30th มสช.

“ความรู้จากความหลัง”

ความรู้จากความหลัง

30 ปี มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมหอสมุดแห่งชาติ

อภิญญา ตันทวีวงศ์.
ความรู้จากความหลัง : 30 ปี มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.-- กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2565. 166 หน้า.

1. สาธารณสุข. I. ชื่อเรื่อง.

613
ISBN 978-616-8178-13-3

ผู้เรียบเรียง	อภิญญา ตันทวีวงศ์	
ที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี	
	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
	ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ
	นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์	นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์
	ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนาไพศาล	ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
คณะทำงาน	ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย	คุณสุทธิกานต์ ชุณห์สุทธิวัฒน์
	คุณสุมนมาลย์ สิงหะ	คุณไปรยา ระถีกา
	คุณพงศ์ธร จันทรัศมี	คุณกัลยาณี ศรีตะพันธ์
ปก/รูปเล่ม	บริษัท ดี มอร์ ครีเอทีฟแอนด์เมเนจเมนท์ จำกัด	
พิมพ์ครั้งที่	1 (มีนาคม 2565)	
จำนวนพิมพ์	1,000 เล่ม	
จัดทำและเผยแพร่โดย	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) 1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กทม. 10900 โทรศัพท์: 02-5115855 โทรสาร: 02-9392122 E-mail: admin@thainhf.org Website: www.thainhf.org	
พิมพ์ที่	บริษัท วิน-วิน ดิจิตอลพริ้นติ้ง จำกัด 68,70 ถนนมไหสวรรค์ แขวงบางคอแหลม เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์: 02-6590347-49 โทรสาร: 02-6890350 E-mail: winwindigital.br@gmail.com	

Building knowledge based society for Health

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
National Health Foundation

30th มสช.

ความรู้ จาก ความหลัง

30 ปี มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

สำรวจประวัติศาสตร์ ปัจจุบัน และ อนาคต มสช.
ผ่านคำบอกเล่าจาก 9 เลขาธิการ

คำนิยม

(และบอกเล่าเพิ่มเติม)

คำนิยมแรกก็คือ ผู้รวบรวมและเรียบเรียง “30 ปี มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ” เล่มนี้มีความเข้าใจลึกซึ้ง ทั้งทางรูปธรรมและนามธรรมของ “กระบวนการ” ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพ และมีความสามารถสูงในการเขียนอย่างคมชัดลึก ทำให้เห็นการเดินทางไกล (Long March) ของอุดมการณ์ ความคิด และแนวทางปฏิบัติ การจัดการทางวิชาการแนวใหม่ เพื่อสุขภาวะของคนไทย การสัมภาษณ์อดีตเลขาธิการมูลนิธิ 7 ท่าน รวมทั้งเลขาธิการคนปัจจุบัน ซึ่งล้วนเป็นบุคลากรคุณภาพสูง ทำให้สามารถเก็บเกี่ยวความมุ่งมั่น วิธีคิด ประสบการณ์ และข้อเสนอแนะอันมีค่ายิ่ง ทำให้ “30 ปี มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ” น่าจะเป็นแหล่งรู้ที่ดีถึงประสบการณ์จริงของกลุ่มและเครือข่ายคนจำนวนหนึ่งไม่น้อยทีเดียว ที่เพียรพยายามอย่างยาวนานเพื่อสุขภาวะของคนทั้งมวล

ท่านมหาตมะคานธี กล่าวว่า

“ถ้าคุณเรียนจากตำรา คุณได้ความรู้ แต่ถ้าคุณเรียนจากประสบการณ์ คุณได้ปัญญา”

หนังสือเล่มนี้ไม่ใช่ตำรา แต่เป็นบันทึกประสบการณ์อันยาวนานต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของมหาชน หรือเพื่อสร้างความเป็นธรรมอันหาได้ยาก น่าจะเป็นแหล่งรู้ที่ดีของอนุชนคนรุ่นหลังที่ต้องการขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่ความดีงาม

โดยที่ระบบสาธารณสุขของไทยผลิกโฉม (Transform) รวดเร็วอย่างมหัศจรรย์ จากประมาณปี พ.ศ. 2480 ที่จังหวัดต่าง ๆ ไม่มีแพทย์เลยสักคน ใครเป็นไส้ติ่งอักเสบ เป็นโรคคอตีบ (ดิพธีเรีย - Diphtheria) ก็ตายหมด ในเวลาประมาณ 50 ปี เรามีโรงพยาบาลจังหวัดครบทุกจังหวัด มีโรงพยาบาลอำเภอครบทุกอำเภอ มีสถานีอนามัยครบทุกตำบล มีสถาบันการแพทย์ที่ทันสมัย มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีองค์กรสนับสนุนระบบสุขภาพเชิงรุก คือรุกสร้างสุขภาพดี แทนที่จะรอซ่อมเมื่อสุขภาพเสียแต่เพียงอย่างเดียว ที่เรียกว่า “สร้างนำซ่อม” ในการผลิกโฉมระบบสุขภาพไทยนี้

มีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก มากกว่าตัวละครในมหากาพย์มหาภารตะยุทธของอินเดีย จะเรียกว่า **"มหากาพย์การสาธารณสุขไทย"** ก็ว่าได้ น่าจะมีการเชิญชวน แสวงหาผู้ที่มีฉันทะ วิริยะ ทำการศึกษาค้นคว้า และเขียนมหากาพย์การสาธารณสุขไทย ให้เป็นแรงบันดาลใจแก่คนไทยทั้งประเทศ

คำบอกเล่าเพิ่มเติมที่ผมจะเขียนดังต่อไปนี้ เป็นเฉพาะส่วนน้อย ที่ผมมีประสบการณ์โดยตรงเท่านั้น แต่กระนั้น ก็ยังจะดูยาวเกินไป สำหรับต่อท้ายคำนิยม ใน "30 ปี มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ" ต้องขออภัยผู้จัดพิมพ์ และผู้อ่าน

เรื่องเป็นดังนี้

1. รากและจุดกำเนิดของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

เมื่อ พ.ศ. 2512 พรบ.วิชาชีพเวชกรรมออกมา ทำให้มีแพทยสภาในปี 2513 แพทยสภาต้องสร้างระบบฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เกิดโจทย์ขึ้นว่าชนิดของแพทย์ประจำบ้านควรเปิดเสรี หรือมีข้อบังคับให้เป็นไปตามความต้องการของระบบบริการ แล้วระบบบริการควรเป็นอย่างไร แพทยสภาได้ตั้ง **"คณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะการวางแผนการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ"** โดยมี นพ.ประเวศ วะสี กรรมการแพทยสภาโดยการเลือกตั้งเป็นประธาน ผมเป็นแพทย์เฉพาะทางที่โรงเรียนแพทย์ ไม่มีความรู้เชิงระบบ จึงต้องแสวงความช่วยเหลือ อาจารย์ นพ.วีกิจ วีรานุวัตติ์ คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์ เคยบอกผมว่า "เพ็ชรน้ำหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขคือ **หมอไพโรจน์ นิงสานนท์**" พี่ไพโรจน์ เลยกลายเป็นครูทางสาธารณสุขของผม

คณะอนุกรรมการดังกล่าวประชุมกันในวันเสาร์ ที่ห้องประชุมคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพราะอาจารย์อารี วัลยะเสวี คณบดีเป็นผู้ที่สนใจระบบสาธารณสุข และเป็นอนุกรรมการอยู่ด้วย

ประเด็นคือ อาจารย์โรงเรียนแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิควิชาการต่าง ๆ แต่ไม่เข้าใจระบบ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเรื่องระบบบริการ ทั้ง 2 ฝ่าย ไม่บูรณาการกันเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่ดี

การประชุมเรื่องระบบสาธารณสุข ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี อาจเป็นครั้งแรกที่คนกลุ่มหนึ่งจาก 2 ฟาก มาประชุมปรึกษาหารือกันถึงเรื่องพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องยาวนานนี้ น่าจะเป็นหมุดหมายทางประวัติศาสตร์สาธารณสุขอย่างหนึ่ง

ฝ่ายสาธารณสุขที่มาร่วมประชุมด้วยเป็นประจำคือ นพ.สมบูรณ์ วัชโรทัย นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นพ.ดำรงค์ บุญยืน มี นพ.จิตต์ เหมะจุฑา อธิบดีกรมอนามัย มาร่วมด้วย 1 หรือ 2 ครั้ง ขนาดบ่ายวันเสาร์ที่ 13 ตุลาคม 2516 ที่รุ่งขึ้นจะเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม คณะศึกษาพัฒนาระบบสาธารณสุข ก็ยังประชุมกันอยู่

ความพยายามที่จะร่วมกันพัฒนาระบบสาธารณสุขต่อ ๆ มา ทำให้ตระหนักว่ามีความซับซ้อนและยาก ต้องการ**ความต่อเนื่องทางปัญญา** (Continuity of wisdom) ลำพังอำนาจไม่อาจทำได้สำเร็จ ความต่อเนื่องทางปัญญาเป็นปัจจัยสำคัญ ความต่อเนื่องทางปัญญาจะมาจากไหน เพราะในระบบรัฐ มีการใช้อำนาจสูงและขาดความต่อเนื่อง จึงเกิดความคิดเรื่ององค์กรอิสระที่มีความต่อเนื่อง นั่นคือความคิดที่เป็นต้นกำเนิดของ **มสช.** และ **สวรส.**

ในช่วงปี 2530 เมื่อคุณเทอดพงษ์ ไชยนันทน์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ น.พ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันหนึ่งผมเชิญทั้ง 2 ท่านไปรับประทานอาหารร่วมกันที่ร้าน “บ้านคุณหลวง” ซึ่งอยู่หลังวชิรพยาบาลใกล้ ๆ กับวิทยาลัยพยาบาล ระหว่างรับประทานอาหารกัน 3 คน ผมเสนอว่าน่าจะตั้ง **“มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ”** ทั้ง 2 ท่านเห็นด้วย นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นผู้ไปขอจดทะเบียนก่อตั้ง นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ยกร่างตราสาร ทางการยินยอมให้ใช้คำว่า “แห่งชาติ” เพราะผู้ยื่นเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.ไพโรจน์ และ นพ.สงวน จึงเป็นประธาน และเลขาธิการคนแรกของมูลนิธิ

2. ทำไมชื่อ “แห่งชาติ” จึงเป็นองค์กรเล็ก - ตัวเล็กแต่เป้าหมายใหญ่

ความเป็นแห่งชาติไม่ได้อยู่ที่ความใหญ่ขององค์กร แต่อยู่ที่ Mission หรือความมุ่งหมายใหญ่ บ่อย ๆ ครั้ง องค์กรใหญ่ใช้งบประมาณมากแต่เป้าหมายต่ำ องค์กรใหญ่ต้องใช้พลังงานมากในการดำรงตนเอง และมีความขัดแย้งในตัวเองมากตามความใหญ่

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติจึงตัวเล็ก แต่มีเป้าหมายใหญ่ที่ระบบสาธารณสุขแห่งชาติ

3. **มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ไม่ใช่องค์กรแบบแยกส่วนเป็นเอกเทศ แต่ทำงานเชิงเครือข่ายทางปัญญา แบบเครือข่ายเซลล์สมอง (Neuronal networks)**

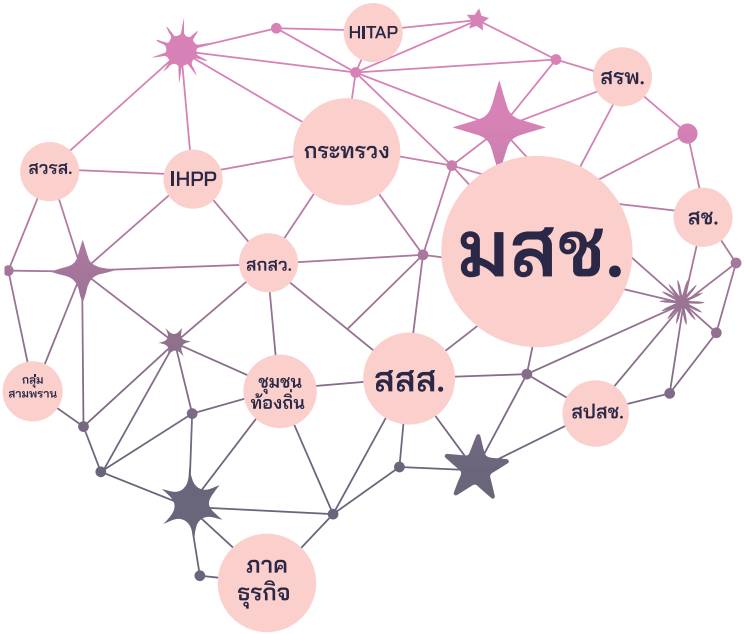
องค์กรต่าง ๆ ส่วนมาก เป็นองค์กรแบบแยกส่วนเป็นเอกเทศ เอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง (Self-centered) เน้นที่การแสดงผลงานของตัวเอง และถูกประเมินที่ผลงานของตัวเอง แข่งขันกัน หรือถูกจัดอันดับด้วยผลงานของตัวเอง แบบนี้ล้าสมัยเกินไป และส่งเสริมความเห็นแก่ตัว และไม่ได้ผลแก่ส่วนรวมอย่างที่ควรจะเป็น

กลายเป็นแท่งอำนาจ หรือไซโล ไม่เชื่อมโยงทางปัญญา

สมองของมนุษย์ไม่ได้เป็นอย่างนั้น แต่เป็น**เครือข่ายของเซลล์สมอง** (Neuronal networks) ทำให้มนุษย์มีศักยภาพในการเรียนรู้สูงสุด ถ้าเซลล์สมองใช้โครงสร้างแบบแท่งอำนาจ เราคงตายไปนานแล้ว ไม่สามารถรอดชีวิตอยู่ได้

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ทำงานเป็นเครือข่ายทางปัญญากับองค์กรต่าง ๆ และไม่เน้นที่ผลงานของ**ตนเอง** แต่การเกิดปัญญาร่วม (Collective wisdom) ที่เป็นประโยชน์ต่อชาติ เห็นความหมายของคำว่า “แห่งชาติ” ไหมครับ

เราไม่เคยตีประเด็นให้แตกว่า คำว่า **“สมองของชาติ”** นั้นคืออย่างไร เมื่อตั้งองค์กรบางอย่างขึ้นมาโดยหวังให้เป็นสมองของชาติ ก็กลายเป็นองค์กรแบบแยกส่วนเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง ก็เป็นสมองของชาติไม่ได้ ถ้าเลียนแบบเครือข่ายเซลล์สมองของมนุษย์ เราจะเข้าใจว่าโครงสร้างสมองของชาติควรเป็นเช่นไร การมีกลุ่มเซลล์สมองมาก ๆ และเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย น่าจะใกล้ความจริง โดยหลักการนี้ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติก็เป็นกลุ่มเซลล์สมองกลุ่มหนึ่งที่เชื่อมโยงกับกลุ่มอื่น ๆ ด้วยเจตจำนงความเป็น “แห่งชาติ”



ภาพแสดงบางส่วนของการทำงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย
มสช. = มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

4. แนวคิด “ตัวช่วย” หรือ Helper cell

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมีความสำคัญยิ่ง ทำหน้าที่เชื่อมโยงกับความเป็นไปทั้งหมดในร่างกาย เซลล์ภูมิคุ้มกันที่เรียกว่า T cell มีศักยภาพสูง แต่กระนั้นก็ตามยังต้องการ T Helper cell หรือเซลล์ตัวช่วยไปกระตุ้นศักยภาพ

กระทรวงต่าง ๆ ก็ดี มหาวิทยาลัยต่าง ๆ ก็ดี มีศักยภาพซ่อนเร้นสูงมาก แต่ยากที่จะริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ ๆ แต่ถ้ามี “ตัวช่วยจากภายนอก” เข้าไปช่วยหรือทำงานร่วมด้วย จะสามารถปลดปล่อยศักยภาพออกมาได้

“ตัวช่วย” คือ บุคคล หรือกลุ่มบุคคล หรือองค์กรที่มีความรอบรู้ และร่วมเรียนรู้ ที่**ไม่ทำเพื่อตัวเอง** คนที่ทำเพื่อตัวเองไม่มีใครอยากให้ช่วย แต่ถ้าไม่ทำเพื่อตัวเอง ใคร ๆ ก็อยากให้ช่วย เพราะทำให้เขาได้เครดิตเพราะผลงาน “ตัวช่วย” ไม่ต้องการเครดิต แต่ต้องการให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวม

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติได้ทำหน้าที่ “ตัวช่วย” อย่างมาก ที่ช่วยหรือทำงานร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ผลักดันให้เกิดองค์กรต่าง ๆ ช่วยเหลือแนะนำการจัดตั้งกลไก หรือองค์กรทำงานด้านต่าง ๆ จนเราเรียกเล่น ๆ ว่าเป็น **“หมอทำคลอด”** คือช่วยให้โครงการดี ๆ คลอดออกมาได้

ลองพิจารณาถึงบุคลิกของบุคคลเหล่านี้ บางคนที่ทำงานกับ **มสช.**

1. นพ. อารี วัลยะเสวี
2. นพ. วิจารณ์ พานิช
3. นพ. ธาดา ยิบอินซอย
4. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
5. นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ล้วนเป็นบุคคลที่มีสติปัญญาสูง และไม่ทำเพื่อตนเอง แต่ละคนจึงเป็น “ตัวช่วย” ที่ช่วยและร่วมทำงานกับบุคคลและองค์กรต่าง ๆ อย่างหลากหลาย เชื่อมโยงกันประดุจเครือข่ายเซลล์สมอง (Neural networks) หรือเครือข่ายทางปัญญา

ประเด็นหลักของประเทศไทย คือการพลิกโฉม (Transform) จากสังคมนิยมอำนาจเป็นสังคมนิยมปัญญา หรือสังคมอุดมปัญญา จึงจะสามารถออกจากสภาวะวิกฤตได้ การมีเครือข่ายทางปัญญาอย่างกว้างขวางจึงมีความสำคัญยิ่ง

5. การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ (Interactive learning through action) ในสถานการณ์จริง

คือกระบวนทัศน์ใหม่ในเรื่องความรู้ วิชาการ และการเรียนรู้ สังคมปัจจุบันต่างจากสังคมโบราณโดยสิ้นเชิง สังคมโบราณเป็นสังคมง่าย ๆ ตรงไปตรงมา แต่สังคมปัจจุบันเชื่อมโยงกันทั่วโลกหลายมิติ เป็นระบบซับซ้อนที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว เกิดความโกลาหลง่าย พยากรณ์ไม่ได้ ยากแก่การเข้าใจ ควบคุมไม่ได้ เครื่องมือเก่า ๆ ใช้ไม่ได้ผล เช่น อำนาจ เงิน การวิพากษ์วิจารณ์ การใช้ความรู้สำเร็จรูปตายตัว

ฉะนั้น การเรียนโดยท่องจำความรู้ก็ดี วิชาการแบบสร้างความรู้เป็นก้อน ๆ ก็ดี หรือเอาทฤษฎีที่เกิดจากสังคมโบราณมาใช้ก็ดี จึงล้าสมัยไม่ได้ผล

การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นกระบวนการที่ทรงพลังที่ทำให้ทุกคนฉลาดขึ้น ฉลาดร่วมกันเกิดอัจฉริยภาพกลุ่ม และปัญญาร่วม ทำให้ฝ่าอุปสรรคที่ยาก ๆ ได้

การพัฒนาต่าง ๆ ที่จะได้ผลจึงต้องใช้การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติเป็นเครื่องมือ เครือข่ายการพัฒนาระบบสุขภาพใช้เครื่องมือใหม่นี้ ในการขับเคลื่อนเรื่องต่าง ๆ ให้สำเร็จ ต้องใช้ความรู้ต่าง ๆ อย่างเชื่อมโยง จนบ่อย ๆ ครั้งก็ไม่รู้จะเรียกว่าศาสตร์อะไร ถ้าไม่ขับเคลื่อนเพียงแต่เรียนทางทฤษฎี หรือสร้างความรู้เพื่อความรู้โดยไม่ปฏิบัติ ความรู้มักจะอยู่ในรูปเป็นก้อน ๆ อย่างแยกส่วนหรือ static แต่ในการขับเคลื่อนความรู้จะ dynamic เชื่อมโยงและต้องปรับตัวหรือปรับปรุงตลอดเวลา

องค์ความรู้น่าจะต้องทำความเข้าใจสถานการณ์ใหม่ ความต้องการความรู้และการเรียนรู้แบบใหม่ ส่วนใหญ่ยังติดอยู่กับแบบเก่า ๆ

6. อนาคตของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

อดีตเลขาธิการหลายท่านได้ให้ความเห็นหลายแง่หลายมุมอย่างมีประโยชน์ สรรพสิ่งล้วนเป็นอนิจจังไม่มีอะไรเหมือนเดิม คนรุ่นใหม่ บุคลิกใหม่ ก็มีผลให้มูลนิธิมีบุคลิกใหม่ แต่ถ้าคนรุ่นใหม่จะศึกษาอดีตและหลักการบางอย่างที่อาจมีประโยชน์ต่ออนาคต บวกกับความคิดใหม่ ๆ เทคโนโลยีใหม่ อุดมการณ์เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนก็น่าจะได้ผลมากขึ้น

โดยที่ **มสช.** อยู่ในเครือข่ายทางปัญญาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ อนาคตอาจไม่น่าเป็นห่วงมากนัก

7. ข้อเสนอแนะ ปัญญาสูงสุดของชาติใดชาติหนึ่งคือ นโยบายสาธารณะ

เพราะนโยบายสาธารณะมีผลกระทบใหญ่ต่อทุกองคาพยพของประเทศ ทั้งทางบวกและทางลบ จึงต้องการปัญญาสูงสุด

"กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม" หรือ **P^4**

(Participatory Public Policy Process) จะให้คำตอบทุกเรื่องและพาชาติออกจากวิกฤต เครือข่ายองค์กรตระกูล **ส.** มีความพร้อมมากที่สุดที่จะประสานการขับเคลื่อน P^4 (ดูรายละเอียดในภาคผนวก)

ประเวศ วะสี

คำนำ

หนังสือเล่มนี้เกิดจากความตั้งใจของทีมผู้บริหาร มสช. ชุดปัจจุบัน ที่อยากจะต่อยอดการทำงานของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ที่เริ่มต้นจากสมมุติฐานสำคัญว่าจะเป็นองค์กรเล็ก ๆ เป็นองค์กรที่ไม่เป็นทางการ แต่ทำหน้าที่ในการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบสุขภาพบนฐานความรู้ อันเป็นจุดเริ่มต้นที่ได้ความคิดจาก *ท่านอาจารย์ประเวศ วะสี*

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ เกิดจากการริเริ่มของคนกลุ่มเล็ก ๆ แต่ก็มีโอกาสทำหน้าที่และเรียนรู้มาอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 + 30 ปี ดังที่ปรากฏเป็นชื่อหนังสือ ที่น่ายินดีคือ ความต่อเนื่องนั้นเกิดขึ้นจากการทำงานของทีมงานร่วมกับภาคีที่หลากหลายในระบบสุขภาพไทย ที่มีการเปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่อง แม้ดูเหมือนการนำองค์กรจะต้องพึ่งพากลุ่มคนริเริ่มมากำกับดูแลต่อเนื่องอยู่เป็นเวลา 20 กว่าปี แต่ก็ชัดเจนว่า มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติกำลังเริ่มต้นก้าวไปข้างหน้า ภายใต้การนำของทีมงานซึ่งไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดตั้งมาแต่เริ่มต้น แต่มีศักยภาพและมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการสร้างระบบสุขภาพบนฐานความรู้ ที่สำคัญกว่านั้นคือเชื่อมั่นในการทำงานในองค์กรเล็ก ๆ ที่ตั้งใจเป็นเพื่อนและเป็นกลไกเชื่อมร้อยให้เกิดการพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพ บนฐานความรู้ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

Niall Ferguson นักประวัติศาสตร์ชาวอังกฤษกล่าวว่า “ทุกสังคมมีอดีตเดียว แต่มีอนาคตได้หลายอนาคต” คำกล่าวนี้อาจเป็นความจริง แต่ถ้าศึกษาประวัติศาสตร์ก็จะพบว่า แม้มีอดีตเดียวผ่านการเปลี่ยนแปลงผ่านวิกฤติและบทเรียนมากมาย แต่บันทึกประวัติศาสตร์ก็มักจะมีหลาย *“เวอร์ชัน”* และบ่อยครั้งแต่ละเวอร์ชันก็ไม่ได้เหมือน แต่อาจถึงขั้นแตกต่างหรือตรงข้ามกัน นั่นคือการพูดถึงประวัติศาสตร์ของประเทศชาติ ของสังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเล็ก ๆ ไปจนถึงสังคมโลก อี้จงเทียนผู้เขียนหนังสือพิเคราะห์สามก๊ก อ้างอิงเอกสารทางประวัติศาสตร์ ชี้ให้เห็นว่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นในนิยายสามก๊กมีข้อเท็จจริงเบื้องหลังที่หลากหลาย ถึงขั้นแตกต่างตรงข้าม ยกตัวอย่าง ยุทธการซื่อปี้ หรือศึกผาแดง ที่หลายท่านที่เคยอ่านสามก๊กฉบับนิยายคงจำได้เป็นอย่างดี

ในช่วง 30 ปี ที่ผ่านมา มูนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ปรากฏอยู่ในบันทึกเรื่องราวไม่มากก็น้อยที่ถูกจัดทำขึ้นต่างกรรมต่างวาระโดยสถาบันหรือองค์กร หรือแม้กระทั่งปัจเจกบุคคลที่ได้ให้ความสนใจพูดถึงบทบาทของมูลนิธิฯ ในบริบทต่าง ๆ กัน หนังสือเล่มนี้เป็นความพยายามของทีมงานที่จะศึกษาเรียนรู้ให้เห็นถึงพัฒนาการที่หลากหลายและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ในมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และได้อาศัยอดีตนักข่าวที่มีความรู้ความชำนาญและมีความสนใจที่จะร้อยเรียงเรื่องราวต่าง ๆ จากมุมมองที่หลากหลาย ทำให้นึกถึงเมื่อคราวที่ *สตีฟ จอบส์* ให้สัมภาษณ์ *เซอร์วอลเตอร์ ไอแซคสัน* เพื่อบันทึกเรื่องราวในชีวิตของตนเอง และให้คำมั่นสัญญาว่าจะไม่เข้าไปเปลี่ยนแปลงหรือแม้กระทั่งรับรู้สิ่งที่ เซอร์วอลเตอร์ ไอแซคสัน ได้เขียนขึ้น ซึ่งก็เป็นธรรมดา เพราะการไปขอให้คนอย่าง เซอร์ไอแซคสัน เปลี่ยนสิ่งที่ได้รับรู้และสังเคราะห์ขึ้น น่าจะเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ คุณอภิญญาซึ่งเป็นผู้สนใจที่จะศึกษาและร้อยเรียงเรื่องราวของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ก็ได้รับคำมั่นสัญญาเฉกเช่นเดียวกันจากทีมผู้บริหารที่ริเริ่มให้เกิดการจัดทำหนังสือเล่มนี้ขึ้น ถ้าพูดแบบ disclaimer ก็จะบอกว่าทุกอย่างในหนังสือเล่มนี้เป็นความเห็นของผู้เขียนที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ไม่จำเป็นจะต้องเห็นด้วย ฟังดูเหมือนเป็นการปัดความรับผิดชอบ แต่ความจริงคือการให้เกียรติแก่ผู้เขียนที่ได้ใช้ความพยายามในการที่จะร้อยเรียงเรื่องราวต่าง ๆ จากการสัมภาษณ์บุคคลสำคัญที่ได้มีส่วนในการดูแลและร่วมกันสร้างผลงานและองค์กรเล็ก ๆ ให้สามารถทำหน้าที่ได้ภายใต้สภาวการณ์ต่าง ๆ กันในแต่ละช่วง อีกด้านหนึ่งก็เพื่อให้ผู้อ่านได้มั่นใจว่าเรื่องราวที่จะได้อ่าน เป็นการสังเคราะห์และเรียบเรียงที่ไม่ได้มีอคติ หรือถูกผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบทั้งในอดีตและปัจจุบันเข้ามาก้าวก่ายหรือปรับแต่งเพื่อให้ดูดี

กระบวนการพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพบนฐานความรู้เป็นอุดมคติที่ทุกสังคมใฝ่หา มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ อาจจะเป็นองค์กรแรกแรกที่ได้มีโอกาสทดลองและพัฒนารูปแบบการทำงาน โดยมีการชี้นำและการกระตุ้นรวมทั้งการสนับสนุนจากผู้อาวุโสและผู้รู้จากต่างประเทศ รวมทั้งได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรอื่น ๆ นอกประเทศไทย แต่ก็ชัดเจนว่าความรู้และวิธีการทำงานในเรื่องนี้มีพลวัตมีการเปลี่ยนแปลง มีทั้งโอกาสและความรู้ใหม่ใหม่เกิดขึ้นตลอดเวลา

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเป็นเพียงองค์กรเล็ก ๆ องค์กรหนึ่ง ซึ่งได้พยายามเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในเรื่องนี้ และการแสดงบทบาทในฐานะองค์กรเล็ก ๆ ที่ไม่ใช่องค์กรอันมีหน้าที่หรือมีอำนาจโดยตรงในการกำหนดนโยบายหรือการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ย่อมสะท้อนให้เห็นเพียงมุมหนึ่งของกระบวนการที่มีผู้เล่นที่หลากหลาย มีความเห็นที่แตกต่าง มีบทบาทที่ไม่เหมือนกัน และ

มีความพยายามรวมทั้งวิธีคิดเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพที่ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกัน จึงหวังว่าเนื้อหาสาระประสบการณ์และวิธีคิดที่สะท้อนผ่านผู้ที่มีโอกาสทำงานในเรื่องนี้ที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ จะเป็นบทเรียนสำหรับท่านที่สนใจหรือมีประสบการณ์ จะได้นำไปพิจารณาต่อยอดจากสิ่งที่ตัวเองได้เรียนรู้โดยตรง

แต่ที่สำคัญกว่านั้น หวังว่าจะนำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันให้มากขึ้น เป็นการเรียนรู้ร่วมกันที่มีผลนำไปสู่การรวมพลังที่หลากหลายในสังคม โดยอาจไม่จำเป็นจะต้องมีมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการการรวมพลังดังกล่าว และหวังว่าจะเกิดความพยายามของฝ่ายต่าง ๆ ในการที่จะสังเคราะห์เรียบเรียงประสบการณ์ที่หลากหลายออกมาแบ่งปันกันเพื่อการเรียนรู้อย่างน้อยก็ในสังคมไทย หรืออาจส่งผลไปถึงการเรียนรู้ในระดับสากล ในฐานะที่ประเทศไทยจัดเป็นประเทศหนึ่งที่ได้พยายามและมีความริเริ่มที่มากมาย ในการทำให้เกิดการพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพบนฐานความรู้อย่างมีส่วนร่วม

แม้หนังสือจะใช้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเป็นแกนในการเล่าเรื่อง แต่หวังว่าผู้อ่านจะได้ประโยชน์และได้ความรู้ว่าด้วยความพยายามในการพัฒนาระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพในประเทศไทย รวมถึงความพยายามในการที่จะสร้างสังเคราะห์และจัดการความรู้ เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในการพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพ อย่างน้อยก็ในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา มากกว่าการจะอ่านหนังสือเล่มนี้ในฐานะบันทึกประวัติขององค์กรเล็ก ๆ องค์กรหนึ่ง

ในฐานะหนึ่งในผู้ร่วมก่อตั้งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ขอถือโอกาสขอบพระคุณทุกท่านทั้งผู้บริหารและทีมงาน ตลอดจนกรรมการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติทุกชุดที่ผ่านมา ที่ได้ร่วมกันใช้สติปัญญาและความพยายามให้องค์กรเล็ก ๆ แห่งหนึ่งสามารถปฏิบัติหน้าที่และเล่นบทอย่างที่ตั้งใจไว้ ไม่กลายสภาพไปเป็นมูลนิธิเล็ก ๆ ที่ใช้ชีวิตเพียงดิ้นรนหาทุนมาทำงานเลี้ยงพนักงานหรือต่อลมหายใจขององค์กร ขอขอบคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมถึงภาคีที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติได้มีโอกาสทำงานด้วย ทั้งภาคีวิชาการ ภาคีนโยบาย และภาคีภาคประชาชน ที่ได้ร่วมกันสร้างบทเรียนอันมีค่าให้กับสังคมและให้กับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเอง ทำให้องค์กรเล็ก ๆ แห่งนี้เป็นองค์กรที่จัดได้ว่ามีวิญญาณของตัวเองตั้งแต่เริ่มต้น และได้รับการหล่อเลี้ยงอย่างต่อเนื่อง ผ่านการสนับสนุนและการสะท้อนบทเรียนจากภาคีต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง

ที่ขาดไม่ได้ที่จะต้องกล่าวขอบพระคุณเป็นอย่างสูงคือ ผู้ใหญ่ที่มีบทบาทสำคัญที่ได้มีส่วนทำให้จิตวิญญาณดังกล่าวได้มีที่สิงสถิตและทำหน้าที่ ท่านหนึ่งที่จะขอกล่าวเป็นพิเศษคือ *ท่านอาจารย์*

ไพโรจน์ นิงสานนท์ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในคณะกรรมการก่อตั้ง ที่นอกจากทำให้มูลนิธิฯ ได้คำต่อท้ายว่า *"แห่งชาติ"* ดังที่ คุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้เล่าไว้ในหนังสือเล่มนี้ แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือท่านอาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ได้มีความคิดและเจตนารมณ์ที่ชัดเจนมาโดยตลอด ตั้งแต่ก่อนจะได้ดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่ากลไกกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศจะต้องเป็นกลไกที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลาง แต่มีภาคีหลากหลายมาร่วมในการศึกษาวิเคราะห์และกำหนดนโยบายร่วมกัน ท่านเป็นคนแรก ๆ ที่เสนอแนวคิด คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถ้านับจากวันที่ท่านอาจารย์ได้ริเริ่มจนถึงวันนี้ก็ต้องถือว่ายังไม่ประสบความสำเร็จ แม้จะมีความพยายามมาเป็นระยะ ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขเอง

ท่านอาจารย์ไพโรจน์เปรียบได้เสมือนหนึ่งบิดาผู้ให้กำเนิดแก่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ดังคำกล่าวของท่านอาจารย์ประเวศ วะสี ที่พูดถึงท่านอาจารย์ไพโรจน์ แม้ท่านจะเสียชีวิตและจากพวกเราไปในปี 2564 อันเป็นปีครบรอบ 30 ปีอย่างเป็นทางการของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ แต่ความคิดและสิ่งที่ท่านให้ไว้ ทั้งในช่วงเริ่มต้นของการก่อตั้งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และการสนับสนุนในโอกาสอื่น ทั้งในระหว่างที่ท่านมีตำแหน่งเป็นทางการหรือ ไม่มีตำแหน่งเป็นทางการ ส่งผลให้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติสามารถพัฒนาและทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง และยังคงมุ่งมั่นที่จะเป็นกลไกเล็ก ๆ ที่ไม่เป็นทางการ ทำงานเป็นเพื่อนร่วมทางกับภาคี ในการสร้างระบบและนโยบายสุขภาพของประเทศไทยบนฐานความรู้อย่างต่อเนื่องต่อไป

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

สารบัญ

	หน้า
ปักหมุด “มสช.”	01
3 ปีที่ต้องจารึก	07
“รีแบรนด์”	21
มิติใหม่	29
ในยาม “ยาก”	41
ความต่อเนื่องทางสติปัญญา	51
สืบสาน รักษา	63
ข้ามรุ่น ข้ามประเด็น ข้ามพรมแดน	71
วันนี้ที่ มสช.	81
ถอดรหัส “ความหลัง”	91
ก้าวไปสู่สิ่งที่ยังไม่รู้	111
ภาคผนวก : กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม	125
แหล่งข้อมูล	134
คำขอบคุณ	136
คณะกรรมการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติชุดปัจจุบัน	138
รายนามเลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (อดีต-ปัจจุบัน)	139
รายนามอดีตคณะกรรมการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	140

“การที่ประเทศจะก้าวไปข้างหน้าได้นั้น
จำเป็นต้องรักษาดุลยภาพของตนเอง
ท่ามกลางกระแสความผันผวนกระแทกกระทั้น
ทั้งจากภายในและภายนอกให้ได้

ภายใต้สภาพเช่นนั้น คนไทยจะต้องตระหนักรู้ว่า
จะใช้แต่ความเห็นแก้ปัญหาของประเทศไม่ได้
จำเป็นต้องใช้ความรู้และการจัดการ
ให้มีการสร้างความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา

ทำความรู้ให้อยู่ในรูปใช้งานได้
ใช้ความรู้ให้ถูกต้อง ประเมินผลการใช้ความรู้
และนำผลไปปรับตัวอย่างต่อเนื่อง
เป็นกระบวนการที่จะทำให้แก้ปัญหาได้จริง”

ศ.นพ.ประเวศ วะสี
คณะผู้ร่วมก่อตั้ง และ อดีตประธาน มสช.

