

การวิเคราะห์เชิงนโยบายการจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทย
ในบริบทของประเทศไทย: กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับกระทรวงอายุษ ประเทศอินเดีย
A policy analysis of the establishment of a Ministry of Thai Traditional Medicine in the
context of Thailand: A comparative case study with the Ministry of AYUSH, India

ธนีสร์ ศรีวานิชภูมิ^{1*}, ธนภณ ลิ้มปอารยะกุล¹

Thanitsorn Sriwanitchpoom^{1*}, Thanapon Limpaarayakul¹

¹บริษัท ธนีสริ โกลบอล จำกัด

¹Thanisiri Global Co., Ltd.

*Corresponding author: scholar_th@hotmail.com

Received date: 16 February 2026

Accepted date: 28 April 2026

บทคัดย่อ

ประเทศอินเดียได้ยกระดับการแพทย์ดั้งเดิมผ่านการจัดตั้งกระทรวงอายุษ ซึ่งเป็นกระทรวงเฉพาะที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย การวิจัย การพัฒนา และการเผยแพร่ศาสตร์สุขภาพดั้งเดิมในระดับชาติและนานาชาติ สะท้อนบทบาทของรัฐในการบูรณาการการแพทย์ทางเลือกเข้ากับระบบสุขภาพแห่งชาติ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยในประเทศไทย โดยใช้กรณีศึกษากระทรวงอายุษ ประเทศอินเดีย เป็นกรอบการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบด้านนโยบายสาธารณะ ร่วมกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดตัวกรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบาย ของซาบาเตียร์ และเจนกินส์-สมิธ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงโครงสร้าง กลไกการบริหาร และเงื่อนไขทางการเมืองที่ส่งผลต่อความสำเร็จของนโยบาย วิเคราะห์เชิงนโยบายและระบบสุขภาพ การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารทางวิชาการ กฎหมาย นโยบาย และรายงานราชการ ผลการศึกษาพบว่า ความสำเร็จของอินเดียในการยกระดับการแพทย์ดั้งเดิมสู่ระดับกระทรวงเกิดจากการมีแนวร่วมเชิงนโยบายที่ชัดเจน การสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง และการออกแบบนโยบายสุขภาพที่เชื่อมโยงกับมิติทางวัฒนธรรม ในขณะที่ประเทศไทยแม้มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการแพทย์แผนไทยและการยอมรับจากประชาชนในระดับหนึ่ง แต่ยังเผชิญความท้าทายด้านความต่อเนื่องของนโยบาย กลไกการประสานงาน และระดับการสนับสนุนเชิงนโยบาย บทความนี้เสนอว่าการจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยควรอาศัยการสร้างแนวร่วมเชิงนโยบาย กำหนดแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย ควรมีการกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ และตัวชี้วัดอย่างชัดเจน เพื่อผลักดันให้การแพทย์แผนไทยกลายเป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพและเศรษฐกิจของชาติ

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย, กระทรวงอายุษ, ระบบสุขภาพ, การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย, กรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบายของซาบาเตียร์ และเจนกินส์-สมิธ

Abstract

India has elevated its traditional medical systems through the establishment of the Ministry of AYUSH, a specialized ministry responsible for policy formulation, research, and the promotion of indigenous health systems. This reflects the state's role in integrating traditional medicine into the national health system. This article aims to study the feasibility of establishing a Ministry of Thai Traditional Medicine in Thailand by using the Ministry of AYUSH as a framework for comparative public policy analysis. The study applies the Advocacy Coalition Framework (ACF) by Sabatier and Jenkins-Smith to analyze structural factors, administrative mechanisms, and political conditions affecting policy success, alongside policy and health systems analysis. Utilizing a qualitative research methodology, the study analyzes secondary data from academic literature, laws, policies, and official government reports. The findings indicate that India's success in elevating traditional medicine to the ministerial level is driven by a coherent policy coalition, strong political support from the central government, and the integration of health policy with cultural and national identity. In contrast, Thailand, despite having foundational institutional structures for Thai traditional medicine, faces challenges related to policy discontinuity, fragmented inter-agency coordination, and limited political commitment. This article proposes that the establishment of a Ministry of Thai Traditional Medicine should rely on building advocacy coalitions and formulating a National Strategic Plan for Thai traditional Medicine, with clearly defined goals, visions, and indicators to drive Thai traditional medicine as a vital mechanism in the national health system and economy.

Keywords: Thai traditional medicine, Ministry of AYUSH, Health system, Policy changes, Advocacy Coalition Framework by Sabatier and Jenkins-Smith

บทนำ

ประเทศไทยมีระบบการแพทย์แผนไทยที่เป็นมรดกทางวัฒนธรรมและองค์ความรู้ดั้งเดิมที่ได้รับการยอมรับมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการป้องกันโรค การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการบูรณาการกับวิถีชีวิตของประชาชนไทย การแพทย์แผนไทยมีรากฐานจากภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งสะท้อนถึงโลกทัศน์ของสังคมไทยในด้านสุขภาพะ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ เช่น การใช้สมุนไพร การนวดไทย การอบสมุนไพร และการปรับสมดุลธาตุ ซึ่งได้รับการรับรองว่าเป็นองค์ประกอบหลักของศาสตร์การแพทย์แผนไทยในรายงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2023) และองค์การอนามัยโลก (2019)

อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยจะมีความพยายามส่งเสริมการแพทย์แผนไทยมาโดยตลอด โดยการกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ในมาตรา 55 ว่าด้วยรัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Constitution of the Kingdom of Thailand, 2017) ซึ่งปัจจุบันมีการจัดตั้งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การเพิ่มการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาวิชาชีพแพทย์แผนไทยให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ แต่การขับเคลื่อนในระดับนโยบายยังมีความท้าทายในเชิงโครงสร้างและบทบาท ทำให้อาจส่งผลให้พัฒนาเป็นกลไกระดับชาติได้

ในขณะที่ประเทศอินเดียมีการจัดตั้งกระทรวงอายุษ (AYUSH) ซึ่งมาจากคำว่า Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha และ Homeopathy (Chula Radio Plus, 2023) ซึ่งเป็นการยกระดับหน่วยงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมให้เป็นกระทรวงเฉพาะ มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย วิจัย ส่งเสริม และเผยแพร่ศาสตร์สุขภาพท้องถิ่นในระดับนานาชาติ กระทรวงนี้เกิดขึ้นจากการรวมตัวของแนวร่วมทางสังคม ความชัดเจนด้านอุดมการณ์ของรัฐบาล และการปรับเปลี่ยนกรอบนโยบายสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมมิติทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ

บทความนี้จึงมุ่งศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยในประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบาย (Advocacy Coalition Framework) ของซาบาเตียร์ และเจนกินส์-สมิธ (Sabatier, 1988; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993) ซึ่งเน้นวิเคราะห์กระบวนการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายผ่านระบบนโยบายย่อย (policy subsystems) โดยคำนึงถึงทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของระบบ รวมถึงการเรียนรู้เชิงนโยบายที่อาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป (incremental learning) หรืออย่างรวดเร็วภายใต้เหตุการณ์ภายนอกที่สำคัญ (external shocks)

ซาบาเตียร์ และเจนกินส์-สมิธ ยังเสนอว่า การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาอย่างน้อย 10 ปี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการสร้างฉันทามติในหมู่แนวร่วม (advocacy coalitions) โดยมีการเปลี่ยนแปลงในระดับ belief systems ที่แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเชื่อหลัก (deep core beliefs), ความเชื่อระดับนโยบาย (policy core beliefs) และความเชื่อย่อย (secondary beliefs)

กรอบแนวคิดนี้ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความซับซ้อนของการจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยในบริบทของประเทศไทยอย่างมีโครงสร้าง และสอดคล้องกับข้อเท็จจริงทางสังคมการเมืองและระบบราชการ โดยใช้กรณีศึกษากระทรวงอายุษของอินเดียประกอบการวิเคราะห์ผ่านกรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบายของซาบาเตียร์ และเจนกินส์-

สมิธ ซึ่งเน้นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงนโยบายจากภายในระบบนโยบายย่อย โดยวิเคราะห์ความเชื่อหลัก แนวร่วม และกลไกการเรียนรู้เชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดตั้ง โครงสร้างหน้าที่ และกลไกการดำเนินงานของกระทรวงอายุช ประเทศอินเดีย ในฐานกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบด้านนโยบายการแพทย์ทางเลือก
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของกรอบนโยบาย การกำกับดูแล และการสนับสนุนจากภาครัฐ ระหว่างการแพทย์แผนไทยของประเทศไทยกับระบบการแพทย์ภายใต้กระทรวงอายุชของประเทศอินเดีย
3. เพื่อสังเคราะห์บทเรียนเชิงนโยบายและปัจจัยความสำเร็จจากกรณีศึกษาประเทศอินเดีย ที่สามารถประยุกต์ใช้ในการพิจารณาจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยในบริบทของประเทศไทย
4. เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะต่อภาครัฐในการพัฒนาโครงสร้างการกำกับดูแล การจัดสรรทรัพยากร และการยกระดับการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเน้นการวิเคราะห์เอกสาร (documentary research) ร่วมกับการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (comparative case study) เพื่อวิเคราะห์นโยบายด้านการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศไทย และประเทศอินเดีย ภายใต้กรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบาย (Advocacy Coalition Framework: ACF)

การสืบค้นและคัดเลือกเอกสาร

ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลจากบทความ, Google Scholar, PubMed, Scopus และแหล่งข้อมูลภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอายุช โดยใช้คำค้นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการแพทย์ดั้งเดิม และกรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบาย

เกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่

1. บทความ เอกสารวิชาการหรือรายงานนโยบายที่เกี่ยวข้อง
2. สามารถวิเคราะห์ภายใต้กรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบาย และการเรียนรู้เชิงนโยบาย
3. เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ เอกสารที่ไม่มีความน่าเชื่อถือ ไม่เกี่ยวข้องกับเชิงนโยบาย ทั้งนี้ใช้การคัดเลือกแบบ purposive selection

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ควบคู่กับ thematic analysis โดยมีขั้นตอน ได้แก่

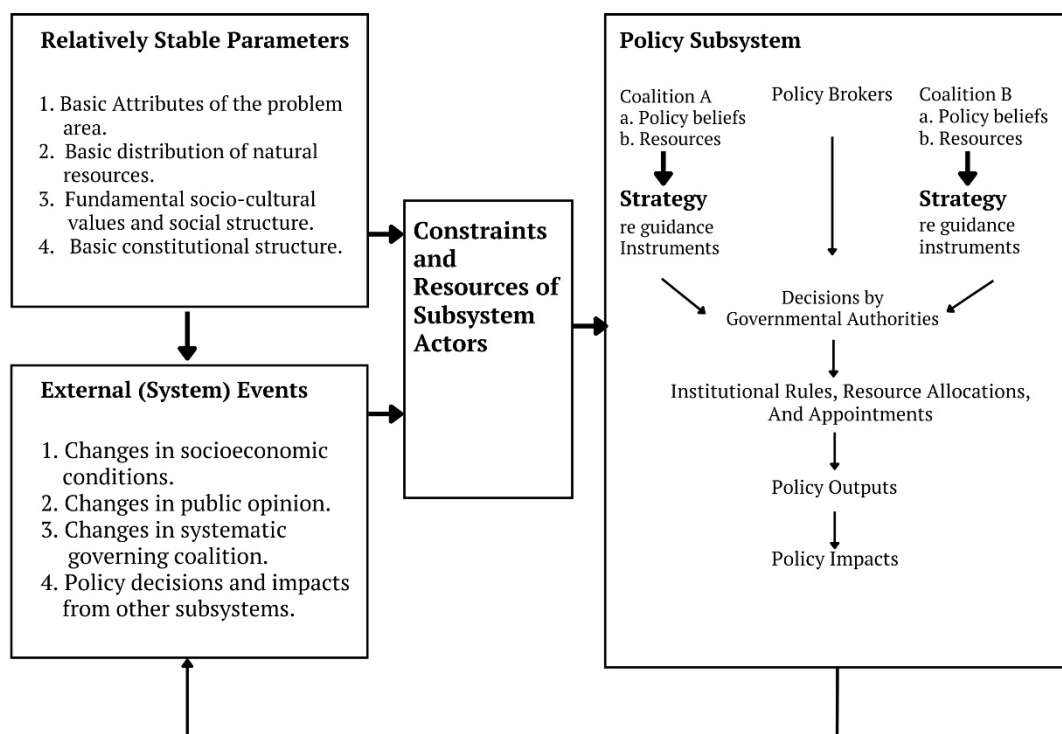
1. ทำความเข้าใจข้อมูล
2. coding ตามประเด็น เช่น policy brokers และ policy learning
3. จัดกลุ่มเป็นธีม
4. ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบาย

จากนั้นนำผลมาวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือใช้ data triangulation โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากเอกสารวิชาการ นโยบายรัฐ และองค์กรระหว่างประเทศ เช่น World Health Organization และกระทรวงอายุร ร่วมกับ theoretical triangulation โดยใช้กรอบ ACF และ Policy-Oriented Learning ในการตีความ กระบวนการทั้งหมดมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ (audit trail) เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์เอกสารทั้งจากแหล่งวิชาการ และการรายงานนโยบายของรัฐและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยร่วมที่ทำให้การจัดตั้งกระทรวงอายุรของประเทศอินเดียประสบผลสำเร็จ มีองค์ประกอบหลายประการที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทยได้ โดยเฉพาะประเด็นด้านแนวร่วมเชิงนโยบาย ความต่อเนื่องของการเรียนรู้เชิงนโยบาย และการมีผู้นำที่มีเจตจำนงทางการเมืองชัดเจนในเชิงยุทธศาสตร์สุขภาพ ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกระทรวงอายุรของประเทศอินเดียกับโครงสร้างการแพทย์แผนไทย ในประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบาย ของซาบาเตียร์ และเจนกินส์-สมิธ ดังภาพที่ 1 โดยพบประเด็นสำคัญใน 6 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดกลุ่มพันธมิตรเพื่อการสนับสนุน (Adapted from Sabatier & Jenkins-Smith, 1993)

ปัจจัยเสถียร (Relatively Stable Parameters)

ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในระยะยาวตามกรอบแนวร่วมเชิงนโยบายของซาบาเตียร์ และเจนกินส์-สมิธ โดยปัจจัยเสถียรหมายถึงปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ไม่เปลี่ยนแปลงง่ายภายในระบบนโยบาย เช่น ค่านิยมทางวัฒนธรรม ระบบการเมือง กรอบความเชื่อของสังคม หรือบทบาทของศาสนาในชีวิตประจำวัน (Sabatier & Weible, 2007) ซึ่งในกรณีของอินเดีย ระบบการแพทย์ดั้งเดิมอย่าง อายุรเวท โยคะ อูนาณี สิทธา และธรรมชาติ

บำบัด มีรากฐานทางความเชื่อที่สืบทอดมายาวนานจากปรัชญาฮินดู พุทธ และเชน ซึ่งฝังลึกอยู่ในวิถีชีวิตของประชาชนจำนวนมาก ความศักดิ์สิทธิ์ของร่างกาย และจิตใจ ในระบบสุขภาพดั้งเดิมถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ชาติมาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการยอมรับทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ การสืบทอดองค์ความรู้ผ่านครอบครัว วัด สถาบัน และมหาวิทยาลัยเฉพาะทาง เช่น Banaras Hindu University และ Gujarat Ayurved University ทำให้ศาสตร์เหล่านี้ไม่เพียงอยู่รอด แต่ยังเติบโตและถูกนำมาใช้เป็นหนึ่งในเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์ของรัฐบาลอินเดียในบางมิติ (Ministry of AYUSH, 2023; World Health Organization, 2022)

ในประเทศไทยแม้จะมีภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ยังรากจากพุทธศาสนาเถรวาทและวัฒนธรรมหมอพื้นบ้าน อาทิ การใช้สมุนไพร การนวดไทย การอบไอน้ำสมุนไพร และแนวคิดเรื่องธาตุทั้งสี่ แต่ศาสตร์ดังกล่าวยังไม่ถูกกำหนดสถานะอย่างชัดเจนในระดับอัตลักษณ์แห่งชาติในเชิงนโยบาย แม้จะมีความพยายามในบางช่วงเวลา เช่น การขึ้นทะเบียนนวดไทยเป็นมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของมนุษยชาติโดย UNESCO ในปี 2019 (UNESCO, 2019) และการบรรจุองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรสาธารณสุขบางสาขา ทว่าโดยภาพรวมยังมีความท้าทายในการเชื่อมโยงศาสตร์การแพทย์แผนไทยเข้ากับยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านวัฒนธรรม สุขภาพ หรือ Soft Power อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2023)

ในด้านการรักษา แม้การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสามารถในการรองรับผู้มารับบริการได้มากกว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งควรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีความยากและซับซ้อน ถือเป็นโอกาสที่ดีในการปรับปรุงแนวทางการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2022) แต่ในเชิงโครงสร้างนโยบายกลับยังมีบทบาทในลักษณะสนับสนุน (complementary role) เป็นหลัก มากกว่าการเป็นแนวร่วมเชิงยุทธศาสตร์ของรัฐ ซึ่งแตกต่างจากแนวทางของอินเดียที่ประสบความสำเร็จในการสร้างภาพจำให้ระบบการแพทย์ดั้งเดิมเป็นรากฐานสำคัญของความเป็นอินเดียในบริบทสมัยใหม่

ดังนั้น การพิจารณาเชิงนโยบายเพื่อจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยในประเทศไทยอาจพิจารณาเริ่มต้นจากการยกระดับศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ได้รับการยอมรับในระดับโครงสร้างความเชื่อ (belief system) ของรัฐและสังคม โดยเฉพาะการบูรณาการเข้าสู่ยุทธศาสตร์ชาติด้านวัฒนธรรม สุขภาพ และความมั่นคงทางสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อสร้างฐานความชอบธรรมเชิงโครงสร้างรองรับการเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันในระยะยาว

เหตุการณ์ภายนอก (External Events)

การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลในประเทศอินเดียเมื่อปี 2014 นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญทางนโยบาย โดยรัฐบาลที่นำโดยพรรคภารตียะชนตะ (Bharatiya Janata Party: BJP) ได้ผลักดันนโยบายที่ให้ความสำคัญต่อการฟื้นฟูอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของอินเดียอย่างชัดเจน ภายใต้กรอบแนวคิด Make in India และ India's Cultural Renaissance (Jaffrelot, 2021) โดย Make in India มิได้จำกัดความหมายเพียงการส่งเสริมการผลิตภาคอุตสาหกรรมภายในประเทศ หากแต่เป็นยุทธศาสตร์เชิงวาทกรรมที่มุ่งสร้างความภาคภูมิใจในศักยภาพของทรัพยากร ความรู้ และภูมิปัญญาดั้งเดิมของอินเดียให้กลายเป็นฐานการพัฒนาเศรษฐกิจและอธิปไตยทางนโยบายในบริบทด้านสุขภาพ แนวคิดดังกล่าวถูกขยายความให้ครอบคลุมการใช้ศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมเป็นทุนทางวัฒนธรรม (cultural capital) และทุนทางความรู้ (knowledge capital) ที่รัฐสามารถพัฒนา สร้างมูลค่าเพิ่ม และแข่งขันใน

