

นโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ: มายาคติหรือความจริง

อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล¹, นิธิมา สุทธิพันธุ์¹

บทคัดย่อ

นโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ: มายาคติหรือความจริง

อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล¹, นิธิมา สุทธิพันธุ์¹

บทนำ: กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐมาเป็นเวลานาน แต่ผลการดำเนินงานยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย มีความเหลื่อมล้ำของผลงานการบริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นอย่างมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์งานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ **วิธีการดำเนินการวิจัย:** การวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ทำการสัมภาษณ์ระดับลึกกับผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมและหัวหน้าฝ่ายแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลรวม 15 แห่ง และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ไปโรงพยาบาลรัฐจำนวน 538 แห่ง ได้รับตอบกลับ 139 แห่ง คิดเป็นร้อยละของการตอบกลับ 25.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา อาศัยแนวคิดสังคมวิทยา แนวเศรษฐศาสตร์การเมืองในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด **ผลการศึกษาวิจัย:** การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐมีความแตกต่างกันหลายด้าน ด้านการผลิตยาสมุนไพรพบว่ามี 56.4% ไม่เคยผลิตบางส่วน (16.7%) เคยทำการผลิตแต่เลิกไปแล้วอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายระดับกระทรวง ส่วนโรงพยาบาลที่ยังมีการผลิตอยู่มีความแตกต่างกันมากในเรื่องจำนวนตำรับยา มูลค่าการผลิตและมูลค่าการใช้ การใช้ยาสมุนไพรส่วนใหญ่มาจากการสั่งใช้ของแพทย์แผนปัจจุบัน (97.4%) ในรูปยาสมุนไพรเดี่ยว ส่วนยาแบบดั้งเดิมเช่น ยาลูกกลอน ยาต้มมีใช้เฉพาะบางโรงพยาบาลเท่านั้น แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหรือไม่ค่อยได้ทำการตรวจวินิจฉัยโรคและสั่งใช้ยา (69.9%) เพราะไม่ได้รับสิทธิดังกล่าว (25.2%) รายการยาสมุนไพรที่มีในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอต่อการรักษา (24.3%) แพทย์แผนปัจจุบันไม่ค่อยส่งต่อคนไข้มาการรักษา (20.3%) โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสถานที่ตรวจและนัดบำบัด (56.3%) เช่น คับแคบ ไม่เป็นส่วนตัว มีปัญหาด้านสถานที่ผลิต (69.0%) เช่น ไม่ได้สัดส่วน มีสภาพเก่าและไม่ได้มาตรฐานการผลิตที่ดี (GMP) ด้านบุคลากรในงานแพทย์แผนไทยมีความแตกต่างกันด้านจำนวน ตำแหน่ง คุณวุฒิ ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความก้าวหน้า ค่าตอบแทน การถูกชี้แนะและกีดกันโอกาสความก้าวหน้าจากการอยู่ภายใต้การควบคุมของบุคลากรการแพทย์แผนปัจจุบันที่ส่วนใหญ่ (93.4%) ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย **สรุปผลการวิจัย:** ความแตกต่างของผลการดำเนินงานและผลงานที่ต่ำกว่าเป้าหมายของการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่สะท้อนถึงความอ่อนแอ ไม่จริงจังหรือมายาคติของนโยบายตั้งแต่ระดับกระทรวง ดังนั้นการพัฒนาการแพทย์แผนไทยควรสร้างการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมระหว่างบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ในการกำหนดและพัฒนาโยบายด้านการแพทย์แผนไทย ลดการผูกขาดและชี้นำโดยบางวิชาชีพ

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย, การใช้ยาสมุนไพร, นโยบาย, การทำให้เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน

¹คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*Corresponding author: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 045-353632 e-mail: anuwat_py@hotmail.com

Abstract

The Promotion of Thai Traditional Medicine Policy in Government Hospitals: Myth or Reality

