



ก้าวต่อไป...

การวิจัยระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และเครือข่ายภาคีสุขภาพ

เอกสารสังเคราะห์และสรุปสาระการประชุมเชิงปฏิบัติการ

“ก้าวต่อไปของการวิจัยระบบสุขภาพ”

วันที่ 28 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรม Rose Garden สวนสามพราน นครปฐม

ก้าวต่อไป... การวิจัยระบบสุขภาพ

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-951-1286-93 โทรสาร 02-951-1295
<http://www.hsri.or.th>

พิมพ์ครั้งแรก ตุลาคม 2551

จำนวน 500 เล่ม

ข้อมูลบรรณานุกรม
ก้าวต่อไป... การวิจัยระบบสุขภาพ
นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2551

ISBN : 978-974-342-346-8

เกริ่นนำ

ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด พรบ.กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ได้ผลักดันให้มีการพัฒนารูปแบบการถ่ายโอนสถานพยาบาลภาครัฐไปอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รูปแบบที่เสนอในขณะนั้นคือ การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีการดำเนินการตามรูปแบบดังกล่าวอย่างจริงจัง จนกระทั่งในปี 2550 จึงเริ่มมีการถ่ายโอนสถานีนามัยจำนวนหนึ่งไป อปท. ในลักษณะนารองโดยยังไม่รู้ว่อนาคตจะเป็นเช่นไร

ต่อมาในปี 2544 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดตั้งขึ้น โดยใช้เงินจากภาษีบุหรืและสุรา ทำให้มีเม็ดเงินเข้ามาในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้นปีละกว่า 2 พันล้านบาท บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ค่อนข้างเป็นที่ประจักษ์ และทำให้ชุมชนสร้างสุขภาวะขยายไปทุกพื้นที่ อีก 1 ปีต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งขึ้นและรับโอนงบประมาณการจัดบริการสุขภาพภาครัฐส่วนใหญ่มาบริหาร และในปีเดียวกันนั้นเองก็มีการปฏิรูปโครงสร้างภายในของกระทรวงสาธารณสุข โดยปรับบทบาทของกรมต่าง ๆ ให้เหลือทำหน้าที่เพียงสนับสนุนทางด้านวิชาการ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติได้ประกาศใช้บังคับในปี 2550 ทำให้เกิดคณะกรรมการและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขึ้น โดยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและพัฒนานโยบายสาธารณะต่าง ๆ ล่าสุด พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน ได้ประกาศใช้บังคับในปี 2551 ทำให้เกิดสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น เพื่อบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด

งานวิจัยระบบสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น โดยการนำเสนอสถานการณ์และทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเน้นที่การวิเคราะห์และการจัดการเชิงระบบ (system approach) และจัดกระบวนการเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำความรู้ดังกล่าวไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมต่อไป ระบบวิจัยสุขภาพ (health research system) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากเช่นกันในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในฐานะที่เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ได้เป็นร่วมเฝ้าให้สถาบันและเครือข่ายนักวิจัย บ่มเพาะและเติบโตจนเป็นองค์กรวิจัยที่มีความเข้มแข็งจำนวนมาก

การเปลี่ยนแปลงบริบททั้งภายนอก (ระบบสุขภาพโดยรวม) และภายใน (ระบบวิจัยสุขภาพ) ทำให้ต้องมีการทบทวนยุทธศาสตร์และการดำเนินงานวิจัยระบบสุขภาพในด้านต่าง ๆ อย่างจริงจัง เพื่อให้ระบบวิจัยสุขภาพสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในระยะต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจึงได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ก้าวต่อไปการวิจัยระบบสุขภาพ” ขึ้น ในวันที่ 28 พฤษภาคม 2551 โดยระดมผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมแลกเปลี่ยนและกำหนดยุทธศาสตร์สำหรับการวิจัยระบบสุขภาพระยะต่อไป ทั้งนี้ผลสรุปของที่ประชุมมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งของนักวิจัยระบบสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญและมีความจำเป็นต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมประเด็นข้อเสนอต่าง ๆ ที่จัดเตรียมโดยทีมนักวิชาการเพื่อนำเสนอในที่ประชุม พร้อมกันนี้ยังได้รวบรวมความเห็นข้อเสนอแนะ ที่ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการได้ร่วมแลกเปลี่ยนในประเด็นนั้น ๆ ทั้งนี้หวังว่าเอกสารนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพต่อไป

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

เกริ่นนำ

ระบบสุขภาพ...การวิจัยระบบสุขภาพ	7
โดย นพ.ประเวศ วะสี	

Governance and stewardship of health systems research	17
โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	

นำเสนอ...สู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

คำใช้จ่ายด้านงานวิจัย : กรณีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.....	49
โดย นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี	

การสร้างขีดความสามารถสำหรับการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศไทย.....	77
(Capacity Building for Health Policy and System Research in Thailand)	
โดย นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ	

บทวิเคราะห์ สังเคราะห์ และ ข้อเสนอแนะการทำงาน.....	109
“Link Research to Policy/Action”	
โดย นพ.บัณฑิต ศรไพศาล	

การวิจัยระบบสุขภาพในพื้นที่ (Area based and Health Systems Research).....	137
โดย ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์	

ระดมพลังสู่...ก้าวต่อไปของการวิจัยระบบสุขภาพ.....	167
---	-----

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ “ก้าวต่อไปของการวิจัยระบบสุขภาพ”.....	185
วันที่ 28 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรม Rose Garden สวนสามพราน นครปฐม	

ระบบสุขภาพ....
การวิจัยระบบสุขภาพ
นพ.ประเวศ วะสี



ระบบสุขภาพ....การวิจัยระบบสุขภาพ

นพ.ประเวศ วะสี

1. วัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิดสุขภาพของคนทั้งมวล (Health For All) ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพให้คนไทยมีสุขภาพดี มีความสุขกายสุขใจ อยู่ร่วมกันด้วยสันติ และอยู่อย่างได้ดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม มีการป้องกันและควบคุมโรคอย่างได้ผล มีระบบบริการสุขภาพที่มีความเป็นธรรม คุณภาพดี และมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม (All For Health) ด้วยการประสานจัดการที่ดี



2. โครงสร้างของระบบสุขภาพ

ถ้าตั้งโครงสร้างของระบบใหญ่ได้ ก็จะสามารถต่อเติมองค์ประกอบของ แต่ละส่วน และมองเห็นอนุระบบต่าง ๆ ได้โดยง่าย การตั้งโครงสร้างคงมีได้หลาย วิธี ซึ่งน่าจะลองช่วยกันคิดดู ในที่นี้ขอเสนอโครงสร้างแบบหนึ่ง พอให้ได้เป็นฐานที่จะต่อเติมแก้ไขใช้งานต่อไป

โครงสร้างนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน (ดูแผนผัง) ดังนี้

1) คนทั้งหมด ประกอบด้วยปัจเจกบุคคลและคนในกลุ่มและองค์กรต่าง ๆ เช่น ครอบครัว-เด็ก-เยาวชน ผู้ใช้แรงงาน คนในองค์กรต่าง ๆ คนพิการ ผู้สูงอายุ คนชายขอบ เป็นต้น ควรสำรวจให้ทราบประเภทและชนิดของคนกลุ่มต่าง ๆ จำนวน สถานะสุขภาพ และทำการรายการระบบสุขภาพของคนกลุ่มต่าง ๆ เช่น ระบบสุขภาพครอบครัว-เด็ก-เยาวชน ระบบสุขภาพผู้ใช้แรงงาน ระบบสุขภาพคนพิการ ระบบสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพแรงงานอพยพ เป็นต้น เพื่อความครบถ้วนของการคำนึงถึงสุขภาพของคนทั้งหมด

2) ปัจจัยสุขภาพ

ปัจจัยสุขภาพมีหลากหลาย เช่น

ยีนหรือกรรมพันธุ์ ที่ทำให้เกิดโรคบางชนิด

อาชีพ การมีสัมมาชีพที่ทุกคนเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ

ความมั่นคงด้านอาหาร และการมีอาหารที่สะอาดปลอดภัย

น้ำสะอาด

สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ

ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

ความยุติธรรม

ความปลอดภัยและสันติภาพ

การมีจิตใจที่ดี

การเรียนรู้ที่ดี

ระบบบริการที่ดี

3) ระบบบริการสุขภาพ

มีองค์ประกอบมากมาย เช่น ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบป้องกันและควบคุมโรค ระบบสุขภาพชุมชน ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบบรรเทาสาธารณภัย ระบบโรงพยาบาล แต่ละระบบต้องคำนึงถึงโครงสร้าง กำลังคน เทคโนโลยีที่ใช้ การเงินของระบบ เป็นต้น

4) ระบบสนับสนุน

มีหลายองค์ประกอบ เช่น การเงินการคลังเพื่อสุขภาพ สปสช. สสส. เป็นตัวอย่าง แต่ยังสามารถมีระบบข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารเพื่อสุขภาพ¹ (Information and Communication for Health)

ระบบวิชาการ

ระบบนโยบาย

5) องค์กรนโยบาย

ประกอบด้วยกระทรวงต่าง ๆ องค์กรปกครองท้องถิ่น ภาคประชาสังคมและสื่อมวลชน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์ ฯ) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กรม. รัฐสภา

งานสำคัญอยู่ที่การประสานองค์กร นโยบายทั้งหมดไปสนับสนุนการทำให้เกิดสุขภาพของคนทั้งมวล

3. การวิจัยระบบสุขภาพ

การวิจัยระบบสุขภาพมีวิธีการทำงาน ดังนี้

1) ดึงองค์กรต่าง ๆ ทั้งฝ่ายปฏิบัติ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายนโยบาย มาร่วมวิจัยระบบสุขภาพ เพราะระบบสุขภาพใหญ่และซับซ้อน แต่มีการวิจัยน้อย มหาวิทยาลัยมีศักยภาพมากแต่ยังวิจัยระบบสุขภาพน้อย ควรหาทางให้มหาวิทยาลัยเข้ามาวิจัยและสร้างนักวิจัยระบบสุขภาพให้มาก

2) ทำแผนผังว่าระบบสุขภาพประกอบด้วยระบบอะไรบ้าง สถานภาพของการวิจัยของแต่ละระบบเป็นอย่างไร

3) จัดอันดับความสำคัญของระบบสุขภาพที่ต้องการการวิจัย และปรับปรุงรายการบ่อย ๆ ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

4) จัดประชุมพัฒนาการวิจัยแต่ละระบบ ระบบต่าง ๆ จะมีองค์ประกอบที่หลากหลายซับซ้อนและไม่ได้อยู่ในหน่วยงานหรือสาขาวิชาเดียว ยากที่ใครคนใดคนหนึ่งหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งจะเข้าใจระบบนั้น ๆ ได้สมบูรณ์ การที่ต่างคนต่างอยู่ทำให้วิจัยระบบไม่ได้ ตรงนี้จึงต้องการการจัดการที่นำผู้ที่อยู่ต่างสาขามาประชุมระดมความคิดให้เข้าใจระบบนั้น ๆ ชัดเจนพอที่จะลงมือทำการวิจัยได้

5) จัดการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัยระบบสุขภาพที่มีอันดับความสำคัญหรือที่ผู้วิจัยสนใจ ระบบเหล่านี้โดยมากมีความซับซ้อนเกินกว่าที่สาธารณะจะเข้าใจได้ เมื่อไม่เข้าใจความซับซ้อนก็ทำร้ายหรือก่อผลเสียต่อสังคมเพราะสาธารณะไม่เข้าใจพอที่จะผลักดันนโยบายที่ต้องการ ในแต่ละระบบจึงต้องวิจัยเพื่อคลี่ความซับซ้อนออกมาเป็นองค์ประกอบที่สาธารณะเข้าใจได้ง่าย สังคมจึงจะสามารถเข้ามาตรวจสอบ กำกับ และผลักดันให้ระบบนั้น ๆ มีความถูกต้องเป็นธรรม

6) จัดกระบวนการเชื่อมโยงการวิจัยกับการพัฒนาตั้งแต่เริ่มแรกตั้งโจทย์การวิจัย ระหว่างการวิจัย และการเอาผลการวิจัยไปใช้ทั้งในระดับปฏิบัติและระดับนโยบาย

7) จัดให้มีการระดมทรัพยากรเพื่อการวิจัยพัฒนาระบบสุขภาพ ควรสนใจเรื่องการเงินการคลังเพื่อสุขภาพเป็นพิเศษ และมีกลไกการจัดการที่ดีในการสนับสนุนการวิจัยในระดับต่าง ๆ

8) จัดให้มีการประเมินระบบการวิจัยระบบสุขภาพเพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างต่อเนื่อง



4. ตัวอย่างของระบบสุขภาพที่ควรวิจัย

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของระบบสุขภาพที่ควรวิจัย เพียงเพื่อให้เห็นความสำคัญของการวิจัยระบบสุขภาพ

1) **ระบบการเงินเพื่อบริการสุขภาพ** เพื่อให้เห็นว่าระบบการเงินมีประสิทธิภาพในการก่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีมาน้อยเพียงใด ควรปรับปรุงอย่างไร

2) **ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ** โรงพยาบาลเอกชนที่กำลังเติบโตโดยให้บริการแก่ภาคส่วนที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงจากทั้งในและต่างประเทศ กำลังดึงดูดแพทย์พยาบาลและบุคลากรอื่นออกไปจากการให้บริการคนจน ทำให้ความไม่เป็นธรรมถ่างกว้างออก ในสภาพที่ถือหลักการค้าเสรี จะมีวิธีใดบ้างที่สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

3) **ระบบการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง** ขณะนี้โรงพยาบาลต่าง ๆ ลงทุนในการสั่งซื้อเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง มีการใช้และเรียกเก็บเงินเพื่อควบคุมทุนและกำไร อาจมีการใช้โดยไม่สมควรก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นทั้งต่อผู้รับบริการและต่อประเทศ ควรมี การวิจัยสถานภาพของเรื่องนี้และวิธีแก้ปัญหา ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงเวชปฏิบัติโดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ให้เป็นเวชปฏิบัติที่มีฐานอยู่ในหลักฐานที่เชื่อถือได้ (Evidence-based clinical practice) หรือมีการวิเคราะห์การตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision analysis) เพื่อป้องกันมิให้แพทย์ตกเป็นเหยื่อของการประชาสัมพันธ์ที่รุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ



4) ระบบยา ระบบยาเป็นระบบที่ซับซ้อน ประกอบด้วยการผลิต การนำเข้า สิทธิบัตร การขึ้นทะเบียน การซื้อหา การกระจาย คุณภาพ ราคา การใช้อย่างถูกต้อง เป็นต้น มีปัญหายาราคาแพงเกิน การใช้อย่างไม่ถูกต้อง คุณภาพ และการเข้าถึงยากจำเป็นสำหรับคนจน มีผู้เข้าใจระบบยาน้อย มีอาจารย์ทางเภสัชศาสตร์ร่วมกันหลายร้อยคน แต่เกือบทั้งหมดมีความรู้ทางเทคนิคไม่ใช่ความรู้เชิงระบบ ควรจะมีวิธีการจูงใจให้มหาวิทยาลัยและอาจารย์จำนวนหนึ่งเข้ามาสร้างความเชี่ยวชาญเรื่องระบบยาจะได้เป็นพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังทางการเมือง ที่จะทำให้ประเทศลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและเพิ่มประโยชน์ในการมีและการใช้อย่างถูกต้อง

5) ระบบการป้องกันและควบคุมโรค ควรมีการวิจัยว่าระบบป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง อุบัติเหตุ ไข้เลือดออก โรคติดต่ออุบัติใหม่ ยาเสพติดและอื่น ๆ ว่าอยู่ในสภาพอย่างไร มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และศักยภาพในการเผชิญกับความผันผวนในอนาคตเพียงใด

6) ระบบสุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น ครอบครัว-เด็ก-เยาวชน ผู้ใช้แรงงาน คนพิการ ผู้สูงอายุ แรงงานอพยพ และอื่น ๆ

7) ระบบอาหาร น้ำ สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ



8) **ระบบสุขภาพชุมชน** ซึ่งถ้าเข้มแข็งจะช่วยผ่อนปรนความเครียดในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด เพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพ

9) **ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น** ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาคนและสังคมในทุกมิติ จึงสำคัญยิ่งนักต่อสุขภาพทั้งหมด

10) **ระบบข้อมูลข่าวสารความรู้และการสื่อสาร** ถ้าเป็นระบบที่ดีจะช่วยให้ระบบสุขภาพทั้งหมดมีความเชื่อมโยงและเป็นเอกภาพ

11) **ระบบความยุติธรรม** ความยุติธรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาวะทางสังคม พัฒนาการของระบบความยุติธรรมต้องการการวิจัยเป็นอย่างมาก

12) **ระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ** ในระบบงบประมาณตามปกติเป็นการยากอย่างยิ่งที่จะมีงบประมาณสนับสนุนเรื่องใหม่ที่ดี ๆ ในระบบสุขภาพมีเรื่องใหม่ที่ดี ๆ ที่น่าทำเป็นอันมาก ถ้าฝ่ายการเมือง ฝ่ายการเงิน และสังคมเข้าใจสามารถใช้วัตรกรรมทางการเงินการคลังที่จะมีงบประมาณมาสนับสนุนเรื่องดี ๆ ได้อย่างเป็นกอบเป็นกำโดยไม่กระทบงบประมาณปกติของรัฐบาล ทำนองเดียวกับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้างต้นเพียงเป็นตัวอย่างให้เห็นความสำคัญของระบบสุขภาพที่ต้องการการวิจัย ถ้าดูตามแผนผังโครงสร้างของระบบสุขภาพจะสามารถระบุระบบย่อยที่ควรทำวิจัยได้อีกมาก

5. การจัดการการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

เนื่องจากการวิจัยระบบสุขภาพเป็นเรื่องใหญ่และยาก และต้องการการจัดการเชิงระบบสูง จึงไม่น่าจะเป็นเรื่องของ **สวรส.** (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) เท่านั้น แต่ควรจะเป็นความร่วมมือของหลายองค์กร เช่น **สช. สปสช. สสส. สกว. สภาวิจัย** ควรมีการ Contract out ให้ผู้มีความสามารถในการจัดการวิจัยเชิงระบบสูง เช่น อดีตผู้อำนวยการ **สวรส.** บางคน และบุคคลอื่นใด ให้เข้ามารับผิดชอบการวิจัยระบบสุขภาพเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ

สช. (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งมีหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพ อยู่ในฐานะที่ต้องการใช้ผลการวิจัยระบบสุขภาพมากที่สุด ควรจะเข้ามาประสานการจัดการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ อาจใช้มติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการประสานการวิจัยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้มีความร่วมมือระหว่างองค์กรต่าง ๆ อีกทั้งประสานองค์กรนโยบายต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการตั้งโจทย์วิจัย ในการทำการวิจัย และในการนำผลการวิจัยไปใช้

หากทำให้องค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบสุขภาพมีความถูกต้อง สัมพันธ์กัน อย่างถูกต้อง และมีพลังงานสนับสนุนอย่างถูกต้อง ระบบสุขภาพก็จะอำนวยความสะดวกแก่คนทั้งมวล ตามใจปรารถนาของคนทั้งปวงร่วมกัน





Governance and stewardship of health systems research

โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข



Governance and stewardship of health systems research*

โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

เนื้อหาโดยย่อ

การวิจัยสุขภาพมีส่วนช่วยสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างมากในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม บริบทต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ รวมทั้งความซับซ้อนของระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการการวิจัยสุขภาพเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันและอนาคตเพิ่มขึ้นอย่างมาก การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระบบวิจัยสุขภาพของประเทศไทยในมิติต่าง ๆ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมระดมสมองเพื่อให้ได้ข้อเสนอสำหรับการพัฒนาระยะต่อไป

*เอกสารประกอบการประชุม Asia-Pacific Prep Meeting for Bamako Global Ministerial Forum on Research for Health, Theme : Strengthening national health research systems, 10-12 June 2008, Siam City Hotel, Bangkok, Thailand



ผลการศึกษาพบว่า ระบบวิจัยสุขภาพของประเทศไทยกำลังประสบปัญหาหลายด้าน ตั้งแต่การขาดองค์การนำที่ชัดเจน ขาดทรัพยากรที่เพียงพอและขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ การจัดตั้งหน่วยงานผู้ให้ทุนและบริหารจัดการวิจัยที่เป็นองค์กรอิสระ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีส่วนสนับสนุนการพัฒนางานวิจัยสุขภาพอย่างมาก แนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ได้ช่วยสนับสนุนการเชื่อมโยงงานวิจัยไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายจนประสบความสำเร็จในหลายกรณี การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางด้านการวิจัยได้ปรับเปลี่ยนจากรูปแบบการเรียนการสอนแบบเดิม ไปสู่การเรียนรู้จากปฏิบัติการจริงมากขึ้น

ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาระยะต่อไปคือ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางด้านการวิจัยผ่านกระบวนการเรียนรู้ระหว่างปฏิบัติงาน (on the job training) การระดมทรัพยากรเพื่อใช้สำหรับการวิจัย และการพัฒนาบุคลากรทางด้านการวิจัยสุขภาพมากขึ้น ทางเลือกในการระดมทรัพยากรส่วนหนึ่งได้มาจากการทำงานวิจัย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการหน่วยงานผู้ใช้มากขึ้น การผลักดันให้มีกฎหมายสำหรับการวิจัยสุขภาพเฉพาะโดยมีการกำหนดกรอบงบประมาณที่ชัดเจน น่าจะเป็นเป้าหมายระยะยาว นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการงานวิจัย โดยการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ ขึ้นมา พร้อม ๆ กับการพัฒนาให้เกิดองค์การนำสำหรับการวิจัยสุขภาพของประเทศในอนาคต

1. Introduction

Despite impressive success in health system development in Thailand, its health system is still facing several challenges and, having gone through several reform periods, ⁽¹⁾ needs continuous reform. Recent reforms of health system in Thailand included establishment of universal healthcare coverage system, ⁽²⁾ enactment of National Health Act 2007 ⁽³⁾ and Control of Alcohol Beverage Act 2008, ⁽⁴⁾ to name a few. These have been supported by substantial health researches. Knowledge generation through research has been identified as a crucial component to improve health system for a long time but an important landmark of health research system development occurred in 1992 when the Thailand Research Fund (TRF) and the Health Systems Research Institute (HSRI) were established as effective research management and funding agencies. However, overall development of national health research system lags behind what is needed to tackle with rapid increase of system complexity.

This paper aimed to assess the health research system in Thailand in various dimensions in order to recommend policy to improve the performance of national health research systems. This paper covers analyses of leadership and governance, resources for research systems and utilization of health research for policy decision and integrate them into practices.

Methods covers literature reviews and in-depth interview of key informants, including 3 senior researchers and 24 research managers. In addition, a series of brain-storming meetings and a synthesis workshop had been organized in May 2008 to draw recommendation

for the future development of health research system. This paper is prepared as one of five country case studies for the preparatory meeting in Bangkok in June 2008, prior to the Bamako Summit end of 2008.

2. Present situation of health research system

2.1 Leadership and governance

2.1.1 Institutional arrangements

Since 1959, the National Research Council of Thailand (NRCT) has been established through an Act as a national policy body for development of overall research system in Thailand. NRCT also provides funding support directly to researchers for research proposals relevant to national research policy. NRCT develops a five-year National Research Policy and Strategies and uses it as a tool to direct public investment in research. Research budget requested by all government offices, except autonomous research funding agencies, needs to be considered by the NRCT before getting approval from the Bureau of Budget (BOB).

The current 7th National Research Policy and Strategies (2008-2010) has 5 research strategies and health research is part of the 2nd strategy which focuses on developing and strengthening national potential and capability for social development. The priority research areas under this national health research policy include health promotion, emerging diseases, efficient health service delivery system, rehabilitative care, consumer protection, traditional, and herbal medicines. ⁽⁵⁾

In 1992, Thailand Research Fund (TRF), Health Systems Research Institute (HSRI) and National Science and Technology Development Agency (NSTDA) were established as autonomous research funding agencies through legislations. These three research funding agencies have different focuses and management approaches, summarized in **Table 1**.

TRF is not allowed, by its law, to conduct research by its own staff while HSRI used to conduct in-house research by its own staff at the beginning but later on transferred this task to their alliances/ networks. NSTDA has its own research facilities to absorb 80% of research fund.

Table 1 Main characteristics of TRF, HSRI and NSTDA

	Research areas	Support of area based	In-house research	Capacity building
TRF	Basic research and research & development focusing agriculture, industry, services (esp. logistic of agricultural product, tourisms and education) and energy areas	✓	Prohibit	A specific PhD grant programme & empowerment of researcher through participatory and experience exchange process in domestic and international
HSRI	Health system and health policy research to support health system reform	✓	Based on policy in different periods	Empowerment of researchers through participatory and experience exchange process
NSTDA	Research & development to support science and technology development (bio-medical and clinical research)	✓	Mostly in-house, >80% of grants	Training and providing grant to young researchers to work with senior researchers

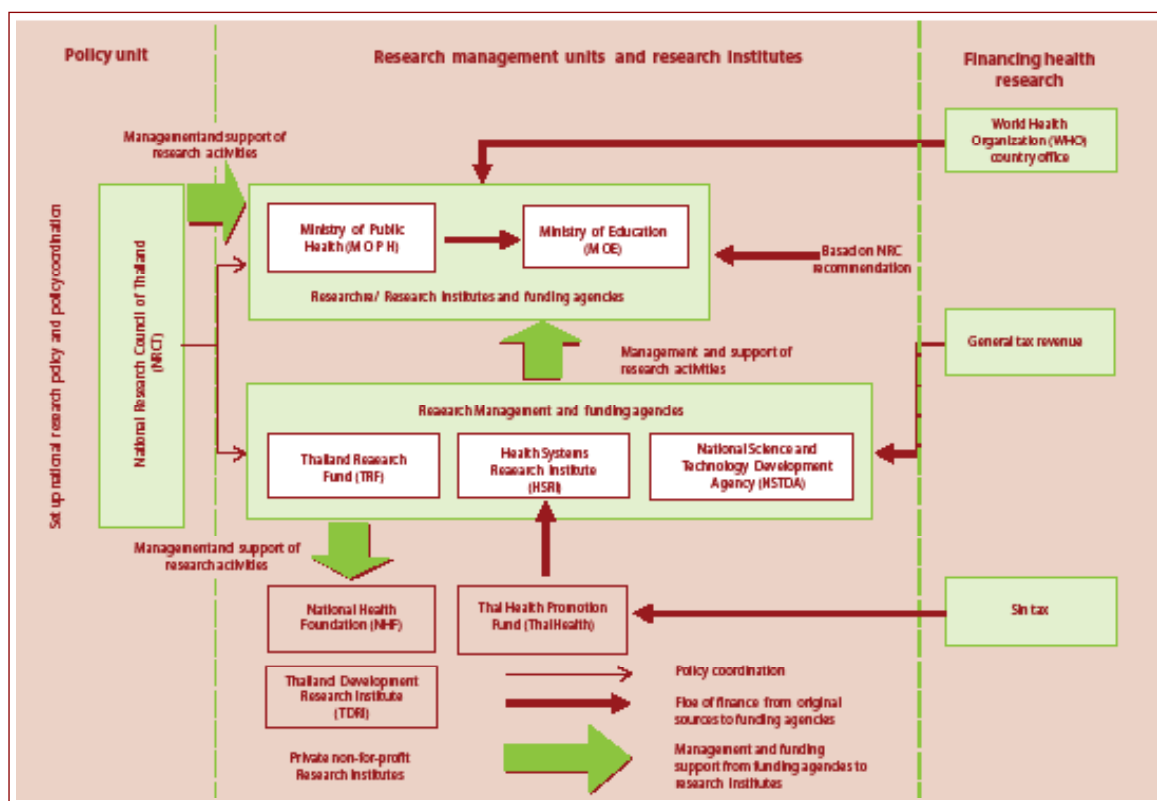
Recently, the newly established public autonomous organization such as Thai Health Promotion Fund (Thai-Health) also plays a vital role in supporting health research. Thai-Health was established in 2001 and is solely funded by earmarked “sin tax” from tobacco and alcohol to support health promotion activities and to empower civil society organization. Thai-Health started to provide significant support to health policy research, mainly through the management of HSRI, since 2002.

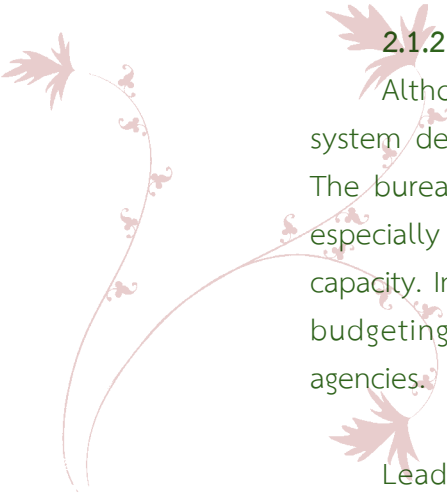
The Ministry of Public Health (MOPH) and the Ministry of Education (MOE) are two other public organizations which function as research funding agencies as well as research institutes. Most of health researchers work in these two organizations. In addition to their own research budget which is strongly directed by the NRCT, they are the main recipients of all other research funding agencies.

It is unknown how large the private for profit enterprises support health researches, especially pharmaceutical industries. There are only two non-for-profit organizations, National Health Foundation (NHF) and Thailand Development Research Institute (TDRI), which have prominent role in managing and conducting health research. NHF was established in 1991, with initial financial support from an international donor agency. NHF plays a crucial role in coordinating and managing health and biomedical researches, supported by various local research funding agencies, which could support health system development. TDRI was established in 1984 as a policy research institute to provide technical and policy analysis that supports the formulation of policies with long-term implications for sustaining social and economic development of the country. TDRI though focused on economic researches, however, involved in health research during the last decade especially in development of universal healthcare coverage policy.

Organizations involved in health research system in Thailand and its relationship can be presented in Figure 1.

Figure 1 Institutional arrangement of health research system in Thailand



A decorative illustration of a pink vine with leaves and small flowers, curving around the text.

2.1.2 Leadership

Although NRCT is expected to be a policy body of research system development in Thailand, its leading role is rather limited. The bureaucracy of NRCT limits participation of high quality staffs especially research managers and, therefore, limiting organizational capacity. In addition, NRCT has little influence on priority setting and budgeting process of all autonomous health research funding agencies.

Leadership of health research system is worse than that of research system. Many organizations involve in health research system but there was no organization to steer and coordinate the whole health research system. Each organization has its own priority setting and research management approach without an effective coordination mechanism that might result in fragmentation and lack of synergistic use of limited funds. ⁽⁶⁾

Recently, there was an initiative to reform health research system by amending the Health Systems Research Act 1992. According to the draft law, HSRI would be changed to the National Institutes of Health (NIH) and would act as a secretariat office of the National Health Research Committee (NHRC). NHRC would set up national health research policy and oversee management of NIH. Initial endowment fund of Baht 1 billion or approximately US\$32.25 million and regular budget support of 1% of total health budget or approximately US\$4.6 billion would be provided annually to NIH to ensure sufficient health research budget. Unfortunately, this draft law had not been submitted to the cabinet for resolution because of the lack of political support. ⁽⁷⁾

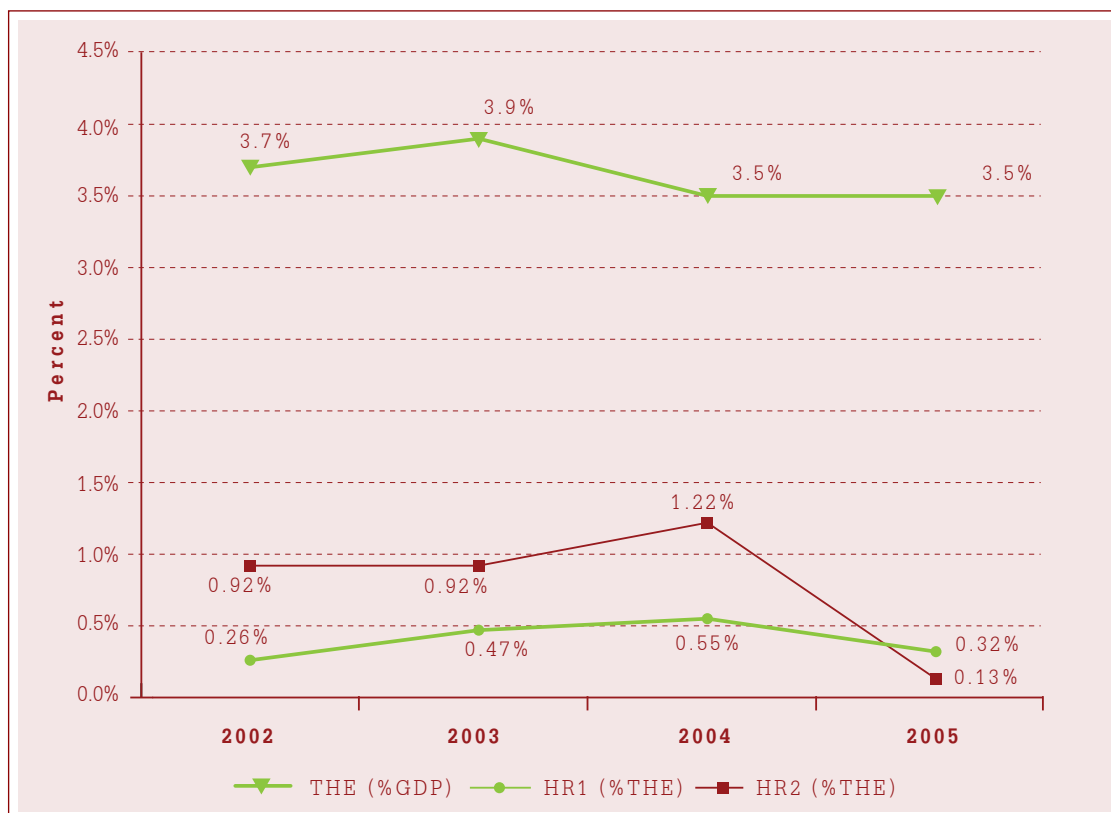


2.2 Health research resources

2.2.1 Health research budget

It is recommended that developing countries should spend at least 2% of their national health expenditure in research and research capacity strengthening.⁽⁸⁾ However, during 2002-2005 the average budget spent for health research in Thailand was only 0.37-0.78% of total health expenditure, much less than the benchmark of 2% (see **Figure 2**). The average total health expenditure during the same period was 3.6% of Gross Domestic Product (GDP).

Figure 2 Total health expenditure and health research expenditure in Thailand during 2002-2005



Note : HR1 = Health research budget based on Hanvoravongchai P et al. study (2007)

HR2 = Health research budget based on national health account data studied by International Health Policy Programme-IHPP (2007)

Data from HR1 obtained from a survey of main public health research funding agencies and, therefore, were lower than those from HR2 which tried to cover all health research budget from every source.

² At the moment, there is an organization under the Department of Medical Science called National Institute of Health (NIH) but its mandate focuses mainly on laboratory research and providing laboratory services. The proposed new organization would perform as US National Institutes of Health which comprises of 27 institutes and centers and provides leadership and financial support to researchers.

³ Based on currency exchange rate 1US\$ = 31 Baht

⁴ Calculation based on health budget in the 2008 fiscal year = 141,833 million Baht

Based on the analysis of research budget during 2002-2006, ⁽⁶⁾ it was found that about one-third of research budget was managed by the MOPH. Distribution of research budget by funding agencies is shown in Figure 3. Almost half of research budget was spent on area of public health. Research budget spent on clinical research was only 4% of total research budget. Distribution of research budget by types of health research is shown in Figure 4.

Figure 3 Distribution of research budget by funding agencies

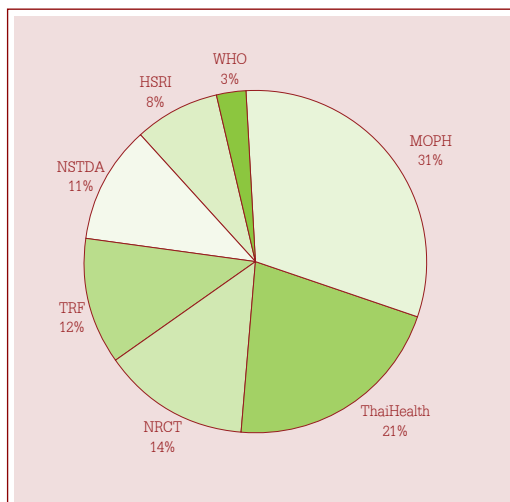
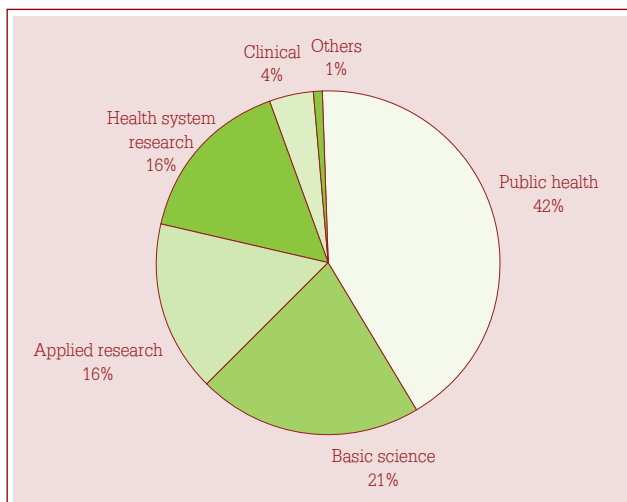


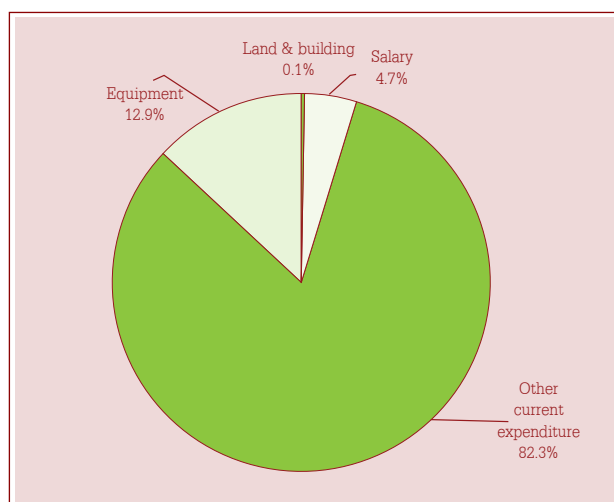
Figure 4 Distribution of research budget by types of health research



Source: Hanvoravongchai P et.al (2007). Source: Hanvoravongchai P et.al (2007).

NRCT conducted a survey and found that in 2005 budget for health and medical researches, spending on salary of research personnel, equipment, land and building were 4.7%, 12.9% and 0.1% respectively. ⁽⁹⁾ The majority of the budget was used for current expenditure, including per-diem of researchers (see Figure 5).

Figure 5 Distribution of research budget by type of expenditure in 2005



Source: NRCT (2007).

2.2.2 Health researchers

Although budget allocated for health research in Thailand is quite low as compared to the benchmark of 2% of total health expenditure, shortage of competent health researchers is even more severe. Based on recent survey of NRCT, ⁽⁹⁾ it was found that there were 4,687 health researchers nationwide and almost all of them worked in public sector. There was only 0.92% of health researcher work in private sector. Among those who worked in public sector, 69% were university staff, 52.9% of health researchers were master-degree graduates. Health researchers with doctorate and bachelor degree were 26.2% and 20.2% respectively. Educational background of health researchers in different organizations is shown in **Figure 6**. NRCT also found that most of researchers were part-time researchers. The full-time equivalent (FTE) researchers, in person-year, were only 0.6 of total number of researchers.

Figure 6 Educational background of health researchers in different organizations



Source: NRCT (2007)

Shortage of health researchers is a result of many underlying problems and these include;

- ▶ Career of health researchers in public sector is unclear. Although there are some academic positions in MOPH and their career promotion could be as high as administrative positions, unfortunately, these positions are not used to promote health researchers. Assigning civil servants to these positions is not based on their academic competencies and their technical contribution to the system.
- ▶ University and academic institution emphasize on teaching more than doing research. Some researchers informed that they got complaints from their bosses and colleagues about

their research works which could negatively affect their teaching responsibility.

- Researcher is not a popular profession, as compared to physician, dentist, pharmacist, nurse and etc, and its role has less public recognition. Income of researchers was irregular, except those who work in research institute and get regular salary, since it would be based on the number of contracted research projects.

2.2.3 Capacity building

Capacity building covers what beyond generally understood of a conventional training of individuals, it encompasses a comprehensive approach of human resource development, institutional and legal framework development which provide enabling environment for maximum contributions of researches in a sustainable way. ⁽¹⁰⁾

Concerning institutional capacity development of health researchers in Thailand, there are some impressive experiences where lessons can be drawn as one of several models in capacity building. For example;

- **Field Epidemiology Training Programme (FETP):** established in 1980 by Communicable Diseases Control Department of the MOPH, with the support of the World Health Organization (WHO) and Center for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta. FETP is a two-year training programme in epidemiology and Bureau of Epidemiology, MOPH is a training center as well as performing its epidemiological functions. Strength of FETP is based on its approach using on the job training and regular exchange of practical experience in the field of diseases surveillance, outbreak investigations and outbreak containments, with minimal lecture only 1 month in 2 years. At the moment, there are 25 batches of trainees with 109



graduates who are actively in many key positions in health system either at provincial or MOPH level. Undeniably, FETP alumni are the backbone of a functioning diseases control systems in Thailand.

- **International Health Policy Programme (IHPP) Thailand:** established in 1998 with initial support from the Senior Research Scholar (SRS) Programme of TRF. It's sole mandate is to build up and sustain capacity in health policy and systems research. From 1998-2007, IHPP supported 17 Masters, 5 certificates and 14 PhD and most of them were academically active with substantial contribution to health system development where IHPP plays a major role in key policy decisions in health systems reform in the past decade.⁽¹¹⁾ Key successful characteristics of IHPP include strict recruitment criteria for research apprenticeship of young and talent public health workers for a few years, conduct policy relevant researches under mentoring of senior researchers, prior to placement for doctoral training, and post-doctoral research assignment upon return.

- 
- 
- **Health Intervention and Technology Assessment Programme (HITAP):** a budding agency of IHPP, established in 2007 with multi-source funding from HSRI, Thai-Health, National Health Security Office (NHSO) and MOPH. The prime mandate of HITAP is to provide empirical evidence on cost-effectiveness or cost-utility of health interventions to inform policy decisions whether to adopt new medical and health technologies. HITAP develops a clear linkage with policy decision in national health insurance schemes and National Essential Drug Committee. In addition to generate evidence, HITAP also aims to invest in health researchers in this area. Similar to its mother organization-IHPP, HITAP emphasizes strict recruitment criteria of young researchers and assigns senior researchers to work with them closely as partners in conducting relevant policy researches. Within 1 year of establishment, HITAP could attract more than 20 new researchers both masters and post-doctoral from the pool in Universities either on a full- or part-time basis, to work in the programme with an impressive performance.

2.3 Research management

2.3.1 Priority setting of research agendas

As mentioned earlier, each research funding agency had its own criteria to prioritize research agendas for funding support, Prioritization criteria varied, but closely related to each organizational mission and strategy. Using Burden of Disease (BOD) as a criterion to prioritize research agendas, we found a serious mis-match, only 10% of health research budget went to high-burden diseases.⁽⁶⁾ However, BOD might not be a good criterion since it will focus only on disease problems not health problems of the population in a broader sense. HSRI uses a “research mapping”⁽¹²⁾ to set up priority research agendas but this



approach is not well-accepted by all research funding agencies. In summary, there is no consensus on approach used for priority setting of health research agendas now.

2.3.2 Quality assurance mechanism

Expert review has been used as the main approach for ensuring a quality health research in Thailand but this would focus mainly on technical or scientific aspects of research. There are some similarities of assessment forms although common framework for assessing research quality has not been developed and well accepted by all concerned agencies.

However, quality of research should be more than its scientific soundness but should also include its output or impact.⁽¹³⁾ It means that the research should be successfully applied by end-users and lead to a change in decision. Mechanism and process to ensure effective research policy interfaces were discussed in section 2.4.

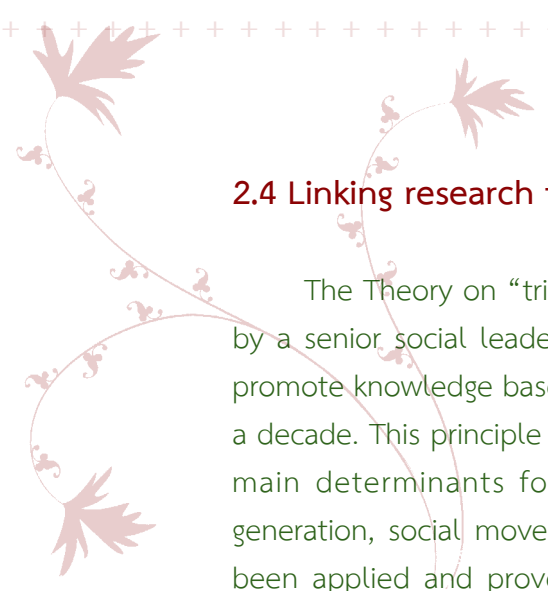
Ethical review is another crucial component of research quality assurance to ensure standard protection of human subjects in research. Ethical review is quite new in Thailand and most of health researchers are not familiar with this process. At present, an ethical committee has been established in almost every academic institution including MOPH. However, ethical review processes were conducted on different standard and was a time-consuming process. Some human experimental researches still could be conducted without ethical review.⁽¹⁴⁾ These could discourage researchers to comply with this process. Recently, HSRI has established the Institute for the Development of Human Research Protections. This office is aimed to develop national standard for ethical review and to support all ethical committees across different agencies to achieve this standard. Legislation on Human Experimentation has already been drafted but has not been adopted yet.