เวทีโลกได้ (Government of India, n.d.) ขณะเดียวกัน แนวคิด India's Cultural Renaissance ทำหน้าที่เป็นกรอบอุดมการณ์ที่เน้นการฟื้นคืนและยกระดับมรดกทางอารยธรรมของอินเดีย ไม่ว่าจะเป็นศาสนา ปรัชญา ภาษา หรือระบบความรู้ดั้งเดิม ให้กลับมาเป็นแกนกลางของอัตลักษณ์ชาติในยุคสมัยใหม่ ภายใต้กรอบคิดนี้ ศาสตร์สุขภาพดั้งเดิม เช่น อายุรเวท โยคะ อุนานี สิทธา และธรรมชาติบำบัด ไม่ได้ถูกมองเป็นเพียงทางเลือกด้านสุขภาพ หากแต่มีบทบาทในการสะท้อนความเป็นอินเดีย และถูกนำมาใช้ในเชิง Soft Power ในบางระดับ (Nesari et al., 2025; Hujju, 2022)

การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นท่ามกลางกระแสวิพากษ์ต่อระบบการแพทย์แบบตะวันตก ที่ไม่อาจส่งผลให้ตอบสนองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสังคมอินเดียที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างรวดเร็ว ในขณะเดียวกัน กระแสโลกาภิวัตน์ด้านสุขภาพองค์รวม (Holistic Health) และการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical & Wellness Tourism) ก็ผลักดันให้รัฐบาลอินเดียต้องวางยุทธศาสตร์ใหม่ที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นแกนกลางของระบบสุขภาพ (Chula Radio Plus, 2023) ในทางกลับกัน ประเทศไทยแม้ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลที่ชัดเจนในเชิงอุดมการณ์ด้านวัฒนธรรมสุขภาพ แต่เหตุการณ์วิกฤตโควิด-19 ได้กลายเป็นตัวเร่งให้ประชาชนหันกลับมาสนใจภูมิปัญญาดั้งเดิม เช่น การใช้สมุนไพรไทย การต้มยาหรืออวดแคปซูลยาฟ้าทะลายโจร (HDmall, 2021) การดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน และการสร้างภูมิคุ้มกันด้วยวิธีพื้นบ้าน อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีช่องว่างเชิงนโยบายในการรองรับและต่อยอดอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจนับเป็นช่องว่างเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพจากฐานวัฒนธรรมท้องถิ่น

ระบบนโยบายย่อย (Policy Subsystem)

พื้นที่ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความสนใจร่วมในประเด็นนโยบายเฉพาะด้าน เข้ามามีบทบาทในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความเชื่อ และการขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นนักการเมือง ข้าราชการ นักวิชาการ ผู้ประกอบการ หรือภาคประชาสังคม กรณีของอินเดีย ระบบนโยบายย่อยด้านการแพทย์ดั้งเดิมมีความเข้มแข็งและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายหลังการจัดตั้งกระทรวงอายุช ในปี 2014 ซึ่งมีได้ทำหน้าที่เพียงกำกับการศึกษาและวิชาชีพเท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมการแพทย์ดั้งเดิมเข้ากับระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างเป็นรูปธรรม กระทรวงอายุชมีบทบาทในการส่งเสริมการบูรณาการบริการผ่าน National Ayush Mission โดยสนับสนุนการจัดตั้งและยกระดับหน่วยบริการ AYUSH การ co-location ของบริการ AYUSH ในสถานบริการของรัฐระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เช่น Primary Health Centres (PHCs), Community Health Centres (CHCs) และ District Hospitals (DHs) ตลอดจนการพัฒนา Ayush Health and Wellness Centres ภายใต้กรอบ Ayushman Bharat ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการแบบบูรณาการในบางบริบท นอกจากนั้น ระบบดังกล่าวยังได้รับการหนุนเสริมจากเครือข่ายมหาวิทยาลัยและสถาบันเฉพาะทาง องค์การวิจัย หน่วยงานมาตรฐานยา และองค์กรกำกับวิชาชีพ เช่น All India Institute of Ayurveda, CCRAS, PCIM&H และ National Commission for Indian System of Medicine (NCISM) ซึ่งร่วมกันทำหน้าที่ผลิตบุคลากร วิจัย พัฒนามาตรฐานยา กำกับคุณภาพสถาบัน และสนับสนุนบริการสุขภาพสาธารณะ ส่งผลให้ระบบนโยบายย่อยของอินเดียมีลักษณะต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่การผลิตความรู้ การกำกับมาตรฐาน การให้บริการ ไปจนถึงการเชื่อมกับกลไกการเงินสุขภาพของรัฐบางส่วน (Thyagarajan, 2023)

โครงสร้างแบบบูรณาการเหล่านี้ไม่เพียงทำหน้าที่ผลิตบุคลากรและองค์ความรู้ แต่ยังมีบทบาทในการให้คำปรึกษาเชิงนโยบายและประสานนโยบายระหว่างรัฐ กลายเป็นระบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้เชิงนโยบาย (policy-oriented learning) ในระยะยาว (Ministry of AYUSH, 2023; World Health Organization, 2022) ที่สำคัญ

ระบบ AYUSH ยังถูกบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของรัฐ โดยมีการจัดบริการควบคู่ (co-existence) และบูรณาการบางส่วนกับการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการของรัฐหลายระดับ เช่น การจัดบริการร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลของรัฐ อย่างไรก็ตาม สถานะของ AYUSH ในระบบสุขภาพอินเดียยังมีลักษณะเป็น parallel-integrated system กล่าวคือ แม้จะได้รับการยอมรับในเชิงนโยบายและมีโครงสร้างสนับสนุนจากรัฐ แต่ยังคงแยกสายวิชาชีพ มาตรฐานการรักษา และระบบการฝึกอบรมออกจากแพทย์แผนปัจจุบันอย่างชัดเจน โดยแพทย์แผนปัจจุบันยังคงเป็นแกนหลัก (dominant core) ของระบบบริการสุขภาพ ขณะที่ AYUSH ทำหน้าที่เสริม (complementary role) และขยายทางเลือกในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพ และการแพทย์เชิงป้องกัน (Thyagarajan, 2023) ในประเทศไทย ระบบนโยบายย่อยยังอยู่ในระดับจำกัดวง โดยมีหน่วยงานหลักคือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ภายใต้โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การกำหนดทิศทางนโยบายยังดำเนินไปภายใต้กรอบของระบบราชการส่วนกลางเป็นสำคัญ อีกทั้งพลวัตเชิงนโยบายยังขึ้นอยู่กับบริบทและลำดับความสำคัญของนโยบายในแต่ละช่วงเวลา จึงทำให้การบูรณาการข้ามภาคส่วน เช่น วัฒนธรรม การท่องเที่ยว หรืออุตสาหกรรมอื่น ๆ ยังเกิดขึ้นในลักษณะเป็นครั้งคราวมากกว่าจะเป็นกลไกเชิงโครงสร้างถาวร

