 - 2550

50. ยงศักดิ์ ดันติปฏิภก. การศึกษาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย: ภาพรวม. ใน: ประพจน์ เกตุรากาศ, รัชณี จันทร์เกษ. รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มนัสฟิล์ม; 2550.
51. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ประกอบโรคศิลปะ [26 มีนาคม 2553]; Available from: <http://mrd-hss.moph.go.th/Admin/filestat/36.pdf>.
52. รัชณี จันทร์เกษ, ประพจน์ เกตุรากาศ, จิราพร ลิ้มปานานนท์. สถานการณ์การบริการและการกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ. สถานการณ์การแพทย์พื้นบ้านแผนไทยทางเลือก. สิงหาคม 2551;2(2).
53. ขวัญชัย วิศิษฐานนท์. การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยอย่างยั่งยืน: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
54. วิชัย โชควิวัฒน์. การพัฒนาระบบกฎหมายเพื่อสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
55. ทิณกร โนรี. การวางแผนความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการภาครัฐในทศวรรษหน้า (ปี พ.ศ.2551-2560): สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2550.
56. สนั่น สุภธีรสกุล. มารู้อีกแพทย์แผนไทยกันเถอะ. [29 เมษายน 2553]; Available from: <http://www.ttmed.psu.ac.th/read.php?8>.
57. เพ็ญภา ทวีพย์เจริญ และคณะ. การศึกษาทัศนคติของแพทย์แผนปัจจุบันแผนกอายุรกรรมต่อการรักษาโรคโดยระบบการแพทย์แผนไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2546.
58. ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับบริการการแพทย์แผนไทยของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตุลาคม 2548 - มกราคม 2549; 4(1):70-80.
59. นันทิ พัชราวณิช, นิตยา บุญทา. การศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์การสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการประจำปี การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติครั้งที่ 3 วันที่ 30 สิงหาคม - 1 กันยายน 2549.
60. นันทิ พัชราวณิช, อารี วังมณีรัตน์, จุมพล อุทธา, สง่า มั่นยืน, พวงคราม บุรณ์เจริญ. การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี: กรณีศึกษาเบื้องต้นในอำเภอเมือง พิบูลมังสาหาร และน้ำยืน. การประชุมวิชาการประจำปี การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติครั้งที่ 3 วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2549 - 1 กันยายน พ.ศ. 2549.

- 61.บุญใจ ลีมติลา. ปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จในการจัดบริการของรัฐด้านการแพทย์ทางเลือก : กรณีศึกษา โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มกราคม - เมษายน 2549;5(1):62-5.
- 62.จารุรัตน์ เพ็ชรสงฆ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายยาจากสมุนไพรของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
- 63.อรุณพร อัฐรัตน์, เพชรน้อย สิงห์ข้างชัย, ภควิภา คุโรปกรณ์พงษ์, โสภา คำมี, ณรงค์ศักดิ์ สิงห์ไพบุลย์พร, ปราวณี รัตนสุวรรณ. ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความพร้อมและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในจังหวัดภาคใต้ของประเทศ ไทย. สงขลานครินทร์เวชสาร 2543(18):93-103.
- 64.Sketris IS, Langille Ingram EM, Lummis HL. Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. *Can J Clin Pharmacol.* 2009 Winter;16(1):e103-25.
- 65.O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(4):CD000409.
- 66.Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA.* 1995 Sep 6;274(9):700-5.
- 67.Lakkana Luanthaisong. Effect of academic detailing on knowledge, attitude and prescribing behavior: Cluster randomized study in public health centers, Bangkok metropolitan administration (case study of *Andrographis paniculata*): Mahidol University; 2010.
- 68.จิราพร ลิ้มปานานนท์, สุรัตนา อำนาจผล, รัชณี จักร์เกษ และคณะ. การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: ระบบยาไทยและยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจกรรมโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
- 69.ไพโรจน์ พัวพงศกร. นโยบาย กฎหมาย และองค์ประกอบที่สำคัญต่อการส่งเสริมการผลิตและการใช้ยาจากสมุนไพรของประเทศไทย พ.ศ. 2525-2550. *เภสัชกรรมคลินิก.* 2551;15(2):201-8.
- 70.ฝ่ายข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ กลุ่มสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. "จูนรินทร์" ประกาศนโยบาย สห.ปี 54 เน้นหนัก 21 เรื่องหลัก อาทิต่อยอดพัฒนาคุณภาพบริการโครงการรักษาฟรี 48 ล้านคน [2 กุมภาพันธ์ 2554]; Available from:http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=35966.
- 71.ฝ่ายข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ กลุ่มสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. "จูนรินทร์" เผย สปสช. เพิ่มยาจากสมุนไพรโครงการรักษาฟรีจาก 19 รายการ เป็น 71 รายการ. [2 กุมภาพันธ์ 2554]; Available from: http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=36184.

