



ประเมินผลโครงการจัดบริการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำเนียง รัตนวิไลวรรณ*

บทคัดย่อ

ได้ทำการประเมินผลการจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าบริการแพทย์แผนไทยของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค, งานการแพทย์แผนไทย, หรืองานเวชกรรมสังคม. สถานบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๑.๔) ให้บริการใน ๔ บริการหลัก คือ ๑. การจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร, ๒. การนวด อบ ประคบสมุนไพร, ๓. การฝึกอบรม, และ ๔. การผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งบางแห่งอาจมีเพียง ๑ ถึง ๓ บริการหลัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อม. บุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นหมอนวด และนักอายุรเวท. ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จึงเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสภาพด้วยการนวดมากที่สุด. ส่วนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่เป็นที่นิยมมากนัก. ผู้รับบริการพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทยในระดับดีมากถึงร้อยละ ๗๕.๐. นอกจากนี้ผู้เข้ารับการอบรมนวดแผนไทยได้นำความรู้ไปเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และใช้ประกอบอาชีพสร้างรายได้อีกทางหนึ่งด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่าบริการแพทย์แผนไทยเป็นนวัตกรรมเชิงรุกด้านสุขภาพของประเทศ ที่มีบริบททั้งด้านสังคม นโยบาย และความพร้อมของบริการของรัฐที่เอื้อต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันกำลังคนยังต้องพัฒนาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพมาตรฐานให้สอดคล้องกับการจัดบริการทั้งการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. ผู้วิจัยแนะนำต้องผลักดันงานการแพทย์แผนไทยสู่การเป็นยุทธศาสตร์ชาติอย่างแท้จริง พร้อมทั้งพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยให้เป็นมาตรฐาน และยกระดับให้เท่าเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน, รวมถึงการกำหนดโครงสร้างและอัตรากำลังด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อรองรับและสนับสนุนการพัฒนากำลังคนอย่างเป็นระบบ.

คำสำคัญ : การแพทย์แผนไทย, สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ, ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภูมิหลังและเหตุผล

สืบเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายที่ชัดเจน ต้องการให้ประชาชนทุกคนได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์แผนไทย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^๑. ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขของ

รัฐ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานเอนกนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน จะต้องจัดให้มีบริการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมทุกแห่ง และมีสถานที่ให้บริการเป็นการเฉพาะตามเกณฑ์มาตรฐานการแพทย์แผนไทย^{๒-๕} ซึ่งกำหนดโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แต่จากการติดตามและนิเทศงานของสำนักงานตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขพบว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐบางแห่งยังไม่สามารถ

*สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

สนองบริการแพทย์แผนไทยได้ เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ไม่มีสถานที่ ไม่มีผู้ให้บริการ รวมทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการบางแห่งยังไม่เห็นความสำคัญของบริการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรไม่เป็นที่ยอมรับ หรือมีการใช้น้อย ไม่ได้ใช้รักษาครอบคลุมโรคที่จำเป็น ส่วนใหญ่ของประชาชนที่มาใช้บริการต้องการการนัด เพื่อผ่อนคลายมากกว่าเพื่อรักษาการเจ็บป่วย ทำให้ผู้มารับบริการโดยเฉพาะข้าราชการหรือผู้มีสิทธิ^{๑๔} มีปัญหา คือเมื่อรับบริการแล้วไม่สามารถเบิกค่าบริการได้ตามจำนวนที่จ่ายจริง .

ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรทำการประเมินผลการดำเนินงานบริการตามโครงการฯ นำร่องในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ๕ แห่ง ใน พ.ศ.๒๕๔๖ ด้วยเงินงบประมาณมากกว่า ๒๖ ล้านบาท เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการและการบริหารจัดการโครงการฯ อันอาจเป็นอุปสรรคและข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการฯ รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการแพทย์แผนไทย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการประเมินผลการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น โดยคาดหวังว่าผลการประเมินจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการปรับปรุงการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และผลักดันบริการแพทย์แผนไทยเข้าไว้ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^{๑๐-๑๓} และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในที่สุด.

ระเบียบวิธีศึกษา

๑. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย.

๒. ทำการศึกษา ๒ รูปแบบ ได้แก่ การวิจัยเชิงสำรวจ โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยัง ๔ กลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย คือ ผู้บริหาร, ผู้ปฏิบัติงาน, ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย, และผู้รับการอบรมวัดแผนไทย. สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มผู้บริหารระดับสูง และใช้การสนทนากลุ่มในกลุ่มประชาชนผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย.

๓. วิเคราะห์และสังเคราะห์ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์หาความถี่ และค่าร้อยละ; ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์

เชิงเนื้อหาและเชิงพรรณนา พร้อมทั้งอธิบายตามประเด็นการศึกษา.