สำหรับโครงสร้างด้านการศึกษาของวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 มาตรา 12 (2) ได้กำหนดเส้นทางเข้าสู่วิชาชีพไว้อย่างหลากหลาย ครอบคลุมทั้ง (ก) ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับอนุญาตเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ (ข) ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าในสาขการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสถาบันที่ได้รับการรับรอง และ (ค) ผู้ที่ได้รับการรับรององค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทยจากส่วนราชการ ทั้งนี้ ผู้เข้าสู่วิชาชีพในทุกช่องทางต้องผ่านการประเมินหรือการสอบตามข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย (Thai traditional Medical Professions Act, B.E. 2556, 2013)

อย่างไรก็ตาม แม้หน่วยงานภาครัฐจะมีการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายอย่างสม่ำเสมอ แต่ความเชื่อมโยงระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบนโยบายย่อยยังไม่พัฒนาไปสู่การเป็นเครือข่ายเชิงสถาบัน (institutionalized network) ที่มีความต่อเนื่อง ส่งผลให้กระบวนการเรียนรู้เชิงนโยบาย และการสังเคราะห์องค์ความรู้ข้ามภาคส่วนยังเกิดขึ้นในลักษณะจำกัด และมีแนวโน้มว่าไม่สามารถแปลงไปสู่การกำหนดนโยบายร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างการผลิตองค์ความรู้กับการขับเคลื่อนนโยบายในเชิงระบบอย่างมีนัยสำคัญ

แนวร่วมเชิงนโยบาย (Advocacy Coalitions)

กลุ่มของบุคคลหรือองค์กรที่มีความเชื่อร่วม (shared policy beliefs) และทำงานร่วมกันภายในระบบนโยบายย่อยเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งนโยบายในระยะยาว แนวร่วมเหล่านี้ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลากหลายภาคส่วน เช่น นักการเมือง นักวิชาการ หน่วยงานราชการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ซึ่งมีเป้าหมายร่วมในเชิงนโยบาย และดำเนินการผ่านช่องทางทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Sabatier & Weible, 2007) ในกรณีของอินเดีย แนวร่วมเชิงนโยบายในด้านการแพทย์ดั้งเดิมมีลักษณะของแนวร่วมเชิงนโยบายที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวแนวร่วมนี้ประกอบด้วย

1) ภาคประชาสังคมและกลุ่มวัฒนธรรมอินเดีย เช่น Art of Living Foundation, Patanjali Yogpeeth ซึ่งเป็นเครือข่ายที่ส่งเสริมการใช้โยคะและอายุรเวทในระดับสากล (Divya Yoga Mandir Trust, n.d.)

2) ภาควิชาชีฟและองค์กรวิชาการ เช่น สมาคมผู้ประกอบวิชาชีพอายุรเวท สภาแพทย์แผนอินเดีย (CCIM) และมหาวิทยาลัยเฉพาะทาง

3) นักการเมืองและผู้นำรัฐบาล โดยเฉพาะพรรค BJP ที่มีนโยบายฟื้นฟูวัฒนธรรมอินเดีย โดยให้การสนับสนุนทางการเมืองต่อเนื่อง เช่น นายกรัฐมนตรี Narendra Modi ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประกาศให้วันที่ 21 มิถุนายน ของทุกปีเป็นวันโยคะสากล (International Day of Yoga) ผ่านเวทีสหประชาชาติ (Jaffrelot, 2021)

4) สื่อมวลชนและช่องทางออนไลน์ ที่ช่วยเผยแพร่ข้อมูลและสร้างความเข้าใจในหมู่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง แนวร่วมเหล่านี้มีจุดร่วมในความเชื่อเชิงลึก (deep core beliefs) ที่ยึดโยงกับความภาคภูมิใจในอารยธรรมอินเดีย ความเชื่อในศักยภาพของการแพทย์ดั้งเดิม และบทบาทของรัฐในการส่งเสริมอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม ส่งผลให้การจัดตั้งกระทรวงอายุรเวท เป็นผลลัพธ์ของการเคลื่อนไหวที่ต่อเนื่องทั้งในระดับฐานรากและระดับนโยบาย (World Health Organization, 2019; Ministry of AYUSH, 2023) ในประเทศไทยแม้จะมีแนวร่วมในรูปแบบของภาคีเครือข่ายการแพทย์แผนไทย สมาคม องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ และภาคประชาสังคมที่สนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่แนวร่วมเหล่านี้ยัง ขาดการรวมศูนย์ ยังมีความท้าทายด้านการประสานเชิงยุทธศาสตร์ระหว่างกัน และไม่มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ประสานเป้าหมายเชิงนโยบายให้เป็นเอกภาพ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลและโครงสร้างระบบราชการที่รวมศูนย์ ยังส่งผลให้แนวร่วมขาดความต่อเนื่องในการเข้าถึงกลไกการตัดสินใจระดับสูง และขาดความสามารถในการขับเคลื่อนนโยบายในระยะยาว (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2023; Abhaibhubejhr, 2021)

ผู้กำหนดนโยบาย (Policy Brokers)

กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการประสานความแตกต่างระหว่างแนวร่วมเชิงนโยบาย (policy coalitions) ต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความขัดแย้งและผลักดันให้เกิดฉันทามติในระดับนโยบาย บทบาทสำคัญของผู้กำหนดนโยบาย จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการไกล่เกลี่ย แต่ยังรวมถึงการออกแบบทางเลือกเชิงสถาบัน (institutional alternatives) ที่สามารถทำให้แนวร่วมที่มีความเชื่อแตกต่างกันยอมรับได้