2.3.3 Networking with national and international partners

Thailand, as many other developing countries, received substantial external technical supports for health development, both from bilateral and multilateral collaborations. These included scholarships for overseas trainings and created opportunity for strengthening capacity of Thai health researchers as well as establishment of long term relationship with some academic institutions in developed countries. Some of these academic institutions included Center for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta, USA for strengthening epidemiological system, Institute of Tropical Medicine (ITM) in Antwerp, Belgium for strengthening public health system especially primary care, and London Scholl of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) in UK for strengthening health policy, financing and health economics. There are a number of ongoing collaborative researches between Thai health researchers and national and international institutes.

At the national level, HSRI, TRF and Thai-Health also support networking of health researchers. This aims to empowerment them through exchange of experience and to create synergistic effect of their research works. For HSRI, there are more than 20 research networks working under its support. However, its expected effect of networking could not be fully achieved because of the less involvement of research networks.



2.4 Linking research to policy and practice

The Theory on “triangle that moves the mountain” ⁽¹⁵⁾ proposed by a senior social leader, Professor Prawase Wasi, has been used to promote knowledge based health system development for more than a decade. This principle emphasizes the integral link among the three main determinants for successful policy decisions: knowledge generation, social movement and political domains. This theory has been applied and proven successful in many recent health reform movements in Thailand.

Involving stakeholders in the processes of research (propose policy relevant questions, research objective, and regular informed of the results) since the beginning is a crucial step to promote the use of research result. The conventional approach to present research result with recommendation to policy makers at the late stage of research project seems to fail to convince the policy makers. ⁽¹²⁾ The common practice for this approach, used by many research management agencies, is to set up a steering committee, including all stakeholders and senior researchers, to oversee the whole process. This could be an approach to integrate research into policy process.

Having relevant research questions is important to promote the link of research into policy and practice. Research mapping is an effective research management tool to set up relevant research questions in a comprehensive approach and this changes research project based on specific research questions to a thematic research plan. ^(3,12) It is proposed that this thematic research plan is managed in an integrated way.

3. Challenge and opportunity

3.1 A functional leading organization: A solution for leadership problem

The recent initiative to draft a law to transform HSRI to be a lead agency of health research system demonstrated concerns of stakeholders to improve leadership of the system. However, failing to enact the proposed law because of the lack of political support led to another proposal.

The new proposal still expected HSRI to act as a lead agency of health research system but on a functional basis. ⁽⁷⁾ HSRI was expected to coordinate all health research funding agencies, without authority and financial power, and to harmonize their works to fit with the prioritized health research agendas. The first attempt of HSRI to achieve this expectation was a process to synthesize research outputs, supported by various health research funding agencies, to improve well-being of Southern Muslim people under the civil unrest and conflicts situation. HSRI was a leading organization to coordinate with NRCT, TRF, Thai-Health, NHSO, local academic institutes and civic groups for the synthesis and advocacy processes. This attempt led to a formation of a small task force, comprising of representatives of all research funding agencies, to coordinate and to oversee all researches in the Southern of Thailand.

Some arguments were raised for the new role of HSRI. Strength of HSRI since its establishment was on the health systems research not on the health research. Expanding the role of HSRI to cover all health researches could undermine its current strength especially when there was no additional resource for this. HSRI should focus on

health systems research but should extend its partners to cover more than those getting financial support from HSRI. ⁽¹⁶⁾

At present, there is no new prescriptive solution for the problems of leadership of health research system. HSRI might be the most suitable organization to be the leading organization but this could be achieved only when its structure and financial mechanism have been reformed in parallel.

3.2 Overcoming health research resources constraints

Health research resources in Thailand, both health researchers and research budget, are quite limited as compared to international norms. Mobilizing more health researchers and research budget at the same may not be feasible and therefore prioritization is needed.

But this prioritization is looked like the chicken or the egg problem. Without sufficient research budget it would be difficult to attract competent health researchers into the health research system. On the contrary, it was found that existing research budget could not be spent effectively and efficiently since there was no adequate number of competent health researchers. In addition, training for competent researchers is a time-consuming process.

Mobilizing more health research budget could be the first priority since budget is needed for the capacity building of health researchers, which mainly based on “on the job-training”, and more budgets could attract part-time researchers to fully commit to research work. Thai-Health plays an important role in providing additional financial support to health research during the last 5 years though it is not the main mission and could be difficult to sustain.

Another source of mobilizing research budget is from the users of research. At the moment some public organizations, such as NHSO and Ministry of Finance, have allocated budget for research to improve their performance and this is a good opportunity to mobilize more research resources as well as to make research more responsive to the users. Using earmarked budget, 1% of total health budget, to finance health research as indicated in the drafted National Health Research Bill could be the best option but this needs strong political support.

3.3 Capacity building through networking of health researchers with collegial support

It was found that conventional formal training may not be enough to create a productive critical mass of health researchers in Thailand. Some outstanding case studies confirm that on the job training with intensive support of senior mentors could be an effective option. However this needs to be done with strict recruitment criteria due to a limited number of capable researchers or mentors. Binding health researcher with administrative procedures of bureaucratic system should be avoided and appropriate organizational and legal framework should be developed to create effective and conducive working environment for health researchers. Establishment of research networks using legal framework of HSRI, and managing under health research thematic management, could be a possible option and has been proved to be an effective model. ⁽³⁾ However, this has to be done together with a system to ensure transparency and accountability of research management system.



3.4 Role of health researcher or research manager in policy advocacy

As mentioned earlier, involvement of policy makers in the research management process since the beginning is critical to ensure the use of research outputs but who should manage this process? It is also interesting how much this person has to do to intervene and manipulate the policy process to achieve expected policy changes. The strengths of health researchers are their technical competency and these might not be compatible with those required for the management of the proposed process, though a very few number of researcher can do this function. In addition, too much involvement of health researchers in the policy process, with or without pre-determined solutions, could threaten their independence and impartiality and damage their technical credibility in the long run⁽¹⁷⁾.

It is expected that a new profession called “research manager” should perform this advocacy function in addition to other research management tasks. At the moment some health research funding agencies in Thailand have a staff position called a research manager but with different expected roles. There is no specific training programme for this profession and its career development is quite unclear. There is a need to building up this research management capacity to maximize the use of research results in policy process. However, challenges for research manager are numerous, for example their technical capacity and good understanding of the subject matter, and credibility in advocating policies as well as sustaining them in this career.

4. Conclusion and recommendations

Though it seems Thailand is at the forefront of health systems reforms where health systems and health policy researches contributed significantly on evidence based policy decision, health research system in Thailand is still facing resource constraint as well as leadership and coordinating problem while there is an increasing demand for research to support on-going health system reform.

Although the system has been operated under these limitations, research outputs could contribute to recent health system reforms substantially. The strengths are a close link between health researchers and potential users of their researches especially policy makers and the bridging role of policy entrepreneurs.⁽¹⁸⁾ In addition, there is a need to involve civic groups in the process to ensure successful policy change.



More effective health research system could be achieved through various measures. Firstly, there is an urgent need for capacity building of health researchers and this has to be done through on the job-training basis. Existing senior health researchers are expected to devote part of their times to this capacity building process. There is also a need to create a productive working environment for health researchers which bureaucratic system is proved not be able to serve this objective. A more flexible management system under an autonomous public organization can be used for this purpose but this has to be done with a mechanism to ensure transparency and accountability.

Secondly, additional research budget is needed and it could be mobilized from other public organizations who are users of research results by making health research more responsive to demand of these organizations. Achieving an earmarked budget of 1% of total health budget, by enactment of the National Health Research Bill could be a long term solution and needs a strong political support. It is recommended that part of this research budget should be spent on capacity building of health researchers by paying more on personnel cost to allow junior researcher working under mentorship of senior researcher and by paying some long term fellowship for health researchers in selected priority areas of expertise on the condition that these fellows come back and fully commit in long term on health research – “a professional researcher” career path.

Thirdly, there is a need to strengthen research management system to ensure efficient use of research resources as well as to enhance the use of research results for health system development. This could be done through a competent research manager. A special training programme and research management tools need to be developed for this capacity strengthening. Research management tools include guideline for prioritizing research agenda or research mapping, research quality framework, monitoring and evaluation of research study and most importantly skills in “knowledge management” which translate research into several channels of communication to e.g. general public, professional councils, practitioners and policy decision makers.

Finally, there is a need to strengthen leadership of health research system through a structural reform. This reform has to be well-prepared to minimize undesirable consequences. It’s recommended that an existing research funding agency, with a flexible and efficient management system, should perform this leading function temporarily during this transition period.



References

- ¹ Haddad S, Baris E, Narayana D. Safeguarding the health sector in times of macroeconomic instability: policy lessons for low- and middle-income countries. International Development Research Centre. 2008.
- ² Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithumrongsawat S. Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. Health Policy 68 (2004), p 17-30.
- ³ Phoolcharoen W. Quantum leap: the reform of Thailand's health system. Health Systems Research Institute; 2004.
- ⁴ Center for Alcohol Studies. Objectives of research program. [cited 2008, April 2] Available from URL: <http://www.cas.or.th/index.php?content=plantarget>
- ⁵ Office of the National Research Council of Thailand. National Research Policy and Strategies (2008-2010). Office of the National Research Council of Thailand; 2008.
- ⁶ Hanworavongchai P, Chunharas S, Anakamanee K, Chunsuttiwat S, Yodmanee N. Health research strategies setting. National Research Council of Thailand; 2007.
- ⁷ Health Systems Research Institute. Report of the 4th meeting of Health Systems Research Committee in August 2007. Health Systems Research Institute; 2007.
- ⁸ Commission on Health Research for Development. Health research: essential link to equity in development. Oxford University Press; 1990.
- ⁹ Office of the National Research Council of Thailand. National survey on R&D expenditure and personnel of Thailand. Office of the National Research Council of Thailand; 2007.
- ¹⁰ United Nation Development Program. Capacity Development. Technical Advisory Paper 2. New York: 1997.
- ¹¹ Pitayarangsarit S, Tancharoensathien V. Beyond training: Thailand experience on sustaining capacity in health policy and system research. International Health Policy Program. ... 2007.
- ¹² Health Systems Research Institute. Lessons learnt from health system research management. Health Systems Research Institute; 2004.
- ¹³ Common Wealth of Australia. Research quality framework: assessing the quality and impact of research in Australia. Advanced approaches paper. 2005.
- ¹⁴ Panichkul S. Problems of ethical review process in Thailand. FERCIT Newsletter Vol 3. No.6, 2004. Available from URL: <http://www.geocities.com/fercit> [cited 2008 April 25]
- ¹⁵ Wasi P. Triangle that moves the mountain and health systems reform movement in Thailand. Human Resources for Health Development Journal Vol 2(4) 2000. p 106-110.
- ¹⁶ Green A. Converting research on primary care to policy: primary health care component. Mission report submitted to European Commission supported Health Care Reform Project. 2007.
- ¹⁷ Phoolcharoen W. In-depth interview in March 2008.
- ¹⁸ Tangcharoensathien V., Wibulpolprasert S., Nitayarampong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. Bulletin of the World Health Organization, 2004; 82(10): 750-756]



ก้าวสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ :

สาระการประชุมเชิงปฏิบัติการ “ก้าวต่อไปของการวิจัยระบบสุขภาพ”

วันที่ 28 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรม Rose Garden สวนสามพราน นครปฐม

นำเสนอ...

สู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

นับตั้งแต่มีการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปีพ.ศ.2535 เพื่อทำหน้าที่ในการศึกษาวิจัย และสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงที่ผ่านมาผลงานส่วนหนึ่งได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการดำเนินงาน และนโยบายทางด้านสุขภาพ รวมทั้งมีสถานการณ์ของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ อาทิ ในปี 2544 เกิดพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ ฯ และต่อมาเกิดพระราชบัญญัติกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และท้ายสุด พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งแน่นอนที่สุด การเปลี่ยนผ่านดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานทั้งเชิงบวกและเชิงลบ คำถามที่ตามมาจึงอยู่ที่จะมีการปรับบทบาท และสร้างความชัดเจนของการดำเนินงานของหลาย ๆ องค์กร ภาควิชาหรือไม่ อย่างไรก็ตามทั้งจะร่วมหาทางออกในการขจัดจุดอ่อนและผลกระทบเชิงลบ พร้อมเสริมสร้าง ผลเชิงบวกให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นได้อย่างไร

สวรส. ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์กรที่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จึงต้องหันกลับมาทบทวนบทบาทขององค์กร เพื่อพัฒนาความพร้อมและรังสรรค์กระบวนการดำเนินงานเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง จึงได้ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภาคีสุขภาพ ที่ต่างให้ความสำคัญกับอย่างก้าวที่เปลี่ยนไปของระบบสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนผ่านที่หลากหลายนี้ เข้าร่วมระดมพลังปัญญา ความคิด ความรู้ เพื่อกำหนดบทบาท ก้าวอย่างที่สำคัญขององค์กรเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และกระบวนการต่าง ๆ รองรับระบบสุขภาพของประเทศโดยรวม โดยได้มีการจัดเวทีเชิงปฏิบัติการ “ก้าวต่อไปของการวิจัยระบบสุขภาพ” ขึ้นในวันที่ 28 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรม Rose Garden สวนสามพราน จ.นครปฐม ทั้งนี้ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นี้ ได้รับความร่วมมือจากนักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน ดำเนินการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นต่าง ๆ เพื่อเป็นประเด็นสำรณำเข้าในกระบวนการแลกเปลี่ยนของการประชุม ซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญคือ

- 1) ค่าใช้จ่ายของงานวิจัยสุขภาพ : กรณีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 2) การสร้างขีดความสามารถสำหรับการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศไทย
- 3) บทวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อเสนอต่อการดำเนินงาน Link Research to Policy
- 4) การวิจัยระบบสุขภาพในพื้นที่

ในภาคส่วนต่อไปของเอกสารนี้ จึงเป็นการนำเสนอสาระที่ได้จากการนำเสนอของวิทยากร และข้อแลกเปลี่ยนในเวที ฯ ดังกล่าว ซึ่งเป็นข้อมูลที่จะมีประโยชน์ต่อการสังเคราะห์ก้าวอย่างต่อไปของการวิจัยระบบสุขภาพต่อไป



ค่าใช้จ่ายบานวิจัยสุขภาพ
: กรณีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



ค่าใช้จ่ายงานวิจัยสุขภาพ : กรณีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์

การพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศจำเป็นต้องมีงานวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้การกำหนดแนวทางการพัฒนาเป็นไปอย่างเหมาะสม องค์ประกอบที่สำคัญของระบบวิจัยสุขภาพของประเทศประกอบด้วย 1) นโยบายและทิศทางงานวิจัยสุขภาพ (stewardship) 2) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย (capacity development) 3) การสร้างองค์ความรู้ (knowledge generation) 4) การจัดการความรู้และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (utilization and management of knowledge) และ 5) การจัดหาทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการวิจัย (mobilization of resources) (1) โดยปัจจัยทั้งห้านี้มีความเชื่อมโยงและมีผลกระทบต่อกันและกัน



องค์ประกอบดังที่กล่าวมาข้างต้น ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการวิจัย โดยเฉพาะเรื่องเงินสนับสนุนงานวิจัยสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญและแปรเปลี่ยนได้รวดเร็วตามสถานการณ์ จึงเหมาะที่จะนำมาวิเคราะห์เพื่อสะท้อนความเข้มแข็งของระบบวิจัยสุขภาพของประเทศ สร้างความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และช่วยในการสังเคราะห์ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพโดยรวมต่อไป

เนื่องจากข้อจำกัดในการได้มาซึ่งข้อมูลรายละเอียดทางการเงินและผลงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทุนวิจัยสุขภาพของประเทศ และข้อจำกัดของระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกศึกษาเฉพาะข้อมูลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในช่วงปี 2545-2550

การศึกษานี้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 3 ประการ คือ

1. ศึกษาแหล่งเงินวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
2. ศึกษาวิธีการจัดสรรเงินวิจัยของ สวรส.
3. ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของงานที่เกิดจากเงินสนับสนุนงานวิจัยสุขภาพของ สวรส.

วิธีการศึกษา

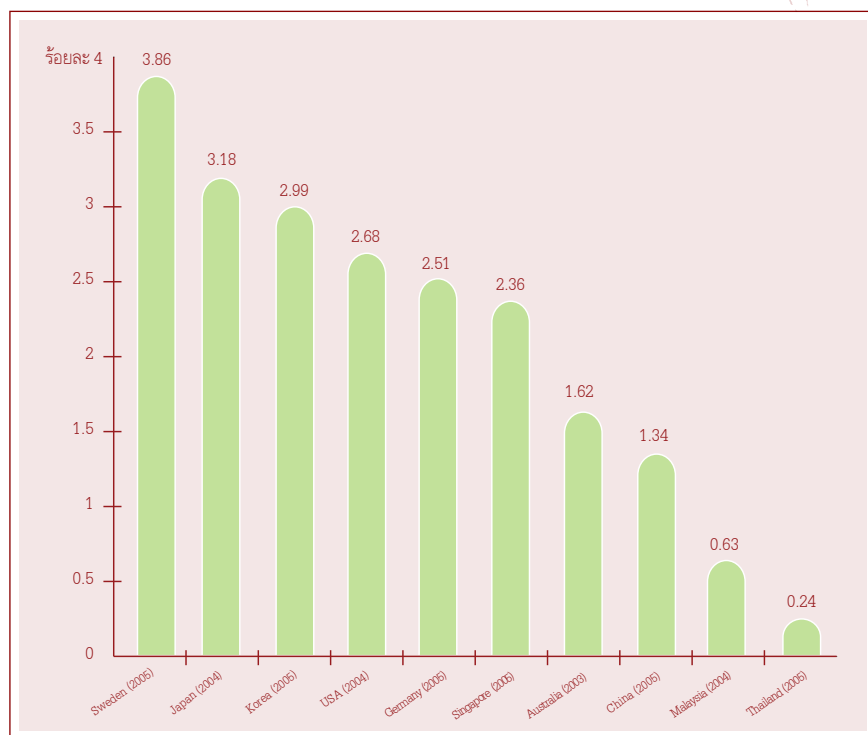
การศึกษานี้ใช้ข้อมูลหลักจาก 2 แหล่งคือ การทบทวนเอกสารต่าง ๆ เพื่อแสดงข้อมูลเกี่ยวกับภาพรวมเงินสนับสนุนงานวิจัยสุขภาพของประเทศ และการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการบริหารจัดการงานวิจัยของ สวรส. ในช่วงปีงบประมาณ 2545-2550 วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ค่าใช้จ่ายด้านงานวิจัยของประเทศโดยรวม

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาในปีงบประมาณ 2548 จำนวนทั้งสิ้น 16,667 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.24 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ซึ่งต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วค่อนข้างมาก (แผนภูมิที่ 1)

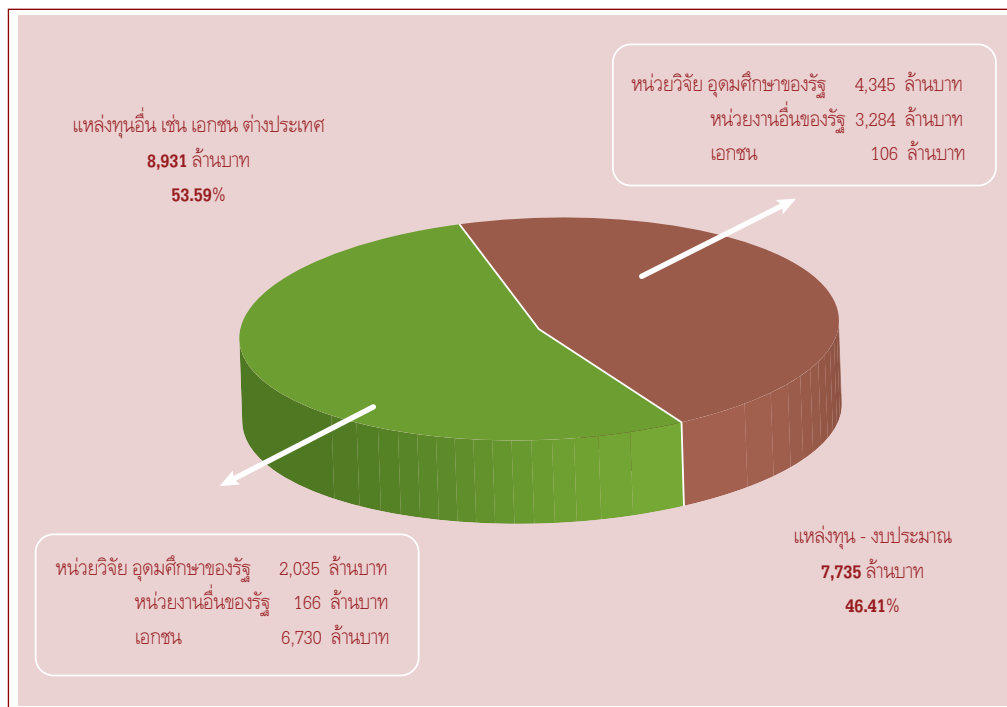
แผนภูมิที่ 1 : ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติของประเทศไทยเทียบกับประเทศอื่น ๆ



แหล่งที่มา : OECD, 2006. (2)

เมื่อจำแนกตามแหล่งทุน พบว่า มาจากงบประมาณ จำนวน 7,735 ล้านบาท (ร้อยละ 46.41) และแหล่งทุนอื่น ๆ จำนวน 8,931 ล้านบาท (ร้อยละ 53.59) โดยหน่วยงานอุดมศึกษาของรัฐเป็นหน่วยดำเนินการวิจัยที่ได้รับทุนวิจัยมากที่สุด คือ 6,380 ล้านบาท (เป็นงบประมาณ จำนวน 4,345 ล้านบาท และเป็นแหล่งทุนอื่น ๆ จำนวน 2,035 ล้านบาท) รายละเอียดตามแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 : แหล่งทุนของค่าใช้จ่ายด้านงานวิจัยและหน่วยดำเนินการวิจัย ปีงบประมาณ 2548



แหล่งที่มา : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2550.⁽³⁾

ค่าใช้จ่ายด้านงานวิจัยสุขภาพ

ภาครัฐเป็นหน่วยงานหลักที่ใช้จ่ายเงินเพื่อดำเนินงานวิจัยสุขภาพ (1,263.9 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 68.6) โดยสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาของรัฐ เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีค่าใช้จ่ายเพื่อดำเนินงานวิจัยมากที่สุด (วงเงิน 747.7 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 40.6) เมื่อรวมทุกส่วนแล้ว พบว่าหน่วยดำเนินการวิจัยได้ใช้จ่ายเงินในการดำเนินงานวิจัยสุขภาพคิดเป็นเงินทั้งสิ้น 1,842.5 ล้านบาท (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 : ค่าใช้จ่ายที่หน่วยดำเนินการวิจัยสุภาพใช้ในปีงบประมาณ 2548

หน่วยงาน		วงเงิน (ล้านบาท)	ร้อยละ
ภาครัฐ	อุดมศึกษารัฐบาล	747.7	40.6
	รัฐบาล	484.4	26.3
	รัฐวิสาหกิจ	31.8	1.7
ภาคเอกชน	ธุรกิจ	574.6	31.2
	อุดมศึกษาเอกชน	3.3	0.2
	เอกชนไม่ค้ากำไร	0.7	0.0
รวม		1,842.5	100.0

แหล่งที่มา : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2550. ⁽³⁾

ในส่วนธุรกิจภาคเอกชนซึ่งมีการใช้จ่ายเงินเพื่อการวิจัยและพัฒนาด้านสุภาพจำนวน 574.6 ล้านบาทนั้น พบว่าเกือบทั้งหมด (573.0 ล้านบาท) เป็นการวิจัยและพัฒนาในส่วนอุตสาหกรรมการผลิต มีการวิจัยและพัฒนาในส่วนอุตสาหกรรมบริการเพียง 1.6 ล้านบาท

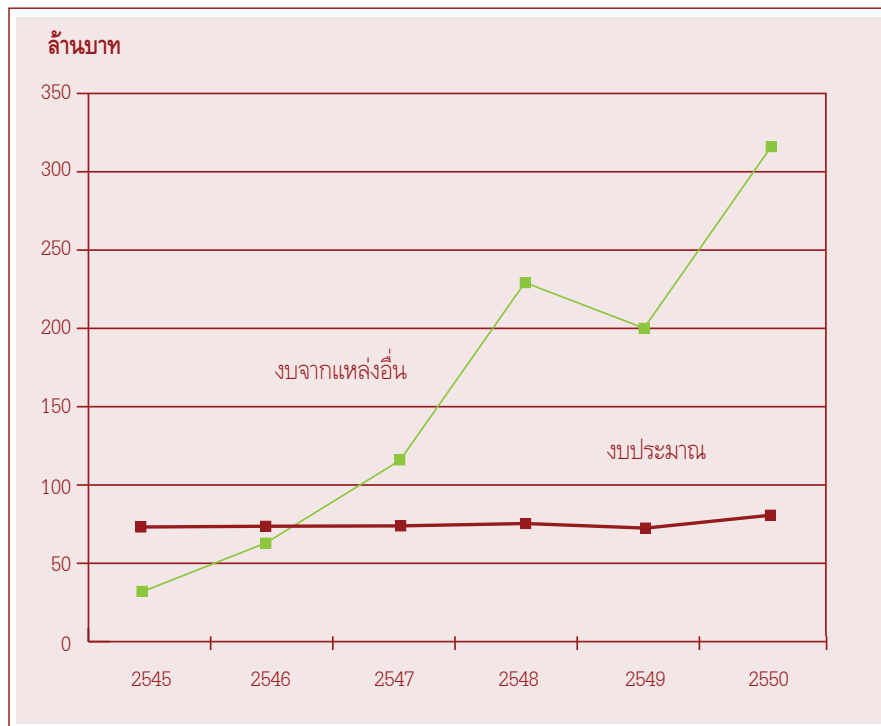


เงินสนับสนุนการวิจัยสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2535 สวรส.ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์งานวิจัย พ.ศ.2548-2550 ซึ่งระบุวิสัยทัศน์ไว้ว่า “สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จะเป็นองค์กรภาคีที่เข้มแข็งร่วมกับองค์กรอื่นในการร่วมเรียนรู้ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับปวงชนชาวไทย” และระบุพันธกิจไว้ว่า “สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจะร่วมสร้างกลไกอย่างต่อเนื่อง ในการสร้าง จัดการ และประยุกต์ใช้องค์ความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมโยงอำนาจรัฐ เพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพและระบบสุขภาพอย่างสมดุลพอเพียง” ⁽⁴⁾

แหล่งเงินงบประมาณของ สวรส.ในช่วงปี 2545-2550 แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 3 ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า ในปี 2545 สวรส. ได้รับงบประมาณจำนวน 72.8 ล้านบาท และงบประมาณที่ได้รับไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในช่วงปี 2546-2549 ส่วนปี 2550 งบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 82.3 ล้านบาท เนื่องจากรัฐบาลในช่วงนั้นมีนโยบายสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ สำหรับเงินสนับสนุนการวิจัยของ สวรส. ที่ได้รับจากแหล่งอื่นในช่วงปี 2545-2550 มากกว่าเงินงบประมาณในช่วงเดียวกัน 2.1 เท่า โดยเงินจากแหล่งอื่นมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือ มากกว่าเงินงบประมาณตั้งแต่ปี 2547 และในปี 2550 มากกว่าเงินงบประมาณ 3.8 เท่า (เงินจากแหล่งอื่น 314.8 ล้านบาท เงินงบประมาณแผ่นดิน 82.3 ล้านบาท)

แผนภูมิที่ 3 : แหล่งเงินงบประมาณของสวรส. ปีงบประมาณ 2545-2550



เงินงบประมาณของ สวรส.

เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดของการจัดสรรเงินงบประมาณที่ สวรส.ได้รับ (ตารางที่ 2) พบว่า สวรส. มีการจัดทำแผนงบประมาณแบบขาดดุล (คือมีแผนการใช้จ่ายเงินมากกว่างบประมาณที่ได้รับ) ทุกปี โดยจัดทำงบขาดดุลน้อยที่สุดในปี 2550 คือ ขาดดุล 15.3 ล้านบาท และมากที่สุดในปี 2545 คือ ขาดดุล 81.6 ล้านบาท โดยส่วนที่ขาดดุล สวรส. จะใช้เงินจากกองทุนพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ สวรส. ดูแลอยู่มาสมทบ มีส่วนน้อยที่เป็นการสมทบเงินจากแหล่งอื่น แต่เมื่อดูผลการใช้จ่ายเงินจริง พบว่า สวรส. ใช้จ่ายเงินจริงเพียงร้อยละ 63-84 ของแผนที่กำหนดไว้ (เนื่องจากไม่สามารถหานักวิจัยมาดำเนินการวิจัยได้ตามแผนที่กำหนด และมีความล่าช้าในการส่งงานและเบิกจ่ายเงินในแต่ละงวด) ส่งผลให้การใช้จ่ายเงินจริงไม่ต่างจากงบประมาณที่ได้รับมากนัก ในขณะที่งบดำเนินการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยล่าสุดในปี 2550 เป็นเงิน 28.4 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 30.2 ของค่าใช้จ่ายจริงจากงบประมาณในปี 2550 หรือ ร้อยละ 6.9 ของค่าใช้จ่ายของ สวรส. ทั้งหมด (งบประมาณ+เงินจากแหล่งอื่น)

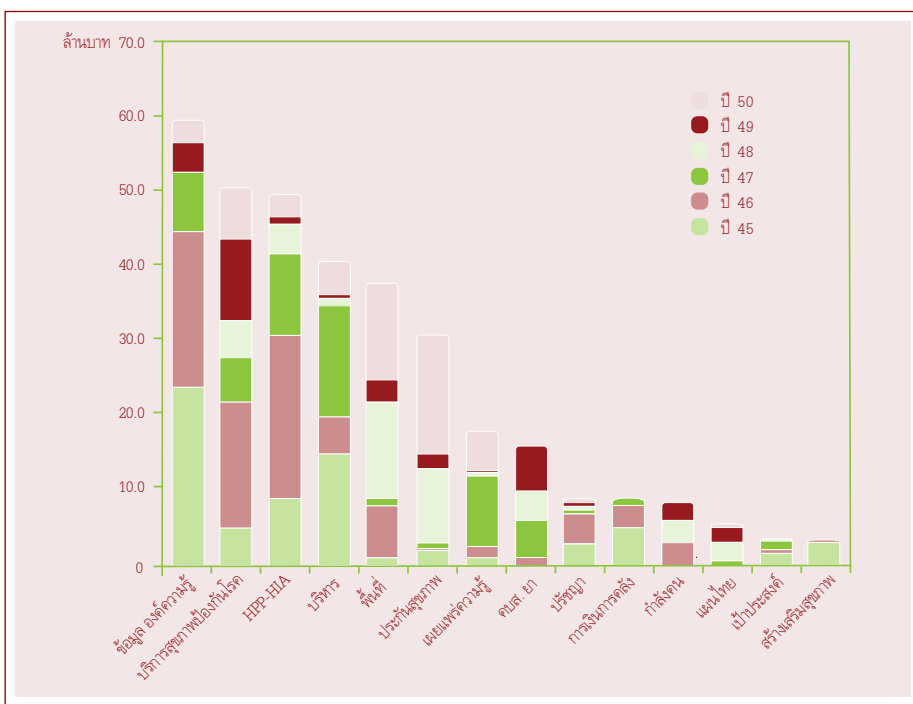
ตารางที่ 2 : การบริหารงบประมาณของ สวรส. ปีงบประมาณ 2545-2550

ปี	งบที่ได้รับ (ล้านบาท)	แผนการใช้จ่าย (ล้านบาท)	ใช้จ่ายจริง (ล้านบาท)	งบดำเนินการ (ล้านบาท)	งบสนับสนุนวิจัย (ล้านบาท)
2545	72.8	154.4	97.6	25.2	72.4
2546	73.4	126.4	105.7	22.3	83.4
2547	73.7	119.0	85.1	24.9	60.2
2548	75.6	95.1	71.1	25.5	45.6
2549	71.9	88.6	57.5	26.4	31.1
2550	82.3	97.6	76.9	28.4	48.5
รวม	449.7	681.1	493.9	152.7	341.2

งบประมาณที่ สวรส. ใช้จ่ายจริงในปี 2545-2550 จำนวน 493.9 ล้านบาท เมื่อหักงบดำเนินการทั่วไปจำนวน 152.7 ล้านบาทแล้ว สวรส. นำเงินไปสนับสนุนการวิจัยจำนวน 341.2 ล้านบาท ซึ่งเมื่อจำแนกเงินสนับสนุนการวิจัยตามประเด็นที่กำหนดในธรรมนูญสุขภาพ (ธรรมนูญสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่ สวรส. ตั้งเป็นเป้าหมายของยุทธศาสตร์ในช่วงปี 2545-2550) กับประเด็นที่สำคัญอีก 2 ประเด็น คือ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และการพัฒนาระบบวิจัยในระดับพื้นที่ (area-base) พบว่าในช่วงปี 2545-2550 ประเด็น 5 อันดับสูงสุดที่ สวรส. ให้การสนับสนุน คือ ระบบข้อมูลและการสร้างองค์ความรู้ ระบบบริการสุขภาพ ระบบป้องกันโรค Health Impact Assessment & Healthy Public Policy ระบบบริหารจัดการ และระบบวิจัยในระดับพื้นที่ (แผนภูมิที่ 6) เมื่อจำแนกลงไปถึงระดับชุดโครงการที่สนับสนุนพบว่า 10 ชุดโครงการที่ให้การสนับสนุนวงเงินสูงสุดมีรายละเอียดตามตารางที่ 3 ซึ่งชุดโครงการวิจัยเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะอยู่ในประเด็นหลักที่ สวรส. ให้การสนับสนุนเงินงบประมาณมากเป็นอันดับต้น ๆ



แผนภูมิที่ 4 : การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่สำรวจ.ให้การสนับสนุน เรียงตามงบประมาณ
แผ่นดินที่สำรวจ.ให้การสนับสนุน ในปี 2545-2550



ตารางที่ 3 ขุดโครงการวิจัยที่ สวรส. สนับสนุนงบประมาณ วงเงินสูงสุด 10 อันดับแรก

ชื่อขุดโครงการวิจัย	วงเงิน	ระยะเวลา
- การศึกษาติดตามเด็กไทยระยะยาว ระยะที่ 2	17.3	2545 – 2546
- การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2549-2550	16.3	2549 – 2550
- การศึกษาติดตามเด็กไทยระยะยาว ระยะที่ 1	15.4	2544 – 2545
- สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ	8.6	2544 – 2545
- แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะ	8.3	2546 – 2547
- การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกับการสร้างเสริมสุขภาพ	6.1	2546 – 2548
- การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	6.0	2549 – 2550
- การวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้	5.7	2546 – 2549
- การวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5.1	2547 – 2550
- การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548-2549	5.0	2548 – 2549

งบประมาณจากแหล่งอื่น

สวรส.ได้รับงบประมาณจากแหล่งอื่นในช่วงปีงบประมาณ 2545–2550 รวมทั้งสิ้น 951 ล้านบาท โดยมีแหล่งเงินสนับสนุน คือ

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	วงเงิน	399	ล้านบาท
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	วงเงิน	295	ล้านบาท
- กรมบัญชีกลาง	วงเงิน	156	ล้านบาท
- สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข	วงเงิน	45	ล้านบาท
- มูลนิธิ Rockefeller	วงเงิน	13	ล้านบาท
- องค์การอนามัยโลก	วงเงิน	12	ล้านบาท
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	วงเงิน	10	ล้านบาท
- กรมควบคุมโรค	วงเงิน	8	ล้านบาท
- อื่น ๆ	วงเงิน	13	ล้านบาท

เงินงบประมาณจากแหล่งอื่น ส่วนใหญ่จะเป็นเงินที่ใช้การสนับสนุนชุดโครงการที่ริเริ่มขึ้นใหม่ตามจุดประสงค์ที่แหล่งทุนกับ สวรส. ร่วมกันกำหนด และมักเป็นงานเพิ่มเติมไปจากแผนการดำเนินงานที่ สวรส. มีอยู่เดิม โดยชุดโครงการที่เป็นเงินสนับสนุนจากแหล่งอื่น วงเงินสูงสุด 10 อันดับแรก แสดงในตารางที่ 4 ชุดโครงการเหล่านี้มักจะเป็นโครงการต่อเนื่องระยะเวลามากกว่า 1 ปี และมีวงเงินสนับสนุนค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับเงินที่ สวรส. สนับสนุนโดยใช้งบประมาณของ สวรส. เอง

ตารางที่ 4 ชุดโครงการวิจัยที่สวรส.ใช้งบประมาณจากแหล่งอื่นในการสนับสนุน วงเงินสูงสุด 10 อันดับแรก

ชื่อชุดโครงการวิจัย	วงเงิน (ล้านบาท)	ระยะเวลาดำเนินการ
- พัฒนาข้อมูลข่าวสาร ระยะที่ 2	196.4	2548 – 2553
- แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	180.0	2548 - 2552
- การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	139.9	2549 – 2550
- พัฒนาข้อมูลข่าวสาร ระยะที่ 1	108.6	2547
- เสริมสร้างสุขภาวะผู้พิการ	105.5	2548 – 2551
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา	87.0	2548 – 2551
- หน่วยจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด	86.2	2549 – 2552
- การสำรวจสุขภาพคนไทย ครั้งที่ 3	46.6	2545 – 2547
- ประมวลผลข้อมูลผู้ป่วยในของ สปสช.	42.8	2546 – 2547
- แผนงานพัฒนากำลังคนปีที่ 2,3	35.6	2549 – 2551

ผลการดำเนินงานที่เกิดจากงบประมาณทั้งในส่วนงบประมาณแผ่นดินและเงินจากแหล่งอื่น มีอยู่มากมาย ซึ่งพอจะจำแนกผลงานที่เกิดขึ้นได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. การสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และเครือข่ายงานวิจัย ในด้านระบบสุขภาพ
2. การเผยแพร่องค์ความรู้ที่สร้างขึ้นผ่านสื่อสาธารณะต่าง ๆ เพื่อให้สังคมได้รับทราบองค์ความรู้เหล่านี้ และร่วมในการนำองค์ความรู้เหล่านี้ไปใช้ประโยชน์
3. การสื่อสารกับผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้ไปใช้ในการออกกฎหมายและกำหนดนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ

ตัวอย่างผลสัมฤทธิ์ที่สำคัญในเชิงนโยบาย จากการดำเนินงานของ สวรส. ในช่วงปีงบประมาณ 2545-2550 ได้แก่

1. การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ กรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
2. การพัฒนากระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นผลสำเร็จ
3. การพัฒนาต้นแบบโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”
4. การผลักดันให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณ 4 บาทต่อบัตรเพื่อการเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถนะผู้พิการ การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถนะคนตาบอดด้วยบริการฝึกทักษะ orientation & motility และผลักดันให้มีประเด็นผู้พิการปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550
5. การประสานงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ครั้งที่ 3 และผลักดันจนคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ แผนการสำรวจภาวะสุขภาพและตรวจร่างกายประชาชน พ.ศ.2551-2555
6. การผลักดันเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ จนคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 - 2559
7. การสร้างองค์ความรู้ที่ใช้เพื่อขับเคลื่อนการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ ส่งผลให้มีการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551

ผลสัมฤทธิ์ในเชิงนโยบายส่วนใหญ่ มีความสอดคล้องกับชุดโครงการวิจัยที่ สวรส. ให้การสนับสนุนงบประมาณ อย่างไรก็ตาม มีชุดโครงการวิจัยบางส่วน ซึ่ง สวรส. ให้การสนับสนุน แต่ไม่สามารถดำเนินการตามแผนอย่างครบถ้วนได้ เนื่องจากประสบปัญหาในการบริหารจัดการ (เช่น ชุดโครงการติดตามเด็กไทย ระยะยาว) แต่เหตุการณ์ดังกล่าว ก็มีได้แปลว่าการให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน จะไม่บังเกิดประโยชน์เลย เพราะงานวิจัยก็คือ กระบวนการเรียนรู้ในสิ่งที่ยังไม่รู้แน่ชัด จึงมีความไม่แน่นอนในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ในระดับหนึ่งเสมอ ดังนั้น สิ่งที่ได้เรียนรู้จากงานวิจัยลักษณะนี้ คือ การไม่ออกแบบ กระบวนการวิจัยในลักษณะที่ประสบปัญหาอีก

สรุป

1. ในปีงบประมาณ 2545-2550 สวรส.ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ รวมทั้งสิ้น 1,445 ล้านบาท โดยได้รับงบประมาณจากแหล่งอื่นมากกว่าเงินงบประมาณ 2.1 เท่า และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแหล่งสำคัญที่สุดของทุนจากแหล่งอื่น
2. ประเด็นที่ สวรส. สนับสนุนทุนวิจัยมากที่สุด คือ ประเด็นระบบข้อมูลและการสร้างองค์ความรู้
3. การสนับสนุนทุนวิจัยสุขภาพของ สวรส. มุ่งสร้างองค์ความรู้เพื่อการขับเคลื่อนสังคม และการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย ซึ่งผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการในสังคมและนโยบายด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมซึ่งสอดคล้องกับเงินงบประมาณที่ได้สนับสนุนไป



ข้อเสนอแนะ

1. จากศักยภาพและความสนใจที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมมากขึ้นของภาคเอกชน จึงควรที่หน่วยงานภาครัฐจะขยายพันธมิตรงานวิจัยสู่ภาคเอกชนให้มากขึ้น ซึ่งภาคเอกชนจะเป็นแหล่งเพิ่มเติมที่สำคัญของทุนสนับสนุนงานวิจัยคุณภาพและนักวิจัยคุณภาพ

2. การวัดประสิทธิภาพของหน่วยให้ทุนวิจัยควรดูจาก สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อการดำเนินการทั่วไปต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด ร่วมกับการที่องค์กรมีและปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ชัดเจนในเรื่องการสนับสนุนทุนวิจัยและการยุติการให้ทุนวิจัย

3. การวัดประสิทธิผลของหน่วยให้ทุนวิจัย ควรดูที่ภาพรวมของผลลัพธ์ทั้งหมดขององค์กรที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ มากกว่าการดูผลเป็นรายงาน/โครงการโดยใช้แนวคิด unit cost เพราะงานวิจัยแต่ละประเด็นมีต้นทุนที่ต้องใช้แตกต่างกันมาก และมีความเสี่ยงที่ผลการดำเนินงานจะไม่เป็นอย่างที่คิดในระดับที่แตกต่างกันไป การวัดประสิทธิผลในระดับแผนงาน/โครงการ อาจทำให้หน่วยให้ทุนวิจัยเสี่ยงการให้ทุนวิจัยในเรื่องที่ถึงแม้จะเป็นประโยชน์ต่อประเทศอย่างมาก แต่ก็ประเด็นที่ซับซ้อน ต้องลงทุนมาก และมีโอกาสล้มเหลว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่การเงินของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรวบรวมข้อมูลทางการเงิน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและเครือข่ายทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization South-East Asia Region. Strategies for Health Research Systems Development in South-East Asia Region. [online] 2001. [cited 2008 April 28]; Available from : URL: <http://www.searo.who.int/meeting/rc/rc54/inf3-rev1.pdf>
2. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Main Science and Technology Indicators 2006/1. 2006.
3. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. การสำรวจค่าใช้จ่ายและบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทย ประจำปี 2550. กรุงเทพมหานคร: วงศ์สว่างการพิมพ์; 2550.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์งานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2548-2550.