บทที่ 1

ปักหมุด “มสช.”

"

*จุดแข็งของ มสช. ตอนแรกก่อตั้งก็คือ
ทำในสิ่งที่คนอื่นเขาไม่ทำ...คนอื่นเขาทำวิจัยเชิงลึก
แต่ มสช. ทำงานวิชาการเชิงระบบ เชิงนโยบาย
และอาศัยทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาเป็นหลัก
ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความเชื่อมั่น*

"

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

สาเหตุหลักของปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทยนับจากปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคอีกต่อไป...

ตัวการสำคัญที่บั่นทอนสุขภาพคนไทยกลับกลายเป็นพฤติกรรมการใช้ชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลง และยังคงดำเนินสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

เมื่อสถานการณ์เปลี่ยน วิธีจัดการก็ต้องปรับ

รัฐบาลไม่อาจจัดการกับปัญหาสาธารณสุขของประเทศด้วยการทุ่มเทงบประมาณและแก้ไขได้โดยลำพังอีกต่อไป

...

สัญญาณจากโลกสากล

ในช่วงเวลานั้น ทิศทางการพัฒนาประเทศไทยเริ่มปรากฏแนวโน้มใหม่ ๆ ที่ให้คุณค่ากับการ "ใช้ความรู้" และ "บทบาทความร่วมมือจากทุกฝ่าย" สอดคล้องกับแนวทางที่กำลังเกิดขึ้นในโลกสากล

ดังเห็นได้จากการจัดตั้งองค์กรอิสระขึ้นหลายองค์กรในช่วงปี พ.ศ. 2527-2529 ทั้งเพื่อเคลื่อนไหวสังคมและมุ่งจัดการความรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางปัญญาแก่สังคมในแวดวงต่าง ๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การพัฒนาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น แคนาดา สหรัฐอเมริกา ฯลฯ ในช่วงตั้งต้น

อย่างเช่น **ด้านการพัฒนาสังคม** ได้มีการจัดตั้ง กองทุนพัฒนาท้องถิ่นไทยแคนาดา (Local Development Assistance Program - LDAP) ซึ่งนำมาสู่ *สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา* ที่เรียกขานกันติดปากว่า *"แอลดีไอ"* มาจนถึงปัจจุบัน

ด้านการวิจัย มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยเชิงนโยบายแห่งแรกของประเทศไทย คือ *มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย* หรือ *"ทีดีอาร์ไอ"* เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยงานวิจัยเชิงนโยบาย สนับสนุนการกำหนดนโยบายระยะยาว อันมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เผยแพร่ผลงานวิจัยต่อภาครัฐบาล และเอกชน

ในช่วงเวลาเดียวกัน ในแวดวงด้านสาธารณสุขก็เกิดกลุ่มผู้ที่สนใจแนวคิดการจัดตั้ง *องค์กรอิสระที่มีความ "เป็นกลาง" พอที่จะเชิญผู้เกี่ยวข้องมาร่วมสร้างและพัฒนานโยบาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในงานพัฒนาสาธารณสุข* ด้วยเช่นกัน

เติมช่องว่าง สร้างฐานราก

ประมาณปี พ.ศ. 2530 **นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์** ซึ่งขณะนั้น ดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข, **นพ.ประเวศ วะสี, นพ.ประยูร กุนาศล** พร้อมกลุ่มแพทย์และนักวิชาการทางด้านสุขภาพ มีความเห็นพ้องกันว่า ประเทศไทยควรมีหน่วยงานอิสระที่ทำหน้าที่ระดมสมองของฝ่ายต่าง ๆ โดยเน้นหนักในการพัฒนาส่วนที่เป็นนโยบาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในระบบสาธารณสุขของไทย

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ อดีตเลขาธิการ มสช. และหนึ่งในคณะผู้ร่วมก่อตั้งองค์กร เล่าถึงเหตุการณ์ช่วงนั้นไว้ว่า

“อาจารย์ประเวศ เคยคุยเรื่องนี้กับพวกเราที่ทำงานในกระทรวงสาธารณสุข เมื่อตอนที่ท่านได้มีโอกาสเข้ามาช่วยงานเป็นเลขานุการของ คณะกรรมการประสานงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลไกที่ตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรี ในช่วงปี พ.ศ. 2530 เพื่อทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างกระทรวงฯ และโรงเรียนแพทย์ ให้ทำงานร่วมกันในการพัฒนางานทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

“หลังจากพยายามทำงานผ่านกลไกทางการที่จัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว อาจารย์ประเวศ ได้ข้อสรุปหลายอย่างเกี่ยวกับการทำงานเพื่อเชื่อมโยงความรู้และข้อมูลเข้ามาสู่การพัฒนานโยบาย

> *ประเทศไทยควรจะมีกลไก*
> *ที่มีความต่อเนื่องในการทำงานวิชาการ*
> *(continuity of wisdom)*
> *เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย*

"อาจารย์ประเวศยังเสนอด้วยว่า ถ้าจะให้ดีกลไกดังกล่าวอาจจำเป็นต้องเป็นองค์กรที่ไม่ใช่องค์กรรัฐ เพราะกลไกรัฐนั้นหาความต่อเนื่องได้ยาก เนื่องจากผู้คนที่เกี่ยวข้องมักต้องโยกย้ายไปทำหน้าที่ใหม่ ๆ ตามระบบราชการ และกลไกทางวิชาการเองก็ยังมีความอ่อนแอมากในยุคนั้น"

จากจุดนั้นเองทำให้เกิดแนวความคิดที่จะจัดตั้ง "มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ" ขึ้น เพื่อทำหน้าที่อย่างที่กล่าวมา โดยอาจเรียกง่าย ๆ ว่าเป็น *"กลไกสร้างความมั่นคง (security) และต่อเนื่อง (continuity) ในการพัฒนาระบบสุขภาพบนฐานความรู้"*

เมื่อความคิดตกผลึก "คณะผู้ก่อตั้ง" จึงร่วมกันจัดทำ **"ตราสาร"** หรือข้อบังคับขององค์กร ในวันที่ 27 มิถุนายน 2531 เพื่อนำไปเป็นข้อมูลสำหรับขออนุญาตดำเนินการจัดตั้งมูลนิธิฯ ต่อคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ และขออนุญาตจดทะเบียนกับ กรุงเทพมหานคร

กระบวนการในการจัดตั้ง "มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ" ทาง "นิตินัย" ใช้เวลา 3 ปี จึงเสร็จสิ้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2534 ซึ่งถือเป็นจุดกำเนิด มสช. อย่างเป็นทางการ

แต่หากสืบย้อนไปถึงกำเนิดโดย "พฤตินัย" ภูมิหลังของ มสช. ต้องย้อนกลับไปก่อนหน้านั้น 3 ปี...

บทที่ 2

3 ปีที่ต้องจารึก

(พ.ศ. 2530-2536)

“

เมื่อไม่มีทางเลือกมาก...
การทำงานภายใต้ชื่ออะไร หรือกลไกที่มีฐานะอย่างไร
ก็คงไม่สำคัญเท่ากับว่าทำอะไร และทำอย่างไร

”

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

เราทุกคนรู้ดีว่า “วันเกิด” ตามข้อมูลในบัตรประชาชนนั้น ไม่ได้รวมช่วงเวลาสำคัญก่อนหน้านั้นเอาไว้...

นั่นคือ 9 เดือน หลังปฏิสนธิและเติบโตอยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะส่งอิทธิพลต่อความเป็นไปในชีวิตอีกยาวนาน

เช่นเดียวกับช่วงเวลา 3 ปี ก่อนที่ มสช. จะถือกำเนิดอย่างเป็นทางการ ที่ถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาของการก่อร่างสร้างตัวตน และส่งผลต่อพัฒนาการขององค์กรตลอดมาเช่นกัน

ทางสองแพร่งแห่งจุดกำเนิด

ในปี พ.ศ. 2530 หลังจากเห็นตรงกันว่า ควรมีการก่อตั้งองค์กรที่มีความเป็นอิสระเพื่อทำงานวิชาการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านสาธารณสุขต่อรัฐบาล คณะผู้ก่อตั้ง มสช. จึงค้นหา *"สถานภาพ"* ที่เหมาะสมสำหรับองค์กร

เพราะมีคำถามว่า องค์กรที่สามารถทำหน้าที่นี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องยั่งยืน ควรอยู่ภายใต้ระบบราชการหรือเป็นองค์กรอิสระ

ในจังหวะนั้นเอง **มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation)** ก็ยื่นข้อเสนอสนับสนุนการจัดตั้ง **"คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ"** ขึ้นในประเทศไทย

ผู้มีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ คือ **ดร.สก็อตต์ ฮอลสเตท (Dr.Scott B. Halstead)** นักไวรัสวิทยาที่ทำงานอยู่กับมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ และเคยมาทำงานในประเทศไทย เพื่อศึกษาวิจัยปัญหาสุขภาพอยู่หลายเรื่อง โดยเฉพาะโรคติดเชื้อที่สำคัญ จนมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักในเรื่องไข้เลือดออก

ดร.ฮอลสเตท ได้ชักชวน นพ.ประเวศ วะสี และ นพ.ประยูร กุนาศล ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มงานด้านระบาดวิทยาในประเทศไทย ให้จัดตั้งคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ

ในช่วงเวลานั้น มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ได้ดำเนิน **โครงการระบาดวิทยาคลินิกนานาชาติ (International Clinical Epidemiology Network)** ในหลายประเทศ อาทิ ประเทศเม็กซิโก, แอฟริกาใต้ และมีแนวคิดที่จะตั้งกรรมการระบาดวิทยาขึ้นในอีกหลายประเทศ รวมทั้งไทย เพื่อส่งเสริมการใช้ทฤษฎีและความรู้ทางระบาดวิทยาให้เป็นประโยชน์

แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของการก่อตั้ง มสช. ที่มุ่งสร้างและใช้ความรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพอยู่ไม่น้อย จึงทำให้กลุ่มแกนนำเกิดความสนใจ เพราะขณะนั้น มสช. ยังไม่ได้จัดตั้งและไม่มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานจากองค์กรใดเพื่อให้แนวคิดนี้เกิดเป็นจริง

อย่างไรก็ตาม มีประเด็นสำคัญที่เห็นไม่ตรงกัน คือ ทางฝ่ายมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ต้องการให้องค์กรนี้อยู่กับกระทรวงสาธารณสุข แต่กลุ่มแกนนำคิดว่า การเข้าไปอยู่ในระบบราชการจะมีปัญหาเรื่องความยั่งยืน จึงเกิดการเจรจาต่อรองให้มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์สนับสนุนโครงการนี้ผ่าน มสช. ที่กำลังจะจัดตั้งขึ้นแทน

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ซึ่งเป็นผู้แทนไปเจรจาร่วมกับ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ แกนนำอีกคนหนึ่ง เล่าถึงการเจรจาครั้งสำคัญนี้ไว้ว่า

"เมื่อปี 2530 ผมย้ายจากอำเภอประทาย นครราชสีมา มาทำงานที่กระทรวงสาธารณสุขได้ราว 4 ปี อาจารย์ประเวศก็มาบอกให้ผมกับคุณหมอสงวน ไปพบ ดร.สก็อตต์ ฮอลสเตท เพื่อคุยเรื่องที่เขาอยากจะจัดตั้งคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติในประเทศไทย

"ดร.ฮอลสเตทตั้งเงื่อนไขว่า รัฐบาลต้องรับเงื่อนไขนี้ แล้วนำเงินทุนมาให้กับกระทรวงสาธารณสุข โดยให้กระทรวงสาธารณสุขตั้งบัญชีแยกและมีคณะกรรมการที่เป็นอิสระ

"ผมกับคุณหมอสงวนต้องไปกินอาหารเช้ากับ ดร.ฮอลสเตท ที่โรงแรมสยามอินเตอร์คอนติเนนตัล (ที่ตั้งสยามพารากอนในปัจจุบัน) ภารกิจสำคัญของเราในวันนั้นคือ ไปบอก ดร.ฮอลสเตทว่า

> *"เราไม่อยากตั้งชื่อกลไกที่เขาอยากเห็นว่า "คณะกรรมการระบาดวิทยา" เพราะคนจะเข้าใจผิดและคิดว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับโรคระบาดเท่านั้น เราอยากเรียกว่า "คณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติ" (ซึ่งอันที่จริงอาจารย์หมอไพโรจน์ นิงสานนท์ได้เสนอแนวคิดนี้ไว้นานแล้ว)"*

“และถ้า ดร.ฮอลสเตท คิดว่ากลไกการบริหารคณะกรรมการชุดนี้น่าจะเป็นอิสระจากระบบราชการ เราเสนอให้ใช้ มสช. เป็นองค์กรในการทำงานเรื่องนี้”

แม้ฝ่ายไทยเต็มไปด้วยความมุ่งมั่น แต่ผลการเจรจาในวันนั้นกลับไม่บรรลุผล เนื่องจากวัตถุประสงค์หลักของโครงการคือเน้นการส่งเสริมการใช้ทฤษฎีและความรู้ทางระบาดวิทยา ดร.ฮอลสเตท ไม่เห็นด้วยทั้งเรื่องของการใช้ชื่ออื่นที่ไม่ใช่คณะกรรมการระบาดวิทยา และการไปจัดตั้งเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์อย่างเช่น “มูลนิธิ” เพื่อมาบริหารงานสนับสนุนคณะกรรมการระบาดวิทยา เพราะมีความเชื่อว่า หน่วยงานนี้ควรเป็นการจัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็น “National Health Authority” แต่ขอให้กระทรวงให้อิสรภาพในการทำงาน ด้วยการโอนงบประมาณตรงเข้าไปที่โครงการ และสร้างกติกา รวมทั้งระบบการจัดการตนเองโดยไม่ต้องพึ่งระเบียบราชการ

แม้มองเห็นว่า “คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ”
จะเป็นกลไกที่น่าจะมีจุดอ่อนอยู่หลายด้าน
แต่ท่ามกลางทางเลือกที่มีไม่มาก คณะผู้ก่อตั้ง มสช.
จึงตัดสินใจยอมรับข้อเสนอของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์

ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ
จึงถูกก่อตั้งขึ้นในปีนั้น

Goal

ก้าวใหม่เพื่อไปสู่จุดหมายที่มุ่งหวัง

คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ (The National Epidemiology Board of Thailand - NEBT) เริ่มดำเนินงานในปี พ.ศ. 2530-2536 โดยมีคุณหมอประเวศดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ หนึ่งในคณะผู้ร่วมก่อตั้ง มสช. และอดีตเลขาธิการมูลนิธิกล่าวถึงการเริ่มต้นดำเนินงานของคณะกรรมการระบาดวิทยาไว้ว่า

"มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ให้เงินสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานนี้เพราะเชื่อมั่นเชื่อใจ ให้เครดิตท่านอาจารย์ประเวศ จุดมุ่งหมายที่ตั้งขึ้นมาก็เพื่อสร้างและจัดการความรู้ให้ผู้กำหนดนโยบายของประเทศด้านสุขภาพได้เอาไปใช้ โดยกำหนดนโยบายบนพื้นฐานของความรู้ บนพื้นฐานปัญญา"

นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ อดีตเลขาธิการ มสช. เล่าย้อนถึงเหตุการณ์ในช่วงก่อร่างสร้างหน่วยงานใหม่แห่งนี้ไว้ว่า

"ตอนเกิดสำนักงานคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ผมมาเรียนระบาดวิทยาในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ทางระบาดวิทยา ที่กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ตอนนั้นกระทรวงฯ ยังอยู่ที่เทเวศร์ อยู่ริมแม่น้ำเจ้าพระยา ตอนนี้เป็นโบราณสถานแล้ว...ในตอนนั้นได้เห็นว่าอาจารย์ประเวศคุยกับอาจารย์สุชาติ เจตนเสน ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา และอาจารย์ประยูร กุนาศล ที่มารับช่วงต่อเป็นผู้อำนวยการกอง ทั้ง 3 ท่าน ทำงานร่วมกันในช่วงริเริ่มหน่วยงานนี้"

คุณหมอศุภมิตร ยังได้เล่าเสริมถึงต้นกำเนิด "ไอเดีย" และบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทยมาก่อนนี้ไว้ว่า

"

วัตถุประสงค์ตั้งต้นค่อนข้างชัดเจนมากว่า
สำนักงานแห่งนี้จะเป็นหน่วยงานให้คำแนะนำ
ทางนโยบายกับกระทรวงสาธารณสุข
โดยอาจารย์ประเวศได้ยกตัวอย่างรูปแบบจากสหรัฐอเมริกา
ว่าเขามีคนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษากับประธานาธิบดี
เป็นตำแหน่งที่เรียกว่า Surgeon General...
หมายถึงนายแพทย์ใหญ่ที่ให้คำปรึกษากับประธานาธิบดี
ในเรื่องของการแพทย์และสาธารณสุขโดยรวม

"

"อาจารย์ประเวศบอกว่า เราน่าจะมีคนที่ทำหน้าที่อย่างนั้นได้ แล้วก็แปลงจากคนเป็นหน่วยงาน หรือกลุ่มคนที่จะทำหน้าที่นั้น โดยใช้ความรู้ทางด้านระบาดวิทยานี้เป็นฐาน เนื่องจากระบาดวิทยามีความแตกต่างจากเรื่องของการแพทย์ตรงที่ว่า การแพทย์แก้ไขปัญหาเป็นคน ๆ เอาตัวบุคคลหรือผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง แต่ระบาดวิทยาเอาประชากรเป็นตัวตั้ง"

บนจุดมุ่งหมายที่ยิ่งใหญ่ สำนักงานคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ เป็นออฟฟิศเล็ก ๆ ที่ตั้งอยู่ในกองระบาดวิทยา มีบุคลากรประมาณ 5 คน

ตำแหน่งที่เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงขับเคลื่อนงานทั้งหมด ได้แก่ เลขานุการ โดยเลขานุการคนแรกคือ **พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ** และหนึ่งในเจ้าหน้าที่ยุคบุกเบิกมีชื่อว่า **สุทธิกานต์ ยุตตานนท์** บัณฑิตหมาด ๆ จากคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล อดีตเลขาธิการ มสช. ได้เล่าถึงวิธีทำงานของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติไว้ว่า

"โครงสร้างคณะกรรมการระบาดวิทยายุคนั้นมีคณะกรรมการกลางที่เรียกว่า "บอร์ด" ในบอร์ดนี้มี "ไข่แดง" อยู่ เขาเรียกว่าคณะกรรมการจัดการบริหาร (executive committee) ถัดจาก level นั้นลงมาก็คือโปรแกรมต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ส่วนหลังนี้ก็เช่น อุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุอื่น ๆ สิ่งแวดล้อม การวิจัยระบบสุขภาพ เป็นต้น

"ในแต่ละโปรแกรมที่ว่าก็จะมีประธานและมีผู้ประสานงาน ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและมีผู้ช่วยเลขานุการ ผมเข้าไปในฐานะผู้ประสานงาน สมัยนี้เขาเรียก research manager ถามว่าผู้ประสานงานในบทบาทที่ผมทำคืออะไร บทบาทหลัก ๆ ก็คือ จัดการประชุม

"ยุคนั้นที่นี่สร้างงานวิจัยหลายชิ้นที่มีผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย นักวิชาการที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับหลายคน เช่น นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม และ คุณหมอศุภมิตร ฯลฯ ผลงานที่วันนี้ก็ยังเป็นคุณูปการอยู่ เช่น วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี เรื่องของการควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นต้น"

ภายใต้คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ประกอบด้วยคณะกรรมการย่อย 4 ชุด ประธานคณะกรรมการย่อยประกอบด้วย "อาจารย์ผู้ใหญ่" 4 ท่าน ได้แก่ นพ.อารี วัลยะเสวี, นพ.วิจารณ์ พานิช, นพ.ประยูร กุนาศล และ นพ.หทัย ชิตานนท์

แต่ละชุดมีเลขานุการที่เป็น "คนรุ่นใหม่ไฟแรง" ประกบประธานของแต่ละชุด ประกอบด้วย นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์, นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

คุณหมอศุภมิตร เล่าเรื่องวิธีการทำงานเพื่อ *“สร้างและจัดการความรู้ เพื่อผลักดันนโยบายสู่ผู้มีอำนาจตัดสินใจ”* ภายใต้หน่วยงานรุ่นบุกเบิกนี้ว่า

> *“แต่ละคณะก็จะพูดคุยกันในเชิงวิชาการ หยิบประเด็นปัญหาขึ้นมาขบคิด เอาข้อมูลมาดู แล้วก็พยายามใช้ความรู้ทางระบาดวิทยามาวิเคราะห์ เพื่อชี้ว่าปัญหามีมากน้อยแค่ไหน ควรจะแก้ไขอย่างไร พอมีข้อสรุปแล้วก็จะทำเป็นรายงาน และพยายามเสนอไปตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในกระทรวงสาธารณสุข”*

“ทำไปอย่างนั้นอยู่หลายปี ในระหว่างนั้นก็ทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างผู้เชี่ยวชาญซึ่งอยู่ตามที่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในมหาวิทยาลัย บางส่วนอาจจะเป็นส่วนน้อยกว่าอยู่ในกระทรวงฯ ทำให้คนที่ทำงานเชิงวิชาการในกระทรวงฯ ได้มาเจอกัน มีเวทีให้เขาพูดคุยปรึกษาหารือกัน จนเกิดเครือข่ายและ expert groups ด้านต่าง ๆ ขึ้นมา จากนั้นก็ทำรายงานเป็นเรื่อง ๆ พอถึงปลายปีก็สรุปเป็นเล่ม เกิดเป็นผลงานที่ชัดขึ้น

“ลักษณะงานแบบที่เล่ามานี้ ในสมัยนี้ก็ทำกันเป็นปกติ แต่สมัยก่อนถือเป็นเรื่องใหม่”

อย่างไรก็ตาม คุณหมอจันทร์เพ็ญ ในฐานะเลขานุการคนแรกของหน่วยงานแห่งนี้ และต่อมาได้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการ มสช. เล่าถึงการทำงาน และข้อจำกัดของการขับเคลื่อนงานที่นี่ไว้ว่า

“หน่วยงานนี้ทำงานเพื่อจะเป็นสมองให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ที่จะได้ใช้ข้อมูลเป็นประโยชน์

“พอทำไประยะหนึ่ง...การตั้งอยู่ในกระทรวงฯ อยู่ในระบบราชการนี้ ก็มีโอกาสจะถูกแทรกแซง...มันก็ต้องแน่นอนว่า ไปอยู่กับเขา เขาก็ต้องบอก..ช่วยทำนั่นหน่อย ช่วยทำนี่หน่อย มันลำบากที่จะเป็นอิสระ...”

ยิ่งกว่าการ “ขอให้ช่วย” ปัจจัยคุกคามที่สำคัญของหน่วยงานชี้แนะนโยบายเพื่อประโยชน์สาธารณะที่อยู่ภายใต้อำนาจรัฐและนักการเมืองก็คือการแทรกแซงในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อที่จะปิดกั้นโอกาสเกิดนโยบายที่ดีจากผู้มีอำนาจในกระทรวงฯ นั่นเอง

คุณหมอศุภมิตร เล่าถึงกรณีตัวอย่างสำคัญที่ชี้ให้เห็นข้อจำกัดของการเป็นกลไกผลักดันนโยบายภายใต้ระบบราชการจนนำไปสู่ “จุดเปลี่ยน” ไว้ว่า

“อาจารย์หทัย ชิตานนท์ อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหลังเกษียณอายุราชการ ท่านได้รับคำเชิญชวนให้มาทำเรื่องการผลักดันนโยบายควบคุมยาสูบที่นี่ ท่านก็เต็มใจมากที่มาทำ เพราะอาจารย์เป็น activist อาจารย์ก็ทำอย่างขยันขันแข็ง ลงลึก และนอกจากมีข้อเสนอทางนโยบายแล้ว ยังเป็นคนขับเคลื่อนนโยบายด้วยตนเองด้วย ทั้งการจัดเวทีประชุม แล้วก็ทำให้มีความเห็นไปนำเสนอต่อกระทรวงฯ

“ความเห็นที่นำเสนอเกี่ยวกับนโยบายควบคุมยาสูบ ถูกมองว่าเป็นความเห็นที่ค่อนข้างจะเรียกว่า “แข็ง” เช่น ควรจะจัดการเรื่องบุหรี่อย่างนั้นอย่างนี้ ซึ่งทางกระทรวงฯ รู้สึกว่าหนักใจ “คำว่า กระทรวงฯ ในที่นี้หมายถึงผู้บริหารบางคน ที่รู้สึกว่า โอ้โห aggressive จัง...จนถึงช่วงหนึ่งรัฐมนตรีท่านหนึ่งท่านรู้สึกว่า หน่วยงานนี้คล้าย ๆ จะทำงานที่แรงเกินไป...”

ในที่สุด คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ที่มีอายุย่างสู่ปีที่หกก็ “ถูกยุบ” ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2536 โดย นายบุญพันธ์ แขวัฒนะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ท่ามกลางเหตุการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองระดับร้อนระอุ

อิฐชั้นแรกของ มสช.

อย่างไรก็ตาม การทำงานอย่างทุ่มเทของคุณหมอหทัย ภายใต้การสนับสนุนจากคณะกรรมการระบาดวิทยา ทำให้เรื่องของการควบคุมการบริโภคยาสูบ กลายเป็นหนึ่งในผลงานสำคัญขององค์กร เพราะมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้เกิดกฎหมายควบคุมยาสูบ 2 ฉบับ ในปี พ.ศ. 2535 ได้แก่ พ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคยาสูบ และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งได้รับการยกย่องจากนานาประเทศว่าเป็นกฎหมายควบคุมยาสูบที่ก้าวหน้าของโลกในช่วงเวลานั้น

นอกจากนี้ยังเป็นเสมือน *"บทเรียนแรก"* ของการทำงานสร้างความรู้เพื่อผลักดันนโยบาย ที่เหล่าผู้ขับเคลื่อนหลักนำไปใช้เป็นฐานความรู้ในการต่อยอดสร้างสรรค์และขยายผล

ดังที่คุณหมอสมศักดิ์ ที่ไปดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี พ.ศ.2535 กล่าวว่า

"ตัวอย่างที่มีการอ้างถึงเสมอเมื่อตั้ง สวรส. ใหม่ ๆ ก็คือการที่เราสามารถนำเอาประสบการณ์ในการตั้งโจทย์เพื่อให้ได้ประเด็นสำคัญในการวิจัยโดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม และกระบวนการพัฒนาโครงการวิจัยให้มีความชัดเจน พร้อมกับมีแผนคร่าว ๆ ว่าจะนำไปสู่การใช้ประโยชน์โดยผู้ใช้กลุ่มใด และพยายามชวนผู้ใช้ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าในการทำงาน รวมทั้ง ความจำเป็นที่จะต้องทำให้ผลการวิจัยอยู่ในรูปที่ผู้ใช้จะเข้าใจหรือนำไปใช้ประโยชน์ได้ ไม่ใช่แค่การนำเสนอข้อมูลแบบนักวิชาการที่เรามักจะให้คุณค่าหรือคุ้นเคยกันมานาน"

นอกจากนี้ ในมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติและ มสช. ต่างมองเห็นความเกี่ยวข้องสืบเนื่องขององค์กรทั้งสอง อยู่บน *"เส้นเรื่อง"* และผู้ขับเคลื่อนหลักชุดเดียวกัน หรือกล่าวอย่างตรงไปตรงมาก็คือ มสช.เป็นการออกแบบมาล่วงหน้า แต่ยัง "ขายไม่ออก" ต้องรอคอยจังหวะที่เหมาะสม ขั้นตอนการจดทะเบียนเป็นมูลนิธิ เป็นการเตรียมการเงียบ ๆ เพื่อรอเวลาเบ่งบานเมื่อจังหวะเหมาะ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า สำนักงานคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติคือรากฐาน ของ มสช.

ดังที่คุณหมอศุภมิตร สะท้อนมุมมองว่า

"สิ่งที่ 2 องค์กรนี้มีจุดร่วมกันก็คือ พยายามขับเคลื่อนนโยบายเป็นหลัก และในการพัฒนากับขับเคลื่อนนี้ก็ใช้ฐานองค์ความรู้เป็นหลัก ถ้าเป็นภาษาทางพระก็คือว่า "ใช้ปัญญา" เป็นหลัก ถ้าใช้ภาษาสมัยใหม่นี้ก็คือ "ใช้ความรู้" เป็นหลัก มาถึงขณะนี้ก็ยังคงทำอย่างนั้นอยู่

"ถ้ามองจากมุมของผมก็คือ คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ คือฐานชั้นแรก เหมือนเป็นการปูอิฐ ใน layer แรก หลังจากนั้นก็มีการปูในชั้นต่อ ๆ มา...