Anuvadh Vadhnapijyakul^{1*}, Nitima Suttipanta¹

Introduction: The Ministry of public health has implemented several policies to promote Thai traditional medicine (TTM) services in government hospitals for many years, however, the integration of TTM in health care system has not been successful as expectation. There are various activities and quality of services among hospitals. This study aimed to analyze the situation's problems of TTM services in government hospitals. **Materials and Methods:** Both qualitative and quantitative methods were used in this study. In-depth interview was used to collect data from the hospital directors, pharmacy department directors, TTM divisions directors or TTM doctors from 15 hospitals. A mail-questionnaire was used to collect data from 139 hospitals. Quantitative data was analyzed by descriptive statistics. The sociological political economy concept was used to frame and analyze all data in this study. **Result:** TTM services were provided differently among government hospitals. With regard to herbal production, most hospitals have never produced (56.4%) and some no longer produce herbal drugs (16.7%). The discontinuation of the production was due to the change of government policy. For hospitals where production are still active, differences in the number of items, production cost, herbal drug use cost were observed. In most hospital, herbal drugs were prescribed by physicians (97.4%) rather than TTM doctors. Most of prescribed drugs were single ingredient products. The use of traditional dosage form (e.g. honey pill) was found in few hospitals. Most of TTM doctors did not perform diagnosis and prescribed herbal drugs (69.9%) because they are not authorized (25.2%). In addition, the number of herbal drug items in each hospital were inadequate for treatment (24.3%). Medical doctors seldom referred the patients to TTM doctors for further treatment (20.3%). With regard to practice sites, they were inappropriate in many aspects. The majority of the hospitals had problems with the working areas. For example, the production area (69.0%) did not meet good manufacturing practice (GMP). The diagnosis and treatment areas (56.3%) are too small, old and non-private. For manpower, there are high variation in positions and number of staffs, and educational degree. The TTM doctors had confronted with difficulties in promotion and had low income. They are also dictated and obstructed by modern medical professionals who mostly do not have TTM license (93.4%). **Conclusion:** The differences in performances and slow development of TTM in hospitals reflected and revealed the weakness, myth and unintention of Ministry Public Health and provincial policies. Therefore, development of TTMs should involve equal participation from many healthcare professionals in order to determine and develop TTM policies and to reduce monopoly power of some healthcare profession.

Keywords: Thai traditional medicine, herbal medicine use, policy, medicalisation

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้บูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศเป็นเวลากว่าสองทศวรรษ มีการผลิต และ บรรจุบุคลากรทางด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลมากขึ้น มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร

โดยกำหนดเป้าหมายให้เพิ่มสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด แต่ผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในภาพรวมกลับไม่สูงตามที่คาดหวังและมีความเหลื่อมล้ำแตกต่างกันมาก (Vadhnapijyakul, 2011) การศึกษาที่ผ่านมายังมีข้อจำกัด และขาดมุมมองที่รอบ

ด้าน โดยมักชี้ให้เห็นถึงข้อดีของการแพทย์แผนไทย เช่น ความไม่น่าเชื่อถือ ขาดการวิจัยพัฒนาของยาสมุนไพรหรือความไม่พร้อมของแต่ละโรงพยาบาล ความไม่ชัดเจนของนโยบาย โดยไม่ได้ชี้ให้เห็นถึงที่มาที่ไปของปัญหาดังกล่าว การศึกษานี้จึงมีความพยายามที่จะวิเคราะห์ รากฐานของปัญหา สถานการณ์การดำเนินงานการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยมุมมองทางด้านสังคมวิทยาด้วยแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง เพื่อวิเคราะห์ว่าการแพทย์แผนไทยถูกจำกัด กีดกัน หรือปิดกั้นโอกาสการพัฒนา จากโครงสร้างอำนาจของรัฐและวิชาชีพทางการแพทย์แผนปัจจุบันหรือไม่

วิธีการดำเนินการวิจัย

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย เทคนิคการสังเกตสภาพแวดล้อมของฝ่ายแพทย์แผนไทย การสัมภาษณ์ระดับลึกกับผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายแพทย์แผนไทย เภสัชกรและแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล 15 แห่งที่มีผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยต่อเนื่องมาในระดับหนึ่งขึ้นไป ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บด้วยแบบสอบถามทางไปรษณีย์กับแพทย์แผนไทยและเภสัชกร จากโรงพยาบาลชุมชน ทั่วไป และศูนย์ (ยกเว้นกทม) จำนวน 538 แห่ง ได้รับการตอบกลับ 139 แห่ง คิดเป็นร้อยละของการตอบกลับ 25.8 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-ตุลาคม 2555 ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์เบื้องต้นด้วยสถิติเชิงพรรณนา และอาศัยกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดร่วมกันในการตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น รายได้ ข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาล เช่น รายการยา บุคลากร การผลิต การจัดซื้อ การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น
2. คำโศลกคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก ประกอบด้วย สถานการณ์การพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย นโยบายของโรงพยาบาล บทบาทของหัวหน้าฝ่ายแพทย์แผนไทยและความคิดเห็นของแพทย์แผนไทยต่อการพัฒนางานของตน