สรุปข้อวิพากษ์ และการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น

ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา

ต้องขอชมเชยคุณหมอกิตตินันท์ที่พยายามทำงานที่เรียกว่า impossible เพราะงานยากจริง ๆ เคยเห็นความพยายามของหลายคนในหลายครั้งที่พยายามศึกษาว่า ระบบการเงินของการวิจัยเป็นอย่างไรและควรจะทำอย่างไร ซึ่งแค่บอกว่า ปัจจุบันเป็นอย่างไรก็ยากมาก ๆ เราพยายามทำงานโดยมีความเข้าใจว่า “เงินไปที่ไหนอำนาจไปที่นั่น” จากประสบการณ์ที่ TDRI เป็นคนรับงานและเงินทำวิจัย สิ่งหนึ่งที่ทราบและตระหนักคือ ประเทศไทยไม่ได้ขาดเงินวิจัย เวลานี้เงินวิจัยจำนวนมากกำลังวิ่งไล่จับนักวิจัย สัดส่วนหรือความสมดุลระหว่างเงินกับคนนั้นแย่มาก เรื่องนี้คล้าย ๆ กับรัฐให้งบประมาณ สปสช. จำนวนมาก แต่หาหมอมาให้บริการไม่ได้ หมอในระบบของรัฐหาไม่ได้แล้ว ลาออกไปเรื่อย ๆ

จริง ๆ แล้วเงินตามหาคน เมื่อเป็นอย่างนั้นแล้วคนที่เป้นราชาในเรื่องนี้คือนักวิจัย คนที่มีเงินอยากจะทำให้ทำอย่างนั้นอย่างนี้ แต่ก็หานักวิจัยไม่ได้ ฉะนั้น constraining factor จึงอยู่ที่นักวิจัย เราไม่ต้องเป็นห่วงเรื่องการจัดระบบระเบียบการวิจัย แต่เราต้อง organize นักวิจัยให้ดีกว่า การตั้งองค์กรวิจัยที่มีวัฒนธรรมการวิจัยอย่างที่ต้องการเป็นเรื่องสำคัญ และเงินจะตามมาเอง คนให้ทุนมีมากมายไม่เคยเห็นสถาบันวิจัยแห่งไหนที่บ่นว่าไม่มีเงิน สวรรส. เองก็ใช้เงินไม่หมด พวกเราตอนที่ตั้ง TDRI ขึ้นมาก็หวังว่าจะหาเงินได้ยังไง แต่เหตุการณ์ไม่เป็นเช่นนั้น การที่จะมาดูระบบ financing จึงเป็นเรื่องห่างไกลตัว การจัดองค์กรวิจัย การสร้างวัฒนธรรมการวิจัยเป็นเรื่องสำคัญกว่า

การใช้เงินเป็นเครื่องมือกำหนดทิศทางการวิจัย โดยมีการจัดลำดับความสำคัญ (priority setting) ของการลงทุนวิจัยนั้น เรามักจะพบว่าไม่เป็นไปตามนั้น หากถามว่า TDR มีการ set priority หรือไม่ และเงินมาได้อย่างไร จะพบว่า TDR หารายได้จาก project by project แต่ไม่ว่าเงินจะมาอย่างไร เราก็สามารถเลือกงานได้ด้วย เพราะเงินมีมาก แม้ในยุคที่การเมืองหรือฝ่ายนโยบายไม่สนับสนุน เงินทุนวิจัยก็มีเป็นจำนวนมาก มีคนรับจ้างทำงานวิจัยเต็มไปหมด TDR ก็อยู่ได้อย่างสบาย ๆ

ฉะนั้นเงินจึงเป็นเรื่องท้าย ๆ ที่ควรพิจารณา ถ้าจะผลักให้งานวิจัยเคลื่อนไปตามทิศทางที่ต้องการ ต้องมีความมั่นใจก่อนว่า เรามีความคิดและมีความชัดเจนว่า กำลังจะสร้างอะไร ไม่ใช่การหาเงิน แต่ต้องคิดถึงเรื่องวัฒนธรรมองค์กร การสร้างกลุ่มบุคคล ผมคิดว่าการพูดเรื่องการกำหนดทิศทางการวิจัยจะทำให้ทำอะไรมัน เราต้องทำโดยการชั่งสุมนคน อย่าไปคิดถึงเรื่องการชั่งสุมนเงิน เพราะเงินมีอยู่กระจัดกระจายมากมายเต็มไปหมด

ศ.ดร.ปิยะวัติ บุญหลง

ผมไม่แน่ใจว่าการนำเสนอหัวข้อย่อนี้มีเป้าหมายอะไร ข้อมูลทั้งหมดนี้อธิบายอะไร ถ้าเบื้องต้นเพื่อแสดงให้เห็นว่า สวรรส. อยู่ตรงไหนของระบบสุขภาพ ก็จะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาต่อไป

อาจารย์อัมมารวิจารณ์ว่า ข้อมูลนี้อาจจะไม่ใช่ว่าตัวแปรสำคัญที่จะใช้ทำงานต่อไป ข้อมูลกำลังคนน่าจะเป็นตัวแปรที่สำคัญมากกว่า การมาประชุมวันนี้เพื่อจะมองภาพต่อไปของการวิจัยระบบสุขภาพ ไม่ทราบว่าคุณจะฟันธงไปเลยได้หรือไม่ว่า เรื่องเงินไม่สำคัญเท่าไร

ผมอยากจะร่วมแลกเปลี่ยนประเด็นที่ว่า นักวิจัยที่มีฝีมือมีจำนวนจำกัด ถ้าจะทำงานเชิงนโยบายซึ่งต้องการนักวิจัยที่มีประสบการณ์ก็จะติดตรงนั้น สกน.มีบทบาทที่กว้างกว่าเรื่องนโยบาย สามารถหาพื้นที่ในการทำงานได้ เช่น การลงไปที่จังหวัด การทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียในจังหวัด นักวิจัยก็หาเอาแถวนั้น เพื่อตอบคำถามในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งของการทำนโยบายระดับประเทศคือ ลูกค้าจำกัดมาก

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ผมอยากตั้งประเด็นต่อว่า มหาวิทยาลัยก็มีมาก และควรจะเป็นที่ทำงานวิจัย

อีกประเด็นคือ ภาคเอกชนกับการวิจัย ทำอย่างไรจึงจะให้ภาคเอกชน

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

เรื่องเงินเพื่อใช้ในการวิจัย จะมองว่ามีเหลือเพื่ออาจจะถูก แต่หากมองอีกประเด็นว่าเงินที่ได้เข้าไปอยู่ตรงจุดที่เหมาะสมหรือเปล่า ได้ถูกนำไปใช้ให้เกิดความเข้มแข็งของระบบวิจัยสุขภาพ แล้วก็ไปส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพของคนในประเทศหรือเปล่า

อาจารย์อัมมารและอาจารย์ปิยะวัตติพัฒน์เหมือนกันคือ ขาดคน คนที่มีความสามารถสูง ถ้าเช่นนั้นก็ต้องตั้งคำถามว่า เงินที่ว่าไม่ขาด ก็น่าจะเอาไปสร้างคนหรือไม่

ผมอยู่ในคณะกรรมการของโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.) ซึ่งโครงการนี้เกิดขึ้นเมื่อปี 2539-40 หลังจาก สกว. ทำงานมา 3-4 ปีแล้ว เนื่องจากเกิดความยากลำบากในการที่จะทำให้ความเข้มแข็งของการวิจัยระดับประเทศ ซึ่งเป็นโครงการที่ประสบความสำเร็จสูงยิ่งของ สกว. โครงการนี้เน้นการสร้างคนระดับปริญญาเอกเทียบเท่านานาชาติ ซึ่งเทียบเท่าจริง ๆ จบมา 1,000 กว่าคนแล้ว มีทั้งที่จบในประเทศไทยและต่างประเทศ มีอาจารย์ที่ปรึกษาต่างประเทศร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาไทยด้วย ซึ่งเริ่มเมื่อ 10-11 ปีที่แล้ว ก็เป็นที่รู้กันว่าประเทศไทยไม่มีศักยภาพที่จะผลิตปริญญาเอกขนาดนั้น ผมจำได้ปลายปี 2539 ได้ไปพูดที่จุฬา ไปหาพวก ทุกคนก็บอกผมประมาณ 80-90% ที่อยู่ในห้องนั้นบอกว่า forget it ประเทศไทยไม่พร้อม นี่คือการคิด ผมก็กลับมาด้วยความ frustrate และมานั่งคิดว่า **ความพร้อมต้องสร้าง** ไม่ใช่ต้องรอ ฉะนั้นต้องรุกไปข้างหน้า

ผลคือว่า ขณะนี้เรามีขีดความสามารถที่จะผลิตคนคุณภาพสูงขนาดนั้นได้ประมาณปีละ 500-600 คน แต่เรามีเงินที่จะจ่ายได้เพียง 250-280 คน ตอนหลังก็ใช้วิธี recruit เงินมาจากมหาวิทยาลัยที่จะเป็นผู้ร่วมผลิต และมี สกอ. มาร่วมด้วย ฉะนั้นถ้าหากเงินในการวิจัยระบบสุขภาพ มีเหลือจริง ผมคิดว่าควรนำเงินนี้ไปใช้สำหรับ capacity building คือหาทางใส่เงินเข้าไปในการสร้างคน ซึ่งมี platform อยู่แล้ว คือโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.) นอกจากนี้ คณะกรรมการ คปก. มีการพูดกันว่า 10 ปีให้หลัง ถึงแม้จะมีผู้ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง แต่ต้องโยงเข้าสู่โจทย์วิจัยและสร้าง platform ของโจทย์ใหญ่ ๆ ที่มีผลกระทบต่อบ้านเมือง ซึ่งระบบสุขภาพก็เป็นโจทย์ใหญ่อันหนึ่ง และสวรส. ดูแลอยู่ มีความเข้าใจ มีความสามารถในการที่จะบริหารจัดการให้เกิดผลงานวิจัยและโยงไปสู่การสร้างนักวิจัย

ตรงนี้เป็น platform หนึ่ง ซึ่งยังมี platform อื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็น IHPP หรือโครงการในระดับพื้นที่อื่น ๆ ที่สามารถใช้เงินในส่วนที่เหลือให้เกิดคุณค่า คำว่าเงินเหลือแปลว่าเราไม่มีปัญหาใช้เงิน ผมไม่ชอบ ผมว่าเราต้องมีปัญหาใช้เงินได้อย่างดี



ผมมองว่า ถ้ารู้สีกว่ามีเงินแต่ขาดคนและวนอยู่กับปัญหานี้ เป็นเพราะอาการโรคของระบบ คือ เป็นโรคขาดนักจัดการงานวิจัย ฉะนั้น สิ่งที่น่าจะทำในลักษณะ R&D คือ วิจัยที่ไม่ใช่วิจัยแบบ basic ไม่ใช่วิจัยแบบแยกส่วน ต้องเป็นวิจัยแบบมองภาพใหญ่ มองอย่างเชื่อมโยง ฉะนั้นสิ่งที่ durable คือ ต้องมี program ขึ้นมา อาจเรียกว่า R&D manager เป็นโปรแกรมที่จะพัฒนาผู้จัดการงานวิจัย R&D หัวใจหรือหลักการคือต้องเป็นการพัฒนาด้วยการร่วมกันลงมือทำ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ใครที่ทำงานระยะ 4-5 ปีหลังนี้จะเห็นว่ามีภาวะความเครียดในระบบสุขภาพคือสภาพแย่งคนทำงานกัน เพราะมี node ใหม่ ๆ เกิดขึ้นมาก ไม่ว่าจะเป็น สปรส. สสส. สปสช. ฯลฯ คนทำงานเหลือน้อยลง นี่เป็นประเด็นหนึ่ง

ประเด็นที่สอง คือมุมมองใหญ่ของการวิจัยระบบสุขภาพ คำว่าสุขภาพนั้นไม่ใช่การแพทย์ การสาธารณสุขแบบเดิม แต่คือ “สุขภาพะ” พอพูดตรงนี้แล้วกลับไปดูงานวิจัยที่ทำ จะพบว่าการทำงานวิจัยยังเป็นวิจัยการแพทย์ การสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่ได้ไปถึงเรื่องสุขภาพะ

การวิจัยระบบสุขภาพ แบ่งแบบง่าย ๆ เป็นการวิจัยระดับมหภาค (macro) กับระดับจุลภาค (micro) ส่วนที่ทำงานคิดว่าเป็นระดับ micro มากกว่า macro จะเห็นว่า สรส. ทำการวิจัยระดับ macro หลายเรื่อง หนุนให้เกิดกลไกการทำงาน และการปฏิรูปใหญ่ ๆ เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็น พรพ. หรือ พรบ.สุขภาพ

แนวโน้มที่นักวิชาการทำงานระดับ micro นั้นไม่แปลก เพราะนักวิชาการถนัดแบบนั้น การทำงานระดับ macro ต้องมองกว้างและเป็นสหวิทยาการ ต้องมีการจัดการที่ดี ไม่เช่นนั้นจะทำงานระดับ macro ไม่ได้ การวิจัยระดับ macro เมื่อทำแล้วต้องเกิดนโยบายสาธารณะ เมื่อเกิดนโยบายสาธารณะแล้วต้องเกิด action เกิด action แล้วต้องเกิดการเปลี่ยนแปลง เป็น manage change ซึ่งต้องคิดก่อนวิจัย ให้เห็นภาพสุดท้ายแล้วก็วิจัยให้เกิดความรู้ ให้เกิดนโยบาย ให้เกิดการปฏิบัติ การวิจัยที่ไม่เกิดผลลัพธ์สุดท้ายเป็นการลงทุนที่เกิดประโยชน์น้อย ดังนั้นเวลาวางแผนต้องคิดแบบนี้ แล้วก็องค์กรเดียวทำไม่ได้ ต้องใช้หลายองค์กรที่จะต้องมาร่วมกันคิด



มุมมองใหญ่ประเด็นที่สามเป็นความท้าทาย คือ การตั้งโจทย์ประเด็นวิจัย ต้องเลือกประเด็นที่สำคัญ ทั้งนี้ ปัจจัยสามตัวซึ่งหลายท่านพูดไปแล้ว คือ เงิน ผมไม่เห็นด้วยกับอาจารย์หลายท่าน เพราะเงินไม่ได้เหลือเพื่อแต่ไม่ขาด ขณะนี้ยังไม่ขาดแต่ต่อไปอาจจะขาด สิ่งที่ขาดคือเรื่องคน/องค์กรที่เข้ามาร่วมทำ และหัวใจสำคัญคือการจัดการ ที่จะทำให้คนและองค์กรเข้ามาร่วมกัน คิดด้วยกัน ทำด้วยกัน ผมคิดว่าเราต้องการ new management style ต้องไม่คิดแบบองค์กรของเราและเครือข่ายของเรา ต้องทะลุออกไปให้ได้ คือต้องเป็นตัวกลางในการสานพลังที่จะร่วมคิดแล้วกระจายออกไปทำ ซึ่งบางเรื่องต้องฉีกก้ำกั๋งทำ บางเรื่องกระจายออกไปทำ ทั้งนี้ ในส่วนของ สช. ตอนที่เรานำออกแบบ พรบ.สุขภาพ เราหวังว่า สวรส. จะเป็นกลไกสนับสนุนด้านความรู้ สำหรับร่าง พรบ. ต้องทำงานแบบเป็นคู่แฝด แต่ตอนหลังหายไปเป็นอิสระจากกัน ซึ่งต่อไปคงต้องเข้ามาช่วยกัน

ประเด็นที่สี่ ต้องนึกถึงประเด็นใหญ่ ๆ ที่ยังไม่มีใครทำ และน่าจะทำเช่น ประเด็น health care system reform ซึ่ง สวปก. ที่อยู่ภายใต้ สวรส. ทำเรื่องวิจัยระบบหลักประกัน แต่ผมคิดว่าเรามีระบบ UC (Universal Coverage) แล้ววันนี้ แต่ health care system ยังไม่ถูก reform จึงเป็นเรื่องใหญ่มาก ๆ

ขณะเดียวกัน มีโจทย์เรื่องบทบาทกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นอย่างไรในยุคปัจจุบัน เพราะขณะนี้สับสน และจะเกิดความรุนแรงทางความคิดและทางปฏิบัติ เพราะความรู้ไม่พอที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งขณะนี้เปลี่ยนเรื่อง UC แต่ไม่เปลี่ยนระบบบริการ ในขณะที่เราทำเรื่องวิจัยเพื่อสร้างระบบสุขภาพชุมชน (primary care) ถามว่าจะเกิดได้ไหม ถ้าทั้งระบบไม่ไป ดังนั้นต้องคิดระบบใหญ่ ซึ่งเรื่อง public private mix ถือเป็นเรื่องใหญ่มาก

ตัวอย่างอีกเรื่อง คือ เรื่องนโยบายสาธารณะ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เรื่องนี้เมื่อก่อน สวรส. ให้การสนับสนุน ผมคิดว่าเป็นเรื่องใหญ่มาก ที่การดำเนินนโยบายสาธารณะส่งผลกระทบต่อบุคคล และจากการที่ พรบ.สุขภาพ ได้ระบุถึงการมีกลไกประเมินผลนโยบายสาธารณะ ดังนั้นกลไกด้านวิชาการต้องเข้ามาสนับสนุน ซึ่งปัจจุบันงานนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจาก สวรส. และแม้แต่กลไกในพื้นที่ก็ไม่ได้เข้ามาสนับสนุน มีเพียงบางภาคเท่านั้น

ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา

ผมคิดว่าเรามีนักวิจัยจำนวนมากที่อยากทำวิจัย และมีเงินพอที่จะดำเนินการได้ ความจริงแล้วเราต้องการคนประเภทที่มีความมุ่งมั่นที่จะทุ่มเทในเรื่องนี้ ผมคิดว่าคนที่เรียน จบใหม่ ๆ 60-70% อยากจะทำวิจัย แต่เราขาดองค์กรที่สนับสนุนการทำวิจัย ซึ่งมหาวิทยาลัยไม่ใช่แน่ แต่มหาวิทยาลัยพยายามตั้งศูนย์ต่าง ๆ ซึ่งศูนย์ที่ประสบความสำเร็จมีจำนวนน้อย ผมคิดว่าศูนย์วิจัยที่ประสบความสำเร็จในด้านสุขภาพคือ IHPP ในระยะหลังมี HITAP (Health Interventions and Technology Assessment Program) ผมเห็นว่าเป็นการสร้างองค์กร สร้างวัฒนธรรมที่ต้องการ ไม่ใช่ manager อย่างที่อาจารย์วิจารณ์ เสนอ manager is the last thing you want เราต้องการ entrepreneur เป็นคนรัก เป็นคนไปหาเงิน เป็นคนที่สามารถให้องค์กรทั้งองค์กร จะเรียก leader ได้หรือเปล่า แต่ผมชอบคำว่า entrepreneur มากกว่า เป็นคนที่สามารถผนึกกำลังภายในองค์กรได้ และถ้ามีโครงการดี ๆ ก็จะได้รับ การสนับสนุน ปัญหาคือจะหาคนอย่างนี้ได้อย่างไร คนที่มีความสามารถจบปริญญาได้คะแนนเยี่ยม ๆ จะเป็น entrepreneur มักจะเป็นไม่ได้ สิ่งเหล่านี้เป็นทักษะพิเศษ ถ้าได้รับการสนับสนุนก็จะดี ผมสังเกตดูว่าองค์กรวิจัยที่ประสบความสำเร็จต้องมีขนาดไม่ใหญ่อ่าง IHPP หรือ TDRI ใหญ่กว่านี้จะเริ่มมีการจัดการรวนวาย ปัญหาที่เกิดขึ้นในมหาวิทยาลัยโยทยนั้นคือลองตั้งโยทยที่ไม่ valuable โยทยมาจากราชา เมื่อสนใจเรื่องใดก็ตั้งศูนย์ขึ้นมา เมื่อคนไม่มุ่งมั่นก็หมดไป

ผมเป็นห่วงเหมือนกันว่า องค์กร IHPP หรือ HITAP จะรอดได้หรือไม่ ถ้ารอดได้ 5-10 ปี ก็จะไปต่อได้ ทั้งนี้ ในส่วน TDRI ที่อยู่ได้ถึงทุกวันนี้ ก็อาศัยทรัพยากรนอกกระบบค่อนข้างมาก

สิ่งที่คุณหมออำพลพูดว่าอยากจะทำโน่นทำนี่ ต้องหาคนดี ๆ ที่จะมาเป็น entrepreneur ซึ่งเป็น model ที่ สวรส. พยายามทำในยุคหนึ่ง แล้วก็สร้างไปได้ แต่ส่วนใหญ่ที่ประสบความสำเร็จเร็วและง่าย และกลายเป็น operation เช่น สสส. ผมไม่ถือว่าเป็นงานวิจัย นี่เป็นงานผลิตภัณฑ์ ใช้วิชาความรู้มากน้อยแค่ไหนก็แล้วแต่ ส่วนของ สสส. เป็น pure operation ไม่ใช่งานวิจัย แต่ว่าก็สร้างข้อมูลขึ้นมาเยอะ ส่วนที่อยากมากกว่าคือ ส่วนที่เป็นงานวิจัยมากกว่า เช่น IHPP และ HITAP ซึ่งเป็นเรื่องที่จะต้องสร้าง super model ให้ดี ผมใช้คำว่า model ในความหมายที่ว่ามีการกิจที่ต้องทำ มีกระแสเงินที่ไหลเข้าไหลออกที่มาเลี้ยงตัวเองด้วยงบประมาณที่มีคนพร้อมที่จะหามาให้ และอยู่ไปได้เรื่อย ๆ ซึ่งต้องไม่ใช่เรื่องของตัวบุคคลคนเดียว แต่ขึ้นกับการสร้างระบบว่าดีแค่ไหน

นายพลทรัพย์ ปิยะอนันต์

จริง ๆ แล้วเราไม่ขาดเงินวิจัย บางท่านพูดว่าเราขาดนักวิจัย ผมมองว่าการขาดนักวิจัย เป็นเพราะเราทำงานซ้ำซ้อนกัน เราขาด critical mass ไม่มีการร่วมคิด สถาบันวิจัยในเมืองไทย ไม่รู้อะไรเต็มไปหมด ต่างคนต่างแย่งนักวิจัย ต่างคนต่างให้เงิน ในที่สุดขาด critical mass ในการแก้ปัญหา ขาดโจทย์ที่ดี ตอนผมเป็นผอ.กอง ดูแลงบประมาณของสกว.วิจัย ก็ถูกต่อว่าว่าให้งบประมาณวิจัย น้อยมากเมื่อเทียบกับงบประมาณอื่น ผมได้เขียนเรื่อง research planning and management ถึงวิธีการจะ manage อย่างไร แต่ไม่ได้เขียนเรื่องสาธารณสุข เป็นเรื่องวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยบอกกว้างวิจัยไม่ได้ขาด แต่คิดโจทย์ไม่เป็น โจทย์ไม่ดี แล้วใครจะให้เงิน ผมเป็นกรรมการ สสวท. ที่ส่งคนไปแข่งขันโอลิมปิก และกลับมา ก็ไปเรียนแพทย์ เรียนวิศวะ แต่ทางการวิจัยด้าน basic research กลับไม่มีเลย ผมจึงเสนอว่าถ้าใครได้ไปแข่งโอลิมปิก ได้เหรียญไม่ได้เหรียญ กลับมาจะให้เรียนปริญญาเอก แล้วก็ post doctoral ด้วย เพื่อจะเป็นนักวิจัย และถ้ากลับมาแล้ว คนไหนเก่ง ต้องให้เงินมากกว่าปกติอย่างน้อย 30% พร้อมกันนั้น สสวท. จะต้องทำ research program ให้ทำ ไม่ใช่เอาเงินไปส่งคนไปเรียนนอก แต่ไม่มี research program เวลากลับมาจึงไม่ได้เป็นนักวิจัย ซึ่งการคิดโจทย์วิจัยนั้น ยากมาก ยิ่งถ้าเป็น pure science ยิ่งยาก ถึงได้ขาดนักวิจัย และเห็นด้วยตามที่หมออำพลพูด คือต้องร่วมคิด แล้วกระจายกันไปทำ

นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์

กระบวนการวิจัยหรือการให้ทุนวิจัย ต้องมองสองด้านคือ ฝั่งของผู้ให้ทุนกับผู้ที่จะทำการวิจัยหรือหน่วยงานวิจัย ตามที่บอกว่าเงินพอ ถ้ามองสถานการณ์แบบ cross section ก็อาจจะเป็นอย่างนั้น แต่ปัญหาที่พบเมื่อมองย้อนกลับก็คือ เรามีกระแสเงินหรือ cash flow ของแต่ละเรื่องที่ค่อนข้างจะไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นอุปสรรคหนึ่งในการทำวิจัย หรือ capacity building โดยเฉพาะการวิจัยเชิงระบบหรืองานที่ต้องใช้เวลานาน เช่น การวิจัยเรื่องกลไกการจ่ายเงิน ซึ่งแต่ละเรื่องต้องใช้เวลาเป็น 5 ปี 10 ปี การทำงานลักษณะนี้ต้องทำให้เกิดความเป็นสถาบันที่ชัดเจน จะต้องมีการ node ต้องมีคนเกาะติด ต้องมีกระแสเงินที่รองรับได้มากและยาวนานพอ ถ้ามองว่านักวิจัยมีมากพอไหม อย่างที่อาจารย์อัมมารกล่าว นักวิจัยมีโอกาเลือก หากมองเห็นความเสี่ยง ก็จะเลือกไม่เข้าสู่โครงการวิจัย เพราะมองไม่เห็นว่ายู่ตรงนี้แล้วจะไปได้ตลอดหรือไม่ ดังนั้น การวิจัยแต่ละเรื่องที่กำหนดขึ้น นอกจากจะต้องมีผู้จัดการที่ดีแล้วยังต้องมีกระแสเงินสนับสนุนต่อเนื่องด้วย จึงจะทำให้ได้ผลวิจัยที่ตอบคำถามของประเทศได้

นพ.อรรถพล สุคนธา ณ พัทลุง

ผมเห็นด้วยที่บอกว่าทุนวิจัยมีเพียงพอ แต่หากพิจารณาในโรงเรียนแพทย์ ทุนวิจัยมักมาจากบริษัทยาที่สนับสนุนนักวิจัยทำวิจัยเรื่องยา ทำแล้วตีพิมพ์ได้ ผลงานวิชาการและได้เงินด้วย ขณะนี้ อาจถึงเวลาที่จะต้องมีการคัดเลือกคนที่มองผลประโยชน์ของชาติ ไม่ใช่มองผลประโยชน์ของหน่วยงานหรือของศูนย์ สิ่งนี้เป็นเรื่องสำคัญถ้าเราไม่ทำ คนเก่งของเราก็จะถูกดึงไปทำงานอื่นหมด

ประเด็นต่อมาเรื่องกำหนดคำถามการวิจัย คำถามบางคำถามโดยธรรมชาติแล้วตอบด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณไม่ได้ ต้องตอบด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งนี้พอมีกำถามชัด ก็ต้องมีการจัดการด้วย manager ซึ่งต้องมี power พอที่จะชี้ทิศได้ว่าจะไปทิศไหนและหุ้มนเงินไปได้ และต้องเรียนว่าการที่เงินใช้ไม่หมดบางครั้งไม่ได้แปลว่าเงินเหลือ แต่เป็นเพราะข้อจำกัดบางประการทำให้ใช้เงินไม่ได้ เช่น ระเบียบต่าง ๆ และข้อจำกัดบางอย่างทำให้ใช้เงินไม่ได้ เมื่อ เงินไม่ออกก็ทำงานไม่ได้ นักวิจัยก็เบื่อ พอไปเจอแหล่งทุนที่ให้ทำได้ ก็โยกย้ายไปทำตรงนั้นมากกว่า

อย่างไรก็ดีจะปล่อยให้ทุนวิจัยเป็นราชาอย่างเดียวไม่ได้ เพราะว่าไม่นานจะมีผู้ที่ต้องการผลประโยชน์เห็นช่องทางตรงนี้ ดังนั้น การวางแผนแก้ไขปัญหานี้จึงสำคัญมาก เพราะถ้าไม่แย่งชิงเอาคนที่มีความรู้เข้ามาสู่การทำงาน เราจะถูกแย่งชิงคนเหล่านั้นไป ผมมองว่าประเด็นเหล่านี้ต้องคิดกันว่าทำยังไง จะมีวิธีการที่คมชัด และมีงบประมาณสนับสนุนที่พอเพียง เพื่อให้มีคนทำงานได้อย่างไร



การสร้างขีดความสามารถสำหรับ
การวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศไทย
(Capacity Building for Health Policy
and System Research in Thailand)

นพ.ยศ ทีวีงวัฒนนานนท์ และคณะ



การสร้างขีดความสามารถสำหรับ การวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศไทย (Capacity Building for Health Policy and System Research in Thailand)

นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ

บทนำ

นิยาม

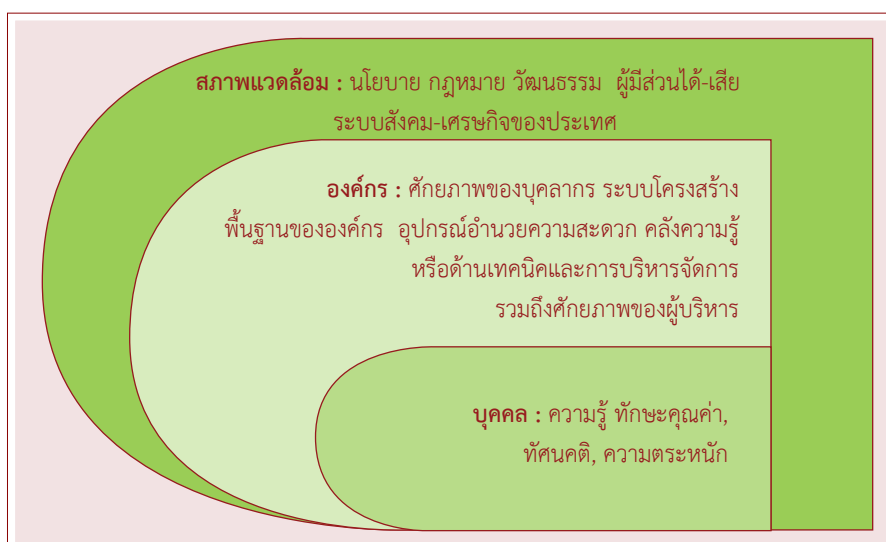
ตามที่องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศได้นิยามคำว่า “capacity” หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของประเทศ องค์กร กลุ่มหรือบุคคลในการทำ
หน้าที่เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ^[1] ดังนั้น จึงอาจสรุปว่า “capacity building”
หรือ “การสร้างขีดความสามารถ” เป็นวิธีการหรือระบบที่สนับสนุนให้เกิดศักยภาพ
ในการบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

National capacity is not just the sum total of individual capacities. It is a much richer and more complex concept that weaves individual strengths into a stronger and more resilient fabric. If countries and societies want to develop capacities, they must do more than expand individual human skills. They also have to create the opportunities and the incentives for people to use and extend those skills.... (Fukuda-Parr et al. UNDP 2001)

ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายมีได้หลายระดับ (ภาพที่ 1) ทั้งระดับปัจเจก องค์กรและสภาพแวดล้อม ซึ่งแต่ละระดับมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ในระดับปัจเจกเป็นเรื่องของความรู้ทางเทคนิค ทักษะ ทักษะคิดของบุคคล ขณะที่ความสามารถในระดับองค์กรขึ้นกับหลายปัจจัยตั้งแต่ความสามารถของบุคลากร โครงสร้างทางวัตถุและสิ่งอำนวยความสะดวก องค์กรความรู้ที่สั่งสม รวมถึงการบริหารจัดการในองค์กร

ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย องค์ประกอบที่เป็นทางการ เช่น นโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ และองค์ประกอบที่ไม่เป็นทางการ เช่น วัฒนธรรม บรรทัดฐาน รวมถึงศักยภาพของบุคคลและองค์กร รวมทั้งโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจภายใต้สภาพแวดล้อมนั้น

ภาพที่ 1 ระดับของการสร้างขีดความสามารถ



การวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ

การสร้างขีดความสามารถเป็นเรื่องทั่วไปที่ไม่จำเพาะหรือขึ้นกับวัตถุประสงค์ขององค์กรหรือกิจกรรมที่สนใจ ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงการสร้างขีดความสามารถสำหรับการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้

การวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ^[2] อาจนิยามอย่างกว้างได้ว่าเป็นการสร้างองค์ความรู้แก่สังคมเพื่อดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพที่ตั้งไว้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดสาขาของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพไว้ 6 สาขาหลัก ได้แก่

1. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสุขภาพ เช่น คุณภาพ รูปแบบ และการเข้าถึงบริการในระดับต่าง ๆ
2. การวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลและองค์ความรู้ เช่น การสร้างและใช้ข้อมูล องค์ความรู้ในการบริหารจัดการและกำหนดนโยบาย
3. การวิจัยด้านเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น คุณภาพ การเข้าถึง รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของเวชภัณฑ์และเทคโนโลยี
4. การวิจัยกำลังคนในระบบสุขภาพ เช่น การผลิต การเคลื่อนย้าย การกระจายและประสิทธิภาพของกำลังคน
5. การวิจัยการเงินการคลังสุขภาพ เช่น การจัดหางบประมาณ กลไก การจ่ายเงิน การปกป้องภาวะล้มละลายในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ ในระดับสังคมและครัวเรือน
6. การวิจัยระบบควบคุมและกำกับ เช่น ยุทธศาสตร์เชิงนโยบาย การควบคุมดูแลบุคลากร บริการและองค์กรด้านสุขภาพ



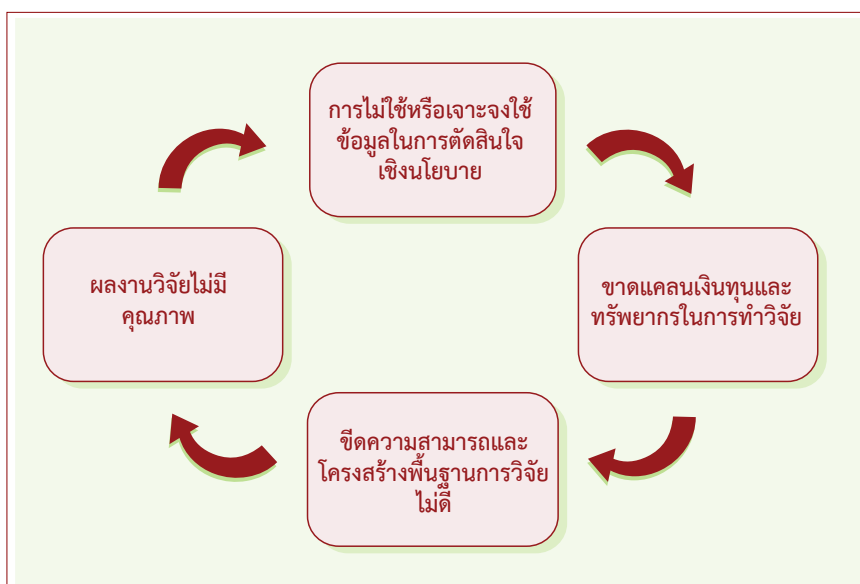
เพราะเหตุใดต้องสร้างขีดความสามารถสำหรับการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ

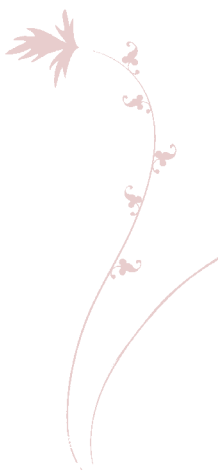
“การมีความรู้ที่มีคุณภาพดีและมีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบแล้วจะเป็นที่ต้องการของผู้กำหนดนโยบายนั้นเป็นสมมติฐานที่ล้าสมัย และเป็นวิธีคิดที่ง่ายและตรงไปตรงมาเกินไป”

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2549 ^[3]

ภาพที่ 2 แสดงวงจรเสื่อมของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพที่มักดำเนินอยู่ในประเทศที่ไม่ได้มีการตัดสินใจเชิงนโยบายที่วางอยู่บนพื้นฐานข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของการวิจัย มิได้จัดสรรทรัพยากรและงบประมาณให้เหมาะสม ทำให้ขีดความสามารถของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ผลสืบเนื่องคือได้ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำ ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือหรือต้องการของผู้บริหารและบุคคลทั่วไป สุดท้ายก็ไม่เกิดการใช้ข้อมูลวิจัยในเชิงนโยบายกลับเข้าสู่วังวนของวงจรเสื่อมต่อไป

ภาพที่ 2 วงจรเสื่อมของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ





อย่างไรก็ตาม การสร้างองค์ความรู้ที่มีคุณภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเอื้อให้เกิดการใช้ประโยชน์ในวงกว้าง หากแต่ผู้ใช้ข้อมูล ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร และบุคลากรด้านสุขภาพ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลที่เป็นผลจากการวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งมีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการใช้ข้อมูลนั้น ๆ เช่น ประชาชนส่วนใหญ่ในสังคมเข้าใจและตระหนักถึงความจำเป็นของข้อมูลในการกำหนดนโยบาย ดังนั้นการสร้างขีดความสามารถในการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพจึงไม่ควรเน้นเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยและองค์กรวิจัยเพียงอย่างเดียว หากแต่ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ใช้ข้อมูลวิจัยและประชาชนในสังคมให้มีศักยภาพในการเข้าใจ และนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จะสร้างขีดความสามารถของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพได้อย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สามารถจำแนกวิธีการในการสร้างขีดความสามารถในระบบสุขภาพได้เป็น 4 กระบวนการหลัก^[4] ได้แก่

1. การสร้างขีดความสามารถในระดับปัจเจก เน้นการพัฒนาศักยภาพในเชิงเทคนิคในระดับบุคคล โดยทั่วไปมักดำเนินการด้วยวิธีการฝึกอบรมหรือการศึกษาต่อเนื่อง ทั้งนี้ มีการวิจัยในประเทศปาเกิสถานระบุว่า การให้การศึกษาในระดับปริญญาเอกแก่บุคลากรจำนวนมากในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้ช่วยยกระดับคุณภาพของงานวิจัยและการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยด้านนโยบายและระบบสุขภาพ ตลอดจนมีส่วนร่วมสำคัญในการสร้างบุคลากรรุ่นใหม่ในระดับหลังปริญญา^[5]
2. การสร้างขีดความสามารถในระดับองค์กร ซึ่งรวมถึงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร การสร้างระบบประกันคุณภาพ รวมถึงการออกกฎหมายกฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการทำงาน นอกจากนี้ การคงไว้ซึ่งบุคลากรในองค์กรเพื่อให้มีจำนวนมากพอที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายและระบบ และการที่มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในหลากหลายสาขาวิชาเป็นสิ่งสำคัญเพราะการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพต้องอาศัยมุมมองและองค์ความรู้ในลักษณะสหสาขาวิชาเพื่อให้ผลงานเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง

3. การสร้างเครือข่าย มุ่งการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรหรือกลุ่มบุคคล โดยผ่านการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ หรือทรัพยากรในการทำงานร่วมกัน จากประสบการณ์ของประเทศไทย การสร้างเครือข่ายของผู้บริหารขององค์กรที่สำคัญในระบบสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ตั้งแต่สมัยเป็นนักศึกษาหรือในช่วงต้นของชีวิตการทำงาน มีการประสานความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของการมีอุดมการณ์ร่วมกัน ทำให้เกิดความไว้วางใจและกลายเป็นปัจจัยสำคัญในการผลักดันงานวิจัยสู่กระบวนการพัฒนานโยบายในปัจจุบัน ดังจะเห็นตัวอย่างได้จากการผลักดันนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^[6]
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม เพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดความตื่นตัวในการมีส่วนร่วมเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ ในการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพมีความจำเป็นให้ผู้มีส่วนได้-เสียและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมตั้งแต่การตั้งคำถามงานวิจัย ขณะดำเนินการวิจัยและรับรองผลงานวิจัย นอกจากนั้นการเผยแพร่งานวิจัยออกสู่สังคมในวงกว้างเป็นส่วนสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม เป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มโอกาสใช้ประโยชน์จากงานวิจัยสำหรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบาย

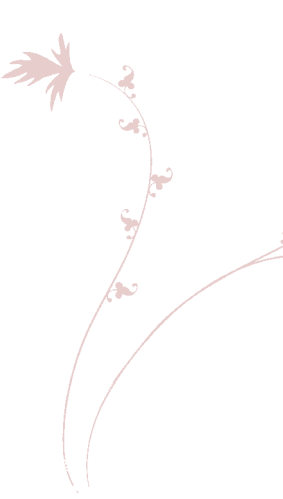
การประเมินขีดความสามารถ

ในการวางแผนเพื่อสร้างขีดความสามารถในการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพไม่ว่าจะเป็นในระดับใด มีความจำเป็นที่จะต้องทราบระดับศักยภาพของการสร้างและประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างประเทศพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนไม่มากนัก โดยส่วนใหญ่เป็นการประเมินศักยภาพในระดับบุคคลและองค์กร อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยบางส่วนที่พยายามประเมินศักยภาพของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาอย่างเป็นระบบ^[7] ซึ่งเป็นการสำรวจสภาพแวดล้อมและบริบทของระบบสุขภาพ รวมทั้งศักยภาพในระดับองค์กรนับตั้งแต่ จำนวนและคุณสมบัติของนักวิจัย จำนวนและประเภทของงานวิจัย รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้-เสีย



ในการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยได้สรุปว่าการขาดแคลนทุนวิจัยด้านนโยบายและระบบสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศกำลังพัฒนา ทุนวิจัยส่วนใหญ่เป็นทุนวิจัยระยะสั้น ขาดความยืดหยุ่นสำหรับการใช้ในกิจกรรมเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของนักวิจัยและบุคลากรในหน่วยงานวิจัย ทั้งนี้ การขาดแคลนทุนวิจัยส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการด้อยศักยภาพของหน่วยงานวิจัย และการขาดแคลนนักวิจัยจำนวนมากที่จะดึงดูดแหล่งทุนวิจัยขนาดใหญ่ การศึกษาโดย Alliance for Health Policy and System Research ^[2] พบว่า หน่วยงานวิจัยในประเทศกำลังพัฒนามักมีขนาดเล็ก จำนวนนักวิจัยเฉลี่ย 8 คน จำนวนนักวิจัยที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก 1-2 คน มีโครงการวิจัยเฉลี่ยประมาณ 1-3 เรื่องต่อปี ขนาดของเงินทุนวิจัยหมุนเวียนประมาณ 2.4 ล้านบาท นอกจากนี้ ยังพบว่าหน่วยงานวิจัยเหล่านี้ยังขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญหลากหลายในการทำวิจัยที่สามารถตอบปัญหาเชิงระบบอย่างเป็นองค์รวม และขาดช่องทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ตั้งแต่กระบวนการพัฒนาคำถามงานวิจัยจนถึงการเผยแพร่ผลการวิจัย

สำหรับประเทศไทยได้มีรายงานเป็นกรณีศึกษาถึงความสำเร็จของการสร้างขีดความสามารถสำหรับการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในรายงานขององค์การอนามัยโลก ^[6] ซึ่งได้ยกประสบการณ์การเพิ่มขีดความสามารถการวิจัยนโยบายและ



ระบบสุขภาพในประเทศไทย พบว่าในระยะเวลา 20 ปี ที่ผ่านมา หลายหน่วยงาน ทั้งในและต่างประเทศได้สนับสนุนการสร้างขีดความสามารถในด้านการวิจัย นโยบายและระบบสุขภาพ โดยเน้นการสร้างขีดความสามารถผ่านการจัดตั้งองค์กร โครงการ และการสนับสนุนให้บุคคลศึกษาต่อ หรืออบรมผ่านการทำงาน โดยสรุป ปัจจัยของความสำเร็จ 5 ประการ ได้แก่ (1) การให้คุณค่าต่อการทำวิจัยร่วมกันและการสร้างเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการของกลุ่มผู้บริหารในระดับผู้กำหนดนโยบาย (2) การตื่นตัวของภาคประชาชนและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาสังคมในกระบวนการนโยบาย (3) การก่อตั้งองค์กรที่มีหน้าที่ดูแลการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (4) การเปลี่ยนแหล่งทุนจากที่เริ่มต้นด้วยแหล่งทุนต่างประเทศมาเป็นแหล่งทุนภายในประเทศ และ (5) การสร้างกระบวนการสนับสนุนนโยบายที่อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ได้ถูกสะท้อนอยู่ในแนวคิดของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี

การสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องผ่านการวิจัยเป็นสิ่งที่สำคัญมาก แต่องค์ความรู้เพียงอย่างเดียวก็ยังไม่เพียงพอ ต้องอาศัยการเคลื่อนไหวทางสังคมหรือการเรียนรู้ทางสังคม และในทางกลับกัน การเคลื่อนไหวทางสังคมนั้นจะไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างมั่นคงถ้าปราศจากองค์ความรู้...นักการเมืองเป็นกลุ่มที่มีอำนาจในการใช้ทรัพยากรของรัฐผ่านกฎหมายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนา ดังนั้นหากปราศจากภาคการเมือง โครงสร้างการทำงานจะไม่สมบูรณ์ และเช่นกัน การเมืองที่ปราศจากองค์ความรู้และการเคลื่อนไหวทางสังคมจะไม่สามารถแก้ปัญหาได้

ศ.นพ.ประเวศ วะสี, 2550 ^[6]

การประเมินขีดความสามารถของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศไทย: กรณีศึกษาองค์กรเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

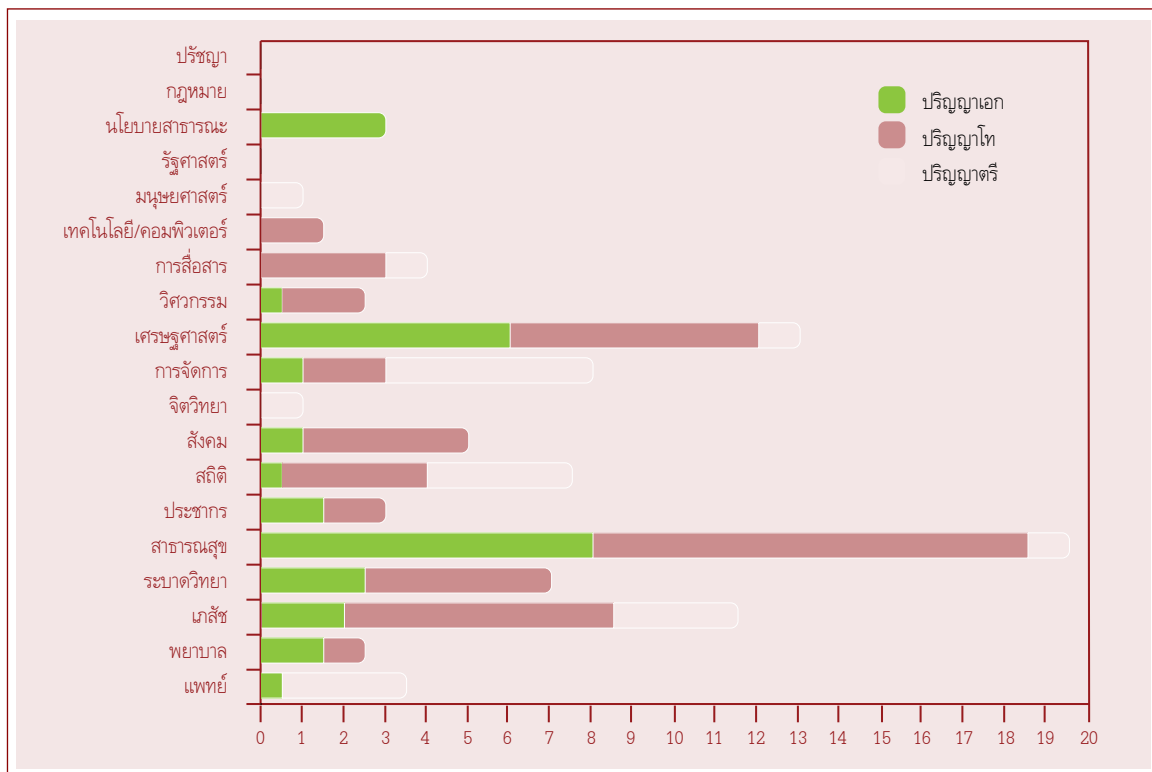
วัตถุประสงค์ประการหนึ่งของการศึกษานี้คือ การจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการสร้างขีดความสามารถของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศไทย การประเมินขีดความสามารถที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการทราบจุดแข็ง-จุดอ่อนและช่องว่างของขีดความสามารถ อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของเวลา ผู้วิจัยได้ประเมินขีดความสามารถของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพของหน่วยงานภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อเป็นกรณีศึกษาในเบื้องต้น ทั้งนี้ การติดตามและประเมินขีดความสามารถของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศ ควรมีการดำเนินงานโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเพื่อใช้สำหรับการวางแผนสร้างขีดความสามารถของการวิจัยด้านนี้ในระดับชาติ