ผลการศึกษา

๑. บริบทหรือสภาวะแวดล้อมก่อนเริ่มโครงการจัดบริการแพทย์แผนไทย

๑.๑ ด้านสังคม ประชาชนดูแลสุขภาพแบบการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดไทยที่ช่วยบำบัดรักษาโรค/อาการ และช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้รู้สึกสบาย กระปรี้กระเปร่า ซึ่งได้รับความสนใจทั้งจากชาวไทยและต่างประเทศ. ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ เป็นต้นมา สถาบันการแพทย์แผนไทยได้จัดโครงการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง.

๑.๒ ด้านนโยบาย การแพทย์แผนไทยได้ถูกบรรจุอยู่ในยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๔๙) คือ “ยุทธศาสตร์การเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ”. ในช่วง พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๔๗ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญคือ “การพัฒนาสมุนไพร/การแพทย์ไทย” และ “การแพทย์แผนไทยก้าวไปอุตสาหกรรม”. ผู้ใช้บริการมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล และเบิกคืนได้ ในกรณีบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ ยกเว้นกรณีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือ ป้องกันโรค. อัตราค่าบริการแพทย์แผนไทยกำหนดการนวดเพื่อการรักษา ๒๐๐ บาท/ครั้ง/วัน, การนวดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ๒๐๐ บาท/ครั้ง; สำหรับสมุนไพรหรือยาแผนไทยให้เบิกจ่ายได้ตามที่ทางราชการเรียกเก็บ (ทั้งนี้ต้องเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ).

๑.๓ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับมีความพร้อมให้บริการแพทย์แผนไทย แต่อาจมีรูปแบบบริการที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสม เช่น การบริการตรวจรักษา การฝึกอบรม การจำหน่ายยาจากสมุนไพร โดยการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เน้นการรักษาด้วยการนวดไทย การประคบสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร. อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับระบบการตรวจควบคุมกันอย่างไรระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย. ที่สำคัญต้องศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการที่แท้จริงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสม.

๒. การจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

๒.๑ *งบประมาณ* กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้สนับสนุนงบประมาณจำนวน ๒๖,๕๐๐,๐๐๐ บาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ ให้กับหน่วยงานในส่วนภูมิภาค เพื่อดำเนินงานนาร่องตามโครงการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยมีสัดส่วนการใช้งบประมาณ แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน คือ งบดำเนินการร้อยละ ๕๐.๒, งบลงทุนร้อยละ ๔๖.๕, และงบบุคลากรร้อยละ ๓.๓. งบดำเนินการใช้เพื่อซื้อวัตถุดิบยา และผลิตภัณฑ์สมุนไพรมากที่สุด คือร้อยละ ๒๒.๖, รองลงมาเป็นค่าวัสดุและเวชภัณฑ์การแพทย์แผนไทยและอื่นๆ ร้อยละ ๑๑.๑, ขณะที่งบลงทุนเป็นการใช้ปรับปรุง ต่อเติม และก่อสร้างอาคาร สถานที่ มากที่สุดร้อยละ ๓๕.๓, และเป็นการใช้จ่ายเกี่ยวกับครุภัณฑ์การแพทย์แผนไทยและอื่นๆ ร้อยละ ๑๑.๒ (ตารางที่ ๑). อย่างไรก็ตาม โดยที่งบประมาณที่สนับสนุนนั้น เป็นงบประมาณนาร่องเพื่อให้เกิดการดำเนินงานซึ่งยังไม่เพียงพอ ทำให้การจัดบริการแพทย์แผนไทย ต้องหางบ

ประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมเป็นจำนวนเงิน ๒๐,๖๖๓,๔๖๒.๖๐ บาท โดยงบประมาณส่วนใหญ่มาจากงบประมาณของหน่วยงานตนเองเป็นจำนวน ๑๗,๕๗๕,๗๒๕.๖๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๑ ของงบประมาณที่สนับสนุนทั้งหมด. งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมรวมกับงบประมาณที่ได้รับจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จำนวน ๒๖,๕๐๐,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔๗,๑๖๓,๔๖๒.๖๐ บาท (ตารางที่ ๒). จากการจัดการบริการแพทย์แผนไทยของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๕๗ แห่ง พบว่าสามารถมีรายได้ถึงจำนวน ๕๒,๔๗๕,๒๗๔ บาท (ตารางที่ ๓).

๒.๒ บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

- *โครงสร้าง* การจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และงานการแพทย์แผนไทย. บางส่วนอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมพื้นฟู.