"จนกระทั่งเป็น มสช. ในวันนี้"

บทที่ 3

“รีแบรนด์”

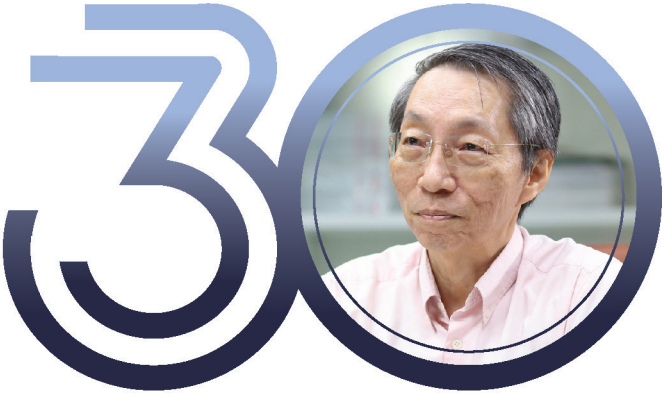
(พ.ศ. 2530-2536)

"

จากคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ มาเป็น มสช.
สิ่งที่สำคัญไม่ได้อยู่ที่ชื่อ

ถ้าเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์อย่างหนึ่ง
ชื่อก็คือ แบรนด์ (brand) บางช่วงตลาดซื้อชื่อนี้
เมื่อตลาดเปลี่ยน คุณก็ต้องเปลี่ยนแปลง...
ต้องรีแบรนด์ดิ้ง (rebranding)

"



ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ และ มสช. เริ่มก่อตั้งไล่เลี่ยกัน และมีภารกิจใกล้เคียงกันอย่างมาก

สิ่งที่แตกต่างอย่างสำคัญ ก็คือ **"สถานภาพ"** ขององค์กร

การ *"ยุบ"* คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ยืนยันความรู้ของกลุ่มคณะผู้ก่อตั้ง ที่ตระหนักตั้งแต่แรกว่า การฝังตัวอยู่ในระบบราชการมีโอกาสถูกแทรกแซง และทำให้ขาดความต่อเนื่องได้ตลอดเวลา

ด้วยความรู้และวิสัยทัศน์ของกลุ่มแกนนำ การก่อตั้งองค์กรลักษณะเดียวกัน แต่ต่างสถานะ จึงดำเนินการควบคู่ไปพร้อม ๆ กัน เพื่อเป็นหลักประกันถึงความยั่งยืน

และส่งผลให้สานต่อภารกิจของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติได้แบบไม่ขาดตอน

สถานภาพใหม่ เพื่ออิสระและความมั่นคง

ในวันที่ 27 มิถุนายน 2531 คณะผู้ก่อตั้งได้ร่วมกันจัดทำ **"ตราสาร"** หรือข้อบังคับขององค์กร เพื่อนำไปเป็นข้อมูลสำหรับขออนุญาตดำเนินการจัดตั้งมูลนิธิฯ ต่อคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ และขออนุญาตจดทะเบียนกับกรุงเทพมหานคร จากนั้นใช้เวลานานกว่า 3 ปี "มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ" จึงถือกำเนิดขึ้นตามกฎหมาย

"คณะผู้ก่อตั้ง" ประกอบด้วย 11 คน ได้แก่ (1) นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ (2) ศ.นพ.ประเวศ วะสี (3) ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี (4) ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (5) นพ.ดำรงค์ บุญยืน (6) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (7) นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (8) นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (9) นพ.สมชัย (รวินันท์) ศิริกนกวิไล (10) นพ.โกมาตรจึงเสถียรทรัพย์ (11) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

คุณหมอสุวิทย์ หนึ่งในคณะผู้ก่อตั้งได้เล่าเกร็ดเบื้องหลังการจดทะเบียน มสช. ที่ใช้เวลานานถึง 3 ปี ว่า หากประธานมูลนิธิไม่ได้มีชื่อว่า นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ที่มีตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุขในช่วงเวลานั้น การลงท้ายชื่อองค์กรด้วยคำว่า *"แห่งชาติ"* คงเป็นไปได้ยากยิ่ง

แนวความคิดที่จะจัดตั้ง มสช. ขึ้น มุ่งทำหน้าที่เป็น *"กลไกสร้างความมั่นคงและต่อเนื่องในการพัฒนาระบบสุขภาพบนฐานความรู้"* เพื่อเติมเต็มสิ่งที่ขาดหายไปในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดีให้กับสังคมไทย

ดังที่คุณหมอสมศักดิ์เล่าว่า

"ตอนตั้ง มสช. แนวคิดหนึ่งที่อาจารย์ประเวศให้ไว้ ก็คือ การเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ดูแลเรื่อง การพัฒนานโยบายและระบบสาธารณสุข โดยทำงานคู่ขนานกับรัฐและช่วยกลไกทางการ"

"วิธีคิดของอาจารย์ประเวศในเรื่องนี้สำคัญมาก และเป็นวิธีคิดที่ มสช. ยึดถือในการทำงานมาจนถึงทุกวันนี้ นั่นคือ กลไกทางการที่มีหน้าที่กำหนดทิศทางนโยบายประเทศเป็นหลัก แต่กลไกทางการมีจุดอ่อนสำคัญ คือไม่มีความต่อเนื่องทางปัญญา (continuity of wisdom) ผู้มีอำนาจก็เปลี่ยนไปเรื่อย วิธีคิดก็เปลี่ยนไปเรื่อย ทิศทางประเทศก็อาจจะถูกเปลี่ยนไปด้วยเป็นระยะ ๆ

"ถ้ามีกลไกที่ไม่เป็นทางการ แต่มีใจทำงานคู่ขนานหรือจะใช้คำว่าเป็น "เพื่อนคู่คิด" ของกลไกทางการ ก็อาจจะสร้างความต่อเนื่องทางปัญญาได้ดีขึ้น

"จากวิธีคิดนี้ จึงนำมาสู่ความคิดให้ตั้ง มสช."

ในกลุ่มคนรุ่นใหม่ในคณะผู้ก่อตั้ง คุณหมอสงวน ซึ่งต่อมาเป็นเลขาธิการ มสช. คนแรก น่าจะถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในช่วงกำเนิด มสช. เพราะนอกจากมีฐานะเป็นเลขาธิการของคณะผู้ก่อตั้งนับตั้งแต่เริ่มรวมตัวกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 แล้ว ยังเป็น 1 ใน 2 คน นอกเหนือจากคุณหมอสมศักดิ์เป็นผู้ไปเจรจากับ ดร.ฮอลสเตท เพื่อขอให้ปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการให้ทุนจัดตั้งหน่วยงานสร้างความรู้เพื่อผลักดันนโยบายด้านสาธารณสุข

แม้การเจรจาครั้งนั้นไม่ประสบความสำเร็จ และคณะผู้ก่อตั้งตัดสินใจ “ถอยหนึ่งก้าว” ด้วยการเดินหน้าภารกิจสร้างและใช้ความรู้เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณสุขผ่านกลไกคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ที่กำกับดูแลโดยรัฐ แต่ขณะเดียวกันก็ไม่ได้หยุดนิ่งอยู่กับที่ ดังเห็นได้จากการเดินเรื่องขอจดทะเบียนจัดตั้ง มสช. โดยมีคุณหมอสงวนรับเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญในการเดินเรื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนบรรลุผล อีกทั้งยังรับทำหน้าที่เป็นเลขาธิการ มสช. คนแรก โดยดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 จนถึงปี พ.ศ. 2536

ในช่วงที่ มสช. ถือกำเนิดขึ้นอย่างเป็นทางการในวันที่ 28 ตุลาคม 2534 นั้น คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติยังอยู่ในช่วง “ขาขึ้น” กล่าวคือ สามารถทำงานได้อย่างเข้มข้น ในขณะที่ มสช. ยังไม่เป็นที่รู้จัก อีกทั้งยังไม่มีแหล่งทุนสนับสนุนจากที่ใดนอกจากเงินประเดิม จำนวน 200,000 บาท ที่ได้รับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา คือ **ศ.พญ.จินดาภา สีบุญเรือง สายัณหวิกสิต** หัวหน้าภาควิชาอนามัยแม่และเด็ก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ในฐานะองค์กรน้องใหม่ กิจกรรมของ มสช. ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปี พ.ศ 2536 จึงเน้นไปที่การร่วมทำงาน ร่วมวิจัย และจัดประชุมที่มีความสำคัญกับหน่วยงานอื่น ๆ อย่างเช่น การจัดประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 (จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข ในโอกาสที่องค์การอนามัยโลกครบ 40 ปี ในปี พ.ศ. 2531) เป็นต้น

คุณหมอสงวน เคยเล่าถึงบทบาทของ มสช. ในช่วงเริ่มต้นไว้ว่า

“ไปร่วมกิจกรรมที่มุ่งเน้นการแก้ไขนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ เช่น นโยบายเรื่องสมองไหล นโยบายเรื่องว่าควรจะมีวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ เนื่องจากตอนนั้นไวรัสตับอักเสบบียังไม่ได้เข้ามาอยู่ในโปรแกรมการฉีดวัคซีนของประเทศ และการควบคุมโรคไข้เลือดออก

“งานช่วงแรกจึงเป็นไปในลักษณะไปร่วมมือกับฝ่ายอื่น ๆ ทำในเรื่องของการระดมสมองเป็นหลัก ...”

จนกระทั่ง วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2536 คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ถูกสั่งยุบจึงมีการโอนทั้งบุคลากรแผนการดำเนินงานและงบประมาณมาเป็นส่วนหนึ่งของ มสช.

คุณหมอสมศักดิ์ ซึ่งในเวลานั้นเพิ่งไปรับตำแหน่งผู้อำนวยการคนแรกของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ก่อตั้งเมื่อ วันที่ 21 ธันวาคม 2535 กล่าวว่า

“ถ้าเราไม่ไปจดทะเบียนตั้งมูลนิธิมาถึงจุดนี้ก็คงไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรกันต่อ...”

ในช่วงของการถ่ายโอนงานจากคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติไปที่ มสช. มีสิ่งที่น่าสนใจอยู่หลายเรื่อง

เรื่องแรกคือ วิธีคิดในการออกแบบองค์กร ที่กระจายออกเป็นหน่วยย่อยตามภารกิจที่มุ่งเน้น

"หลังจากการยุบคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ เพียง 2 เดือน มสช. ได้จัดตั้ง สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย หรือ สวสทธ. (Thailand Health Research Institute - THRI) เป็นองค์กรในกำกับ เพื่อทำงานสำคัญที่ต่อเนื่องจากคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ไม่ให้การสร้างและใช้ปัญญาผลักดันนโยบายเกิดการขาดตอน สมดังเจตนารมณ์ที่จะทำให้เกิด "continuity of wisdom" ในประเทศไทย"

สวสทธ. มีคุณหมอประเวศเป็นประธานคนแรก และคุณหมอจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ อดีตเลขานุการคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ เป็นหลักในการดูแลงานของสถาบันฯ ซึ่งรวมไปถึงการดูแลงานของ มสช. ในภาพรวมอีกด้วย

เกือบขวบปีหลังจากการจัดตั้ง สวสธ. ก็ได้มีการจัดตั้งอีก 2 สถาบัน คือ

สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย หรือ สสท. (Thailand Health Promotion Institute - THPI) มีคุณหมอหทัย ชิตานนท์ เป็นประธาน โดยขณะนั้น คุณสุพัตรา จุลวรรณา เป็นเลขานุการ อีกทั้งมี อาจารย์ลักขณา เติมศิริกุลชัย ร่วมทำงานอย่างเข้มแข็ง ปัจจุบัน สสท. ภายใต้การนำของคุณหมอหทัย ยังคงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนานโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย และผลักดันให้เกิดนโยบายและข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องสำคัญตลอดมา

สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หรือ สวคบส. (Institute of Health Consumer Protection - IHCP) โดยมีคุณหมอมรกต กรเกษม เป็นประธาน และคุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นเลขานุการ

เรื่องที่สอง คือ การจัดวางแกนนำ

คุณหมอสงวน เคยเล่าถึงเรื่องนี้ไว้ว่า

“พอยุบคณะกรรมการระบาดวิทยา ส่วนของคณะกรรมการไม่ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของมูลนิธิฯ แต่มายุบเป็น THRI ขณะเดียวกันก็มีผู้ที่เกษียณอายุ 2 ท่าน คือ อาจารย์หทัยและอาจารย์มรกต

“อาจารย์ประเวศมีแนวคิดในการทำงานว่า ต้องมีผู้ใหญ่ 1 คน คนหนุ่ม 1 คน ทำงานประกบกันในทุกเรื่อง จึงเกิดเป็น 3 สถาบัน คือ ของอาจารย์หทัย ชื่อ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ของ อาจารย์มรกต คือ สถาบันคุ้มครองผู้บริโภค...”

ในปี พ.ศ. 2535 หลังจากกระทรวงสาธารณสุขเกิดการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรครั้งใหญ่ ทำให้เกิดสำนักนโยบายและแผน (สนผ.) กระทรวงสาธารณสุข คุณหมอสงวน ได้รับตำแหน่งผู้อำนวยการ สนผ. คนแรก ทำให้มีเวลาทำงานที่ มสช. น้อยลง

เมื่อ มสช. ปรับโครงสร้างใหม่ในปี พ.ศ. 2536 คุณหมอจันทร์เพ็ญ อดีตเลขานุการของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ จึงเข้ามา *“รับไม้ต่อ”* ในฐานะเลขาธิการ มสช. คนที่สอง

และเป็นผู้หญิงคนแรกและคนเดียวที่เคยรับบทบาทหน้าที่นี้

บทที่ 4

มิติใหม่

(พ.ศ. 2536-2539)

“

ถ้าเรามีคนที่ปักหลักทำงานจริงจัง
อะไร ๆ มันก็เกิดขึ้นได้
อย่าไปท้อเสียก่อน

”

พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ

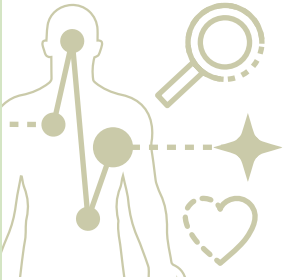
พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เป็นผู้ร่วมบุกเบิก มสช. คนสำคัญอีกคนหนึ่ง ทั้งในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ และ เลขาธิการ มสช. คนที่สอง (พ.ศ. 2536-2539)

แม้อยู่ในตำแหน่งเลขาธิการ มสช. เพียง 3 ปี แต่อาจกล่าวได้ว่า ผลงานที่คุณหมอจันทร์เพ็ญริเริ่มไว้มีส่วนนำพางานสาธารณสุขไทยก้าวไปข้างหน้าหลายสิบปี

ดังที่คุณหมอสมศักดิ์เคยกล่าวถึงไว้ว่า

"หมอจันทร์เพ็ญริเริ่มงาน 2 ชิ้น ที่สำคัญมากสำหรับเมืองไทย ชิ้นแรกคือ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ซึ่งเกิดตั้งแต่สมัยคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ และยังดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันนี้ ชิ้นที่สอง คือ โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย ซึ่งเริ่มต้นที่ มสช. ชิ้นนี้ถึงจะหยุดชะงัก แต่ความฝันยังไม่หยุด...ยังมีคนกล่าวขวัญถึงเสมอ

"และที่แน่ ๆ คนกล้าคนแรก คือ จันทร์เพ็ญ"



แบบไหน “ไปถึงดวงดาว”

งานสำคัญชิ้นแรก ที่คุณหมอจันทร์เพ็ญริเริ่มบุกเบิกตั้งแต่ยุค “คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ” ก็คือ โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

โครงการนี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างยิ่ง เพราะการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องด้วยการตรวจร่างกายเป็นกระบวนการที่สำคัญในการติดตามปัญหาทางสุขภาพที่มีอยู่และที่เกิดใหม่ โดยเป็นการเก็บข้อมูลจากตัวอย่างบุคคลที่เป็นตัวแทนของประชาชนทั่วประเทศ ประกอบด้วยข้อมูลภาวะสุขภาพ พฤติกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อทราบความชุกของโรค ปัจจัยกำหนดโรค ภาวะโภชนาการ และการเข้ารับบริการทางสุขภาพ เป็นต้น

ข้อมูลเหล่านี้ไม่เคยปรากฏในระบบรายงานโรคทางสุขภาพ และเมื่อมีแล้วจะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรคในระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และกลุ่มบุคคล รวมไปถึงสะท้อนคุณภาพของระบบบริการทางสุขภาพ และช่วยประเมินแนวโน้มสถานการณ์ทางสุขภาพว่าเปลี่ยนแปลงอย่างไรเพื่อวางแผนป้องกันไว้ล่วงหน้า[1]

---

1. *ที่มา ที่มาและความสำคัญของโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย เว็บไซต์คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/policy/th/sdgs17-p007*

คุณหมอจันทร์เพ็ญเล่าถึงที่มาของโครงการว่า ได้รับแรงบันดาลใจจากสมัยไปเรียนต่อด้านระบาดวิทยาที่ ประเทศสหรัฐอเมริกา

"ตอนนั้นไปเรียนที่จอนส์ ฮอปกินส์ (Johns Hopkins University) 1 ปี แล้วต่อด้วยการดูงานอีกประมาณ 4 เดือน ทำให้ได้เห็นงานระบาดวิทยาที่สหรัฐอเมริกา สิ่งที่สนใจเป็นหลักเลยก็คือเรื่องที่เขาผลักดันให้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชน ทั้งด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย โดยเขามีสำนักงานที่ทำเรื่องนี้โดยตรงเลย"

ในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยสมัยนั้น เรามีเฉพาะข้อมูลจากระบบรายงานของโรงพยาบาล ที่บันทึกตามกิจกรรมว่าโรงพยาบาลตรวจคนไข้ไปกี่ครั้ง นอกจากนี้ การเจ็บป่วยที่ไม่ได้เข้าโรงพยาบาลก็ไม่ได้ถูกบันทึกไว้ ขณะที่ข้อมูลการสำรวจสุขภาพจากสำนักงานสถิติแห่งชาติก็เป็นการสำรวจจากความทรงจำของผู้ตอบจึงมีโอกาสคลาดเคลื่อนสูง ทำให้ขาดข้อมูลที่จะทำให้มองเห็น "อุบัติการณ์" นั่นคือ จำนวนผู้ป่วยที่เป็นจริง ๆ ในแต่ละปี

"

บ้านเรายังไม่มีการสำรวจแบบเข้าถึงประชาชน
ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าโรงพยาบาล
หรือคนไข้ที่พิการติดเตียง
เหล่านี้จะไม่ถูกเก็บเข้าไปอยู่ในระบบเลย
แต่ที่อเมริกาทำทุก 5-10 ปี

"

โดยออกไปตรวจแบบ complete ด้วยการสุ่มตัวอย่างประชาชน เขามีรถเคลื่อนที่ออกไปเลย มีทั้งนักเทคนิคการแพทย์ มีหมอ มีพยาบาล ไปทำแล็บ เอกซเรย์ อัลตราซาวด์ ฯลฯ จน complete คือ ได้ข้อมูลออกมาว่า อุบัติการณ์ของโรคต่าง ๆ อย่างเช่น เบาหวานเกิดขึ้นเท่าไร แล้วก็เอาข้อมูลนี้มาวางแผน ตอนนั้นได้ไปดูตอนที่เขาลงพื้นที่สำรวจด้วยนะ ไปดูแล้วก็ประทับใจ มันน่าตื่นเต้นมาก"

เมื่อมองเห็น "ช่องว่าง" เกิดแรงบันดาลใจ และมองเห็นแนวทางที่จะเติมเต็มระบบข้อมูลสาธารณสุขของไทย เพื่อให้เกิดความชัดเจนพอที่จะกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงเช่นนี้ คุณหมอจันทร์เพ็ญจึงนำโครงการนี้มาเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ และได้รับการสนับสนุนให้ทดลองดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายประมาณ 9,000 คน

"คิดว่ามันเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ก็เลยเสนอโครงการนี้ใช้งบฯ เยอะนะ กระทรวงก็พยายามจัดสรรงบประมาณให้ ครั้งแรกยังทำไม่ได้มากประมาณ 9 พันกว่าคน ใช้เวลาทำค่อนข้างนาน ต้องลงสำรวจทุกอายุ และแต่ละอายุนี้ วิธีการตรวจก็ไม่เหมือนกัน อย่างเด็ก ก็ตรวจดูพัฒนาการ ซึ่งต้องใช้เวลาทั้งนั้น ไปดูพัฒนาการเด็ก ถ้าจะให้ละเอียด อย่างน้อยเป็นชั่วโมงต่อคน

"ตอนนั้นเราก็ลุยงานกันสนุกสนาน เพราะการวิจัยเรื่องตรวจร่างกายเป็นเรื่องใหม่ของสังคมเรา เราไม่ได้มีแล็บกลาง (center lab) แบบที่อเมริกา คือเขามีรถออกไปเลย ไล่ทำไปทั้งปี แต่ของเราใช้วิธีแบ่งทีมตามจังหวัดต่าง ๆ บางจังหวัดใช้ทีมมหาวิทยาลัย ต้องใช้แล็บที่มีในจังหวัด หรือบางแห่งใช้แล็บในศูนย์ระดับภูมิภาค เลยเป็นมาตรฐานเดียวกันไม่ได้ เพราะต้องไปอิงอาศัยคนอื่น

"การสำรวจครั้งแรกนี้ คุณหมอวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร มาช่วยทำด้านเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์ด้วย หมายถึงว่า สำรวจเรื่องภาวะสุขภาพและมีมิติความสูญเสียรายได้เข้าไปอีก ก็ทำให้ได้ข้อมูลชุดนี้ออกมา"

แม้เป็นงานใหม่ ใหญ่ และ ยาก แต่การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งแรกของประเทศไทยก็สำเร็จลุล่วง และส่งมอบข้อมูลให้กับกระทรวงสาธารณสุขได้เรียบร้อย

นับจากนั้น โครงการนี้ก็ได้ดำเนินสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน รวม 6 ครั้ง โดยข้อมูลที่ได้จากการสำรวจแต่ละครั้งได้ถูกนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนงานด้านสาธารณสุขตลอดหลายสิบปีที่ผ่านมา

แบบไหน “ไม่ถึงฝั่ง”

งานสำคัญชิ้นที่สอง ได้แก่ **โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย** ที่ตั้งเป้าหมายการติดตามศึกษาเด็กไทยทุกภูมิภาค ตั้งแต่แรกเกิดต่อเนื่อง 25 ปี ถือว่าเป็นโครงการที่ได้รับความสนใจอย่างมาก เพราะไม่เคยมีการวิจัยต่อเนื่องยาวนานเช่นนี้มาก่อนในประเทศไทย

โครงการนี้มีชนวนสำคัญจาก 2 ส่วน

ส่วนแรก มาจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินโครงการแรกและการเรียนรู้จากต่างประเทศ

“ตอนทำโครงการแรก เรามีการลงไปตรวจในกลุ่มเด็กที่น่าสนใจ อย่างเช่นในกลุ่มเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี นำมาซึ่งความสนใจที่จะทำโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยเมื่อมาทำงานที่ มสช.

“ได้ความคิดมาจากการทำงานระบาดวิทยาร่วมกับหลายประเทศ พบว่าที่สหรัฐอเมริกา นิวซีแลนด์ และบางประเทศในทวีปยุโรป เขาทำการวิจัยระยะยาวในมนุษย์ นิวซีแลนด์เป็นหนึ่งในต้นแบบ เขาทำได้ค่อนข้างนานทีเดียว ตอนนี้รู้สึกอาจจะยังทำอยู่ อเมริกาเขาก็มีของเขา ติดตามตั้งแต่เกิดไปจนอายุ 40-50 ปี แล้วดูว่าตายเมื่อไร เพื่อที่จะบอกได้ว่าช่วงอายุของคนนี้ คนเราต้องผ่านความเจ็บป่วยอะไรบ้าง แล้วก็ตายด้วยอะไร” คุณหมอจันทร์เพ็ญ เล่าถึงแนวคิดหลักและที่มาของโครงการ

อีกส่วนหนึ่ง มาจากคำชักชวนของ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช อาจารย์ผู้ใหญ่ที่ชาว มสช. เคารพรักอีกท่านหนึ่ง

ในปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยเกิดองค์กรโฉมใหม่ ที่เป็นองค์การอิสระขนาดเล็ก ทำหน้าที่สนับสนุนการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ การวิจัยเชิงนโยบาย และการวิจัยประยุกต์ต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และวิชาการของประเทศ มีชื่อว่า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

"อาจารย์วิจารณ์มีแนวคิดว่า เรื่องเด็กประเทศเรายังไม่มีข้อมูลจริงจังชัดเจน อาจารย์ก็เลยมาให้ มสช. ช่วยรีวิวข้อมูล โดยทำเป็นโครงการการศึกษาสภาวะสุขภาพของเด็กไทย เราสำรวจข้อมูลที่มีอยู่หมดทุกอย่างที่มีในประเทศไทย จนได้ออกมาว่า งานวิจัยเมืองไทยทำเรื่องนั้น เรื่องนี้ เรื่องโน้น เป็นแบบผู้เชี่ยวชาญบอกว่าขณะนี้เป็นอย่างนี้ ๆ จากนั้นก็มีคำถามว่าแล้วมันบอกได้ไหมว่า ต่อไปเด็กไทยจะเป็นอย่างไร

"จากคำถามนี้เลยทำให้เกิดโครงการนี้ขึ้นมา คำถามที่เราต้องการคำตอบ คือ ไอคิวของเด็กไทยคือเท่าไหร่ เรื่องนี้ยังไม่มีการวิจัยในระดับประเทศมาก่อน จึงศึกษาเรื่องนี้ โดยมี ***คุณหมอนิชรา เรืองดารกานนท์ กับ คุณหมอลัดดา เหมาะสุวรรณ*** *เป็นผู้วิจัยหลัก มีการออกแบบเครื่องมือวัดไอคิว จากนั้นก็ลงพื้นที่วัด จนได้ตัวเลขของประเทศไทยออกมา*

> **"เราพบว่าเด็กไทยนั้นไอคิวต่ำกว่าเกณฑ์อยู่ในสภาพที่เรียกว่าเด็กไทยเราส่วนใหญ่เป็นเด็กปัญญาทึบ"**

ข้อมูลนี้ทำให้เกิดความตื่นตัวจากสังคม และมองเห็นว่าเรื่องของการพัฒนาเด็กมีความสำคัญ จนสามารถผลักดันให้รัฐบาลมีมาตรการสนับสนุนเรื่องนี้อย่างจริงจังในเวลาต่อมา รูปธรรมที่หลายคนยังจำได้ดีก็คือ การแจก *"ถุงของขวัญ"* ที่บรรจุอุปกรณ์เสริมพัฒนาการเด็ก 3 ขวบปีแรก ให้กับเด็กไทยตั้งแต่แรกเกิดทุกคน

“พอทำงานไปได้สัก 2 ปี โครงการก็เริ่มสื่อสารให้สังคมมองเห็นช่องว่างว่า ในช่วงที่เด็กยังอยู่ในท้องแม่จนถึงแรกเกิดนี้ ไม่ค่อยมีใครเข้าไปทำงานกับแม่ที่อุ้มท้อง ยิ่งทารกแรกเกิดแล้วยิ่งแย่ใหญ่ มีแต่เลี้ยงดูกันเรื่องให้นม ให้อาหาร ให้ข้าว ให้อะไร แต่ไม่มีเรื่องของการกระตุ้นพัฒนาการทางสติปัญญา

“เด็กขวบแรกของเราช่วง 6 เดือนแรก ถือว่าดีมาก เพราะว่าเด็กยังอยู่กับแม่ ถึงจะไม่มีพ่อก็ตาม คือเราพบข้อมูลชัดเจนว่าลูกอยู่ในท้องแม่พ่อก็ทิ้งกันไปแล้ว แม่จำนวนมากก็ต้องเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวตั้งแต่ลูกยังไม่คลอดเลย 6 เดือนแรกแม่ก็ยังดูแลใกล้ชิด แต่พอหลังจากนั้น จะแย่ลง

“เราก็เลยออกแบบถุงของขวัญ ที่เก็บอุปกรณ์ที่จะช่วยด้านพัฒนาการเด็กไว้ได้จนอย่างน้อย 2-3 ขวบ มีทั้งหนังสือและของเล่น ออกแบบกันแบบ...โอ้โห สุดใจเลย ว่าทำอย่างไรให้เด็กที่ไม่มีคนเลี้ยงดู แต่มีถุงของขวัญให้เขาเล่นเองได้ เพราะยังดีกว่าไม่มีอะไรเลย หรือดีกว่าให้เขาไปซื้อปืนเด็กเล่น หรืออะไรที่เป็นพลาสติกที่มันเป็นพิษกับเด็ก เราไม่อยากให้เขาไปซื้อของแบบนั้นเล่นเพราะว่ามันไม่ได้ควบคุมคุณภาพ...”

“รัฐบาลยุคนั้นรับเป็นนโยบาย นำถุงของขวัญไปแจกทารกแรกเกิดทั่วประเทศ...แต่ก็อย่างว่า การเมืองมันเยอะ เพราะว่าเงินมันเยอะ มันก็เป็นประเด็นให้มีการโจมตีกันทางการเมือง...นี่แหละงานระดับประเทศ ในที่สุดก็เลยระงับไป”

หลังจาก สกว. สนับสนุนโครงการต่อเนื่อง 2 ระยะผ่าน มสช. จากนั้น สวรส. ให้การสนับสนุนต่ออีกระยะหนึ่ง สุดท้ายโครงการนี้ก็ยุติลง

มุมมองจากผู้ริเริ่ม

ในฐานะผู้ริเริ่มโครงการ คุณหมอจันทร์เพ็ญแบ่งปันข้อคิดที่ได้จากงานสำคัญที่มีบทสรุปแตกต่างกันนี้ไว้ 2 ประเด็น

ประเด็นแรก คือ อุปสรรคของการทำโครงการวิจัยระยะยาวในประเทศไทย

"เมืองไทยทำงานระยะยาวยาก ถ้าไม่อยู่ในระบบราชการ งานเก็บข้อมูลระยะยาวนี้มันต้องเก็บทุกวันนะ ข้อมูลเก็บทุกวัน แล้วก็ต้องเอาข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ เพื่อจะอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในเด็กที่โตขึ้น ๆ ซึ่งมันยากสำหรับคนไทย เพราะไม่เข้าใจว่าทำไปทำไม"

“คำถามสำคัญที่เราพบตลอดมาในการทำโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย คือ ทำไมไม่มีการเข้าไปแทรกแซงปัญหาที่พบ (intervention) คำตอบของเราคือ นี่คือการออกแบบของเรา ถ้าเราไปแทรกแซงสิ่งที่เกิดขึ้น เราก็ไม่ได้ความรู้ที่เป็นความจริงอย่างต่อเนื่อง เรียกว่ามันยากตั้งแต่วิธีคิดแบบทำงานยาว เพราะมันไม่ค่อยมีในเมืองไทย”

“นอกจากนี้ โครงการวิจัยระยะยาวต้องใช้เงินจำนวนมาก หากต้องไปอยู่ในระบบราชการ มันจะบรรลุเป้าหมายของการวิจัยหรือเปล่า งานแบบนี้ไม่ใช่งานแบบเสมียนที่เขาสั่งมาอันนี้ปุ๊บก็ทำไปเรื่อย ๆ แต่ต้องคิดของใหม่ทุกวัน ๆ หรือแม้แต่วิธีวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอที่จะช่วยพัฒนาปรับปรุงคุณภาพชีวิต มันต้องทำแบบเกาะติด ระบบราชการเราพอเปลี่ยนรัฐบาลมันก็ยากแล้ว เปลี่ยนแค่เจ้ากระทรวงก็ลำบากแล้ว ถ้ามันต้องไปอิงกับกระทรวงนะ

“หรือไม่ถ้าทำโดยองค์กรนอกภาครัฐแบบ มสช. เราก็ต้องไปหาทุน ซึ่งตอนหลัง ๆ ไม่ได้หาเงินง่ายสำหรับงานวิจัยขนาดใหญ่ขนาดนี้ ต้องได้จากหลายแหล่ง คงไม่ได้ทำกันง่าย ๆ”

ประเด็นที่สอง คือ กุญแจสำคัญในการริเริ่มสิ่งใหม่ ที่ใหญ่ และยาก

คุณหมอกล่าวไว้สั้น ๆ ว่า

“ถ้าเรามีคนที่ปักหลักทำงานจริงจัง อะไร ๆ มันก็เกิดขึ้นได้...อย่าไปท้อเสียก่อน”

ด้วยน้ำเสียงที่ฟังไม่เหมือนคำปลอบใจ ประโยคสุดท้ายนี้จึงน่าจะถือเป็นส่วนหนึ่งของ “มรดกทางปัญญา” จากผู้กล้าตัวจริง ที่ฝากไว้ให้คนที่อยากนำพาสังคมไทยไปสู่จุดที่ไกลกว่าเดิม ได้รู้สึกใจชื้นขึ้นบ้าง

บทที่ 5

ในยาม “ยาก”

(พ.ศ. 2539-2542)

"

ระบบภายในของสำนักงานนี่สำคัญสุด ๆ เลยนะ
ถ้า engine ยัง broken
องค์กรก็ก้าวต่อไปไม่ได้เลย

"

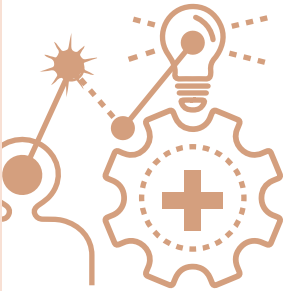
นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์

การดำรงอยู่ขององค์กรก็ไม่ต่างจากสิ่งมีชีวิตทั้งหลายที่มีทั้งช่วงดีและร้าย

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับ มสช. ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2542 ถือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อสำคัญช่วงหนึ่ง แต่ในยามเผชิญ *"โจทย์ยาก ๆ"* เช่นนี้ นับเป็นช่วงเวลาที่ได้พิสูจน์ถึงน้ำใจและท้าทายทั้งสติและปัญญา เพื่อคลี่คลายปัญหาและอุปสรรคทั้งจากภายนอกภายในให้ลุล่วง

บทบาทของคณะผู้ร่วมก่อตั้ง มสช. ในช่วงเวลาเช่นนี้อาจทำให้หลายคนนึกถึงคำปฏิญาณที่ว่า

"จะอยู่เคียงข้าง ทั้งในยามสุขและยามยาก ในยามป่วยไข้และสบายดี"



ช่วยจัดระบบใหม่ เพื่อลดภัยเสี่ยง

3 ปีแรกที่ มสช. กำเนิดขึ้นอย่างเป็นทางการ การทำหน้าที่ *“สร้างความต่อเนื่องทางสติปัญญา”* เดินหน้าไปอย่างเข้มแข็ง โดยมุ่งเน้นถ่ายโอนงานสำคัญ ๆ จากคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติที่ถูกสั่งยุบ

เมื่อผ่านพ้นจุดนี้ไป ก็ถึงเวลาที่จะต้องมีการจัดระบบองค์กรให้พร้อมสำหรับการรุกต่อไปข้างหน้า พร้อม ๆ กับเสริมสร้างความมั่นคงให้สามารถรับแรงเสียดทานจากภายนอก

เพราะแน่นอนว่า ยิ่งองค์กรมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายใหม่ ๆ ได้สูงขึ้น แรงต้านจากกลุ่มผู้เสียผลประโยชน์ที่ต้องการปกป้องอำนาจและผลกำไรที่เคยได้รับเอาไว้ให้นานที่สุด ย่อมพุ่งตรงมาที่ มสช. ได้ตลอดเวลา