ผลการศึกษารายละเอียด

ผลการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลที่ศึกษาด้านต่างๆ พบว่ามีความเหลื่อมล้ำแตกต่างกัน ดังนี้

ด้านการผลิตยาสมุนไพร โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยมีการผลิตยาสมุนไพรเลย (ร้อยละ 56.40) บางส่วนเคยทำการผลิตและยังผลิตยาสมุนไพรต่อเนื่อง (ร้อยละ 26.90) นอกนั้นเคยผลิตแต่ปัจจุบันเลิกผลิตไปแล้ว (ร้อยละ 16.70) โดยเหตุผลของการเลิกการผลิตยาสมุนไพรเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของนโยบายระดับกระทรวง จากเดิมที่หลายโรงพยาบาลเคยได้รับการส่งเสริมให้มีการผลิตยาสมุนไพร ด้วยการสนับสนุนเครื่องจักรและอุปกรณ์การผลิต เมื่อนโยบายเปลี่ยนมาจำกัดให้แต่ละจังหวัดมีสถานที่ผลิตเพียงแห่งเดียว โรงพยาบาลหลายแห่งจึงถูกให้ยุติการผลิต

รายการและมูลค่าของยาสมุนไพร ที่แต่ละโรงพยาบาลผลิตมีความแตกต่างกันมาก เช่นมีจำนวนตั้งแต่ 1 จนถึง 31 รายการ ส่วนมูลค่าที่ผลิตมีตั้งแต่ 5 พันบาทจนถึง 3.7 ล้านบาทต่อปี ประมาณร้อยละ 50 มีมูลค่าการผลิตไม่เกิน 5 หมื่นบาทต่อปี และส่วนใหญ่มีผลงานการผลิตไม่มาก ร้อยละ 64.1 ผลิตไม่เกิน 6 รายการ

รายการยาสมุนไพรที่มีในโรงพยาบาลพบว่า มีแตกต่างกันในแง่จำนวนและรายการยา สมุนไพรที่มีการใช้กันมากมักเป็นยาสมุนไพรเดี่ยวเช่น ยาแคปซูล ขาแข้ง ส่วนรายการยาสูตรตำรับรูปแบบดั้งเดิม เช่น ยาลูกกลอน พบมีการใช้ในบางโรงพยาบาลเท่านั้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายการยาสมุนไพรที่ใช้รูปแบบต่างๆ

รูปแบบยาสมุนไพร (n=139)	ค่าเฉลี่ย (รายการ)
ยาสมุนไพรเดี่ยวแคปซูล	4.15
ขาแข้งสมุนไพรเดี่ยว	2.14
ยาสมุนไพรเดี่ยว ลูกกลอน	1.37
ยาสมุนไพรตำรับ แคปซูล	1.37
ยาภายนอก น้ำมันไพล ครีมไพล	1.11
ยาอมสมุนไพร	0.89
ยาน้ำ	0.73
ยาผง	0.42
ยาสมุนไพรเดี่ยว ดอกเม็ด	0.35
ยาสมุนไพรตำรับ แบบต้ม	0.35
ลูกประคบสมุนไพร	0.29
ยาสมุนไพรตำรับลูกกลอน	0.24
ยาสมุนไพรตำรับดอกเม็ด	0.21

โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ มีสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับยาแผนปัจจุบันในปี 2555 มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 2.88 สูงกว่าปี 2554 ที่มีค่าเฉลี่ย 2.55 เล็กน้อย โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.50 ระบุว่า รพ.ตนมีแนวโน้มของสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