ตารางที่ ๑ ประเภทงบประมาณในโครงการจัดบริการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

ประเภทการใช้งบประมาณ	งบประมาณที่ได้รับ		งบประมาณที่ใช้/เหลือ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
งบประมาณที่ได้รับจากกรมพัฒนาฯ แยกเป็น	๒๖,๕๐๐,๐๐๐	๑๐๐.๐	๒๖,๕๐๐,๐๐๐	๙๗.๕
งบบุคลากร			๘๕๐,๑๓๕.๐๐	๓.๓
- ค่าจ้างเจ้าหน้าที่ในสถานบริการแพทย์แผนไทย			๘๕๐,๑๓๕.๐๐	๓.๓
งบดำเนินการ			๑๒,๙๖๓,๐๕๘.๖๕	๕๐.๒
- ค่าซื้อวัตถุดิบ ยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร			๕,๘๒๘,๖๑๑.๑๓	๒๒.๖
- ค่าซื้อวัสดุ, เวชภัณฑ์การแพทย์แผนไทยและอื่น ๆ			๒,๘๖๕,๐๕๕.๓๗	๑๑.๑
- ค่าซื้อตำรา หนังสือด้านการแพทย์แผนไทย และอุปกรณ์วัดไทย			๓๗๘,๖๘๖.๔๓	๑.๕
- ค่าจ้างเหมา (ทำความสะอาด ทำสวนสมุนไพร ทำข่าวสาร ทำที่ตากวัตถุดิบสมุนไพร พิมพ์ฉลากยา และประชาสัมพันธ์ เป็นต้น)			๑,๕๔๗,๓๑๕.๐๐	๖.๐
- ค่าใช้จ่ายในการประชุม อบรม สัมมนาและศึกษาดูงาน			๒,๓๔๓,๓๘๐.๗๒	๙.๑
งบลงทุน			๑๒,๐๒๙,๕๑๐.๒๗	๔๖.๕
- ค่าปรับปรุงต่อเติมและก่อสร้างอาคาร			๙,๑๒๖,๔๖๙.๕๒	๓๕.๓
- ค่าครุภัณฑ์ด้านการแพทย์แผนไทยและอื่น ๆ			๒,๙๐๓,๐๔๐.๗๕	๑๑.๒
งบประมาณที่เหลือ			๖๕๗,๒๙๖.๐๘	๒.๕
รวม	๒๖,๕๐๐,๐๐๐	๑๐๐.๐	๒๖,๕๐๐,๐๐๐	๑๐๐.๐๐

ตารางที่ ๒ ประเภทงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม

ประเภทการใช้งบประมาณ	ได้รับเพิ่มเติม		ใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่น				
- หน่วยงานตนเองที่ดำเนินงาน	๑๗,๕๗๕,๗๒๕.๖๐	๘๕.๑	-	-
- จากการบริจาค	๒,๐๒๘,๐๕๐.๐๐	๙.๘	-	-
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๗๒๐,๐๐๐.๐๐	๓.๕	-	-
- อื่น ๆ	๓๓๙,๖๘๗.๐๐	๑.๖	-	-
รวม	๒๐,๖๖๓,๔๖๒.๖๐	๑๐๐.๐	-	-
การนำงบที่ได้รับสนับสนุนไปใช้ในการดำเนินงาน				
งบบุคลากร				
- ค่าจ้างเจ้าหน้าที่ในสถานบริการการแพทย์แผนไทย			๒,๗๖๙,๓๓๐.๐๐	๑๓.๔
งบดำเนินการ				
- ค่าซื้อวัตถุดิบ ยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร			๓,๖๒๑,๔๓๑.๕๙	๑๗.๕
- ค่าซื้อวัสดุ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์แผนไทยและอื่น ๆ			๑,๙๑๗,๒๒๘.๔๙	๙.๓
- ค่าจ้างเหมา (ทำสวนสมุนไพร พิมพ์ฉลากยาและประชาสัมพันธ์)			๑,๔๙๑,๑๗๗.๐๐	๗.๒
- ค่าใช้จ่ายในการประชุม อบรม สัมมนาและศึกษาดูงาน			๑,๐๖๕,๑๒๖.๙๔	๕.๒
- ค่าทำนอกรอกเวลาของเจ้าหน้าที่			๔๒๖,๐๕๐.๗๘	๒.๑
งบลงทุน				
- ค่าปรับปรุง ต่อเติม และก่อสร้างอาคารสถานที่			๕,๗๕๑,๖๘๖.๒๑	๒๗.๘
- ค่าครุภัณฑ์ด้านการแพทย์แผนไทยและอื่น ๆ			๒,๙๘๒,๓๕๕.๔๓	๑๔.๔
งบสาธารณูปโภค				
- ค่าสาธารณูปโภค			๖๓๙,๐๗๖.๑๖	๓.๑
รวม			๒๐,๖๖๓,๔๖๒.๖๐	๑๐๐.๐