ในกรณีของประเทศไทย การจัดตั้งกระทรวงอายุรเวท ในปี ค.ศ. 2014 ซึ่งแยกออกจาก Ministry of Health and Family Welfare สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลลัพธ์ของการทำงานของผู้กำหนดนโยบายที่สามารถมีบทบาทในการเชื่อมโยงแนวร่วมเชิงนโยบายในระดับหนึ่งที่สนับสนุนการแพทย์ดั้งเดิมเข้ากับโครงสร้างอำนาจของรัฐ โดยเฉพาะภายใต้การนำของ Narendra Modi ซึ่งทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ประกอบการนโยบาย และผู้กำหนดนโยบายในการผลักดันวาระดังกล่าวเข้าสู่ระดับนโยบายมหภาค (Shrivastava et al., 2015) การแยกจัดตั้งกระทรวงอายุรเวท สะท้อนให้เห็นเครื่องมือเชิงสถาบัน (institutional instrument) ที่ผู้กำหนดนโยบายใช้ในการจัดการความขัดแย้งระหว่างแนวร่วม กล่าวคือ ในด้านหนึ่ง การจัดตั้งกระทรวงเฉพาะช่วยสร้างเอกภาพเชิงนโยบายและงบประมาณ ทำให้กลุ่มที่สนับสนุนการแพทย์ดั้งเดิมได้รับการยอมรับในฐานะภาคหลักของระบบสุขภาพ ไม่ใช่เพียงส่วนเสริม อีกทั้งยังเพิ่มความคล่องตัวในการกำหนดมาตรฐาน การวิจัย และการกำกับดูแล ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อข้อเรียกร้องของแนวร่วมดังกล่าวโดยตรง นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบายยังใช้โครงสร้างใหม่นี้เป็นกลไกในการขยาย Soft Power ผ่านการผลักดันนโยบายระดับโลก เช่น International Day of Yoga และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้เครื่องมือเชิงสถาบันในลักษณะการแยกกระทรวง ก็สะท้อนข้อจำกัดของผู้กำหนดนโยบายเช่นกัน กล่าวคือ แม้จะสามารถลดความขัดแย้งในระยะสั้นโดยการแยกพื้นที่อำนาจ แต่กลับก่อให้เกิด

การแยกส่วนของระบบสุขภาพ (fragmentation) ในระยะยาว โดยเฉพาะในประเด็นการบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ระบบส่งต่อผู้ป่วย และความขัดแย้งเชิงอำนาจระหว่างวิชาชีพ (jurisdictional conflicts) รวมถึงภาระต้นทุนด้านการบริหารที่เพิ่มขึ้นจากการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ ดังนั้น กรณีของอินเดียจึงชี้ให้เห็นว่า ผู้กำหนดนโยบายมิได้เป็นเพียงผู้ประนีประนอม แต่เป็นผู้ออกแบบโครงสร้างนโยบายที่ต้องเผชิญกับ trade-off ระหว่างการสร้างเอกภาพให้กับแนวร่วมหนึ่ง กับความเสี่ยงของการทำให้ระบบโดยรวมเกิดความแยกส่วน ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระดับมหภาค

ในขณะที่ประเทศไทย แม้จะมีบุคคลที่มีบทบาททางวิชาการหรือวิชาชีพซึ่งพยายามผลักดันประเด็นการแพทย์แผนไทยเข้าสู่นโยบายสาธารณะ แต่ยังไม่ปรากฏการสนับสนุนเชิงนโยบายในระดับชาติอย่างต่อเนื่อง และเป็นทางที่ทั้งในรูปของแถลงนโยบายรัฐบาล แผนพัฒนาประเทศ หรือการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะทางเพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านระดับกระทรวง สถานการณ์นี้สะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของกลไกการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในประเทศไทย ซึ่งยังอาศัยการเคลื่อนไหวจากแนวร่วมระดับล่าง หรือกลุ่มวิชาชีพเป็นหลัก โดยขาดผู้เชื่อมโยงเชิงนโยบายที่สามารถโน้มน้าวกลุ่มอำนาจต่าง ๆ และผลักดันเข้าสู่การตัดสินใจในระดับมหภาค การเรียนรู้เชิงนโยบาย เป็นกระบวนการที่ผู้เกี่ยวข้องในระบบนโยบายมีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นหรือพัฒนาความเข้าใจในประเด็นนโยบาย ผ่านการสะสมประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการปรับตัวต่อหลักฐานเชิงประจักษ์ การเรียนรู้เชิงนโยบายนี้ไม่จำเป็นต้องเกิดจากวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉับพลัน แต่อาจเกิดจากการสังสมข้อมูล วิจัย และปฏิบัติการในระยะยาว

ในกรณีของอินเดีย การจัดตั้งกระทรวงอายุรเวช สามารถตีความได้ว่าเป็นผลของกระบวนการเรียนรู้เชิงนโยบายที่สะสมมาในระยะยาว โดยเฉพาะในด้านการผลิตองค์ความรู้ วิจัย และหลักสูตรที่สอดคล้องกับการกำหนดนโยบายระดับประเทศ มีการสนับสนุนให้สถาบันวิจัยอย่าง Central Council for Research in Ayurvedic Sciences (CCRAS) และ Central Council for Research in Unani Medicine (CCRUM) จัดทำฐานข้อมูล วิจัยเชิงคลินิก และรวบรวม evidence-based data เพื่อรองรับการยกระดับแพทย์แผนดั้งเดิมสู่ระบบสุขภาพหลัก (Ministry of AYUSH, 2023) มีหลักสูตรมหาวิทยาลัยที่ได้รับการรับรองระดับประเทศ สำหรับแต่ละศาสตร์ของ AYUSH ทั้งในระดับปริญญาตรี-โท-เอก ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของ University Grants Commission (UGC) และสภาวิชาชีพมีการจัดระบบ การถ่ายทอดความรู้และการสื่อสารสาธารณะ ผ่านสื่อดิจิทัล การเผยแพร่รายงานเชิงนโยบาย และการเปิดเวทีอภิปรายเชิงวิชาการระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับนักวิจัย ในกรณีประเทศไทยนั้นยังขาดระบบการเรียนรู้เชิงนโยบายแบบมีโครงสร้าง โดยเฉพาะการบูรณาการระหว่างผลการวิจัยกับกระบวนการกำหนดนโยบายระดับสูง แม้จะมีการศึกษาวิจัยโดยกรมการแพทย์แผนไทยฯ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ในลักษณะรายกรณี แต่ขาดกลไกที่สามารถรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้ในระดับเชิงระบบเพื่อใช้กำหนดทิศทางนโยบายสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรม ปัญหาอีกประการหนึ่งคือ โครงสร้างการสนับสนุนทุนวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันยังคงเน้นไปที่โครงการระยะสั้นหรือการดำเนินงานในระดับปฏิบัติการเป็นหลัก โดยยังมีความท้าทายในการต่อยอดผลลัพธ์สู่การใช้เชิงนโยบายที่สามารถต่อยอดสู่การใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้การเชื่อมโยงงานวิจัยเข้าสู่กลไกการกำหนดนโยบาย เช่น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ หรือการบรรจุในกรอบงบประมาณระยะยาวที่มีเป้าหมายชัดเจน ยังมีเงื่อนไขเชิงระบบอยู่

จากองค์ประกอบดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ความสำเร็จของอินเดียเกิดจากการผสมผสานพลังของระบบราชการ ผู้นำทางการเมือง และความเชื่อของสังคม ขณะที่ประเทศไทยแม้จะมีพื้นฐานทางวัฒนธรรมและความสนใจจาก