72.ไพรัตน์ หรือวรรณ, วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์, ประยุทธ์ ศรีกระจ่าง, นุชนางค์ มณีวงศ์. การใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำปาง ปี 2545-2549. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2552;3(3 ก.ค.-ก.ย. 2552):412-8.

8. ภาคผนวก

1. รายการยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ [8]

ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณมีทั้งหมด 27 รายการ ได้แก่

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. ยาประสะกะเพรา | 2. ยาวิสัยพยาใหญ่ |
| 3. ยาประสะกานพลู | 4. ยาแสงหมึก |
| 5. ยามันทธาตุ | 6. ยาประสะเจตพังคี |
| 7. ยามหาจักรใหญ่ | 8. ยาตรีหอม |
| 9. ยาธรณีสันตะฆาต | 10. ยาถ่าย |
| 11. ยาเหลืองปิดสมุทร | 12. ยาธาตุบรรจบ |
| 13. ยาจันทร์ลีลา | 14. ยาประสะจันทร์แดง |
| 15. ยาเขียวหอม | 16. ยามหานิลแห่งทอง |
| 17. ยาหอมเทพจิตร | 18. ยาหอมทิพโอสถ |
| 19. ยาหอมอินทจักร์ | 20. ยาหอมนวโกฐ |
| 21. ยาอำมฤควาที | 22. ยาประสะมะแว้ง |
| 23. ยาบำรุงโลหิต | 24. ยาประสะไพล |
| 25. ยาไฟประลัยกัลป์ | 26. ยาไฟห่ากอง |
| 27. ยาประสะเปราะใหญ่ | |

2. ยาสมุนไพรที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน มีทั้งสิ้น 61 รายการ ได้แก่

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| 1. กระเพรา | 2. กระเจี๊ยบแดง | 3. กระชาย |
| 4. กระทือ | 5. กระเทียม | 6. กระวาน |
| 7. กานพลู | 8. กล้วยน้ำว่า | 9. แก้ว |
| 10. ข่า | 11. ขิง | 12. ขี้เหล็ก |
| 13. ขมิ้น | 14. ขลู่ | 15. ข่อย |
| 16. คุณ | 17. ชุมเห็ดเทศ | 18. ดีปลี |
| 19. ตำลึง | 20. ตะไคร้ | 21. เทียนบ้าน |
| 22. ทองพันชั่ง | 23. ทับทิม | 24. น้อยหน่า |
| 25. บอระเพ็ด | 26. บัวบก | 27. ฝรั่ง |
| 28. ผักบั้งทะเล | 29. ผักคราดหัวแหวน | 30. เพกา |

- | | | |
|------------------|----------------|-------------------|
| 31. พญาฮอย | 32. พลุ | 33. ไฟล |
| 34. พริกไทย | 35. ฟักทอง | 36. ฟ้ายะลวยโจร |
| 37. มะเกลือ | 38. มะขาม | 39. มะขามแขก |
| 40. มะขามป้อม | 41. มะคำดีควาย | 42. มะนาว |
| 43. มะพร้าว | 44. มะระขี้นก | 45. มะแว้งเครือ |
| 46. มะแว้งต้น | 47. มะหาด | 48. มังคุด |
| 49. แมงลัก | 50. ยอ | 51. เร่ว |
| 52. เล็บมือนาง | 53. ว่านมหากาฬ | 54. ว่านหางจระเข้ |
| 55. สับปะรด | 56. สะเดา | 57. เสดดพังพอน |
| 58. สีเสียดเหนือ | 59. หญ้าคา | 60. หัวหมู |
| 61. อ้อยแดง | | |

