

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพร และนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถาน บริการสาธารณสุข

คัคนางค์ โดสงวน*

ณัฐธิญา คำพล†

มนรัตน์ ทาวรเจริญทรัพย์‡

เนติ สุขสมบูรณ์‡

วันทนีย์ กุลเพ็ญ*

ศรีเพ็ญ ถันติเวสส*

ยศ ตรีวัฒนนานนท์*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรมาเป็นเวลานานแต่มูลค่าและปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานพยาบาลก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ในการจะทำให้เห็นนโยบายประสบความสำเร็จนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขทั้งต่อยาจากสมุนไพรและต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรทั้งมากและน้อย ผลการศึกษาแบ่งเป็น ๓ ส่วน คือ ๑)ความเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพร ซึ่งพบว่าขาดความเชื่อมั่นในด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาจากสมุนไพร ยามีรูปลักษณะที่ไม่ดึงดูดให้น่าใช้และมีราคาแพง ๒)ความเห็นต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ซึ่งพบว่ากำหนดเป้าหมายให้ใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๕ ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดในทุกสถานพยาบาลนั้น ในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยาก และขาดการเตรียมสิ่งสนับสนุนในการรองรับนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างชัดเจน และ ๓)ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ซึ่งพบว่าอุปสรรคสำคัญคือเกณฑ์การเบิกจ่ายในโรงพยาบาล และความเชื่อมั่นในมาตรฐานของการผลิตยา ในขณะที่ปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญคือการสนับสนุนจากผู้อำนวยการหรือบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในโรงพยาบาล สำหรับผลการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้เห็นนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรประสบความสำเร็จในอนาคต

คำสำคัญ: ยาจากสมุนไพร นโยบาย ความคิดเห็น

Abstract

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

Kakanang Tosanguan*, Nattiya Kapol†, Montarat Thavorncharoensap‡, Neti Suksomboon‡, Wantanee Kulpeng*, Sripen Tantivess*, Yot Teerawattananon*

*Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Nonthaburi, †Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, Nakhon Pathom, ‡Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Bangkok

The policy on the promotion of herbal medicine has not yet achieved the target. To achieve the goal, knowing health care professionals' views on herbal medicinal products and on the national policy which

*โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

†คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดนครปฐม

‡คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร



aims to promote the utilization of herbal medicine in health care facilities is crucial. This study used qualitative methods. Focus group interview among the frequent user group and in-depth interviews among occasionally user group were conducted. The results of this study can be divided into 3 parts. 1) Views on herbal medicinal products: lack of confidence on the effectiveness and safety of herbal medicinal products is found, the appearance and other characteristics of herbal medicinal products are not attractive, herbal medicinal products are more expensive than western medicine. 2) Views on the national policy to promote the utilization of herbal medicinal products in healthcare facilities: The set target in terms of expenditure of herbal medicine products of 25% of the total drug expenditure for every healthcare facility is difficult to accomplish. Furthermore, there are no practice guidelines and clear strategic plan to support the policy. 3) Views on impeding and facilitating factors influencing the utilization: key impeding factors were the criteria on reimbursement of herbal medicinal and confidence in the quality and manufacturing standards. The key facilitating factor was the presence of key person who was able to promote the use of herbal medicine in hospitals. Findings from this study would be used to develop the effective strategies to accomplish the policy aims at promoting the use of the herbal medicine in the future.

Key words: herbal medicine, policy, opinion

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยนอกจากจะมีการใช้องค์ความรู้ของการแพทย์แผนตะวันตกในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยยาแผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่แล้ว การแพทย์แผนไทยซึ่งถือเป็นภูมิปัญญาของบรรพบุรุษไทยที่สืบทอดกันมาอย่างช้านานก็ได้รับการส่งเสริมให้มีการใช้อย่างต่อเนื่องเรื่อยมา โดยนโยบายด้านสมุนไพรได้ถูกกำหนดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาการสาธารณสุขและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ ๑ จนถึงฉบับปัจจุบัน^(๑-๑๗) โดยครอบคลุมตั้งแต่การสร้างองค์ความรู้ การวิจัย การค้นคว้าสมุนไพร การปลูกพืชสมุนไพร การกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบเกี่ยวกับยาจากสมุนไพร รวมไปถึงการใช้ยาจากสมุนไพรในการรักษาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างการพึ่งพาตนเอง นอกจากนี้ การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรยังได้รับการบรรจุไว้ในนโยบายแห่งชาติด้านยา พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๔๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ (พ.ศ.๒๕๔๘ - ๒๕๕๒) สำหรับการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรนั้น ได้ริเริ่มอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจนเมื่อมีการบรรจุยาจากสมุนไพรเข้าไปในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.๒๕๔๒ โดย

แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ ยาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้แบบดั้งเดิมและยาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนารูปแบบเป็นสูตรยาเดี่ยว รวมจำนวนทั้งสิ้น ๘ รายการ ซึ่งต่อมาได้มีการเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพรพ.ศ.๒๕๔๙ เป็นจำนวนทั้งสิ้น ๑๙ รายการ^(๑๘) นอกเหนือจากนี้ ยังมีการกำหนดนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๙ (พ.ศ.๒๕๔๕ - ๒๕๔๙) ระบุให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนใช้ยาจากสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓ และร้อยละ ๕ ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลตามลำดับ^(๑๖) อย่างไรก็ตามพบว่าการใช้ยาจากสมุนไพรยังเป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยในปี พ.ศ.๒๕๔๗ พบว่า มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปคิดเป็นเพียงร้อยละ ๐.๔๘ ในขณะที่ในโรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ ๒.๓๘ ของมูลค่ายาทั้งหมดในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสาธารณสุขไทย ที่พบว่ารายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายด้านยาแผนปัจจุบัน โดยในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา รายจ่ายด้านยาได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๐ เป็นร้อยละ ๔๒.๘ ของรายจ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ.๒๕๓๘ และ พ.ศ.๒๕๔๘ ตามลำดับ^(๑๙) ทั้งนี้ แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ ซึ่งถือเป็นแผนการบูรณาการการแพทย์

แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่การแพทย์กระแสหลักที่มีความครอบคลุมมากที่สุด ได้มีการกำหนดเป้าหมายการเพิ่มมูลค่า/ปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่ง โดยระบุให้มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรคิดเป็นอย่างน้อยร้อยละ ๒๕ ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดภายใน ๕ ปี^(๒๐) ดังนั้นเพื่อให้นโยบายดังกล่าวสามารถบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ จึงจำเป็นต้องศึกษาความคิดเห็นต่อยาจากสมุนไพรและนโยบายดังกล่าวตลอดจนปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผลจากการศึกษาที่ได้สามารถนำมาวิเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะและแนวทางในการสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

๑. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อยาจากสมุนไพร
๒. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล
๓. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อปัจจัยส่งเสริม/เป็นอุปสรรคต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) ในบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรจำนวนมากจำนวน ๑๑ โรงพยาบาล แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย ๕ คน และกลุ่มแพทย์แผนไทย/พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย ๘ คน รวมทั้งสิ้น ๑๓ คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลที่มีมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรน้อยจำนวน ๘ โรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน ๘ คน เภสัชกร ๙ คน พยาบาลและแพทย์แผนไทย ๕

คน รวมทั้งสิ้น ๒๒ คน ระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๒ ทั้งนี้การใช้ยาจากสมุนไพรมากหรือน้อยพิจารณาจากจำนวนรายการยาจากสมุนไพรที่มีใช้ในโรงพยาบาลรวมถึงมูลค่าการใช้ยา (ทั้งยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ, ทั้งที่ผลิตเองและที่จัดซื้อ) อ้างอิงจากฐานข้อมูลการสำรวจในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐของสำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๐ - กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐ สำหรับการเก็บข้อมูลในการวิจัยจะใช้วิธีการจดบันทึกและบันทึกเทปหากได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ได้แก่ ๑.ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพร ๒.ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล และ ๓.ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

๑. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพร

๑.๑ ขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิผลและความปลอดภัยในยาจากสมุนไพร แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าสำหรับกลุ่มยาจากสมุนไพรนั้น ยังขาดหลักฐานทางวิชาการในด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยที่มีความน่าเชื่อถือโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลการวิจัยทางคลินิก รวมถึงการเรียนการสอนของแพทย์แผนปัจจุบันเน้นแนวคิดทางด้านตะวันตก แพทย์จึงไม่คุ้นเคยและไม่มั่นใจหากจำเป็นต้องสั่งใช้ยาจากสมุนไพร อีกทั้งกลัวการฟ้องร้องจากผู้ป่วยว่าแพทย์ไม่ให้การรักษาที่ดีที่สุดแก่คนไข้ (best practice) ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในขณะที่กระบวนการมาตรฐานหรือ best practice มันบังคับเราอยู่ มันเหมือนกับว่าทำให้เราต้องเดินอยู่ใน line ที่ปลอดภัย คุณให้ความเชื่อมั่นมากแค่ไหนว่าใช้ (ยาจากสมุนไพร- นักวิจัย) แล้วคนไข้จะปลอดภัย”