ตารางที่ ๓ รายได้จากการดำเนินงานจัดบริการแพทย์แผนไทย

รายได้จากการดำเนินงาน	จำนวน (บาท)	ร้อยละ
รายได้จากการดำเนินงานโครงการจัดบริการแพทย์แผนไทยฯ		
- ค่าบริการการแพทย์แผนไทย (ค่ายาสมุนไพร/ยาแผนไทย ค่านวดไทย ค่าประคบสมุนไพร ค่าอบไอน้ำสมุนไพร)	๒๓,๖๓๒,๕๖๖.๕๐	๔๕.๐
- มูลค่าการจำหน่ายยา/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ตำราและอุปกรณ์การแพทย์แผนไทย เป็นต้น	๒๗,๗๐๗,๕๒๗.๐๘	๕๒.๘
- ค่าลงทะเบียนจากการอบรมด้านการแพทย์แผนไทย	๑,๐๙๙,๖๒๐.๐๐	๒.๑
- อื่น ๆ (ค่าบัตรรอนยา, ค่าพันธุ์พืชสมุนไพร, ค่าศึกษาดูงาน เป็นต้น)	๓๕,๕๖๑.๑๐	๐.๑
รวม	๕๒,๔๗๕,๒๑๔.๖๘	๑๐๐.๐

- ผู้ให้บริการในกลุ่มตัวอย่างการศึกษา จำนวน ๔๐๙ คน พบว่า ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบเป็นหมอนวดไทยมากที่สุด ร้อยละ ๓๖.๔ รองลงมาเป็นเภสัชกร ร้อยละ ๑๒.๗; ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล ชุมชน ผู้รับผิดชอบเป็น หมอนวด ร้อยละ ๔๓.๕

และ ๔๑.๙ ตามลำดับ; ในสถานเอนามัย พบว่าเป็นการจ้างบุคลากร ทำหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่ทั่วไป/เจ้าหน้าที่ธุรการ; โรงพยาบาลชุมชนมีบุคลากรแพทย์อายุรเวท และหมอนวดมากกว่าโรงพยาบาล ศูนย์/ทั่วไป (ตารางที่ ๔). อย่างไรก็ตาม หน่วยงานส่วนใหญ่มีการจ้างหมอนวดอีกจำนวนมาก และ

ตารางที่ ๔ ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

ผู้รับผิดชอบ	สสจ.	รพศ./รพท.	รพช.
แพทย์	๗ (๕.๙)	๔ (๑๗.๔)	๒๕ (๙.๔)
ทันตแพทย์	๑ (๐.๘)	-	-
เภสัชกร	๑๕ (๑๒.๗)	๒ (๘.๗)	๒๙ (๑๐.๙)
นักกายภาพบำบัด	-	๑ (๔.๓)	-
เจ้าพนักงานเวชกรรมพื้นฟู	-	-	๑ (๐.๔)
นักวิชาการสาธารณสุข	๑๓ (๑๑.๐)	-	๑ (๐.๔)
พยาบาล	๑๒ (๑๐.๒)	๓ (๑๓.๐)	๑๓ (๔.๙)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	๕ (๔.๒)	-	๑ (๐.๔)
นักอายุรเวท	๑๔ (๑๑.๙)	๓ (๑๓.๐)	๔๖ (๑๗.๒)
ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/หมอฟันบ้าน	๒ (๑.๗)	-	๖ (๒.๒)
เจ้าพนักงานเภสัช	-	-	๓ (๑.๑)
เจ้าหน้าที่ทั่วไป/เจ้าหน้าที่ธุรการ	-	-	๓ (๑.๑)
หมอนวด	๔๓ (๓๖.๔)	๑๐ (๔๓.๕)	๑๑๒ (๔๑.๙)
ลูกจ้างทั่วไป	๖ (๕.๑๐)	-	๒๗ (๑๐.๑)
รวม	๑๑๘	๒๓	๒๖๗

ตารางที่ ๕ การจ้างประเภทบุคลากรและประเภทการจ้างการบริการแพทย์แผนไทย

ประเภทบุคลากร	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ประเภทบุคลากรที่มีการจ้าง (คน)	๒๑๕	๑๐๐
นักอายุรเวท	๙	๔.๒
ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/หมอฟันบ้าน	๘	๓.๗
หมอนวดตัวและนวดเท้า	๑๖๕	๗๖.๗
เจ้าหน้าที่ขายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ฯลฯ	๑๐	๔.๗
เจ้าหน้าที่ผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร	๗	๓.๓
เจ้าหน้าที่การเงิน	๖	๒.๘
คนงาน / คนสวน	๔	๑.๘
อื่น ๆ	๖	๒.๘
ประเภทการจ้างบุคลากร (คน)	๒๑๕	๑๐๐
จ้างรายเดือน	๑๔๒	๖๖.๐
แบ่งเปอร์เซ็นต์จากค่าบริการ	๕๒	๒๔.๒
จ้างรายวัน	๑๔	๖.๕
จ้างรายคาบ	๑	๐.๕
จ้างตามปริมาณงาน	๖	๒.๘
รวม	๒๑๕	๑๐๐.๐

เป็นการจ้างรายเดือน ร้อยละ ๖๖.๐ และตอบแทนตาม สัดส่วนรายได้เป็นร้อยละ ๒๔.๒ (ตารางที่ ๕) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบบริการแพทย์แผนไทยยังขาดกำลังคนทั้งเชิงปริมาณ ขณะเดียวกันก็ต้องมีการควบคุมคุณภาพควบคู่ไปด้วย.