การสั่งใช้ยาสมุนไพร ส่วนใหญ่เป็นการสั่งของแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ 97.40) รองลงมาเป็นการใช้ตามความต้องการของผู้ป่วย (ร้อยละ 78.20) แพทย์แผนไทยมีบทบาทในการตรวจรักษาโรคและสั่งใช้ยาน้อย ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหรือไม่ค่อยได้ทำการตรวจรักษาโรคและสั่งใช้ยา (ร้อยละ 69.9) เพราะไม่ได้รับอำนาจให้ทำ ไม่มีรายการยาสมุนไพรเพียงพอ หรือแพทย์ไม่ส่งคนไข้มาให้รักษาต่อ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ด้านอาคารสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทย พบว่ามีความแตกต่างกันและยังมีปัญหา เช่น สถานที่ตรวจวินิจฉัยโรคและบำบัดรักษา ร้อยละ 56.3 ของผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่า มีความไม่เหมาะสม ปัญหาที่พบคือเรื่องความคับแคบและไม่เป็นส่วนตัว สำหรับสถานที่ผลิตยา พบว่าร้อยละ 69.0 ของผู้ตอบเห็นว่ามีความไม่เหมาะสม โดยเป็นเรื่องความไม่เป็นสัดส่วน คับแคบ ไม่ได้มาตรฐาน และมีสภาพเก่า รายละเอียดตาราง 3

ตารางที่ 2 การทำเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทย

การทำเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทย	ร้อยละ (N=139)
สิทธิในการตรวจวินิจฉัยโรค	
และสั่งใช้ยาสมุนไพร	
มีสิทธิ	76.9
ไม่มีสิทธิ	22.1
การปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยโรค	
และสั่งใช้ยาสมุนไพร	
ทำประจำ	30.1
ไม่ได้ทำ/ไม่ได้อ่่อยได้ทำ	69.9
เหตุผลที่ไม่ได้ทำการตรวจวินิจฉัยโรค	
และสั่งใช้ยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ไม่ได้รับมอบอำนาจหน้าที่ให้ทำการ	25.2
รายการยาสมุนไพรไม่พอในการสั่งใช้รักษา	24.3
แพทย์แผนปัจจุบันไม่ส่งคนไข้มารักษาต่อ	20.3
คนไข้ไม่ทราบหรือไม่เลือกมารักษา	11.7

ตารางที่ 3 ความเหมาะสมด้านสถานที่ปฏิบัติงานฝ่ายแพทย์แผนไทย

ความเหมาะสมด้านสถานที่งานแพทย์แผนไทย	ร้อยละ (N=139)
สถานที่ตรวจวินิจฉัยและบำบัด	
เหมาะสม	43.7
ไม่เหมาะสม	56.3
คับแคบเกินไป	26.9
ไม่เป็นส่วนตัว	19.2
อยู่ไกลเกินไป	5.8
เก่าเกินไป	4.4
สถานที่ผลิตยาสมุนไพร	
เหมาะสม	31.0
ไม่เหมาะสม	69.0
ไม่เป็นสัดส่วน	17.7
คับแคบ	15.5
ไม่ได้มาตรฐาน	14.4
สภาพเก่า	12.9
ใกล้กับหอผู้ป่วย	4.9
อื่นๆ	3.9

ด้านตำแหน่ง และ จำนวนบุคลากรด้านแพทย์แผนไทย พบว่า แต่ละโรงพยาบาลมีความหลากหลายและมีจำนวนแตกต่างกันอย่างมาก บางแห่งมีแพทย์แผนไทย (ป.ตรี) บางแห่งไม่มี บางแห่งจำนวนบุคลากรรวมมากถึง 39 คน บางแห่งมีเพียง 1 คนเท่านั้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนบุคลากรฝ่ายแพทย์แผนไทย

จำนวนบุคลากรฝ่ายแพทย์แผนไทย	จำนวน (คน) (N=139)		
	สูงสุด	ต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย
แพทย์แผนไทย(ป.ตรี)	7	0	1.3
อายุรเวท (ปวส.)	3	0	0.8
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	30	0	3.7
พนักงานนวดแผนไทย	13	1	1.1
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	9	0	0.6
บุคลากรรวม	39	1	7.6

ด้านความก้าวหน้าของบุคลากรแพทย์แผนไทย พบว่าไม่ค่อยมีความก้าวหน้าในตำแหน่ง เนื่องจากไม่มีตำแหน่งข้าราชการรองรับ ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว บางคนได้ตำแหน่งต่ำกว่าวุฒิการศึกษา เงินเดือนและค่าตอบแทนต่ำเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ แพทย์แผนไทยได้รับเงินเดือนเฉลี่ยคนละ 10,890 บาท รายได้รวมทั้งหมดจากหน่วยงานต่อเดือนเฉลี่ยคนละ 12,833 บาท โดยเงินที่เพิ่มขึ้นเป็นเงินจากการทำงานล่วงเวลา (56.6%) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับค่าใบประกอบวิชาชีพ (94.5%) และค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในเขตกันดาร (86.4%)