การสำรวจขีดความสามารถในการศึกษานี้ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1-15 พฤษภาคม 2551 โดยใช้แบบสำรวจขีดความสามารถในการพัฒนาจากองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและจัดส่งให้องค์กรเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจำนวน 22 หน่วยงาน ได้รับการตอบกลับจำนวน 16 แบบสอบถาม ดังมีข้อสรุปดังต่อไปนี้

1. ขีดความสามารถในระดับปัจเจก

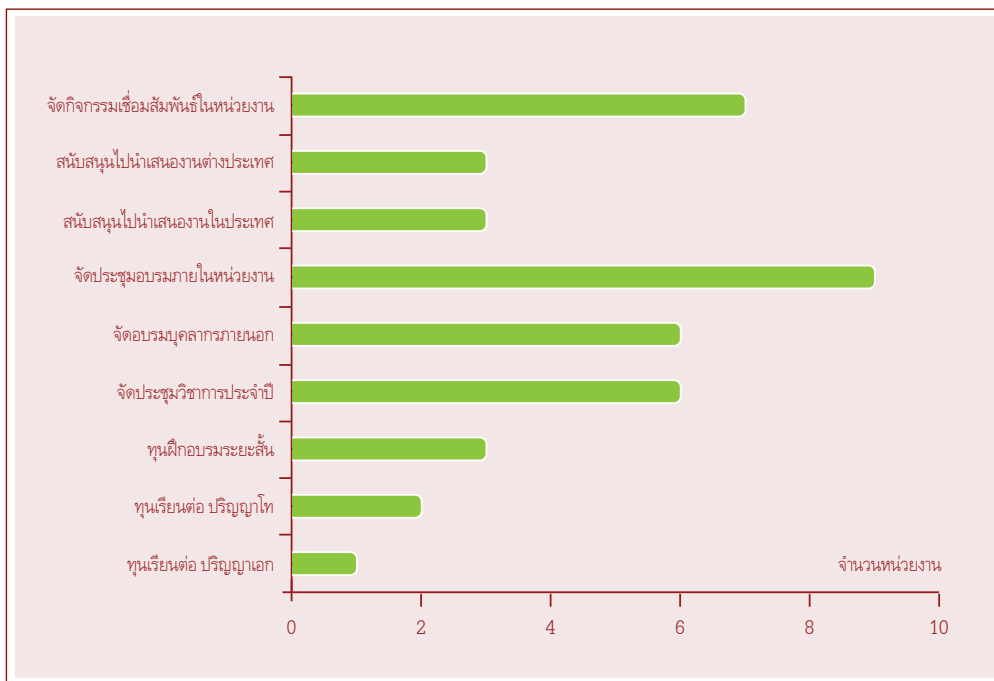
แผนภูมิที่ 1 แสดงสัดส่วนของบุคลากรแยกตามสาขาและวุฒิการศึกษา ซึ่งพบว่าบุคลากรในองค์กรสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทมีจำนวนมากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 50) มีบุคลากรร้อยละ 20 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอก โดยบุคลากรส่วนใหญ่มีความเชี่ยวชาญในด้านสาธารณสุข เกษษศาสตร์ สถิติ การจัดการและเศรษฐศาสตร์ ไม่พบว่ามีบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับปรัชญา กฎหมายและรัฐศาสตร์

แผนภูมิที่ 1 แสดงสัดส่วนของบุคลากรแยกตามสาขาและวุฒิการศึกษาสูงสุด



วิธีการส่วนใหญ่ที่หน่วยงานใช้ในการสร้างขีดความสามารถของบุคลากร ได้แก่ การประชุมและจัดอบรม (แผนภูมิที่ 2) ซึ่งเป็นกระบวนการระยะสั้น ส่วนการพัฒนาบุคลากรระยะยาว เช่น การสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโท และเอกนั้นอยู่ในองค์กรเป็นส่วนน้อย มีเพียงสองหน่วยงานที่ระบุว่าไม่มีกิจกรรมเพื่อสร้างขีดความสามารถในระดับปัจเจกครบทุกด้าน ในขณะที่สองหน่วยงานระบุว่าไม่มีกิจกรรมใด ๆ เลยในการสร้างขีดความสามารถของบุคลากร

แผนภูมิที่ 2 แสดงสัดส่วนกิจกรรมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรในองค์กร



2. ขีดความสามารถในระดับองค์กร

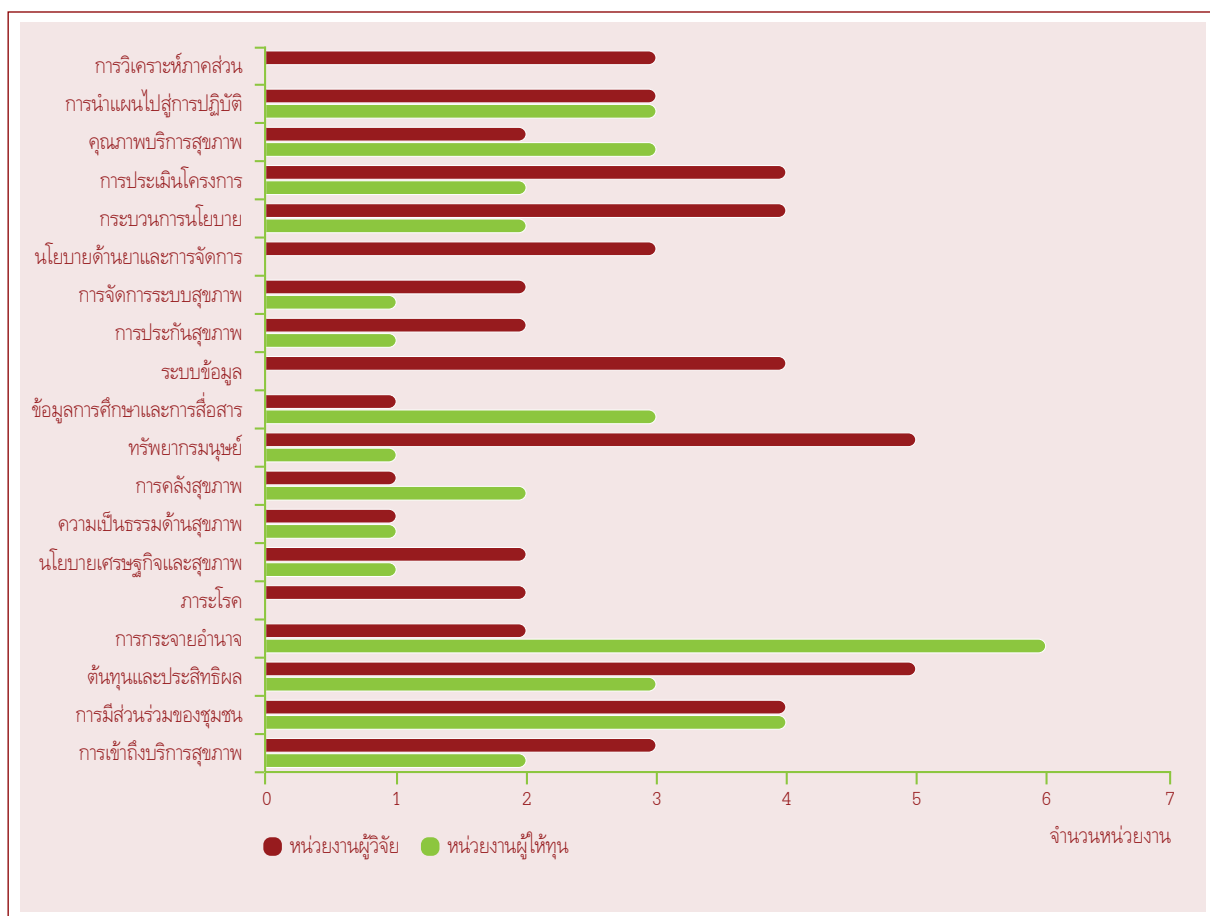
องค์กรในเครือข่ายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีการดำเนินงานครอบคลุมสาขาต่าง ๆ ของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพครบทั้ง 19 สาขา (แผนภูมิที่ 3) อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจชี้ให้เห็นว่ายังขาดหน่วยงานผู้ให้ทุนวิจัยหรือหน่วยงานวิจัยในบางสาขา และมีความไม่สมดุลระหว่างผู้ให้ทุนวิจัยกับหน่วยงานวิจัยในบางสาขา

ถึงแม้ว่าหน่วยงานที่ตอบแบบสอบถามจะเป็นเครือข่ายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีเพียงร้อยละ 38 ของจำนวนทุนวิจัยทั้งหมดในหน่วยงานเหล่านี้ที่มาจกสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ส่วนใหญ่ของทุนวิจัยมาจากหน่วยงานอื่นในภาครัฐโดยคิดเป็นร้อยละ 41 จากหน่วยงานอิสระที่ไม่แสวงหากำไร

ร้อยละ 12 และจากองค์กรระหว่างประเทศร้อยละ 9 ไม่พบว่ามีแหล่งทุนมาจากหน่วยงานเอกชนเลย ทุนวิจัยที่หน่วยงานเหล่านี้ได้รับส่วนใหญ่เป็นทุนวิจัยในระยะสั้น (1 ปี) และมีทุนวิจัยเฉลี่ย 1 ล้านบาทต่อโครงการวิจัยซึ่งอาจทำให้มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการใช้สร้างขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรวิจัย

ด้านการเข้าถึงวารสารวิชาการระดับนานาชาติ พบว่ามีหน่วยงานประมาณ ร้อยละ 80 จากหน่วยงานที่ตอบแบบสอบถามสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลได้ ซึ่งแบ่งเป็นฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยคิดเป็นร้อยละ 60 และฐานข้อมูลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 20 อย่างไรก็ตาม มีหน่วยงานอีกประมาณร้อยละ 20 ที่ไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลวารสารวิชาการใด ๆ ได้

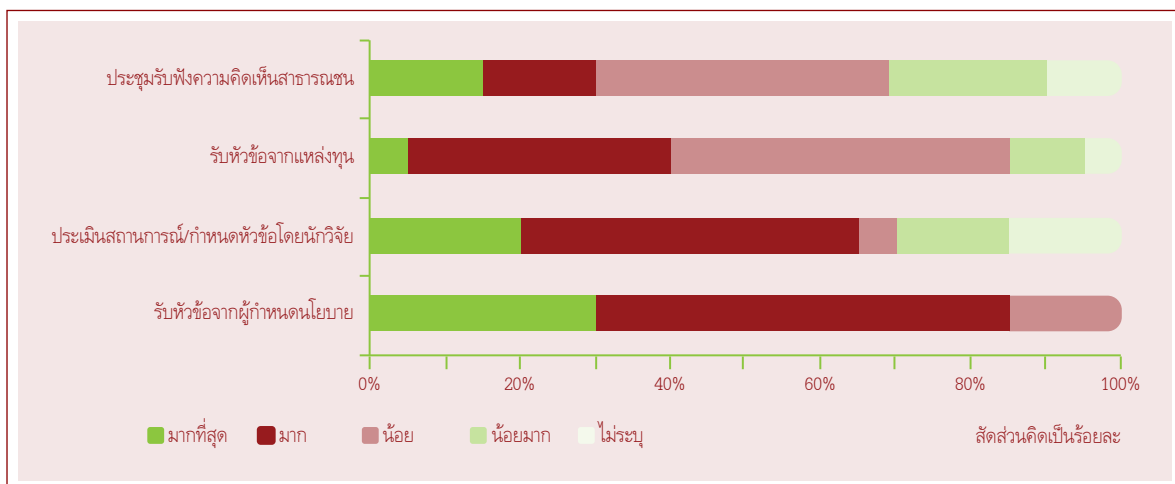
แผนภูมิที่ 3 แสดงจำนวนหน่วยงานที่ดำเนินงานวิจัยในขอบเขตของ HPSR



3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม

หน่วยงานเครือข่ายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทั้งที่เป็นผู้ให้ทุนและหน่วยงานวิจัยได้หัวข้องานวิจัยจากผู้กำหนดนโยบายมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85 ได้หัวข้อจากการประเมินสถานการณ์และกำหนดหัวข้อโดยนักวิจัยมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 40 ระบุว่ารับหัวข้อวิจัยจากแหล่งทุนมากถึงมากที่สุด การกำหนดหัวข้องานวิจัยผ่านการประชุมรับฟังความคิดเห็นสาธารณะถูกระบุว่าเป็นช่องทางที่ใช้บ่อยถึงน้อยที่สุดและไม่ใช้เลยร้อยละ 75 เพียงร้อยละ 25 มีการใช้วิธีดังกล่าวมากถึงมากที่สุดดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

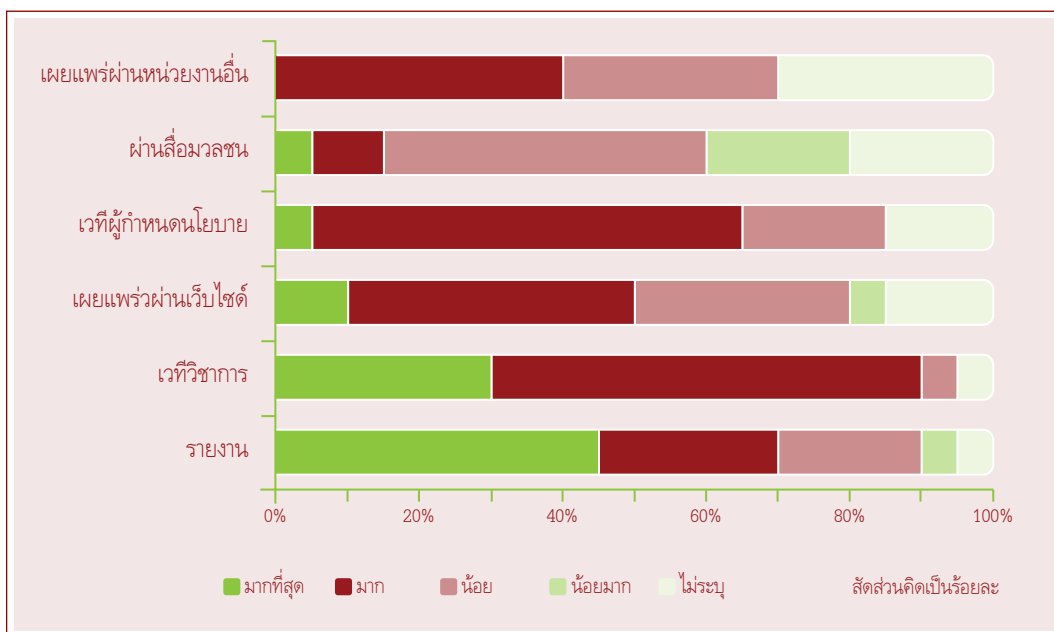
แผนภูมิที่ 4 แสดงสัดส่วนกระบวนการได้มาซึ่งหัวข้องานวิจัย



จากการสำรวจพบว่าหน่วยงานร้อยละ 33 เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มกระบวนการวิจัย ร้อยละ 31 ให้เข้ามามีส่วนร่วมระหว่างการศึกษา และร้อยละ 38 ให้มีส่วนร่วมก่อนการเผยแพร่ผลงานวิจัย

สำหรับการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เผยแพร่ในรูปแบบของรายงานวิจัยและการนำเสนอในเวทีวิชาการ โดยระบุว่าเป็นช่องทางที่ทำมากที่สุดร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ และการสื่อสารผ่านสื่อมวลชนถูกระบุว่าเป็นช่องทางที่ทำน้อย น้อยที่สุด และไม่ทำเลยถึงร้อยละ 75 (ในแผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 5 แสดงสัดส่วนกระบวนการเผยแพร่ผลงานวิจัย



ด้านคุณภาพงานวิจัยหากพิจารณาที่สัดส่วนการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการพบว่า มีเพียง 3 หน่วยงานที่ตีพิมพ์ผลการวิจัยในวารสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศ โดยมีบทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างประเทศรวมกันจำนวน 35 เรื่องในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา มีจำนวน 7 หน่วยงานที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยเฉพาะในวารสารวิชาการภายในประเทศ (จำนวน 46 เรื่อง ในระยะเวลา 2 ปี) และมีจำนวน 3 หน่วยงานที่ไม่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการ

อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจข้างต้นเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของการประเมินและวางแผนการสร้างขีดความสามารถ ซึ่งมีควรพิจารณาเฉพาะข้อมูลขององค์กรเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเท่านั้น แต่ควรสำรวจอย่างเป็นระบบทั่วประเทศ ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพรวมและช่องว่างของขีดความสามารถและแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพของประเทศไทย



กรณีศึกษาการสร้างขีดความสามารถของการวิจัยในประเทศไทย

นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารและนักวิจัยในสององค์กรที่เป็นเครือข่ายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในประเด็นการสร้างขีดความสามารถของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ ซึ่งได้ข้อสังเกตที่น่าสนใจดังนี้

- ▶ ปัจจัยที่สำคัญในระดับแรกของการสำเร็จในการสร้างขีดความสามารถของทั้งสองหน่วยงาน ได้แก่ “ฉันทะ” หรือความตั้งใจของผู้นำที่ต้องการพัฒนาบุคลากรและขีดความสามารถขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพและสังคม ผู้นำของหน่วยงานทั้งสองมีจิตวิญญาณของความเป็นครูที่ชอบถ่ายทอดความรู้และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น นอกจากนี้ ผู้นำของทั้งสองหน่วยงานยังมีโอกาสในการบริหารองค์กรอย่างต่อเนื่อง (9 ปีสำหรับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ 22 ปีสำหรับหน่วยระบาดวิทยา ฯ) ทำให้มีความมั่นคงของการดำเนินนโยบายเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรเนื่องจากเป็นกลยุทธ์ที่ต้องอาศัยระยะเวลา
- ▶ ในระยะเริ่มต้น องค์กรทั้งสองได้รับทุนวิจัยจากต่างประเทศและทุนวิจัยเฉพาะสำหรับการสร้างขีดความสามารถ เช่น ทุนวิจัยเมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย เป็นปัจจัยสำคัญที่เปิดโอกาสให้สามารถสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ และสนับสนุนให้นักวิจัยเหล่านั้นได้มีโอกาสพัฒนาขีดความสามารถ เพราะทุนวิจัยเหล่านี้มีความยืดหยุ่นสูงสามารถนำมาใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาขีดความสามารถ

- 
- ▶ การสร้างขีดความสามารถของบุคลากรในระดับปัจเจกผ่านการอบรมและการศึกษาต่ออย่างเป็นทางการเป็นวิธีการที่นิยมมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถาบันการศึกษา อาจเพราะเป็นกิจกรรมหลักของสถาบันเหล่านั้น อย่างไรก็ตาม วิธีการดังกล่าวมิใช่สิ่งยืนยันว่าจะเพิ่มความสามารถขององค์กรและ/หรือระบบสุขภาพโดยรวม แต่จำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนการใช้องค์ความรู้หรือทักษะที่ได้รับการถ่ายทอดมาและการรักษากำลังคนเหล่านั้นให้คงอยู่ในระบบ เช่นในกรณีศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีในการมีระบบสนับสนุนบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศในการทำวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ โดยระบบสนับสนุนดังกล่าวประกอบด้วย การมีนักวิจัยจำนวนมากพอในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนานโยบายในระดับชาติ การบริหารจัดการองค์กรที่เป็นกลางและโปร่งใส ความรับผิดชอบต่อสังคม วัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการทำงานฉันทานุมัติ และการสร้างแรงจูงใจทั้งด้านวิชาการและการเงิน^[8] เป็นที่น่าสังเกตว่าสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศได้รับการสนับสนุนทุนสำหรับการศึกษาต่อจากองค์การอนามัยโลก ในช่วงระยะเวลา 9 ปี (พ.ศ.2541-2550) เป็นจำนวนสูงถึง 28 คน-ปี (person-year) หรือคิดเป็นเงินประมาณ 42 ล้านบาท ยังไม่นับรวมบุคลากรที่ได้รับทุนจากแหล่งทุนอื่นอีกประมาณ 15 ล้านบาท ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสร้างขีดความสามารถระดับบุคคลผ่านระบบการศึกษาต่อใช้งบประมาณจำนวนมหาศาล
 - ▶ การสร้างเครือข่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้กำหนดนโยบายในประเทศไทย (ในกรณีของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) และหน่วยงานรัฐบาลด้านสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยของมณฑลทางตอนใต้ของประเทศจีน (กรณีของหน่วยระบาดวิทยา) ทำให้ผลงานวิจัยถูกนำไปใช้เชิงนโยบายและส่งผลให้เป็นที่ดึงดูดใจของนักวิจัยที่มีความสามารถและนักวิจัยรุ่นใหม่ เห็นได้จากจำนวนนักวิจัยและขีดความสามารถในงานวิจัยของหน่วยงานทั้งสองสามารถทำงานวิจัยที่มีความครอบคลุมและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย เช่น ชุดโครงการวิจัยการเข้าถึงบริการทดแทนไตในประเทศไทย ชุดโครงการวิจัยปฏิรูประบบการเงินการคลังในระบบสุขภาพ ชุดโครงการวิจัยสุขภาวะของประชาชนในภาคใต้ตอนล่าง หรือชุดโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค

- การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ในองค์กร เช่น การจัดกิจกรรมทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนบุคลากรในการเข้าร่วมประชุมและนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการทั้งในและต่างประเทศ การประเมินคุณภาพของงานวิจัยผ่านการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติซึ่งพบว่าหน่วยงานวิจัยทั้งสองมีผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติมากกว่า 50 เรื่องสำหรับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และมากกว่า 100 เรื่องสำหรับหน่วยระดับวิทยา ฯ

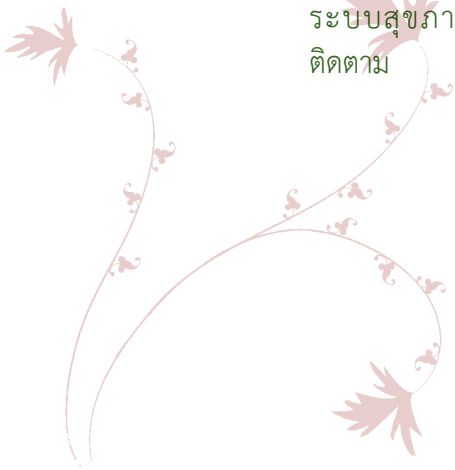
อภิปรายและข้อเสนอเชิงนโยบาย

โดยสรุปมีความพยายามในการสร้างขีดความสามารถของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศไทยทุกรูปแบบ ทั้งการสร้างขีดความสามารถในระดับปัจเจก องค์กร การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของประชาชน อย่างไรก็ตามในแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างของความเข้มข้นของการสร้างขีดความสามารถในแต่ละด้าน องค์กรส่วนใหญ่ในเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเน้นการสร้างขีดความสามารถของบุคลากรผ่านการอบรมระยะสั้นและการประชุมวิชาการ ในขณะที่มีเพียงบางหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านการศึกษาต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ยังมีความหลากหลายในงานวิจัยและความเชี่ยวชาญของบุคลากรภายในเครือข่าย ถึงแม้จะพบว่ายังขาดความสมดุลระหว่างหน่วยงานผู้ให้ทุนและหน่วยงานวิจัยในบางสาขาการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ และยังขาดผู้เชี่ยวชาญในบางสาขาวิชา เช่น ปรัชญา กฎหมายและรัฐศาสตร์ การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนการวิจัยยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนหนึ่งอาจสืบเนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ผลงานวิจัยสู่สาธารณะ ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ กรณีศึกษาในการสร้างขีดความสามารถของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และหน่วยระดับวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องค้นหาและให้การสนับสนุนแก่นักวิชาการที่มีความสามารถและมีฉันทะในการสร้างขีดความสามารถการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ สำหรับการพัฒนาขีดความสามารถการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศไทย

- ▶ การสร้างขีดความสามารถการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพควรทำทุกด้านไปพร้อมกันทั้งระดับปัจเจก องค์กร เครือข่ายและสังคม และต้องทำอย่างต่อเนื่องเพราะการสร้างขีดความสามารถเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยระยะเวลาเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน
- ▶ สร้างขีดความสามารถให้กับผู้กำหนดนโยบายซึ่งเป็นผู้ใช้ข้อมูลและประชาชนในสังคมให้มีความสามารถและความมั่นใจในการประยุกต์ใช้ผลงานวิจัย ผ่านการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวิจัยตั้งแต่การตั้งประเด็นหรือคำถามงานวิจัย การวิจัย การรับรองผลการวิจัย จนถึงการผลิตงานวิจัยสู่กระบวนการนโยบาย ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการวิจัยและการใช้ผลงานวิจัยในเชิงนโยบาย
- ▶ สร้างขีดความสามารถของบุคลากรและหน่วยงานวิจัยในสาขาวิชาที่ยังขาดแคลนและสนับสนุนให้มีการวิจัยในลักษณะสหสาขาวิชาเพื่อตอบปัญหาในเชิงระบบอย่างครบถ้วนรอบด้าน
- ▶ มีการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจนสำหรับการสร้างขีดความสามารถซึ่งแตกต่างจากการให้งบประมาณในการวิจัยในปัจจุบันเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและคล่องตัวในการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างขีดความสามารถ
- ▶ สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างเครือข่ายและต่างเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์
- ▶ ส่งเสริมให้มีการสำรวจขีดความสามารถของหน่วยงานวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทยเพื่อใช้ในการวางแผนและติดตาม



กิตติกรรมประกาศ

คณะนักวิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนการดำเนินงานในทุกด้าน ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และรศ.ดร.สุชาติา ชินะจิตร ผู้อำนวยการฝ่ายสวัสดิภาพสาธารณะ สภาการวิจัยแห่งชาติ สำหรับประสบการณ์การบริหารหน่วยงานวิจัย และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์สำหรับการเพิ่มขีดความสามารถสำหรับการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ และสุดท้ายงานชิ้นนี้จะประสบความสำเร็จมิได้หากขาดความช่วยเหลือของ ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศศลักษณ์ และภญ.พรพิศ ศิลขุทธ์ ผู้จัดการงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการสนับสนุนการเก็บข้อมูลและอำนวยความสะดวกตลอดกระบวนการศึกษา



เอกสารอ้างอิง

[1] Matachi A. Capacity Building Framework. Ethiopia: United Nations Economic Commission for Africa 2006.

[2] Alliance for Health Policy and System Research. “What is Health Policy and Systems Research and why does it matter?” Geneva; 2507 June. Report No.: Briefing note #1.

[3] Chunharas S. An integrative approach to translating knowledge and building a “learning organization” in health services management. Bulletin of the World Health Organization./2006;84(8):652-7.

[4] Crisp B, Swerissen H, Duckett S. Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. Health promotion international.2000;15(2):99-107.

[5] Hyder AA, Akhter T, Qayyum A. Capacity development for health research in Pakistan: the effects of doctoral training. Health policy and planning. 2003 Sep; 18 (3):338-43.

[6] Green A, Bennett S. Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy. Geneva: World Health Organization 2007.

[7] Gonzalez Block MA, Mills A. Assessing capacity for health policy and systems research in low and middle income countries*. Health research policy and systems / BioMed Central. 2003 Jan 13;1(1):1.

[8] Pitayarangsarit S, Tangcharoensathien V. Beyond training: Thailand experiences on sustaining capacity in health policy and systems research.







สรุปข้อวิพากษ์ และการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

ขอแสดงความชื่นชมคุณหมอยศ ที่เตรียมการนำเสนออย่างดีและจบอย่างสวยงาม โดยได้กล่าวถึง ศักยภาพหรือ capacity เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้ว แต่เราต้องมีวิธีการที่ทำให้มีการนำศักยภาพนั้นมาทำให้เกิดประโยชน์และยกระดับศักยภาพนั้น หรืออาจจะมองอีกมุมหนึ่งก็คือ ถ้าเราพูดถึงระบบสุขภาพ การวิจัยระบบสุขภาพ capacity building ต้องเป็น integral part ของระบบ และต้องเป็นสิ่งที่อยู่ด้วยกันกับระบบ

มองในแง่ health policy และ health systems research คำว่า system ต้องมี s เสมอ เพราะวาระระบบมีหลายระบบและซ้อนกันอยู่ในภาพใหญ่ เป็นภาพระบบที่เคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งแต่ละส่วนจะเคลื่อนไปด้วยกัน และมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา

ประเด็นสำคัญของการสร้างศักยภาพในการทำงานวิจัย ต้องสร้างความสามารถในการกำหนดโจทย์ใหญ่ทั้งระบบ เรียกว่า the whole systems แต่เรามักจะทำเป็น fragment ซึ่งก็ได้เสียหลายอะไร แต่โอกาสในการต่อ fragment เพื่อให้เข้าใจระบบภาพใหญ่อย่างแท้จริงต่างหากที่ต้องการการเสริมสร้างศักยภาพอย่างมาก

เรื่อง capacity ในการตั้งโจทย์วิจัยให้เป็นภาพใหญ่ที่เป็น program และไม่ใช่เป็นโจทย์เล็กๆ เป็นเรื่องใหญ่มากที่จะต้องสร้างขีดความสามารถ และต้องทำอย่างต่อเนื่องยาวนานเพื่อให้เกิดผล ไม่ใช่วิจัยสั้น ๆ อย่างที่คุ้นเคยกันในสภาพปัจจุบัน ผมเห็นด้วยกับอาจารย์อัมมารที่กล่าวว่า โครงสร้างองค์กรวิจัยต้องไม่ใหญ่

ต้องมี leader ที่เป็น entrepreneur เมื่อสักครู่คุณหมอยศเอ่ยถึงคุณหมอวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒนวงศ์ ที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (มอ.) คุณหมอวีระศักดิ์เริ่มทำงาน ตั้งแต่สมัยผมเป็นคนบดเคี้ยวแพทยศาสตร์ เราคุยกันในหมู่ผู้ใหญ่โดยเฉพาะกับ คุณหมอธาดา ยิบอินซอย ว่าคนนี้เป็น entrepreneur สามารถที่จะนำและสร้าง build up on around ด้านระบาดวิทยา ผมเพิ่งไปประชุมกับคุณหมอมาเมื่อวานนี้ เห็นว่าเกิดอะไรมากมายมหาศาลแล้วก็โยงไปทั่วโลก เช่น ปัญหาความไม่สงบใน ภาคใต้คุณหมอก็เข้าไปช่วยในมุมที่ช่วยได้น่าสนใจมาก

capacity ในการเกี่ยว partner ถ้าอ่านเอกสารของอาจารย์ประเวช จะเห็น ว่า partner ไม่ได้อยู่เฉพาะด้าน health แต่จะอยู่ในทุก sector ทั้งภาครัฐ ภาค เอกชน และในพื้นที่ ซึ่งเราจะเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานและพัฒนาด้วยกัน กับ partner ได้อย่างไร

หลายท่านอภิปรายว่าเราขาด capacity แต่หมอยศลงท้ายในการนำเสนอว่า capacity มีอยู่แล้ว ปัญหาคือ fragmentation ของงานวิจัย เราจะมีศักยภาพ อย่างไรที่จะเอามาต่อ buildup on top เชื่อมโยงเข้ามา ซึ่งตรงนี้เป็นความ พยายามที่จะ define คำว่า capacity โยงสู่การกระทำ

อีกประเด็นคือ capacity ด้าน management ซึ่งจะโยงสู่การจัดการที่เริ่ม ตั้งแต่ upstream คือการตั้งโจทย์ midstream คือ management ให้เกิดผลงานที่มี ประสิทธิภาพ และ downstream คือ การทำให้ผลงานไปใช้ประโยชน์ เชื่อมโยง กับทุกฝ่าย

ยุทธศาสตร์การทำ capacity building คือ การทำ networking ความหมาย ของคำว่า networking ไม่ใช่เรื่องที่จะเข้าใจและทำกันได้ง่าย ๆ จากการทำงานของ หมอวีระศักดิ์ มีทั้งการนำประสบการณ์ตรงมาแลกเปลี่ยนกัน และโยงไปสู่ ต่างประเทศด้วย และอีกหนึ่งตัวอย่างคือ Prince Mahidol Award Conference ซึ่งจัดประชุมไปแล้วสองหนและจะจัดทุกปี การประชุมนี้เป็น conference ที่ไม่ใช่ วิชาการ แต่เป็น conference นโยบาย โดยเชิญคนเก่ง ๆ ทั่วโลกมาประชุม การ จัด ไปสองหนที่ผ่านมาผู้เข้าร่วมประชุมพอใจอย่างมาก และครั้งที่ 3 จะมีการแลกเปลี่ยนเรื่อง healthy public policy ที่ทุก sector ทุกคนต้องเกี่ยวข้องเชื่อมโยง การประชุมแบบนี้จะเกิด networking ขึ้นมาอัตโนมัติ และเป็น strategy สำหรับ capacity building ของเรา

strategy ใหญ่อันหนึ่งคือ ไม่ว่าจะมีการทำ capacity building หรือ networking สิ่งสำคัญจะต้องมีการทำแบบ co-evolve ไปกับตัวระบบใหญ่ ซึ่งต้องหาวิธีการ capacity building ตัวระบบการวิจัยสุขภาพ และการสร้างคน การสร้าง capacity ทั้งหมด จะต้องตึงเป็น integral part และ co-evolve ไปด้วยกัน เป็นการใช้หลักวิธีคิดแบบ co-evolution ทางด้านชีววิทยา ซึ่ง evolution จะไม่ได้เกิดโดดๆ ต้องมี interact และ co-evolve ไปด้วยกัน นอกเหนือจาก co-evolve จาก physical condition ต่างๆ แล้ว ยัง co-evolve จากสิ่งที่มีชีวิตด้วยกัน เมื่อเป็นเช่นนี้ระบบวิจัยสุขภาพก็จะ co-evolve ไปกับ system ทั้งหมด

ดร.นพ.โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์

มีข้อสังเกตบางประการ ที่เวลาพูดเรื่องงานวิจัย มักมีฐานคติหรือ assumption บางอย่าง โดย assumption นั้นมีลักษณะที่เป็น bias พอสมควร เวลาพูดถึงระบบการจัดการความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผมอยากจะเรียนว่าเป็นระบบอุตสาหกรรมความรู้หรือ knowledge industry คือ เป็นระบบที่ใช้วิธีคิดแบบอุตสาหกรรมมาจัดการให้เกิดความรู้ โดยระบบตั้งแต่ในโรงเรียนก็เหมือนกับโรงงาน คือ สอนเด็กออกมาให้เหมือน ๆ กัน แล้วจบออกมาก็พัฒนาให้เป็นผู้ประกอบการมากกว่าเป็นผู้ผลิต ซึ่งเป็นแบบแผนของอุตสาหกรรมที่อาศัย mass consumption คือ ผู้ผลิตความรู้จำนวนน้อย และมีผู้บริโภคจำนวนมาก ระบบแบบนี้จะ privilege ความรู้บางประเภท ซึ่งจะไม่สามารถสร้างสรรค์งานศิลปะชั้นดีได้ด้วยโรงงานอุตสาหกรรม

ความรู้ในการสร้างสรรค์สังคมของมนุษย์ มีมากกว่าความรู้ที่ระบบอุตสาหกรรมสามารถผลิตได้ ยังมีความรู้แบบอื่นและจำเป็นต้องมีกระบวนการสนับสนุนที่แตกต่างออกไปจากระบบที่เป็นมาตรฐานที่เรียกว่าเป็น main stream โครงการที่ประสบความสำเร็จของ สกว. ที่เรียกว่าทุนกาญจนาภิเษก พบว่า ปีหนึ่งมีประมาณ 500 ทุน ในจำนวนนั้นจะมีทุนสำหรับสังคมศาสตร์ประมาณ 50 ทุน

และ 50 พันมักจะไม่สามารถประสบความสำเร็จในการเรียนจบ และใน 50 พันที่ว่าส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยทางสังคมศาสตร์ในเชิงปฏิฐานนิยม คือ ใช้สถิติหรือการคำนวณด้วยตัวเลข งานที่ประสบความสำเร็จเชิงมนุษยศาสตร์มีแต่งงานด้านวรรณคดีวิจารณ์วรรณกรรมวิจารณ์ ซึ่งได้อาจารย์เจตนามาเป็นผู้นำก็ประสบความสำเร็จขึ้นมา ฉะนั้นการคิดจะส่งคนไปเรียนแบบไหน หากคิดรูปแบบเช่นส่งคนไปทำงาน lab ก็ต้องหาสถาบันที่ทำ lab ซึ่งเมื่อครบ 6 เดือน ก็ทำ lab ได้ แต่ถ้าไปเรียนเป็นนักมานุษยวิทยา และได้ไปอยู่กับ professor 6 เดือน คุณจะไม่ได้อะไรเลย เพราะต้องเรียนรู้วิธีคิด ต้องมีรากฐานของการวิเคราะห์เชิงทฤษฎี เชิงปรัชญา ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ทุนกาญจนภิเษกล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง ที่ผมกล่าวเช่นนี้ เพียงแต่จะบอกว่า กระบวนการที่เรียกว่า organizational form หรือรูปแบบองค์กรนี้ไม่สามารถรองรับนักวิจัยอย่างผม เพราะงานวิจัยแบบสังคมศาสตร์เชิงคุณภาพไม่สามารถผลิตแบบอุตสาหกรรมได้โดยการพิมพ์ เก็บตัวเลขและ run SPSS เสร็จภายในหนึ่งปี โดยกระบวนการให้ทุนที่เป็นรอบปี แต่่างานวิจัยเชิงคุณภาพนั้นมีธรรมชาติคล้ายกับงานศิลปิน ต้องมีการบ่มอารมณ์ ให้สุกงอม กลมกล่อมรสชาติเนื่องจากงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้นต่างจากงานวิจัยเชิงปริมาณ งานวิจัยเชิงปริมาณเป็นความพยายามเปลี่ยนแปลงโลกด้วยตัวเลข แต่งานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นความพยายามเปลี่ยนแปลงโลกด้วยเรื่องเล่า ทักษะการทำเรื่องเล่าเป็นทักษะที่นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่มีพื้นฐาน เวลาที่จะส่งเสริมคนมาเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพด้านการแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เก่งวิทยาศาสตร์ เก่งคำนวณนั้นยากมาก ในการที่จะฝึกให้เปลี่ยนแปลงโลกด้วยเรื่องเล่า เพราะว่าเขียนเรื่องเล่าไม่เป็นและไม่สามารถที่จะ convince ผู้คนด้วยศิลปะของการบอกกล่าวเรื่องราวได้

การทำงานแบบนี้เหมือนกับเป็นคนขายขอบ กระบวนการให้ทุนก็เป็นกระบวนการที่ bias ในลักษณะอุตสาหกรรมของความรู้ เมื่อดู format ของแบบฟอร์มการเขียนให้ทุน ก็เป็นแบบฟอร์มที่จะต้องขัดถึงจะเขียนได้ แต่งานวิจัยเชิงคุณภาพ ต้องใช้เวลากับการ develop proposal 60-70% กว่าจะคิดค้นเพื่อจะสร้าง insight ที่จะได้คำถามวิจัยที่ดี มีฐานทฤษฎีที่ต่อยอดความรู้เดิม

กระบวนการที่เรียกว่าเป็นอุตสาหกรรมความรู้ ได้ผลิตรบบการจัดการอันหนึ่งซึ่งมีอคติต่อความรู้บางประเภท เมื่อมีอคติในความรู้บางประเภท จึงไม่มีคนที่จะเป็นผู้นำในการสร้าง ยกตัวอย่างเช่น สร้างระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ เราไม่มีคนที่พัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของท้องถิ่น เราไม่มีคนที่เข้าใจวัฒนธรรมสุขภาพที่จะส่งเสริมให้ชุมชนพัฒนาบนฐานของภูมิปัญญาของตนเองได้อย่างยั่งยืน

ศ.ดร.สมชัย ฤชุพันธุ์

คำว่า capacity building ต้องมองกว้าง ไม่ใช่ capacity ที่ built in อยู่ในคน ถ้าบอกว่ามีอยู่แล้วก็จะพลาด ความจริงโจทย์ตรงนี้คือ ต้องไปหาดูว่า capacity อะไรที่ยังขาด แล้วก็ capacity ที่สามารถสร้างได้ โจทย์ที่ว่าคือ เราต้องสร้าง capacity ส่วนที่ยังไม่มีให้เกิดขึ้น ต้องมีระบบการสร้างที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งผมเชื่อว่ามนุษย์สามารถพัฒนาตัวเองได้ โดยธรรมชาติบางคนพัฒนาศักยภาพได้ยาก ซึ่งบางอย่างเป็นเรื่องของนิสัยหรือวิธีการ และไม่ใช่การเข้าหลักสูตรการอบรม ซึ่งทำให้ได้ความรู้ เพิ่มการรับรู้ จากไม่รู้สู่การรู้ แต่ว่าไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม

ความจริง health research system เป็นเรื่องเล็กน้อยใน health systems ทั้งหมด ในภารกิจของ สวรส. ผมคิดว่าควรจะศึกษาเพื่อตอบโจทย์เกี่ยวกับ health systems คือ

- ▶ health systems ขณะนี้เป็นอย่างไร แล้วต่อไปควรจะเป็นอย่างไร
- ▶ health care sector ว่าควรจะสัมพันธ์กับ sector อื่นอย่างไร
- ▶ ควรจะสัมพันธ์กับระบบใหญ่ทั้งระบบเศรษฐกิจสังคมอย่างไร
- ▶ มี cost มี human ตรงนี้มากน้อยแค่ไหน
- ▶ ระบบนี้ใครคือ producer หรือ supplier มีการจัดสรรทรัพยากรระหว่างกันอย่างไร
- ▶ มีวิธีการอย่างไรให้องค์กรที่มีอยู่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เหล่านี้คือ มิติเชิงเศรษฐศาสตร์ของ health care ซึ่งจุดอ่อนของระบบคือ ในขณะที่เรามีระบบการแพทย์ที่ค่อนข้างดีมาก มีคนเก่งเรียนหมอ แล้วก็ใช้ทรัพยากรเพื่อการนี้ แต่คำถามคือว่าการ delivery health care ให้กับประชาชนเป็นไปถึงระดับที่ efficient หรือไม่ มีความยุติธรรมหรือยัง ตรงนี้ต้องการงานวิจัยของ สวรส. ที่จะตอบ ซึ่งยังไม่มี การดูทั้งระบบ ขณะนี้ดูเป็นชิ้น ๆ เป็นส่วน ๆ ต้องให้ความสำคัญกับเรื่อง financing ของ health systems ไม่ใช่ของ health research system

จะเห็นว่า สวรส. ทำมาดีแล้ว แต่ควรทำในด้านของระบบสุขภาพจริง ๆ ให้มากขึ้น ซึ่งตอนนี้ยังไม่ได้มีการทำอย่างเพียงพอ อาจจะต้องใช้คนที่ไม่ใช่ นักวิทยาศาสตร์มากขึ้น คนที่ไม่ใช่หมอ หมอก็ได้ หมอก็ไปเรียนเศรษฐศาสตร์ ระบบพวกนี้ไม่ใช่ part ของการแพทย์ แต่เป็น part ของนักเศรษฐศาสตร์ นักจัดการ นักสังคมศาสตร์ นักมานุษยวิทยา ตรงนี้ยังไม่สามารถที่จะระดมคนที่เป็นนักวิชาการเหล่านั้นมาร่วมในกระบวนการตอบปัญหา

พูดถึงการตั้งโจทย์ คิดว่าเงินที่ทำวิจัยมีพอ ซึ่งอาจารย์อัมมารก็กล่าวอย่างนั้น แต่คนทำวิจัยไม่พอ นั่นคือ มีปัญหาเรื่อง supply ของ research แต่ความจริง demand ผมว่ายังขาดอยู่ ส่วนมากเป็น sudden demand เป็นเรื่องที่เราคิด เป็นเรื่องที่คนที่ศรัทธา แต่ไม่ใช่ real demand ที่ต้องการหาคำตอบและต้องการวิจัยจริง ๆ

ผมคิดว่า policy maker ต้องเป็นคนที่มีความต้องการที่เหมาะสมที่สุด เพราะว่าถ้าเขาไม่มี demand แล้วเขาจะใช้ intuition ในการแก้ปัญหา

Demand ของ policy maker มีน้อยเกินไป และ research ที่ทำส่วนมากอยู่ที่คนที่เสนอ proposal ที่คิดว่าตรงนี้สำคัญแล้วก็จะทำ แต่คนเหล่านี้ไม่ใช่ผู้ใช้ ซึ่งต้องหาวิธีว่าจะทำอย่างไรจะของคนทั้งหลายที่ไม่ใช่ researcher มีความต้องการต่องานวิจัยและบอกโจทย์ เพื่อจะได้วิจัยตรงประเด็น

ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์

การจัดตั้งเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบันของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยหรือ Clinical Research Collaboration Network (CRCN) ได้ดำเนินการมา 7 ปี มีเป้าหมายคือ การทำโครงการวิจัยที่ไม่ใช่โครงการของบริษัทฯ แต่เป็นโครงการที่ตอบปัญหาสาธารณสุขเป็นหลัก แต่ก็พบปัญหามาก เราเจอปัญหาการขาดแหล่งทุนสนับสนุน ซึ่งก็ทราบดีว่าเงินทุนในประเทศมีมาก แต่ว่างานวิจัยทาง clinic ถูกมองเหมือนหมอไปรับจ้างทำวิจัยทาง clinic กับบริษัทฯ หมอที่อยากจะทำวิจัยเองไม่ใช่ทำให้บริษัทนั้นหายากมาก และหมอทุกคนที่อยู่โรงเรียนแพทย์มีหน้าที่ 4 อย่างคือ สอน บริการ วิจัย และทำนุบำรุงวัฒนธรรม คงต้องวิเคราะห์ว่าทำไมบริษัทฯ ถึงสามารถดึงคนไปได้

เครือข่าย CRCN ขณะนี้เป็นการดำเนินงานของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ซึ่งคณบดีทุกคนเป็นผู้ดูแลเครือข่าย ทำกันมา 7 ปี มีปัญหาเรื่อง capacity building ในขบวนการทำวิจัยทางคลินิก ต้องการนักบริหารจัดการข้อมูล ต้องการนักชีวสถิติที่วิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ ซึ่งเมืองไทยมีน้อยมาก มีไม่เกิน 10 คน ในขณะที่ปัญหาทางด้าน clinic ยังมีอีกมาก ซึ่ง gap ตรงนี้สำคัญ และไม่ได้ mention มากนัก และเป็น gap ที่ใช้เงินมากที่สุดในระบบสุขภาพของประเทศ และ

ทุกคนมองว่าโรงเรียนแพทย์พึ่งตัวเองได้ แต่จริง ๆ ไม่ได้เลย โรงเรียนแพทย์ทำงานร่วมกันไม่ได้ จึงเกิดเครือข่ายนี้ ขณะนี้สามารถทำให้โรงเรียนแพทย์มีหน่วย clinical research center ขึ้นมาเป็นหน่วยเล็ก ๆ หน่วย CRCN นี้เป็นเครือข่ายกลางสำหรับประสานงาน 17 หน่วย และบริหารจัดการโครงการวิจัยเพื่อขอทุน วช. ซึ่งก็ได้ทุนน้อยมากถ้าเทียบกับโครงการที่ทำ ปีหนึ่งประมาณ 7-8 โครงการ เพื่อสร้าง capacity building โดยใช้ concept ของ Vice President ของ Rockefeller ที่เขียนในปี 2004 ถึงประสบการณ์การสร้าง capacity building ของ Rockefeller ตั้งแต่เริ่มต้นสมัยสงครามโลกจนถึงปัจจุบันที่สร้างหน่วยระบาดวิทยาคลินิกให้กับทั่วโลก ที่พบว่าเป็นความล้มเหลว สำหรับเมืองไทยมีหน่วยระบาดวิทยาเกิดขึ้น 3 แห่ง คือ จุฬา ศิริราช และขอนแก่น และผมก็เป็นสมาชิกคนหนึ่งของขอนแก่น และเป็นคนที่ไปเรียนโดยทุนของ Rockefeller แล้วก็ถูกบอกว่า ระบบนี้ล้มเหลว เขาเลิกสนับสนุนหลังจากสนับสนุนประมาณ 15 ปี โดยวิเคราะห์ว่าที่ล้มเหลวเพราะการสร้างคน แล้วเอาคนไปอยู่เฉย ๆ ไม่ได้สร้างทั้งระบบ ถ้าระบบไม่พร้อมเขาก็ไม่ให้ทุน ฉะนั้นต่อไปถ้าสถาบันไม่มีกลยุทธ์รองรับการสร้างคน ขอทุนไปก็ไม่ให้ เขาบอกต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ ประเทศต้องมีส่วนเข้ามาคิด แล้วคนที่มาต้องทำงานที่ต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นลักษณะ career path อย่างเดียว ต้องสร้างความเป็น professional แล้วมาถึงจุดสุดท้ายว่าสถาบันได้ใช้ ซึ่งตรงนี้ CRCN กำลังทำโดยเอาโครงการไปดำเนินการ และสถาบันนั้นต้องสร้างคน และสุดท้ายแล้วก็คือคนของสถาบัน ซึ่งตรงนี้กำลังต้องการการสนับสนุนขนาดใหญ่ขึ้น ซึ่งได้เขียน project ไปที่ Rockefeller อีกครั้ง และก็หวังว่าจะเห็นความสำคัญของ existing network นี้ใน system ของ health แล้วก็อาจจะ support เรื่อง capacity building ถ้า support ปีละ 20 คน 10 คน ก็เพียงพอเพราะก็สามารถมาแลกเปลี่ยนได้

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ผมขอเสริมอาจารย์ปิยะทัศน์ เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่ ผมเคยคุยกับคุณหมอสงวน เลขาธิการ สปสช.ว่า การวิจัยทางเวชปฏิบัติเป็นเรื่องใหญ่ เราหมดเงินตรงนี้ไปจำนวนมาก แล้วเวชปฏิบัติของเราไม่ได้เป็น evidence base ตอนผมเป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ เคยจัด workshop เรียกว่า clinical decision analysis การที่แพทย์ที่ดูคนไข้จะตัดสินใจส่งตรวจอะไร ควรมีหลักฐานอะไรว่าจะส่งตรวจ ตัดสินใจจะรักษาอย่างไร ควรมีหลักฐานยังงี้ มีทางเลือกก็ทาง ทำแล้วคุ้มไหม เป็นเรื่องใหญ่มาก ผมบอกคุณหมอสงวนว่า ลงทุน support ตรงนี้เป็นเรื่องใหญ่ จะลดค่าใช้จ่ายเรื่อง health care ลงมหาศาล ผมอยู่โรงเรียนแพทย์เวลาไป ward round ก็พูดกันไปไม่มีหลักฐานอะไร ยกตัวอย่างพบบผู้ป่วยโรคไทฟอยด์ อาจารย์คนหนึ่งบอกต้องใช้ยานี้ขนาด 4 กรัม อาจารย์อีกคนบอก 2 กรัมก็พอ คนไทยตัวเล็ก เกียงกันอยู่นั้นว่าเท่าไรพอ ถ้าพบว่า 2 กรัมหรือ 1.75 กรัมก็พอ ก็จะลดค่าใช้จ่ายไปได้มาก แต่ก็ไม่มีงานวิจัยบอกไว้ ผมอยากเห็น สปสช. มาลงทุน อาจจะเจียดเงินมาสัก 200 ล้าน เพราะว่าเป็นเรื่องใหญ่จริง ๆ ต้อง mobilize แล้วคณบดีคณะแพทย์ต้องเข้าใจ รองคณบดีทั้งหมดต้องเข้าใจ ไม่ใช่ปล่อยให้หาकिनกันเอง โรงเรียนแพทย์นั้นสำคัญเพราะว่ามี clinician ที่เป็น professor ทั้งนั้น คนอื่นทำวิจัยแล้วไปบอกไม่เชื่อหรอก ต้องทำวิจัยเอง ต้องพบด้วยตัวเอง

ศ.ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

ก่อนอื่นต้องขอชื่นชมทั้งสอง paper ที่นำเสนอมา จริง ๆ แล้วที่คุยมาทั้งหมดความสำเร็จจะอยู่ที่คน อยู่ที่บุคลากร แต่ยังไม่มียางออกว่า จะสร้างบุคลากรอย่างไร

ในเรื่อง capacity building นั้นควรลงทุนให้มาก ถึงจะมีทุนกาญจนาภิเษกแต่ก็ยังไม่เพียงพอ ควรลงทุนหลาย ๆ แบบ เช่น research fellow ในแต่ละโครงการวิจัยควรมีกระบวนการสร้างผู้ช่วยนักวิจัย ให้เป็นนักวิจัยขึ้นมาจึงจะสามารถเก็บคนไว้ได้ และจะมีคนมากขึ้น และสรรส. ควรให้แต่ละ project ที่ grant ไปมี plug in และแนะนำว่าควรมี research fellow อยู่ในนั้นด้วย จะได้ช่วยสร้างคนมากขึ้น

A decorative illustration of a stylized plant with two main stems curving upwards and outwards, adorned with small leaves and berries.

บทวิเคราะห์ สังเคราะห์
และ ข้อเสนอแนะ
การทำงาน “Link Research
to Policy/Action”

นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล



บทวิเคราะห์ สังเคราะห์ และ ข้อเสนอแนะ การทำงาน “Link Research to Policy/Action”

นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล

บทนำ

ความเป็นมา

ประเด็น Link Research to Policy/Action (LRP) เป็นหนึ่งในประเด็นกระบวนการทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สำคัญที่ถูกกำหนดให้ทบทวน ในปี 2551

สวรส. ได้ทาบทามให้ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ในฐานะองค์กรลูกของ สวรส. ที่มีประสบการณ์ร่วมผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ให้ช่วยสรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในประเด็น Link Research to Policy/Action และ ข้อมูลจากนักวิชาการที่ร่วมระดมสมอง นำมาสังเคราะห์เพื่อนำเสนอในเวทีระดมสมองเพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานของ สวรส. วันที่ 28 พฤษภาคม 2551 ณ สวนสามพราน จ.นครปฐม



วัตถุประสงค์

1. เพื่อสังเคราะห์แนวทางการทำงาน Link Research to Policy/Action สำหรับการวิจัยระบบสุขภาพ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การระดมสมองเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานจริง ๆ ของ สวรส. ต่อไป

การดำเนินการศึกษา

- ▶ มีนาคม 2551 ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้รับการทาบทามจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้เป็น Facilitator ในการประชุมเครือข่าย สวรส. และผู้ที่มีประสบการณ์หลักดันความรู้สู่นโยบายในประเด็น Link Research to Policy/Action และให้สังเคราะห์เรียบเรียงข้อมูลนำเสนอในเวทีระดมสมองเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของ สวรส. ที่สามพราน
- ▶ เมษายน-พฤษภาคม 2551 บุคลากร สวรส. สัมภาษณ์เครือข่าย สวรส. และผู้ที่มีประสบการณ์หลักดันนโยบายจนสำเร็จจำนวนหนึ่ง และสรุปข้อมูลนำเสนอในวันที่ 14 พฤษภาคม 2551
- ▶ 14 พฤษภาคม 2551 ประชุมระดมสมองเครือข่าย สวรส. นักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำเสนอ input จากการสัมภาษณ์ และสังเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1
- ▶ 14-27 พฤษภาคม 2551 ศึกษาเพิ่มเติมบางส่วนในหัวข้อ Link Research to Policy, Policy Research, ประสบการณ์การผลักดันนโยบายบูห์รี/สสส./สุรา, วิเคราะห์ สังเคราะห์ และ จัดทำข้อเสนอแนะ
- ▶ 28 พฤษภาคม 2551 นำเสนอในเวทีระดมสมองเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของ สวรส. ที่สวนสามพราน

ข้อค้นพบที่สำคัญ

1. นโยบายบนฐานความรู้ (Evidence-Based Policy) สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อประเทศไทยได้อย่างมาก เช่น

- 1.1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2532 ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ, พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ห้ามโฆษณาและการทำการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยสิ้นเชิง, และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ
- 1.2. พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 ก่อให้เกิดนวัตกรรมทางการเงินการคลังของประเทศ นำภาษีสรรพสามิตจากการจำหน่ายบุหรี่สุราเข้ากองทุน สสส. โดยไม่ผ่านกลไกรัฐสภา ทำให้เกิดรายได้ของกองทุนปีละประมาณ 1,500 ล้านบาท และบริหารด้วยวิธีการที่ไม่ติดระบบราชการ นำมาสู่การสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ มากมายเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพทั่วประเทศ
- 1.3. พระราชบัญญัติกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย จากการไร้หลักประกันสุขภาพ ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองเมื่อเจ็บป่วย สู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนไทยทุกคน
- 1.4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2551 ก่อให้เกิดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่สร้างกระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพและนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วนเพื่อการสมดุลประโยชน์ต่อสุขภาพของทุกฝ่ายอย่างแท้จริง
- 1.5. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ก่อให้เกิดคณะกรรมการนโยบายระดับชาติดูแลแก้ไขปัญหาจากการบริโภคสุรา เกิดมาตรการจำกัดการเข้าถึงและหาซื้อสุรา เกิดมาตรการจำกัดการโฆษณาและการส่งเสริมการขายสุรา เป็นต้น

2. การผลักดันความรู้สู่นโยบาย (Link Research to Policy – LRP) หรือ การสร้างความรู้เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบาย มุ่งหมายให้เกิดการพัฒนา นโยบายบนฐานความรู้ (Evidence-Based Policy Making – EBPM) ที่ถูกต้องต่อการแก้ไขปัญหา เหมาะสมกับจังหวะเวลาและสถานการณ์หรือเงื่อนไขต่าง ๆ มีความสำคัญอย่างยิ่ง

ปัญหาของนักวิชาการที่ไม่สามารถสื่อสารข้อมูลวิชาการให้กับผู้กำหนดนโยบายได้ จะเกิดขึ้นในลักษณะที่นักวิชาการสื่อสารข้อมูลด้วยภาษาวิชาการ และดูเหมือนผู้กำหนดนโยบายจะไม่ได้นำไปใช้ นักวิชาการจะรู้สึกไม่เข้าใจว่าทำไมผู้กำหนดนโยบายไม่ใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์ เหตุผลที่แท้จริงก็เพราะว่านักวิชาการไม่ทราบว่าโลกของฝ่ายนโยบายไม่เหมือนโลกของฝ่ายวิชาการ ดังรายละเอียดภาพข้างล่างนี้

ภาพที่ 1 ความแตกต่างระหว่างโลกของฝ่ายวิชาการกับโลกของฝ่ายนโยบาย



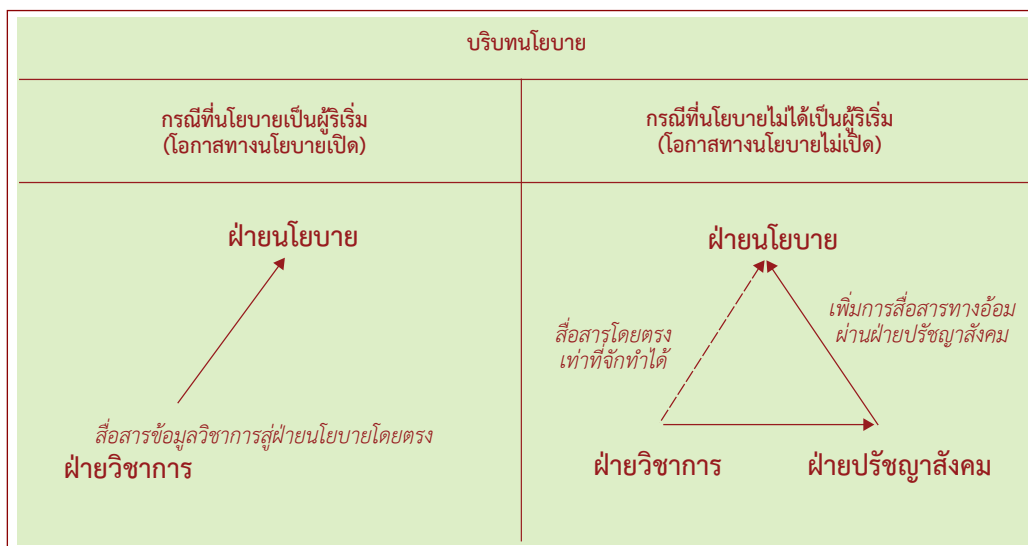
โลกของฝ่ายวิชาการและโลกของฝ่ายนโยบายมีความแตกต่างกันหลายประการ ได้แก่ ระบบรางวัล วัฒนธรรม เป้าหมาย ความสนใจ กรอบเวลาการทำงาน ความต้องการ และภาษา เป็นต้น ทำให้ความคิดในการมองการทำงานเชิงนโยบายและเชิงวิชาการต่างกัน



เมื่อเข้าใจความแตกต่างระหว่างโลกของฝ่ายวิชาการและฝ่ายนโยบายแล้ว การที่นักวิชาการจะสื่อสารข้อมูลวิชาการเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายบนฐานความรู้ให้เกิดเป็นผลสำเร็จด้วยวิธีใดนั้น ขึ้นกับบริบทนโยบาย (Political Context) ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ (1) บริบทที่ฝ่ายกำหนดนโยบายเป็นฝ่ายเข้าใจถึงความสำคัญของการกำหนดนโยบายและริเริ่มกำหนด นโยบายด้วยตนเอง (Proactive Policy Maker) และ (2) บริบทที่ฝ่ายกำหนดนโยบายไม่ได้มีความเข้าใจถึงความสำคัญของการกำหนดนโยบายหรือไม่ได้เป็นผู้ริเริ่มกำหนดนโยบายด้วยตนเอง (Reactive Policy Maker) ในกรณีทั้งสองนี้ นักวิชาการจะต้องใช้กลยุทธ์ในการสื่อสารที่แตกต่างกัน

กรณีที่ฝ่ายนโยบายเป็นผู้ริเริ่มการกำหนดนโยบาย (Proactive) นักวิชาการสามารถใช้การสื่อสารข้อมูลสู่ฝ่ายนโยบายได้โดยตรง (Direct Communication) ซึ่งจะต้องทำด้วยกลวิธีใหม่ที่สามารถนำข้อมูลเข้าสู่โลกของฝ่ายนโยบายได้ แต่ถ้าเป็นกรณีที่ฝ่ายนโยบายไม่ได้เป็นผู้ริเริ่มการกำหนดนโยบายด้วยตนเองแล้ว (Reactive) นักวิชาการจะต้องใช้การสื่อสารทางอ้อม (Indirect Communication) ไปยังภาคส่วนหรือบุคคลที่สามารถมีอิทธิพลต่อฝ่ายนโยบายได้อีกทอดหนึ่ง ควบคู่ไปกับการสื่อสารความรู้สู่ฝ่ายกำหนดนโยบายเท่าที่จะทำได้ ซึ่งในที่นี้ขอแนะนำกลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่มีนัยของการประยุกต์ใช้มิติหนึ่ง คือ การทำให้ภาคประชาสังคมเข้มแข็ง ด้วยการสื่อสารข้อมูลวิชาการไปสู่ภาคประชาสังคมให้เกิดความเข้าใจและร่วมผลักดันหรือกดดันให้ฝ่ายนโยบายกำหนดนโยบายที่ตีบนฐานความรู้ ดังรูปภาพที่ 2

รูปภาพที่ 2 การสื่อสารความรู้สู่ฝ่ายนโยบายสองวิธี กับ บริบทนโยบายสองลักษณะ



การสื่อสารข้อมูลความรู้สู่ฝ่ายนโยบายทั้งสองบริบทนโยบายที่แตกต่างกัน มีรายละเอียดของวิธีการที่ต่างกัน ได้แก่ กรณีบริบทนโยบายเปิด ใช้การสื่อสารโดยตรงด้วยวิธี “การสื่อสารด้วยภาษาของผู้ฟัง” ส่วนกรณีบริบทนโยบายปิด ใช้การสื่อสารโดยอ้อมด้วยวิธี “การสื่อสารผ่านยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1. การสื่อสารด้วยภาษาของผู้ฟัง (Customer oriented communication strategy)

ในกรณีที่ฝ่ายนโยบายเข้าใจและเปิดโอกาสทางนโยบายอย่างเต็มที่ นักวิชาการสามารถสื่อสารสู่ฝ่ายนโยบายโดยตรง โดยที่นักวิชาการจะต้องก้าวออกจากบริบทฝ่ายวิชาการล้วน ๆ (Research Context Oriented) สู่การเชื่อมโยงและสื่อสารด้วยภาษาที่ตรงกับบริบทของผู้ฟัง ซึ่งคือฝ่ายนโยบาย (Policy Context Oriented) ด้วยวิธีการย่อย ๆ ดังนี้

2.1.1. ปรับจากการวิจัยประเด็นเล็ก ๆ ย่อย ๆ สู่การสร้างชุดโครงการวิจัย และสังเคราะห์ผลงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาใหญ่ ๆ

- 
- 2.1.2. ปรับจากความรู้เพื่อนักวิชาการ ในลักษณะแนวคิดทฤษฎีเชิงนามธรรม สู่ความรู้เพื่อการกำหนดนโยบาย ในลักษณะข้อเสนอแนะการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เป็นรูปธรรม
- 2.1.3. ปรับจากการเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เล่มหนา ด้วยภาษาสถิติที่เข้าใจได้ยากสำหรับผู้ที่ไม่ใช่นักวิจัย สู่การการเขียนสรุปประเด็นสำคัญเชิงนโยบายที่กระชับสั้น พร้อมข้อมูลที่เข้าใจง่าย ใช้ภาษาให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการสื่อสาร
- 2.1.4. ปรับจากการบอกให้รอคอยผลงานวิจัย สู่การรวบรวมและเรียบเรียงสังเคราะห์ข้อเสนอที่ดีที่สุดจากข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนั้น เพื่อให้ทันเวลาการตัดสินใจของฝ่ายกำหนดนโยบาย
- 2.1.5. เชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนระหว่างฝ่ายนโยบายและฝ่ายวิชาการ (Linkage and Exchange) เช่น การให้ฝ่ายนโยบายเป็นผู้ตั้งโจทย์ว่าต้องการเปลี่ยนแปลงอะไรและต้องการความรู้อะไรสนับสนุน ให้โอกาสฝ่ายนโยบายตรวจสอบว่าความรู้ที่ฝ่ายวิชาการผลิตขึ้นมานั้น สอดคล้องกับความต้องการหรือไม่ เป็นต้น จะทำให้ฝ่ายวิชาการสร้างความรู้ได้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ ซึ่งจะทำให้ฝ่ายนโยบายมีโอกาสนำความรู้นั้นไปใช้อย่างเต็มที่

2.2. การสื่อสารผ่านยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (Triangle-moving-mountain communication strategy)

ในกรณีที่ฝ่ายนโยบายยังไม่เข้าใจหรือยังไม่เปิดโอกาสทางนโยบายอย่างเต็มที่ ภาคส่วนอื่น เช่น ฝ่ายวิชาการหรือฝ่ายประชาสังคม สามารถมีความต้องการผลักดันให้ฝ่ายนโยบายกำหนดนโยบายสำคัญ ๆ เพื่อการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาได้ โดยที่บทบาทที่นักวิชาการจะทำได้ คือ การใช้วิธีการสื่อสารข้อมูลความรู้ผ่านยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ด้วยขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

- 2.2.1. สร้างความรู้สนับสนุนการกำหนดนโยบายเพื่อการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาที่ตืออย่างต่อเนื่อง



2.2.2. นำเสนอผ่านสื่อมวลชน หรือนำเสนอโดยตรงสู่กลุ่มประชาสังคม
อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความเข้าใจมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุดหนึ่งที่
เพียงพอ เกิดเป็นพลังร่วมของภาคประชาสังคมในการร่วมผลักดัน
นโยบายที่ดี ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสให้โอกาสทางนโยบายเปิด
มากขึ้น

2.2.3. พยายามนำเสนอต่อฝ่ายนโยบายโดยตรงเป็นระยะเท่าที่จะทำได้
โดยใช้เทคนิคของการสื่อสารด้วยภาษาของผู้ฟัง

2.2.4. เมื่อถึงจุดเวลาหนึ่ง โอกาสทางนโยบายเปิดขึ้น เมื่อนั้นนโยบาย
บนฐานความรู้จะถูกนำไปใช้ตามความพร้อมของเหตุปัจจัย
ขณะนั้น

ตัวอย่างของการดำเนินยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่เป็นรูปธรรม ที่
สามารถทำให้เข้าใจการทำงานแบบการสื่อสารผ่านยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา
คือ การผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ซึ่ง
ประกอบไปด้วยการขับเคลื่อนของสามภาคส่วนสำคัญ ๆ ดังนี้

1. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ทำหน้าที่พลังด้านนโยบาย
ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา) ทำหน้าที่เลขาคณะกรรมการ
ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ดำเนินการยกร่างพระราชบัญญัติ
ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 เป็นเวลา 1 ปีครึ่ง ทำประชาพิจารณ์
7 ครั้ง ใน 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ ดำเนินการในนามของกระทรวงสาธารณสุข
เสนอพระราชบัญญัติ ฯ เข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ทำหน้าที่เลขาคณะกรรมการพิจารณาพระราชบัญญัติ ฯ ตลอดจน
กระบวนการ จนพระราชบัญญัติผ่านสภา ฯ

2. สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า และ เครือข่ายภาคีต่าง ๆ (ทำหน้าที่
พลังประชาสังคม ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา) ทำหน้าที่
สร้างพลังประชาสังคม ในการมีส่วนร่วมสนับสนุนการผลักดัน
พระราชบัญญัติ ฯ โดยดำเนินกิจกรรมรณรงค์ (รวบรวมรายชื่อ 13 ล้าน
ชื่อ สำเร็จภายใน 1 เดือน) และกิจกรรมการเคลื่อนไหวต่าง ๆ มากมาย
(เช่น การยื่นหนังสือถึงผู้กำหนดนโยบายโดยเครือข่ายเยาวชน การ
ชุมนุมหน้ารัฐสภา การยื่นหนังสือถึงประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
เป็นต้น) สนับสนุนประเด็นต่าง ๆ (เช่น การห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิง
เป็นต้น) ก่อให้เกิดพลังร่วมของภาคประชาชนและเกิดพื้นที่ข่าว
สนับสนุนการผลักดันพระราชบัญญัติ ฯ เป็นระยะตลอดเวลา

3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และเครือข่าย
นักวิชาการ (ทำหน้าที่พลังด้านความรู้ ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยม
เขยื้อนภูเขา) ทำหน้าที่ทางด้านวิชาการ ทั้งการรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ใน
ประเทศไทยและต่างประเทศทั่วโลก ทั้งการสร้างความรู้เฉพาะประเทศ
ไทยขึ้นตลอดเวลา ทั้งประเด็นสนับสนุนความจำเป็นที่จะต้องมี
พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความจำเป็นของมาตรการ
ย่อยต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการพิจารณาของกระทรวงสาธารณสุข รัฐบาล
และ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ตลอดจนการทั้งในกรรมาธิการและ
ในสภา ฯ ตลอดจนการนำเสนอข้อมูลสู่สาธารณะจนเกิดพื้นที่ข่าวสาร
ข้อมูลเพื่อการสร้างความเข้าใจของประชาชน และการเผยแพร่เอกสาร
วิชาการสู่กลุ่มเครือข่ายองค์กรงดเหล้าอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ธุรกิจสุรา
และธุรกิจที่มีผลประโยชน์เกี่ยวเนื่อง ตลอดจนฝ่ายการเมืองที่เห็นแก่
ประโยชน์ของฝ่ายธุรกิจไม่สามารถบิดเบือนข้อมูลได้ง่ายนัก

- โดยที่การดำเนินการของนักวิชาการ (ซึ่งในกรณีนี้ คือ ศูนย์วิจัยปัญหา
สุราและเครือข่ายนักวิชาการ) เพื่อสนับสนุนความรู้สู่การกำหนดนโยบาย
(Link Research to Policy/Action) ได้ดำเนินการตามแนวทางการ
สื่อสารผ่านยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ดังนี้



- ▶ เมื่อเกิดปรากฏการณ์การพยายามนำธุรกิจสุราเข้าตลาดหลักทรัพย์ ในปี พ.ศ.2548 และเกิดการเคลื่อนไหวประท้วงโดยภาคประชาชน นำโดย พล.ต.จำลอง ศรีเมือง ศูนย์วิจัยปัญหาสุราได้รวบรวมข้อมูลจัดทำเป็นเอกสารวิชาการ “ธุรกิจสุรา กับ ตลาดหลักทรัพย์” สนับสนุนภาคประชาสังคมและเผยแพร่สู่ประชาชนทั่วไป เป็นพลังหนุนหนึ่งของกระบวนการคัดค้าน
- ▶ ในปี พ.ศ.2548 เมื่อการประท้วงเข้มข้นมาก ทำให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายพินิจ จารุสมบัติ รับปากกับกลุ่มผู้ประท้วงว่าจะทำให้เกิดมาตรการที่สำคัญทางสังคม เพื่อลดผลกระทบจากการนำธุรกิจสุราเข้าตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งได้แก่ การกำหนดให้มีมาตรการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ▶ เมื่อกระทรวงสาธารณสุขจัดกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทำประชาพิจารณ์ ในปี พ.ศ.2548-2549 ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา จัดทำเอกสารวิชาการ “เหตุผลความจำเป็นของการควบคุมปัญหาสุราด้วยกฎหมาย” สนับสนุนการทำความเข้าใจต่อสังคม
- ▶ เมื่อกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดมาตรการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิง ศูนย์วิจัยปัญหาสุราจัดทำเอกสารวิชาการ “มาตรการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิง” สนับสนุนการทำความเข้าใจต่อสังคม
- ▶ เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549 1 วันก่อนที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายพินิจ จารุสมบัติ กำลังจะนำเสนอคณะรัฐมนตรีให้ มีมติรับหลักการพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำเข้าสู่สภาต่อไป ได้เกิดการปฏิวัติรัฐประหารขึ้น ทำให้โอกาสทางนโยบายต้องปิดลง
- ▶ ต่อมาโอกาสทางนโยบายเปิดอีกครั้ง เมื่อคณะรัฐมนตรีจากการแต่งตั้งของคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.มงคล ณ สงขลา ดำริให้มีการออกประกาศคณะกรรมการอาหารและยา ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิง ศูนย์วิจัยปัญหาสุราได้นำเสนอข้อมูลสนับสนุนในเวทีพิจารณาประเด็นดังกล่าวที่กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิจัยปัญหาสุราได้นำเสนอ

ข้อมูลเหตุผลความจำเป็นในการห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
โดยสิ้นเชิงให้แก่ที่ประชุมพิจารณา

- ▶ และเมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันร่างพระราชบัญญัติ ผ่าน
คณะรัฐมนตรี เข้าสู่กระบวนการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ศูนย์วิจัย
ปัญหาสุราได้เข้าไปเป็นกรรมาธิการให้ข้อมูลสนับสนุนการพิจารณา
กฎหมายดังกล่าวทั้งในขั้นตอนกรรมาธิการและขั้นตอนสภานิติบัญญัติ
แห่งชาติ ตลอดจนป้อนข้อมูลทำความเข้าใจต่อสังคมเป็นระยะอย่าง
ต่อเนื่องตามจังหวะที่เหมาะสม
- ▶ จะเห็นได้ว่านักวิชาการสามารถทำงานวิชาการให้ดีที่สุดในทุกสถานการณ์
เท่าที่โอกาสทางนโยบายจะเปิดให้ โดยการสร้างความรู้อย่างต่อเนื่อง
นำเสนอผ่านสื่อมวลชนหรือนำเสนอผ่านกลุ่มประชาสังคมโดยตรง
การนำเสนอข้อมูลให้ฝ่ายนโยบายเท่าที่จะทำได้ และเมื่อโอกาสทาง
นโยบายเปิด นโยบายบนฐานความรู้จะถูกนำไปใช้เองตามความพร้อม
ของเหตุปัจจัย

3. การสร้างนักวิชาการ หรือ นักผลักดันนโยบายที่เกะติดความรู้และ สถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เป็นฐานสำคัญของการทำงานระยะยาวตาม ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

การสร้างนักวิชาการ หรือ นักผลักดันนโยบายที่เกะติดความรู้และ
สถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เป็นฐานสำคัญของการทำงานระยะยาวตามยุทธศาสตร์
สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อการผลักดันการเปลี่ยนแปลงที่มีความยากลำบากให้
สำเร็จ ดังตัวอย่างเช่น

- ▶ นพ.หทัย ชิตานนท์ นักวิชาการ และ ศ.นพ.ประกิจ วาธิ์สาธกิจ
นักผลักดันนโยบาย ที่ทำงานผลักดันนโยบายควบคุมปัญหาบุหรี่มา
โดยตลอด ทำให้เกิดนโยบายห้ามโฆษณาบุหรี่ ตั้งแต่ปี 2532 ทำให้
เกิดพระราชบัญญัติสองฉบับห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบและห้าม
สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ในปี 2535 ซึ่งทำให้ค่านิยมต่อบุหรี่ของ
คนไทยเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง มีการผลักดันให้เกิดการขึ้นภาษีบุหรี่ถึง
7 ครั้งในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมา การผลักดันมาตรการห้ามจำหน่าย
บุหรี่ ณ จุดขาย และ ท้ายสุดทำให้กระทรวงสาธารณสุขประกาศ
นโยบายห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง



- ▶ ศ.นพ.ประกิต วาธิ์สาธกกิจ และ นพ.สุภกร บัวสาย เกษะติดและผลักดันจนเกิดพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544
- ▶ จากความรู้และประสบการณ์การผลักดันนโยบายการควบคุมปัญหาบุหรี ตลอดจนความรู้ใหม่ ๆ ด้านสุราที่ค้นคว้าเพิ่มเติม ศ.นพ.ประกิต วาธิ์สาธกกิจ และ รศ.นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม เกษะติดและผลักดันให้เกิดนโยบายห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างเวลา 05.00 - 22.00 น. ทางสื่อโทรทัศน์และวิทยุ พ.ศ.2546
- ▶ จากความรู้และประสบการณ์การผลักดันนโยบายควบคุมปัญหาบุหรีของ ศ.นพ.ประกิต วาธิ์สาธกกิจ และ ศ.นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ตลอดจนความรู้ใหม่ ๆ ด้านสุราที่ค้นคว้าเพิ่มเติม ทำให้เครือข่ายวิชาการ (เช่น ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และ เครือข่ายนักวิชาการต่าง ๆ) เครือข่ายภาคประชาสังคม (เช่น เครือข่ายองค์กรงดเหล้าและภาคีต่าง ๆ) และเครือข่ายภาครัฐ (เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) เกษะติดสถานการณ์ สร้างความรู้ และจัดกิจกรรมรณรงค์และการเคลื่อนไหวต่าง ๆ สนับสนุนการผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติเป็นฉบับสุดท้าย เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2550 และประกาศใช้เมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2551 ได้เป็นผลสำเร็จ ตลอดจนถึงติดตามการบังคับใช้กฎหมาย และการออกกฎหมายอนุบัญญัติอีกจำนวนหนึ่ง เพื่อปกป้องการเข้าแทรกแซงทำให้การกำหนดกฎหมายอนุบัญญัติอ่อนลงให้มากที่สุดของฝ่ายธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากกรณีบุคคลเกษะติดความรู้และสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น องค์กรวิจัยที่มีทุนขนาดใหญ่ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ องค์กรสนับสนุนทุนต่าง ๆ เช่น กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หรือ กองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สามารถที่จะสนับสนุนนักวิจัยในลักษณะสนับสนุนการทำงานระยะยาว เช่น สนับสนุนเป็นแผนงานต่อเนื่องหลายปี สนับสนุนให้จัดตั้งเป็นองค์กรวิชาการที่ต่อเนื่อง เช่น จัดตั้งเป็นสำนักงาน เป็นมูลนิธิ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเอื้อโอกาสทางอาชีพในการสร้างบุคคลที่สามารถทำงานเกษะติดความรู้และสถานการณ์ทางนโยบายได้อย่างต่อเนื่อง

4. การสร้างความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง

การสร้างความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งมีสิ่งที่จะต้องดำเนินการ ดังนี้

4.1. แผนที่นโยบายและความรู้สนับสนุน (Policy - Research map)

แผนที่นโยบายและความรู้สนับสนุน (Policy - Research map) ต้องรู้ว่าในภาพรวมแล้วต้องการการเปลี่ยนแปลงอะไร และต้องการความรู้อะไรมาสนับสนุน เช่น ต้องการความรู้ว่าทำไมต้องมีนโยบาย ความรู้ว่านโยบายที่เป็นทางเลือกมีอะไรบ้างและมีข้อดีข้อเสียอย่างไร หรือ ความรู้สนับสนุนนโยบายที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้แล้ว ตลอดจนความรู้ที่บอกว่านโยบายที่ดำเนินการไปแล้วนั้นได้ผลหรือไม่ ขอยกตัวอย่างแผนที่นโยบายและความรู้สนับสนุนกรณีการควบคุมปัญหาสุรา การควบคุมปัญหาสุราต้องป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ต้องลดการบริโภคโดยรวม ต้องลดผลกระทบจากการบริโภคสุรา ซึ่งสามารถทำได้ด้วยมาตรการต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น มาตรการทางกฎหมายควบคุมการแพร่กระจายของผลิตภัณฑ์สุรา กฎหมายควบคุมการโฆษณา/การส่งเสริมการขาย และกฎหมายควบคุมอุบัติเหตุจากการขับขณะมึนเมา มาตรการทางภาษี มาตรการณรงค์และการให้การศึกษา มาตรการทางสังคมในชุมชน และมาตรการบำบัดรักษา เป็นต้น และจะต้องสร้างความรู้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจนโยบาย การดำเนินนโยบาย และประเมินผลนโยบายเหล่านี้

4.2. แผนที่การเมืองสำหรับการผลักดันนโยบาย (Political map)

แผนที่การเมืองสำหรับการผลักดันนโยบาย (Political map) ครอบคลุมการวิเคราะห์ระดับนโยบายที่ต้องการเปลี่ยนแปลง กระบวนการนโยบายของระดับนั้น ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและบริบทต่าง ๆ ในระดับนโยบายนั้น ๆ ประเด็นนี้สำคัญมากและเป็นจุดอ่อนของแวดวงวิชาการเพื่อการผลักดันนโยบายเป็นส่วนใหญ่ ขอยกตัวอย่างประสบการณ์ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) มีความรู้ในแง่เนื้อหา นโยบายที่ควรมี (Policy Content) แต่ยังขาดความรู้แง่กระบวนการนโยบาย (Policy Process) ได้แก่ การไม่เข้าใจบริบทระดับรัฐบาล (เช่น นายกรัฐมนตรี

พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ มอบหมายให้ รองนายกรัฐมนตรี นายโฆสิต ปั้นเปี่ยมรัถน์ ประชุมรัฐมนตรีประมาณ 6 กระทรวง ผลจากการประชุม รองนายกมอบให้ กระทรวงสาธารณสุข ปกษาข้อนโยบายกับฝ่ายธุรกิจ เพื่อให้เกิดการยอมรับร่วมกัน ซึ่งเป็นการไม่เหมาะสมในแง่ของกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ควรปลอดจากอิทธิพลของฝ่ายธุรกิจสุราที่เสียผลประโยชน์ ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก) หรือ การไม่เข้าใจบริบทในสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริง (เช่น การถูกบีบคั้นโดยกรมการฝิ่นคดีค่านพระราชบัญญัติ ฯ ที่กล่าวหาว่าเราสูดควันเกินไป จนเรายอมผ่อนปรนระดับหนึ่ง แต่สุดท้ายกรมการฝิ่นเหล่านั้นก็โหวตออกเสียงไม่รับพระราชบัญญัติ ฯ ในที่สุด การถูกข่มขู่ตลอดเวลาว่าจะมีการโหวตคว่ำพระราชบัญญัติ ฯ จนสามารถต่อรองให้ฝ่ายเราลดหย่อนมาตราต่าง ๆ ได้ หรือแม้กระทั่งการใช้เกร็ดกลวิธี (Tactic) ต่าง ๆ ที่พยายามทำให้พิจารณาพระราชบัญญัติ ฯ ไม่ได้ เช่น การขอเลื่อนการพิจารณา การบรรจุไว้ในวาระสุดท้ายของการพิจารณาในแต่ละวันได้บ่อยครั้ง การขอแทรกกฎหมายอื่นเพื่อพิจารณาก่อน การขู่นับองค์ประชุม เป็นต้น) หรือ แม้กระทั่งบริบทของสภาที่มาจากการเลือกตั้งและสภาที่มาจากการแต่งตั้งมีความเหมือนหรือความต่างอย่างไร หรือ แม้แต่สถานการณ์ปัญหาที่แท้จริงที่มาจาก การแต่งตั้งเมื่อปี 2535 ซึ่งพระราชบัญญัติควบคุมปัญหาบุหรี่ผ่านเป็นฉบับสุดท้าย กับ สถานितिบัญญัติแห่งชาติ ปี 2550 ซึ่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านเป็นฉบับสุดท้ายมีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไรมีใครทราบ ฝ่ายวิชาการหรือนักผลักดันนโยบายจะต้องรับมืออย่างไรกับบริบททางการเมืองของผู้กำหนดนโยบายในสถานการณ์ต่าง ๆ ยังเป็นองค์ความรู้สำคัญที่ยังขาดอยู่อีกมาก

5. การวางแผนศึกษาวิจัยประเด็น Link Research to Policy/Action (LRP) อย่างเป็นระบบ

การเรียนรู้ LRP สำคัญจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากยังขาดองค์ความรู้ด้านนี้อีกมากดังกล่าไปแล้วข้างต้นทั้งหมด ประสบการณ์การดำเนินการสื่อสารความรู้เพื่อการผลักดันนโยบายเกิดขึ้นแล้วในอดีต กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน และจะเกิดขึ้นอีกในอนาคตต่อเนื่องไม่สิ้นสุด ไม่ว่าจะเป็นกรณีที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ล้วนอุดมไปด้วยความรู้ทั้งสิ้น การวางแผนศึกษาวิจัยประเด็น LRP อย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการวิจัยระบบสุขภาพ ประเด็น LRP (Link Research to Policy/Action)

1. ให้ความสำคัญกับการผลักดันความรู้สู่การกำหนดนโยบาย (LRP Oriented) เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาโยบายบนฐานความรู้ (Evidence-Based Policy Making – EBPM)
2. ดำเนินการบริหารจัดการความรู้และงานวิจัยเพื่อผลักดันนโยบาย (Policy Research) ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1. ศึกษาและกำหนดแผนที่นโยบายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและแผนที่ความรู้สนับสนุน (Policy – Research Map) ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้
 - (1) ความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลง
 - (2) ทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง
 - (3) เหตุผลสนับสนุนทางเลือกที่เลือกไว้
 - (4) ประสิทธิผลของนโยบายที่ดำเนินการไป
 - 2.2. ศึกษาแผนที่การเมืองสำหรับการผลักดันนโยบาย (Political Map) ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้
 - (1) การวิเคราะห์ระดับนโยบายที่ต้องการเปลี่ยนแปลง (Policy Level) เช่น ระดับรัฐบาล ระดับสภา ระดับกระทรวง หรือ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
 - (2) กระบวนการนโยบาย (Policy Process) ของระดับนโยบายนั้น เช่น การยื่นเข้าพิจารณาในสภาต้องผ่านขั้นตอนอะไรบ้าง เช่น ผ่านรัฐบาล ผ่านกฤษฎีกา ผ่านการประชาพิจารณ์หรือไม่ ต้องใช้เวลาในทำนองใดในแต่ละขั้นตอนตลอดจนภาพรวม เป็นต้น
 - (3) บริบทของนโยบาย (Policy Context) ระดับนั้น เช่น ใครคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใครคือบุคคลสำคัญ ความสนใจความต้องการของเขาเหล่านั้นคืออะไร เงื่อนไขต่าง ๆ ของนโยบายระดับนั้น ๆ มีอะไรบ้าง
 - 2.3. ดำเนินการรวบรวมความรู้ สร้างความรู้ ตลอดจนเรียบเรียงความรู้ (Knowledge Production) อย่างเพียงพอและในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ใช้ข้อมูล ซึ่งใช้ข้อมูลในรายละเอียดที่ไม่เหมือนกัน ได้แก่ กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย กลุ่มสื่อมวลชน กลุ่มประชาชน/ประชาสังคมที่ร่วมสนับสนุน หรือต้องการให้เข้ามาร่วมสนับสนุนเพิ่มขึ้น

3. สื่อสารความรู้เพื่อผลักดันนโยบาย (Policy Advocacy) ด้วยยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมต่อเนื่อง เช่น

- 3.1. ในบริบทที่ผู้กำหนดนโยบายเป็นผู้ริเริ่มความต้องการกำหนดนโยบายเพื่อการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นเอง เป็นโอกาสที่ดีของนักวิชาการที่จะเสนอความรู้สนับสนุนการกำหนดนโยบายที่ตีบนฐานความรู้ นักวิชาการสามารถนำเสนอข้อมูลกับฝ่ายนโยบายโดยตรง (Direct Policy Advocacy) แต่ต้องทำด้วยรูปแบบ Knowledge Translation คือ การแปลงข้อมูลสำหรับฝ่ายนโยบาย หรือ ด้วยรูปแบบ Linkage and Exchange คือ จัดกระบวนการให้เกิดการมีส่วนร่วมของฝ่ายนโยบายกับฝ่ายวิชาการ เพื่อการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการกำหนดโจทย์วิจัย การดำเนินการวิจัย และ การใช้ผลงานวิจัย)
- 3.2. ในบริบทที่ผู้กำหนดนโยบายไม่เป็นผู้ริเริ่มความต้องการกำหนดนโยบายเพื่อการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นเอง นักวิชาการหรือนักผลักดันนโยบายควรที่จะสร้างความรู้เพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบายอย่างต่อเนื่อง และสื่อสารเพื่อการผลักดันนโยบายแบบทางอ้อม (Indirect Policy Advocacy) ควรที่จะดำเนินการสื่อสารความรู้ผ่านยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งมีจุดเด่นคือการสื่อสารความรู้สู่ประชาสังคม (Civic Advocacy) ผ่านสื่อมวลชน (Media Advocacy) ในขณะที่โอกาสทางนโยบายยังไม่เปิด ซึ่งจะทำให้สาธารณชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสร้างพลังประชาคมสนับสนุน อันจะส่งอิทธิพลต่อฝ่ายกำหนดนโยบายอีกทอดหนึ่ง เพราะนักการเมืองที่มาจากการเลือกตั้งจะให้ความสำคัญกับประชาชนที่สามารถลงคะแนนเสียงให้พวกเขาได้ ประกอบควบคู่ไปกับการพยายามนำเสนอความรู้ให้กับฝ่ายนโยบายเป็นระยะ ควบคู่ไปกับการสื่อสารทางตรงสู่ฝ่ายนโยบายเท่าที่จะทำได้เป็นระยะ หรือแม้แต่การโน้มน้าวฝ่ายนโยบายแบบเข้มข้น (Policy Lobbying) ตามสถานการณ์ที่เอื้ออำนวย เพื่อให้เข้าใจและออกเสียงสนับสนุนนโยบายต่อไป

4. สรุปลงสังเคราะห์ และ เผยแพร่บทเรียนการผลักดันความรู้สู่ นโยบาย Link Research to Policy/Action ต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อ สวรส. ประเด็น LRP (Link Research to Policy/Action)

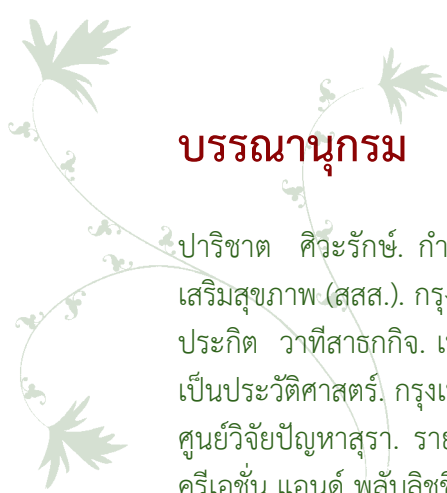
1. รับบทบาทนักวิจัยระบบสุขภาพ หรือ องค์กรที่เกี่ยวข้องหาประเด็นการวิจัยระบบสุขภาพ (เข้าใจระบบ, รับผิดชอบบทบาทหรือประสานการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาพรวมระบบสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เนื่องจาก การผลักดันการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ให้สำเร็จต้องมีจุดเริ่มต้นที่เข้มแข็ง ต่อเนื่อง
2. เป็นเจ้าภาพดำเนินการบริหารจัดการความรู้และงานวิจัยเพื่อผลักดันนโยบาย (Policy Research) เนื่องจากการทำงานทางความคิดที่ดีเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการทำงานที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1. การศึกษาและจัดทำแผนที่นโยบายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวมและแผนที่ความรู้สนับสนุน (Policy – Research Map)
 - 2.2. ศึกษาและจัดทำแผนที่การเมืองสำหรับการผลักดันนโยบาย (Political Map) เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวม
 - 2.3. สนับสนุนทุนให้และจัดระเบียบองค์กรลูกให้สอดคล้องกับ Policy-Research-Political Map และ พัฒนาศักยภาพประเด็น LRP (Link Research to Policy/Action) ให้กับเครือข่ายต่าง ๆ
3. เป็นเจ้าภาพสร้างความรู้และกลไกการสื่อสารเพื่อผลักดันนโยบาย (Advocacy Mechanism) ทั้งทางตรงและทางอ้อมสู่ฝ่ายนโยบาย เนื่องจากเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ (Infrastructure หรือ Hardware) สำหรับการทำงานในภาพรวม ซึ่งประกอบด้วย
 - 3.1. การสร้างกลไกและสร้างความรู้เพื่อการสื่อสารความรู้สู่ผู้กำหนดนโยบาย (Policy Advocacy Mechanism)
 - 3.2. การสร้างกลไกและสร้างความรู้การสื่อสารความรู้สู่สื่อมวลชน (Media Advocacy Mechanism)
 - 3.3. การสร้างความรู้การสื่อสารความรู้สู่ประชาสังคมกลุ่มต่าง ๆ (Civic Advocacy Mechanism)

4. วิจัยหรือเป็นเจ้าภาพวิจัยประเด็นการผลักดันความรู้สู่นโยบาย (Link Research to Policy/Action) เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาโยบายบนฐานความรู้ (Evidence-Based Policy Making-EBPM) ด้วยบุคลากรสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเอง เพื่อให้ความรู้ที่สำคัญนี้สะสมอยู่ในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเองด้วย

บทสรุป

นโยบายที่ดีสามารถนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ การผลักดันความรู้สู่นโยบายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาโยบายบนฐานความรู้เป็นภารกิจหนึ่งที่สำคัญของนักวิชาการที่มีความประสงค์จะเห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอย่างแท้จริง การสื่อสารความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาโยบายบนฐานความรู้มีหลายรูปแบบและหลายวิธีขึ้นกับบริบททางนโยบายว่าเปิดหรือไม่ ซึ่งไม่ว่าโอกาสทางนโยบายจะเปิดโดยสะดวกหรือปิดกั้นเป็นเวลานาน สิ่งทีนักวิชาการจะต้องทำคือการสร้างความรู้และเกาะติดสถานการณ์ทางนโยบายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เมื่อโอกาสทางนโยบายเปิดขึ้นอย่างกะทันหัน จะสามารถสนับสนุนความรู้เพื่อการผลักดันนโยบายดี ๆ ได้ทัน่วงที





บรรณานุกรม

ปาริชาติ ศิวัชรรักษ์. กำเนิดกองทุน สสส.. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรุงเทพมหานคร : อุษาการพิมพ์; 2546.