ในปี พ.ศ. 2539 **นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** หนึ่งในคณะผู้ร่วมก่อตั้ง มสช. รับตำแหน่งเลขาธิการ มสช. คนที่สาม โดยดำรงตำแหน่งเพียง 6 เดือน

คุณหมอสุวิทย์ กล่าวถึงเหตุผลในเรื่องนี้ว่าเป็นเพราะมาเพื่อช่วยวางระบบการบริหารงานเป็นสำคัญ เมื่อภารกิจเรียบร้อยก็ส่งไม้ต่อให้เลขาธิการคนต่อไป

"

ตอนคุณหมอจันทร์เพ็ญ เข้ามาบริหาร มสช. ก็ทำงานได้ดีมาก ต้องถือว่าเป็นผู้บุกเบิก วางรากฐานของมูลนิธิฯ เป็นอย่างดี

ผมเองเข้ามาเพื่อแก้ปัญหา และผมก็ไม่ได้ทำอะไรเลย นอกจากการวางระบบงานให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดช่องโหว่ในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้มูลนิธิฯ เสียชื่อเสียง

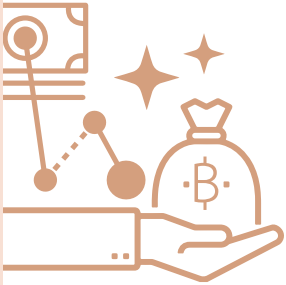
"

"ผมพาคน 2-3 คน ที่เป็นมือฉมังในงานนี้มาช่วย จนงานเป็นไปด้วยดี หนึ่ง วางระบบบริหาร เช่น งานสารบรรณ งานติดต่อสื่อสาร งานพัสดุ งานการเงิน บัญชี อะไรต่าง ๆ พวกนี้ คนที่ช่วยผมพอสมควรคือ ***คุณดวงพร เฮงบุณยพันธ์***

"อีกส่วนหนึ่งคือ การวางแผนพัฒนามูลนิธิฯ ในด้านต่าง ๆ อย่างเช่น แผนงานด้านพัฒนากำลังคน มีการระดมสมองคุยกันหลายฝ่าย

"ตั้งใจแต่แรกว่าจะอยู่ 6 เดือน พอครบเวลา เสร็จภารกิจก็ลาออก เพราะมูลนิธิฯ ได้ระบบการทำงานบริหารงาน และได้แผนงานมาแล้ว ไม่รับเงินเดือนอะไรทั้งสิ้น เพราะตั้งใจมาทำงานตามที่อาจารย์ผู้ใหญ่มอบหมาย"

นี่จึงเป็นช่วงของการตั้งหลักเพื่อ "จัดบ้าน" ให้เรียบร้อย เพื่อยืนหยัดและก้าวต่อไปได้อย่างมั่นคงและมั่นใจ



ช่วยประคององค์กร ท่ามกลางความฝืดเคือง

ในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีชื่อเสียงโด่งดังไปทั่วโลก ในฐานะจุดเริ่มต้นของวิกฤตการณ์การเงินในเอเชีย ที่รู้จักกันในชื่อ ***"วิกฤตต้มยำกุ้ง"***

วิกฤตการณ์ทางการเงินครั้งสำคัญนี้ส่งผลกระทบถึงหลายประเทศในทวีปเอเชียเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 ก่อให้เกิดความกลัวว่าจะเกิดการล่มสลายทางเศรษฐกิจทั่วโลก จนกระทั่งปี พ.ศ. 2542 จึงเริ่มส่งสัญญาณฟื้นตัว

ณ ช่วงเวลานั้น สถานการณ์ภายในองค์กรสาธารณประโยชน์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่กี่ปีอย่าง มสช. ก็ได้รับอิทธิพลจากความเป็นไปภายนอกอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล เลขาธิการ มสช. คนที่สี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2542 อันเป็นช่วงเดียวกับวิกฤตต้มยำกุ้ง เริ่มต้นเรื่องราวแบบตรงไปตรงมาว่า

"เป้าหมายของผม แค่ไปรักษา (maintain) องค์กร ไม่ให้ล้มหายตายจาก หลังจากทุนใหญ่ออกไป และเงินก้อนใหญ่ก็ยังไม่มา"

คำว่า "ทุนใหญ่" หมายถึง การสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ซึ่งเป็นแหล่งงบประมาณสนับสนุนหลักในการทำงานนับตั้งแต่ก่อตั้งคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติได้ยุติลงไปนานหลายปี ขณะที่แหล่งทุนที่สอดคล้องกับภารกิจของ มสช. โดยตรงก็ยังมีจำกัด

ในช่วงเวลาเช่นนี้ มสช. เลือกดำเนินบทบาทในฐานะ “องค์กรบริหารจัดการงานวิจัย” โดยทำหน้าที่รับทุนโครงการวิจัยด้านสาธารณสุขมาบริหารจัดการจนเกิดผลงานส่งมอบให้แก่แหล่งทุน ทำให้นักวิจัยรุ่นใหม่ไฟแรงจำนวนไม่น้อยที่สนใจทำงานวิชาการมีโอกาสได้ทำงานในสาขาที่ถนัดและเติบโตอย่างเป็นอิสระ โดยไม่ต้องผูกติดกับระบบราชการ

“

ในช่วงเวลานั้น เราต้องพึ่งพาแหล่งทุนในประเทศเป็นหลัก แม้ว่า มสช. มีเงินตกทอดมาตั้งแต่ถ่ายโอนงานจากคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ แต่เราก็ไม่มีนโยบายนำเงินก้อนนี้มาใช้ ตั้งใจที่จะรักษาไว้...

”

“ขณะเดียวกัน ในความฝืดเคืองเช่นนี้ ผมเองก็ทำธุรกิจไม่เป็น เป็นได้แต่นักวิชาการ อย่างไรก็ตาม หากผมเป็นเลขาธิการ นโยบายการรับทุนทุกก้อนมาที่ มสช. ต้องไม่ใช่เงินสีเทา ”

ด้วยความเชี่ยวชาญ ศักยภาพการวิจัยด้านสาธารณสุขของคุณหมอไพบูลย์ รวมทั้งความน่าเชื่อถือที่สั่งสมมายาวนาน นับตั้งแต่ยังทำงานร่วมกับคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ทำให้โครงการวิจัยที่ มสช. รับมาบริหารจัดการในช่วงนั้นมีจำนวนมากพอที่จะทำให้ มสช. ผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งความฝืดเคืองมาได้

พร้อมกับฝากบทเรียนสำคัญในฐานะ “หน่วยบริหารจัดการวิจัย” ที่ต้องหาวิธีเก็บเกี่ยวผลงานมาส่งมอบแหล่งทุนให้ได้ตามสัญญาทุกชิ้น ให้ได้เรียนรู้ในภาคปฏิบัติว่า จะต้องทำอย่างไร

ปูฐาน สร้างคน สร้างงาน สร้างความรู้

ในภาพที่ดูเหมือน *“รักษาเนื้อรักษาตัว”* ให้อยู่รอดไปได้ เมื่อมองภาพที่ลึกเข้าไปในองค์กร ช่วงเวลา 3 ปีนี้ กลับเป็นช่วงแห่งการ *“สร้างเนื้อสร้างตัว”* ควบคู่กันไปด้วยอย่างเงียบ ๆ

คุณหมอไพบูลย์ ผู้ซึ่งร่วมขบวนการทำงานกับ มสช. มาตลอด ตั้งแต่สมัยยังมีคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ได้นำวิธีคิด วิธีการทำงาน ที่ได้เรียนรู้และได้รับการหล่อหลอมมายาวนานนับสิบปีในสภาพแวดล้อม (ecosystem) ของการสร้างและใช้ความรู้เพื่อผลักดันนโยบายอย่างมีคุณภาพ มาถ่ายทอดในองค์กรแห่งนี้

ทั้งนี้ สิ่งที่คุณหมอได้ถ่ายทอดให้ฟังต่อไปนี้ ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2540-2542 แต่เป็นการประมวลภาพที่สั่งสมเรื่อยมา เพื่อถ่ายทอดให้เห็นถึง *“สภาพแวดล้อม หรือ ecosystem แบบ มสช.”* ในช่วงที่คุณหมอได้มีส่วนรับรู้และร่วมเป็นส่วนหนึ่ง

“คำพูดหนึ่งที่ผมยังติดตราตรึงใจ และยังเอามาถ่ายทอดกับคนรุ่นหลังจนวันนี้ คือ การทำงานวิชาการ แท้ที่จริงแล้ว มันจะมีผลยั่งยืนก็ต่อเมื่อมันทำได้ 3 อย่างคู่ขนานกันไป คือ สร้างคน สร้างงาน สร้างความรู้”

คุณหมอไพบูลย์ อธิบายถึงหลักการจัดสภาพแวดล้อมองค์กรให้เอื้อต่อการทำงานวิชาการ เพื่อสร้างการนำไปใช้ผลักดันนโยบายได้อย่างมีคุณภาพ โดยยกตัวอย่างแรกจากการทำงานสมัยทำงานร่วมกับคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ

> *ในยุคที่ยังอยู่ในโครงสร้างคณะกรรมการระบาดวิทยา มีบรรยากาศอย่างหนึ่งที่เป็นความท้าทายสำหรับผู้ประสานงานวิชาการในเวลานั้น ก็คือ ทำอย่างไรจะบันทึกการประชุมและสรุปให้ได้เร็วที่สุด แม่นที่สุด ละเอียดที่สุด แต่กระชับที่สุด เรียกว่า เป็นตัวชี้วัดที่คนทำงานตั้งกันขึ้นมาเอง*

"ปกติเขาจะวางไว้ให้ผู้ช่วยเป็นคนทำหน้าที่นี้ แล้วผู้ประสานงานมานั่งตรวจอีกทีหนึ่ง ผมไม่ทำอย่างนั้นตั้งแต่วันแรก เพราะอยากพัฒนาตัวเอง แล้วก็พบว่าเมื่อเวลาผ่านไป สามารถออกรายงานได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจบการประชุม นั่นคือ วันถัดมาก็ออกรายงานได้เลย

"ผมคิดว่าการปฏิบัติ (practice) นี้ มันกลายเป็นวัฒนธรรม (culture) ขององค์กรไปในที่สุด

เรื่องที่สอง ก็คือ การสร้างกลไกกลั่นกรองงานวิชาการที่เข้มข้น และเปิดใจรับฟัง

"กลไกหนึ่งที่ทำให้เกิดคุณภาพทางวิชาการ ก็คือ นักวิชาการต้องใจกว้างพอที่จะรับฟังการวิพากษ์วิจารณ์

*"สภาพแวดล้อมที่ผมเข้าไปเกี่ยวข้องในนาม มสช. ในเวลานั้น ให้ความสำคัญมากกับการสร้าง **peer review** ทุกงานวิชาการไม่ว่าจะเป็น primary research เป็น documentary review และอื่น ๆ จะต้องผ่านการกลั่นกรองโดยกลไกเหล่านี้ ตั้งแต่ day one คือ ตั้งแต่เป็นข้อเสนอโครงการวิจัย จนไปถึงวันที่ปิดผลงานวิจัย แถลงผล*

"คนที่กลั่นกรองงานวิชาการให้แก่ มสช. ในช่วงเวลานั้นเป็นผู้ที่มีผลงานระดับโลก เช่น นพ.จิตร สิทธีอมร, นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นพ.ธาดา ยิบอินซอย รวมทั้ง คุณหมอสมศักดิ์ เป็นต้น คนเหล่านี้จะทำให้คนที่เป็นนักวิชาการต้องตระหนักว่า จะทำงานแบบโหลยโท่ยไม่ได้ เพราะคุณจะเจอคำถามที่ยากมาก ไม่เพียงแต่ในบทบาทของนักวิชาการ แม้แต่บทบาทของผู้ประสานงานอย่างผม ซึ่งสวมหมวก 2 ใบ คือ หมวกนักวิชาการทำงานวิจัยสร้างความรู้ และหมวกผู้ประสานงาน ก็เป็นการใช้ความรู้อีกแบบหนึ่ง เพื่อให้เกิดการสร้างความรู้

"บรรยากาศหนึ่งผมยังจำได้ คือ ทุก ๆ 2 สัปดาห์ ผมจะต้องไปรายงานผลความก้าวหน้าในฐานะผู้ประสานโครงการวิจัย ผมจะถูกบุคคลที่ผมเอ่ยนามเหล่านี้ มาคอยตั้งคำถาม...ผมอาจจะเป็นคนที่เอาจริงเอาจังกับชีวิตมาก...คำถามเหล่านั้นทำให้ผมนอนไม่หลับ (หัวเราะ) ผมต้องไปคิดแล้วก็หาทางตอบคำถามให้ได้ในรอบหน้า มันสร้างแรงกดดันให้อย่างมาก

"แต่ถามว่าดีไหม...ในระยะยาวก็ทำให้ผมเป็นคนที่ผมเป็นอย่างทุกวันนี้ แม้จะเป็นคนที่มีเจตคติดั้งเดิมแล้ว คือพวก critical แต่แค่นั้นยังไม่พอ คุณมีเจตคติแล้วมันไม่ทำให้คุณ smart ได้หรอก แต่คุณต้อง critical แบบมีเหตุมีผล ใช้ความรู้ ใจกว้าง อันนั้นคือสิ่งที่ผมคิดว่าเป็นสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ใน มสช. ยุคนั้น"

"ผมกำลังจะบอกว่า นี่ไงคือสิ่งแวดล้อม หรือ ecosystem ที่ มสช. สร้างขึ้นเพื่อสร้างคน

"การันตีไม่ได้หรอกว่าเมล็ดพันธุ์ทุกชนิดตกลงไปในเนื้อดิน ผืนดิน ผืนป่า อย่างนี้แล้วจะต้องเจริญงอกงามได้เร็วเท่ากัน อาจจะมีเมล็ดพันธุ์ที่ไม่อยากงอกงามแลยก็ได้

"ผมใช้คำว่าไม่อยากเพราะจะบอกว่าเวลาคนเราเข้าไปเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ๆ นี้ มันมี ระบบคุณค่าที่เราต้องเลือก คนที่ไม่อยากได้สิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่งก็เพราะว่าเขาไม่แชร์คุณค่า ไม่ได้แปลว่าเขาไม่เก่ง"

คุณหมอไพบูลย์ ที่ก้าวเข้ามารับไม้ต่อดูแล มสช. ในยามฝืดเคืองที่สุด อีกทั้งยังเป็นหนึ่งในผู้ก่อร่างสร้างความสืบเนื่องทางปัญญาร่วมกับองค์กรแห่งนี้ตลอดมา ได้กลั่นคุณค่าที่ได้รับจาก "สภาพแวดล้อมแบบ มสช." ฝากไว้สั้น ๆ ว่า

"คนอย่างผม...เติบโตในวันที่เม็ดเงินน้อย แต่สิ่งที่ผมได้ก็คือ มรดกทางปัญญา เพราะผมได้เข้าถึงคนเก่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง แม้หลังจากนั้นเขาไม่อยู่กับผม เพราะเขาบินไปที่อื่นแล้ว

"แต่พอถึงวันนั้นผมก็พร้อมแล้วที่จะต่อยอดได้ด้วยตัวเอง"

บทที่ 6

ความต่อเนื่อง ทางสติปัญญา

(พ.ศ. 2542-2557)

“

คนไทยจะต้องตระหนักรู้ว่า
ใช้แต่ความเห็นแก้ปัญหาของประเทศไม่ได้

ต้องใช้ความรู้ การจัดการให้มีการสร้างความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา
ทำความรู้ให้อยู่ในรูปที่ใช้งานได้ ใช้ความรู้ให้ถูกต้อง
ประเมินผลการใช้ความรู้ และนำผลไปปรับตัวอย่างต่อเนื่อง
ในการนี้จำเป็นต้องมีบุคคลและหน่วยงาน
ที่ทำงานความรู้เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายเต็มสังคม

เหมือนโครงสร้างสมอง หรือประดุจมีดวงดาวเต็มท้องฟ้า

”

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

มสช. ก่อตั้งขึ้นจากอุดมการณ์และเป้าหมายที่ชัดเจนว่า

"จะเป็นหน่วยงานอิสระที่ทำหน้าที่ระดมสมองของฝ่ายต่าง ๆ โดยเน้นหนักที่การพัฒนาส่วนที่เป็นนโยบาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในระบบสาธารณสุขของไทย"[2]

เกือบ 10 ปีแรก นับตั้งแต่ถือกำเนิดในปี พ.ศ. 2534 มสช. ก้าวเดินตรงตามอุดมการณ์ที่ปักหลักไว้ และสั่งสมผลงานที่มีคุณค่าไว้จำนวนไม่น้อย อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่า นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ได้ทวีความเข้มข้นและครบเครื่อง เกิดผลงานที่สร้างผลกระทบอย่างสูงต่อสังคม และที่สำคัญคือ มี "พันธมิตร" อยู่ในทุกภาคส่วน

ด้วยสาเหตุสำคัญจาก "วิธีคิดและวิธีทำงาน" ในช่วงเวลานี้

---

2. *ที่มา "กว่าจะเป็นมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ" หน้า 9*

15 ปีแห่ง
“ความต่อเนื่องทางสติปัญญา”

ระหว่างปี พ.ศ. 2542-2557 **นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์** ดำรงตำแหน่งเลขาธิการ มสช. ความต่อเนื่องของผู้นำในช่วงเวลานี้ ทำให้ประวัติศาสตร์ของ มสช. พลิกโฉมหน้าในหลายด้าน

และที่สำคัญคือเอื้อให้เกิด *“ความต่อเนื่องทางสติปัญญา”* แก่ มสช. เอง ในการทำหน้าที่กลไกสร้างและใช้ความรู้เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่ดี และคลี่คลายโจทย์สำคัญหลาย ๆ เรื่องของการทำหน้าที่กลไกในลักษณะนี้ รวมถึง การสั่งสม *“กระบวนท่า”* ในการขับเคลื่อนงานให้เกิดความสมดุลและเฉียบคม

สิ่งที่สำคัญไม่น้อยกว่ากันก็คือ การที่คุณหมอสมศักดิ์ร่วมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับ มสช. มาตั้งแต่ยุคบุกเบิก นับตั้งแต่ร่วมในคณะผู้ก่อตั้ง มสช. ในปี พ.ศ. 2530 การเป็นผู้ร่วมเจรจากับผู้แทนของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ เพื่อขอให้สนับสนุนทุนจัดตั้ง มสช. จนกระทั่ง เป็นเลขานุการให้กับคณะกรรมการย่อย 1 จาก 4 คณะของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2535 หลังจากมีการก่อตั้ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตาม พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 คุณหมอสมศักดิ์ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ สวรส. คนแรก โดยดำรงตำแหน่ง 2 วาระ รวม 6 ปี (วาระละ 3 ปี) จากนั้นจึงรับตำแหน่งเลขาธิการ มสช. ในปี พ.ศ. 2542

ประสบการณ์และความรู้ที่สั่งสมจากการทำงานที่ สวรส. จึงได้รับการถ่ายโอนมาเสริมสร้างการทำงานของ มสช. ภายใต้ปณิธาน *“ส่งเสริมการสร้างสังคมบนฐานความรู้เพื่อสุขภาพ”* (Knowledge Based Society for Health) ได้เป็นอย่างดี

ปัจจัยแวดล้อมที่สนับสนุนกับพัฒนาการของ มสช. ในช่วงเวลานี้ยังมีอีกหลายเรื่อง ที่สำคัญ คือ กำเนิดและการเติบโตขององค์กรที่ทำงานด้านการสร้างและใช้ความรู้ รวมทั้ง องค์กรสนับสนุนทุนวิจัยและการขับเคลื่อนงานสุขภาพใหม่ ๆ ในประเทศไทย เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ (BIOTEC) ฯลฯ ที่ทำให้เกิดการแบ่งปันประสบการณ์และความรู้ในการทำงานในลักษณะคล้าย ๆ กัน และเกิดแหล่งทุนสนับสนุนภายในประเทศที่มั่นคงกว่าช่วงเวลาที่ผ่านมา

แต่ปัจจัยสำคัญที่อยู่เหนือสิ่งอื่นใด น่าจะเป็น “ความสมัครใจ” ของคุณหมอสมศักดิ์ ที่จะอยู่ “ร่วมหัวจมท้าย” กับ มสช. ยาวนานถึง 15 ปี ด้วยความมุ่งมั่นไปที่การนำอุดมการณ์ในการก่อตั้ง มสช. ไปสู่การปฏิบัติจริง

ในช่วงเวลานี้ มสช. ริเริ่มผลงานไว้จำนวนมาก จุดร่วมที่สำคัญคือเป็นการแปลงแก่นสาระ *“สร้างและใช้ความรู้เพื่อผลักดันสู่นโยบาย”* ไปสู่กระบวนการและพื้นที่ปฏิบัติการที่หลากหลาย อย่างเช่น เครือข่ายวิจัยสุขภาพ (HRN) สนับสนุนโดย สกว., แผนงานนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Healthy Public Policy Program) ที่สนับสนุนโดย สสส., แผนงานชีวจริยธรรม (Bioethics) ที่ทำร่วมกับ ไบโอเทค, โครงการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research-R2R) ที่ทำร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นต้น

แต่สิ่งที่มีความสำคัญต่อ มสช. เองมากที่สุดก็คือ ตลอดช่วงเวลาของการทำงานอันเข้มข้นช่วงนี้ คุณหมอสมศักดิ์ พยายามสร้างสภาพแวดล้อมให้ มสช. เป็น *“องค์กรแห่งการเรียนรู้” (learning organization)* จนทำให้แนวคิดและแนวทางการทำงานของ มสช. เกิดการตกผลึกในหลาย ๆ เรื่อง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจหลักขององค์กร นั่นคือ ***“การพัฒนาระบบสุขภาพบนฐานความรู้” (Building knowledge-based health system)***

ในช่วงเวลานี้ มสช. ได้คลี่คลาย “โจทย์” ทั้ง 2 ข้อด้วยความเอาใจใส่ มุ่งมั่น และนำความรู้ที่ได้นั้นมาแบ่งปันไว้ในโอกาสต่าง ๆ ดังนี้

การพัฒนาระบบสุขภาพบนฐานความรู้

ประเด็นสำคัญที่ มสช. เรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพบนฐานความรู้ มีดังนี้

ประเด็นแรก ระบบการสร้างและใช้ความรู้เพื่อนำไปสู่ "การพัฒนาระบบสุขภาพ"

กระบวนการสร้างและใช้ความรู้เพื่อนำไปสู่การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและสังคมอย่างแท้จริงนั้น ได้มีการวางรากฐานที่ดีไว้โดยคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ และหลังจากเกิด สวรส. และ สกว. ในปี พ.ศ. 2535 รวมถึงองค์การอิสระด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมอื่น ๆ ที่ค่อย ๆ เกิดตามมา เช่น สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ฯลฯ จึงมีการสานต่อและทำให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับ

เมื่อคุณหมอสมศักดิ์ มาเป็นเลขาธิการ มสช. ก็ได้นำความรู้นี้มาต่อยอดในการทำงานขององค์กรด้วย ดังที่คุณหมอเล่าว่า

"เมื่อเกิด สวรส. และ สกว. ที่ต่างก็พยายามทำให้เกิดการสร้างและการใช้ความรู้อย่างเป็นระบบ โดยมีฐานมาจากประสบการณ์สมัยคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ

"จากนั้นก็เริ่มมีสิ่งที่เรียกว่า การบริหารจัดการการวิจัยที่ชัดเจนยิ่งขึ้นเป็นลำดับ นั่นคือเป็นการบริหารจัดการวิจัยเชิงระบบที่มีขั้นตอนหรือเป้าหมายมากกว่าการบริหารแผนงานโครงการวิจัยให้เสร็จสิ้นแต่เพียงอย่างเดียว เพราะส่วนสำคัญมุ่งที่การบริหารจัดการเพื่อให้งานวิจัยถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นระบบ

"เรื่องนี้เป็นสิ่งที่ประเทศต่าง ๆ ต้องการเป็นอย่างยิ่ง แต่ขณะเดียวกัน ผู้เกี่ยวข้องก็มักมองไม่เห็นแง่มุมและความจำเป็นเชิงจัดการ เพราะเชื่อแบบนักวิชาการว่า งานวิจัยที่ดีมีคุณภาพเดี๋ยวก็มีคนเอาไปใช้ประโยชน์เอง ถ้าพยายามมากเกินไปเพื่อให้คนเอามาใช้ประโยชน์อาจเข้าข่ายนักวิชาการไปอวดอ้างสรรพคุณหรือโฆษณาผลงานตัวเองมากเกินไป

คุณหมอสมศักดิ์ อธิบายว่า การบริหารจัดการงานวิจัยจากมุมมองเชิงระบบนั้นเป็นการจัดการงานวิจัยในขอบเขตกว้างกว่าการจัดการตามข้อเสนอโครงการวิจัยและการจัดการเพื่อให้ทำโครงการวิจัยเสร็จสิ้นอย่างมีคุณภาพประสิทธิภาพ แต่ยังรวมถึงการจัดการเพื่อให้เกิดการใช้งานวิจัยให้เป็นประโยชน์ด้วย ดังนั้น เรื่องของ **"การจัดการความรู้"** (knowledge management) จึงมีความสำคัญต่อ มสช. และทำให้เกิดการจัดการการวิจัยไปพัวพันกับการบริหารจัดการองค์กรอีกต่อหนึ่ง

ในช่วงเวลานี้ มสช. ยังสรุปบทเรียนออกมาเป็น **"ทางสายกลางของการบริหารจัดการการวิจัย"** เพื่อให้มีบทบาทเป็นนักบริหารจัดการงานวิจัยแบบ "มืออาชีพ" ที่ทำหน้าที่นี้ได้อย่างสมดุลและมั่นใจ

"มาถึงในช่วงเวลานี้ มสช. กล้าสรุปเป็นหลักการสำคัญ ที่เป็นเสมือนทางสายกลางของการบริหารจัดการการวิจัยได้ว่า การจะให้งานวิจัยโดยเฉพาะส่วนที่ไม่ได้เป็นความรู้วิทยาศาสตร์พื้นฐานหรือเป็นเทคโนโลยี ต้องอาศัยการจัดการที่ดี เพื่อให้เกิดการรับรู้และเอาไปใช้ประโยชน์ โดยต้องเป็นการจัดการแบบการสร้างการมีส่วนร่วมและต้องระมัดระวังไม่ให้กลายเป็นการโฆษณาหรืออวดอ้างเกินกว่าเหตุ

> *"ด้วยเหตุนี้การจัดการวิจัยจึงต้องอยู่บนฐานของวิชาการและคำนึงถึงคุณภาพงาน รวมทั้งข้อจำกัดต่าง ๆ ของความรู้ที่เกิดขึ้น และมีการให้ความรู้โดยครบถ้วนแก่ผู้ที่นำไปใช้ตัดสินใจ ไม่ใช่แค่บอกว่าเขาควรตัดสินใจอย่างไร"*

ประเด็นที่สอง การพัฒนาระบบสุขภาพ "บนฐานความรู้"

นี่เป็นประเด็นที่เกี่ยวเนื่องกับการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในห่วงโซ่ส่วนปลายของภารกิจการบริหารจัดการงานวิจัย ดังที่กล่าวไว้ในประเด็นแรก

"เมื่อยุ่งกับสิ่งที่เรียกว่าระบบสุขภาพบนฐานความรู้และกำหนดภารกิจเบื้องต้นว่าการจัดการความรู้ ในช่วงแรก ๆ ก็ยังไม่ค่อยแน่ใจว่าเราควรต้องทำงานอย่างไร หรือทำงานแค่ไหน ส่วนใหญ่ก็ยังใช้วิธีการสร้างงานวิจัยแล้วหาทางเอาผลวิจัยไปให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้ใช้ประโยชน์ ทั้งที่เห็นชัดขึ้นเรื่อย ๆ ว่างานวิจัยหนึ่งชิ้น น่าจะใช้ประโยชน์ได้น้อย และในทางตรงกันข้าม คนที่ตัดสินใจใช้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ มักจะต้องการรู้มากกว่าผลการวิจัยจากงานวิจัยเพียงชิ้นเดียว" คุณหมอสมศักดิ์เล่าถึงแนวคิดในขณะนั้น

ในช่วงเวลาแห่งความลังเลสงสัยนี้ "แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" ก็มาให้แนวทางค้นหาคำตอบ

ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2542 แนวคิด "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" เริ่มเป็นที่รู้จักแพร่หลายและมีการนำมาใช้นำทางการพัฒนางานด้านสาธารณสุขในองค์การอิสระต่าง ๆ รวมทั้ง มสช. โดยแนวคิดนี้ อาจารย์ประเวศ วะสี กลั่นออกมาจากประสบการณ์การทำงานในเรื่องการจัดทำรัฐธรรมนูญ "ฉบับประชาชน" ในปี พ.ศ. 2540 ร่วมกับการเคลื่อนงานควบคุมยาสูบในช่วงแรก ร่วมกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และมูลนิธิหมอชาวบ้าน

คุณหมอสมศักดิ์ เล่าถึงการเชื่อมโยงแนวคิดนี้เข้ามาใช้กับงานของ มสช. ว่า

"ในฐานะที่เป็นองค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร เรามีสถานะเป็นเพียงกลไกเล็ก ๆ ในระบบที่ใหญ่และซับซ้อนของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เมื่ออาจารย์ประเวศพูดถึง 'สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา' ก็ทำให้เกิดแรงบันดาลใจ

"อาจารย์ประเวศชี้ให้เห็นว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการสามเหลี่ยมดังกล่าว บางคนอาจใช้คำว่า 'หลักฐาน' (evidence) แต่ที่นี่เราเห็นว่า การใช้คำว่า 'ความรู้' (knowledge) น่าจะมีความหมายที่ลึกซึ้งกว่า และยังกว้างกว่าเพราะรวมถึงสิ่งอื่น ๆ นอกเหนือจากหลักฐานจากการวิจัย แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือเราเชื่อว่าการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญและสร้างประโยชน์มากกว่าเพียงการเผยแพร่ความรู้

"แนวคิดเรื่องสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ทำให้มองเห็นการทำงานที่แตกต่างไปจากเดิมในหลายแง่ แต่แง่มุมที่อยากพูดถึงคือ ความสำคัญของการทบทวนรวบรวมความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องมากกว่าการมารอใช้ผลการวิจัยเพียงเรื่องเดียว ซึ่งอาจจะกลับเป็นข้อจำกัด เพราะบ่อยครั้งใช้เวลานานกว่าจะเสร็จสิ้นจนได้ผล แถมบางครั้งได้ผลวิจัยแล้วยังสรุปไม่ได้หรือกลับทำให้เกิดเรื่องใหม่ ๆ ที่ไม่รู้ตามมาอีกมากมาย"

สิ่งที่ มสช. ให้ความสนใจมากที่สุดในสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ก็คือ เหลี่ยม "ความรู้" ซึ่งมีแง่มุมที่ลึกซึ้งกว่าที่มองเห็นกันอยู่โดยทั่วไป

"แนวคิดนี้ทำให้เห็นว่าคำพูดที่ว่า 'ข้อมูลข่าวสารคือพลังอำนาจ' หรือ 'Information is power' นั้นไม่จริงเสมอไป ถ้าจะพูดให้เข้าข้างคนที่คิดคำพูดนี้ก็ต้องบอกว่า 'ความรู้ซึ่งสร้างให้เกิดความรู้ด้วยถึงจะมีพลัง' หรือ 'Information (which is made to be informative) is power' เพราะบ่อยครั้ง information is not informative คือมันไม่มีความหมายเท่าที่ควร รับรู้แล้วก็แล้วไป ไม่สามารถกระตุ้นความสนใจหรือจินตนาการที่จะให้คิดตามได้

"ถ้าเป็นแบบนี้ ความรู้จากการวิจัยหรือถูกรวบรวมมาจากฐานข้อมูลความรู้ที่มีคุณค่ามีคุณภาพทางวิชาการมากมายเพียงไรก็อาจไม่มีความหมาย"

คุณหมอสมศักดิ์ ได้สะท้อนให้เห็นว่าจากความรู้ว่าด้วย "ความรู้" ที่มีความเท่าทันมากยิ่งขึ้นนี้ ส่งผลให้ มสช. สนใจพัฒนาวิธีทำงานในการสร้างพลังให้กับความรู้

"อาจารย์ประเวศมักพูดถึงเรื่องนี้โดยใช้คำว่า knowledge empowerment โดยบอกว่าพวกเราจำเป็นต้องคำนึงถึงเรื่องการ empower knowledge ให้มาก ๆ

"ตอนแรกที่ได้ยินคำนี้ พวกเราตีความว่า อาจารย์หมายถึงการที่เราจะต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการเอา knowledge ไป empower สังคม แต่พอได้มีการพูดคุยกับอาจารย์โดยละเอียดจึงได้ทราบว่า อาจารย์หมายถึงความจำเป็นที่เราจะต้องทำความเข้าใจกับความรู้ในลักษณะต่าง ๆ และหาทางให้ความรู้กลายเป็นของที่มีพลัง

> *"พูดง่าย ๆ คืออาจารย์ชี้ให้เห็นว่า knowledge is not necessarily powerful ถ้ามันไม่ถูกทำให้มี power...เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น"*

การพัฒนานโยบายที่ดีแบบ "มียุทธศาสตร์"

การทำงานในช่วงเวลานี้ ทำให้ มสช. เกิดความรู้ในการทำงานพัฒนาและผลักดันนโยบายที่ลึกซึ้งมากขึ้นด้วยเช่นกัน

"สนามการทำงาน" ที่สำคัญก็คือ "แผนงานนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี" ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2550

คุณหมอสมศักดิ์ กล่าวว่า แผนงานนี้ทำให้ มสช. ได้บทเรียนของสิ่งที่เรียกว่า *"การทำงานเชิงยุทธศาสตร์"* ชัดเจนขึ้น

"มาถึงจุดนี้ เราพบว่า การผลักดันนโยบายมาได้จาก 2 แบบ ***แบบแรก*** *คือ การไปผลักดันผ่านผู้มีอำนาจโดยตรง* ***แบบที่สอง*** *คือ การไปทำงานกับสังคมวงกว้าง ถ้าถามว่าแบบไหนดีกว่ากัน ก็คงตอบง่าย ๆ ว่า ดีทั้งคู่ แต่ดีคนละแบบ แล้วถ้าถามต่อว่า แบบไหนจะได้ผลดีกว่ากัน ก็ต้องตอบว่า ขึ้นอยู่กับว่าอยากได้ผลอะไร*

"ถ้าอยากให้มีนโยบายใหม่เกิดขึ้น การไปทำงานกับผู้มีอำนาจโดยตรง โดยเฉพาะเมื่อเขาอยากได้ข้อมูลข้อเสนอแนะจากนักวิชาการก็น่าจะได้ผลดีกว่า แต่ถ้าอยากได้สังคมที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนโยบายสาธารณะหรือเรียกให้ทันสมัยว่า สังคมที่รู้เท่าทันเรื่องนโยบายสาธารณะ การทำงานแบบที่สองก็น่าจะได้ผลมากกว่า แม้ว่าอาจจะไม่ได้นโยบายที่อยากได้ เพราะการเชื่อมต่อกับผู้มีอำนาจโดยตรงอาจจะหย่อนไปบ้าง..."