- การจัดการบริการตามประเภทของการบริการ การ

จัดบริการแพทย์แผนไทยตามประเภทบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐแต่ละแห่ง มีการจัดบริการ แพทย์แผนไทย ๔ บริการหลัก (ร้อยละ ๖๑.๔), รองลงมาเป็นการ จัดบริการแพทย์แผนไทย มี ๓ บริการ ซึ่งแต่ละสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐแต่ละแห่งมีการจัดบริการตามความพร้อม

ตารางที่ ๖ การจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกตามประเภทการบริการ

ประเภทการบริการ	จำนวน (n = ๕๗)	ร้อยละ
การจัดบริการแพทย์แผนไทยมี ๔ ประเภท	๓๕	๖๑.๔
ประกอบด้วย		
การจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร การนวด อบ ประคบสมุนไพร		
การฝึกอบรมฯ การผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร		
การจัดบริการแพทย์แผนไทย มี ๓ ประเภท	๑๘	๓๑.๖
ประกอบด้วย		
การนวด อบ ประคบสมุนไพร การผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร		
การจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร หรือการนวด อบ ประคบสมุนไพร		
การผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการฝึกอบรมฯ		
การจัดบริการแพทย์แผนไทย มี ๒ ประเภท	๙	๕.๓
ประกอบด้วย		
การนวด อบ ประคบสมุนไพร		
การฝึกอบรมฯ		
การจัดบริการแพทย์แผนไทย มี ๑ ประเภท	๑	๑.๗
ประกอบด้วย การนวด อบ ประคบสมุนไพร		
รวม	๕๗	๑๐๐.๐

ของแต่ละแห่ง เช่น บางแห่งให้บริการ นวด อบ ประคบสมุนไพร ผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร บางแห่งให้บริการนวด อบ ประคบสมุนไพร ผลิตยาฯ และการฝึกอบรมฯ เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๖ มีเพียงร้อยละ ๑.๗ เท่านั้นที่จัดบริการเฉพาะ นวด อบ ประคบสมุนไพร เท่านั้น (ตารางที่ ๖)

- ระบบการคัดกรองและวินิจฉัยโรค การศึกษาใน

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๕๗ แห่ง พบว่า มีการคัดกรองที่แผนกผู้ป่วยนอก และที่คลินิกแพทย์แผนไทยโดยตรง. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐร้อยละ ๓๕.๑ มีตรวจวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ และอีกร้อยละ ๓๓.๓ ตรวจวินิจฉัยโรคโดยแพทย์อายุรเวท ซึ่งการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์และอายุรเวทมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยการนวดตัว ร้อยละ ๒๖.๓, อบสมุนไพร ร้อยละ ๒๒.๘, ใช้น้ำสมุนไพร ร้อยละ ๑๕.๘. ด้านการบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีบริการนวดตัว ร้อยละ ๒๔.๖, อบไอน้ำสมุนไพร ร้อยละ ๑๙.๓, ประคบสมุนไพร ร้อยละ ๑๗.๕. สรุปได้ว่า การบริการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ส่วนใหญ่เป็นการบริการนวดอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร.

๓. การใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชน

๓.๑ การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ผู้ใช้บริการจำนวน ๑,๐๐๗ คน พบว่าส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด จึงได้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการนวดมากที่สุด ทั้งการนวดตัวและนวดเท้า. ส่วนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคอื่น ๆ ไม่เป็นที่นิยมมากนัก (ตารางที่ ๗). การใช้สิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ใช้บริการเป็นผู้มีสิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานวิสาหกิจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ ๖๖.๒, และสิทธิตามบัตร ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ร้อยละ ๙.๑ แสดงว่าข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นกลุ่มผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยมากกว่าประชาชนทั่วไป นั่นก็คือ มากกว่าผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ (ตารางที่ ๘).

๓.๒ ความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก (ร้อยละ ๗๙.๐)

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทยในแต่ละด้าน คือ ความพึงพอใจต่อความสะดวกในการใช้บริการ คุณภาพของบริการ เจ้าหน้าที่ และสถานที่ พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้บริการต่าง ๆ

ตารางที่ ๗ การรับบริการแพทย์แผนไทย จำแนกตามประเภทของระบบบริการสุขภาพ

ประเภทของบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ	๗๒๖	๗๒.๑
ยาสมุนไพร / ยาแผนไทย	๑๘๐	๑๗.๙
การนวดไทย (นวดตัว ๒๔.๘% นวดเท้า ๖.๙%)	๓๑๙	๓๑.๗
การประคบสมุนไพร	๑๗๘	๑๗.๗
การอบสมุนไพร	๔๙	๔.๘
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๒๕๑	๒๔.๙
การนวดไทย (นวดตัว ๑๐.๖% นวดเท้า ๕.๗%)	๑๖๔	๑๖.๓
การประคบสมุนไพร	๑๖	๑.๖
การอบสมุนไพร	๕๔	๕.๔
การจัดกิจกรรมให้ความรู้ คำแนะนำ สอน สาธิต แสดงด้านการแพทย์แผนไทย	๑๔	๑.๔
การจัดกิจกรรมกายบริหารร่างกายท่าฤๅษีดัดตน	๒	๐.๑
การจัดกิจกรรมการนึ่งสมุนไพร	๑	๐.๑
ไม่มีการแยกประเภทบริการแพทย์แผนไทย	๓๐	๒.๙
รวม	๑,๐๐๗	๑๐๐