ประกิต วาทีสารกกิจ. เบื้องหน้า-เบื้องหลัง การบ้าน การเมือง เรืองบุหรี บันทึกลงไว้เป็นประวัติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2550.

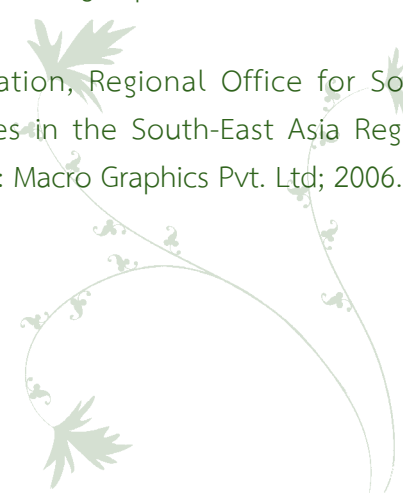
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์สุรา. กรุงเทพมหานคร : โชตา สตูลดีโอครีเอชั่น แอนด์ พลัสลิซซิ่ง; 2550.

Ruth Lawrence 2005. Creative Strategies to Link Research and Policy. Presentation at Conference: Delivering Crime Prevention: Making the Evidence Work, The Australian Institute Of Criminology With The NSW Attorney General's Department 22 November 2005.

Steven Dukeshire & Jennifer Thurlow 2002. Understanding the Link Between Research and Policy. Rural Communities Impacting Policy Project.

Susan Purdon, Carli Lessof, Kandy Woodfield and Caroline Bryson 2001. Research Methods for Policy Evaluation. Department for Work and Pensions Research Working Paper No 2, National Centre for Social Research.

World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Alcohol Control Policies in the South-East Asia Region : Selected Issues. New Delhi, India : Macro Graphics Pvt. Ltd; 2006.





สรุปข้อวิพากษ์ และการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

การนำเสนอเรื่องเหล่านี้ทำให้ได้เรียนรู้อย่างมาก ผู้นำเสนอรู้สึกจะเป็นนักอุดมการณ์ และจากการนำเสนอที่เป็นเรื่องการจัดการ มีความก้าวหน้าไปมาก มีการทำงานที่เป็นระบบ มีหลักคิด

จากรูปพระมหาชนก ตอนว่ายที่มองไม่เห็นฝั่ง นั่นคือวิริยะ และมีเทวดามาช่วย คือ เกิด miracle ขึ้นโดยไม่รู้ตัว concept โบราณถือว่าความมหัศจรรย์เกิดแต่ปัจจุบันถือเป็นทฤษฎี และเป็นทฤษฎี complexity เพราะว่า emerge ขึ้นโดยไม่มีใครรู้ คาดหมายไม่ได้ เมื่อไหร่ไม่รู้ ยังไงไม่รู้ ซึ่งก็คือความหมายเดียวกันกับความมหัศจรรย์ที่โบราณค้นพบ จากภาพแม้ไม่เห็นฝั่งก็ต้องพยายามอยู่เรื่อย

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สรรส.พยายามทำหลายอย่างที่หมอบัณฑิตเสนอ แต่ก็เป็นข้อจำกัด จนไม่แน่ใจว่าเป็นลักษณะอุปนิสัยของนักวิชาการหรือเปล่า เพื่อนผมที่ทำเรื่อง public communication มักจะบ่นอยู่ตลอดเวลาว่า เครือข่ายแต่ละเครือข่ายไม่ค่อยสนใจให้ข้อมูลเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือเพื่อทำการที่เรียกว่า policy communication คือ สนใจอยู่แต่กับงานของตัวเอง แล้วก็จะมองว่าไม่ใช่ภารกิจที่จำเป็นหรือสำคัญยิ่ง ซึ่งไม่แน่ใจว่ามีวิธีการที่จะแก้ไขปัญหานี้อย่างไรบ้าง สรรส.เริ่มทำมาแล้วบางส่วน แต่ก็พบปัญหาการทำงานร่วมกับเครือข่ายนักวิจัย ว่าเรื่องนี้ไม่ได้อยู่ใน interest

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

จากการฉายภาพให้ดู มีขงแบ่งเป็นนักวิชาการ เล่าปี่เป็นนัก implement ซึ่งเล่าปี่จะมีขุนพลกวนอู ที่เก่งมาก แต่ก๊อบไม่ชนะ จนมีขงเบ้งซึ่งเป็นนักยุทธศาสตร์ ต้องใช้ความรู้ และเอาความรู้มาใช้ ซึ่งนักวิชาการไม่ใช่ขงเบ้ง ดังนั้น สวรรส.ต้องเป็นนักยุทธศาสตร์ในการเอาความรู้ไปใช้

ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ในการทำงานวิชาการและเชื่อมไปสู่การใช้ประโยชน์นั้น ขอนำเสนอ building block ซึ่งได้จากการทำงานในช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมาคือ

Block ที่ 1: Political Impartiality คือ จะต้องไม่เอนเอียงกับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง มีความเป็นกลางทางการเมือง

Block ที่ 2 : Free from conflict of interest คือการไม่มีส่วนได้ในประเด็นที่เสนอนั้น ๆ เช่น ทำวิจัยเรื่องยา ก็ต้องไม่มีส่วนได้เสียกับบริษัทยา

Block ที่ 3 : Arm length relationship with National Health Authority ถือเป็นประเด็นที่มีประโยชน์และต้องให้ความสำคัญอย่างมากในการดำเนินงาน ซึ่งนักวิจัยต้องทำงานที่เปรียบเสมือนนักรบที่ต้องรบในสนามรบ นั่นคือต้องทำเรื่องหรือประเด็นที่ตรงกับปัญหาหรือความจำเป็นต้องใช้งาน รวมทั้งต้องรู้ว่าทำแล้วจะนำเสนอแก่ใคร หน่วยงานไหน อย่างไรก็ดี นักวิจัย จะต้องไม่รับงานวิจัยที่เป็นประเด็นที่ตัดสินใจทางนโยบายไปแล้ว และให้นักวิจัยมาทำเพื่อรองรับการทำแผนเท่านั้น

Block ที่ 4 : Science sound research คือ ต้องสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ จากประสบการณ์การมี international peer จะช่วยให้งานมีความชัดเจน และอยู่ในประเด็นมากขึ้น

Block ที่ 5 : Long term commitment ซึ่งการมีพันธะสัญญาในระยะยาวที่จะสนับสนุน ทั้งนี้ Long term commitment จะประกอบด้วย 3 F คือ full fund, full support และ full commitment ฉะนั้นการจัดทำในลักษณะเชิงสถาบัน (Institutionalization) ของ health policy และ health system research จึงมีความสำคัญมาก

Block ที่ 6 : Long term credibility คือศักยภาพในการ develop long term credibility และ publication ซึ่งนอกเหนือจากการสร้างการยอมรับ เชื่อถือจากคณะกรรมการวิชาการหรือบอร์ดแล้ว ก็เป็นการแจ้งเกิดในระดับต่างประเทศ

อย่างไรก็ดี การจะเป็น policy researcher หรือ policy analyst ที่ดีต้องรู้จักการขึ้นเวที โดยต้องรู้ว่ามุมไหนเป็นมุมแดง มุมไหนเป็นน้ำเงิน และจะชกกันอย่างไร ต้องเรียนรู้ถึงชีวิตจิตใจของทั้งสองฝ่าย นั่นคือ policy researcher ต้องรู้จัก integrate ระหว่าง researcher กับ research entrepreneur คือเป็น match maker

คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา

โอกาสทางนโยบายเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่บางครั้งมีโอกาสดแต่ความรู้ไม่พร้อม การรอโอกาสก็เป็นเรื่องสำคัญ ถึงแม้ว่าโอกาสเปิด ก็อาจต้องมีกลไก กระบวนการที่ต้อง lobby ซึ่งเป็นอะไรที่อยู่นอกตำรา จากประสบการณ์ของ สช. บางครั้งดำเนินการเสร็จแล้วยังต้องมาเริ่มตั้งต้นใหม่ในเรื่องนโยบาย ต้องทำหลายรอบ หลายครั้ง และต้องพยายามทำให้สิ่งที่ได้ดำเนินการเกิดเป็นมรรคผลต่อประเทศ

ดร.ฉัตรวิญญ์ องค์กรสิงห์

มี 3 ประเด็นที่แลกเปลี่ยนคือ **ประเด็นแรก** คือ การทำ research mapping ที่มาจากพื้นที่ ผ่านแนวคิด ผ่านงานวิจัย กระบวนการของการมีส่วนร่วม หรือ brainstorm ซึ่ง research mapping ถือเป็นมูลค่างานวิจัยที่มีค่า เมื่อมีการนำเสนอ research mapping ก็เหมือนเราแจกความคิดที่ควรจะมีคนเอาไปใช้ ซึ่งต้องมีกระบวนการขาย เพื่อให้สังคมเอาไปใช้

ประเด็นที่สอง คือ ทำอย่างไรถึงจะ claim ว่า research mapping ที่หยิบออกมาเป็นงานของ สวรรส. จึงจะทำให้มีที่ยืนของ สวรรส.ในสังคมเกี่ยวกับเรื่อง health systems

ประเด็นที่สาม คือ ว่าทำอย่างไร สวรรส.จึงจะใช้ research mapping นี้ควบคุมให้เกิดความคิดเชิงตรรกะ ความคิดเชิงตรรกะก็คือ การทำงานวิจัย ที่มักจะไปทางซ้ายเอียงขวาไปตามแหล่งทุน รวมถึงการที่ผู้จัดการหรือบอร์ดสามารถที่จะโยกแหล่งทุนสนับสนุนงบประมาณตาม research mapping ของสวรรส.ได้

จะเห็นว่าในประเด็นที่สองจะเป็น background ของ pool of source คือทำอย่างไรนักวิจัยจึงจะเป็นนักวิจัยของ สวรรส.จริง ๆ ยังมี ส. มาก ๆ นักวิจัยที่มีคุณค่าเหล่านั้นก็ต้องถูกดึงออกไป ทำอย่างไรที่จะ claim ได้ว่าเป็นนักวิจัย สวรรส. และทิศทางที่สวรรส.จะสร้างคนต่อไปอย่างไร โดยทำงานร่วมกับนักวิชาการของมหาวิทยาลัย ซึ่งก็เป็นหนึ่งในการเปลี่ยนผ่าน

เรื่องสื่อสารสาธารณะ เรื่องนี้จะทำอย่างไรที่จะยกระดับงานวิจัยออกไปสู่สาธารณะได้ จริง ๆ ต้องเรียนว่าทุกวันนี้จากการทำ foresight ร่วมกับกลุ่มนักวิชาการและมีการตั้งบริษัททำสื่อสุขภาพ พบว่าการทำงานวิจัยผ่านทีวี มีพลังอย่างยิ่ง ทุกวันนี้เราทำงานส่งช่องเก้าตอนเช้าหกโมงครึ่ง ทุกวันเสาร์ เราพบว่าเวลาที่มีเวที เราสามารถที่จะทำวิจัยเชิงคุณภาพได้มาก อย่างเช่น การนำเสนอเรื่องการแพทย์ทางเลือกในรายการและเช็ก rating ทางโทรศัพท์ พบว่ามีคนทุกระดับที่สนใจการแพทย์ทางเลือก แล้วอยากจะได้ข้อมูลต่อ

ดังนั้น คงต้องคิดต่อว่าจะทำอย่างไรที่จะใช้กระบวนการของสื่อที่มีอยู่ในปัจจุบันให้มีคุณภาพและผลักดันให้เกิดกระแสการเปลี่ยนแปลงในสังคม การจะทำสื่อสารสาธารณะให้มีผลอย่างยิ่งในเชิงนโยบาย และผลักดันกระแสสังคมได้ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 เรื่องคือ งบประมาณ ทุกวันนี้มีคนอยากทำทีวี อยากทำสื่อมาก แต่มี สสส.แหล่งเดียวที่สนับสนุนเพราะมีแหล่งทุนกลาง ดังนั้นจึงมีพลังอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นงานวิทยุ งานทีวี งานเชิงเอกสาร แต่ทุกวันนี้หลายสำนักทำวิจัยดี ๆ แต่เป็นเบี้ยหัวแตก เพราะงานทีวีต้องจ่ายค่า production มาก แต่ก็สามารถทำได้ในลักษณะของ co partner

องค์ประกอบที่สอง คือต้องจัดการให้สื่อตีพร้อม ๆ กัน ทั้งสื่อทีวี สื่อวิทยุ สื่อหนังสือพิมพ์ สื่อนิตยสาร องค์ประกอบที่สามคือ concept ต้องชัด เช่นโจทย์ของอ.ประเวศที่บอกว่าเยาวชนรุ่นนี้ไม่มีจิตสำนึกของความเป็นมนุษย์ ต้องทำอย่างไรให้ทุกคนเข้าใจ และกลายเป็นโจทย์หลัก โจทย์รองคือทำอย่างไรที่จะทำรายการให้เด็กดูโดยพ่อแม่มีศักยภาพในการเปิดและการเลือกช่อง โจทย์เท่านี้ผู้ผลิตเอากลับไปทำการบ้านได้

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ผมได้เขียน แต่ไม่ได้ตีพิมพ์ เป็นบทความเรื่องระบบ information and communication for health เป็นระบบใหญ่ในระบบสุขภาพ เป็นระบบ information and communication ซึ่งจะเป็นเรื่องหนึ่งที่เพิ่มเติมได้

channel ของการสื่อสารมีมาก แต่ความสามารถที่จะเอาความรู้มานำเสนอ ในรูปแบบ working knowledge ที่จะสื่อออกไปมีน้อย ผมเสนอแนะไว้ใน paper นั้นว่าควรพัฒนา re-writer ซึ่งของฝรั่งมีมาก คนที่เขียนใน news week เขียนใน Times เขียนดี ๆ ทั้งนั้น น่าอ่านมาก accurate ด้วย เขียนเก่งกว่านักวิชาการเอง ถ้าเรามี re-writer มาก ๆ ก็จะเป็นช่องทางที่จะสื่อได้มาก โดยผ่านวิทยุที่มีเป็น 100 สถานี มีโทรทัศน์ต่าง ๆ แนวคิดนี้ ถ้าพัฒนา re-writer ทาง health ทาง วิทยาศาสตร์ เก่ง ๆ สักจำนวนหนึ่ง ก็จะสามารถสื่อสารความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้มาก

พูดถึงวิทยุชุมชน ขณะนี้ สสส.กำลัง contract ผู้เชี่ยวชาญพัฒนาระบบวิทยุชุมชน โดยให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วม ซึ่งจะ cover area หมดทุกอำเภอ ทุกตำบลทั่วประเทศ วันหนึ่ง ๆ จะมีประชาชนสื่อเข้าไปเป็นแสนครั้ง และมีระบบที่จะไปสังเคราะห์ จัดหมวดหมู่ว่ามีเรื่องอะไรบ้าง ส่วนหนึ่งจะเป็น campaign ภาครัฐ และอาจจะมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอะไรก็แล้วแต่ นับว่าเป็นการเปิดพื้นที่ ช่องทางการสื่อสารเพื่อเติมเต็มในพื้นที่

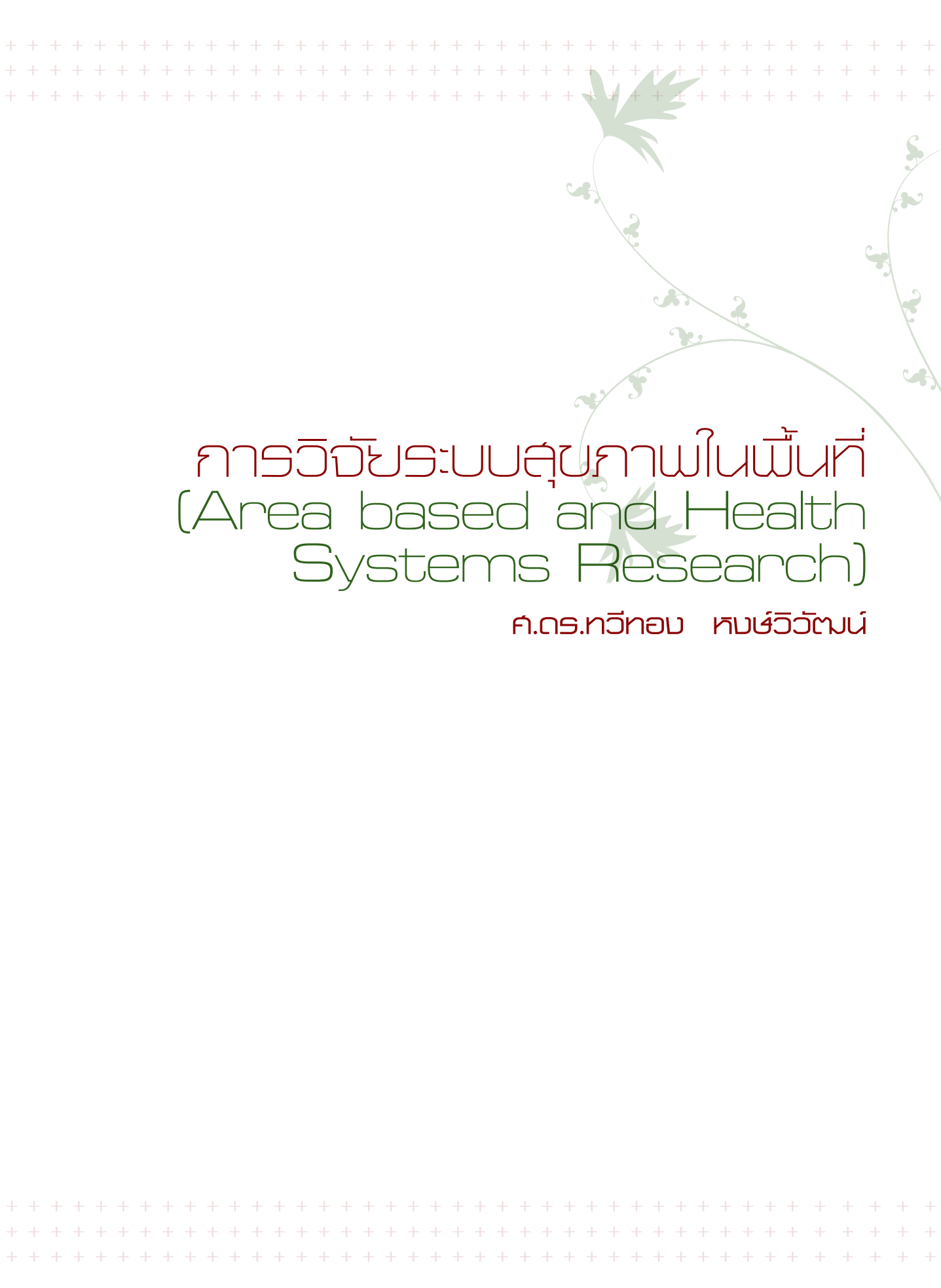
ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

มีงานประเพณีเกี่ยวกับเรื่องความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ในอเมริกา และมีข้อสรุป คือ การที่คนหันมาเชื่อถือเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์นั้นเป็นผลพวงจาก popular science writer มากที่สุด คือมีอาชีพหนึ่งที่เป็น popular science writer พวกนี้จะมีความสามารถในการเขียนเรื่องวิทยาศาสตร์ให้มีความหมาย คือผู้อ่านแล้วรู้เรื่อง รู้สึก ตื่นเต้น มีสีสัน ให้มันดีแสนดี

ถ้าเราอยากให้คนคิดว่างานวิจัยจะช่วยแก้ปัญหาได้ หานักเขียนพวกนี้มาช่วย อาจจะทำให้มีคนเชื่อถืองานวิจัยมากขึ้น

เวลาพูดถึงเรื่อง consumption หรือ utilization ของ policy รู้สึกว่าเรามี model อยู่ model เดียว ซึ่งเป็น model ที่มุ่งไปที่ official policy มากเกินไป ผมคิดว่ากระบวนการเชิง policy ถ้าตีความในความหมายที่กว้างขึ้น คำว่า utilization ของ research จะมีหลาย model มาก จะไม่มี model ที่รอจังหวะฟ้าเปิดแล้วเอาไปเสียบ แล้วให้ออกเป็นกฎหมาย ไม่ได้มีแต่ model นี้ เพราะความรู้มีหลายแบบ ความรู้บางแบบเปลี่ยนแปลงสังคมจากฐานราก ความรู้บางแบบเปลี่ยนแปลงสังคมทีละนิด เป็นแบบ slow knowledge เป็นเรื่องอะไรที่แม้สั่งก็เปลี่ยนไม่ได้ เช่น สั่งให้รสนิยมคนเปลี่ยนก็เปลี่ยนไม่ได้ ศิลปะที่เปลี่ยนแปลงตัวเองมาเป็นยุคเป็นสมัย ก็ไม่ได้มีใครสั่ง สั่งไม่ได้ มันเกิดขึ้นจากงานชิ้นเล็กชิ้นน้อย ต่อเนื่องสืบสานกันต่อ ๆ มา ซึ่งคนที่ตัดสินใจหลาย ๆ เรื่องอาจจะเป็นชาวบ้านในหมู่บ้านที่เผชิญวิกฤติในวิถีชีวิตของเขา ฉะนั้น ถ้าพูดถึงเรื่อง Research Link to Policy (RLP) อยากให้มองเห็น reality ของ policy process ว่าความหลากหลายของกระบวนการและกลไกทางนโยบาย มีความเป็นไปได้อะไรบ้าง เพราะอย่างหลาย ๆ เรื่อง เช่น การสั่ง ลด เลิก ละ การนำเข้าปลาหูช้างจากการไถ่ล่านั้น การไปจับเอาปลาหวา เอามาแม่น้ำ ทำให้สูญพันธุ์ นโยบายนี้ของยุโรปเกิดขึ้นเพราะ NGO เคลื่อนไหวจนคนเขาไม่ซื้อแล้ว กฎหมายถึงออกมาภายหลัง กฎหมายออกมาแค่ตามกระแสเท่านั้นเอง ซึ่งก็อาจจะเป็น model หนึ่งก็ได้ ฉะนั้น จะเห็นว่า policy process นั้นมีข้อมูลหลัก ถ้าเราทำงานอยู่บนกระบวนการหลัก บนกระบวนการทางนโยบายที่เป็น populous มีการใช้ความรู้ ที่ต้องรู้ว่าจะใช้ความรู้ได้ที่ช่องทาง ต้องมี working knowledge ก็แบบ ที่อาจต้องผสมผสานกัน หากสวรส. มีแนวโน้มที่จะเอาแบบที่เป็นกระแสหลักแบบเดียว model แบบเดียว ถ้าเป็นงานวิจัยก็เป็นงานวิจัยเชิงสถิติ ตัวเลข ที่นำไปสู่การตัดสินใจ หรือนำไปสู่การผลักดันนโยบายที่เป็นกฎหมาย ก็คิดว่าอาจจะทำให้การมองแคบเกินไป





การวิจัยระบบสุขภาพในพื้นที่ (Area based and Health Systems Research)

ศ.ดร.ทวิทอง ทบะวิวัฒน์



การวิจัยระบบสุขภาพในพื้นที่ (Area based and Health Systems Research)

ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

1. บทนำ

การทบทวน (review) ผลการดำเนินงานแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ พ.ศ.2546–2551 มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ทบทวนแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีขอบเขตครอบคลุมผลการดำเนินงานวิจัย และความเหมาะสมพอเพียงของแนวทางส่งเสริมการวิจัยผ่านสถาบันภาคีวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.ภาค)
2. วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานของ สวรส.ภาค และประเมินบทบาทการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3. เสนอแนะแนวทางและมาตรการปรับปรุงแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ และบทบาทที่ควรจะเป็นของ สวรส.ภาค



เนื่องจากมีนักวิจัยภายนอกรับผิดชอบทบทวนการดำเนินงานของ สวรส.ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการเฉพาะในเวลาเดียวกัน อีกทั้งมีการประเมินผล สวรส. ภาคใต้ไปแล้วเมื่อต้นปี พ.ศ.2549 การทบทวนแผนงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพพระดบพื้นที่ครั้งนี้ จึงมุ่งเสนอแนะแนวทางและมาตรการปรับปรุงแผนงานฯ สำหรับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเท่านั้น

การดำเนินงานทบทวนแผนงาน ฯ ใช้แนวทางแบบ expert review โดยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะรายงานการทบทวน/ประเมินผล สวรส.ภาค ที่มีมาก่อน สัมภาษณ์ผู้จัดการและกรรมการบริหารของ สวรส. ทุกภาค ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้จัดการแผนงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพพระดบพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้อำนวยการแผนงานหรือสถาบันลูกอื่น ๆ ของ สวรส. ตลอดจนผู้อำนวยการหน่วยงานอื่น ๆ ที่สนับสนุนโครงการระดับพื้นที่ ดังรายชื่อข้างแนบท้าย

ระยะเวลาดำเนินการทบทวน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ.2551 รวม 4 เดือน



2. ภูมิหลัง

แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งทั่วไปเรียก Area-based program เป็นแผนงานวิจัยหลักแผนหนึ่งของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้งแต่เริ่มจัดตั้งสถาบัน ฯ ในปี พ.ศ.2536 จนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ด้วยเหตุผลพื้นฐานว่า ระบบสุขภาพมีหลายระดับ หลายระบบ พันธกิจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงไม่ควรจำกัดเฉพาะระบบสุขภาพระดับชาตินั้น แต่ควรวิจัยระบบสุขภาพระดับล่างลงมาด้วย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ และเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรในระยะยาว

ความสำคัญของแผนงานวิจัยระบบสาธารณสุขระดับพื้นที่ (ซึ่งต่อไปจะเรียกสั้น ๆ ว่า “แผนงาน Area-based”) ปรากฏชัดในแผนยุทธศาสตร์งานวิจัยของ สวรส. พ.ศ.2548-2550 ที่กำหนดให้งานวิจัยระดับพื้นที่เป็น 1 ใน 4 ยุทธศาสตร์ ดังความต่อไปนี้ “ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพระดับพื้นที่ เสริมหนุนโครงสร้างและกระบวนการเรียนรู้จากงานวิจัยอย่างมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ โดยมุ่งเน้นทั้งพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์ และพื้นที่เชิงกลไก (เช่น หน่วยงานหรือการพัฒนาโครงสร้างและกลไกใหม่) ของระบบสุขภาพ”

โดยสรุป แนวคิดการวิจัยระดับพื้นที่ของ สวรส. มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือ การใช้งานวิจัยมาช่วยแก้ไขปัญหาในพื้นที่หรือพัฒนาระบบงาน และการพัฒนาตัวนักวิจัยในพื้นที่ การดำเนินแผนงาน Area-based ที่ผ่านมา ให้น้ำหนักกับแต่ละส่วนแตกต่างกันไป

ระหว่างปี พ.ศ.2536-2538 แผนงาน Area-based ใช้กลไกจากส่วนกลางคือ ผู้ประสานงาน ลงไปส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยตรงให้ทำการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบ งาน การดำเนินงานพบอุปสรรคสำคัญ 2 ประการ คือ **หนึ่ง** การโยกย้ายเปลี่ยนแปลงนายแพทย์ สสจ. บ่อย สร้างปัญหางานขาดความต่อเนื่อง และ **สอง** งานวิจัยระดับพื้นที่ต้องการการสนับสนุนทางวิชาการสูงมาก เป็นภาระหนักเกินกว่าที่ผู้ประสานแผนงาน Area-based (ซึ่งมีคนเดียวคือ นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม) จะรับไหว

ระหว่างปี พ.ศ.2539-2545 แผนงาน Area-based จัดตั้งทีมวิชาการจากมหาวิทยาลัยในภูมิภาค ขึ้นมาเป็นกลไกหลักในการส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยในระดับพื้นที่ โดยใช้กระบวนการประกาศให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยเฉพาะในระบบบริการสาธารณสุข ส่งหัวข้อวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาระบบงาน เพื่อ

ขอรับเงินสนับสนุน จากนั้นจัดให้มีกระบวนการพัฒนาโครงร่างวิจัย และที่ปรึกษา
โครงการตลอดช่วงการทำวิจัยจนเสร็จสิ้น ยุทธวิธีของการส่งเสริมงานวิจัยระบบ
สุขภาพเน้นการพัฒนานักวิจัยเป็นหลัก การวิจัยและผลการวิจัยนำไปสู่การแก้ไข
ปัญหาในพื้นที่หรือไม่เพียงไร เป็นเรื่องรอง

กลไกทีมวิชาการเพื่อพัฒนางานวิจัยระดับพื้นที่ เริ่มขึ้นที่มหาวิทยาลัย
ขอนแก่นก่อน ระหว่างปี พ.ศ.2539-2541 โดยเรียกชื่อว่า “หน่วยสนับสนุนด้าน
วิชาการเพื่อการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” (ชื่อ
ย่อว่า นสวพ.) จากนั้นจึงขยายไปครบ 4 ภาค โดยมีชื่อเรียกเป็นลายลักษณ์อักษรว่า
“สถาบันเครือข่ายการพัฒนาการส่งเสริมการวิจัยระดับพื้นที่ 4 ภาค” ช่วงนี้การ
สนับสนุนจาก สวรส.ส่วนกลางเริ่มคึกคักมากขึ้น มีการดึงตัวนายแพทย์วีระพันธ์
สุพรรณไขยามาศย์ มาเป็นผู้จัดการแผนงาน Area-based และจัดตั้งคณะกรรมการที่
ปรึกษาแผนงาน ฯ ขึ้นช่วยชี้แนะทิศทางการดำเนินงาน

อนึ่ง มีข้อควรสังเกตว่าในช่วงนี้เริ่มมีการเรียกสถาบันเครือข่าย 4 ภาคนี้ว่า
“สวรส.ภาค” ซึ่งเป็นการเรียกเพราะความสะดวก มากกว่าจะเจตนาหมายถึงเป็น
หน่วยงานภูมิภาคของ สวรส.จริง ๆ อย่างไรก็ตามชื่อ “สวรส. ภาค” นิยมใช้จน
ติดปากมาเรื่อย ๆ จนบางคนเข้าใจผิดว่าเป็นหน่วยงานภูมิภาคของ สวรส.

ในด้านเงินทุน สวรส.จัดงบประมาณดำเนินการให้ สวรส.ภาค แห่ละ
ประมาณ 1 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ยังไม่รวมงบสนับสนุนโครงการวิจัยที่ สวรส.ภาค
ช่วยพัฒนาแล้วส่งมาขอรับการสนับสนุนเป็นรายโครงการ

ระหว่างปี พ.ศ.2546-ปัจจุบัน แผนงาน Area-based ของ สวรส. ยังอิงกับ
กลไก สวรส.ภาค เป็นหลัก แต่ได้ปรับเปลี่ยนฐานะและโครงสร้างการบริหารจัดการ
ของ สวรส.ภาคให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมหาวิทยาลัย
ยอมรับให้เป็นหน่วยจัดการวิจัยระบบสุขภาพระดับพื้นที่ของมหาวิทยาลัย มี
คณะกรรมการบริหารที่แต่งตั้งโดยมหาวิทยาลัย ทำหน้าที่กำกับดูแล และผู้จัดการ/
ผู้อำนวยการ สวรส.ภาค ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้บริหารเต็มเวลา ในกรณีนี้เป็นที่ตกลงว่า
มหาวิทยาลัยและ สวรส.จะร่วมกันสนับสนุนการดำเนินงานของ สวรส.ภาค

สวรส.ภาค โครงสร้างใหม่เริ่มขึ้นก่อนที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ.
2546 ตามมาด้วยมหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.
2547 และ 2548 ตามลำดับ

ในช่วงนั้นนโยบายการส่งเสริมการวิจัยระดับพื้นที่ที่ สวรส.ส่วนกลาง มอบให้ กับ สวรส.ภาค เริ่มเปลี่ยนมาเน้นการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาเป็นหลัก ทั้งนี้ด้วยการสนับสนุนงานวิจัยแบบมีแนวเรื่อง (thematic research) และใช้ research mapping เป็นเครื่องมือกำหนดหัวข้อวิจัยในแต่ละแผนงานวิจัย

ในด้านเงินทุน สวรส.สนับสนุนงบประมาณเงินเดือนและค่าดำเนินงาน ประมาณปีละ 2 ล้านบาท และเงินสนับสนุนโครงการวิจัยอีกปีละ 1 ล้านบาท ตั้ง แต่ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา สวรส.มอบอำนาจให้ สวรส.ภาคพิจารณาจัดสรรเงินทุน วิจัยจำนวนนี้ได้เอง

แผนงาน Area-based ที่ดำเนินงานผ่านสถาบันภาคี สวรส.ภาค ทั้ง 3 แห่ง ในช่วง ปี พ.ศ.2546-2551 คืองานที่ผู้ทบทวนทำการศึกษา

3. ปัญหาการดำเนินงาน

ผลงานโครงการวิจัยของ สวรส.ภาค – ความสำเร็จที่ไม่สม่ำเสมอ

หากนับจำนวนโครงการที่ สวรส.ภาคได้รับเงินทุนสนับสนุนดำเนินการ ทั้ง จาก สวรส.และแหล่งทุนอื่น จะเห็นได้ว่า สวรส.ภาคใต้ มีผลงานโดดเด่นกว่า สวรส.ภาคอื่น 2 แห่งอย่างเห็นได้ชัด สวรส.ภาคใต้ ได้รับเงินทุนสนับสนุนจัดกระบวนการ พัฒนาโครงการระดับพื้นที่จากหลายแหล่งทุน ทำให้มีโครงการระดับพื้นที่มากมาย ได้รับเงินทุนสนับสนุน แต่โครงการเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นโครงการพัฒนาและแหล่ง เงินทุนเซ็นสัญญาโดยตรงกับนักวิจัย ซึ่งหมายความว่า สวรส.ภาคใต้ไม่มีบทบาทใน การติดตามสนับสนุนโครงการ ในกรณี สวรส.อีสาน โครงการที่ได้รับเงินทุน สนับสนุนจากแหล่งทุนอื่น แม้จะมีจำนวนไม่มาก แต่ทั้งหมดยกเว้นโครงการในแผน งานบริการขั้นพื้นฐาน เป็นโครงการวิจัย และแม้ว่าแหล่งทุนจะเซ็นสัญญาโดยตรง กับนักวิจัย แต่ สวรส.อีสานก็สามารถจัดการสนับสนุนทางวิชาการแก่นักวิจัยใน พื้นที่ หายที่สุดสำหรับ สวรส.ภาคเหนือ มีจำนวนโครงการที่รับเงินสนับสนุนแหล่ง ทุนเพียง 5 โครงการ

หากดูเฉพาะเงินสนับสนุนโครงการวิจัยที่ สวรส. จัดให้ สวรส.ภาคแต่ละ ประมาณปีละ 1 ล้านบาท ข้อมูลก็ชี้ไปในทางเดียวกัน (ดูตารางที่ 4 ในภาคผนวก) ในช่วงปี 2549-2550 ซึ่งข้อมูลครบถ้วนมากที่สุด สวรส.อีสานใช้งบวิจัยเพียง 28% สวรส.ภาคเหนือใช้ 38% ขณะที่ สวรส.ภาคใต้ใช้เกิน 100% ทั้ง สวรส.อีสาน และ

สวรส.ภาคเหนือ ในปีแรกที่เริ่มงาน ใช้เวลากับกระบวนการทำผังวิจัยและพัฒนา โครงการวิจัยนานกว่าจะได้เริ่มใช้เงินวิจัยที่จัดให้ก็เข้าปีที่ 2 แล้ว

ผลงานที่ไม่สม่ำเสมอของ สวรส.ภาคมีเหตุปัจจัยเกี่ยวข้องกับหลายประการ ที่สำคัญ คือ 1) บุคลิกและสไตล์การทำงานของ ผจก./ผอ. สวรส.ภาค 2) แนวงานที่แตกต่างกัน ผู้นำ สวรส.ภาคได้ ๓ หนัดงานพัฒนา สัมพันธกว้างขวางกับการเคลื่อนไหวภาคประชาสังคมและภาคบริการสาธารณสุข ตลอดจนแหล่งทุนต่าง ๆ ขณะที่ สวรส.อีสาน เน้นงานวิจัยและเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขผ่านงานบริการวิชาการด้านระเบียบวิธีวิจัยเป็นหลัก ส่วน สวรส.ภาคเหนือ เน้นงานวิจัยเหมือนกัน และผู้นำมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงทั้งกับระบบสาธารณสุขและภาคประชาสังคม และ 3) โครงสร้างการบริหารจัดการเงินทุนโครงการวิจัยที่แตกต่างกัน สำหรับ สวรส. อีสาน และเหนือ บอร์ดเป็นผู้อนุมัติโครงการวิจัยที่ใช้เงินของ สวรส.โดยการนำเสนอของผู้จัดการ/ผอ. นอกจากนั้นบอร์ดยังกำหนดทิศทางงานวิจัยให้มีแนวที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง แต่สำหรับ สวรส.ภาคใต้ ผู้จัดการเป็นผู้ตัดสินใจภายใต้แผนงานกว้าง ๆ ที่ได้นำเสนอบอร์ด

วิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ – ผลลัพธ์การจัดกระจาย ขาดการถอดบทเรียน การสังเคราะห์ การเผยแพร่ผลงาน

การส่งเสริมการวิจัยแบบ thematic ซึ่งดำเนินการโดย สวรส.ภาคทั้ง 3 แห่ง ไม่ช่วยให้การวิจัยมีโฟกัสหรือทิศทางได้มากดังที่ตั้งใจไว้ เนื่องจากความจำเป็นในการตอบสนองกับความสนใจของนักวิจัยและแหล่งทุน สวรส.ภาคทั้ง 3 แห่งจึงมีทั้งแผนงานวิจัยที่กำหนดเอง และแผนงานตามแหล่งทุน (ที่มีใช้ สวรส.)