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบราคายาจากสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบันที่นำมาใช้ทดแทนยาจากสมุนไพร

ลำดับ	ยาจากสมุนไพร	สรรพคุณที่นำมา เปรียบเทียบกับยา แผนปัจจุบัน	วิธีใช้	ราคายาสมุนไพร	ยาแผนปัจจุบัน	วิธีใช้	ราคายาแผนปัจจุบัน
1	ขมิ้นชันแคปซูล 250 มก.	บรรเทาอาการแน่นอก เสียด	รับประทานครั้งละ 2-4 แคปซูลวันละ 4 ครั้ง	-ราคา 1.29 บาท/เม็ด -ใช้วันละ 8-16 เม็ด/ วัน ดังนั้น ราคายา เท่ากับ 10.32-20.64 บาท/วัน	M.camminative [™] 180 มล.	รับประทานครั้งละ 1-2 ช้อนโต๊ะ วันละ 3-4 ครั้งหลัง อาหาร	- ราคา 10 บาท/ขวด - ราคา 0.06 บาท/มล. - ใช้วันละ 45-120 มล./ วัน ดังนั้น ราคายาเท่ากับ 2.70-7.20 บาท/วัน
2	ครีมไพล 25 ก.	บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก	ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวัน ละ 2-3 ครั้ง	-ราคา 30 บาท/หลอด ดังนั้น ราคายาเท่ากับ 1.2 บาท/กรัม	methyl salicylate + eugenol + menthol cream 30 กรัม diclofenac gel (1%) 25 กรัม	ทาบริเวณปวด เมื่อยวันละ 3 - 4 ครั้ง ทาบริเวณที่มี อาการวันละ 3 - 4 ครั้ง	-ราคาเฉลี่ย 10.16 บาท/ หลอด ดังนั้น ราคายา เท่ากับ 0.34บาท/กรัม -ราคาเฉลี่ย 11.80 บาท/ หลอด ดังนั้น ราคายา เท่ากับ 0.47 บาท/กรัม
3	เกวาล์ยปรีียง 400 มก.	บรรเทาอาการปวด เมื่อย	รับประทานครั้งละ 1-2 แคปซูล วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร	-ราคา 1.3 บาท/เม็ด -ใช้วันละ 3-6 แคปซูล/วัน ดังนั้น ราคายาเท่ากับ 3.90 - 7.80 บาท/วัน	diclofenac enteric film-coat tablet 50 มก.	รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด วันละ 3-4 ครั้งหลังอาหาร	-ราคาเฉลี่ย 0.34 บาท/ เม็ด -ใช้วันละ 3-8 เม็ด/วัน ดังนั้น ราคายาเท่ากับ 1.02 - 2.72 บาท/วัน

