

บทที่ 1

ความเป็นมา

การวิจัย ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานหมายถึง การค้นคว้าเพื่อหาข้อมูลอย่างถี่ถ้วนตามหลักวิชา ในประเทศไทยการวิจัยยังเป็นของใหม่มีปัญหาหลายประการ เช่น การขาดความเข้าใจและตระหนักในความสำคัญของการวิจัย การวิจัยเป็นส่วนเสี้ยวและมีช่องว่าง การวิจัยไม่สมดุล ไม่ได้ทำในสิ่งจำเป็น การขาดแคลนทรัพยากรอย่างรุนแรงรวมทั้งการใช้ที่ฟุ่มเฟือย ไม่สนองความต้องการและคุณภาพของผลงานวิจัยไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งแตกต่างจากประเทศตะวันตกที่เจริญแล้วได้มีการพัฒนามานานจนเกิดเป็นระบบและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามการวิจัยในไทยมีบทบาททั้งสร้างความรู้ใหม่และจัดการความรู้ตลอดจนเป็นเครื่องมือในการศึกษา ในการสร้างพลัง และเป็นเครื่องย่นดับขับเคลื่อนการแข่งขันทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน (1)

คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติจัดตั้งขึ้นเพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางการวิจัยของชาติตามมติรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2521 และได้มีการเสนอนโยบายและแนวทางการวิจัยของชาติมาแล้วจำนวน 5 ฉบับ นโยบายและแนวทางการวิจัยของชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2545-2549) เป็นฉบับที่ใช้ในปัจจุบัน ซึ่งมีจุดเปลี่ยนที่สำคัญคือ เน้นส่งเสริมประเด็นสำคัญที่ประเทศชาติมีศักยภาพและตอบสนองความต้องการของประเทศ สนับสนุนการวิจัยใน 4 ด้านหลักที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาประเทศคือ ด้านเกษตรและอุตสาหกรรมเกษตร ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม ด้านสุขภาพและ ด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยกำหนดเป็นชุดโครงการวิจัยแห่งชาติในแต่ละด้าน การลงทุนเพื่อการวิจัยในประเทศไทย จากข้อมูลปี 2546 พบว่าเพียงร้อยละ 0.26 ของรายได้ประชาชาติ นับว่าน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วและบางประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (2) ดังตารางที่ 1

การพัฒนาด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาประเทศ การวิจัยด้านสุขภาพที่ผ่านมาทำให้การแพทย์ของไทยมีการพัฒนาอย่างมากแต่มุ่งความเป็นเลิศเฉพาะทางหรือแบบแยกส่วนมากกว่าการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งกายและใจ ทำให้เกิดระบบการแพทย์พาณิชย์และมีความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการและคุณภาพของการบริการ ดังนั้นในแผนนี้จะเน้นการวิจัยที่ดูแลสุขภาพมากกว่าการรักษา และการบริการแบบองค์รวมที่ประชาชนสามารถเข้าถึงอย่างเสมอภาคและทั่วถึง สำหรับในปี พ.ศ. 2546 พบว่าการลงทุนเพื่อการวิจัยด้านสุขภาพในประเทศไทยประมาณ 1,565 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 20 ของการลงทุนวิจัยทุกประเภท ในขณะที่ Council on Health Research for Development (COHRED) เสนอระดับที่เหมาะสมคือร้อยละ 2 ของรายจ่ายสุขภาพรวม ดังนั้นการลงทุนทางวิจัยสุขภาพก็เป็นเพียงร้อยละ 0.91 เท่านั้น (3) จึงเห็นได้ว่างบประมาณลงทุนวิจัยด้านสุขภาพของไทยมีน้อยกว่ามาตรฐานมาก อย่างไรก็ตามการจัดการวิจัยทั้งในระดับต้นน้ำจนถึงปลายน้ำจะเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดผลอย่างคุ้มค่าและตอบสนองความต้องการของประชาชนและประเทศให้มากที่สุดแม้ว่ามีทรัพยากรจำกัดก็ตาม

ตารางที่ 1 อัตราการลงทุนเพื่อการวิจัยต่อรายได้ประชาชาติ ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับ
ต่างประเทศ

ประเทศ	ปี	อัตราการลงทุนเพื่อการวิจัยต่อรายได้ประชาชาติ (ร้อยละ)
สวีเดน	2544	4.27
ฟินแลนด์	2545	3.46
ญี่ปุ่น	2545	3.12
เกาหลีใต้	2544	2.96
สหรัฐอเมริกา	2545	2.82
เยอรมันนี	2545	2.50
ไต้หวัน	2545	2.30
ฝรั่งเศส	2544	2.20
ออสเตรเลีย	2545	1.94
แคนาดา	2545	1.85
สหราชอาณาจักร	2544	1.90
นอร์เวย์	2544	1.62
ออสเตรเลีย	2543	1.54
จีน	2545	1.23
รัสเซีย	2545	1.24
ฮ่องกง	2546	0.55
สิงคโปร์	2545	2.20
มาเลเซีย	2546	0.48
ไทย	2546	0.26