อย่างไรก็ตามแพทย์ในโรงพยาบาลที่ใช้ยาจากสมุนไพร



มากพบปัญหาในเรื่องนี้บ่อยกว่าเนื่องจากบางโรงพยาบาลได้มีแนวทางในการสร้างความเชื่อมั่นให้แพทย์ก่อนการปฏิบัติงาน รวมถึงทำวิจัยทางคลินิกเพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาจากสมุนไพร นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขส่วนหนึ่งมีความเห็นว่าการขาดการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขขาดองค์ความรู้ในเรื่องนี้

๑.๒ รูปแบบของยาจากสมุนไพรไม่ดึงดูดให้เกิดการใช้ยา บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรน้อยบางท่านเห็นว่ายาจากสมุนไพรที่มีรูปแบบซึ่งรวมถึงรสชาติ กลิ่น สี ตลอดจนบรรจุภัณฑ์ที่ไม่ดึงดูดผู้ใช้ยา อีกทั้งกรณียาเม็ดที่ต้องรับประทานจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรับประทานยา (non-compliance)

๑.๓ ราคาของยาจากสมุนไพรสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน บุคลากรสาธารณสุขเกินครึ่งมีความเห็นว่ายาจากสมุนไพรมีราคาแพงกว่ายาแผนปัจจุบันหากเทียบกับการรักษาโรคเดียวกัน ซึ่งส่งผลให้แพทย์ในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรน้อยไม่กล้าสั่งใช้ยาจากสมุนไพร ดังเช่น

“บางรายการมันราคาค่อนข้างแพงเมื่อเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน...บางทีหมอเองเขาเห็นราคาเขาก็ตกใจ ถ้าดูราคากับตัวยาแผนปัจจุบันที่รักษาอาการเดียวกันเทียบกันแพงชะเยอะมาก หลายเท่า ครีมไพลนี่ก็แพงเมื่อเทียบกับยานวดธรรมดา เช่น เทียบกับครีมเมทาซิลโลไซคลด”

อย่างไรก็ตาม แพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรมากไม่มีความกังวลเกี่ยวกับราคายามากนัก แต่คำนึงถึงประสิทธิผลของยามากกว่า นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขบางท่านให้ความเห็นว่าราคายาจากสมุนไพรมีราคาแพงเนื่องจากอัตราการใช้ยาจากสมุนไพรยังไม่มากจึงทำให้ต้นทุนการผลิตและราคายาสูง แต่หากเพิ่มอัตราการใช้ยาจากสมุนไพรจะส่งผลให้เกิดการแข่งขันของตลาดมากขึ้นและทำให้ราคาขาดลง

๑.๔ คุณภาพและมาตรฐานของยาจากสมุนไพรไม่สม่ำเสมอ แพทย์และเภสัชกรมีความเห็นว่าสารสำคัญที่มีในสมุนไพรมีปริมาณไม่คงที่ ทำให้ในการผลิตแต่ละครั้งอาจมี

ปริมาณสารสำคัญไม่เท่ากัน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผลของการรักษา ตลอดจนความเชื่อมั่นของแพทย์ในการสั่งใช้ ฉะนั้นควรมีการจัดทำมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ และมีการควบคุมมาตรฐานตั้งแต่การเพาะปลูกสมุนไพร ช่วงเวลาที่เก็บเกี่ยว การเก็บรักษาพืชสมุนไพร และขั้นตอนการผลิตยาจากสมุนไพร เพื่อให้สารสำคัญที่อยู่ในสมุนไพรมีคุณภาพและมีมาตรฐานเดียวกันในแต่ละรุ่นที่ผลิต และควรสนับสนุนแหล่งเพาะปลูกสมุนไพรที่สามารถผลิตสารสำคัญให้มีคุณภาพดีด้วย

๒. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

๒.๑ การกำหนดเป้าหมายให้ใช้ยาจากสมุนไพรเป็นร้อยละ ๒๕ ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดมีความเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ บุคลากรสาธารณสุขเกือบทั้งหมดเห็นว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิส่วนใหญ่มีอาการของโรครุนแรงซึ่งไม่เหมาะสมหากใช้ยาจากสมุนไพร อีกทั้งแพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นแพทย์เฉพาะทางทำให้โอกาสในการใช้ยาจากสมุนไพรมีน้อยกว่าโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือปฐมภูมิ นอกจากนี้ ยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิส่วนใหญ่เป็นยาแผนปัจจุบันที่มีราคาแพงจึงทำให้สัดส่วนมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรเมื่อเทียบกับมูลค่ายาทั้งหมดในโรงพยาบาลไม่เกินไปตามเป้าหมายที่กำหนด ฉะนั้น ควรพิจารณาตัวชี้วัดอื่นๆ แทนหรือหากใช้มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรก็ควรใช้สัดส่วนที่แตกต่างกันในแต่ละระดับของโรงพยาบาล และควรเน้นการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้บริการระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิมากกว่า ดังคำที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“สมุนไพรขณะนี้ ถ้าจะให้ได้ผลจริงๆ ก็คงต้อง promote ที่ PCU หรือว่าระดับปฐมภูมิค่ะ ในระดับตติยภูมิอย่างเรานี้คงจะลำบาก.. ในตติยภูมิเองนี่คนที่จะใช้ยาสมุนไพรจะน้อยมากๆ”