ตารางที่ ๘ ผู้รับบริการจำแนกตามประเภทสิทธิผู้รับบริการ

ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทผู้รับบริการแพทย์แผนไทย		
ผู้มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล	๖๖๗	๖๖.๒
ผู้มีบัตรโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาทรักษาทุกโรค)	๙๒	๙.๑
ผู้ที่มีบัตรประกันสังคม	๒๗	๒.๗
ผู้ที่ด้อยโอกาส (คนพิการ, ผู้สูงอายุ, ภูิกษุ, สามเณร)	๓๙	๓.๙
ประชาชนทั่วไปที่เสียค่าใช้จ่ายเอง	๑๘๓	๑๘.๑
รวม	๑,๐๐๗	๑๐๐.๐

ตารางที่ ๙ ระดับความพึงพอใจในบริการ

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	ไม่พึงพอใจ
ความสะดวกในการใช้บริการ	๘๐๑ (๗๙.๕)	๑๗๒ (๑๗.๑)	๓๔ (๓.๔)
คุณภาพของบริการ	๗๙๖ (๗๙.๐)	๒๐๔ (๒๐.๓)	๗ (๐.๗)
เจ้าหน้าที่	๙๑๓ (๙๐.๗)	๘๘ (๘.๗)	๖ (๐.๖)
สถานบริการ	๘๒๔ (๘๑.๘)	๑๕๒ (๑๖.๙)	๑ (๑.๑)
รวม	๗๙๖ (๗๙.๐)	๒๐๖ (๒๐.๕)	๕ (๐.๑)

ด้านดังกล่าวอยู่ในระดับดีมาก: มีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการถึงร้อยละ ๙๐.๗, มีความพึงพอใจต่อสถานที่บริการร้อยละ ๘๑.๘, ความพึงพอใจต่อความสะดวกในการใช้บริการ และต่อคุณภาพบริการ มีร้อยละ ๗๙.๕ และ ๗๙.๐ ตามลำดับ

(ตารางที่ ๙).

๔. การนำความรู้จากการอบรมนวดไทยไปใช้ประโยชน์

ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นมาก่อน มีความต้องการนำความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการนวดไปใช้ประโยชน์ดูแล

ตารางที่ ๑๐ ผู้เข้ารับการอบรมนวดไทย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = ๗๐๙ คน)	ร้อยละ
ความสามารถนวดไทยก่อนเข้ารับการอบรม		
นวดไม่เป็น	๕๕๒	๗๗.๙
นวดเป็น	๑๕๗	๒๒.๑
เหตุผลหลักที่เข้ารับการอบรม		
ดกงาน/ว่างงาน	๔๔	๖.๒
ต้องการนำความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการนวดไทยไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว	๓๒๘	๔๖.๓
ต้องการนำความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการนวดไทยไปใช้ประกอบอาชีพนวดไทย	๑๕๗	๒๒.๑
ต้องการนำความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการนวดไทยไปใช้ประโยชน์กับการปฏิบัติงานที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้น	๙๑	๑๒.๘
ต้องการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทย	๓๔	๔.๘
ต้องการใบประกาศนียบัตรเกี่ยวกับการนวดไทย	๘	๑.๑
หน่วยงานส่งเข้ารับการอบรม	๓๖	๕.๑
อื่น ๆ	๑๑	๑.๖
หลักสูตรนวดไทยที่เข้ารับการอบรม		
นวดตัว (๓๐๐/๓๗๒ ชม.)	๑๙๒	๒๗.๓
นวดเชลยศักดิ์	๔๓	๖.๐
นวดฝ่าเท้า	๓๕๐	๔๙.๓
นวดคลายเครียด	๘๙	๑๒.๕
นวดเพื่อสุขภาพพื้นฐาน	๓๕	๔.๙