นโยบายการผลิตอายุเวท หรือแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข (วุฒิปวส.) มีส่วนทำให้สถานะของแพทย์แผนไทยต่ำ ไม่เป็นที่ยอมรับและไม่ได้เป็นหัวหน้าฝ่าย เพราะเป็นการคัดเลือกจากบุคลากรที่เคยเป็นลูกจ้างในโรงพยาบาลไปศึกษาต่อ บุคลากรเหล่านี้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วกลับมาทำงาน บางคนไม่มีตำแหน่งรองรับ บางคนได้รับการปรับตำแหน่งเป็นข้าราชการ แต่ถูกลดเงินเดือนลง บางคนลดลงมากกว่าครึ่งของเงินเดือนที่เคยได้รับ

ด้านการบริหารงานพบว่า งานแพทย์แผนไทยมีสังกัดที่หลากหลาย เช่น กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และบริการด้านปฐมภูมิ ฝ่ายเภสัชกรรม และฝ่ายแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 33.1, 28.8 และ 20.1 ตามลำดับ) โดยหัวหน้าฝ่ายหรือกลุ่มงาน เป็นบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น แพทย์ และเภสัชกร (ร้อยละ 37.2 และ 26.7 ตามลำดับ) หัวหน้าฝ่ายหรือผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 93.4) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 หน่วยงานต้นสังกัด วิชาชีพและคุณวุฒิด้านใบประกอบโรคศิลปะของผู้บังคับบัญชาแพทย์แผนไทย

ต้นสังกัด วิชาชีพและใบประกอบโรคศิลปะ ร้อยละ (N=139)

หน่วยงานต้นสังกัด

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนหรือ	
กลุ่มงานเวชและบริการด้านปฐมภูมิ	33.1
ฝ่ายเภสัชกรรม/เภสัชกรรมชุมชน	28.8
ฝ่ายการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	20.1

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ต้นสังกัด วิชาชีพและใบประกอบโรคศิลปะ ร้อยละ (N=139)

ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู	10.8
ฝ่ายเวชกรรมสังคม/เวชปฏิบัติ	5.8
ฝ่ายการพยาบาล	1.4
รวม	100.0
วิชาชีพของผู้บังคับบัญชา	
แพทย์แผนปัจจุบัน	37.2
เภสัชกรแผนปัจจุบัน	26.7
นักวิชาการสาธารณสุข	14.5
พยาบาลวิชาชีพ	14.2
อื่นๆ เช่น นักกายภาพบำบัด	7.4
รวม	100.0
คุณวุฒิด้านการมีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยของผู้บังคับบัญชา	
ไม่มี	93.4
มี	6.6
รวม	100.0

ผู้บังคับบัญชาเหล่านี้ บางคนยอมรับว่าตนเองถูกขอร้องให้มารับตำแหน่งหัวหน้าฝ่าย โดยไม่มีความรู้ความเข้าใจในหลักการแพทย์แผนไทยดีพอ พบว่า ผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่มักมีบทบาทเชิงรับ คือมีท่าทีการทำงานดังนี้ การทำงานตามนโยบายเท่าที่ทำได้ การเป็นหัวหน้าแต่ในนาม มีภาวะนิ่งเฉยไม่บริหารจัดการหรือคิดพัฒนา ไม่รับรู้ความรู้สึก ความต้องการและขวัญกำลังใจของคนในฝ่าย บางคนยังมีท่าทีขัดขวางการพัฒนา ท่ามกลางความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ระหว่างวิชาชีพต่างๆ ในโรงพยาบาล

หัวหน้าฝ่ายที่มีความรัก ความเข้าใจในงานแพทย์แผนไทยมักจะมียุทธศาสตร์เชิงรุก คือส่งเสริมการผลิตยาสมุนไพร ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่ผลิตขึ้น ขยายงานบริการนวดแผนไทย ปรับปรุงอาคารสถานที่ให้เหมาะสม ซึ่งได้รับการสนับสนุนทางการเงิน และนโยบายจากผู้บริหารโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย แต่มักพบเป็นส่วนใหญ่เมื่อเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศ

การที่แพทย์แผนไทยไม่ได้เป็นหัวหน้าฝ่ายเอง และการถูกปรับเปลี่ยนต้นสังกัดบ่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบกับฝ่ายอื่นๆ ทำให้แพทย์แผนไทยบางคนมองว่า เป็นปัญหาความไม่เท่าเทียม และศักดิ์ศรีในวิชาชีพ ที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าของ

ตำแหน่งหน้าที่การงาน และการขยายงานแพทย์แผนไทยให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายที่กำหนดไว้

สรุปผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในภาพรวมยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าที่มีการตั้งเป้าหมายไว้ และมีความแตกต่างกันมาก ทั้งด้านการผลิตมูลค่าและจำนวนรายการยาสมุนไพร อัตราค่าจ้างของบุคลากร อาคารสถานที่ โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานที่ดีเป็นผลมาจากการได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจนจากโรงพยาบาลหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการมีหัวหน้าฝ่ายที่มีใจรักและมุ่งมั่นในการพัฒนา แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดศักยภาพในหลายด้าน เช่น การมีรายการยาสมุนไพรที่ไม่เพียงพอในการรักษา ขาดการสนับสนุนการผลิตยาสมุนไพรอันเป็นพื้นฐานสำคัญ ของการส่งเสริมการใช้ยาในโรงพยาบาล เป็นต้น

ผลงานที่ต่ำกว่าเป้าหมายของโรงพยาบาลส่วนใหญ่และความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาล เกี่ยวข้องกับกลไกระดับกระทรวงที่การขาดมาตรการ สนับสนุนติดตามเร่งรัดผลการดำเนินงานให้ทุกแห่ง มีมาตรฐานที่เท่าเทียมหรือใกล้เคียงกัน สะท้อนความอ่อนแอ ไม่ชัดเจน ไม่จริงจังในทางปฏิบัติของนโยบาย (Chuengsatiansup, 2003)

นอกจากนี้ นโยบายที่กำหนดขึ้นในระดับต่าง ๆ มักกระทำโดยบางวิชาชีพที่มีอำนาจเท่านั้น ขาดการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม เช่น การกำหนดให้งานแพทย์แผนไทยขึ้นกับวิชาชีพใดและปรับเปลี่ยนผู้บังคับบัญชา การกำหนดคุณวุฒิการศึกษา สถานะและตำแหน่งของแพทย์แผนไทย ส่งผลให้การแพทย์แผนไทยตกอยู่ภายใต้การควบคุม และเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน (medicalisation) (pickstone, 1990, Lertmanorut, 2005)

นั่นคือ การทำให้แพทย์แผนไทยถูกทำให้มีสถานภาพที่ต่ำ ไม่ได้รับสิทธิหรือโอกาสในการปฏิบัติงานตามวิชาชีพของตน ถูกขึ้นและกีดกันการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ดังนั้นนโยบายการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย และการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ จึงเสมือนเป็นการสร้างมายาภาพ ขาดความจริงใจต่อการยกระดับการแพทย์แผนไทยให้มีสถานะเพียงพอต่อการใช้ประโยชน์ในสังคมอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม จากวิชาชีพแพทย์แผนไทย ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ทั้งในระดับนโยบายกระทรวง จังหวัด และโรงพยาบาล เพื่อลดมายาภาพที่ไม่จริงใจของนโยบายที่ถูกผูกขาดโดยบางวิชาชีพที่มีอำนาจมายาวนาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้พิมพ์ใคร่ขอขอบคุณนักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลคือ พนิดา โนนทิง, สุวิชา เจริญพร, ธีระยุทธ วงศ์ชัย, ปาณิสรา ภูมิรินทร์ และสุรัชฎาพรพรณอินทพรหม

References

- Chuengsatiansup K. 2003. Spirituality and Health an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Journal of environmental Impact Assessment Review* 23: 3-15
- Lertmanorut S. 2005. Street dentaurists : The state, The dental profession and Illegalization, Case study of a group of street denturist in Bangkok, M.A. thesis in arts (medical and health social sciences) faculty of graduate studies Mahidol university
- Pickstone, J. 1990. *Medicine, Society and The state*. In R. Porter (Ed.), *Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Vadhnapiyakul A. 2011. The Status and Development of Traditional Medicine : The Influence of State and Medical profession under Capitalism. Thesis submitted the degree of doctor of philosophy (medical and health social sciences), Faculty of graduate studies Mahidol university.