๒.๒ การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลควรทำผ่านแพทย์แผนไทยมากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นว่า ควรมีการส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยา

จากสมุนไพรผ่านแพทย์แผนไทยมากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะแพทย์แผนไทยมีความรู้ ความเชื่อมั่นในสรรพคุณ และเชี่ยวชาญยาจากสมุนไพรมากกว่า ดังจะเห็นได้จากต้นแบบของโรงพยาบาลที่มีมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรมากที่สุดจากการศึกษาพบว่าเกือบทุกโรงพยาบาลมีการใช้ยาจากสมุนไพร โดยผ่านแพทย์แผนไทยเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม แพทย์แผนไทยส่วนหนึ่งเห็นว่า แพทย์แผนไทยยังขาดความน่าเชื่อถือ/ศรัทธาในสายตาของบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆหรือประชาชน ซึ่งส่งผลต่อการใช้ยาจากสมุนไพร รวมไปถึงการขาดกรอบอัตรากำลังในการจ้างแพทย์แผนไทยทำงานในโรงพยาบาล

๒.๓ การดำเนินนโยบายยังขาดกลยุทธ์ แนวทางปฏิบัติ และการวางแผนสิ่งสนับสนุนรองรับที่ชัดเจน รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อยครั้ง ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขส่วนหนึ่งเห็นว่ารัฐบาลควรมีแผนสนับสนุนการแพทย์แผนไทยให้ครอบคลุมอย่างเป็นรูปธรรมในทุกด้าน เช่น (๑)ควรถูกกำหนดโครงสร้าง กรอบ และตำแหน่งของแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน การเพิ่มการผลิตแพทย์แผนไทย การพัฒนาหลักสูตรแพทย์แผนไทย (๒)ควรรขยายสถานที่ผลิตยาจากสมุนไพรและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น (๓)ควรถูกกำหนดแนวทางการดำเนินการให้แก่ผู้ปฏิบัติเพื่อให้สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการสร้างแรงจูงใจหากโรงพยาบาลสามารถเพิ่มการใช้ยาจากสมุนไพรหรือการคาดโทษหากไม่สามารถใช้ยาจากสมุนไพรได้ตามที่กำหนด (๔)ควรมีมาตรการรองรับเพื่อให้มีปริมาณยาจากสมุนไพรเพียงพอสำหรับการใช้ หากมีการใช้เพิ่มขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยควรมีการวางแผนตั้งแต่การเพาะปลูกสมุนไพร นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขต้องร่วมมือกับกระทรวงอื่นๆในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

๓. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

๓.๑ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพร

๓.๑.๑ การมีแกนนำที่เป็นบุคลากรที่น่าเชื่อถือหรือมีอิทธิพลต่อความคิดและนโยบายในโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนและส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ทั้งนี้จากการศึกษา

พบว่า โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรทุกโรงพยาบาลจะมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเภสัชกรที่มีความสนใจและมีเจตคติที่ดีต่อยาจากสมุนไพรเป็นผู้ผลักดันสำคัญให้เกิดการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ทั้งนี้พบว่ามีการมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้นำในเรื่องการใช้ยาจากสมุนไพรจะส่งผลให้แพทย์ที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการใช้ยาจากสมุนไพรมากขึ้น ซึ่งจะแตกต่างจากโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรน้อย

๓.๑.๒ การใช้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร

ก. การใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนรายการยาแผนปัจจุบัน พบว่าในโรงพยาบาลที่ใช้ยาจากสมุนไพรจำนวนมาก จำนวน ๔ แห่ง ใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันและตัดรายการยาแผนปัจจุบันที่ใช้ในข้อบ่งชี้อื่นๆออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลที่ ๑ ใช้คาลาไมนเสลดฟงพอนแทนคาลาไมนโลชั่น ใช้บาล์มที่ผลิตโดยโรงพยาบาลแทน diclofenac gel ใช้ยาธาตุดับเซยแทนยาธาตุน้ำแดง และใช้มะขามแขกแทน milk of magnesia โรงพยาบาลที่ ๒ ใช้เพชรสังฆาตแทน Daflon® และพญาอคริมแทน acyclovir cream โรงพยาบาลที่ ๓ ใช้เพชรสังฆาตแทน Daflon® และโรงพยาบาลที่ ๔ ใช้ยาธาตุดับเซยแทนยาธาตุน้ำแดง และใช้ขี้ผึ้งไพลแทน methyl salicylate cream