ลำดับ	ยาจากสมุนไพร	สรรพคุณที่นำมาเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน	วิธีใช้	ราคาขายสมุนไพร	ยาแผนปัจจุบัน	วิธีใช้	ราคาขายแผนปัจจุบัน
4	พญายอครีม ครีม (เสลดพังพอน ครีม) 10 กรัม กัลเลอรีน เสลดพังพอน 10 มล. คาลาไมน์ เสลดพังพอน 60 มล.	รักษาเริ่ม งูสวัด แก่ ผิวหนัง คัน พิษแมลงสัตว์ กัดต่อย รักษาแผลในปาก เริ่ม ร้อนใน	ทาบริเวณที่มีอาการ วันละ 5 ครั้ง	-ราคา 30 บาท/หลอด ตั้งนั้น ราคาขายเท่ากับ 0.33 บาท/กรัม	ophenadrine+ paracetamol	รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ดวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร	-ราคาเฉลี่ย 0.38 บาท/ เม็ด -ใช้วันละ 3-6 เม็ด ตั้งนั้น ราคาขายเท่ากับ 1.14 - 2.28 บาท/วัน -ราคาเฉลี่ย 24.87 บาท/ หลอด ตั้งนั้นราคาขาย เท่ากับ 0.20 บาท/กรัม
5	เพชรสังฆาต 400 มก.	บรรเทาและรักษา ริดสีดวงทวาร	รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง	-ราคา 25 บาท/ขวด	calamine lotion 60 มล.	ทาบางๆ บริเวณที่มี มีอาการ 3-4 ครั้ง ต่อวัน	-ราคาเฉลี่ย 8.22 บาท/ ขวด -ราคาเฉลี่ย 8.67 บาท/ เม็ด - ใช้วันละ 6 เม็ด ตั้งนั้น ราคาขายเท่ากับ

ลำดับ	ยาจากสมุนไพร	สรรพคุณที่นำมาเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน	วิธีใช้	ราคาสมุนไพร	ยาแผนปัจจุบัน	วิธีใช้	ราคายาแผนปัจจุบัน
6	ชุมเห็ดเทศ 1.5 กรัม/ถุง มะขามแขก*	บรรเทาอาการท้องผูก	รับประทานครั้งละ 2-4 ช้อน (3-6 กรัม) ชงในน้ำเดือด 120 มล. นาน 10 นาที วันละ 1 ครั้งก่อนนอน	-ราคา 3.5 บาท/ซอง -ใช้วันละ 2-4 ซอง ตั้งหน้าราคายาเท่ากับ 7-14 บาท/วัน	milk of magnesia** 450 มล.	รับประทานครั้งละ 1 - 2 ช้อนโต๊ะ ก่อนนอน	-ราคา 25 บาท/ขวด ตั้งหน้า ราคา 0.056 บาท/มล. -ใช้วันละ 15 -30 ตั้งหน้า ราคายาเท่ากับ 0.84-1.68 บาท/วัน
7	ยาแก้ไอ มะขามป้อม 120 มล.	บรรเทาอาการไอ ช่วยขับเสมหะและช่วยให้ชุ่มคอ	รับประทานครั้งละ 2 - 3 แคปซูล ก่อนนอน	-ราคา 1 บาท/แคปซูล - ใช้วันละ 2-3 แคปซูล ตั้งหน้า ราคา ยาเท่ากับ 2-3 บาท/วัน	brown mixture** 180 มล.	รับประทานครั้งละ 1-2 ช้อนชา วันละ 3-4 ครั้ง	- ราคา 18 บาท/ขวด ตั้งหน้า ราคา 0.10 บาท/มล.

- หมายเหตุ
- 1) ราคาจากสมุนไพรรและยาแผนโบราณและยาแผนโบราณได้มาจากโรงพยาบาลอภัยภูเบศร สำหรับราคายาแผนปัจจุบันได้มาจากราคาขายอ้างอิงของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข
 - 2) * ราคาที่ได้มาจากโรงพยาบาลอ่างทอง
 - 3) ** ราคาที่ได้มาจากโครงการ VMI / SMI องค์การเภสัชกรรม บึงบรระมาณ 2554
 - 4) ข้อมูลยาแผนปัจจุบันที่นำมาเทียบกับยาจากสมุนไพรรและยาแผนโบราณและยาแผนโบราณอ้างอิงจาก
 - (1) สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เตรียมผลิตภัณฑ์สมุนไพร อีก 2 ตัว เพชรสังฆาต- สหัชชราา เข้าบัญชียาหลัก [26 เมษายน 2553]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/prg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=12713.
 - (2) ไพรัตน์ ตรีภควรรณ, วรณา ตำเนินสวัสดิ์, ประยุทธ์ ศรีกระจำง, นุชนภางค์ มณีงค์. การใช้ยาสมุนไพรรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำปาง ปี 2545-2549. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2552;3 (3 ก.ค.-ก.ย. 2552):412-8.