สาธารณสุขแล้ว แต่ยังต้องพัฒนาแนวร่วมเชิงนโยบาย และสร้างเจตจำนงทางการเมืองในระดับมหภาค เพื่อยกระดับการแพทย์แผนไทยให้มีบทบาทในเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นถึงข้อเสนอเชิงเปรียบเทียบที่มีนัยสำคัญต่อประเทศไทยในประเด็นดังต่อไปนี้ โดยสามารถสังเคราะห์ประเด็นสำคัญในรูปแบบตารางเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นภาพความต่างและโอกาสในการปรับใช้เชิงนโยบายได้ดัง ตาราง 1

ตาราง 1

ประเด็นข้อเสนอเชิงเปรียบเทียบระหว่างแนวทางในประเทศอินเดียและสถานการณ์ในประเทศไทย

ประเด็นข้อเสนอ เชิงเปรียบเทียบ	แนวทางในประเทศอินเดีย	สถานการณ์ในประเทศไทย	โอกาสในการปรับใช้
อัตลักษณ์	บูรณาการเต็มรูปแบบ	ยังแยกบทบาทระหว่าง	บูรณาการกระทรวงวัฒนธรรม
วัฒนธรรมกับ สุขภาพ	ในระดับกระทรวง	วัฒนธรรมกับสาธารณสุข	สาธารณสุขเพื่อยกระดับภูมิ ปัญญาไทย
ระบบการศึกษา และวิจัย	มีมหาวิทยาลัยเฉพาะทาง และทุนวิจัยจากรัฐ	มีสถาบันเฉพาะบางแห่ง งบประมาณจำกัด	ยกระดับสถานะสถาบันด้าน แพทย์แผนไทย และสนับสนุน ทุนวิจัย
โครงสร้างราชการ	มีหน่วยงานย่อยในกระทรวง	มีเพียงกรมการแพทย์แผน ไทยฯ	พัฒนาโครงสร้างใหม่ระดับ กระทรวงแบบบูรณาการ
บทบาทระดับ ภูมิภาค	เป็นศูนย์กลางการแพทย์ ดั้งเดิมในเอเชียใต้	ยังไม่มีบทบาทเด่นใน ภูมิภาค	สร้างแบรนด์ไทยผ่าน Soft Power ด้านสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หากประเทศไทยสามารถยกระดับการแพทย์แผนไทยในประเด็นเหล่านี้ได้อย่างเป็นระบบ จะสามารถเพิ่มขีดความสามารถเชิงนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับภูมิภาคได้อย่างแท้จริง ด้านการจัดวางนโยบายด้านอัตลักษณ์วัฒนธรรมในระบบสุขภาพ อินเดียได้กำหนดให้ศาสตร์สุขภาพดั้งเดิมเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมและใช้สิ่งนี้เป็นฐานเชิงนโยบายระดับรัฐ ขณะที่ประเทศไทยยังคงแยกบทบาทของการแพทย์แผนไทยออกจากนโยบายวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรมและกระทรวงสาธารณสุขควรมีการบูรณาการมากยิ่งขึ้น ด้านการพัฒนาอาชีพและระบบการศึกษาเฉพาะทาง อินเดียมีมหาวิทยาลัยและหลักสูตรเฉพาะสำหรับสาขาอายุรเวท โยคะ และศาสตร์อื่น ๆ ซึ่งได้รับการรับรองจากรัฐ ส่งผลให้เกิดการผลิตบุคลากรในระบบการศึกษาแบบเป็นทางการ ประเทศไทยควรยกระดับสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐานระดับชาติและสากล โดยอาจร่วมมือกับ UNESCO หรือองค์การอนามัยโลก

การออกแบบโครงสร้างราชการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายเฉพาะทาง กระทรวงอายุรเวช มีหน่วยงานย่อยที่ดูแลการวิจัย การควบคุมคุณภาพยา การฝึกอบรม และการส่งเสริมเชิงพาณิชย์ ในขณะที่ไทยมีเพียงกรมการแพทย์แผนไทยฯ ที่ยังต้องพึ่งพางบประมาณและโครงสร้างจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาในระยะยาว

โอกาสในการเป็นผู้นำภูมิภาคด้านสุขภาพทางเลือก หากประเทศไทยสามารถยกระดับการแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐานและมีสถานะทางนโยบายชัดเจน ก็จะสามารถเป็นศูนย์กลางสุขภาพทางเลือกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ทั้งเชิงโครงสร้าง แนวโน้มทางสังคม และกรณีศึกษาเปรียบเทียบนี้ สะท้อนว่าประเทศไทยมีพื้นฐานที่เหมาะสมในการพัฒนาโยบายระดับกระทรวงด้านการแพทย์แผนไทย แต่ต้องอาศัยการวางแผนยุทธศาสตร์เชิงระบบ การรวมพลังของภาคส่วนต่าง ๆ และการสร้างความชัดเจนในบทบาทระดับชาติของภูมิปัญญาดั้งเดิมเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายอย่างยั่งยืน เพื่อให้ข้อเสนอมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น จึงเสนอแผนยุทธศาสตร์ในรูปแบบ Roadmap แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะสั้น (1–2 ปี) จัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบาย รวบรวมข้อมูลวิจัยและข้อเสนอเดิมจากภาคีต่าง ๆ เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2) ระยะกลาง (3–5 ปี) เสนอยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทยต่อคณะรัฐมนตรี ปรับโครงสร้างภายในกระทรวงสาธารณสุขให้มีหน่วยงานรองรับการเปลี่ยนผ่านระดับกระทรวง สนับสนุนการวิจัยและเครือข่ายวิชาการเชิงรุก

3) ระยะยาว (5–10 ปี) จัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นทางการ พัฒนาโครงสร้างภายในให้ครอบคลุมการศึกษา วิจัย วิชาชีพ และการส่งเสริมเศรษฐกิจสมุนไพร พร้อมขับเคลื่อนสู่บทบาทระดับภูมิภาคผ่านนโยบาย Soft Power