แผนงานนี้ผสมผสานทั้ง 2 แบบแต่เน้นไปในแบบที่สอง โดยนำทิศทางหลักของ มสช. นั่นคือ การพัฒนาระบบสุขภาพบนฐานความรู้มาเป็นสาระสำคัญ

"แผนงานนี้มีการคุยกันแต่แรกว่าจะมุ่งเน้นการทำงานกับหน่วยราชการเป็นหลัก โดยหวังให้เขามีความรู้ความสามารถในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่อยู่ในความรับผิดชอบเพื่อให้มีผลดีต่อสุขภาพหรือมีผลเสียน้อยที่สุด โดยเน้นการสร้างเครือข่ายวิชาการ แต่ยังไม่ถึงหน่วยราชการ หากเพิ่มองค์ประกอบของผู้เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะให้ครบถ้วนขึ้น กับการสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะที่มุ่งให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และตัดสินใจร่วมกันภายใต้การทำงานวิชาการเพื่อหาข้อมูลและวิเคราะห์รวมทั้งข้อเสนอแนะอย่างเป็นระบบ

"คำถามคือ แผนงานนโยบายสาธารณะที่เริ่มจากการพัฒนาศักยภาพหน่วยราชการนี้ถูกทิศทางหรือไม่ เนื่องจากคนตัดสินใจเชิงนโยบายตอนนี้เป็นนักการเมือง ไม่ใช่นักวิชาการในหน่วยราชการ นอกจากนี้ข้าราชการเองหรือไม่เว้นแม้แต่นักวิชาการก็มีหน้าที่หลักในการทำตามนโยบายหรือมาตรการที่กำหนดมาล่วงหน้าแล้ว ไม่มีเวลาจะมาวิเคราะห์หรือปรับแนวทางการดำเนินงานใด ๆ ทั้งสิ้น

"พอฟังความเห็นจากผู้อยู่ในวงการพัฒนานโยบายแต่ไม่ได้เป็นข้าราชการก็เห็นตรงกันว่า ในหลักการแล้วยังไงก็ต้องช่วยกันทำให้เกิดการวิเคราะห์นโยบายต่าง ๆ อย่างรอบด้าน ไม่ควรปล่อยให้เป็นหน้าที่ของฝ่ายการเมืองแต่เพียงฝ่ายเดียว และว่าไปแล้วการวิเคราะห์เพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะที่มีผลดีต่อคุณภาพชีวิตประชาชน ก็น่าจะเป็นสิ่งที่ฝ่ายการเมืองต้องการด้วยเช่นกัน ยิ่งถ้ามีการวิเคราะห์และเสนอทางเลือกอย่างเป็นระบบและเป็นวิชาการก็ยิ่งดี"

ยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะในแผนงานนี้จึงเป็นการสร้างภาคีระหว่างภาครัฐกับฝ่ายวิชาการ แล้วทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างการวิเคราะห์และสังเคราะห์หาทางเลือกเชิงนโยบายในเรื่องสำคัญ ๆ

หากเชื่อมโยงกลับไปยังประเด็นสำคัญที่ มสช. ค้นพบอีกเรื่องหนึ่ง นั่นคือ empower knowledge แผนงานนี้ก็คือพัฒนาวิธีทำงานในการ "สร้างพลังให้กับความรู้" นั่นเอง และได้ขยายกลุ่มเป้าหมายผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการไปสู่ประชาชนด้วย

"เมื่อลงมือทำจริง ๆ แผนงานก็ยังได้ความคิดเพิ่มเติมจาก อ.ประเวศว่า ควรสร้างให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมด้วย เพราะเรื่องนโยบายไม่ใช่เรื่องของนักวิชาการกับข้าราชการเท่านั้น แต่ประชาชนหรือผู้คนในสังคมก็น่าจะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายด้วย และเมื่อเป็นเช่นนั้น การทำงานกับสื่อมวลชนเพื่อให้เกิดการสื่อสารนโยบายสาธารณะกับสังคมอย่างมีประสิทธิภาพก็เป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน"

เมื่อความรู้ความเข้าใจต่อกระบวนการเชื่อมโยงความรู้เข้ากับการพัฒนาให้เกิดนโยบายที่ดีคมชัดยิ่งขึ้นจนมาถึงจุดนี้ แผนงานนี้จึงออกแบบให้มี *"3 ขาหลัก"*

"ขา" แรก เป็นการสร้างเครือข่ายวิชาการ ที่เน้นเรื่องการสร้างความรู้วิเคราะห์และสังเคราะห์นโยบายแต่ละเรื่องกับการสร้างภาคีทำงานร่วมกัน

"ขา" ที่สอง คือการสร้างกระบวนการนโยบายที่มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตจากการทำงานของเครือข่ายวิชาการ

"ขา" ที่สาม คือการทำงานกับสื่อมวลชนเพื่อให้เกิดการสื่อสารอย่างเป็นระบบมากขึ้น

อุดมการณ์และเป้าหมายในการก่อตั้ง มสช. ที่มั่นคงไม่คลอนแคลน ทำให้วันเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมาไม่ได้จำกัดแค่เกิดผลงานชิ้นแล้วชิ้นเล่า แต่ยังทำให้เกิด "มรดก" อันทรงคุณค่า นั่นคือความรู้ว่าด้วย *"การสร้างและใช้ความรู้เพื่อผลักดันนโยบาย"* ที่กลั่นตัวจากการใคร่ครวญสิ่งที่เกิดในความเป็นจริงสำหรับนำไปพัฒนาการทำงานให้เชี่ยวชาญยิ่งขึ้นตามวันเวลา

ดังที่คุณหมอสมศักดิ์สรุปสาระสำคัญไว้ว่า

"รูปแบบการทำงานของ มสช. ปรับเปลี่ยนและปรับปรุงมาเป็นลำดับในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา แต่หลักการและเป้าหมายสุดท้ายไม่เคยเปลี่ยนแปลง นั่นคือ การทำงานเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม การสร้างการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย การยืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง"

บทที่ 7

สืบสาน รักษา

(พ.ศ. 2557-2559)

"

แนวความคิดของคนทำงาน มสช. ตั้งแต่ยุคบุกเบิก มาจนถึงปัจจุบัน ก็คือมองปัญหาสุขภาพในลักษณะของภาพกว้างหลายมิติผสมผสานกัน ไม่ได้แยกว่าสุขภาพก็สุขภาพอย่างเดียว ไม่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจหรือสังคม มองเห็นความเกี่ยวข้องกันทั้งหมด

"

นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์

ปี พ.ศ. 2557 มีเหตุการณ์สำคัญ 2 เรื่อง ที่ส่งผลกระทบต่อ มสช.

เรื่องแรก เป็นผลกระทบจากการที่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทุนแหล่งหนึ่งของ มสช. เผชิญมรสุมครั้งสำคัญอีกครั้งหนึ่ง ด้วยการถูกตั้งข้อกล่าวหาว่า ดำเนินการให้ทุนแบบไม่โปร่งใส

สิ่งที่เกิดตามมาคือ การชะลอเบิกจ่ายเงินตามสัญญาให้แก่องค์กรผู้รับทุนของ สสส. อยู่นานหลายเดือน ยิ่งไปกว่านั้นยังส่งผลถึงภาคีเครือข่ายที่รับทุนจาก สสส. ที่หลายแห่งพลอยถูกเข้าตรวจสอบจากภาครัฐ

แม้ว่าในที่สุด ไม่พบว่า สสส. หรือภาคีองค์กรใดมีความผิดตามข้อกล่าวหา แต่ช่วงเวลานั้นก็ส่งผลกระทบโดยตรงต่องานของภาคีเครือข่าย ซึ่งรวมถึง มสช. ต้องสะดุดหยุดลง และจำเป็นต้องเดินหน้าด้วยความระมัดระวัง

อีกเรื่องหนึ่ง คือ คุณหมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ผู้ซึ่งดำรงตำแหน่งเลขาธิการ มสช. มายาวนานถึง 15 ปี ได้รับเชิญให้ไปรับตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ในช่วงเวลานี้ มสช. ได้ปรับตัวสู่ลีลาสงบนิ่ง และเน้นการสืบสานรักษาองค์กรให้มั่นคงอีกครั้ง

สืบสานบนรอยต่อ

นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ คือผู้ที่มาสานต่องาน ในฐานะเลขาธิการ มสช. คนที่หก

คุณหมอศุภมิตร ใกล้ชิดกับคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ และ มสช. มานานเกือบ 30 ปี โดยเป็นผู้สร้างความรู้ชิ้นสำคัญให้แก่คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ นั่นคือ งานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งถูกนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับชาติ

ในปี พ.ศ. 2557 คุณหมอศุภมิตร เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาระดับแถวหน้าของประเทศไทย มีตำแหน่งเป็นนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ของกระทรวงสาธารณสุข กำลังจะเกษียณอายุราชการในปีถัดไป

"ตั้งใจแต่แรกว่าขอรับตำแหน่งชั่วคราว เพื่อให้กลไกนี้เดินต่อไปได้ เพราะว่าผมรู้สึกว่าขอบเขตของงาน มสช. กว้างมาก ส่วนผมมีประสบการณ์กับความคุ้นเคยมาในด้านการควบคุมโรคติดต่อ ก็คิดว่าต้องอาศัยอาจารย์ด้านต่าง ๆ ช่วยกัน ให้คำแนะนำ และช่วยกันผลักดันต่อ"

ช่วงเวลา 2 ปี ที่คุณหมอศุภมิตรดูแลนโยบายของ มสช. จึงเป็นช่วงของการธำรงรักษาองค์กร เพื่อให้ มสช. คงระดับการทำงานให้เดินหน้าต่อไป ไม่เน้นที่การขยายงาน

"ตอนนั้นเป็นจังหวะเดียวกับที่แหล่งทุนใหญ่คือ สสส. ถูกเพ่งเล็ง มีความระแวงจากทางฝ่ายปกครอง และเข้ามาตรวจสอบทั้ง สสส. และเครือข่ายที่เป็นองค์กรพัฒนาเอกชน มีการใช้ข้อระเบียบอะไรต่าง ๆ มากมาย จนทำให้ สสส. ชะงักเกือบตลอดช่วงนั้นเลย จนปีถัดมาจึงค่อย ๆ ผ่อนคลายมากขึ้น

"ฉะนั้นกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงนั้นทำไม่มาก เน้นการสานต่อชุดงานเดิมเอาไว้เป็นหลัก ทั้งด้วยความติดขัดเรื่องทุนและบรรยากาศไม่ค่อยดึงดูดให้คนใหม่ ๆ เข้ามา"

คุณหมอศุภมิตร สรุปโครงการหลักในเวลานั้นว่ามี 3 ชุดโครงการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสังคมและสิ่งแวดล้อม แต่มีแกนกลางที่เรื่องสุขภาพ โดยคุณหมออธิบายความคิดเบื้องหลังว่า

"แนวความคิดของคนทำงาน มสช. ตั้งแต่ยุคบุกเบิกมาจนถึงปัจจุบัน ก็คือ มองปัญหาสุขภาพในลักษณะของภาพกว้างหลายมิติผสมผสานกัน ไม่ได้แยกว่าสุขภาพก็สุขภาพอย่างเดียว ไม่เกี่ยวกับเศรษฐกิจหรือสังคม มองเห็นความเกี่ยวข้องกันทั้งหมด"

สาระสำคัญของ 3 โครงการดังกล่าว มีดังนี้

ชุดโครงการแรก คือ เรื่องสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

"ส่งเสริมให้นักเรียน นักศึกษา สนใจสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นของตนเอง โดยจัดกระบวนการให้เข้าไปศึกษาว่ามันเกิดอะไรขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องของมลภาวะ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมที่กระทบต่อสิ่งแวดล้อม แล้วทำรายงานและจัดทำสื่อถึงประชาชนเพื่อให้ร่วมกันมาแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมโดยผสมผสานกับเรื่องสุขภาพด้วย"

ชุดโครงการที่ 2 คือ การคุ้มครองเด็กที่ได้รับการทารุณกรรม

"เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงมีอยู่เยอะมาก แต่ไม่ปรากฏชัดเจน ถ้าไม่เข้าไปดูก็ไม่พบ กิจกรรมชุดนี้มุ่งศึกษาปัญหาที่ซ่อนเร้นนี้ และค้นหารูปแบบของการทำงาน โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชุมชนเข้าไปช่วยเหลือ

"งานชุดนี้ก็ทำต่อเนื่องหลายปี พอทำไปคนทำก็สนุก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็มองเห็นประโยชน์ และกลายเป็นเครือข่ายกันต่อมา มีหลายหน่วยงานที่ร่วมมือกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (พม.) ตำรวจ ศาล ฯลฯ กลายเป็นชุดงานที่มีหลายฝ่ายร่วมมือกัน

"งานแบบนี้ถ้าไม่มีใครประสานจะทำยาก เพราะในระบบราชการ ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตัวเอง แต่เวลาเกิดปัญหาที่ซับซ้อนจะต้องสานความร่วมมือ เพราะฉะนั้น model development package นี้ จึงทำให้เกิดเครื่องมือให้คนได้เข้ามาจัดการปัญหาร่วมกัน ตั้งแต่ขั้นตอนการเฝ้าระวังเด็กตั้งแต่ก่อนหน้าที่จะเกิดปัญหา ไปจนถึงแนวทางการช่วยเหลือเยียวยา และคุ้มครองเด็กที่ได้รับปัญหาแล้ว"

ชุดโครงการที่ 3 คือ การคุ้มครองเด็กและเยาวชนจากการพนัน

"เป็นชุดโครงการที่ทำต่อเนื่องพอสมควร 7-8 ปี ทำมาตั้งแต่ก่อนผมจะเข้ามาสัก 2 ปี พอผมออกจากการเป็นเลขาธิการแล้วก็ยังช่วยเป็นที่ปรึกษาอีกหลายปี

"ชุดโครงการนี้มีขนาดใหญ่ และทำงานในลักษณะของการจัดการความรู้ โดยประมวลความรู้สภาพปัญหาออกมาให้ชัดเจนเพื่อให้สื่อสารออกไปได้ ช่วงแรกยังสำรวจไปทั่ว ๆ เพราะการพนันมีหลายประเภทมาก ทั้งเล่นไพ่ บ่อน ฟุตบอล ฯลฯ แต่ตอนหลังก็มาจับจุดเน้นที่เรื่องพนันออนไลน์ เพราะอันตรายมากที่สุดและจะขยายตัวได้มาก รวมทั้งมีการจัดเวทีเพื่อให้คนและหน่วยงาน

ที่ขับเคลื่อนเรื่องนี้ ทั้งอย่างทางการและอย่างไม่ทางการได้มาดูข้อมูลด้วยกัน และปรึกษาหารือกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปว่าจะทำอะไรด้วยกันต่อ แล้วก็ร่วมมือกันทำ โดยมุ่งเรื่องของการพัฒนานโยบาย”

คุณหมอศุภมิตร มองว่า บทเรียนสำคัญจากชุดโครงการเหล่านี้ก็คือ เมื่อได้เครื่องมือที่ดีในการเริ่มแก้ปัญหาที่มีผลกระทบสูงแล้วต้องหาทางสานต่อ

“เสียดายชุดที่ 2 คือ เรื่องของการปกป้องเด็กที่ได้รับการกระทำรุนแรงในครอบครัว ตรงที่ว่าบางอย่างที่คิดไว้ว่าอยากจะทำแล้วไม่ได้ทำต่อ นั่นคือ ต้นแบบเครื่องมือที่เอามาใช้ในการค้นหาและช่วยเหลือเด็กในชุมชนที่ถูกกระทำรุนแรงที่ได้ออกแบบไว้แล้ว แต่ไม่ได้ต่อยอด แม้อาจจะใช้กันอยู่ในบางท้องถิ่น แต่ถ้าได้รับการพัฒนาและนำไปใช้ต่อก็จะช่วยเหลือเด็กได้อีกมาก

“ยกตัวอย่างเช่น เครื่องมือที่จะใช้ในการพัฒนาบุคลากรที่จะเข้าไปช่วยเหลือเด็กว่าพวกเขาจะทำงานร่วมกันได้อย่างไร ยกตัวอย่างครูพบเด็กที่มีปัญหาอยู่ตลอด แต่ครูจะต้องไปร่วมมือกับคนอื่น จึงจะช่วยเด็กได้สำเร็จ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งดูแลเด็กที่ปลายทางเมื่อได้รับบาดเจ็บแล้วก็อยากร่วมมือกับตำรวจ กับครูเพื่อสามารถป้องกันหรือแก้ปัญหาได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ เป็นต้น พอโครงการเดินมาถึงจุดนี้ หลายฝ่ายก็เห็นตรงกันและตั้งใจว่า จะต้องมีหลักสูตรฝึกอบรมแบบระยะสั้น เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องในเรื่องนี้มาเรียนรู้ด้วยกัน แล้วไปพัฒนาให้เกิดเครือข่ายการทำงานในแต่ละท้องถิ่น แต่พอชุดโครงการจบลง ก็ยังไม่รู้ว่าจะมีใครเอาไปทำต่อหรือเปล่า”

บทเรียนนี้สะท้อนถึงความตระหนักว่าการสร้างความต่อเนื่องทางสติปัญญา “continuity of wisdom” ซึ่งถือเป็นหัวใจห้องหนึ่งของงาน มสช. นั้น ควรนำมาใช้เป็นหลักในการ “สืบสาน” โดยบริหารจัดการผลที่เกิดจากโครงการให้งอกงาม สมกับที่ได้ทุ่มเททรัพยากรทุกด้านด้วย

บทที่ 8

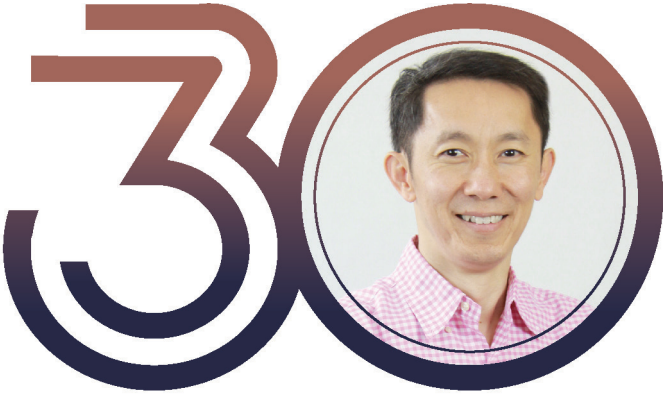
ข้ามรุ่น ข้ามประเด็น ข้ามพรมแดน

(พ.ศ. 2560-2562)

"

มสช. มีจุดเด่นตรงที่มีอาจารย์ผู้ใหญ่ที่มีความเมตตา มีความกรุณา มีกัลยาณมิตรเยอะ หลายท่านเป็นคนที่ช่วยบ่มเพาะให้มีความคิดเพื่อสังคม และทำงานแบบมืออาชีพ สิ่งเหล่านี้คือคุณค่าที่เป็นเหมือนแม่เหล็ก ที่ดึงดูดให้คนอยากมาทำงานด้วย

"



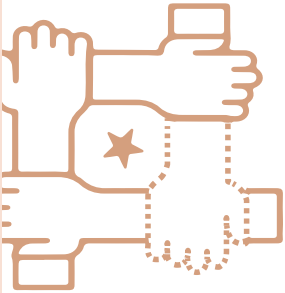
ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

หลังปี พ.ศ. 2559 ได้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่น่าจับตาอย่างยิ่งใน มสช.

เพราะนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา เลขาธิการ มสช. ไม่ได้เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่ม "คณะผู้ก่อตั้ง" ที่ร่วมสืบสานภารกิจและเป็นกำลังสำคัญอย่างเข้มแข็งมาตั้งแต่ยุคคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติอีกต่อไป แต่กลายเป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่มีอุดมการณ์สอดคล้องกับการทำงานในองค์กรไม่แสวงหากำไร และที่สั่งสมประสบการณ์การทำงานพัฒนาระบบสุขภาพมาไม่น้อยกว่า 20 ปี

เริ่มต้นจาก **นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์** ในปี พ.ศ. 2560 สานต่อด้วย **ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์** ในปี พ.ศ. 2560-2561 และ **ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย** ในปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน

"ผู้นำรุ่นใหม่" ของ มสช. ได้ช่วยกันเปิด *"หน้าต่างแห่งโอกาส"* บานใหม่ ๆ ให้กับ มสช. บนวิสัยทัศน์และความถนัดของตนอย่างเต็มที่



งานมีพลัง...หลังบ้านต้องแข็งแรง

ตอนที่ คุณหมออัครินทร์ตอบรับทำหน้าที่เลขาธิการคนที่เจ็ดของ มสช. ในปี พ.ศ. 2560 นั้น เป็นช่วงเวลาที่ มสช. กำลังเผชิญกับปัญหาระบบการบริหารภายใน ไม่ต่างจากองค์กรทั่วไปที่หนีไม่พ้นต้องพบกับสภาพเช่นนี้เป็นระยะ ๆ จนกล่าวได้ว่าเป็นเรื่องปกติ เพียงแต่จะจัดการได้ตรงจุดและพาให้ผ่านพ้นไปได้หรือไม่เป็นสำคัญ

“ช่วงที่ผมเข้าไปนั้น คุณหมอสมศักดิ์ ซึ่งเป็นประธาน มสช. มีภารกิจต้องไปสอนหนังสือที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา เลยโดดเดี่ยวหน่อย (หัวเราะ)

“วันที่รับงานจากอาจารย์ศุภมิตร โครงการที่ มสช. ตอนนั้นมีอยู่ 2 เรื่องเท่านั้น ไม่รู้ว่าจะเรียกว่าเป็นเรื่องสุขภาพได้ตามเป้าหมายเดิมของมูลนิธิหรือไม่ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการคุ้มครองเด็กจากการพนัน และก็มีเรื่องการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กที่ได้รับการทำทารุณกรรม

“ในด้านสำนักงาน ผมเข้าไปในช่วงที่กำลังขาดคนทำงานพอดี ทำให้การบริหารงานขาดตอนไปมาก โชคดีที่ต่อมาเรามีผู้บริหารสำนักงานที่เข้มแข็งร่วมเข้ามาช่วยประคับประคองจึงทำให้การบริหารงานเริ่มประติดประต่อและเดินหน้าต่อไปได้

“

ระบบภายในของสำนักงานนี่สำคัญสุด ๆ เลยนะ
ถ้า engine ยัง broken องค์กรก็ก้าวต่อไปไม่ได้เลย

”

คุณหมออัครินทร์สรุป

คุณหมออัครินทร์ทำงานร่วมกับ มสช. มาก่อนหน้านั้นหลายปีแล้ว ในฐานะผู้บริหารโครงการสำคัญที่ มสช. ภาคภูมิใจโครงการหนึ่ง นั่นคือ โครงการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ หรือ R2R ที่ทำร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยมุ่งให้คนทำงานสามารถสร้างงานวิจัยควบคู่ไปกับงานประจำได้ โดยมีสมมุติฐานว่า ถ้ามีการจัดการดี ๆ มีประสิทธิภาพย่อมเป็นไปได้

ผู้ที่บุกเบิกและร่วมเป็น “มันสมอง” สำคัญให้กับโครงการนี้ ได้แก่ คุณหมอวิจารณ์ พานิช คุณหมอธาดา ยิบอินซอย คุณหมอปิยะสกล สกลสัตยาทร คุณหมอปรีดา มาลาสิทธิ์ และ คุณหมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ โดยคุณหมออัครินทร์ มาร่วมสานต่อหลังเรียนจบกลับมาจากต่างประเทศ

คุณหมออัครินทร์ สรุปถึงประโยชน์จากการทำ R2R ไว้อย่างกระชับว่า

*“คุณค่าของ R2R ผมว่ามี 3 ด้าน **ด้านแรก** คือ การเปลี่ยนจากความเห็นเป็นความรู้ เอาความรู้มาทำงาน ความรู้ของ R2R อาจจะไม่ใช่ความรู้ใหม่ของโลก แต่เป็นช่วงสุดท้ายที่ทำให้ความรู้ที่ผ่านการพิสูจน์มาแล้วระดับหนึ่งนี้มี application ให้เกิดเป็น benefit of mankind **ด้านที่สอง** ทำให้คนทำงานเกิดการเรียนรู้ อาจารย์วิจารณ์ใช้คำว่า คนทำงานเขาไม่ใช่ nobody เขาเป็น somebody ขึ้นมา เขามีสิทธิ์ที่จะ speak up ว่า สิ่งที่เขาคิดว่ามันดีกว่าคืออะไร แล้ว challenge ระบบ ซึ่งแปลว่าระบบต้องเปิดให้ challenge ได้ด้วย จากสมัยโบราณ พี่บอกยังไงน้องก็ต้องเชื่อ ระบบยอมรับเดี๋ยวนี้พี่ยุคใหม่ เขาจะบอกว่า ไม่รู้อะไรก็มาทำวิจัยกันไหม ด้วยกระบวนการแบบนี้เราก็จะได้คนที่คุณภาพดีขึ้นด้วย **ด้านที่สาม** องค์กรจะได้คนที่เป็น analytic รู้สึกว่า engage กับงาน และ engagement เขาเป็นคน design เองได้ด้วย*

“สิ่งที่ผมพูดนั้นคือประโยชน์ขององค์กร แต่จากนั้นองค์กรก็คงจะไปส่งมอบคุณค่าที่เกิดขึ้นนี้ให้กับผู้รับบริการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรต่อไปอีกทอดหนึ่ง”

พื้นฐานความเชี่ยวชาญและมุมมองจากเรื่อง R2R ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์กรโดยใช้ความรู้ของคุณหมออัครินทร์ จึงเป็นจุดแข็งที่ช่วยเติมเต็มระบบหลังบ้านของ มสช. ให้แข็งแรงได้อย่างลงตัว

“จากพื้นฐาน R2R ผมให้ความสำคัญกับการสร้างทีมก่อน เพราะเชื่ออย่างหนึ่งว่าถ้าทีมดีอะไรมาก็รับได้ องค์กรจะขับเคลื่อนเรื่องใดต่อก็ย่อมทำได้”

ในช่วงเวลานั้นยังเป็นช่วงเดียวกันกับที่ท่านคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมอบหมายให้ คุณหมออัครินทร์ดำรงตำแหน่งผู้จัดการ เพื่อก่อตั้งหน่วยงานบริหารจัดการการวิจัยใหม่ที่เรียกว่า Siriraj Center of Research Excellence Management Unit (SiCORE-M) ที่ทำงานบริหารจัดการศูนย์วิจัยต่าง ๆ ที่มีความก้าวหน้าในระดับนานาชาติของคณะฯ ให้สามารถสร้างผลการวิจัยที่แข่งขันได้ในเวทีระดับโลก ในการนี้ท่านคณบดีศิริราชจึงได้เรียนเชิญท่านอาจารย์วิจารณ์และอาจารย์สมศักดิ์เป็นที่ปรึกษา โดยในเบื้องต้นการเชิญเป็นที่ปรึกษาสำหรับศิริราชจะดำเนินการอย่างเป็นทางการในนามของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกัน การขัดกันของผลประโยชน์ คุณหมออัครินทร์จึงจำเป็นต้องส่งมอบตำแหน่งเลขาธิการ มสช. ต่อไป

นั่นคือจุดเน้นของการทำงานในช่วง 6 เดือนดังกล่าว

ก้าวสู่พื้นที่ ประเด็น และช่วงวัยที่ท้าทาย

จากนั้น คุณหมอยศก็มารับตำแหน่งเลขาธิการคนที่แปด โดยทำหน้าที่นี้ 2 ปี ระหว่าง ปี พ.ศ. 2561-2562

คุณหมอยศ เล่าว่า ก้าวเข้ามาพร้อมกับข้อกังวลใจ เพราะภารกิจที่เป็นงานหลัก คือ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ซึ่งคุณหมอเป็นผู้ก่อตั้งขึ้นมายังอยู่ในช่วงลงหลักปักฐาน แต่เพราะรู้จัก มสช. มายาวนานในฐานะนักวิจัยและเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่สนใจเรื่องนโยบายและระบบสุขภาพ เคยมีโอกาสได้ทำงานร่วมกับเลขาธิการ มสช. ในอดีตหลายท่าน จึงรู้สึกเป็นเกียรติ และตกลงใจมาช่วยสานต่องาน

“ผมมองว่า มสช. อยากได้มุมมองใหม่ ๆ ได้คนรุ่นใหม่ ๆ เข้ามาทำงานประเภทใหม่ ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้องค์กรได้ทดลองและเรียนรู้ ก็เลยคุยกับผู้บริหารที่นี่ว่า อยากเอาคนเป็นตัวตั้ง เพราะจากประสบการณ์ของผม ซึ่งก็ไม่ได้กว้างขวางมาก แต่จากที่ทำอยู่อีกองค์กรหนึ่งตั้งแต่เริ่มต้นต่อเนื่องมาเป็นสิบปี ทำให้มีความมั่นใจว่า ถ้าเราหาคนที่ดี ๆ มาร่วมทีมได้ งานดี ๆ จะตามมาเอง เชื่อว่าคนจะนำมาซึ่งงาน เลยไม่อยากให้บริหารในลักษณะว่า งานนำมาซึ่งคน คือ พอมีงานแล้วค่อยหาคนมาทำงาน มันจะยาก มันจะติดขัด”

จากแนวคิดหลักนี้รวมทั้งประสบการณ์และเครือข่ายการทำงานที่สั่งสมมา คุณหมอยศจึงได้ริเริ่มโครงการใหม่ ๆ ที่ มสช. ในช่วง 2 ปีนี้ หลายโครงการ

โครงการแรก ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุข

"โครงการนี้เกิดจากแนวคิดที่ว่าเราต้องพยายามดึงดูดคนที่มีศักยภาพเข้ามาสู่องค์กรเยอะ ๆ ในช่วงที่ผมดูแลเป็นช่วงเริ่มต้นผลักดัน แต่มาสำเร็จในสมัยคุณหมอปิยะ (เลขาธิการคนปัจจุบัน) แนวคิดหลักคือ เราดึงดูดคนข้างนอกที่ทำงานร่วมกับ มสช. แล้วมีแรงใจอยากจะให้ที่นี่เป็นฐานที่มั่นในการทำงาน

"เข้าใจว่าในปี พ.ศ. 2564 มสช. มี fellowship 2 รุ่นแล้ว เห็นงานที่เกิดขึ้นก็ดีใจ ต้องขอบคุณคุณหมอสมศักดิ์และคุณหมอปิยะที่ทำให้โครงการสำเร็จและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง"

โครงการที่สอง เข้าร่วมเครือขาย international Decision Support Initiative (iDSI) เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศกำลังพัฒนาในเอเชียและแอฟริกา

"มองว่าการทำงานกับต่างชาติมันก็มีข้อดีหลายอย่าง สำหรับ มสช. ผมว่าถ้า มสช. จะเข้มแข็งในประเทศไทย ก็ต้องเห็นบทเรียนในบางประเทศด้วย และต้องไม่พึ่งพิงแหล่งทุนในประเทศอย่างเดียว เพื่อความมั่นคงความมีเสถียรภาพขององค์กร เพราะอาจเกิดความเสี่ยง และความรู้สึกไม่มั่นคงอาจทำให้เราทำงานแบบมืออาชีพน้อยลง เพราะไม่กล้าไปแตะอะไรมาก ขณะเดียวกันแหล่งทุนจากภายนอกมีข้อดีหลายอย่าง เช่น ความยืดหยุ่น ทำให้เราทำงานได้คล่องตัว

"โครงการนี้เปิดโอกาสให้เรานำประสบการณ์ของเราไปช่วยประเทศที่ยังยากลำบากในเรื่องที่เรามีขีดความสามารถที่จะทำได้ อย่างประสบการณ์การปฏิรูประบบสาธารณสุข ซึ่งบางประเทศเขาไม่มีประสบการณ์ เขานึกภาพไม่ออก ก็เลยคิดว่ามันได้ win-win เพราะประเทศที่ต้องทำงานเขาก็ได้ประโยชน์จากประสบการณ์และความสามารถของเรา ส่วนเราก็ได้ประโยชน์จากการทำงานกับต่างประเทศ"

โครงการที่สาม ชุดโครงการวิจัยสังเคราะห์และทบทวนเพื่อพัฒนามาตรการนำสารสกัดกัญชาใช้ในทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย

"ช่วงราว ๆ ปี พ.ศ. 2561 เป็นยุคที่ผู้บริหารสาธารณสุขอยากผลักดันเรื่องกัญชา ซึ่งเป็นเรื่อง controversy คือมองว่ามันดีก็ดี ไม่ดีก็ไม่ดี เหมือนเหรียญมีสองด้าน มาแรงมาก จนกระทั่งเรากลัวว่ามันจะไปผิดทิศผิดทาง เลยคิดว่าต้องการความเป็นวิชาการมาช่วยกระตุกให้เห็นจุดที่ควรตระหนักและช่วยชี้ประเด็นที่จะนำทาง ขณะเดียวกัน การที่ มสช. ทำงานพัฒนานโยบายบนฐานความรู้มานานเกือบ 30 ปี จึงน่าจะมีบารมีพอที่จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องรับฟัง

"จากแนวคิดนี้ จึงชักชวนผู้บริหาร มสช. มาทำเรื่องนี้ และโชคดีที่ได้ ***คุณหมอบัณฑิต ศรไพศาล*** *ที่เคยเป็นผู้อำนวยการสำนักด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก ที่ สสส. แล้วไปทำงานวิชาการที่แคนาดามาช่วยเป็นผู้นำและผู้ขับเคลื่อนหลักของโครงการนี้*

"ปีแรกเลยทำวิเคราะห์เชิงนโยบาย ปีต่อมาทำวิจัยเรื่องทางคลินิก เอากัญชารูปแบบต่าง ๆ มาทดลองดูว่ามันดีจริงหรือเปล่า เพราะเป็นความรู้ที่เรายังขาดอยู่ ข้อมูลที่ได้บอกเราว่า กัญชาดีบางเรื่อง ไม่ได้ดีทุกเรื่อง และถูกเอาไปใช้ในทางที่ผิดก็เยอะ นอกจากนี้ยังพบช่องว่างในเรื่องนโยบายหลายประเด็น เป็นข้อมูลและความรู้ที่ช่วยกระตุกสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่เกี่ยวข้องกับการออกนโยบายให้ทำอย่างมีทิศทาง ทำด้วยสติและปัญญา"

กล่าวได้ว่า โครงการเหล่านี้ได้นำพา มสช. ก้าวไปสู่พรมแดนใหม่ ๆ ทั้งในด้านกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ปฏิบัติการ และประเด็นผลักดันนโยบาย

เพื่อการเติบโต จากการทดลองทำในสิ่งที่ไม่เคยให้คุ้น...และเติมสิ่งที่ไม่รู้ให้ได้รู้

บทที่ 9

วันนี้ที่ มสช.