ข. การให้ข้อมูลเรื่องยาจากสมุนไพรกับแพทย์ใหม่ที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรมาก เพื่อให้แพทย์มีความคุ้นเคยกับรายการยาจากสมุนไพรและสามารถสั่งใช้ยาจากสมุนไพรได้โดยมีหลายแนวทาง เช่น ในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ใช้มาก ๓ แห่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ชี้แจงแพทย์โดยตรงก่อนที่จะปฏิบัติงานว่าโรงพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ใช้มาก ๒ แห่งมีการแจกคู่มือวิธีการใช้ยาจากสมุนไพรให้แก่แพทย์ในห้องตรวจ เป็นต้น

ค. การแจกตัวอย่างยาจากสมุนไพรให้แพทย์ เพื่อให้แพทย์ได้ทดลองใช้ยาจากสมุนไพรกับตนเอง ซึ่งถือ



เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาจากสมุนไพร โดย ๑ โรงพยาบาลที่มีการใช้ยาสมุนไพรจำนวนมาก เล่าว่า

“...จะหิ้วยาแผนไทยไปให้ในการประชุมของแต่ละกลุ่มงานเหมือน PR เหมือนดีเทลยานะคะ จะเข้าไปในการประชุมของเขาแล้วก็เอายาแผนไทยที่ได้มา เราจะมีมาจากตัวแทนของบริษัทที่ผลิตแผนไทยได้ เราก็คงเอายาที่เราได้นี้ไปแจกให้ใช้ก็คือลดแลกแจกแถมให้แพทย์ลองใช้ดู ทำเหมือนผู้แทนยาเลยละ แบบเดียวกัน”

๓.๑.๓ ประชาชนมีความคุ้นเคยกับยาจากสมุนไพร การส่งจ่ายยาของแพทย์นอกจากแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจส่งจ่ายเองแล้วนั้น การเรียกหายาจากสมุนไพรของประชาชนก็ส่งผลให้แพทย์ส่งจ่ายยาจากสมุนไพรได้ด้วยเช่นกัน การที่ประชาชนเคยมีประสบการณ์ในการใช้ยาจากสมุนไพรมาก่อนทำให้ประชาชนมีความคุ้นเคยและสามารถแจ้งแก่แพทย์ถึงความต้องการใช้ยาจากสมุนไพรได้ ทั้งนี้ในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรจำนวนมากจำนวน ๖ แห่ง พบว่าประชาชนเป็นผู้เรียกหายาจากสมุนไพรกับแพทย์

๓.๑.๔ การผลิตยาจากสมุนไพรเองในโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรจำนวนมากมีโรงพยาบาล ๘ แห่ง(จาก ๑๑ แห่ง)ที่สามารถผลิตยาจากสมุนไพรได้เอง ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขเห็นว่าเป็นเหตุผลที่ทำให้โรงพยาบาลไม่มีข้อจำกัดในการจัดซื้อจัดหายาจากสมุนไพร ซึ่งเมื่อมีการผลิตยาไว้ใช้เองแล้วก็ส่งผลให้มีการใช้ยาจากสมุนไพรตามมาด้วย

๓.๒ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล

๓.๒.๑ ข้อกำหนดเกี่ยวกับสัดส่วนและจำนวนรายการยาในบัญชียาของโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขส่วนหนึ่งระบุว่าข้อกำหนดดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ทั้งนี้บัญชียาของโรงพยาบาลมีข้อกำหนดให้มูลค่าการซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED: NED) ต้องอยู่ในสัดส่วนที่กำหนดของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ยาจากสมุนไพร

เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติจึงเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการเพิ่มรายการยาเข้าไปในบัญชียาของโรงพยาบาล อีกทั้งบัญชียาของโรงพยาบาลมีการจำกัดรายการยาในบัญชียาของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ซึ่งส่งผลต่อตัวอื่นๆในโรงพยาบาลหากต้องการเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรเข้าไปในบัญชียาของโรงพยาบาลโดยอาจต้องตัดรายการยาแผนปัจจุบันออกเพื่อไม่ให้รายการยาเกินเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ค่อนข้างยาก