ตารางที่ ๑๑ การใช้ประโยชน์จากอาชีพนวดไทยของผู้เข้ารับการอบรมนวดไทย

การใช้ประโยชน์จากการประกอบอาชีพนวดไทย	จำนวน (n = ๗๐๙ คน)	ร้อยละ
ลักษณะการประกอบอาชีพนวดไทย		
อาชีพหลัก	๔๑๐	๕๗.๙
อาชีพรอง	๒๙๙	๔๒.๑
สถานที่ประกอบอาชีพนวดไทย		
ให้บริการนวดไทยตามบ้าน	๒๗๘	๓๙.๓
เป็นลูกจ้างนวดไทยใน สสจ./รพ./สอ.	๒๗๑	๓๘.๒
เปิดร้านให้บริการนวดไทย	๖๒	๘.๗
เป็นลูกจ้างนวดไทยในหน่วยงานเอกชน	๔๙	๖.๙
อื่น ๆ	๔๙	๖.๙
รายได้จากการประกอบอาชีพนวดไทย (บาท/เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐	๑๗๔	๒๔.๕
๑,๐๐๑ - ๕,๐๐๐	๓๕๐	๔๙.๕
๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐	๑๗๘	๒๕.๑
๑๐,๐๐๑ - ๑๕,๐๐๐	๗	๐.๙
การประกอบอาชีพนวดไทยในอนาคต		
ประกอบอาชีพนวดไทยต่อไป	๕๐๒	๗๐.๙
ไม่แน่ใจ	๒๐๒	๒๘.๔
เปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่น	๕	๐.๗

สุขภาพตนเองและครอบครัว ร้อยละ ๔๖.๓, รองลงมาเข้าใจประกอบอาชีพ ร้อยละ ๒๒.๑. หลักสูตรที่มีผู้เข้ารับการอบรมมากที่สุด คือ นวดฝ่าเท้า ร้อยละ ๔๙.๓, รองลงมาเป็นนวดตัว ร้อยละ ๒๗.๓ (ตารางที่ ๑๐).

การนำความรู้จากการอบรมไปใช้ประโยชน์ พบว่า จะนำไปประกอบอาชีพนวดไทยเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ ๕๗.๙, รองลงมา เป็นอาชีพรอง ร้อยละ ๔๒.๑ โดยเป็นการให้บริการตามบ้าน ร้อยละ ๓๙.๓, เป็นลูกจ้างในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ ๓๘.๒ (ตารางที่ ๑๑).

ร้อยละ ๔๙.๕ ของผู้รับการอบรมมีรายได้ ๑,๐๐๑ - ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ ร้อยละ ๗๐.๙ ของผู้รับการอบรมจะประกอบอาชีพนวดแผนไทยต่อไป (ตารางที่ ๑๑).

สรุปและวิจารณ์

ข้อมูลจากการประเมินผลการจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงให้เห็นว่า โครงการฯ นี้ เป็นนวัตกรรมเชิงรุกด้านสาธารณสุขของประเทศอีกโครงการหนึ่งที่ประสบความสำเร็จ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด ทั้งในด้านการเป็นแหล่งส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยที่ครบวงจร ได้แก่ การให้บริการแพทย์แผนไทยทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ, มีการจำหน่ายยา/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ, การฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทย, ตลอดจนการผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร. อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยขอแสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินการที่สมบูรณ์ต่อไปในอนาคต ดังนี้

เชิงนโยบาย

๑. กำหนดให้งานการแพทย์แผนไทยเป็นยุทธศาสตร์ชาติวางหลักการพัฒนาองค์ความรู้ให้เป็นมาตรฐาน และยกระดับให้เท่าเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน.

๒. พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การแพทย์แผนไทยให้เป็นมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ.

๓. กำหนดโครงสร้างและอัตรากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่รองรับและสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ.

เชิงปฏิบัติการ

๑. กำหนดนโยบายการจัดบริการแพทย์แผนไทยของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพการบริการอย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านการรักษา การส่งเสริม การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ภายใต้ศาสตร์และองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย.

๒. พัฒนานุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยทุกระดับ/ประเภท อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับและมั่นใจของผู้รับบริการ และผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมแผนปัจจุบัน.

๓. ดำเนินการศึกษาวิจัยต้นทุนต่อหน่วยบริการแพทย์แผนไทย เพื่อนำผลดังกล่าวมากำหนดมาตรฐานค่าบริการที่เหมาะสม และส่งผลต่อการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ.

๔. ทำการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานบริการแพทย์แผนไทย เพื่อนำผลการศึกษามาปรับปรุงและพัฒนางานบริการแพทย์แผนไทยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น.

๕. ดำเนินการพัฒนางานบริการแพทย์แผนไทย ต้นแบบในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทั้งนี้ ต้นแบบอาจเป็นต้นแบบครบทุกด้านหรือต้นแบบเฉพาะด้านตามความเหมาะสมและความสนใจ.

กิตติกรรมประกาศ

งานศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยแรงกระตุ้นและการแนะนำจากนายแพทย์วิรัช โชควิชฌน อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในขณะนั้น. ขอขอบคุณนายแพทย์สมยศ เจริญศักดิ์ อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกคนปัจจุบัน ได้ให้การสนับสนุนในการประเมินผลครั้งนี้ โดยให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการประเมินผลโครงการฯ. ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ได้ช่วยพัฒนาเครื่องมือ แบบสอบถาม และร่วมเก็บข้อมูลในพื้นที่. ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทยได้ช่วยจัดทำกรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการฯ รวบรวมข้อมูลจัดเป็นหมวดหมู่ และให้คำปรึกษาในการประเมินผลโครงการฯ.