(พ.ศ. 2562-2564)

"

ภาพจำของ มสช. ที่สำคัญอันหนึ่งก็คือ ห้องประชุม ผมคุยกับหลาย ๆ คน เวลาเขาพูดถึง มสช. เขาก็จะพูดถึงห้องประชุมนี้ เพราะเป็นทรงกลม...เป็นโต๊ะกลม ซึ่งมันสะท้อนถึงวัฒนธรรมการทำงานแบบมีส่วนร่วมของ มสช. เป็นบรรยากาศที่เอื้อให้ทุกคนสัมผัสได้ว่าสามารถจะแลกเปลี่ยนกันได้...ทุกคนเท่ากัน

"

ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย

ปี พ.ศ. 2562 มสช. มีเลขาธิการคนที่เก้า ที่เป็น “คนรุ่นใหม่” ณ ช่วงรอยต่อของการก้าวไปสู่ทศวรรษที่สี่

ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย ก้าวเข้ามาที่ มสช. ครั้งแรกในฐานะ “ภาคีเครือข่าย” เช่นเดียวกับคุณหมออัครินทร์และคุณหมอยศ แต่ไม่ได้เกี่ยวโยงกันด้วยการเป็นผู้ร่วมขับเคลื่อนโครงการหรือได้รู้จักคุ้นเคยกับคณะผู้ก่อตั้ง มสช. มาก่อน

คุณหมอปิยะเป็นภาคีที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งกับ มสช. ในฐานะผู้ร่วมประชุมในโอกาสต่าง ๆ ด้วยความสนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ควบคู่ไปกับเห็นคุณค่ากับการนำความรู้ความสามารถไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพและสังคม

นี่จึงเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ตกลงใจสานต่อรับหน้าที่เลขาธิการคนที่เก้า ในช่วงเริ่มต้นของวิกฤติ โควิด-19

“โต๊ะกลม” บ่มเพาะผู้นำ

ในฐานะเลขาธิการ มสช. คนแรกที่พัฒนาความสัมพันธ์มาจากภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมกระบวนการทำงานกับ มสช. คุณหมอปิยะ เล่าถึงจุดเริ่มต้นไว้ว่า

“ตั้งแต่ก่อนที่จะมารับบทบาทเลขาธิการ ผมก็อยู่ในฐานะคนมาเข้าร่วมกระบวนการที่จัดโดย มสช. เป็นครั้งคราว... สมัยแรก ๆ ก็ยังไม่ค่อยเข้าใจ แต่ก็มาเพราะหัวข้อน่าสนใจและคนที่มาร่วมน่าสนใจ ผมคิดว่าจากกระบวนการนี้ ทำให้หลาย ๆ คนเกิดความประทับใจต่ออาจารย์ผู้ใหญ่หลาย ๆ ท่านที่มาเป็นผู้นำหรือจัดกระบวนการตรงนั้น

“จนกระทั่งมีอยู่ครั้งหนึ่ง คุยกันเรื่อง collective leadership ผมก็สงสัยว่า มาคุยกันเรื่องนี้ทำไม ก็มีหลายคนมาคุย... สุดท้ายถึงรู้ว่า เขามาหาเลขาธิการด้วยส่วนหนึ่ง (หัวเราะ) บังเอิญผมก็อาจจะคุย ๆ แลกเปลี่ยนอยู่ตรงนั้นด้วยจึงได้รับการเชิญชวนมา...

“ตอนแรกก็ไม่แน่ใจหรอก เพราะผมก็ไม่ได้คิดว่าผมมีศักยภาพในการบริหารจัดการ เรื่องของ execution ไม่ใช่ความถนัด ส่วนใหญ่ทำในเชิงวิชาการ แต่ก็อยากเรียนรู้...อยากมีส่วนร่วม...ผมคิดว่านั่นเป็นประเด็นสำคัญ และคิดว่าองค์กรนี้เป็นพื้นที่ที่มีโอกาสได้รู้จัก ได้เรียนรู้ และได้ทำงานกับคนอื่น ทำให้อยากมามีส่วนร่วม”

การทำหน้าที่เลขาธิการในจังหวะที่เกิดวิกฤติโควิด-19 พอดี เป็นทั้งโอกาสและข้อจำกัดในบางเรื่อง

"ภาพจำของ มสช. ที่สำคัญอันหนึ่งก็คือ ห้องประชุม ผมคุยกับหลาย ๆ คน เวลาเขาพูดถึง มสช. เขาก็จะพูดถึงห้องประชุมนี้ เพราะเป็นทรงกลม...เป็นโต๊ะกลม เป็นบรรยากาศที่เอื้อให้ทุกคนสัมผัสได้ว่า สามารถจะแลกเปลี่ยนกันได้ ซึ่งมันสะท้อนถึงวัฒนธรรมของ มสช. ที่ให้ความสำคัญต่อการทำงานแบบมีส่วนร่วม

"แต่หลังโควิด-19 การประชุมแบบนั้นทำไม่ได้ ต้องประชุมผ่าน ZOOM...เป็นจอเหลี่ยม ๆ เห็นเป็นบางคน เห็นบางครั้งออน ๆ ออฟ ๆ attention ก็หายไป ทำให้ประสิทธิผลของการจัดกระบวนการแบบมีส่วนร่วมน้อยลง แรงจูงใจในการมาทำอะไรร่วมกันมันก็น้อยลงด้วย ทำให้งานบางอย่างชะงักไป

"แต่ว่าข้อดีส่วนหนึ่ง...เป็นในแง่ส่วนตัว คือผมเองก็มีหลาย "หมวก" หมวกหนึ่งทำกับ มสช. อีกหมวกหนึ่งเป็นงานที่ทำให้ต้องเดินทางไปต่างประเทศเยอะ แต่พอเกิดโควิด-19 ระบาด ที่ผ่านมาปีกว่า ๆ นี้ไม่ต้องไปไหนเลย ทำให้ได้ทำงาน มสช. เยอะหน่อย (หัวเราะ) และอีกส่วนหนึ่งก็ได้โอกาสมามองภายใน กลไกกระบวนการ ระบบภายในองค์กร ว่ามีอะไรที่ทำออนไลน์เพื่อจะปรับลดขั้นตอนได้บ้าง ซึ่งต่อไปน่าจะมีบทบาทสำคัญที่ช่วย support เครือข่าย และถ้าโควิด-19 อยู่นานหน่อยก็อาจเป็นโอกาสพัฒนา platform ที่จะเชื่อมประเทศอื่น...ก็เป็นโอกาสตรงนั้น ไม่รู้ถ้าโควิดอยู่นานหน่อยนี้เราอาจจะทำให้ มสช. เป็น platform เชื่อมกับนานาชาติให้กว้างออกไปด้วย"

ก้าวใหม่ ๆ ในโลกพลิกผัน

เกือบ 2 ปีที่ผ่านมา คุณหมอปิยะมีบทบาทสำคัญในการบุกเบิกงานใหม่ ๆ กับ มสช. หลายด้าน

เรื่องแรก คือ โปรแกรมพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ (Positive Health Disruptor) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สืบเนื่องจากช่วงที่คุณหมอยศเป็นเลขาธิการ จากนั้นได้มาทำงานร่วมกับทีมคนรุ่นใหม่ไฟแรง คือ กลุ่ม Rise Impact เพื่อออกแบบให้เกิดระบบและกระบวนการที่ชัดเจน จนสามารถเริ่มต้นขับเคลื่อนในปี พ.ศ. 2562

โปรแกรมนี้เป็นพื้นที่สำหรับพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ โดยการพัฒนาทักษะผู้นำ การคิดเชิงระบบ สร้างกลยุทธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เน้นการทำงานจริงกับภาคีเครือข่ายและเรียนรู้จากที่ปรึกษา (mentor) ที่มีประสบการณ์หลากหลายด้านเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ และทำงานร่วมกันกับ มสช. ระยะยาว (ภายหลังโปรแกรมสิ้นสุดลง) เพื่อเป็นพันธมิตรในการพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกันต่อไป

> *โปรแกรมนี้ มสช. ริเริ่มในช่วงปีกว่า ๆ ที่ผ่านมา และทำให้ได้รู้ว่ามีคนที่สนใจอยากสร้างความเปลี่ยนแปลงอยู่ในระบบสุขภาพจำนวนมาก*

"โครงการนี้มุ่งที่การจัดการให้มีคนรุ่นใหม่ หรือที่จริงหลายคนก็ไม่ได้รุ่นใหม่ เป็นคนที่ทำอยู่แล้ว แต่มุ่งทำให้คนเหล่านี้เกิดความเชื่อมโยง เกิดความมุ่งมั่น และความเชื่อมั่น มีความกล้าในการจัดการระบบสุขภาพในภาพใหญ่ เพื่อให้สามารถเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบ

"การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่จำเป็นต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ หรือทำครั้งเดียวเสร็จ เป็นการมองถึงระบบว่ามีพลวัต มีการเรียนรู้ และปรับตัวไปอย่างต่อเนื่อง

"การเปลี่ยนแปลงโดยไปทำให้ผู้มีอำนาจสนใจและทำตามก็เป็นมุมมองหนึ่ง แต่ผมมองว่าอาจจะเป็นมุมมองในอดีต ที่ทำงานวิชาการเพื่อไปให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจไปตามข้อมูลวิชาการนั้น แต่จากสิ่งที่ มสช. ทำมา ผมเข้าใจว่าการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายสุขภาพไม่ใช่การขับเคลื่อนของคนใดคนหนึ่ง แต่มีกระบวนการ มีระบบ มีวิธีการหลากหลาย และก็ต้องขับเคลื่อนหลายด้าน

"สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่เราจะสามารถช่วยเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องของกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลง ในแง่ของวิธีคิด วิธีเคลื่อน... อาจารย์หลายท่าน ทั้งอาจารย์อาวุโส เลขาธิการหลายท่าน รวมทั้งบุคลากรของ มสช. เอง ต่างก็มีประสบการณ์ มีบทบาทตรงนี้เยอะ ถือเป็นจุดแข็งของเราอีกจุดหนึ่งที่ทำให้มาช่วยถ่ายทอดเรื่องนี้ไปสู่ผู้สนใจสร้างการเปลี่ยนแปลงรุ่นต่อ ๆ ไป ผ่านโปรแกรมนี้ได้

เรื่องที่สอง คือ การจัดการกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จากการประสานบทบาททุกภาคส่วน

"ในอดีต เมื่อมีคำถามว่า เราจะป้องกัน ดูแล รักษาโรคอย่างไร เราก็คิดว่าสาธารณสุขต้องทำอะไรบ้าง แต่สิ่งที่ มสช. สนใจในขณะนี้คือ จะทำอย่างไรให้ภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนทำงานเข้ามามีบทบาท

"ยกตัวอย่างเช่น สถานประกอบการ ก็คือทำให้นายจ้างหรือฝ่ายทรัพยากรบุคลล (HR) หันมาให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพโดยไม่ต้องรอไปถึงตอนเขาป่วยแล้ว เป็นเรื่องของโรงพยาบาลหรือประกันสังคม...

"ค่อย ๆ ขยายว่า จะทำอย่างไรให้แต่ละภาคส่วนเข้ามาทำเรื่องเหล่านี้ได้อย่างสะดวกขึ้น ง่ายขึ้น โดยมีระบบที่เอื้อให้ทำสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มากขึ้น โดยนำความรู้หลาย ๆ สาขาเข้ามาช่วย อย่างเช่น เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (behavioral economics) รวมทั้งการทำงานเชิงนโยบายทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน"

“ซอฟต์แวร์ใหม่” ในโลกหลอมรวม

2 กรณีตัวอย่างของ “โครงการใหม่ ๆ” ของ มสช. ในยุคปัจจุบัน สะท้อนให้เห็นวิธีคิดที่เคลื่อนไหวไปพร้อมกับโลกยุคใหม่ควบคู่กันไป

คุณหมอปิยะ คลี่ความคิดเบื้องหลังของการสานต่อพันธกิจ มสช. ท่ามกลางโลกปัจจุบันที่น่าสนใจไว้ 2 เรื่องสำคัญ

หนึ่ง “ร่วมเป็นเจ้าของ”

“สิ่งหนึ่งที่เป็นความท้าทาย ก็คือ การทำให้ทุกคนทำงานร่วมกันแบบที่ไม่ต้องห่วงว่างานนี้จะเป็นผลงานของใคร งานนั้นเป็นของใคร ซึ่งเป็นกรอบความคิดและวิธีบริหารแบบไซโล ที่ตั้งเป้าความสำเร็จหรือตัวชี้วัดผลงานโดยดูว่าใครทำอะไร ไป contribute เท่าไหร่ แล้วก็พยายามจะทำให้ทุกคนต้องพยายามหวงในส่วนของตน มัวแต่มองของตนเอง

“วิธีคิดวิธีเคลื่อนงานรุ่นใหม่นี้คือ การสร้างภาคี ทุกคนมาเป็นเจ้าของร่วมกัน มาทำงานร่วมกัน contribute ร่วมกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผมคิดว่า คุณหมอสมศักดิ์เอง และหลาย ๆ ท่านที่นี่ทำกันในระยะหลัง แม้กระทั่งกับคนที่เราไม่ชอบ ก็ต้องหาวิธีคิดวิธีการที่จะทำงานด้วยกันให้เกิดผลสำเร็จ โดยไม่เอาความแตกต่างมาเป็นตัวกำหนด แต่พยายามหาความสนใจร่วม หรือสิ่งที่จะนำไปสู่ vision ร่วม ผมเองก็พยายามที่จะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการไปในทิศทางแบบนั้น ทางตรงทางอ้อมก็แล้วแต่ ด้วยศักยภาพเราที่มี”

สอง "ร่วมขับเคลื่อน"

"สิ่งหนึ่งตั้งใจอยากจะทำก็คือ ทำให้ มสช. เป็นองค์กรของสังคม...ของประเทศ เพราะการที่ มสช. จะอยู่ต่อไปในอนาคต ไม่น่าจะเป็นของใครคนเดียว หรือแค่ไม่กี่คน

"ทำอย่างไรให้องค์กรนี้เป็นที่ยอมรับในฐานะองค์กรของชาติ เพราะชื่อ มสช. (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) มีคำว่า ***"ชาติ"*** *อยู่ในนั้น... ต้องค่อย ๆ มองดูลู่ทางและหากระบวนการที่เหมาะสมเพื่อสร้าง platform ที่เอื้อให้ทุกคนมาร่วมกัน built health intelligence ของชาติด้วยกัน โดยที่ มสช. เป็นคนกระตุ้นในส่วนนี้เป็นต้น"*

นอกจากมิติของการขับเคลื่อนสู่โลกภายนอก คุณหมอปิยะยังมี "ซอฟต์แวร์" อีกชุดหนึ่งสำหรับการจัดการกับโลกภายในองค์กร

ชุดแรกคือ การเรียนรู้และปรับตัว รู้จักยืดหยุ่นอย่างเหมาะสม

"ถามว่า ในโลกที่พลิกผันรวดเร็วแบบนี้ ในฐานะเลขาธิการจะอยู่กับมันอย่างไร...ผมตอบไม่ได้...ไม่รู้ ...ยังเรียนรู้อยู่ แต่สิ่งที่คิดว่าสำคัญคือทุกคนต้องเรียนรู้ไปด้วยกัน และรู้ว่าต้องไม่ยึดติด องค์กรต้องเป็น learning organization

"สิ่งสำคัญคือ ต้องมีระบบและช่องทางการ feedback ให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดการปรับตัวทั้งในระดับองค์กร ในระดับบุคคล ในระดับวัฒนธรรมองค์กร"

และชุดสำคัญที่สุด ก็คือ ตั้งมั่นในการสร้างประโยชน์ตามพันธกิจ โดยไม่ "ยึดติด" กับความสำเร็จที่ผ่านพ้นไปแล้ว

"ที่จริงแล้วความสำเร็จขององค์กรไม่ได้เป็นโจทย์สำคัญของการทำงาน มีช่วงหนึ่งผมก็ถามกับบอร์ดว่า มสช. จะ 30 ปี แล้ว...จะต้องอยู่อีกกี่ปี (หัวเราะ) เพราะ มสช. คงไม่มีความจำเป็นต้องอยู่เพื่ออยู่ใช่ไหม เราอยู่เพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลง

"เป็นคำถามที่ไม่ได้ต้องการคำตอบ แต่ต้องถามตัวเองเป็นระยะ ๆ เพื่อจะได้กระตุ้นให้ มสช. เข้าไปถึงสาเหตุที่ต้องดำรงอยู่"

บทที่ 10

ถอดรหัส “ความหลัง”

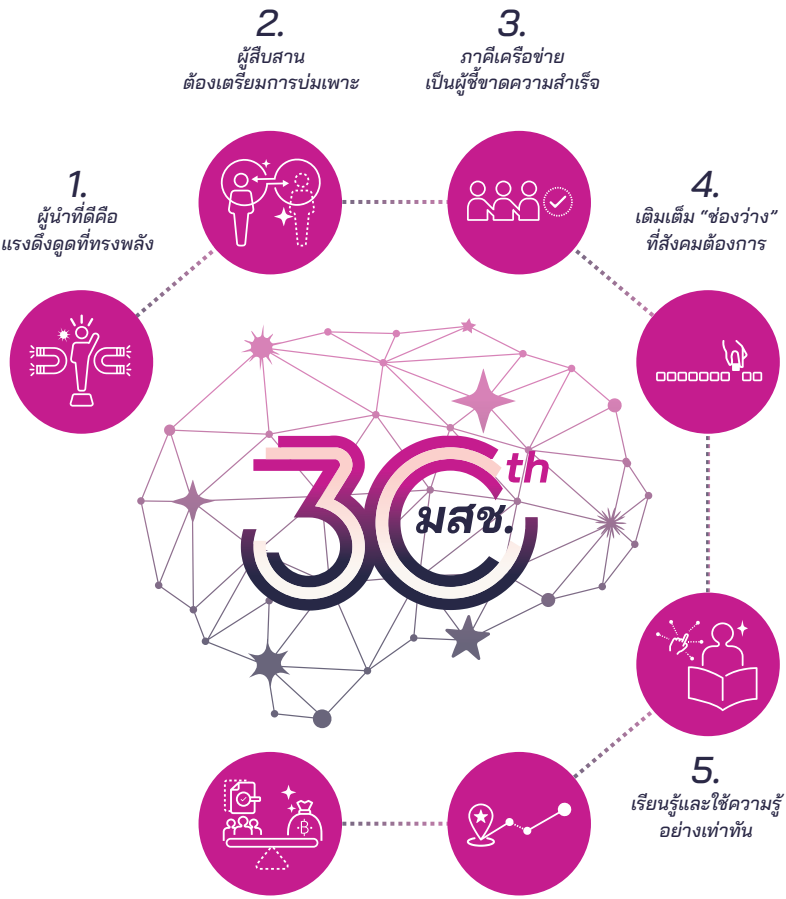
***"ความหลัง"* ขององค์กรที่ดำรงสืบเนื่องมานาน 30 ปี นอกจากจะเป็นข้อมูลบอกเล่าถึงความเป็นมาฝากไว้ให้สมาชิกรุ่นใหม่และผู้สนใจได้รับรู้แล้ว จะนำมาต่อยอดเป็น "ความรู้" ได้อย่างไรบ้าง**

คำถามนี้คงไม่แตกต่างจากสิ่งที่เกิดขึ้นในบางจังหวะชีวิตของคนเรา เพราะการหยุดทบทวนและใคร่ครวญถึงเรื่องราวที่ก้าวผ่านมาเป็นโอกาสสำคัญในการทำความเข้าใจและรู้จักตนเอง ซึ่งเป็นความรู้ที่สำคัญอย่างยิ่งในการสะสมสติและปัญญาเพื่อก้าวเดินต่อไป

จากเรื่องราวของ มสช. นับแต่แรกกำเนิดจนถึงวันนี้ที่ผู้เกี่ยวข้องรุ่นต่อรุ่นช่วยกัน "ต่อภาพ" เข้าด้วยกันจนเป็นเนื้อเดียวในภาคแรก ในบทนี้ความหลังจะได้ถูกถอดรหัสไปสู่ความรู้ สำหรับก้าวไปสู่อนาคต อันเป็นพรมแดนที่เต็มไปด้วยสิ่งที่ยังไม่รู้

อีกทั้งยังถือเป็นโอกาสในการบอกเล่าถึงที่ได้เรียนรู้ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์กับผู้ที่มีความสนใจว่า การดำรงอยู่ขององค์กรสาธารณประโยชน์แห่งหนึ่ง ที่มีความใฝ่ฝันว่าจะมีส่วนร่วมยกระดับคุณภาพชีวิตและความน่าอยู่ให้เกิดขึ้นกับสังคมไทยนั้น มีปัจจัยอะไรบ้างที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดความก้าวหน้า และแต่ละปัจจัยนั้นมีความท้าทายอย่างไร

ปัจจัยที่สนับสนุนการดำรงสืบเนื่อง ขององค์กรใน 3 ทศวรรษแรก



1. ผู้นำที่ดีคือแรงดึงดูดที่ทรงพลัง

งาน *"ใหม่ ใหญ่ และยาก"* ที่ มสช. มุ่งมั่นผลักดันให้เกิดเป็นจริงนั้นไม่อาจทำได้โดยลำพัง ผลงานทั้งหมดที่เกิดขึ้นภายใต้ชื่อ "มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ" เป็นผลจากความร่วมแรงร่วมใจของภาคีเครือข่าย และบุคลากรสืบทอดกันมารุ่นแล้วรุ่นเล่าอย่างไม่ขาดตอน โดยมีจุดยึดโยงกับกลุ่มผู้ขับเคลื่อนหลัก

เมื่อทบทวนเรื่องราวที่ผ่านมาขององค์กรแห่งนี้ กล่าวได้ว่า คุณสมบัติของกลุ่มผู้นำและคณะผู้ก่อตั้ง ซึ่งมีคุณค่าเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม ถือเป็น "ทุน" ที่สำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความเชื่อถือจนนำไปสู่ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ

ครั้งหนึ่ง คุณหมอประเวศเคยตั้งข้อสังเกตที่ช่วยสะท้อนให้เห็นคุณลักษณะสำคัญที่สนับสนุนให้ มสช. สามารถทำงานที่ใหญ่และยากได้สำเร็จลุล่วงในช่วงที่ผ่านมาไว้ว่า

*"**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์** เป็นผู้อำนวยการคนแรกของ สวรส. มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการวิจัยมาก ที่สำคัญคือก่อให้เกิดความศรัทธาและความร่วมมือจากคนที่เป็นผู้นำในการวิจัยสุขภาพอย่าง **ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี นพ.จรัส สุวรรณเวลา นพ.ธาดา ยิบอินซอย นพ.วิจารณ์ พานิช** เป็นต้น กลุ่มคนเหล่านี้ทำให้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติมีฐานะพิเศษอย่างหนึ่ง"*[3]

คุณหมอสุวิทย์ ขยายความเรื่องนี้ไว้ว่า

"คนเหล่านี้มีทุนสังคม ทุนปัญญาสูง ถือเป็นจุดแข็งสำคัญของมูลนิธิฯ เพราะ มสช. ทำงานโดยอาศัยทุนสังคมและทุนปัญญาเป็นหลัก และด้วยทุนสังคมทุนปัญญานี้ก็ทำให้ผู้ที่ให้ทุนสนับสนุนเกิดความเชื่อใจและเชื่อมั่น"

3 ใน สารจากประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ใน "กว่าจะเป็นวันนี้ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ" มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2546.

แรงดึงดูดในอีกมิติหนึ่งนอกเหนือจากพลังทางสังคมและปัญญา ก็คือ ความเป็น "กัลยาณมิตร" ดังที่คุณหมอยศเสริมจากมุมมองของคนรุ่นใหม่ที่เข้ามาร่วมขับเคลื่อนองค์กรว่า

"ที่นี่มีพี่ มีอาจารย์ที่เป็นคนที่มีความเมตตา มีความกรุณา มีความเป็นกัลยาณมิตรอยู่เยอะ ทำให้คนอยากจะมาทำงานด้วย และทำให้คนอยากจะสนับสนุน ในวันนี้ มสช. น่าจะไปถึงจุด ๆ หนึ่ง ที่คนทำงานรุ่นพี่กลายเป็นแม่เหล็กดึงดูดคนรุ่นใหม่เข้ามาทำงาน... ทำให้คนเห็นคุณค่าขององค์กร และรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้เข้ามาทำงานด้วย"

ตัวอย่างบุคคลที่คุณหมอประเวศเอ่ยถึง รวมทั้งคำอธิบายขยายความข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า "ผู้นำ" สำหรับองค์กรสาธารณประโยชน์ ซึ่งสามารถระดมความร่วมมือสร้างความเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างได้จริงนั้น ไม่ใช่ผู้ที่มี "อำนาจ" ในแบบฉบับทั่วไป แต่เป็นผู้ที่สามารถสร้างแรงดึงดูดอันทรงพลังในลักษณะที่เรียกกันในยุคนี้ว่า *"ซอฟต์ พาวเวอร์" (soft power)* นั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ภายใต้จุดแข็งนี้ก็มีการตั้งข้อสังเกตไว้ว่า อาจกลายเป็นจุดอ่อนได้เช่นกัน

นั่นเป็นเพราะการที่สังคมภายนอกติดภาพบุคคลหรือกลุ่มคนใดว่าเป็นภาพตัวแทนขององค์กร อาจทำให้เกิดอคติ หรือทำให้องค์กรตกเป็นเป้าของการเพ่งเล็งวิพากษ์วิจารณ์ หรือถูกโยงใยเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ แบบเกินเลยไปกว่าความเป็นจริง รวมทั้งอาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำให้ภาคีเครือข่ายเกิดความรู้สึก "ร่วมเป็นเจ้าของ" ก็เป็นได้

2. ผู้สืบสาน ต้องเตรียมการบ่มเพาะ

นับตั้งแต่ยุคแรกก่อตั้ง มสช. มีกลยุทธ์ในการสร้างผู้สืบทอดงาน (successor) ที่ชัดเจนและแยบยล ด้วยการจับคู่ (matching) คนรุ่นใหม่ไฟแรงกับผู้นำที่มีความสำเร็จเป็นที่ประจักษ์แล้ว (champion) ให้ได้ร่วมงานกันอย่างใกล้ชิดพอที่จะเกิดกระบวนการบ่มเพาะคนรุ่นใหม่ที่มีศักยภาพสูงและสนใจงานลักษณะนี้

ดังเห็นได้ตั้งแต่ช่วงก่อตั้ง มสช. ที่ "คณะผู้ก่อตั้ง" 11 คน ที่ประกอบด้วยคน 2 รุ่นดังกล่าว ได้แก่

1. *นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์*
2. *ศ.นพ.ประเวศ วะสี*
3. *ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี*
4. *ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์*
5. *นพ.ดำรงค์ บุญยืน*
6. *นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ*
7. *นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์*
8. *นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ*
9. *นพ.สมชัย (รวินันท์) ศิริกนกวิไล*
10. *ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์*
11. *นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์*

ก็สะท้อนให้เห็นถึงกลยุทธ์นี้

ความสืบเนื่องของกลยุทธ์นี้ยังปรากฏให้เห็นเป็นลำดับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ยุคคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ที่ประกอบด้วยคณะกรรมการย่อย 4 ชุด ประธานคณะกรรมการย่อยประกอบด้วย "อาจารย์ผู้ใหญ่" 4 ท่าน ได้แก่ ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี นพ.วิจารณ์ พานิช นพ.ประยูร กุนาศล และ ดร.นพ.หทัย ชิตานนท์ แต่ละชุดมีเลขานุการที่เป็น "คนรุ่นใหม่ไฟแรง" ประกบประธานของแต่ละชุด ประกอบด้วย นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์, ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

ยุคก่อตั้ง มสช. คุณหมอสงวน เลขาธิการคนแรกของ มสช. เคยเล่าถึงการนำกลยุทธ์นี้มาใช้ในยุคที่ มสช. เริ่มเดินหน้าอย่างเต็มที่หลังคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติถูก "สั่งยุบ" ในปี พ.ศ. 2537 ไว้ว่า

“แนวคิดของอาจารย์ประเวศ (วะสี) ก็คือ พอยุบคณะกรรมการระบาดวิทยา ส่วนของคณะกรรมการไม่ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของมูลนิธิฯ แต่มายุบเป็น THRI ขณะเดียวกันก็มีผู้ที่เกษียณอายุ 2 ท่าน คือ อาจารย์หทัย และ อาจารย์มรกต

“

อาจารย์ประเวศมีแนวคิดในการทำงานว่า ต้องมีผู้ใหญ่ 1 คน คนหนุ่ม 1 คน ทำงานประกบกันในทุกเรื่อง จึงเกิดเป็น 3 สถาบัน คือ ของอาจารย์หทัย ชื่อ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ของ อาจารย์มรกต คือ สถาบันคุ้มครองผู้บริโภค...