๓.๒.๒ เกณฑ์การเบิกจ่ายยาจากสมุนไพร

บุคลากรสาธารณสุขบางท่านเห็นว่าการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group: DRG) ในผู้ป่วยใน ตลอดจนการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ทำให้ยาจากสมุนไพรไม่ถูกสั่งใช้เพราะยาจากสมุนไพรจากมุมมองและประสบการณ์ของบุคลากรสาธารณสุขพบว่ามีความสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน ซึ่งส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลแพงกว่าเมื่อเทียบต่อหนึ่งคอร์สการรักษา ฉะนั้น โรงพยาบาลจึงไม่กล้าสั่งใช้เพราะกลัวโรงพยาบาลไม่ได้กำไรหรืออาจขาดทุนได้นอกจากนี้แม้ว่าการเบิกจ่ายค่ายาจากสมุนไพรในสิทธิข้าราชการจะสามารถกระทำได้แต่ต้องเป็นรายการที่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งการเลือกยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลขึ้นกับดุลพินิจของแต่ละโรงพยาบาล ดังนั้นมาตรฐานในการเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรจึงแตกต่างกัน

๓.๒.๓ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับรองมาตรฐานและคุณภาพของยาจากสมุนไพร

บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรบางส่วนหนึ่งเห็นว่าการขึ้นทะเบียนคณะกรรมการอาหารและยาในปัจจุบันน่าหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนของยาแผนปัจจุบันมาใช้ในการขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณซึ่งเกณฑ์บางอย่างผู้ผลิตยาจากสมุนไพรชี้แจงว่าไม่สามารถทำได้เหมือนยาแผนปัจจุบัน จากปัจจัยดังกล่าวทำให้ไม่เอื้อต่อการพัฒนาและผลิตยาจากสมุนไพร อีกทั้งส่งผลให้ผู้ผลิตรู้สึกท้อแท้หรือหมดกำลังใจ เช่น ยาจากสมุนไพรบางตัวผลิตเสร็จแล้วแต่เมื่อขอขึ้นทะเบียนกลับไม่ผ่านหรือต้องขอขึ้นทะเบียนหลายครั้ง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้สั่งใช้ยาและผู้ใช้ยาโดยตรงหาก

ยาจากสมุนไพรไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือการรับรองมาตรฐาน ฉะนั้น ควรมีการปรับเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณให้เหมาะสมกับลักษณะของยาจากสมุนไพร

วิจารณ์

จากการศึกษานี้มีข้อค้นพบใหม่คือ (๑) ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับยาจากสมุนไพรยังขาดการจัดการอย่างเป็นระบบและยากต่อการเข้าถึงฐานข้อมูลทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งทางคณะผู้วิจัยมีข้อเสนอว่าควรมีการทบทวนและรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับยาจากสมุนไพรโดยมีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงข้อมูลวิชาการเรื่องยาจากสมุนไพรในแต่ละศาสตร์วิชาเข้าด้วยกันเพื่อให้ง่ายต่อการสืบค้นและง่ายในการต่อยอดองค์ความรู้ ทั้งนี้ควรมีการจัดการให้มีการเข้าถึงฐานข้อมูลดังกล่าวได้อย่างสะดวก นอกจากนี้ควรมีการศึกษาประสบการณ์จากประเทศที่ประสบความสำเร็จเพื่อนำวิธีการที่เหมาะสมมาปรับใช้ (๒) การจะให้สถานพยาบาลสาธารณสุขทุกแห่งของรัฐใช้ยาจากสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ นั้น เป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ ฉะนั้นควรใช้ตัวชี้วัดอื่นนอกเหนือจากการใช้มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพร และเน้นการส่งเสริมไปยังสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมากกว่าระดับตติยภูมิ อีกทั้งควรกำหนดเป้าหมายให้แตกต่างกันในแต่ละระดับของสถานพยาบาล (๓) การเบิกจ่ายยาสมุนไพรของสิทธิข้าราชการแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ฉะนั้น ควรปรับปรุงการเบิกจ่ายให้มีมาตรฐานเดียวกันในทุกโรงพยาบาล และปรับปรุงเกณฑ์การเบิกจ่ายยาจากสมุนไพรโดยไม่ควรรีให้อยู่ภายใต้ข้อกำหนดการเบิกจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และเกณฑ์การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว เพื่อส่งเสริมให้มีการจ่ายยาจากสมุนไพรมากขึ้น (๔) การวางแผนกำลังคนในส่วน ของแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นช่องทางที่สำคัญในการสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้นนั้น เนื่องจาก ในภาพรวมยังขาดอัตราจ้างตำแหน่งนี้ในหลายโรงพยาบาล ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้