หากพิจารณาแผนงานวิจัยตามแหล่งทุน สวรส.ภาคใต้ มีจำนวนมากที่สุด ในเรื่องนี้แม้ สวรส.ภาคใต้จะเป็นตัวช่วยเชื่อมต่อระหว่างนักวิจัยในพื้นที่กับแหล่งทุนได้ดี แต่ในภาพรวมมีผลกระทบทำให้งานของ สวรส.ภาคใต้จัดกระจาย มีภาระมากในการเชื่อมประสานกับแหล่งทุน และนักวิจัยในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นพัฒนาข้อเสนอโครงการ แผนงานที่กำหนดจากแหล่งทุนมักประกอบด้วยโครงการจากพื้นที่ต่าง ๆ กันที่ดำเนินการโดยนักวิจัยในพื้นที่เอง ทั้งนี้ สวรส.ภาคใต้ไม่มีบทบาทในการติดตามสนับสนุนทางวิชาการ ตลอดจนสร้างความรู้แต่อย่างใด ในภาพรวม “สวรส.ได้ จึงมีบทบาทคล้าย project broker ในการหางานและส่งต่อ” (อ้างจาก อมรา พงศาพิชญ์, สุธรรม ปิ่นเจริญ,อลิสา หะสาเมาะ, รายงานการ



ประเมินผลสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขภาคใต้. มีนาคม 2549) บทบาทด้านวิชาการและโดยเฉพาะการวิจัยระบบสุขภาพมีจำกัด

ในแผนงานวิจัยที่ สวรส.ภาคกำหนดเอง ซึ่งส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบโดยอาศัยการทำ “ผังพิสัยการวิจัย” และการเข้าร่วมของภาคีเครือข่ายนักวิจัยในพื้นที่ สวรส.ภาคมีบทบาททางวิชาการทั้งในด้านการพัฒนาและบริหารจัดการโครงการวิจัย เงินทุนสนับสนุนโครงการวิจัยในแผนงานเหล่านี้มาจากทั้ง สวรส. และแหล่งทุนอื่น

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าแผนงานตามแหล่งทุนมักประกอบด้วยโครงการพัฒนาระดับพื้นที่ขนาดเล็กต่าง ๆ ซึ่งแม้จะอยู่ในประเภทปัญหาเดียวกัน (เช่น บริการปฐมภูมิ ข้อมูลข่าวสาร ฯลฯ) แต่ไม่สัมพันธ์เนื่องจากต่างโจทย์วิจัย ต่างพื้นที่ และต่างวิธีวิทยา อย่างไรก็ตาม แม้ในแผนงานที่ สวรส.ภาคคิดเอง ก็ประกอบด้วยโครงการวิจัยเล็ก ๆ หัวข้อต่าง ๆ ทำนองเดียวกัน สาเหตุสำคัญมาจากการพัฒนาผังพิสัยการวิจัยของแผนงานที่กำหนดขึ้น มีลักษณะเป็นการกำหนด “หัวข้อการวิจัย” มากกว่าการกำหนดมาตรการสำคัญต่าง ๆ ที่การวิจัยจะช่วยพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาที่กำหนดขึ้นในพื้นที่หนึ่ง ๆ และความโน้มเอียงที่จะกำหนดความหมายของ “พื้นที่” เป็นพื้นที่ปฏิบัติการระดับล่างซึ่งมักมีขนาดเล็ก เช่น community-based (หมู่บ้านหรือตำบล) และพื้นที่ตามเขตรับผิดชอบของสถานบริการ คือ สถานีอนามัย สถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน โรงเรียน เป็นต้น



ความโน้มเอียงที่จะวางแผนและพัฒนาโครงการวิจัยของแผนงาน เป็นแบบ หลากหลายพื้นที่ขนาดเล็ก หลากหลายปัญหาและเงื่อนไขแวดล้อมนี้ ไปได้ดีกับ แหล่งทุนที่สนับสนุนโครงการปฏิบัติการระดับพื้นที่ (ซึ่งเป็นแหล่งทุนส่วนใหญ่) แต่ อาจไม่สอดคล้องกับแหล่งเงินทุนที่เน้นการวิจัยเพื่อตอบคำถามระดับภูมิภาค ระดับ จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด เป็นหลักมากกว่าระดับ community-based เช่น กรณี ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ซึ่งแม้จะได้ชักชวนให้ สวรส.ภาคทั้ง 3 แห่ง เสนอ โครงการวิจัยมาขอทุน แต่มีเพียง สวรส.อีสานเท่านั้นที่พัฒนาแผนงานสุราที่ ประกอบด้วย 12 โครงการย่อยเพื่อขอการสนับสนุน แต่ได้รับการสนับสนุนเพียง 3 โครงการ

โครงการวิจัยระดับพื้นที่ขนาดเล็กต่าง ๆ เหล่านี้ หลายแห่งได้ใช้การวิจัยเป็น เครื่องมือในการเรียนรู้ของคนในพื้นที่และแก้ไขปัญหา ก่อเกิดงานพัฒนาต่อเนื่อง ตามมา ทว่า ผลลัพธ์ความสำเร็จเหล่านี้มิได้ถูกบันทึกอย่างเป็นระบบ ไม่ถูกถอด บทเรียนและสังเคราะห์เป็นความรู้ในระดับที่สูงขึ้น โครงการวิจัยส่วนใหญ่จบลงด้วย “รายงานการวิจัย” แบบ conventional ที่ไม่ตอบสนองกับวัตถุประสงค์หลักของ การวิจัยระดับพื้นที่ นั่นคือใช้การวิจัยให้เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหา ของพื้นที่ นี่เป็นจุดอ่อนที่รายงานการทบทวนแผนงาน Area-based Health Systems Research เมื่อ 6 ปีก่อน ได้ระบุไว้อย่างเฉพาะเจาะจง พร้อมกับ เสนอแนะให้ สวรส.ภาคให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเขียนรายงานโครงการที่ บันทึกการใช้กระบวนการวิจัยและผลวิจัยในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, อมรา พงศาพิชญ์, วิชัย โพชะยะจินดา, รายงานการทบทวนแผนงาน ส่งเสริมการวิจัยระบบสาธารณสุขระดับพื้นที่ พ.ศ.2542-2545) แต่ความก้าวหน้า ในเรื่องนี้มีน้อยมาก

นอกจากผลลัพธ์การใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ขาดการบันทึก ถอดบทเรียนและสังเคราะห์อย่างเป็นรูปธรรมแล้ว เวทีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานการวิจัยระดับพื้นที่ในรูปแบบการประชุมและสัมมนาต่าง ๆ แทบไม่มี สวรส.ส่วนกลางเองก็ไม่ได้สนใจงานเผยแพร่ผลงานการวิจัยระดับพื้นที่ ทั้ง ๆ ที่เป็นแผนงานใหญ่แผนงานหนึ่งของ สวรส. กรรมการบอร์ด สวรส.อีสานท่านหนึ่ง ถึงกับตัดพ้อว่า ในช่วง 3-4 ปีหลัง แม้กระทั่งการนำเสนอผลงานของ สวรส.ภาคใน ที่ประชุมบอร์ดของ สวรส.ส่วนกลางก็ขาดหายไป

แผนงาน Area-based Health System Research ที่แล้วมาถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า “ไม่เห็นผลงาน” สาเหตุสำคัญนอกจากหัวข้อวิจัยกระจายกระเจาเกินไป ทำในพื้นที่ขนาดเล็กเกินไปแล้ว ยังขาดช่องทางในการเผยแพร่สื่อสารผลงาน ให้เป็นที่รับรู้ทั่วไป

ปัญหาแนวคิด - “พื้นที่” คืออะไร “วิจัยระบบ” (สุขภาพ) คืออะไร

ตลอดเวลาเกือบ 15 ปี ที่ สวรส. ดำเนินแผนงาน Area-based health systems research ไม่มีการกำหนดความหมายที่วัดได้ (operational definition) ของแนวความคิด “area-based” ในการวิจัยระบบสาธารณสุขให้ สวรส.ภาคเข้าใจตรงกันอย่างเป็นเอกภาพ “พื้นที่” จึงมักหมายถึงอะไรก็ได้ที่เกี่ยวข้องกับ “ปฏิบัติการ” หรือการทำงานที่เกิดขึ้นจริง มากกว่าจะเป็นตัวแปรเชิงบริบทหรือโครงสร้างที่มีความสำคัญต่อการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

ในช่วงแรกที่ สวรส.ส่วนกลางสนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำการวิจัยระดับพื้นที่ (พ.ศ.2536-2539) ดูเหมือน “พื้นที่” ควรมีนัยยะหมายถึง จังหวัด แต่เนื่องจากไม่มีกรอบความคิด provincial health systems อย่างชัดเจนว่า ประกอบด้วยส่วนหรือระบบย่อยที่สัมพันธ์กัน การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข จังหวัดจึงไม่ปรากฏให้เห็น

ในช่วงที่สองที่เน้นพัฒนานักวิจัยในพื้นที่ (พ.ศ.2540-2545) ความหมายของพื้นที่ถูกกำหนดโดยนักวิจัยในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่หมายถึงสถานบริการหรือพื้นที่บริการระดับล่าง และชุมชน

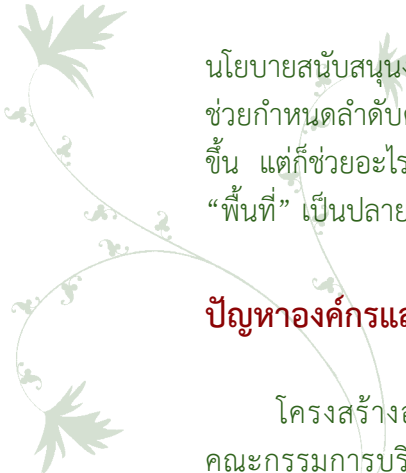
ในช่วงที่สามที่รับรองครุ สรรส.ภาคเป็นสถาบันภาคีเพื่อส่งเสริมและจัดการงานวิจัยระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (พ.ศ.2546-2551) แม้จะกำหนดเรื่องที่มีความสำคัญของภูมิภาคขึ้นเป็นแผนงานวิจัย อีกทั้งทำ research mapping ของแต่ละเรื่อง แต่ก็ยังมีได้กำหนดระดับของพื้นที่เป็นตัวแปรการวิเคราะห์ เป็นบริบทของการกำหนดและแก้ไขปัญหา ในแต่ละแผนงานวิจัยจึงยังประกอบด้วยโครงการย่อยในพื้นที่ระดับล่างต่าง ๆ กันเหมือนเดิม แต่ทั้งนี้ก็มีข้อยกเว้นในกรณีแผนงานสุขภาพจังหวัดสงขลา และโครงการจัดระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่วิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของ สรรส.ภาคใต้ ที่ใช้จังหวัดและกลุ่มจังหวัดเป็นบริบทการดำเนินโครงการโดยตรง แต่กระนั้นแผนงานสุขภาพจังหวัดสงขลาก็ยังครอบคลุมเฉพาะระบบสุขภาพภาคประชาสังคม ส่วนโครงการในพื้นที่วิกฤตก็จำกัดเฉพาะสถานบริการของรัฐเป็นหลัก

ในกรณี สรรส.อีสาน มีความพยายามในการวิจัยระบบสาธารณสุขทั้งจังหวัด โดยทำงานกับภาคเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดอุบลราชธานี แต่น่าเสียดายที่แผนงานดังกล่าวไม่ก้าวหน้า เพราะโรงพยาบาลมีภารกิจอื่น ๆ ที่ต้องดำเนินการเป็นจำนวนมาก

นอกจากมิได้กำหนดพื้นที่เป็นเงื่อนไขบริบทของปัญหา การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาโดยตรงแล้ว ยังขาดการตั้งคำถามการวิจัยเชิงระบบ การกำหนดปัญหาวิจัยใน research mapping มักลงเอยด้วยการกำหนดหัวข้อวิจัยและคำถามวิจัยตาม health problems มากกว่า system problems

เนื่องจากโครงการวิจัยส่วนใหญ่กำหนดจากผู้อยู่ในระบบบริการสาธารณสุข การกำหนดพื้นที่ปฏิบัติการลงไปให้ชัดเจนอาจดูเหมือนไม่จำเป็น แต่ในทางวิธีวิทยา “พื้นที่” เป็นเงื่อนไขเชิงระบบทำให้เรามองปัญหาอย่างเป็นระบบและครอบคลุม นำไปสู่การพัฒนาและแก้ไขปัญหาในส่วนต่าง ๆ อย่างมีโฟกัส มีอิมแพคยิ่งขึ้น ระดับพื้นที่ปฏิบัติการยิ่งสูงขึ้น ยิ่งเกี่ยวข้องกับภาคส่วนต่าง ๆ มากขึ้น ในทางแนวความคิด การวิจัยที่ยึดพื้นที่เป็นหลักจึงเป็นรูปแบบพื้นฐานอย่างหนึ่งของการวิจัยระบบและการพัฒนาระบบ

แผนงาน Area-based ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมิได้สร้างความชัดเจนของแนวความคิด “area-based” และ “การวิจัยระบบ” ในฐานะเป็น research strategy หลัก และสนับสนุนให้ สรรส.ภาคดำเนินตาม จึงทำให้การส่งเสริมโครงการวิจัยของ สรรส.ภาคดำเนินไปโดยปราศจากกรอบแนวความคิดแกนหลักที่ชัดเจน ทำให้หัวข้อวิจัยกระจัดกระจายเกินไป แม้ในภายหลังจะมี



นโยบายสนับสนุนงานวิจัยแบบ thematic และใช้แนวคิด research mapping มาช่วยกำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นหรือเรื่องที่ต้องวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาที่ตั้งขึ้น แต่ก็ช่วยอะไรไม่ได้มากเพราะในการทำ research mapping ยังทิ้งให้ประเด็น “พื้นที่” เป็นปลายเปิดเหมือนเดิม

ปัญหาองค์กรและการจัดการของ สวรส.ภาค

โครงสร้างองค์กรของ สวรส.ภาคทั้ง 3 แห่งในปัจจุบัน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหาร (บอร์ด) ซึ่งถือเป็นคณะกรรมการระดับมหาวิทยาลัย มีอธิการบดีหรือรองอธิการบดีเป็นประธาน และผู้ทรงคุณวุฒิจากทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยเป็นกรรมการ และสำนักงาน ฯ ซึ่งมีผู้จัดการ/ผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนอีก 2 คน ทำงานเต็มเวลาโดยการสนับสนุนงบประมาณเงินเดือนจาก สวรส. มีข้อควรสังเกตว่าโครงสร้างองค์กรตามลายลักษณ์อักษรของ สวรส.ภาคได้ และ สวรส.ภาคอีสาน กำหนดให้มีคณะกรรมการดำเนินงาน ทำหน้าที่ช่วย ผจก./ผอ.ในการวางแผนและบริหาร สวรส.ภาค ซึ่งสอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่มีทีมงานของ สวรส.ภาคในช่วงก่อนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเป็นสถาบันภาคี แต่ปรากฏว่าคณะกรรมการดำเนินงานถูกยกเลิกไปภายในปีแรก ทั้งนี้โดยไม่รู้แจ้งชัดว่าคณะกรรมการบริหาร ฯ หรือกระทั่ง สวรส.ส่วนกลางมีส่วนรับรู้การเปลี่ยนแปลงนี้ด้วยหรือไม่ ส่วน สวรส.ภาคเหนือที่จัดตั้งขึ้นหลังสุด ไม่ปรากฏมีคณะกรรมการดำเนินงานอยู่ในโครงสร้างแต่อย่างใด

การที่ สวรส.ภาคไม่มีคณะกรรมการดำเนินงาน หรือทีมงานวิชาการประจำ ทำให้การวางแผนและการบริหารจัดการองค์กร ขึ้นอยู่กับผจก./ผอ. เป็นหลัก คณะกรรมการบริหาร ฯ ซึ่งประชุม 3 เดือนครั้ง ในทางปฏิบัติทำงานในเชิงกำหนดนโยบายและให้คำปรึกษามากกว่ากำกับการบริหารอย่างใกล้ชิด ในทางปฏิบัติผลการดำเนินงานขององค์กรจึงขึ้นกับบุคลิกความถนัดและความ สามารถของผจก./ผอ.ในการประสานแหล่งทุนและนักวิจัยในมหาวิทยาลัยและนักวิจัยในพื้นที่โดยตรง หากได้ผจก./ผอ.ที่คุณสมบัติไม่สอดคล้อง ก็อาจทำให้งานชะงักงันดังกรณีการเปลี่ยนตัวผู้อำนวยการ สวรส.ภาคเหนือ เป็นต้น หรืออย่างกรณีการขยายตัวของจำนวนโครงการและเงินทุนของ สวรส.ภาคใต้ ก็ดูเป็นเครดิตส่วนตัวของผอ. มากกว่าของ สวรส.ภาคใต้ในฐานะเป็นองค์กรสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ในกรณี สวรรส.อีสาน แม้สมาชิกทีมงานวิชาการเดิมจะยังอยู่ครบ โดยแยกย้ายไปรับผิดชอบเป็นผู้จัดการแผนงานวิจัยเฉพาะตามความสนใจของแต่ละคน และประสานกับผจก.สวรรส.ภาคเป็นครั้งคราวตามความจำเป็น แต่การทำงานเป็นทีมช่วยคิดช่วยแก้ปัญหาช่วยพัฒนาองค์กรโดยรวมกลับขาดหายไปอย่างน่าเสียดาย

ในสถานการณ์ที่สำนักงาน สวรรส.ภาคมีเพียงผจก./ผอ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนเท่านั้น ทำให้ผจก./ผอ ทำงานหนักในด้านการประสานงาน งานวิชาการ และงานวิจัยไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร จากการสัมภาษณ์ประธานบอร์ดของ สวรรส.ภาค ทั้ง 3 แห่ง ต่างเห็นปัญหานี้สอดคล้องกัน แต่ยังไม่ชัดเจนว่าจะเสริมกำลังคนวิชาการเข้ามาอย่างไรจึงจะดีที่สุด วิธีการอย่างหนึ่งคือให้มีรองผู้อำนวยการทำงานเต็มเวลามาช่วยงานด้านวิจัยโดยตรง แต่ก็ไม่แน่ว่าจะมีผู้มีความสนใจเท่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ประเด็นการเสริมกำลังคนให้กับ สวรรส.ภาคยังไม่ได้มีการพูดคุยกันอย่างจริงจังในคณะกรรมการบริหาร ฯ

คณะกรรมการบริหารของ สวรรส.ภาค ในทางปฏิบัติทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ให้คำปรึกษา และกำกับกำกับการดำเนินงานของ สวรรส.ภาค และทำงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก คณะกรรมการบริหารฯจะมีบทบาทมากขึ้นกับการรับรู้พันธกิจของ สวรรส.ภาคทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และแนวคิดสำคัญ ๆ เกี่ยวกับวิจัยระบบสุขภาพระดับต่าง ๆ

โครงสร้างองค์กรและการจัดการ สวรส.ภาคในปัจจุบัน เปิดให้ สวรส.ภาคทำหน้าที่ส่งเสริมและประสานโครงการวิจัยได้ แต่ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาให้เป็นองค์กรที่มีความรู้และบทบาททางวิชาการในการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับพื้นที่ของภูมิภาคในระยะยาว

ที่ผ่านมา สวรส.ส่วนกลางมีนโยบายให้ สวรส.ภาคเป็นหน่วยจัดการงานวิจัยระบบสุขภาพในภูมิภาค ทำหน้าที่ประสานกับเครือข่ายให้เกิดประเด็นวิจัยโครงการวิจัย และประสานการจัดหาทุนวิจัย ทั้งนี้โดยอาจใช้เงินทุนสนับสนุนโครงการวิจัยที่ สวรส.ส่วนกลางจัดให้ปีละประมาณ 1 ล้านบาท (ซึ่ง สวรส.ภาคมีอำนาจจัดสรรได้) เป็น seed money นโยบายเช่นนี้ไม่เพียงพอต่อการพัฒนา สวรส.ภาคให้เป็นองค์กรที่มีความรู้ มีบทบาททางวิชาการในการส่งเสริมการวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่และภูมิภาค

บทบาทการสนับสนุนของ สวรส. ส่วนกลาง

แนวคิดแผนงาน Area-based Health Systems Research ของ สวรส. ให้น้ำหนักกับการสนับสนุนทางวิชาการแก่นักวิจัยในพื้นที่อย่างมาก และนี่เป็นเหตุผลสำคัญของการพัฒนาหน่วยงานวิชาการระดับภูมิภาคขึ้นมาเป็นกลไกสนับสนุนทางวิชาการ ซึ่งในภายหลังพัฒนาเป็น “สถาบันภาคี” หรือ สวรส.ภาค ที่สังกัดมหาวิทยาลัย อย่างไรก็ตาม สวรส.ส่วนกลางเอง กลับไม่ได้ให้การสนับสนุนทางวิชาการกับ สวรส.ภาค เท่าที่ควร

ที่ สวรส.ส่วนกลาง ระหว่างปี พ.ศ.2542-2545 เท่านั้นที่มีผู้จัดการแผนงาน Area-based เต็มตัว พร้อมกับมีคณะกรรมการที่ปรึกษาประจำแผนงาน นอกนั้น สวรส.ภาค อยู่ในการดูแลของ RM คนเดียวหรือหลายคนซึ่งต้องดูแลแผนงานอื่นด้วย

นอกจากกลไกสนับสนุนไม่เพียงพอแล้ว สวรส. ยังขาดกิจกรรมทางวิชาการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำวิจัยระดับพื้นที่ ไม่จัดเวทีให้มีการแสดงผลงานการวิจัยระบบสาธารณสุขอย่างพอเพียง การประชุมเท่าที่เคยทำจำกัดเฉพาะการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง สวรส.ภาคต่าง ๆ เป็นครั้งคราว แต่กระนั้นก็ยังหายเงียบไปในช่วง 3 ปีหลังที่ สวรส.มีการเปลี่ยนตัวผู้อำนวยการสถาบันบ่อย

นอกจากนั้น การจัดให้มีการติดตาม ทบทวนหรือประเมินผลงานของ สวรส.ภาค โดยนักวิชาการภายนอก ยังมีน้อยเกินไป

ผู้ทบทวนมีความเห็นว่า สวรส.ส่วนกลางประเมินความซับซ้อนทางทฤษฎี และระเบียบวิธีวิทยาของงานวิจัยระดับพื้นที่ไว้ต่ำเกินไป ทำให้ไม่เห็นความจำเป็นที่ ส่วนกลางต้องมีบทบาทนำในทางวิชาการ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่าง ใกล้ชิด นอกจากนั้น ยังบริหารแผนงาน ฯ เหมือนกับ สวรส.ภาคเป็นผู้รับทุน เหมือนโครงการวิจัยทั่วไป ซึ่งกลายเป็นแรงกดดันกับ สวรส.ภาคโดยไม่ได้ตั้งใจ และ ท้ายที่สุด ความไม่ชัดเจนของ สวรส.ส่วนกลางในเรื่องการวิจัยระบบสาธารณสุข ระดับพื้นที่ และผลที่คาดหวังจาก สวรส.ภาค กลายเป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้ ผลงานวิจัยระดับพื้นที่ของ สวรส.ภาค กระจุกกระจาย เห็นประโยชน์ไม่ชัด

4. การพัฒนาเชิงสถาบันของ สวรส.ภาค

สาระสำคัญของความร่วมมือ (MOU) ที่ สวรส.ลงนามร่วมกับมหาวิทยาลัยใน การจัดตั้ง สวรส.ภาค ถือเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญ ในการดึงให้มหาวิทยาลัยเข้า มาสนับสนุนการวิจัยระบบสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับพื้นที่ ใน MOU นั้นนอกจากระบุ พันธกิจของ สวรส.ภาคและการลงทุนร่วมกันระหว่างมหาวิทยาลัยและ สวรส.แล้ว ยังมีนัยยะแสดงถึงฐานะความเป็นองค์กรของ สวรส.ภาคในมหาวิทยาลัยด้วย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรียกหน่วยงานเป็น “สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้” เป็นนัยยะคาดหวังให้หน่วยงานเป็นองค์กรระดับ “สถาบัน” ในระยะยาว ใน ทำนองเดียวกัน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรียก “สถานจัดการวิจัยระบบสุขภาพภาคเหนือ” เป็นนัยยะเทียบเท่าองค์กรระดับคณะ/สถาบันรูปแบบใหม่เมื่อมหาวิทยาลัย ออกนอกระบบ อย่างไรก็ตาม มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ให้ สวรส. ภาคอีสาน เป็น เพียงหน่วยงานหนึ่งของ สำนักงานสนับสนุนการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน สำนักอธิการบดี เรียก “สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”



ทว่า MOU มิใช่ข้อผูกมัดตายตัวที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หลังจาก สวรส. ภาคใต้ดำเนินงานมาได้ 5 ปี อธิการบดียังยืนยันอยากเห็น สวรส.ภาคใต้ยกฐานะเป็นสถาบันวิจัยเต็มตัว ที่ได้รับการสนับสนุนทั้งบุคลากรและงบประมาณโดยตรงจากมหาวิทยาลัย ส่วนที่มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ หลังจากดำเนินงานมาเกือบ 3 ปี สวรส.ภาคถูกปรับมาขึ้นกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเท่ากับเป็นการลดฐานะองค์กรจากที่เคยวางแผนไว้ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น สวรส.ภาค ยังเป็นเสมือน functional unit ของมหาวิทยาลัยเหมือนเดิม

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเชิงสถาบันของ สวรส.ภาค มิได้ขึ้นกับข้อความใน MOU เท่านั้น แต่ที่สำคัญกว่า ยังขึ้นกับการสนับสนุนที่เป็นจริงของมหาวิทยาลัย และผลงานของ สวรส.ภาคเอง ตลอดช่วงการดำเนินงานที่ผ่านมาของ สวรส.ภาค ในฐานะหน่วยงานของมหาวิทยาลัย ไม่เห็นมีมหาวิทยาลัยไหนให้การสนับสนุนทางสถานที่และกำลังคนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญแก่ สวรส.ภาค การสนับสนุนด้านงบประมาณยังไม่ต้องพูดถึง ชำร่าย โดยความเข้าใจผิดบางประการ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ยังจัดเก็บค่า overhead จากเงินสนับสนุนโครงการวิจัยที่ สวรส.จัดให้เป็น seed money เสียอีก

ในส่วนของ สวรส.ภาคเอง กล่าวได้ว่า สวรส. ภาคใต้ มีการพัฒนาองค์กร และชื่อเสียงองค์กรมากที่สุด สวรส.อีสาน แม้จะมีผลงานไม่น้อย แต่ยังด้อยทางประชาสัมพันธ์องค์กรและผลงาน ส่วน สวรส.ภาคเหนือ การพัฒนาองค์กรชะงักไปเนื่องจากการเปลี่ยนตัวผู้อำนวยการ

เมื่องานของ สวรส.ภาคก้าวหน้าขึ้น ฐานะความเป็นองค์กรของ สวรส.จำเป็น ต้องปรับเปลี่ยนให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนางานไปสู่ระดับสูงขึ้นไปอีก ในปีที่ 6 ของ สวรส.ภาคใต้ เรื่องนี้กำลังเป็นประเด็นปรึกษาหารืออย่างจริงจัง ที่ สวรส.อีสาน ผู้จัดการเริ่มรู้สึกว่าฐานะการเป็นเพียง functional unit มีความไม่แน่นอน ทำให้ขยายคนร่วมงานได้ยาก แต่ยังไม่มีการเริ่มคิดว่าต่อไปองค์กรจะเป็นอะไร ไปทางไหน



5. บริบทการวิจัยสาธารณสุขระดับพื้นที่ที่เปลี่ยนแปลงไป

ตั้งแต่ประเทศไทยจัดตั้ง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี พ.ศ.2546 เป็นต้นมา เครือข่ายภาคีที่ทำงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ทั่วประเทศ ได้รับการส่งเสริมอย่างแข็งขัน เงินทุนสนับสนุนเครือข่ายภาคีระดับพื้นที่มีสะสมเพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วนแผนงานโครงการเปิดรับทั่วไป และที่ผ่าน strategic partners สำคัญ ๆ รวมทั้งสถาบันลูกของ สวรส. อาทิ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ สถาบันพัฒนาสุขภาพชุมชน ระบบบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้แหล่งเงินทุนใหญ่อีกอย่าง สสส.แล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็จัดเงินสนับสนุนโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างแข็งขัน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เป็นแหล่งเงินทุนใหญ่ที่มีแผนงานสนับสนุน community-based research ควบคู่กับ สวรส.มาตั้งแต่ต้น ในปัจจุบัน สกว.พัฒนางานส่งเสริมการวิจัยในระดับพื้นที่สูงขึ้นไปอีกโดยจัดทำ “งานวิจัยเพื่อพัฒนาทั้งพื้นที่” หรือ Area-based Collaborative Research เพื่อพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัด

กล่าวโดยสรุป เงินทุนสนับสนุนโครงการระดับพื้นที่ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีมากขึ้น จนเงินสนับสนุนโครงการวิจัยระดับพื้นที่ของ สวรส. ไม่สำคัญและไม่ดึงดูดนักวิจัยในพื้นที่เหมือนเดิมอีกต่อไป (นักวิจัยในพื้นที่หันไปหาแหล่งทุนอื่นที่ง่ายกว่า) ขณะเดียวกัน การที่แหล่งเงินทุนต่างมุ่งสร้างผลงานระดับพื้นที่โดยผ่านเครือข่ายนักวิจัยในพื้นที่เหมือน ๆ กัน กลายเป็นโอกาสการทำงานและแหล่งเงินทุนที่ทำลาย สวรส.ภาค ดังในกรณี สวรส.ภาคใต้ที่ประสบความสำเร็จสูงในการเชื่อมต่อกับแหล่งเงินทุนเหล่านี้ แต่ขณะเดียวกันก็ต้องเผชิญปัญหาการรักษาสมดุลระหว่างงานพัฒนา vs. งานวิจัย งานวิจัยเรื่องอื่น vs. งานวิจัยระบบ แต่กระนั้น ความสำเร็จของ สวรส. ภาคใต้ในการประสานแหล่งทุน กลายเป็นแรงกดดันให้ สวรส. ภาคอีก 2 แห่ง ทำตาม

อย่างไรก็ตาม โครงการสาธารณสุขระดับพื้นที่จำนวนมากมายเหล่านี้ เป็นโครงการปฏิบัติการหรือโครงการพัฒนา ซึ่งมีองค์ประกอบงานวิจัยน้อยหรือไม่มี จึงอาจมองได้ว่ายังเหลือพื้นที่ให้กับ area-based health systems research ของ สวรส. อีกมาก ถ้า สวรส.มองออกว่าปัญหาใดที่สามารถแก้ได้โดยใช้การวิจัยระบบในพื้นที่เป็นเครื่องมือสำคัญ ในอีกนัยหนึ่ง สวรส.ต้องมองให้ออกกว่าการพัฒนาทางสาธารณสุขต่าง ๆ ในพื้นที่ ขณะนี้มีช่องว่างตรงไหนที่การวิจัยจะเข้าไปช่วยสร้าง และจัดการความรู้ เพื่อปรับปรุงงานให้ได้ผลยิ่ง ๆ ขึ้น

จากการสัมภาษณ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อำนวยการสถาบันลูกของ สวรส. ที่มีเนื้องานในระดับพื้นที่ (ได้แก่ สพข., ศวส., แผนงานคนพิการ, แผนงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และ สช.) เห็นพ้องกันว่า synergy ระหว่าง สวรส.และสถาบันลูกอาจเกิดขึ้นได้ในระดับพื้นที่ หากร่วมกันกำหนดเรื่องที่ต้องการงานวิจัยเพื่อพัฒนาและยกระดับงานในพื้นที่ หากทำได้ก็จะเป็น area-based health system research ที่มีประโยชน์มากกับทุกฝ่าย

ประสบการณ์การวางแผนและจัดการแผนงาน community-based research และ area-based collaborative research ของ สกว. โดยเฉพาะบทบาทของ สกว. ทั้งในการวางแผน ติดตาม ให้การสนับสนุนทางวิชาการ และงานเผยแพร่ มีค่าควรศึกษาอย่างยิ่ง

6. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนงาน Area-based Health Systems Research

จากผลการทบทวนที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น สวรส. ควรพิจารณา ปรับปรุงแผนงาน Area-based Health Systems Research ดังนี้

- 1) ผลการดำเนินงานผ่านกลไก สวรส.ภาค ซึ่งปรากฏเป็นโครงการวิจัยในพื้นที่ขนาดเล็กจำนวนมากที่กระจายกระจาย ยากแก่การถอดบทเรียนหรือสังเคราะห์เป็นความรู้ระดับสูงขึ้นไป ไม่ใช่เป็นการใช้งบประมาณแผนงาน Area-based Health Systems Research ที่คุ้มค่ามากที่สุดสำหรับ สวรส.ในปัจจุบัน นอกจากนั้น แหล่งเงินทุนสนับสนุนโครงการปฏิบัติการหรือโครงการพัฒนาระดับพื้นที่ขนาดเล็ก มีมากมายอยู่แล้ว แผนงาน Area-based research ของ สวรส. จึงควรพิจารณายุติการสนับสนุนเงินทุนแก่ สวรส.ภาค ทั้งนี้ในเงื่อนไขเวลาที่เหมาะสมสำหรับ สวรส.ภาค แต่ละแห่ง

2) สวรส. ควรสร้างความแข็งแกร่งให้กับแผนงาน Area-based Health Systems Research ที่ส่วนกลาง โดยส่งเสริมโครงการวิจัยเชิงรุกในระดับพื้นที่ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด หรือระดับกลุ่มจังหวัด โดยใช้แนวความคิดและวิธีวิทยาเชิงระบบ

โครงการวิจัยเชิงรุกนี้ ไม่ใช้การประกาศเปิดรับข้อเสนอโครงการวิจัย แต่จะเสาะหาหัวข้อการวิจัย และทีมนักวิจัยและพื้นที่ที่มีความสนใจร่วมกันพัฒนาโครงการวิจัยขึ้นมา อย่างน้อยที่สุดในปัจจุบัน ช่องทางการพัฒนาโครงการช่องทางหนึ่งที่ควรพิจารณา คือ แผนงาน Area-based Health Systems Research ทำงานเชิงรุกกับสถาบันลูกของ สวรส. หรือหน่วยงานอื่นที่มีโครงการปฏิบัติ การระดับพื้นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพ เพื่อกำหนดโครงการวิจัยที่จำเป็นร่วมกัน ซึ่งนอกจากจะได้โครงการวิจัยระดับพื้นที่ที่มี stakeholders ชัดเจนแล้ว ยังเป็นการสร้าง synergy ระหว่าง สวรส. กับสถาบันลูกอีกด้วย

ในการนี้ สวรส. จำเป็นต้องจัดให้มีหน่วยวิชาการแผนงานวิจัยระบบสุขภาพระดับพื้นที่ ที่มีขีดความสามารถในการวางแผนและพัฒนาโครงการวิจัยระบบสุขภาพระดับพื้นที่ จัดให้มีการสนับสนุนทางวิชาการอย่างพอเพียง และเผยแพร่กระบวนการวิจัยและผลการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

หน่วยวิชาการดังกล่าวควรมี technical officers ประจำ และสนับสนุนอย่างเข้มข้นด้วย คณะทำงานวิชาการ (scientific working group) ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ด้าน Area-based research คณะทำงานวิชาการนอกจากช่วยพิจารณาและให้คำปรึกษาการพัฒนาโครงการวิจัยระดับพื้นที่เชิงรุกแล้ว ยังควรมีบทบาทในการกำกับติดตามและให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่โครงการวิจัยด้วย





3) เพื่อพัฒนาความรู้และแสดงให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมว่าการวิจัยมีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุข เห็นควรเสนอแนะให้ สวรส. โดยแผนงาน Area-based Health Systems Research เป็นแกนกลาง ในการพัฒนาโครงการวิจัยความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข จังหวัด (Provincial Health Systems Development Cooperations Project) โดยความร่วมมือกับภาคีทุกภาคส่วนในจังหวัด ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ทำนองเป็นโครงการทดลองใน 1-2 จังหวัด ในระยะแรก ซึ่งหากประสบผลสำเร็จ จึงค่อยขยายออกในภายหลัง

โครงการลักษณะนี้ใช้พื้นที่ทางภูมิศาสตร์คือจังหวัดเป็นบริบทเชิงระบบอย่างแท้จริง จึงเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการสร้างความรู้และวิธีวิทยาที่เหมาะสมสำหรับ area-based research

ยิ่งกว่านั้น ยังสอดคล้องกับกลวิธีสร้างความรู้เพื่อตอบสนองต่อ ปัญหาปัจจุบัน ดังที่ระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2551-2553 ที่ว่า “จัดการปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ เน้นพัฒนารูปแบบธรรมาภิบาลระบบสุขภาพในระดับพื้นที่/ท้องถิ่น เพื่อรองรับการกระจายอำนาจในอนาคต และพัฒนาการจัดการงานวิจัยเพื่อ แก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่”

นอกจากนั้น โครงการ Provincial Health Systems Development ยังสอดคล้องกับแนวทางพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานและ เป้าหมายสุขภาพถ้วนหน้าของ WHO ที่เห็นว่าจำเป็นต้องพัฒนาระบบ สาธารณสุขระดับอำเภอหรือจังหวัด เพื่อสนับสนุนการสาธารณสุข ระดับล่าง



รายชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์	ตำแหน่ง/บทบาท	วันที่สัมภาษณ์
นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	วันที่ 20 มีนาคม 2551
ศ.ดร.ปิยวัฒน์ บุญ-หลง	ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย	วันที่ 11 มิถุนายน 2551
พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน	วันที่ 12 มิถุนายน 2551
พญ.วัชราร รั้วไพบูลย์	ผู้จัดการแผนงานสร้างเสริมสุขภาพผู้พิการ	วันที่ 3 กรกฎาคม 2551
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	วันที่ 3 กรกฎาคม 2551
นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล	ผู้จัดการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา	วันที่ 11 กรกฎาคม 2551
นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	วันที่ 14 กรกฎาคม 2551
นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล	ผู้จัดการแผนงานพัฒนาข้อมูลข่าวสารระบบสุขภาพ	วันที่ 5 กรกฎาคม 2551

สวรส.ภาคใต้ ม.สงขลานครินทร์

ผู้ให้สัมภาษณ์	ตำแหน่ง/บทบาท	วันที่สัมภาษณ์
ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐดี	ผู้อำนวยการ สวรส.ภาคใต้	วันที่ 17 พฤษภาคม 2551
ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย	คกก.บริหาร สวรส.ภาคใต้	วันที่ 20 พฤษภาคม 2551
นพ.อมร รอดคล้าย	ผู้อำนวยการ สปสช.พื้นที่สงขลา	วันที่ 21 พฤษภาคม 2551
นายชาคริต โภชะเรือง	นักวิจัยพื้นที่	วันที่ 21 พฤษภาคม 2551

ผู้ให้สัมภาษณ์	ตำแหน่ง/บทบาท	วันที่สัมภาษณ์
นพ. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ	นักวิจัยพื้นที่	วันที่ 21 พฤษภาคม 2551
ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	คกก.บริหาร สวรส.ภาคใต้	วันที่ 22 พฤษภาคม 2551
ดร.สุกัญญา โลจนาวัฒน์	นักวิจัยพื้นที่	วันที่ 22 พฤษภาคม 2551
นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ	อดีตทีมประเมิน สวรส.ภาคใต้	วันที่ 22 พฤษภาคม 2551
ภก.ยุชูป นิเมะ	นักวิจัยพื้นที่	วันที่ 22 พฤษภาคม 2551
อธิการบดี ม.สงขลานครินทร์	ประธาน คกก.บริหาร สวรส.ภาคใต้	วันที่ 23 พฤษภาคม 2551

สวรส.ภาคอีสาน ม.ขอนแก่น

ผู้ให้สัมภาษณ์	ตำแหน่ง/บทบาท	วันที่สัมภาษณ์
ผศ.ดร.ดุष्ฎิ์ อายุวัฒน์	ทีมวิชาการ/นักวิจัยพื้นที่	วันที่ 8 กรกฎาคม 2551
รศ.ดร.กิตติชัย ไตรรัตนศิริชัย	ประธาน คกก.สวรส.ภาคอีสาน	วันที่ 8 กรกฎาคม 2551
รศ.ดร.นิตยั ทศนิยม	ทีมวิชาการ/นักวิจัยพื้นที่	วันที่ 8 กรกฎาคม 2551
นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์	คกก.สวรส.ภาคอีสาน	วันที่ 8 กรกฎาคม 2551
รศ.นพ.สมพนธ์ ทศนิยม	คกก.สวรส.ภาคอีสาน	วันที่ 9 กรกฎาคม 2551
รศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์	ทีมวิชาการ/นักวิจัยพื้นที่	วันที่ 9 กรกฎาคม 2551
ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา	ผู้จัดการ สวรส.ภาคอีสาน	วันที่ 9 กรกฎาคม 2551



สวรส.ภาคเหนือ ม.เชียงใหม่

ผู้ให้สัมภาษณ์	ตำแหน่ง/บทบาท	วันที่สัมภาษณ์
รศ.นพ.อำนาจ อยู่สุข	ประธาน คกก.สวรส.ภาคเหนือ	วันที่ 22 กรกฎาคม 2551
ดร.ศักดา พริงลำภู	ผู้จัดการ สวรส.ภาคเหนือ	วันที่ 22 กรกฎาคม 2551
ศ.นพ.ธีระ ศิริสันธนะ	คกก.สวรส.ภาคเหนือ	วันที่ 22 กรกฎาคม 2551
ศ.ดร.มิ่งสรรพ ขาวสอาด	คกก.สวรส.ภาคเหนือ	วันที่ 22 กรกฎาคม 2551







สรุปข้อวิพากษ์ และการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น

นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์

จากประวัติศาสตร์ของสวรส. 13-14 ปีที่แล้ว ผมเชิญ.ประเวศกับคุณหมอสมศักดิ์ไปพูดที่รพ.ขอนแก่น ซึ่งขณะนั้น ผมเป็นรอง ผอ. ว่าจะทำงานวิจัยกันยังไง ทั้งนี้ ได้ตั้งบ 1% ของเงินรายได้ 100 ล้าน ก็ตั้งไว้ 1 ล้าน ยังใช้ไม่หมด จึงเหมารถทัวร์พาลูกน้องไปเชียงใหม่ ไปภูเก็ต ไปสัมนนา ไปเสนอผลงาน ไปเตรียมงานวิจัย เพื่อเสนอกระทรวง ต้องทำตัวเป็นผู้ให้ทุนด้วย ผู้จัดการด้วย ผู้เอาผลงานวิจัยไปใช้ด้วย ต่อมาคุณหมอสมศักดิ์ชวนมาทำ area based เมื่อปี 39 มีการเดินสายชวนคนทำ คุณหมอสมศักดิ์พาผมไปเชียงใหม่ สงขลา ขอนแก่น ตอนนั้นทำในรูปแบบที่สนใจ อย่างที่อ.ทวิทองวิจารณ์ ยังเป็นหลวม ๆ อยู่ ก็ทำงานสนุกดี ผมเองก็ได้ประโยชน์ ลูกน้องก็ได้มีเวทีทำงาน ยังจำได้ว่าไปเยี่ยมคุณหมอธนพงษ์ที่โคราช ขอเงินมานิดเดียว มาทำเรื่องการบริการผู้ป่วยประกันสังคมที่รพ.มหาราช พวกเราก็ทำตัวเป็น expert ซักไล่เรียง concept paper เสร็จหรือยัง methodology ถูกไหม จนหมอธนพงษ์แทบถอดใจ เพียงเพราะอยากวิจัยนิดเดียวว่า OPD ที่โคราช บริการผู้ป่วยประกันสังคมยังงัย บอกว่าก็อกน้ำไม่ดี ห้องไม่สะอาด ซึ่งก็เห็นผล เมื่อเอาไปเจรจากับผู้อำนวยการ ก็ได้งบมาแก้ไขปัญหา จะเห็นว่างานวิจัยก็ดี ยังไม่ได้ทำลาย แก้ปัญหาได้แล้ว หลังจากนั้น เราก็ได้เพชรเม็ดงามจากโคราช คุณหมอปริญญา คุณหมอธนพงษ์ และอีกหลายคน ได้เพชรเม็ดงามจากอุบล คุณหมอวิศิษฐ์ พยาบาลดมยา ก็มาทำวิจัยด้วย

ผมได้คลุกคลีกับ สวรส. สสส. และเห็นว่ามีนักวิจัยหน้าใหม่เต็มไปหมด บ้างจากสถานีนามัย ที่มาเรียนต่อยอดเป็นปริญญาตรีสาธารณสุข อยากจะทำวิจัยเป็น ถูกบ้างผิดบ้าง ส่วนใหญ่ก็ปล่อยไป ตอนแรกก็เข้มงวด สอบตกหมด เงินก็เลยเหลือ สมัยนั้นเงินไม่เยอะ สมัยนี้เงินเยอะ แต่ว่าคุณภาพยังไม่ถึงขั้นนำมาใช้ประโยชน์ได้เท่าไร ผมมีพยาบาล 800 คน มีหมอ 200 คน ก็จะมีข้างเผือกโผล่ขึ้นมาทีละคนสองคน ที่ขอนแก่นก็ส่งคนมาเรียนระบาดวิทยาคลินิก ปีละคนสองคน คนที่จบระบาดวิทยาคลินิกแบบหลักสูตรอินเตอร์ เขมร ลาว ญวน ทำวิจัยเป็น รู้ methodology แต่ก็ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์เต็มที่ มี 2 คนที่มาเป็นหลักเป็นกรรมการวิจัยของรพ. อีก 80-90% ก็หายกลับเข้าไปในห้องผ่าตัด ใน ward หมด ผมกำลังจะปิดฝุ่นว่าจะเอาคนเหล่านี้มาสร้างระบบอย่างไร ซึ่งคิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ

ผมไม่ได้แยกว่าอันไหนเป็น area based อันไหนเป็น policy research เพราะว่าเชื่อมโยงไปหมด เรื่องบางเรื่องที่ทำ ไม่รู้จะเป็น theme ใหญ่หรือว่าเป็น policy link แต่ดูแล้วเชื่อมโยงกันได้ และมีความจำเป็นที่ต้องทำให้เชื่อมโยงกันอยู่

อีกวงที่เห็นคือ วงพีเลียง ที่เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย เป็นหมออาวุโส เป็นพยาบาลที่จบปริญญาโท ปริญญาเอก เต็มเลยในพื้นที่ แต่ไม่มีคนไปจัดการ ถึงจะตั้งเป็นศูนย์วิจัย แต่พอมีเลขาศูนย์แล้วคนอื่นก็เลยไม่มายุ่งด้วย พอมีประธานกรรมการวิจัยแล้ว พรรคพวกที่เคยมาร่วมไม่มีตำแหน่ง ก็ไม่มายุ่งด้วย นี่ก็เป็นปัญหาที่ต้องใช้การจัดการแก้ไข แต่ว่าก็มี conflict ในวิธีคิดว่าต้องมี fulltime โดยที่คนร่วมคิดร่วมทำ ที่เป็น resource person ก็ยังอยู่ จะต้องมีการตอบแทนแบบไหน จะต้องมีการ reward ยังไง จะต้องมีการ recognition ยังไง ต้องมีเวทีให้อย่างไร

area based เป็นทั้งการสร้างคน เป็นทั้ง capacity building คือใน area based จะเหมาะทุกอย่างอยู่ในนั้น ทั้งเรื่องงบประมาณ เรื่องการจัดการ เรื่องประเด็นปัญหาในพื้นที่ ประเด็นการใช้ประโยชน์ เรื่องการสร้างนักวิจัยหน้าใหม่ เรื่องชุมชนวิจัยที่มีพีเลียง มีอาจารย์ มีท้องถิ่นมาร่วมกัน เรื่อง area based คงต้องมาคุยกันยังจะมีอะไรดี ๆ อีกมากถ้าจัดการดี ๆ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