”

ในส่วนของเลขาธิการ มสช. ก็ปรากฏให้เห็นการคลี่คลายและสะท้อนบทเรียนที่น่าสนใจในเรื่องนี้

เลขาธิการ มสช. 9 คนในช่วง 30 ปี มี 6 คน ที่เป็น “แกนนำ” ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการก่อตั้ง มสช. ได้แก่ (1) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (3) นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และเป็นผู้ร่วมขับเคลื่อนงานสำนักงานระบาดวิทยาแห่งชาติ (4) พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (5) ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (6) นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์

สิ่งนี้ถือเป็นจุดแข็งที่สำคัญอีกจุดหนึ่งของ มสช. เนื่องจากภารกิจของ มสช. ตั้งแต่แรกก่อตั้งมุ่งทำในสิ่งที่ยังไม่เคยมีในสังคมไทยมาก่อน

ดังที่คุณหมอประเวศ กล่าวไว้ว่า *"มีผู้เสนอว่า มสช. ควรทำในสิ่งที่คนอื่นทำไม่ได้ นั่นคือประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันให้ทำงานในเรื่องยาก ๆ แต่สำคัญยิ่งสำหรับประเทศ"*[4]

ดังนั้น เลขาธิการ มสช. ที่สามารถนำพาองค์กรให้สร้างผลงานที่ *"ใหม่ ใหญ่ และยาก"* ได้ จึงมีคุณสมบัติค่อนข้างเฉพาะเจาะจง กล่าวคือ ต้องประกอบด้วยประสบการณ์และมีสมรรถนะที่จำเป็น ทั้งด้านการบริการงานวิชาการ การมีเครือข่ายกว้างขวาง ความสามารถในการผลักดันนโยบายบนฐานความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์ การนำมุมมองด้านระบาดวิทยามาใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนงาน เป็นต้น

ขณะเดียวกันผู้นำก็จำเป็นต้องมีคุณสมบัติสำคัญที่สุด นั่นคือ ตระหนักถึงความสำคัญของพันธกิจในการพัฒนาระบบสุขภาพบนฐานความรู้ ซึ่งเป็นหัวใจขององค์กร และมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดเป็นจริง

ช่วงประมาณ 25 ปีแรกของ มสช. กลุ่มแกนนำที่ร่วมก่อตั้งและเรียนรู้อย่างเข้มข้นบนเส้นทางพัฒนาการของ มสช. และสำนักงานระบาดวิทยาแห่งชาติ จึงรับช่วงสืบทอดการเป็นเลขาธิการ ก่อนที่ผู้นำรุ่นใหม่จะปรากฏให้เห็นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา หลังจากที่องค์กรได้สั่งสมความมั่นคงทางอุดมการณ์ องค์ความรู้และประสบการณ์มายาวนานระยะหนึ่งจนเป็นที่ประจักษ์พอที่จะให้ศึกษาและเรียนรู้ได้

และที่น่าสนใจคือ องค์กรได้สร้าง *"ช่องทาง"* (platform) สำหรับการเรียนรู้ที่มีส่วนสำคัญในการบ่มเพาะผู้นำรุ่นใหม่ที่เติบโตจากภายนอกองค์กร ทั้งช่องทางจับต้องได้อย่างเช่น การผลิตสื่อรูปแบบต่าง ๆ และช่องทางของกระบวนการพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่เอื้อให้พูดคุยโต้ตอบและสานสร้างสัมพันธภาพได้อย่างต่อเนื่อง

ดังที่ผู้นำรุ่นใหม่อย่างเช่นคุณหมอยศเล่าว่า

"ผมเป็นนักวิจัย เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเรื่องนโยบายและระบบสุขภาพ มีโอกาสได้ทำงานร่วมกับพี่ ๆ ที่เป็นเลขาธิการในอดีต และที่เป็นกรรมการมูลนิธิฯ ได้อ่านผลงานที่ตีพิมพ์สนับสนุนโดย มสช. มาเป็นระยะ ๆ ทำให้ได้เรียนรู้และชื่นชมงานของพี่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ มสช. รวมทั้งได้มีโอกาสร่วมประชุมกับ มสช. อยู่เป็นประจำสม่ำเสมอ เหล่านี้คือเหตุผลที่ทำให้เห็นประโยชน์ขององค์กรนี้"

ขณะที่คุณหมอปิยะ เลขาธิการคนปัจจุบัน ได้รู้จักและซึมซับคุณค่าขององค์กรด้วยช่องทางแบบหลัง

---

4 *อ้างแล้วใน 1*

"ตั้งแต่ก่อนที่จะมารับบทบาทเลขาธิการ ผมก็อยู่ในฐานะคนมาเข้าร่วมกระบวนการที่จัดโดย มสช. เป็นครั้งคราว...คิดว่าองค์กรนี้เป็นพื้นที่ที่มีโอกาสได้รู้จัก ได้เรียนรู้ และได้ทำงานกับคนอื่น ทำให้อยากมามีส่วนร่วม"

อีกช่องทางหนึ่ง ได้แก่ **การออกแบบให้การขับเคลื่อนโครงการใหญ่ที่มีความสำคัญเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาการระดับอาวุโสกับคนรุ่นใหม่ไฟแรงที่มี "ฉันทะ" ในการทำงานพัฒนาระบบสุขภาพในลักษณะของการ *"โค้ช" (coach)* ไปด้วยในตัว**

ดังเช่นกรณีของการบุกเบิกการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่ มสช. ร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยคุณหมออัครินทร์ ซึ่งสวม "หมวก" อีกใบหนึ่ง ในฐานะผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เล่าว่า

"ตอนนั้นผมเพิ่งกลับจากเรียนต่อ...อาจารย์ผู้ใหญ่ของคณะที่ดูแลโครงการมีภารกิจต้องไปเป็นรองคณบดี เลยชวนมาบริหารหน่วย R2R ที่เพิ่งตั้งมาเพียงประมาณ 1 ปี โชคดีที่อาจารย์ผู้ใหญ่ 2 ท่าน คือ อาจารย์วิจารณ์ พานิช และ คุณหมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ให้ความกรุณา ตอนนั้นอาจารย์วิจารณ์เป็นนายกสภามหาวิทยาลัยมหิดลอยู่ด้วย แต่ผมเคยได้ยินแต่ชื่อท่าน พอมาเจอตัว ก็พบว่าอาจารย์ยังดูฟิตมาก และยังมีไฟอยู่เยอะมาก ทั้ง 2 ท่านช่วย coach ให้ทีมงานมาตลอด

"ช่วงแรก ๆ อาจารย์ขอประชุมเกือบทุกอาทิตย์...เหมือนสอบไล่ทุกอาทิตย์ (หัวเราะ) ทำให้ได้เห็นมุมมอง วิธีคิด วิธีทำงานของอาจารย์ อีกท่านหนึ่งคือ อาจารย์ธาดา ยิบอินซอย และอาจารย์วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ อาจารย์เหล่านี้ท่านอ่านหนังสือเยอะมาก และย่อยทั้งความรู้และประสบการณ์ของท่านมาให้ฟัง และ empower ให้พวกเราที่นี่

> *ฐานคิด วิธีมองของอาจารย์ ผมว่าทำให้เรามุ่งเป้าไปที่ประโยชน์ของบ้านเมืองจริง ๆ และตอนช่วงนั้นเองที่ทำให้ผมได้รู้จัก มสช.*

กล่าวได้ว่า การบ่มเพาะอุดมการณ์ ถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้ การถ่ายทอดความเชี่ยวชาญและสืบทอดผู้นำได้ฝังอยู่ในโครงสร้างและวิธีขับเคลื่อนงานของ มสช. เพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งใจไว้ตั้งแต่เริ่มต้น นั่นคือ การทำให้เกิด *"ความต่อเนื่องทางสติปัญญา"*

คุณหมอศุภมิตร ที่อยู่ร่วมในกระบวนการนี้ตลอด 30 ปีที่ผ่านมา ได้สรุปเรื่องนี้ไว้ว่า

"ความสืบเนื่องของ มสช. ผมเข้าใจว่าที่เป็นสายสัมพันธ์ สิ่งที่เป็นแกนก็เป็นในเรื่องของความคิด และความคิดก็อยู่ในตัวคน คนในที่นี้หมายถึง คนที่เป็นคนให้คำแนะนำกับคนที่เป็นตัวหลักในการทำงาน นั่นคือ คณะกรรมการ (board) และภายในคณะกรรมการก็คืออาจารย์บางท่าน ที่เป็นนักกิจกรรม (activist) และมีความคิดที่ชัดเจน ถ่ายทอดอยู่ในคนทำงานต่อเนื่องกันมา

"รุ่นอาจารย์คือคนที่อยู่ใน board แต่รุ่นปฏิบัตินี้ถ้าเทียบไปก็เหมือนอาจารย์กับลูกศิษย์ เป็นลูกศิษย์ที่รับช่วงความคิด เห็นด้วยกับแนวคิดนี้ ก็เลยทำต่อ ผลัดรุ่นกันไปเรื่อย ๆ จากลูกศิษย์ก็ไปเป็นอาจารย์ แล้วก็มีรุ่นใหม่เข้ามาต่อ

"เพราะฉะนั้นความต่อเนื่องของแนวความคิดในตัวคนนี้ ที่ยังคงร่วมมือกัน รับช่วงกันมาเรื่อย ๆ นี้ ยังคงทำให้ มสช. มีเอกลักษณ์ หรือมีลักษณะของงานเป็นอย่างนี้"

ในยุคหลังปี 2560 เป็นต้นมา เรายังได้เห็นความตั้งใจสร้าง "กระบวนการบ่มเพาะ" อุดมการณ์และผู้นำรุ่นใหม่ที่เท่าทันยุคสมัยและเปิดกว้างออกไปสู่ทุกภาคส่วน

อย่างเช่นการริเริ่ม **โปรแกรมพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุข (Positive Health Disruptor Fellows)** ที่เปิดพื้นที่สำหรับพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพจากแวดวงต่าง ๆ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญของ มสช. โดยตั้งเป้าหมายว่าทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพเหล่านี้จะทำงานร่วมกับ มสช. ในระยะยาว เพื่อเป็นพันธมิตรในการพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกันต่อไป โดยคุณหมอปิยะเสริมข้อมูลในเรื่องนี้ว่า

"ในโครงการ Fellowship program ของ มสช. เราใช้คำว่า positive disruptor เพื่อสื่อความหมายแง่บวก เพราะในบางกรณีการโดน disrupt อาจก่อให้เกิดความวุ่นวายหรือเกิดความเสียหายด้วยซ้ำ...

"ในที่นี้เราพูดถึงเรื่องสุขภาพ ทั้งใน health sector และนอก health sector ที่มองจาก health"

3. ภาคีเครือข่าย เป็นผู้ชี้ขาดความสำเร็จ

ภาคีเครือข่ายของ มสช. ที่กลุ่มหลักเป็นคนในระบบสาธารณสุข มีคุณลักษณะเด่นคือ มีความสนใจเรื่องนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง

เรื่องนี้ได้มีส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดผลงานและความก้าวหน้าตลอดมา โดยคุณหมอสมศักดิ์ชี้ให้เห็นถึงประเด็นนี้ไว้ว่า

"ระบบสาธารณสุขไทยมีความน่าสนใจมากอยู่ประเด็นหนึ่ง ก็คือคนในระบบนี้เป็นคนที่ innovate สนใจการเปลี่ยนแปลง และพยายามที่จะสร้างความรู้และใช้ความรู้ในการสร้างการเปลี่ยนแปลง เป็น tacit knowledge บ้าง เป็นอะไรต่อมิอะไรบ้าง..."

"สิ่งที่เรียกว่าการพัฒนาระบบบนฐานความรู้และหลักฐานทางวิชาการเกิดขึ้นมาได้อย่างต่อเนื่อง เพราะการมีส่วนร่วมของผู้เล่นเหล่านี้ในระบบสุขภาพ

"ธรรมชาติของระบบสาธารณสุขของเราดีตรงนี้ คือ คนที่อยู่ในระบบไม่ได้รอให้คนข้างบนสั่งอย่างเดียว แต่คิดด้วย ถ้าเกิดใครเข้าไปยุ ไปช่วยเขาทำงาน ก็ทำให้เกิดอะไรที่น่าสนใจได้"

4. เติมเต็ม “ช่องว่าง” ที่สังคมต้องการ

การมองเห็น “ช่องว่าง” ในเรื่องสำคัญ และจัดวางองค์กรไว้ในตำแหน่งแห่งที่เพื่อเติมเต็มคุณค่าที่ขาดหายไป ทำให้สังคมมองเห็นคุณค่าขององค์กร

เมื่อย้อนมองกลับไปตั้งแต่ก่อนกำเนิดองค์กรจนมีชีวิตยืนยาวมาจนถึงวันนี้ สิ่งสำคัญที่ปลุกเร้าพลังความร่วมมือร่วมใจให้เกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนก็คือ การที่ มสช. นำเสนอคุณค่าที่ช่วยเติมเต็มสิ่งที่ขาดหายไปจากสังคมไทย โดยในยุคแรก สิ่งที่องค์กรถือเป็นเข็มมุ่งก็คือ การทำงานวิชาการเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบาย ซึ่งเป็นช่องว่างที่สำคัญของประเทศไทยในยุคนั้น

ดังที่คุณหมอสุวิทย์สะท้อนจุดแข็งในเรื่องนี้ไว้ว่า

“จุดแข็งของ มสช. ตอนที่ตั้งใหม่ ๆ คือ ทำในสิ่งที่คนอื่นเขาไม่ทำ คนอื่นเขาทำวิจัยทำวิชาการเชิงลึก แต่ มสช. ทำวิชาการเชิงระบบ เชิงนโยบาย ไม่ใช่วิชาการเชิงลึกเป็นเรื่อง ๆ...งานหลักของ มสช. ปัจจุบันยังคงต่อเนื่องมาตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง คือ การสร้างและจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบาย และการ implement นโยบายสุขภาพ...”

จุดแข็งนี้เป็นพลังที่ดึงดูดให้คนที่มีอุดมการณ์ใกล้เคียงกันเข้ามาร่วมขับเคลื่อนงาน โดยคุณหมอปิยะเล่าถึงในเรื่องนี้จากมุมมองส่วนตัวว่า

“สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผมมาร่วมทำงานที่นี่ ผมคิดว่าเป็นสิ่งที่เรียกว่า ‘passion’ ที่คนที่เกี่ยวข้องกับ มสช. ทั้งคนในองค์กรเอง และคนที่มาทำงานร่วมด้วย ต่างก็เห็นตรงกันว่าเราอยากสร้างสิ่งดี ๆ สิ่งนี้ล่ะที่อาจเรียกได้ว่าเป็น ‘จุดขาย’ ที่ทำให้ผมตัดสินใจมาร่วมงาน ...เพราะอาจารย์ที่นี่พูดว่ามาทำเรื่องนี้กัน โดยไม่ได้พูดว่าจะได้อะไร แต่พูดว่าจะสร้างให้เกิดประโยชน์อะไร...ผมคิดว่าอันนี้มาก่อนเลย...”

ความท้าทายในเรื่องนี้อยู่ตรงที่การไม่ยึดติด หมั่นค้นหา “ช่องว่าง” ที่ช่วยเติมเต็มสิ่งจำเป็นที่ยังขาดหายไปในแต่ละช่วงเวลาได้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพบริบทของสังคม

5. เรียนรู้และใช้ความรู้อย่างเท่าทัน

องค์กรที่มุ่งหวังจะสร้างความเปลี่ยนแปลงบนฐานความรู้ ย่อมหนีไม่พ้นที่ต้องเริ่มต้นจากการสร้างระบบการทำงานและบรรยากาศที่กระตุ้นให้สมาชิกเอาใจใส่ต่อการแสวงหาความรู้และเรียนรู้อย่างไม่หยุดนิ่ง

ดังที่คุณหมอจันทร์เพ็ญชี้ให้เห็นความสำคัญของเรื่องนี้ไว้อย่างตรงไปตรงมาว่า

"ถ้าเราจะยังธำรงความเป็นสมองให้สังคม
สิ่งที่เราควรมีก็คือต้องมีสมองก่อน...
ถ้าเราจะไปเป็นสมองให้คนอื่น
เราก็ต้องมีสมองของเราก่อนใช่ไหม..."

เช่นเดียวกับที่คุณหมอไพบูลย์กล่าวไว้ในประเด็นเดียวกันว่า *"สำหรับองค์กรที่ทำเรื่องการสร้างความรู้ ไม่ว่าคุณจะคิดอะไร คุณจะทำอะไร สิ่งเหล่านั้นจะปรากฏต่อแวดวงของคนที่เป็นผู้รู้ที่ไม่น้อยหรืออาจจะมากกว่าคุณ และเขาก็กลั่นกรอง ตั้งคำถามกับคุณ ว่าทำไมคุณคิดและทำอย่างนั้น"*

จากจุดนี้ การ *"สร้างคน สร้างงาน สร้างความรู้"* จึงเป็นแนวคิดหลักของสำนักงาน ทั้งด้วยการจัดระบบและสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ควบคู่ไปกับการเปิดพื้นที่ให้คนในได้พบปะแลกเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องกับภาคีเครือข่าย

ดังที่คุณหมอปิยะเล่าว่า

"ตั้งแต่คุณหมอสมศักดิ์เป็นเลขาธิการตั้งแต่ช่วงแรก ๆ ก็มีความคิดริเริ่มชวนคนมาคุยกัน... ผมว่าหลาย ๆ คนที่เข้ามามีฉันทะในการเรียนรู้ ทั้งเรียนรู้แบบส่วนตัว และยังทำให้เกิด collective

learning...ทุกคนมาต่อยอดกัน มีกระบวนการตั้งคำถามในมุมมองที่ไม่คิดว่าจะมีคนถาม"

นอกจากมีวิชาการที่ ***"แน่น"*** แล้ว เรื่องของความ ***"นิ่ง"*** โดยการสร้างความรู้อย่างมีวุฒิภาวะก็เป็นอีกโจทย์หนึ่งที่ท้าทายสำหรับองค์กรที่มีภารกิจในการขับเคลื่อนให้เกิดความเปลี่ยนแปลงบนฐานความรู้อีกด้วย

คุณหมอไพบูลย์ได้ชี้ถึงความสำคัญของเรื่องนี้ไว้ว่า

"

เส้นแบ่งระหว่าง การสร้างความรู้กับการทำให้ความรู้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นมันบาง...และเส้นแบ่งนี้มันมีทั้งข้อดีและข้อเสีย

"

"อาจารย์ประเวศ ซึ่งถือว่าเป็นปูชนียบุคคลของกระบวนการนี้ ท่านก็เตือนคนที่เป็นรุ่นหลัง ว่าให้ระวังระหว่างการทำตัวเป็น "ผู้สร้างความรู้" กับ "ผู้ผลักดันความรู้ให้ไปสู่ความเปลี่ยนแปลง"

"ในประเทศไทยช่วงที่ผ่านมาก็เคยเกิดกรณีที่สะท้อนว่าอาจารย์บางท่านล้ำเส้นนี้ ลืมว่าตัวเองเป็นผู้สร้างความรู้ ไปทิ้งน้ำหนักการสร้างการเปลี่ยนแปลง พอให้น้ำหนักตรงนั้นมากเกินมันกลายเป็นเอา value ของตัวเองมากกว่าความรู้ ไปใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง...จุดท้าทายหนึ่งของ มสช. จึงอยู่ที่ความเป็นวิชาการ"

ขณะที่คุณหมอจันทร์เพ็ญได้ชี้ให้เห็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการนำเสนอ “ความรู้ที่สังคมยอมรับ” ไว้ด้วยว่า

“การมีสมองนั้นต้องเป็นอิสระ...ต้องโปร่ง หมายถึงว่า เราต้องไม่ยึดติดกับอะไร โดยเฉพาะวิธีคิดของเราเอง และบางทีวิธีคิดของเราอาจจะก้าวหน้าเกินกว่าที่คนอื่นจะเข้าใจ เราก็ต้องยอมรับและหาวิธีว่าจะทำอย่างไรถึงจะสื่อสารให้เขาเข้าใจ และค่อย ๆ ทำงานไปด้วยกัน

“ถ้าเรามีสมองเท่าสังคม เราก็ไปเป็นสมองให้เขาไม่ได้ เราก็ต้องก้าวหน้ากว่าเขาหน่อยหนึ่ง แต่ถ้าก้าวหน้าเกินไป สังคมก็ไม่ยอมรับ หาว่าเราบ้าหรือเปล่า เพราะเราไปเสนออะไรที่เขาไม่เข้าใจ ก็ต้องเดินสายกลาง”

ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่ มสช. ให้ความสำคัญและสนใจที่จะ “กลั่น” ประสบการณ์ให้ได้แนวปฏิบัติที่ชัดเจน ดังที่คุณหมอสมศักดิ์สรุปบทเรียนออกมาว่า

“การจะให้งานวิจัยโดยเฉพาะส่วนที่ไม่ได้เป็นความรู้วิทยาศาสตร์พื้นฐานหรือเป็นเทคโนโลยี ต้องอาศัยการจัดการที่ดีเพื่อให้เกิดการรับรู้และเอาไปใช้ประโยชน์ โดยต้องเป็นการจัดการแบบการสร้างการมีส่วนร่วมและต้องระมัดระวังไม่ให้กลายเป็นการโฆษณาหรืออวดอ้างเกินกว่าเหตุ...

“การจัดการวิจัยต้องอยู่บนฐานของวิชาการและคำนึงถึงคุณภาพงาน รวมทั้งข้อจำกัดต่าง ๆ ของความรู้ที่เกิดขึ้นและมีการให้ความรู้โดยครบถ้วนแก่ผู้ที่นำไปใช้ตัดสินใจ ไม่ใช่แค่บอกว่าเขาควรตัดสินใจอย่างไร”

นั่นคือบทสรุปอย่างกระชับว่าด้วย “ทางสายกลางของการบริหารจัดการการวิจัย” ฝากไว้เป็นแนวทางสำหรับการบริหารจัดการงานวิจัยอย่างสมดุล

6. เลือกอยู่ใน “สถานะ” ที่เอื้อให้บรรลุภารกิจ

จากความตระหนักว่า “การสร้างความต่อเนื่องทางสติปัญญา” เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับองค์กรแห่งนี้ “มูลนิธิ” จึงเป็นสถานะที่เอื้อให้บรรลุภารกิจ

บทเรียนจากเมื่อครั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของภาคราชการสะท้อนให้เห็นถึง *“ความเสี่ยงจากการเข้าไปอยู่ใกล้ชิดอำนาจ”* แม้ว่าความใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการผลักดันนโยบาย แต่สถานะของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติที่เป็นส่วนหนึ่งของกองระบาดวิทยาในกระทรวงสาธารณสุขก็มีความเสี่ยงหลายด้าน อย่างที่คุณหมอจันทร์เพ็ญเล่าไว้ว่า

“พอทำไประยะหนึ่ง...การตั้งอยู่ในกระทรวงฯ อยู่ในระบบราชการนี้ ก็มีโอกาสจะถูกแทรกแซง...มันก็ต้องแน่นอนว่า ไปอยู่กับเขา เขาก็ต้องบอก..ช่วยทำนั่นหน่อย ช่วยทำนี่หน่อย มันลำบากที่จะเป็นอิสระ...”

องค์กรที่มีภารกิจสร้างความรู้เพื่อผลักดันนโยบายจำเป็นต้องมีคุณสมบัติสำคัญบางประการ คือมีความเป็นอิสระจากการถูกแทรกแซง และสามารถสร้างความต่อเนื่องทางสติปัญญาได้ นั่นคือความรู้ที่คณะผู้ก่อตั้ง มสช. ได้ตระหนักตั้งแต่ก่อนก่อตั้งองค์กร โดยคุณหมอสมศักดิ์ให้เหตุผลว่า

“กลไกรัฐนั้นหาความต่อเนื่องได้ยาก เนื่องจากผู้คนที่เกี่ยวข้องมักต้องโยกย้ายไปทำหน้าที่ใหม่ ๆ ตามระบบราชการ และกลไกทางวิชาการเองก็ยังมีความอ่อนแอมากในยุคนั้น...จากจุดนั้นเองที่ทำให้เกิดแนวความคิดที่จะจัดตั้ง มสช. ขึ้น เพื่อทำหน้าที่อย่างที่กล่าวมา”

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ที่แม้จะสร้างผลงานที่โดดเด่นและสร้างคุณูปการต่อประเทศในการผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณสุขและสุขภาพที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานประโยชน์ของประชาชนและสังคม สะท้อนแนวคิดที่ “ก้าวหน้า” ไว้จำนวนมาก แต่สุดท้ายก็ถูก *“ยุบ”* ไปกลางคัน เป็นเครื่องพิสูจน์ว่าสิ่งที่คาดการณ์ไว้เป็นจริง

และหลังจาก *“รีแบรนด์”* จากหน่วยงานภายใต้ภาครัฐมาเป็นมูลนิธินาน 3 ทศวรรษ ก็ทำให้เห็นว่า การขยับห่างออกมาจากศูนย์กลางอำนาจ ทำให้ มสช. ทำงานตอบสนองต่อเจตนารมณ์ของการก่อตั้ง ทั้งความเป็นอิสระและสร้างความต่อเนื่องทางสติปัญญาได้อย่างที่มุ่งหวัง

อย่างไรก็ตาม สถานะขององค์กรสาธารณประโยชน์ก็มีจุดท้าทายอยู่ในตัวเองในเรื่องสำคัญ นั่นคือการที่ต้องแสวงหางบประมาณและทรัพยากรด้วยตนเอง ดังจะได้กล่าวในข้อต่อไป

7. ดำรงตนอยู่ในจุดที่สมดุล

สถานะ "มูลนิธิ" แม้ทำให้ มสช. เป็นอิสระ แต่มีราคาที่ต้องแลก นั่นคือ การที่ต้องแสวงหางบประมาณและทรัพยากรด้วยตนเอง

เรื่องนี้ทุกคนย่อมเข้าใจได้ดี และมีความสำคัญอยู่มาก เพราะเป็นหนึ่งในปัจจัยชี้ขาดว่าจะทำให้ความมุ่งมั่นเป็นองค์กรที่สามารถสร้างความต่อเนื่องทางสติปัญญาเกิดเป็นจริงได้หรือไม่

"ความหลัง" ของ มสช. ได้ชี้ให้เห็นว่า การแสวงหาจุดสมดุลใน "การดำรงอยู่" เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ต้องบริหารให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในแต่ละช่วงเวลา พร้อมกับฝากข้อคิดไว้ให้หลายประการ

ดังที่เรื่องราวในช่วงวิกฤติ "ต้มยำกุ้ง" ระหว่างปี 2540-2542 อันเป็นช่วงหลังจากกำเนิด มสช. ได้ไม่นาน

สถานการณ์วิกฤติเศรษฐกิจจากภายนอกส่งผลกระทบต่อองค์กรสาธารณประโยชน์เล็ก ๆ เช่น มสช. ที่ไม่ได้รับงบประมาณตรงจากหน่วยงานใด ๆ มากพอสมควร

ดังที่คุณหมอไพบูลย์เล่าไว้ว่า ตั้งเป้าความสำเร็จในฐานะเลขาธิการช่วงนี้ไว้แค่ *"ไม่ให้องค์กรล้มหายตายจาก หลังจากทุนใหญ่ออกไป และเงินก้อนใหญ่ก็ยังไม่มา"*

คำว่า "ทุนใหญ่" หมายถึง การสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ซึ่งเป็นแหล่งงบประมาณสนับสนุนหลักในการทำงาน นับตั้งแต่ก่อตั้งคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติได้ยุติลงไปนานหลายปี ขณะที่แหล่งทุนที่สอดคล้องกับภารกิจของ มสช. โดยตรงก็ยังมีจำกัด

ในช่วงเวลาเช่นนี้ มสช. เลือกดำเนินบทบาทในฐานะ *"องค์กรบริหารจัดการงานวิจัย"* โดยทำหน้าที่รับทุนโครงการวิจัยด้านสาธารณสุขมาบริหารจัดการจนเกิดผลงานส่งมอบให้แก่แหล่งทุน อาศัยความเชี่ยวชาญ ศักยภาพการวิจัยด้านสาธารณสุข รวมทั้ง "เครดิต" ของผู้บริหาร ทำให้โครงการวิจัยที่รับมาบริหารจัดการในช่วงนั้นมีจำนวนมากพอที่จะทำให้องค์กรผ่านพ้นช่วงเวลานั้นมาได้

ในช่วงหลังจากนั้น ประเทศไทยเกิดองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่เป็นแหล่งทุนวิจัยเพื่อการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพขึ้นอีกหลายแห่ง ในภูมิทัศน์ใหม่นี้ได้เปิดทางให้องค์กรสาธารณประโยชน์อย่าง มสช. มีโอกาสเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มั่นคงมากขึ้น

กระนั้นก็พบความเสี่ยงหรือสิ่งที่ยากจะปฏิบัติได้จริงในบางครั้ง บางเรื่อง

ตัวอย่างครั้งสำคัญเช่นที่เกิดในปี 2557 เมื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทุนแหล่งหนึ่งของ มสช. ถูกตั้งข้อกล่าวหาว่า "ดำเนินการให้ทุนแบบไม่โปร่งใส" นำมาซึ่งคำสั่งจากรัฐให้ชะลอเบิกจ่ายเงินตามสัญญาให้แก่องค์กรผู้รับทุนของ สสส. อยู่นานหลายเดือน ยิ่งไปกว่านั้นยังส่งผลถึงภาคีเครือข่ายที่รับทุนจาก สสส. ที่หลายแห่งพลอยถูกเข้าตรวจสอบจากภาครัฐ ส่งผลสะเทือนถึงหน่วยงานที่รับทุนอย่าง มสช. ให้งานชะงักงันและติดร่างแหในการร่วมพิสูจน์ความบริสุทธิ์ไปด้วยโดยปริยาย

ดังที่คุณหมอศุภมิตรเล่าว่า

"กิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงนั้นทำไม่มาก เน้นการสานต่อชุดงานเดิมเอาไว้เป็นหลัก ทั้งด้วยความติดขัดเรื่องทุน และบรรยากาศไม่ค่อยดึงดูดให้คนใหม่ ๆ เข้ามา"

ส่วนเรื่องที่ฝากไว้เป็นบทเรียนสำคัญมี 2 เรื่องด้วยกัน

เรื่องแรก การดำเนินโครงการด้วยงบประมาณจากแหล่งทุนในประเทศ ซึ่งทั้งหมดเป็นหน่วยงานภาครัฐ ได้ฝากบทเรียนให้ต้องขบคิดในเรื่องของกรอบงบประมาณ ที่มักไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

ประเด็นสำคัญคือ ในการดำเนินโครงการที่ต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นหลัก ซึ่งเป็นจุดเน้นของ มสช. โดยคุณหมอศุภมิตรอธิบายถึงเรื่องนี้ไว้ว่า

"งบประมาณที่จะเอามาเป็นค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนคนที่จัดการ หรือผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดนี้จะถูกกำหนดไว้เป็นเปอร์เซ็นต์ไม่มาก ร้อยละ 8-10 แต่ในขณะที่งานของ มสช. ส่วนใหญ่เป็นงานจัดการความรู้ทั้งวงจร ใช้คนในด้านสมองกับเวลาเยอะ แต่ทุนที่ให้

กับการใช้จ่ายเกี่ยวกับการจัดการความรู้มีไม่มากให้เท่า ๆ กับ project อื่น ๆ ที่มีการซื้อของ การก่อสร้าง การให้บริการ ซึ่งมีสัดส่วนของการใช้คนที่ต้องให้เวลาในการคิด และก็กระบวนการเอาคนมาคิดร่วมกันไม่มากนัก

"ตรงนี้รู้สึกว่าเป็นอุปสรรคเหมือนกัน และไปผูกกับทัศนคติของหน่วยงานให้ทุน รวมทั้งเรื่องของระเบียบ กฎหมายที่ไปบังคับอยู่ด้วย... ทุกวันนี้ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก"

เรื่องที่สอง การบริหารโอกาสกับความเสี่ยงให้สมดุล

หมายถึงว่า การมีโอกาสเข้าถึงแหล่งงบประมาณสนับสนุนจำนวนมากก็ต้องตระหนักว่ามีความเสี่ยงหรือภัยคุกคามตามมาด้วยเช่นกัน ดังที่คุณหมอไพบูลย์สะท้อนมุมมองเรื่องไว้ว่า

"เงินเป็นโอกาส คุณจะใช้มันเพื่อสร้างอะไรก็ได้ ขณะเดียวกันใช้ทำลายได้ด้วย เหมือนเครื่องมือที่เป็นของกลาง ๆ เช่น มีดในครัว คุณจะไปฟันคนก็ได้ หรือจะเอาไปหั่นเนื้อทำสเต็กอร่อย ๆ มาให้กินก็ได้

"วันที่คุณมีเงินเยอะแล้วอยากจะทำอะไรเยอะ ๆ สิ่งที่ตามมาก็คือคุณอาจฉีกขาตัวเองจนเกิดสภาพที่ฝรั่งเรียกว่า spread too thin คือ เห็นโอกาสไปหมดจนไม่เห็นภาวะคุกคาม

"จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ของ มสช. ในวันที่มีเม็ดเงินไหลเข้ามาอยู่ในความดูแลจำนวนมาก แต่การไหลของเม็ดเงินนั้นมันคู่ขนานมากับอีกกระแสหนึ่ง คือกระแสซึ่งทำให้เกิดผลงานวิชาการที่ไปสร้างนโยบายที่กระทบกลุ่มผลประโยชน์...กลุ่มผลประโยชน์เหล่านั้นก็ดิ้นรนเป็นธรรมดาตามธรรมชาติ เขาดิ้นรนทำให้นโยบายเปลี่ยนกลับมากระทบต่อทั้งหน่วยงานสร้างความรู้และแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุน ดังเช่น กรณีของ สสส. ก็เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนมากว่า ความเป็นอิสระของ สสส. ลดน้อยลงเรื่อย ๆ แม้แต่องค์การอนามัยโลกเองก็เป็นตัวอย่างขององค์กรระดับนานาชาติ ที่เผชิญสภาพคล้ายคลึงกัน"

สำหรับ มสช. แม้กล่าวได้ว่า 30 ปีที่ผ่านมา ได้ "ตอบโจทย์" ในการรักษาสมดุลเรื่องนี้ลุล่วงมาได้ด้วยดีพอสมควร

แต่ตราบเท่าที่องค์กรยังต้องแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนจากภายนอก เรื่องนี้ก็จะยังเป็นจุดท้าทายไปอีกยาวนาน

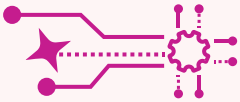
บทที่ 11

ก้าวไปสู่สิ่งที่ยังไม่รู้

ท่ามกลางอนาคตที่เต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงที่คาดหมายได้ยาก (volatile, uncertain, complex, ambiguous - VUCA) และแรงกระทบจากเทคโนโลยีที่พลิกผันทุกมิติของชีวิตจนไม่อาจทำแบบเดิมได้อีกต่อไป (disruptive technology) จะมีความรู้อะไรบ้างที่เป็นประโยชน์ต่อการก้าวไปท่ามกลาง “ความไม่รู้” ที่รออยู่ข้างหน้า

ในบทสุดท้ายนี้จะนำเสนอมุมมองที่ต่อยอดความรู้จากอดีตและปัจจุบัน เพื่อค้นหาจุดที่สามารถสร้างสรรค์คุณค่าขององค์กรให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลง ด้วยความหวังว่าอาจช่วยจุดประกายความคิดและเปิดทางเลือกสำหรับการออกแบบอนาคต

มุมมองเพื่อเปิดทางเลือก สำหรับการออกแบบอนาคต



1. หาโอกาสใหม่ "ไว" ต่อความเปลี่ยนแปลง

2. พร้อมที่จะเป็น "สมอง" ของสังคม

3. รุกในจังหวะที่เหมาะสม

4. เท่าทันโลกอันซับซ้อน

5. รักษาความสามารถในการเรียนรู้ และปรับตัว

6. ดำรงอยู่อย่างสมดุล

7. อยู่กับปัจจุบัน

1. หาโอกาสใหม่ “ไว” ต่อความเปลี่ยนแปลง

คุณหมอสมศักดิ์ เปิดประเด็นด้วยการชวนให้มองหาโอกาสใหม่ ๆ ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วม เรียนรู้ไปด้วยกันกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และก้าวไปอย่างมีวิสัยทัศน์

“ต้องไวต่อสิ่งท้าทาย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ในขณะเดียวกันก็ต้องมองไปข้างหน้าและปรับตัวเพื่อให้ทันหรือนำหน้าการเปลี่ยนแปลง ทำให้ภาคีนโยบายสาธารณะและการพัฒนาระบบสุขภาพสามารถมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกันได้ โดยมองความท้าทายและปัญหาสำคัญที่รอเราอยู่ข้างหน้า... ไม่ใช่เพียงแก้ปัญหาเฉพาะหน้า”

คุณหมอปิยะก็ให้ความสนใจกับเรื่องนี้เช่นกัน

"disruption คือการปรับเปลี่ยน...ไม่เชิงปฏิรูป ในที่นี้คือการปรับวิธีคิด ปรับวิธีทำงาน ปรับความสัมพันธ์เพื่อให้มันเกิดสิ่งดี ๆ หรือเกิดประโยชน์มากขึ้น โดยที่ไม่ได้อิงแต่สิ่งที่ทำมาในอดีตอย่างเดียว

“หลาย ๆ เรื่องเราก็ไม่รู้ ว่าอะไรจะมา disrupt อะไร และอะไรจะถูก disrupt แต่มีคนบอกว่าด้านสุขภาพนี้คือ หลาย ๆ อย่างก็ทำแบบที่เคยทำ เคยชินมานาน หลาย ๆ แวดวงตอนนี้ก็ค่อย ๆ ถูก disrupt ไปเรื่อย ๆ สุขภาพในอนาคต 20-30 ปี ก็คงจะเปลี่ยนเยอะ ยกตัวอย่างเช่น แทนที่จะเป็น hospital based ก็คือทุกอย่างอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นหลัก ตอนนี้ก็จะพูดถึง personal based ก็คือคนมาจัดการสุขภาพเป็นหลัก...