การเก็บข้อมูลในพื้นที่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจาก

กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม โดยเฉพาะนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด; ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน; เภสัชกร พยาบาล นักกายูรเวท และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์เจาะลึก; และประชาชนผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐในการตอบแบบสอบถาม.

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สรุปจากรายงานผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพและประชาชนไทยในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (๒๕๔๐ - ๒๕๔๔) เอกสารวิชาการ. โรงพิมพ์ ส. พิจิตรการพิมพ์; ๒๕๔๖.
๒. สถาบันการแพทย์แผนไทย. รายชื่อศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ปีงบประมาณ ๒๕๔๔-๒๕๔๖ และ ๒๕๔๖. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์แผนไทย; ๒๕๔๖.
๓. เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. แผนสนับสนุนนโยบายการสร้างสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย. นนทบุรี :สถาบันการแพทย์แผนไทย; ๒๕๔๕.
๔. ปราโมทย์ เสถียรรัตน์. การศึกษาแนวทางการพัฒนางานการแพทย์แผนไทย เพื่อเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รายงานการวิจัยเอกสารอัดสำเนา; ๒๕๔๗.
๕. หนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค ๐๔๑๗/ว๑๔ ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗. เรื่องการเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย. เอกสารโรเนียว.
๖. วัฒนสินธุ์ สุวรรตานนท์. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๐.
๗. สถาบันการแพทย์แผนไทย. โครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ และ ๒๕๔๕. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์แผนไทย; ๒๕๔๕.
๘. นิลเนตร วีระสมบัติ. การพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา, ตุลาคม ๒๕๓๓ - พฤษภาคม ๒๕๓๕.
๙. วันดี องค์ชนะสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ นวด ประคบและอบสมุนไพร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; ๒๕๔๕.
๑๐. รัชชนก บุญเหมือน. ความคิดเห็นของประชาชนต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๗.
๑๑. สุดสงวน คำคุณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการการนวดไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทย อำเภออดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๔๒.
๑๒. ภรณ์ กันภัย. การสื่อสารความรู้ ทักษะคิดและการยอมรับการแพทย์แผนไทยของตำบลกมลาต่อการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย ของสถานอนามัยตำบลกมลา อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๕.
๑๓. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙); ๒๕๔๔. หน้า ๘๓-๙๒.

Abstract**Evaluation of the Provision of Traditional Thai Medicine Services in Public-Sector Health Facilities under the Universal Health Security Scheme****Sumneang Ratanawilaiwan***Office of the Health Inspector-General, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health*

This study was aimed at evaluating the provision of Thai traditional medicine services in public-sector health facilities under the Universal Health Security Scheme. It was found that Thai traditional medicine services in such facilities are under the responsibility of consumer protection working groups, Thai traditional medicine work, or social medicine work. Most of the health facilities (61.4%) provided four types of Thai traditional medicine services, while some provide only 1-3 types of services, depending on the readiness of each facility. The four types of services are 1) sale of herbal medicines and herbal products; 2) massage, herbal steam bath and hot herbal compress services; 3) training courses on Thai traditional medicine; and 4) production of herbal medicines and herbal products. Most of the personnel who provide Thai traditional medicine services are Thai masseurs/masseuses and “ayurvedic” practitioners. Most of the clients were patients suffering from musculoskeletal disorders requiring Thai massage for therapeutic and rehabilitation purposes; however, the health promotion and disease prevention services and activities were not well accepted by the public. The majority of the clients (79.0%) were very satisfied with the services they received. In addition, people who attended the Thai massage training course used the knowledge gained to take care of the health of their family and themselves, and as a vocational tool to earn their living. It can be said that Thai traditional medicine services are a proactive innovation on health care in the country; they involve the social context, national health policy and the readiness of health-care facilities to support the development of Thai traditional medicine services, which are regarded as an alternative approach of holistic health care. However, there are some weaknesses related to manpower in the service system that need to be overcome in terms of quantity and quality in order to match the requirement for the provision of Thai traditional medicine services for therapeutic purposes, health promotion and disease prevention. Several strategies are recommended to successfully integrate Thai traditional medicine into the health service system, namely to advocate that policy makers make Thai traditional medicine a national strategy, improve the standards of the Thai traditional medicine training curriculum and strengthen the knowledge of Thai traditional medicine so that it will gain equal recognition and acceptance by the public and other health-care personnel as does modern medicine. Last but not least, the structure of manpower must be established and the civil servant positions and fiscal budget for the salary of workers who provide Thai traditional medicine service in public-sector health facilities must be allocated to support the systematic development of human resources.

Key words: Thai traditional medicine, public-sector health facilities, universal health security scheme