ครอบคลุมและเป็นรูปธรรมในทุกๆด้าน เช่น กำหนดโครงสร้างบังคับบัญชาของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลให้ชัดเจน เพิ่มกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย เพิ่มหรือขยายอาคารแพทย์แผนไทย และพัฒนาหลักสูตรการผลิตแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐาน (๕) ข้อกำหนดของจำนวนรายการยาและสัดส่วนรายการยาของบัญชียาโรงพยาบาลที่ใช้บัญชีเดียวกันทั้งยาแผนปัจจุบันและยาจากสมุนไพรไม่เอื้อต่อการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร แนวทางการแก้ไขอาจทำได้โดยการแยกบัญชียาโรงพยาบาลเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ บัญชียาแผนปัจจุบันและบัญชียาจากสมุนไพร นอกจากนี้ ควรเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้น (๖) กระบวนการการขึ้นทะเบียนตำรับยาจากสมุนไพรและผู้รับขึ้นทะเบียนยาสมุนไพรยังไม่เอื้อต่อการขึ้นทะเบียนยา ดังนั้นควรมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการ เกณฑ์การขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรให้มีความจำเพาะกับยาจากสมุนไพรมากขึ้น

ส่วนข้อค้นพบที่สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นคือ (๑) รูปแบบรสชาติ ขนาดในการรับประทาน รวมไปถึงบรรจุภัณฑ์ไม่ดึงดูดให้ใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ^(๒๑) ดังนั้นข้อเสนอแนะคือ ควรพัฒนารูปแบบของยาจากสมุนไพรให้หน้าใช้มากขึ้น ในระดับสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ผลิตควรมีความร่วมมือกับหน่วยงานวิจัยและสถาบันวิชาการที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์ ส่วนในระดับนโยบายควรมีการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นกัน รวมถึงถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ได้สู่ผู้ผลิตยาจากสมุนไพร (๒) คุณภาพและมาตรฐานของยาจากสมุนไพรยังไม่ได้รับการยอมรับมากพอ แม้ว่าในปัจจุบันสถานที่ผลิตยาจากสมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตยา (Good Manufacturing Practice: GMP) เพิ่มขึ้น แต่พบว่ายังมีจำนวนน้อยหากเทียบกับจำนวนทั้งหมด ซึ่งแนวทางการแก้ไขคือส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยาให้ได้มาตรฐาน (๓) ราคาจากสมุนไพรแพงกว่ายาแผนปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบข้อบ่งใช้เดียวกัน สอดคล้องกับการวิจัยของไพโรจน์ พัวพงศกร^(๒๒) ซึ่งพบว่าราคาจากสมุนไพรสูงกว่ายาแผนปัจจุบันประมาณสามเท่า



อย่างไรก็ตามหากมีการใช้จ่ายจากสมุนไพรมากขึ้นน่าจะส่งผลให้เกิดกลไกการแข่งขันด้านราคาทำให้ราคาขายจากสมุนไพรมีแนวโน้มลดลง (๔) ยาจากสมุนไพรมีข้อดีของการประชาสัมพันธ์ที่ดีหรือการส่งเสริมทางนโยบายจากภาครัฐยังไม่เพียงพอ รวมถึงประชาชนยังกังวลเกี่ยวกับเสถียรของยี่ห้อที่ผสมในยาจากสมุนไพรมานั้น ควรประชาสัมพันธ์เรื่องยาจากสมุนไพรมีให้แก่ประชาชนในรูปสื่อที่ทันสมัยมากขึ้น รวมถึงควรเปิดโอกาสให้กระทรวงอื่นๆ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการใช้จ่ายจากสมุนไพรมากขึ้น จะเห็นได้ว่าแม้ว่าจะมีนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรมามากมายโดยตลอด อาทิ การสนับสนุนการวิจัยยาจากสมุนไพรมี การสนับสนุนการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีผ่านทางประชาชน อย่างไรก็ตามเรื่องดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาในปัจจุบัน ดังนั้น ควรมีการกำหนดแนวทางหรือนโยบายการส่งเสริมการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีแบบครบวงจร และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและกว้างขวาง