อยากให้วิเคราะห์บริบทที่เปลี่ยนแปลงด้วย ตั้งแต่ area based ที่เกิดขึ้น 10 ปีที่แล้ว ในขณะที่นั้นสถานการณ์ระบบสุขภาพไม่ใช่วันนี้ ใน 7-8 ปีมานี้ มีระบบพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในพื้นที่เกิดขึ้นมากมาย ภายใต้ สวรส. สช. สสส. สปสช. และอื่น ๆ ปรากฏว่ากลไกของเรายังเป็นกลไกเดิม แต่บริบทและงานในพื้นที่เปลี่ยนมาก ฉะนั้นถ้าไม่วิเคราะห์ถึงบริบทเหล่านั้น ก็จะไม่ได้อยู่กับความเป็นจริง

ในกระบวนการที่ผมไปผลักดันนโยบายสาธารณะ ผมไม่สามารถเชื่อมกับ area based ของสวรส. ยกเว้นที่ภาคใต้ และที่กรุงเทพฯ ซึ่งกรณีกรุงเทพฯ น่าเป็นกรณีศึกษา ที่มีปรับตัวกับบริบทตลอด ซึ่ง area based เอาความรู้ของสวรส.มาเชื่อมการทำงานอื่น ๆ อย่างไร ผมเสนอว่าอาจจะต้องศึกษาแบบ case study ด้วย นอกจากจะดูภาพรวม

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

การจุดประเด็นนี้ขึ้นมา เพราะเห็นปัญหา จึงต้องทำการประเมิน ซึ่งเมื่อกระบวนการเสร็จสิ้นแล้ว จะเชิญกรรมการสวรส.ภาคทุกท่าน ผู้จัดการ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้ง สปสช. สช. ทุกท่านที่มีกลไกอยู่ในระดับพื้นที่มาช่วยกันระดมความเห็นอีกครั้ง

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

เวลาประชุมต้องใช้เวลา และต้องระดมจริง ๆ ดีประเด็นให้แตก ให้ทำได้จริง ๆ อย่างที่สงขลา ตอนหมอวีระศักดิ์เสนอที่สภา ผมเป็นกรรมการสภาด้วย เขาระบุเลยโครงการเขาทำ 10 ปี แล้วขอ support จากมหาวิทยาลัย 20 ล้าน ผมบอกแถมอีก 2 เรื่อง โดยไปหาทาง coordinate การวิจัยทั้งหมดในภาคใต้ ด้วยข้อมูล ที่จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาของภาคใต้ และไประดมเวทีปฏิบัติในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ให้เป็น evidence based ผมว่าถ้ามีการเจรจาอย่างจริงจังกับมหาวิทยาลัยด้วย อาจทำได้



ຮາມພຣັບສູ່...ຄ້າວຕ່ອໂປ ບອນການວິຈັບຮາມພຣັບສູ່



ระดมพลัง...สู่ก้าวต่อไป ของการวิจัยระบบสุขภาพ

หลังจากการนำเสนอข้อความรู้จากการทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเด็นค่าใช้จ่ายด้านงานวิจัย : กรณีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การสร้างขีดความสามารถสำหรับการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพในประเทศไทย การนำเสนอบทวิเคราะห์ สังเคราะห์ และ ข้อเสนอแนะการทำงาน “Link Research to Policy/Action” และการวิจัยระบบสุขภาพในพื้นที่ (Area based and Health Systems Research) พร้อมทั้งมีการวิพากษ์และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันอย่างหลากหลาย

ในช่วงสุดท้ายของเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการ “ก้าวต่อไปการวิจัยระบบสุขภาพ” เป็นช่วงเวลาของการระดมพลังความรู้ และประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมการประชุม เพื่อร่วมกำหนดเส้นทางที่จะก้าวต่อไปในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการแลกเปลี่ยนดังกล่าว มีสารดังต่อไปนี้



นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

เมื่อผมกล่าวถึง health systems และเสนอชุดงานวิจัยที่เป็น health systems research ผมเคยถูกทักท้วงจากการที่ว่าไม่มองทั้งระบบ ความรู้สึกของผมขณะนั้นคือ ต้องทำให้ใหญ่ และต้องเป็นเรื่องนโยบายระดับชาติเป็น health systems research ซึ่งเป็นภารกิจตาม mandate ที่ถูกคาดหวังจากการที่ system ก็มี hierarchy ซึ่งระบบระดับจุลภาคก็เป็นระบบเหมือนกัน เพราะฉะนั้น จึงคิดว่าจะประเด็นไหนก็เป็น system ได้ทั้งหมด ฉะนั้นก็น่าจะ approach micro level ได้ ปัญหาคือเวลาทำเรื่องเล็ก ๆ ก็จะถูกทักท้วงว่า ควรทำเรื่องที่จะเกิด impact กับระบบใหญ่ ซึ่งระบบก็เชื่อมโยงกันหมด ดังนั้น แนวโน้มจึงเหมือนกับว่า สวรส.จะถูกใช้ให้ดูระบบใหญ่ ซึ่งเป็นคำถามให้อาจารย์วิจารณ์ช่วย response ด้วยว่าจริง ๆ แล้วบอร์ดคิดอย่างไร

ประเด็นที่สองซึ่งจะอาจจะ lead ไปสู่ประเด็นสุดท้ายของการประชุมวันนี้คือ สิ่งที่ผมพยายามจะเลี่ยงตลอดเวลา คือแยก สวรส.ออกจากเครือข่าย ผมคิดว่าทั้งหมดคือองค์ความรู้ของคนที่ทำวิจัยสุขภาพ เพียงแต่ว่าผมมี mandate ทางกฎหมาย มีงบประมาณสนับสนุนเป็นเรื่องเป็นราว ขณะที่หน่วยอื่น ๆ เป็นหน่วยที่เกิดขึ้นมาภายใต้พลวัตอีกแบบหนึ่ง และพยายามที่จะ settle ตัวเองตามความคาดหวังของผู้อำนวยการสวรส. คือ settle ได้ มี sustainable financing แต่ทั้งหมดเราพยายามที่จะไม่แยก สวรส. ออกจากเครือข่ายทั้งหมด แต่ก็มีความรู้สึกเหมือนกันว่าคนของ สวรส.ทำอะไร ในเมื่อเครือข่ายไปทำหมดแล้ว ทำในลักษณะที่เป็น complementary กัน ซึ่ง อาจารย์ทวิทอง และอาจารย์วิจารณ์ก็บอกว่า สวรส.ถึงยุคที่มี identical crisis คือไม่รู้ตัวตัวเองอยู่ตรงไหน



ประเด็นสุดท้ายคือ องค์กรทั้งหลายจะจัดการและขับเคลื่อนภายใต้ความสัมพันธ์ของระบบแบบไหน แน่นอนว่ามีการ request ให้สวรส. ทำหลายอย่างมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีมาก ที่จะทำให้ในลักษณะที่ support และ complement กัน ซึ่งผมได้เชิญที่สมศักดิ์ช่วยประสานกับ สกว. วช. และอื่น ๆ ในการที่จะ lead national health research system ขึ้นมา トラバใดที่ยังไม่มีพรบ. ใหม่ที่จะทำให้มีสิ่งที่เรียกว่า authorize body ที่จะดูระบบวิจัยสุขภาพของทั้งประเทศทั้งหมด ก็จะทำให้เป็น functional coordination ไปก่อนได้ไหม นั่นคือ level ที่จะขยายจาก health systems research ซึ่ง approach อย่างนี้เป็นไปได้หรือเปล่า ก็เป็นประเด็นที่อยากจะเปิดอภิปรายในช่วงสุดท้าย ในเวลาที่เหลืออยู่นี้

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ผมไม่เคยมีความรู้สึก ว่า สวรส. จะต้องมีความกังวลว่าใครเป็นนักวิจัย สวรส. โจทย์ที่บอกว่าไม่สามารถ claim ว่าเป็นนักวิจัยของ สวรส. ผมคิดว่า โดยแนวคิดของ สวรส. ตั้งแต่ต้น ตามความเข้าใจผมก็ไม่เคยคิดที่จะ claim ให้เป็นนักวิจัยของ สวรส. และผูกพันอยู่กับ สวรส. อยู่แล้ว และงานวิจัยขึ้นไหนที่เขาเข้าไป และมีศักยภาพที่จะทำ ได้ผลลัพธ์ออกมา ก็ถือเป็นผลงานที่ สวรส. ให้การสนับสนุน ไม่ใช่มีลักษณะที่ต้องมาเป็นนักวิจัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สวรส. ก็แทบจะไม่มี in house อยู่เลย ยิ่งสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีหน่วยต่าง ๆ ออกไปทำงานวิจัย ซึ่งไม่เพียงแต่ออกไปทำงานวิจัยเลย ๆ ยังจัดการงานวิจัยของ สวรส. ด้วยเหมือนกัน

ยกตัวอย่างเช่น สวปก. ถ้าเป็นแต่หน่วยวิจัยอย่างเดียว สวรส. ก็เป็นหน่วยจัดการเรื่องการเงิน เรื่องการสนับสนุน บทบาทก็แบ่งชัด แต่ว่าปัจจุบันทุกหน่วยจะมีลักษณะที่เรียกว่าเอาเงินผ่าน สวรส. หรือเอาเงินร่วมกับองค์กรอื่นมาทำลักษณะที่เรียกว่าจัดการด้วย ทำวิจัยไปด้วย ก็ทำให้ สวรส. มีวิกฤติเชิงอัตลักษณ์ของตัวเอง (identity crisis) ไม่รู้ว่าตัวเองจะเป็นอะไรดี ที่ตัวเองเคยเป็นลูก ๆ ทั้งหลายก็ขึ้นมาเป็นแทนกันหมดแล้ว

ผมว่าเป็นโจทย์ใหญ่ที่ค่อนข้างสำคัญมาก ถ้าหากสามารถมองหาจุดคานงัดสำคัญที่ สรรส.สามารถทำได้ ที่ทำให้เครือข่ายการวิจัยต่าง ๆ มีความยืดหยุ่นในตัว เป็นระบบที่คิดว่าอยู่รอดได้ และก็ปรับตัวได้ดี แต่ในทางตรงข้ามกัน หากยังหาบทบาทที่เสริมกันยังไม่ได้เท่าที่ควร เป็นเพียงเสริมกัน เช่น ในปัจจุบันคือขอยืมเป็นที่ผ่านเงิน ซึ่งหลาย ๆ องค์กร ไม่มีสถานภาพที่จะรับเงินด้วยความเป็นนิติบุคคล ก็จะต้องมาร่วมกับ สรรส.ในบางลักษณะ เช่นเป็นโครงการร่วม และบริหารจัดการกันเอง ซึ่งไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดเท่าที่เราอยู่ตอนนี้ ผมคิดว่านี่ก็เป็นโจทย์สำคัญ อาจจะคุยกันเรื่อง สรรส.มากขึ้น และถ้าแก้โจทย์ตรงนี้ได้ หรือหาทางออกตรงนี้ได้ ก็จะส่งผลต่อการช่วยเหลือ ตัดสินใจได้มากขึ้น

ดร.ฉัตรวรัญ องคลังห์

ถ้า สรรส.จะเป็น pool of source สรรส.ต้องมีอะไรเป็น backup คือ หนึ่ง ต้องมีความคิด ที่มาจากงานวิจัย และต้องให้ความสำคัญกับผังพิสัยงานวิจัย สอง คือ ต้องมีนักวิจัย หรือตัวผู้ใช้ source นั้น ซึ่งเป็นภารกิจที่ดี เป็นการสร้างคน

กรณีที่สาม คือ ภายใต้งานที่บอกว่างานวิจัยถูกใช้ยาก นโยบายไม่ได้ใช้ และจะเปลี่ยนแปลงสังคมได้อย่างไร จากประสบการณ์ต้องใช้งานวิจัยผ่านสื่อสาธารณะ จะมีผลมาก และการที่จะทำอย่างไร สรรส.จึงจะมีอัตลักษณ์ เรื่องนี้ต้องให้นักวิจัย keep in mind ผังวิจัยไว้ตลอด ต้อง identify ก่อนว่าผังพิสัยงานวิจัยของ สรรส. นั้นมีตัวตนอยู่ใน health systems หรือเปล่า ทั้งนี้ในฐานะที่เห็น สรรส.และทำงานร่วมมาตลอด ก็ปรารถนาให้ สรรส.มีอัตลักษณ์ มีการต่อยอด และมีตัวตน





ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

หน้าที่หลักขณะนี้คือ ต้องสังเคราะห์ synergy ระหว่างสถาบันทั้งหลาย เพื่อให้เกิดเป็นประเด็นเชิงระบบหรือเชิงนโยบายที่ชัดเจน สามารถที่จะสื่อสาร ไม่ว่า จะเป็นสาธารณชนหรือผู้กำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ ได้

ส่วนการจะเป็น national health research ผมไม่ค่อยสนใจเท่าไร เพราะ ว่าถ้าเราไปทางนั้น เราจะทิ้งของเดิม แล้วจะจัดการกับสิ่งที่ทำมาสิบกว่าปีอย่างไร ผมรู้สึกค่อนข้างเป็นห่วง เหมือนเราทำงานไม่จบ ทำงานไม่เสร็จ เพราะฉะนั้น ต้องสร้างหรือสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องระบบ เกี่ยวกับเรื่องนโยบาย และ จะสร้าง synergy กับสถาบันลูกอย่างไร ให้มีผลงานในเชิงระบบ และเชิงนโยบาย ให้มาก

คำว่าสร้างอย่างไร เป็นคำถามที่ถามง่าย แต่ตอบได้ยาก ยกตัวอย่างเช่น บอก ว่าจะต้องสร้างให้ สวรส. มีขีดความสามารถในเชิงการเขียน ในเชิงที่จะทำงานเพื่อ เผยแพร่ผลการวิจัยต่าง ๆ ผมถามว่าตรงนี้ สวรส.จะสร้างอย่างไร หรือจะไป สังเคราะห์ผลการวิจัยที่เครือข่ายสถาบันลูก ๆ ได้อย่างไร เราต้องยอมรับความจริงที่ จะทำงานเชิงสังเคราะห์ หรือทำงานในเชิงเชื่อมโยง เพื่อให้เกิดการสร้างพลังรุ่นใหม่ ถ้าไม่มี technical แล้วสร้างได้อย่างไร ปัญหาของ สวรส.ขณะนี้ที่ทำอะไรได้ยาก ก็เพราะว่า technical ถูก drain ออกข้างนอก โดยที่ไม่มีความพยายามหรือ แนวนโยบายที่จะสร้างขึ้นมาทดแทน ซึ่งตรงนี้เป็น ช่องว่างใหญ่ เป็นโจทย์ใหญ่ ซึ่ง ผมเองมองเห็นประเด็นนี้ตั้งแต่สมัยปลายของ ผอ.วิพุธ ไม่ว่าจะเป็นในเชิงการวิจัย การสังเคราะห์งานวิจัย การสร้าง synergy หรือสื่อสารการวิจัย

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

หลังจากที่ทำงานกับเครือข่ายต่าง ๆ มาเกือบปี เครือข่ายจะมีปัญหาของตัวเองอยู่ โดยภาพรวมคือ เครือข่ายมีระดับความเข้มแข็งของวิชาการแตกต่างกัน และเกิดประเด็น ที่หมอยศเคยใช้คำว่่านักวิชาการหัวเดียวกระเทียมลีบ เช่น สำนักวิจัยด้านสังคมและ สุขภาพมีนักวิชาการ 1 คน กำลังจะมีอีก 1 คน จึงไม่มี critical mass ที่จะทำให้เกิดการ สร้างเจือปนหรือบรรยากาศทางวิชาการ

ปัญหาทั้งหมดนี้ สวรส.ก็มีปัญหาของตัวเองอีกแบบหนึ่ง แต่เครือข่ายเองก็เจอ ปัญหา ฉะนั้น ปัญหานี้ผมคิดว่าต้อง take balance ที่ต้องแก้ทั้งระบบ โดย สวรส.และ เครือข่าย ต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งหมดก็จะถูกขับเคลื่อนไป

นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล

ผมมีประเด็นคือ **หนึ่ง** ผมคิดว่าเชื่อว่าสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม มี position ของตัวเอง โดยที่ยึดระบบสาธารณสุข หรือระบบสุขภาพ ซึ่งเป็น system ที่ใหญ่ที่สุด และองค์กรลูก ต้องเป็น sub system เพราะอย่างไรแล้วก็ไม่มีการทำ system เพียงแต่ว่าต้องไป integrate กับส่วนทั้งหลาย โดยต้องมีจุดยืนที่แน่นอน

สอง คือ เรื่องของ mapping ต้องมีโจทย์ของตัวเอง ถ้าขณะนี้มืองค์กรลูกมาก สถานการณ์ก็เปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ถ้าจะเอาโจทย์ขององค์กรลูกมาช่วยสื่อสาร ก็เป็นทางช่วยทางหนึ่ง แต่ต้องมีโจทย์ของตัวเองที่จะผลักดัน ก็จะทำให้มีธงที่ชัดเจน ว่าอยากเปลี่ยนแปลงอะไร อยากพัฒนาอะไร และให้องค์กรลูกช่วยเสริมคำตอบอย่างไร

ทั้งนี้ สวรส. หรือองค์กร granting ส่วนหนึ่งถ้ามีความรู้อยู่ข้างในก็จะเข้มแข็ง ถ้า grant แล้วความรู้ไปอยู่ข้างนอกหมด ข้างในก็จะไม่เข้มแข็ง ยกตัวอย่าง เช่น ผมทำเรื่องสุรา ถ้าข้างในสวรส.ทำเรื่อง risk factor และมีความรู้เรื่อง risk factor ชัด ๆ ก็จะมี ความเข้มแข็งอยู่ข้างใน รวมทั้งไม่ว่าจะ granting หรือว่าวิจัยเอง หรือ subcontract ในช่วงสุดท้ายสวรส.ต้องเป็นผู้สังเคราะห์ความรู้

สุดท้ายผมคิดว่าสวรส.ควรจะเปิดโอกาสในการพัฒนาคณ หรือจัดสรรคน หาคณใหม่เพิ่มที่มีศักยภาพในการทำ mapping

ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์

ผมไม่แน่ใจว่า stakeholder คาดหวังอะไรจาก สวรส. รวมทั้งรัฐบาลเอง เมื่อสองสามวันนี้ได้มีการประชุมในเครือข่าย ในประเด็นทุนทำวิจัย ซึ่งในระดับคณะของมหาวิทยาลัยจะมีการตั้งงบประมาณสำหรับทำวิจัย แต่ไม่ได้บอกโจทย์ว่าคณะต้องการอะไร ซึ่งนักวิจัยก็จะเขียนโครงการวิจัยระดับประเทศโดยทำ scope กว้าง เพราะเขียนไม่ถูกว่าจะส่งโครงการอะไรให้แหล่งทุน ขณะที่แหล่งทุนก็ไม่มีอิสรภาพในการบอกว่าต้องการอะไร เพราะไม่มีข้อมูลเพียงพอว่าต้องการตอบอะไร โดยเฉพาะคำว่าระบบสุขภาพ เป็นเรื่องที่กว้างมาก หากจะทำ scope เล็ก ก็จะมีขีดธรรมชาติ เพราะระบบกว้างจะทำให้เล็กได้อย่างไร

เนื่องจาก ระบบมี dynamic อย่างมาก สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนทุกวัน ดังนั้น ต้องหาวิธีการที่จะทำให้สวรส. มีขีดความสามารถ/ศักยภาพในการ identify ได้ว่าสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนอะไร และจะต้องวางแผนอย่างไรสำหรับปีต่อไป



สำหรับแนวคิดที่ สรรส.มีลูกข่ายมาก และคิดว่าลูกข่ายเก่งแล้วออกไป ผมกลับรู้สึกว่ายิ่งต้องสร้างลูกข่ายมาก ๆ และต้องหาวิธีทำอย่างไรจะใช้และพัฒนา linkage ให้เข้มแข็ง เพื่อจะใช้ resource ที่พัฒนาแล้วให้เกิดประโยชน์กับระบบทั้งประเทศ ไม่ใช่เกิดประโยชน์เฉพาะ สรรส.

ฉะนั้น ผมไม่รู้ว่าจะองค์กรนี้ควรจะมีใหญ่หรือเล็ก แต่ควรจะเป็นหน่วยวางยุทธศาสตร์ สร้างคน หรือสร้าง systems ที่จะทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง แต่ต้องไวต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพราะ systems กว้างเหลือเกิน จะไปบอกว่าอย่างโน้นอย่างนี้ผมว่าก็ผิดยุคผิดสมัย

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

สรรส.ต้องชัดว่าทิศทางของสรรส.เป็นอย่างไร ตั้งแต่เข้าที่คุยกันค่อนข้างจะชัดว่าจริง ๆ สรรส. ก็ยังมีคุณค่าอยู่ และส่วนใหญ่เสนอการกำหนดเรื่องความชัดของงานวิจัย ซึ่งต้องกำหนดยุทธศาสตร์ รวมทั้งเรื่อง research mapping และการ gear resource ไปยัง priority area ที่อยากให้เป็น เน้นอนถ้าทำอย่างนั้นได้ สรรส.จะต้องมี technical พอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการที่จะทำ research mapping ยุทธศาสตร์ใหญ่ในการขับเคลื่อน โดยเฉพาะการขับเคลื่อนเชิงกลไก ซึ่งจำเป็นต้องทำให้เกิดไม่อย่างนั้นแล้วก็คงจะลำบาก เพราะลูกข่ายขยายกันไป technical expertee ก็ไปอยู่ลูกข่ายทั้งหมด ปรากฏว่าแม่ข่ายบอกว่าจะมาทำขับเคลื่อน ผมไม่คิดว่าคนที่ไม่มี content จะมาทำการขับเคลื่อนได้ ทำได้คือทำในเชิงการจัดการ เชิงธุรการ ผมไม่เชื่อว่าคนที่จะไปทำขับเคลื่อนเรื่อง primary care โดยที่ไม่เข้าใจเรื่อง primary care จะขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม สรรส. นอกจากการทำยุทธศาสตร์ การสังเคราะห์งานต่าง ๆ ที่เครือข่ายดำเนินการ บางทีก็ต้องอาศัย technical expertee ซึ่งอาจจะแตกต่างกับงานวิจัยระดับหนึ่ง แต่ว่าต้องมี ภาพ macro ตรงนี้ผมยังสนับสนุนว่า direction สรรส.น่าจะเป็นอย่างนั้น และ อัตลักษณ์ ของ สรรส.ก็ยังคงอยู่ อย่างไรก็ตาม สรรส.ก็ยังเป็นองค์กรที่มีฐานะที่เป็นที่ยอมรับและเป็นทีเกาะของบรรดาลูก ๆทั้งหลาย

ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ประเด็นที่คิดว่าเป็น learning issue ที่สำคัญที่สุด และจะปฏิเสธไม่ได้ว่า human resource นั้นเป็นกุญแจสำคัญของการอยู่รอดใน 10-20 ปีข้างหน้า ซึ่งถ้ากระทรวงสาธารณสุขไม่ผลิตพยาบาลเอง โดยพึ่งทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุขก็จะมีพยาบาลเพียงพอ และถ้ากระทรวงสาธารณสุขหรือ health system contractor sector ไม่พยายามพัฒนาศักยภาพในเรื่องของ policy analysis ก็จะไม่สามารถอยู่รอดได้ในเวลาข้างหน้า ดังนั้นเราคงจะต้องขับเคลื่อนไปข้างหน้าในประเด็นเหล่านี้ ถึงแม้บอร์ด สวรส. จะเห็นว่าไม่ใช่พันธกิจ สวรส. ที่ต้องผลิตคน แต่ก็ยังต้องมีกระบวนการของการสร้างคน และต้องสร้างสิ่งแวดล้อมให้คนเหล่านี้ได้ทำงานอย่างจริงจังด้วย

ในฐานะ อ.วิจารณ์เป็นนายกสภามหาวิทยาลัย ในส่วนของมหาวิทยาลัยก็ต้องตื่นตัว เพราะว่าปีหนึ่งคนที่ได้วุฒิ Master ทั่วประเทศน่าจะอยู่ที่ประมาณ 500 กว่าคน และมีผู้ที่จบ Master of Public Health ที่ถูกสอน public health management โดยไม่เคยมาเชื่อมโยงหรือสัมพันธ์กับ public health เลย ซึ่งถือเป็นเรื่องที่เสียหายต่อบ้านเมืองที่สุด เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ ฉะนั้น คงต้องให้ความสำคัญ กับขั้นตอนเริ่มต้น และการเป็นต้นแบบ ของทั้งปริญญาโท และปริญญาเอก

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

ในช่วง 10 ปีให้หลัง แนวคิดนี้อาจจะผิด ที่คิดว่ามหาวิทยาลัยเป็นยอดประมิตของความรู้ ซึ่งไม่จริง ความรู้ขณะนี้หลาย ๆ อย่าง จะอยู่ที่จุดปฏิบัติ ดีกว่าในมหาวิทยาลัย เพราะฉะนั้นแนวคิดของการบริหารจัดการหน่วยงานทางด้านการสร้างความรู้ ที่ต้องมีทั้งสร้าง ทั้งใช้ ทั้งเชื่อมโยง ต้องมีการยกระดับ คือการเป็น network และ collaboration กัน

ดร.นพ.โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์

ประเด็นแรกคือ ความเป็นไปได้ที่จะทำเป็น graduate level collaborative research program ระหว่าง node ต่าง ๆ กับหลักสูตรที่เหมาะสม ซึ่งง่าย ต่างประเทศก็ทำมาก และเป็นวิธีที่ไม่ต้องการอะไรมากไปกว่าข้อตกลง และก็ สามารถที่จะถ่ายทอดความชำนาญระหว่างกันได้ น่าจะลอง หาความเป็นไปได้

ประเด็นที่สองคือ ที่มีการพูดกันว่า สวรรส. ต้องไปพัฒนา pool of source ผมคิดว่าต้องทำความเข้าใจเรื่ององค์กรให้ดี ผมไม่เห็นด้วย ผมคิดว่าเรื่อง pool of source ที่อาจารย์ ทวีทองเสนอ หมายความว่าในระดับ area based ต้องมีวิธี ซึ่งชัดเจนในการทำเรื่องที่ตนเองกำลังทำ บนพื้นฐานที่มีทฤษฎี ที่นำการทำงานเพื่อให้ความหนักแน่น แต่ถ้าหากว่า สวรรส. จะ pool of source จึงไม่น่าจะเป็นไปไม่ได้ เพราะในระบบ วิจัยสุขภาพในประเทศ ต้องการความหลากหลายอย่างมาก





บทสรุปจากเวทีระดมความคิดเห็น

โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

ก่อนอื่นต้องขอขอบคุณทุกท่าน ที่เข้าร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ซึ่งบทบาทของการประชุมวันนี้ คือการแลกเปลี่ยนยุทธศาสตร์ ความคาดหวังที่ทุกท่านอยากให้สวรส.ดำเนินการ ซึ่งเป็นการทบทวนเพื่อที่จะก้าวต่อไป และจะช้า จะเร็ว ไม่สนใจอย่างไร ก็ต้องขอขอบคุณทุกท่านที่ยังให้อภัย

บทเรียนที่สำคัญประการแรก ในประเด็นค่าใช้จ่ายด้านงานวิจัย : กรณีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งตอนนี้ข้อมูลมีจำกัดมาก แต่อาจจะไม่ใช่ปัญหาสำคัญ เพราะก็พอประเมินได้คร่าว ๆ จากสิ่งที่ประสบอยู่ว่างบประมาณมีพอหรือไม่พอ และมีการจัดสรรอย่างเหมาะสมหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ก็ยังไม่มีข้อเสนอว่าจะทำให้เกิดข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับทรัพยากรการวิจัยอย่างไร

ประเด็นที่สอง เป็นเรื่องของเงินทอง กับเรื่องของบุคลากร ทุกคนเห็นตรงกันว่าเรื่องทุนวิจัยไม่ใช่ประเด็นสำคัญ แต่คำถามสำคัญคือ ทุนวิจัยได้ถูกจัดสรรอย่างเหมาะสมหรือไม่ และขณะนี้เครื่องมือที่จัดลำดับความสำคัญ ที่สามารถสะท้อนให้เห็น national priority ได้มาน้อยแค่ไหน รวมทั้งมีความเห็นค่อนข้างจะไปทางเดียวกันว่าทุนบางส่วนควรจะลงไปเพื่อสร้างคน และจัดการให้ลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน และที่สำคัญคือ ต้องกระตุ้นให้เกิดความต้องการผลการวิจัยจากผู้กำหนดนโยบายให้มากขึ้น



สำหรับประเด็นเรื่องนิยามระบบสุขภาพที่กว้างนั้น จำเป็นต้องมีการบูรณาการอย่างมาก ฉะนั้นลักษณะองค์กรที่แยกเดี่ยวอาจจะไม่ใช่คำตอบสุดท้าย แต่เพื่อให้เกิดความรู้ที่ชัดเจน การแยกลงไปวิจัยในระบบย่อย ก็อาจจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญ โดยเฉพาะเรื่องปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่มีความสำคัญเพราะว่าเป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรมากที่สุด

ในประเด็นเรื่องบุคลากร มีความเห็นที่หลากหลายในนิยามของผู้จัดการงานวิจัย ซึ่งอยู่ระหว่าง manager กับ entrepreneur สวรส.ใช้คำว่า RM (Research Manager) มานาน จนกระทั่งมีความสับสนพอสมควรในการทำหน้าที่ของ RM ซึ่งจะต้องมีการทบทวนและกำหนดบทบาทให้ชัดเจน ซึ่งอาจารย์ประเวศ ได้กล่าวถึงการมีบุคคลที่จะ translate research สู่ policy นั้นอาจจะเป็นบทบาทหนึ่งของ research manager หรือไม่ คงต้องพิจารณาในลำดับต่อไป ทั้งนี้ ในส่วนของการเพิ่มศักยภาพผู้จัดการงานวิจัยนั้น ขณะนี้ สวรส. ร่วมกับคุณหมอสมศักดิ์ กำลังวางแผนและทบทวนประเด็นที่ผู้จัดการงานวิจัยควรได้รับการเสริมศักยภาพ และคุณสมบัติของผู้จัดการงานวิจัย ควรเป็นอย่างไร ซึ่งจะต้องหากวิธีที่จะสร้างคนเหล่านี้ให้มีอยู่ในองค์กรต่าง ๆ ให้มากขึ้น และต้องจัดการให้ดีเพื่อจะได้คนที่มีคุณภาพเข้ามาในระบบ อย่างไรก็ตาม ก็มีข้อเตือนใจในเรื่อง capacity ซึ่งเชื่อว่ามีอยู่แล้วในทุกคน แต่อาจจะไม่ตรงกับที่องค์กรต้องการ ฉะนั้นการ empower และการ strengthen จึงยังมีความจำเป็น

มีประเด็นที่น่าสนใจคือ เรื่องอุตสาหกรรมความรู้ และ เรื่องการจัดการความคิดให้มีความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความชัดเจนในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งการสร้าง pool of source ขึ้นใน สวรส. การมี นักวิจัย ที่มีคุณภาพ รวมทั้งเรื่องการจัดการ area based และเรื่อง link research to policy ซึ่งมีผู้เสนอว่า research ไม่ใช่แค่สำหรับทำให้เกิด policy แต่ต้อง support policy implementation ด้วย

นอกจากนี้ มีความเห็นที่หลากหลายในเรื่องการ communicate งานวิจัยไปสู่สังคมค่อนข้างมาก และส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสสส. ที่มีการทำงานในลักษณะที่ผ่าน mass media ทำให้ต้นทุนสูงมาก ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาว่าควรจะทำอะไรระหว่าง generation กับ knowledge communication หรือ dissemination รวมทั้งในเรื่องของการสร้างนักวิจัย ตรงนี้พุ่มเท่าไรก็หมดได้ ถ้าทำกับ mass media ยกเว้นจะมีพันธมิตรที่พร้อมที่จะทำงานร่วมกับเรา ตอนนี้ สวรส. ดำเนินการร่วมกับ TPBS ซึ่งก็ประหยัดค่าใช้จ่ายในเรื่องเวลาการออกอากาศ แต่ก็ต้องมีการประเมินผลว่าลงทุนไปแล้ว ผลเป็นอย่างไร ทั้งนี้ ในประเด็นการขับเคลื่อนนโยบาย จะต้องมีการจัดความสำคัญของประเด็น และมีกระบวนการขับเคลื่อนทางนโยบายทั้ง formal/informal ทั้งในระดับ national และ local ด้วย

ข้อเสนอสำคัญ มีดังนี้

1. สช. ในฐานะที่ดูภาพรวม และเป็นช่องทาง กลไก เครื่องมือทางนโยบาย น่าจะเป็นกลไกส่วนหนึ่งในการดูภาพรวมระบบวิจัย และสวรส.ร่วมกับเครือข่ายเป็นส่วนที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งทางวิชาการ มากกว่าดูและระบบวิจัยสุขภาพของทั้งประเทศ
2. เสนอให้ สวรส.ดำเนินการเป็นองค์กรเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การวิจัยระบบสุขภาพแห่งชาติ และจัดสรรทรัพยากรในส่วนที่ สวรส.สามารถจัดสรรได้ด้วย องค์กรเอง หรือสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ หรือประสานผ่าน องค์กรแหล่งทุนอื่น
3. ในส่วนของการกำหนดยุทธศาสตร์ ต้องมาจากการจัดทำผังพิสัยที่มองภาพใหญ่ โดยระบบย่อย ๆ จะดำเนินการโดยเครือข่ายต่าง ๆ และสวรส.จะทำหน้าที่ประสาน ส่งเสริม synergy งานของเครือข่าย เพื่อให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายในกรณีที่เป็นข้อเสนอที่มีลักษณะบูรณาการ แต่ถ้าเป็นข้อเสนอย่อยที่สามารถดำเนินการแล้วเสร็จในตัวประเด็นเครือข่ายนั้นอาจจะดำเนินการได้เอง ภายใต้การทำงานร่วมกัน
4. การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัย จะช่วยกำหนด priority ของการลงทุนการวิจัยต่าง ๆ ซึ่งตามภารกิจสวรส.ไม่ได้ดูแลงานวิจัยด้าน clinical research ส่วนจะมีงานวิจัย เช่น public health research จะต้องมีการระดมความคิดเห็นให้ชัดเจน ในความหมายที่จะรองรับในมิติของ health policy หรือ health system research หรือ social science research

5. ในประเด็นเรื่องสร้างคน จะต้องสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินงานของนักวิจัยด้วย และที่สำคัญคือ ต้องสร้างความเป็นผู้นำทางวิชาการที่มีความต่อเนื่อง ซึ่งอาจต้องเชื่อมต่อกับระบบของทุนกาญจนาภิเษก หรือวิธีการ on the job training อย่างไรก็ดี เรื่องการสร้างคนโดย สวรส. ที่จะสร้างนักวิจัยหน้าใหม่ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของสวรส. ระบุว่าไม่ใช่หน้าที่โดยตรงของสวรส. ซึ่งอาจต้องมีการหารือให้มีความชัดเจน เพื่อรองรับวิกฤติเรื่องคน ทั้งในเรื่องการสร้างนักวิจัยและผู้จัดการงานวิจัย
6. ให้ สวรส.รับผิดชอบการผลักดันนโยบาย โดยให้มีความเชี่ยวชาญทางด้าน policy process มากขึ้น เพื่อยกระดับการสื่อสารความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายทั้งทางตรงและทางอ้อม





ปิดท้าย โดย ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

การคุยกันเรื่องก้าวต่อไปของระบบวิจัยสุขภาพในวันนี้ สิ่งที่ค้นพบคือ ตัวระบบได้เคลื่อนไปข้างหน้ามากมาย สาเหตุสำคัญก็คือ สวรส.ขยับออกลูก จึงทำให้ระบบเปลี่ยนไปมาก และเห็นได้ชัดว่า สวรส.ต้องการทักษะใหม่ ๆ และกำหนดบทบาทหน้าที่ใหม่ ๆ ในท่ามกลางระบบที่เปลี่ยนไปแล้ว

จากเวทีระดมพลังความคิด ที่ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์มากมาย และผู้อำนวยการสวรส.ได้สรุปไว้ครอบคลุม แต่ว่าเป็นการสรุปตามที่ได้รับคำแนะนำ นั่น สวรส. อย่าพึ่งเชื่อจากการแนะนำทั้งหมด ต้องกลับไปคิดให้ดี ศึกษาให้รอบคอบ และต้องเลือกทำเฉพาะบางส่วน ไม่ใช่ทั้งหมด เพราะบางส่วน สวรส. ไม่ต้องทำงานก็เดินไปได้ดี

สิ่งที่ต้องทำคือ ตั้งคำถามให้ใหญ่ว่าทำไมต้องมี สวรส. เลิกมีได้ไหม ซึ่งคำตอบแน่นอนว่าไม่ได้ ต้องมี เมื่อต้องมี จะมีไว้ทำไม แล้วอยากทำอะไร และถ้าทำแล้วจะต้องเกิดประโยชน์ต่อประเทศอย่างมากมาย เพราะไม่มีใครทำหรือไม่มีใครทำได้ หรือไม่มีใครคิดที่จะพัฒนาทักษะขึ้นมา อย่างนี้ ก็จะเจอโอกาส คือมี window of opportunity อยู่ในท่ามกลางตัว complexity ของระบบ และมีการเคลื่อนไหวไปข้างหน้าด้วย ผมเชื่อว่า สวรส.ในสภาพใหม่จะทำประโยชน์ให้สังคมได้ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่า 15-16 ปีที่ผ่านมา

จะอย่างไรก็ตาม การที่ต้องมีคนทำงานวิจัย เป็นคำถามที่ สวรส.ควรสร้างนักวิจัยหรือไม่ คำตอบมีคำตอบเดียว เพียงแต่ว่าเราจะถามอย่างไร เหมือนสกว.ตอนที่มีทุนกาญจนาภิเษก ก็มีคนบางคนถามว่าเป็นหน้าที่ สกว. หรือไม่ เพราะ สกว.มีหน้าที่สนับสนุนการวิจัย ไม่ใช่สร้างคน เพราะว่าสร้างคนเป็นเรื่องของ

ทบวงมหาวิทยาลัย แต่ สกว. เห็นว่าบ้านเมืองผ่านมาเท่าไร และสภาพเป็นอย่างไร ซึ่งตัวอย่างประเทศต่าง ๆ จะพบว่า มีการดำเนินงานทั้งการสนับสนุน การวิจัย และการสร้างนักวิจัย ซึ่งถือเป็นเรื่องเดียวกัน แต่เป็นคนละหน้าของเหรียญเท่านั้นเอง ซึ่งในบ้านเรา มักจะยึดอยู่กับตัวหนังสือ ยึดอยู่กับสิ่งที่ไม่ยืดหยุ่น จึงไม่เกิดประโยชน์กับประเทศ

ฉะนั้นสิ่งที่ สวรส.จะดำเนินการต่อไป และจะเป็นประโยชน์อย่างมากมาย คือเอาประเด็นที่ได้รับจากเวทีในวันนี้ ไปย่อยต่อ สังเคราะห์ต่อ และทำเหมือน สมอเวลาอนอนหลับ คือ pruning เพราะที่ได้มาบางทีก็มากเกินไป ถ้าไม่ระวังจะรก ฉะนั้นต้องมี pruning คือต้องตัดแต่งกิ่งบ้าง แล้ว สวรส.ก็จะเห็นหน้าตาต่างของ โอกาสในการทำงาน

ผมเข้าใจว่าจะมีเวทีเช่นนี้อีกหลาย level ของการคิด เพื่อจะทำให้ สวรส.มี วิวัฒนาการไป ซึ่งน่าจะเป็นกระบวนการหรือภาพที่ถูกต้อง ที่จะทำให้การทำหน้าที่ของ สวรส. ที่สนับสนุนการวิจัยเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดย สวรส.เป็นตัว engineer การเปลี่ยนแปลง และมีภาคีเป็นผู้ทำหรือเป็น actor ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั่นเอง จะเป็นตัวบอก สวรส.กลับมาว่า ต้องเปลี่ยนแปลงอะไร

ฉะนั้นที่มาประชุมวันนี้ ถือว่าเป็นการมา engineer ให้ สวรส.มีการเปลี่ยนแปลง หยุดนิ่งอยู่กับที่ไม่ได้ และวันนี้ ประเด็นที่สำคัญที่สุดก็คือ skill ที่ สวรส.ใช้เมื่อ 15 ปีที่แล้ว กับในปัจจุบันและในอีก 2 ปี 3 ปี 5 ปี 10 ปีข้างหน้าจะเป็นอย่างไร และมีเท่าไร ไม่ใช่แค่ identity ซึ่งการที่มีคนว่าเป็นช่วงของ identity crisis ต้องถือเป็นคำท้าทาย ที่ สวรส.ต้องสู้ และต้องทำได้ identity ในท่ามกลาง complexity ในขณะที่ สวรส.ต้องทำงาน ต้องเข้าไปเป็นผู้หนุน empower คนอื่น ต้องคิดว่าตัวเอง powerless เพราะเราไม่ใช่ power on และถ้าทำเป็น สวรส.จะมี power มหาศาล ที่จะทำให้เกิดการทำงานอย่างมี synergy กันได้ ซึ่งหมายถึงคุณค่าต่อตัวระบบ ต่อภาพใหญ่ ที่ไม่ใช่ power ในการสั่งการ

ผมหวังว่าหนึ่งวัน วันนี้จะมีค่ามากสำหรับทุกท่านและต่อ สวรส. ที่จะก้าวเดินต่อไป



รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. คุณกชรัตน์ ชันธประโยชน์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3. คุณกุลธิดา จันทรเจริญ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ
5. คุณเขมจรรย์ โรจนพรทิพย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6. ดร.จรวัยพร ศรีศศลักษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
7. นพ.จเร วิชาไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
8. คุณจอมขวัญ โยธาสุมทร โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9. คุณจุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
10. คุณฉัตรทิพย์ วงษ์ปิ่นแก้ว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
11. ดร.ฉัตรวรัญ องค์กรสิทธิ์ นักวิจัยอิสระ
12. คุณจิตติมา นวชินกุล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
13. นพ.ทิมกร โนรี สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
14. คุณณีนาก สมหวัง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
15. คุณดวงทิพย์ อีระวิทย์ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
16. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
17. ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ นักวิชาการอิสระ
18. นพ.ทักษพล ธรรมรังสี โครงการนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
19. คุณทัศนีย์ ญาณะ สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
20. นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
21. คุณธัญญาภรณ์ บุญแสน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
22. คุณนงนุช ทองศรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
23. นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
24. คุณเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
25. นพ.ประพจน์ เกตุรากาศ สถาบันวิจัยสุขภาพวิถีไทย
26. ศ.นพ.ประเวศ วะสี ราษฎรอาวุโสและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
27. นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินวัฒน์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
28. ศ.ดร.ปิยะวัติ บุญ-หลง เครือข่ายประสานงานวิจัยคลินิกสหสถาบัน
29. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

- | | | |
|--------------------|-----------------|--|
| 30. ภญ.พรพิศ | ศิลาขุฑ์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 31. คุณพัชราภรณ์ | พัฒนาภูติวงศ์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 32. นพ.พินิจ | ฟ้าอำนวยผล | สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ |
| 33. คุณพูลทรัพย์ | ปิยะอนันต์ | สำนักงบประมาณ |
| 34. ผศ.ดร.ภัทร | แสนไชยสุริยา | สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (มหาวิทยาลัยขอนแก่น) |
| 35. คุณภัทรินทร์ | แสงบุตร | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 36. คุณภาวิณี | โพธิรัชต์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 37. นพ.ยศ | ธีระพัฒน์นันท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 38. ดร.ยุตติ | คาคการณ์ไกล | ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายและขับเคลื่อนระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม |
| 39. คุณระวีวรรณ | ผดุงนันท์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 40. พญ.ลัดดา | ดำริการเลิศ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 41. คุณวนิดา | ช่วยปลอด | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 42. คุณวรรณพร | บุญเรือง | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 43. ศ.นพ.วิจารณ์ | พานิช | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 44. ศ.ดร.วิจิตร | ศรีสุพรรณ | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 45. คุณวิจิตรา | ร่มสงฆ์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 46. นพ.ดร.วิช | เกษมทรัพย์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 47. คุณวิชานันท์ | อุ้นจิตร | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 48. นพ.วิโรจน์ | ตั้งเจริญเสถียร | โครงการนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 49. นพ.วีระพันธ์ | สุพรรณไชยมาตย์ | โรงพยาบาลขอนแก่น |
| 50. ดร.ศรีเพ็ญ | ตันติเวสส | โครงการนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 51. ดร.ศักดา | พริ้งลำภู | สถาบันจัดการวิจัยระบบสุขภาพภาคเหนือ |
| 52. นพ.ศิริพร | เค้าภูไทย | สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ |
| 53. ทญ.ดร.ศิริวรรณ | ทิพย์รังสฤทธิ | โครงการนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 54. ศ.ดร.สมชัย | ฤชุพันธุ์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 55. รศ.นพ.สมพนธ์ | ทักษิณม | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 56. นพ.สัมฤทธิ์ | ศรีธำรงสวัสดิ์ | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |

57. คุณสุภาวดี	นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
58. ดร.สุวรรณี	ละออปักชิน	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
59. นพ.หทัย	ชิตานนท์	สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
60. คุณอรพรรณ	ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
61. พญ.อรพินท์	มุกดาติลก	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
62. นพ.อรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	โครงการจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด
63. คุณอลิสา	เขตคาม	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
64. ศ.ดร.อัมมาร	สยามวาลา	มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
65. คุณอารีรักษ์	นึลละโยธิน	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
66. นพ.อำพล	จินดาวัฒนะ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
67. คุณอุทุมพร	มยาเศรษฐ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
68. ผศ.ดร.ทวีศักดิ์	แดงกระโทก	ผู้สังเกตการณ์
69. คุณธัญญาภรณ์	จันทร์เวช	ผู้สังเกตการณ์
70. คุณเบญจมาศ	ติระมาศวณิช	ผู้สังเกตการณ์
71. คุณรัชนี	จันทร์เทพ	ผู้สังเกตการณ์