Source: Statistics Finland – Science and Technology – R&D in OECD (4)

การจัดลำดับความสำคัญการวิจัยด้านสุขภาพ เป็นขั้นตอนสำคัญในการบริหารจัดการวิจัยต้น
น้ำ เพื่อให้การวิจัยนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของสังคมและประเทศมากที่สุด ในภาวะที่มี
ทรัพยากรจำกัด ซึ่งสอดคล้องตามนโยบายและแนวทางการวิจัยฉบับที่ 6 และแนวคิดของนายอนันต์
ปັນยารุณ อดีตนายกรัฐมนตรีก่อนที่เสนอในเวทีสมัชชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนา(S&T
2020) ระหว่างวันที่ 25-26 ตุลาคม 2542 ว่า "นักวิจัยหรือนักวิทยาศาสตร์มักให้ความสำคัญในเรื่องที่
ตนเองสนใจมากกว่าเรื่องที่ประเทศและสังคมต้องการ.....แต่ถ้ามีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัดคง
จำเป็นต้องเลือกโดยคำนึงถึงสิ่งที่สังคมจะได้รับกลับมา" (2)

กระบวนการจัดลำดับความสำคัญเป็นศาสตร์อย่างหนึ่งที่มีองค์ความรู้ที่ได้รับการพัฒนามามากพอที่จะนำมาใช้ได้ เนื่องจากงานวิจัยสุขภาพมีผู้ที่เกี่ยวข้องมากมาย ดังนั้นกระบวนการที่ใช้ควรเป็นวิธีที่มีความยืดหยุ่นที่ทุกฝ่ายยอมรับและมีส่วนร่วมมากที่สุด โดยเฉพาะหากมีเวทีให้ผู้ที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ ผู้วิจัย ผู้กำหนดนโยบาย และผู้สนับสนุนทุน ได้แสดงข้อคิดเห็นร่วมกัน ก็จะทำให้การจัดลำดับความสำคัญมีประสิทธิภาพสูงสุด

การจัดลำดับความสำคัญที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2539 คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ เห็นว่าควรจัดทำแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของคนไทย โดยมีผู้เกี่ยวข้องร่วมคิดร่วมทำแผนให้มากที่สุด โดยจัดตั้ง Council for Health Research ขึ้น ประกอบด้วยนักวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 300 คน จำแนกเป็นกลุ่มวิจัย 43 กลุ่ม ภายใต้ 3 มิติใหญ่ คือ โรคที่เกิดกับอวัยวะ ปัญหาสุขภาพ และ กลไกเกี่ยวพันสุขภาพ ทำหน้าที่ทบทวนการวิจัยในประเทศและเสนอเรื่องที่มีความสำคัญสมควรทำการวิจัยในอนาคตภายใต้กรอบหัวข้อที่ได้รับการมอบหมาย

ในปี พ.ศ. 2545 คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้อนุมัติให้ทบทวนและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของคนไทยปี พ.ศ.2540 ภายใต้ “โครงการวิจัยเพื่อทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ” เนื่องจากได้วิเคราะห์ว่าในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2540 - 2545) ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในสังคมไทย กระแสโลกาภิวัตน์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนไทยทั้งทางด้านพฤติกรรมกรรมกรบริโภคและการทำงาน การเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ เช่นโรค SARS การกลับมาของโรคที่เคยควบคุมได้และการก่อการร้ายในภูมิภาคต่างๆ ของโลกได้ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ ชีวิตและความปลอดภัยของประชากรโลกรวมทั้งคนไทย นอกจากนี้ปัจจัยภายในประเทศได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจท้องถิ่น การเคลื่อนไหวภาคประชาชนในรูปแบบของประชาสังคมและชุมชนคนรักสุขภาพ เป็นต้น ก็มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทยโดยตรง ได้มีการจัดตั้งคณะทำงาน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 260 คนและคณะผู้วิพากษ์ รวมทั้งหมดกว่า 300 คน ทำแผนกลยุทธ์ 54 ชุด ภายใต้ 3 มิติเช่นเดิม

ในปี 2548 คณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ อนุมัติให้จัดทำโครงการจัดลำดับความสำคัญการวิจัยด้านสุขภาพ เนื่องจากเล็งเห็นว่าการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้องานวิจัยเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องเพราะปัญหาด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลง จึงเห็นสมควรสร้างทีมวิชาการที่มีความรู้ในเรื่องนี้ให้เกิดขึ้นในแต่ละภูมิภาค ใช้กระบวนการทางวิชาการที่ถูกต้องและเป็นระบบ ดังนั้นในการจัดกระบวนการจัดในครั้งนี้ จึงเป็นการพัฒนาทีมในภูมิภาคที่จะนำกระบวนการจัดลำดับความ สำคัญในอนาคต และเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของคนไทยต่อไป