Roadmap ดังกล่าวสามารถเป็นแนวทางการดำเนินงานในเชิงนโยบาย เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งเชิงโครงสร้าง กฎหมาย และสังคม ก่อนการจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาที่วิเคราะห์ผ่านกรอบแนวคิดแนวร่วมเชิงนโยบายของชาบาเดียร์ และเจนกินส์-สมิธ พบว่าความสำเร็จของการจัดตั้งกระทรวงอายุขัย ของประเทศอินเดียนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเพียงจากการมีมรดกภูมิปัญญาท้องถิ่นเท่านั้น แต่ต้องอาศัยปัจจัยร่วมเชิงโครงสร้าง แนวร่วมทางสังคม และการกำหนดวิสัยทัศน์ระดับนโยบาย ซึ่งในภาพรวมของระบบนโยบาย ประเทศไทยยังขาดความพร้อมในบางประเด็น โดยเฉพาะการขาดผู้นำเชิงนโยบายที่มุ่งเน้นการผลักดันด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ และแนวร่วมที่มีพลังในระดับประเทศ การจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยนั้นทำให้เกิดการแยกการบริหารจากแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีระบบหรือวิธีคิดบางอย่างที่แตกต่างกัน เมื่อแยกออกมาแล้วจะมีอำนาจในการต่อรอง หรือสามารถบูรณาการได้ดียิ่งขึ้น โดยการจัดตั้งกระทรวงการแพทย์แผนไทยมิได้หมายถึงการแยกตัวออกจากระบบสาธารณสุขกระแสหลักโดยสิ้นเชิง หากแต่ควรออกแบบในลักษณะ parallel-integrated system กล่าวคือ มีความเป็นอิสระเชิงนโยบาย งบประมาณ และการกำกับมาตรฐาน คล้ายกรณีของกระทรวงอายุขัย ขณะเดียวกันยังคงบูรณาการการให้บริการร่วมกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับปฏิบัติการ เช่น การจัดบริการร่วม (co-location) ในสถานพยาบาล การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและการกำหนด clinical pathway ที่เชื่อมโยงระหว่างสองระบบอย่างชัดเจน แนวทางดังกล่าวช่วยให้เกิดทั้งเอกภาพเชิงนโยบาย และความต่อเนื่องของการรักษาลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยรวม ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถผสมผสานข้อดีของความเป็นอิสระเชิงโครงสร้างและการบูรณาการเชิงบริการเข้าด้วยกันอย่างสมดุล

ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

1. จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อศึกษาแนวทางการยกระดับกรมการแพทย์แผนไทยฯ เป็นกระทรวง โดยควรมีองค์ประกอบจากหน่วยงานภาครัฐ นักวิชาการ ผู้นำวิชาชีพ และภาคประชาสังคม เพื่อกำหนดกรอบแนวทางที่มีความสอดคล้องกับระบบราชการไทยในปัจจุบัน
2. กำหนดแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย ควรมีการกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ และตัวชี้วัดอย่างชัดเจน เพื่อผลักดันให้การแพทย์แผนไทยกลายเป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพและเศรษฐกิจของชาติ
3. ส่งเสริมการวิจัยและการเรียนรู้เชิงนโยบาย จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการวิจัยทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับการกำหนดนโยบายเชิงระบบ
4. สร้างแนวร่วมเชิงนโยบาย พัฒนาเครือข่ายระหว่างภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ชมรมวิชาชีพ สื่อมวลชน ผู้ประกอบการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นพลังในการผลักดันนโยบายในระยะยาว
5. ยกระดับสถานะของแพทย์แผนไทยในระดับนานาชาติ ผ่านการเจรจาและบูรณาการกับนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและเศรษฐกิจสร้างสรรค์ของประเทศ

References

- Abhaibhubejhr. (2021). *Thai traditional medicine and future health systems*. Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital Foundation (in Thai).
- Chula Radio Plus. (2023, August 21). *India and the medical and wellness tourism industry*. Chulalongkorn University Radio. <https://curadio.chula.ac.th/Program-Detail.php?id=12692> (in Thai).
- Constitution of the Kingdom of Thailand, B.E. 2560. (2017, April 6). Section 55. *Royal Thai Government Gazette*. Vol. 134, Part 40 A. pp. 1–90 (in Thai).
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2022). *5-Year operational plan of the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine (2023-2027)*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. <https://www.dtam.moph.go.th/publications/43603/> (in Thai).
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2023). *Annual report 2023*. Nonthaburi: Ministry of Public Health (in Thai).
- Divya Yoga Mandir Trust. (n.d.). *Patanjali Yogpeeth: Global mission of yoga and ayurveda*. <https://divyayoga.com/>
- HDmall. (2021, August 11). *How to use Fah Talai Jone (Andrographis paniculata) effectively and safely against COVID-19?* <https://hdmall.co.th/blog/c/how-to-use-andrographis-paniculata-for-treat-covid-19/> (in Thai).
- Huju, K. (2022). Saffronizing diplomacy: The Indian Foreign Service under Hindu nationalist rule. *International Affairs*, 98(2), 423–441. <https://doi.org/10.1093/ia/iiaab220>

- Jaffrelot, C. (2021). *Modi's India: Hindu nationalism and the rise of ethnic democracy*. Princeton University Press.
- Ministry of AYUSH. (2023). *About the ministry*. New Delhi: Government of India.
<https://ayush.gov.in/aboutministry>
- Ministry of AYUSH. (2023). *Annual report 2022–2023*. <https://ayush.gov.in/annualreport>
- Nesari, T., Nesari, M., Ruknuddin, G., Yadava, R. K., Huddar, V., Dharmarajan, P., Ghildiyal, S., Gupta, P. K., Kumar, R., Gupta, V., Punera, D. S., Shetty, P. S., & Goel, S. (2025). India's journey in mainstreaming Ayush in primary health care—from tradition to integration. *Frontiers in Medicine*, 12, 1629515. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1629515>
- Sabatier, P. A. (1988). An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences*, 21(2–3), 129–168.
<https://doi.org/10.1007/BF00136406>
- Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1993). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Westview Press.
- Sabatier, P. A., & Weible, C. M. (2007). The advocacy coalition framework: Innovations and clarifications. In P. A. Sabatier (Ed.), *Theories of the policy process* (2nd ed., pp. 189–220). Westview Press.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2015). Mainstreaming of Ayurveda, Yoga and Naturopathy, Unani, Siddha, and Homoeopathy with the healthcare system in India. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 5(2), 63–64.
<https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2014.11.002>
- Thai Traditional Medical Professions Act, B.E. 2556. (2013, February 1). *Royal Thai Government Gazette*. Vol. 130, Part 10 A. pp. 1–23.
- Thyagarajan, S. P. (2023). Integration of Ayush within national health care systems: Challenges and the way forward. *Journal of Research in Ayurvedic Sciences*, 7(1), 59–64.
https://doi.org/10.4103/jras.jras_166_22
- UNESCO. (2019). *Nuad Thai, traditional Thai massage*. Intangible Cultural Heritage.
<https://ich.unesco.org/en/RL/nuad-thai-traditional-thai-massage-01452>
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*.
- World Health Organization. (2022). *Benchmarks for training in traditional/complementary and integrative medicine: Ayurveda*.