สำหรับโรงพยาบาลที่มีการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีมากมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลที่มีการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีน้อย คือ (๑) แกนนำที่เข้มแข็งและมีทัศนคติที่ดีต่อยาจากสมุนไพรมีเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเภสัชกร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^(๒๓,๒๔) ดังนั้นหนึ่งในแนวทางในการส่งเสริมการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีนั้น ทีมผู้วิจัยเสนอว่าควรมีการสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีโดยผ่านบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในโรงพยาบาล ตลอดจนพัฒนาบุคลากรเหล่านั้นให้เป็นแกนนำในการส่งเสริมการใช้จ่ายจากสมุนไพรมี (๒) ความเชื่อมั่นของแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีมากกว่าแพทย์ที่มีการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีน้อย เนื่องจากโรงพยาบาลมีการจัดอบรมหรือให้คู่มือเกี่ยวกับสรรพคุณ วิธีการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีก่อนการปฏิบัติงาน จากข้อค้นพบดังกล่าว คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า กลวิธีในระยะสั้นของการส่งเสริมการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีคือการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีแก่แพทย์ใหม่ที่มาประจำโรงพยาบาล ส่วนในระยะยาวคือการบรรจุเนื้อหาหรือวิชาจาก

สมุนไพรมีในหลักสูตรของนักศึกษาแพทย์เพื่อให้แพทย์มีความคุ้นชินกับการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีในการดูแลรักษาพยาบาลผู้มารับบริการ (๓) โรงพยาบาลที่มีการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีมากใช้จ่ายจากสมุนไพรมีทดแทนยาแผนปัจจุบันเป็นภาคบังคับโดยตัดรายการยาแผนปัจจุบันที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ฉะนั้น หากมีนโยบายภาคบังคับจากทางภาครัฐในเรื่องนี้โรงพยาบาลอื่นๆ น่าจะมีการใช้จ่ายจากสมุนไพรมีมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะจากบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลเท่านั้นโดยไม่ได้มีการศึกษาความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ อาทิ ผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและรับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทยหรือบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันผลิตแพทย์แผนไทย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้ให้การสนับสนุนวิจัยในครั้งนี้ รวมถึง นพ.ประพจน์ เภตรากาศ ผศ.ภญ.สำลี ใจดี น.ส.รัชณี จันทร์เกษ รศ.ดร.นิจศิริ เรืองรังษี ดร.ชฎา พิศาลพงศ์ ภญ.กำไร กฤตศิลป์ และโรงพยาบาลต่างๆ ที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔). [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.
๒. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๑๐-๒๕๑๔). [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.
๓. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๑๕-๒๕๑๙). [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.

๔. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๒๐-๒๕๒๔. [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.
๕. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ.๒๕๒๕-๒๕๒๙). [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.
๖. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ.๒๕๓๐-๒๕๓๔). [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.
๗. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๗ (พ.ศ.๒๕๓๕-๒๕๓๙). [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.
๘. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ.๒๕๔๐-๒๕๔๔). [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.
๙. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ.๒๕๔๕- ๒๕๔๙). [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.
๑๐. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔). [สืบค้นเมื่อ: ๑๘ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>.
๑๑. พันที ฤกษ์สำราญ. การสาธารณสุขเบื้องต้น (Introduction to public health). พิมพ์ครั้งที่ ๕: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; ๒๕๔๐.
๑๒. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๒๙: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.10.4/multim/ebook/แผนพัฒนา/2525-2529/index.htm>.
๑๓. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ.๒๕๓๐-๒๕๓๔).
๑๔. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๗ (พ.ศ.๒๕๓๕-๒๕๓๙): โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๓๕.
๑๕. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๘. [สืบค้นเมื่อ: ๒๖ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://bps.ops.moph.go.th/plan10.htm>.
๑๖. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๕. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๔๙. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ๒๕๔๔;๔(๑-๒):๔๙-๖๖๘.
๑๗. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔). [สืบค้นเมื่อ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๓]. แหล่งข้อมูล: <http://bps.ops.moph.go.th/Plan10/Plan10-50.pdf>.
๑๘. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๔๙ ตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ ๕) พ.ศ.๒๕๔๙ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๙ (ฉบับที่ ๔). พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
๑๙. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
๒๐. คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนากุมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔. พิมพ์ครั้งที่ ๒: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๕๑.
๒๑. จิราพร ลิ้มปานานนท์, สุรัตนา อำนวยผล, รัชณี จักรเกษ และคณะ. การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: ระบบยาไทยและยาจากสมุนไพร ในสถานบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๕๑.
๒๒. ไพโรจน์ พัวพงศกร. นโยบาย กฎหมาย และองค์ประกอบที่สำคัญต่อการส่งเสริมการผลิตและการใช้ยาจากสมุนไพรของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๒๕-๒๕๕๐. เกษตรกรรมคลินิก ๒๕๕๑;๑๕:๒๐๑-๘.
๒๓. จารุรัตน์ เพ็ชรสงฆ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายยาจากสมุนไพรของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๔.
๒๔. บุญใจ ลิ้มศิลา. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพด้านการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ๒๕๕๑; กันยายน-ธันวาคม: ๒๙-๓๔.