“ที่ผ่านมาหมอเป็นผู้รู้หลัก หมอบอกให้ทำอะไร หรือรัฐสั่งให้ทำอะไร ปัจจุบัน โดยเฉพาะในช่วงโควิดนี้ผมว่ามีคนตั้งคำถามกัน paradigm นี้เยอะว่า จริง ๆ แล้วมันใช่หรือเปล่า

“ต่อไปมันจะต้องเป็น democratizing approach มากขึ้นไหม...นี่อาจจะเป็น scenario หนึ่งที่เป็นไปได้ในอนาคต”

2. พร้อมที่จะเป็น “สมอง” ของสังคม

คุณหมอจันทร์เพ็ญ เห็นว่า มสช. ควรรักษาคุณค่าในการเป็น “สมอง” ให้สังคม

“สิ่งที่ควรจะดำรงไว้ก็คือ แนวคิดดั้งเดิมที่ว่า เราจะเป็นมันสมองให้กับสังคม ทั้งภาครัฐ หรือแม้แต่ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาวะ และไม่ใช่แค่สุขภาพทางกายอย่างเดียว แต่เป็นองค์รวมของความเป็นสุขภาวะ...ดำรงจุดแข็งที่ใช้ศาสตร์หลายอย่างร่วมกันในการทำงาน”

ขณะที่คุณหมอยศมีมุมมองเสริมในเรื่องนี้ โดยชี้ถึงคุณค่าของการเป็นสมองที่มองจากมุมที่กว้างไกลโดยนำความรู้ที่มีอยู่แล้วมาใช้ประโยชน์หรือต่อยอดอย่างรู้คุณค่า

*“Google scholar มี motto หนึ่งคือ **“ยืนบนไหล่ยักษ์”** เป็นการเปรียบเทียบว่า คนในฐานะนักวิชาการนี้จะเก่งจะเห็นวิสัยทัศน์ที่ไกลต้องไปยืนบนไหล่ยักษ์...ยักษ์คืออะไร ยักษ์คือองค์ความรู้ที่สั่งสมมาจากบรรพบุรุษ...เราไม่ใช่คนแรกที่คิดโจทย์วิจัยนี้ในโลก เราไม่ใช่คนแรกที่สงสัยเรื่องนี้ เราไม่ใช่คนแรกที่เจอปัญหานี้ มีคนอื่น ๆ ที่เจอปัญหาเดียวกันนี้มาก่อน*

“สมัยก่อนนั้นต้องใช้แรงอย่างมากในการไปหาความรู้อะไรสักอย่าง พอได้มาแล้วเหมือนกับได้ทอง... สมัยนี้ทองหรือความรู้มันเกลื่อนกลาดหล่นเต็มถนนไปหมด”

สำหรับการทำหน้าที่เป็นสมอง “ความเป็นกลาง” คือคุณลักษณะที่จำเป็นอย่างยิ่ง

ดังที่คุณหมอจันทร์เพ็ญ ชี้ถึงความสำคัญไว้ว่า

“ต้องเดินสายกลาง ถ้าเรามีอคติเชื่อมั่นอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไป เวลาคิดอะไรจะไม่เป็นกลาง พอไม่เป็นกลางก็มีแนวโน้มที่จะมีทั้งคนชอบและคนชังเรา ทำให้ทำงานลำบาก”

คุณหมอไพบูลย์เสริมในเรื่องนี้ว่า

“ต้องเป็นกลางมากพอที่ฝ่ายอื่น ๆ เขาจะไว้วางใจพอที่เขาจะให้ข้อมูล ไม่ว่าคุณจะเก่งแค่ไหนในฐานะนักวิชาการ แต่ถ้าคนที่เป็นแหล่งข้อมูลเขาไม่ trust คุณ คุณก็จบ เพราะความรู้ข้อมูลที่ได้จะเป็นแบบกระท่อนกระแท่นหรือเอียงกระเท่เร่”

3. รุกในจังหวะที่เหมาะสม

ความสำเร็จในการใช้ความรู้เป็นฐานในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายนั้น มิได้ชี้ขาดด้วยความแหลมคมและคุณภาพของข้อมูลเท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยการนำเสนอในจังหวะที่เหมาะสมด้วย

คุณหมอไพบูลย์ที่ผ่านประสบการณ์การผลักดันนโยบายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพมายาวนานสะท้อนมุมมองในเรื่องนี้ไว้ว่า

“หลาย ๆ เรื่องในเรื่องในโลกนี้ต้องการเวลาฟูมฟัก ต้องมองให้ออกในทางวิชาการว่าขณะนี้เราเข้าไปเกี่ยวข้องในส่วนไหนของ ‘S-curve’

“ถ้าเราอยู่ด้านล่าง ถึงคุณมีความรู้ เอาไปตีฆ้องร้องป่าวมาก อาจทำให้วงแตก และจะไม่มีอนาคต แต่ถึงวันที่มันเริ่มขึ้นแล้ว คือองคาพยพที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงเรื่องนั้นตกผลึกแล้ว มันต้องการที่จะพุ่งไปข้างหน้า ถ้ายังทำงานแบบเรื่อย ๆ มาเรียง ๆ เช้าชามเย็นชาม รักษาเนื้อรักษาตัว ก็เสียโอกาส

“และเมื่อถึงวันที่มันชนเพดานแล้วก็ต้องรู้ว่าจะทำตัวอย่างไร ถ้ายังทำตัวเหมือนอยู่ในจุดเดิมก็ไปไม่รอดอีกเช่นกัน”

4. เท่าทันโลกอันซับซ้อน

ในโลกที่ซับซ้อนยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ เรียกร้องให้การดำรงอยู่ขององค์กรแบบ มสช. เรียนรู้และปรับตัวให้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ความเป็นไป ดังที่คุณหมอไพบูลย์หยิบยกเรื่องนี้มากล่าวถึงว่า

"การทำตัวเป็นทศกัณฑ์ มีหลายหน้า เป็นประเด็นที่น่าพิจารณา...โลกมันซับซ้อน แต่ถ้าเราทำตัวซับซ้อนน้อยกว่าที่โลกต้องการ นั่นคือการโดดเดี่ยวตัวเอง"

ขณะที่คุณหมอปิยะให้ความสำคัญกับการขยายความเป็น "มสช." ให้สอดคล้องกับความซับซ้อนของโลกยุคใหม่

"

มสช. ย่อมาจาก มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ...
คำว่าชาติคืออะไร?...เมื่อก่อนนี้ชาติคือ รัฐ คือ รัฐบาล
กระทรวงสาธารณสุข อะไรอย่างนี้ แต่ผมว่ายุคนี้ไม่ใช่แล้ว...
ชาติคือประชาชน ชาติคือการมีส่วนร่วม
การมีความหลากหลาย ที่ผ่านมาผมว่าความหมาย
มันค่อย ๆ shift มาเรื่อย ๆ

"

“ผมเห็นด้วยกับที่หลาย ๆ ท่านพูดว่า จุดเด่นของ มสช. ในระยะหลัง เป็นเรื่องของการทำงานกับภาคีเครือข่ายหลากหลายภาคส่วน และเห็นว่าเรื่องนี้น่าจะเป็น strategic action ในอนาคตได้ นั่นคือ ทำอย่างไรให้เรื่องสุขภาพไปอยู่หรือทำโดยภาคส่วนต่าง ๆ โดยไม่เน้นแค่เฉพาะภาคสุขภาพ แต่เน้นว่าธุรกิจทำอะไร การศึกษาทำอะไร เรื่องของคมนาคมทำอะไรเกี่ยวกับสุขภาพบ้าง หรือมีอะไรที่เขาทำแล้วจะกระทบกับสุขภาพบ้าง

“การจะอยู่ไปในอนาคต ไม่น่าจะเป็นคนคนเดียว หรือแค่ไม่กี่คน...ทำอย่างไรให้ มสช. เป็นที่ยอมรับในฐานะองค์กรของชาติ เพราะเราพูดถึงชาติในแง่ที่ว่าไม่ใช่รัฐอย่างเดียว แต่หมายถึงประชาชน เอ็นจีโอ ฯลฯ ด้วย

“ต้องอาศัยหลาย ๆ คนมาทำ หรือว่าสุดท้ายไปช่วยเขาทำมากกว่า หาคนที่มีความสามารถตรงนั้นมาร่วมกัน built health intelligence ของชาติด้วยกัน โดยที่ มสช.เป็นคนกระตุ้นในส่วนนี้”

คุณหมอสมศักดิ์เสริมว่า เทคโนโลยียุคดิจิทัลจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เรื่องนี้เกิดพลัง

“การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัลจะมีผลอย่างมากมายต่ออนาคตของระบบสุขภาพไทย เป็นทั้งตัวช่วยให้ทำงานแบบใหม่ และสร้างความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสาธารณสุข หรือแม้กระทั่งความสัมพันธ์ในระบบบริการด้วยกันเอง ผ่านพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งพื้นที่จริงและพื้นที่เสมือน...

“ประชาสังคม นักวิชาการ และผู้กำหนดนโยบายจะสามารถมาคิดและทำงานร่วมกันได้มากขึ้น คู่ขนานไปกับการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติของระบบธุรกิจ ระบบการเมือง และระบบเศรษฐกิจสังคม”

5. รักษาความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัว

แม้ว่า การเรียนรู้และปรับตัวเป็นเหมือน “คาถา” ของการพัฒนาองค์กรทุกแห่ง แต่สำหรับการเผชิญความไม่รู้ในยุค VUCA คุณหมอไพบูลย์เน้นย้ำถึงขีดความสามารถสำคัญที่ชี้ขาดความสำเร็จของเรื่องนี้ว่า อยู่ที่การอยู่รอดและเติบโต

“ไม่มีชุดสำเร็จว่าอะไรดีไม่ดี มันเป็นเรื่องของยุคสมัย คำที่อาจจะเหมาะสมที่สุดคือ ขีดความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัว

“คำว่าเรียนรู้ที่มักได้ยินในแวดวงของเรามี 2 ความหมาย แบบแรก คือ เข้าไปห้องเรียน หรือมีกระดาษออกมาปึกหนึ่ง ก็นึกว่าเรียนรู้ แต่ความจริงไม่ใช่...การเรียนรู้แบบที่ 2 คือ ถ้าคุณเรียน คุณต้องอยู่รอดและเติบโตได้

“

ถ้า learn but not survive, not growth
สำหรับผมเอง ไม่ถือว่าเรียนรู้

”

6. ดำรงอยู่อย่างสมดุล

การมีแหล่งทรัพยากรที่มั่นคงและเพียงพอสำหรับการทำงานให้สำเร็จจากจุดแข็งของการเป็นองค์กรที่สามารถสร้างความต่อเนื่องทางสติปัญญา นำไปสู่การมองหาทางเลือกใหม่ ๆ อย่างเช่น การทำ **วิสาหกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise – SE)** โดยดึงจุดแข็งหรือคุณค่าขององค์กรมาเป็นแก่นในการต่อยอด โดยคุณหมอปิยะสะท้อนมุมมองในเรื่องนี้ว่า

"SE แบบไหนที่มัน work ... ผมคิดว่ามันควรจะมีอะไรที่เราทำได้ดี สมมติยกตัวอย่างว่าเราเป็น SE ที่เป็นคนรวบรวมข้อมูล จัดการองค์ความรู้ สร้างความฉลาดในเชิงนโยบายสุขภาพ แล้วก็ให้บริการกับกระทรวงสาธารณสุข ให้กับธุรกิจ ให้กับสถาบันการศึกษา มีรายได้จากการ subscription และใช้บริการ อย่างนั้นคิดว่าตรงกับจุดแข็งของ มสช."

7. อยู่กับปัจจุบัน

ในโลกยุคใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างก้าวกระโดด สิ่งต่าง ๆ ถูกถอดรื้อเพื่อพิจารณาคุณค่าอยู่ตลอดเวลาเช่นทุกวันนี้ การดำรงอยู่ของ มสช. ก็เป็นไปภายใต้ปรากฏการณ์นี้เช่นกัน

จุดกำเนิดของ มสช. เมื่อ 30 ปีก่อน ไม่ได้เกิดขึ้นในวาระที่ตั้งใจไว้ ทั้งในวาระแรกเริ่มที่ตั้งใจจะก่อตั้งมูลนิธิเมื่อคราวไปเจรจากับผู้แทนมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในปี 2530 แต่ไม่ประสบผลจนต้องขับเคลื่อนงานภายใต้หน่วยงานภาครัฐ

และต่อมา เมื่อ “คณะกรรมกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ” ถูกสั่งยุบแบบปัจจุบันทันด่วนในปี 2536 มสช. ที่จัดตั้งรอไว้ตั้งแต่ปี 2534 จึงกลายเป็นฐานที่มั่นในการขับเคลื่อนงานตามที่มุ่งหวังไว้ได้แบบไร้รอยต่อ ดังที่คุณหมอสมศักดิ์กล่าวไว้ในบทแรก ๆ ว่า

“ถ้าเราไม่ไปจดทะเบียนตั้งมูลนิธิ มาถึงจุดนี้ก็คงไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรกันต่อ...”

ความเป็นไปทั้งในอดีตจนถึงปัจจุบันของ มสช. เป็นบทพิสูจน์ถึงอานุภาพของความไม่แน่นอนอันเป็นกฎธรรมดาที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงในโลกที่ผันแปรไปตามเหตุปัจจัยมากมาย และย้ำเตือนให้คนทำงานไม่ตกอยู่ในความประมาท เพื่อพร้อมสำหรับการปรับตัวให้ดำรงอยู่อย่างเท่าทันปัจจุบันเสมอโดยไม่ยึดติดกับสิ่งที่เคยมีเคยเป็น ตลอดจนความสำเร็จที่ผ่านพ้นไปแล้ว แต่มุ่งไปที่คุณค่าอันเป็นแก่นสารแห่งกำเนิดและการดำรงอยู่

วิธีการหนึ่งที่ช่วยได้ อาจเป็นการหมั่นทบทวนตั้งคำถามที่ท้าทายกับตนเอง ดังที่คุณหมอปิยะเล่าไว้ว่า

“มีช่วงหนึ่งผมก็ถามกับบอร์ดว่า มสช. จะ 30 ปีแล้ว...เราจะต้องอยู่อีกกี่ปี...เพราะ มสช. คงไม่มีความจำเป็นต้องอยู่เพื่ออยู่ใช่ไหม...เราอยู่เพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลง”

“เป็นคำถามที่ไม่ได้ต้องการคำตอบ แค่ต้องถามตัวเองเป็นระยะ ๆ เพื่อจะได้กระตุ้นให้ มสช. เข้าไปถึงสาเหตุที่ต้องดำรงอยู่”

ในฐานะองค์กรที่ตระหนักต่อความสำคัญของการสร้างความต่อเนื่องทางสติปัญญา “ความหลัง” จาก 30 ปีที่ผ่านมาของ มสช. ได้ส่งมอบ “ความรู้” ไว้ให้เป็นทุนสะสมสำหรับเดินทางไปสู่ทศวรรษต่อไปไม่น้อย

เรื่องราวการเผชิญกับสิ่งที่ *“ยังไม่รู้”* นับจากนี้ เชื่อว่าจะถูกต่อยอดสู่ปัญญาที่สืบเนื่องจาก 30 ปีแรก เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนแบ่งปันร่วมกับกัลยาณมิตรต่อไปในวันข้างหน้า

“

ในช่วงที่ผ่านมา รูปแบบการทำงานของ มสช.
ปรับเปลี่ยนและปรับปรุงมาเป็นลำดับ
แต่หลักการและเป้าหมายสุดท้ายไม่เคยเปลี่ยนแปลง
นั่นคือการทำเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม
การสร้างการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย
การยืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

เราจะยังคงเล่นบทในฐานะส่วนประกอบเล็ก ๆ
ส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพไทยและทำตัวเป็นตัวช่วยที่สำคัญ
...
เราจะมุ่งมั่น ไม่อยู่กับที่ ปรับเปลี่ยน และหาวิธีทำงาน
ที่เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลง
ของภาวะผู้นำในระดับสูง รวมทั้งสิ่งแวดล้อม
ทั้งในและต่างประเทศ ย่อมเป็นอนิจจังและเป็นธรรมชาติ

”

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
คณะผู้ร่วมก่อตั้ง และ ประธาน มสช. คนปัจจุบัน

ภาคผนวก

กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม หรือ P^4

(Participatory Public Policy Process)

จุดคานงัดประเทศไทย

โดย

ประเวศ วะสี
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ – มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์

“

ถ้าถามว่า จุดคานงัดของประเทศไทยคืออะไร
ที่ถ้างัด ณ จุดนี้ แล้วจะมีผลไปสู่ทุกเรื่อง ทั้ง

เศรษฐกิจ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม
วัฒนธรรม สุขภาพ การศึกษา และประชาธิปไตย

*คำตอบคือ P^4 (**P**articipatory **P**ublic **P**olicy **P**rocess)*
กระบวนการนโยบายสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม

”

1

เครือข่ายองค์กรตระกูล ส. มีความพร้อมมากที่สุด ที่จะเริ่มต้นการขับเคลื่อน P^4

เครือข่ายองค์กรตระกูล ส. หมายถึง

1. สช. (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ)
2. สวรส. (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
3. สสส. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)
4. สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
5. สรพ. (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล)
6. มสช. (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

(อาจจะเพิ่มองค์กรอื่นอีกก็ได้ ที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเริ่มต้น)

ทั้ง 6 องค์กรตระกูล ส. ดังกล่าว มีความเป็นอิสระ มีความคล่องตัว มีงบประมาณ พอสมควร ทำงานทางปัญญา เพื่อสุขภาวะของคนทั้งมวล

และโดยที่ “สุขภาพคือทั้งหมด” (Health is the Whole) และนโยบายสาธารณะมีผลต่อทั้งหมด (Public Policy is the Whole) จึงมีความชอบธรรม หรือเป็นหน้าที่ที่จะต้องขับเคลื่อน P^4

2

แนวทางการปฏิบัติ

โดยย่อมีดังนี้

1. ร่วมกำหนดประเด็นใหญ่ของประเทศไทย (Thailand Big Issues) โดยทุกภาคส่วนของสังคม รวมทั้งพรรคการเมือง สมมุติว่าได้ 25 ประเด็น ซึ่งถ้าทำแล้วจะแก้ปัญหาได้ทั้งหมด ทำให้ประเทศหลุดจากสภาวะวิกฤตอย่างเรื้อรัง พร้อมที่จะเกิดความเจริญอย่างแท้จริง 25 ประเด็นใหญ่นี้ คือ ประเด็นนโยบายสาธารณะแห่งชาติที่คนไทยร่วมกำหนด ไม่ใช่ของใคร หรือของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง
2. จัดการพิมพ์ “25 ประเด็นนโยบาย” แห่งประเทศไทย” ให้เป็นสมุดปกขาวที่สวยงาม แล้วเผยแพร่ทั่วประเทศ ทำให้คนไทยเกิดความมุ่งมั่นร่วมกัน คนไทยไม่เคยมีความมุ่งมั่นร่วมกัน ความมุ่งมั่นร่วมกันที่จะเป็นพลังประดุจการรวมแสงเลเซอร์ เป็นพลังขับเคลื่อนนโยบาย
3. จัดการให้มีกลุ่มขับเคลื่อนนโยบาย 25 กลุ่ม
4. กลุ่มขับเคลื่อนนโยบายศึกษาวิจัยขับเคลื่อนนโยบายครบวงจร 12 ขั้นตอนความสำเร็จ[5] แล้วทำการขับเคลื่อนจาก 1 ถึง 12

5. *คู่มือขับเคลื่อนระบบนโยบายครบวงจร ๑๒ ขั้นตอน สู่ความสำเร็จ (คู่มือสัมฤทธิศาสตร์พาชาติออกจากวิกฤต)*

ระบบนโยบาย	ลักษณะงาน	ขั้นตอน
1. สังเคราะห์นโยบาย	วิชาการ	1-4
2. การตัดสินใจนโยบาย	การเมือง	5
3. การบริหารนโยบายสู่ความสำเร็จ	การบริหารจัดการ	6-12
		รวม 12 ขั้นตอน

ถ้าทำครบทั้ง 12 ขั้นตอน ไม่มีทางไม่สำเร็จ จึงเรียกวิธีการนี้ว่า **"สัมฤทธิศาสตร์"**

ที่ผ่านมา ที่ไม่ค่อยทำอะไรสำเร็จเพราะทำเป็นส่วน ๆ หรือบางส่วนไม่ครบวงจร วงจรไฟฟ้าที่ไม่ครบวงจรไฟเดินไม่ได้ฉันใด เรื่องนโยบายก็เช่นเดียวกันเมื่อทำอะไรไม่สำเร็จก็จะกล่าวโทษกันไปมา ทะเลาะ และขัดแย้งกันมากขึ้น "กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม" หรือ P^4 จะนำคนไทยทั้งชาติเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน และมีส่วนร่วมในการได้รับผลจากนโยบายสาธารณะที่ดี นี่คือประชาธิปไตยที่แท้จริง

3

“การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ”

(Interactive learning through action)

“กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” หรือ P^4 ดังกล่าว ใช้เครื่องมือขับเคลื่อน คือ “การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง” อันเป็นกระบวนการทางปัญญาที่ยิ่งใหญ่ของคนไทยทั้งชาติ กระบวนการนี้ ยิ่งทำ

- ยิ่งรักกันมากขึ้น
- ยิ่งเชื่อถือไว้วางใจกันมากขึ้น
- ยิ่งฉลาดขึ้น และฉลาดร่วมกัน เกิดอัจฉริยะกลุ่ม นวัตกรรม ปัญญาร่วม (Collective wisdom)
- ทั้งหมดเป็นพลังที่ฝ่าความยากไปสู่ความสำเร็จ
- ทุกคนมีความสุข ประดุจบรรลุนิพพาน

ในสังคมที่ซับซ้อน การใช้อำนาจและการแบ่งขั้วแบ่งข้างเข้าปะทะกันไม่มีพลังที่จะฝ่าออกไปได้ ดังที่เป็นมา แต่กระบวนการทางปัญญาของคนไทยทั้งชาติ มีพลังที่จะก้าวข้ามอุปสรรคทั้งปวง

4

กระบวนการนโยบายสาธารณะจะทำให้การเมืองลงตัว

วิกฤตการเมืองเรื้อรังของไทยดำเนินมากว่า 100 ปี ถ้านับตั้งแต่กบฏหมอเหล็งในต้นรัชกาลที่ 6 ทำอย่างไร ๆ การเมืองก็ไม่ลงตัว ทำให้เสียโอกาส และประเทศก้าวไปข้างหน้าไม่ได้

การเมืองเป็นส่วนหนึ่งหรือขั้นตอนหนึ่งของระบบนโยบาย คือขั้นตอนที่ 5 ระบบนโยบายยังมีอีก 11 ขั้นตอน ในเมื่อพยายามพัฒนาการเมืองอย่างแยกส่วน และเป็นการเมืองเชิงอำนาจจึงไม่สำเร็จ การเมืองต้องเป็นการเมืองเชิงปัญญา และเป็นส่วนหนึ่งของระบบนโยบาย 12 ขั้นตอนก็จะเกิดความสำเร็จ เมื่อนโยบายเป็นระบบครบวงจรโดยการมีส่วนร่วมของคนไทยทั้งประเทศ การเมืองก็จะมีคุณภาพนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ นักการเมืองทุกคนจะกลายเป็นคนเก่ง คนดี เพราะระบบดี พรรคการเมืองจะกลายเป็นสถาบันพัฒนานโยบาย นักการเมืองจะกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญในการขับเคลื่อนนโยบาย

P^4 จึง ทำให้การเมืองลงตัว และบ้านเมืองลงตัว

ต่อไปพรรคการเมืองใดมาเป็นรัฐบาลก็จะสบายมาก โดยประกาศว่านโยบายของพรรคในการบริหารประเทศ ก็คือนโยบาย 25 ประการ ที่ประชาชนร่วมสร้างกันมานั่นแหละ เพราะเป็นของกลางที่คนไทยทั้งชาติร่วมสร้าง รัฐบาลที่ตามหลังประชาชนจะง่ายและสะดวกสบาย ประชาชนรักด้วย และร่วมขับเคลื่อนนโยบาย 25 ประเด็นที่เขาร่วมสร้าง

5

P^4 ให้คำตอบเกี่ยวกับคนรุ่นใหม่ และการพัฒนาศักยภาพคนไทย

เพราะระบบการศึกษาไม่ให้คำตอบ คนรุ่นใหม่ที่มีพลังอุดมการณ์ และต้องการสร้างสรรค์ จึงต้องลงถนน และประเทศก็ไม่มีคำตอบให้เขา นอกจากศาลตัดสินจำคุกคนหนุ่มสาว

P^4 เป็นกระบวนการประชาธิปไตย และกระบวนการทางปัญญาที่คนรุ่นใหม่สามารถเข้าร่วมขับเคลื่อน ณ จุดต่าง ๆ เขาจะเข้าใจความเป็นจริงของประเทศ สามารถมีความฝันได้เต็มที่ และเข้าร่วมทำความฝันให้เป็นจริงด้วยสัมฤทธิศาสตร์

อุดมการณ์ที่ไม่มีการจัดการ ไม่นำไปสู่ความสำเร็จ แต่อาจมีอันตรายทั้งต่อตัวเอง และผู้อื่น

P^4 เป็นกระบวนการจัดการอุดมการณ์ให้เป็นความจริง โดยการมีส่วนร่วมของคนทั้งประเทศ จึงให้คำตอบเรื่องคนรุ่นใหม่ได้ และคนรุ่นใหม่จะเป็นพลังสร้างสรรค์อนาคตประเทศไทย

6

นโยบายสาธารณะที่ดีเป็นปัจจัยสุขภาพ ตาม Ottawa Charter

ตาม Ottawa Charter ปัจจัยใหญ่ ๆ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน มี 5 อย่างคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ
2. สิ่งแวดล้อมที่ดี
3. ชุมชนเข้มแข็ง
4. ระบบบริการสุขภาพดี
5. นโยบายสาธารณะที่ดี (Healthy Public Policies)

เพราะฉะนั้นจึงมีความชอบธรรม และหน้าที่ตระกูล ส. ที่จะริเริ่มและประสานการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม P^4 เป็นจุดคานงัดประเทศไทย ไปสู่สังคมสันติสุข ประเทศไทยจะเข้มแข็งและเป็นตัวอย่างแก่โลกว่า ประชาธิปไตยที่สมบูรณ์ที่ก่ออัตถประโยชน์นั้นคืออย่างไร

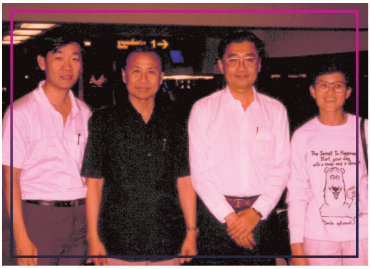
แหล่งข้อมูล

เอกสาร

“กว่าจะเป็นมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ” โดย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, ไม่ปรากฏปีที่เผยแพร่
บันทึก “องค์กรเรียนรู้ (ได้หรือเปล่า)” โดย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2548
สารจากประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ โดย นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ใน เว็บไซต์ มสช.

สัมภาษณ์

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล
พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ
นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์
นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์
ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์
ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย



ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
ทั้งในส่วนของสำนักงาน อันประกอบด้วย
บุคลากรและผู้บริหารทุกท่านของ
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
บริษัท คิดเปลี่ยนเรียนรู้วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด

และภาคีเครือข่ายจากทุกพื้นที่ในประเทศไทย
ที่ร่วมมือ และทุ่มเท แรงกาย แรงใจ
สติและปัญญาจนก่อเกิดเป็นผลจาก
การดำเนินงานตลอด 30 ปีที่ผ่านมา ในนาม

"มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ"

คณะกรรมการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติชุดปัจจุบัน

นายแพทยสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
ประธานกรรมการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช
รองประธานกรรมการ

คุณนวลอนันต์ ตันติเกตุ
รองประธานกรรมการฝ่ายบริหาร

ดร.นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์
กรรมการ

ทันตแพทย์กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์
กรรมการ

นายแพทย์หทัย ชิตานนท์
กรรมการ

คุณวิเชียร พงศธร
กรรมการ

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
กรรมการ

นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์
กรรมการ

ดร.สีลาภรณ์ บัวสาย
กรรมการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล
กรรมการ

นายแพทย์ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์
กรรมการ

คุณชูสะอาด กันธรส
กรรมการ

ดร.นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
กรรมการและเลขาธิการ

รายนามเลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (อดีต-ปัจจุบัน)

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
2530-2536

แพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ
2536-2539

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
2539

นายแพทย์ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์
2557-2559

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
2542-2557

ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล
2540-2542

นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์
2560

ดร.นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์
2561-2562

ดร.นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
2562-ปัจจุบัน

รายนามอดีตคณะกรรมการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

คณะกรรมการ มสช. (ชุดแรก) แต่งตั้งเมื่อ 28 ตุลาคม 2534

1.	นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์	ประธานกรรมการ
2.	ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี	รองประธานกรรมการ
3.	ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี	กรรมการ
4.	ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์	กรรมการ
5.	นพ.ดำรงค์ บุญยืน	กรรมการและเหรัญญิก
6.	นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์	กรรมการและเลขาธิการ

คณะกรรมการ มสช. แต่งตั้งเมื่อ 16 ธันวาคม 2542

1.	ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี	ประธานกรรมการ
2.	ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี	รองประธานกรรมการ
3.	นพ.หทัย ชิตานนท์	กรรมการ
4.	นพ.มรกต กรเกษม	กรรมการ
5.	ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช	กรรมการ
6.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	กรรมการ
7.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	กรรมการ
8.	นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์	กรรมการ
9.	นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	กรรมการ
10.	นพ.วิพุธ พูลเจริญ	กรรมการ
11.	พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ	กรรมการ
12.	ดร.สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ	กรรมการ
13.	น.ส.ลักขณา เติมศิริกุลชัย	กรรมการ
14.	นายอำนวย ทวีศิลป์	กรรมการและเหรัญญิก
15.	ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	กรรมการและเลขาธิการ

คณะกรรมการ มสช. แต่งตั้งเมื่อ 17 มีนาคม 2546

1.	ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี	ประธานกรรมการ
2.	ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี	รองประธานกรรมการ
3.	นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์	กรรมการ
4.	นพ.หทัย ชิตานนท์	กรรมการ
5.	นพ.มรกต กรเกษม	กรรมการ

6.	ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย	กรรมการ
7.	ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช	กรรมการ
8.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	กรรมการ
9.	นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	กรรมการ
10.	นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์	กรรมการ
11.	นพ.วิพุธ พูลเจริญ	กรรมการ
12.	ดร.สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ	กรรมการ
13.	ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	กรรมการ
14.	น.ส.ชูสะอาด กันธรส	กรรมการและเหรัญญิก
15.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	กรรมการและเลขาธิการ

คณะกรรมการ มสช. แต่งตั้งเมื่อ 9 พฤษภาคม 2549

1.	ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี	ประธานกรรมการ
2.	ศ.นพ.อารี วลยะเสวี	รองประธานกรรมการ
3.	นพ.หทัย ชิตานนท์	กรรมการ
4.	นพ.มรกต กรเกษม	กรรมการ
5.	ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย	กรรมการ
6.	ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช	กรรมการ
7.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	กรรมการ
8.	นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	กรรมการ
9.	ดร.สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ	กรรมการ
10.	ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	กรรมการ
11.	น.ส.ชูสะอาด กันธรส	กรรมการและเหรัญญิก
12.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	กรรมการและเลขาธิการ

คณะกรรมการ มสช. แต่งตั้งเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2557

1.	ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี	ประธานกรรมการ
2.	ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี	รองประธานกรรมการ
3.	นพ.หทัย ชิตานนท์	กรรมการ
4.	นพ.มรกต กรเกษม	กรรมการ
5.	ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช	กรรมการ
6.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	กรรมการ
7.	นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	กรรมการ

8.	ดร.สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ	กรรมการ
9.	ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	กรรมการ
10.	น.ส.ชูสะอาด กันธรส	กรรมการและเหรัญญิก
11.	นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์	กรรมการและเลขาธิการ

คณะกรรมการ มสช. แต่งตั้งเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2560

1.	ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช	ประธานกรรมการ
2.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	รองประธานกรรมการ
3.	ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี	กรรมการ
4.	นพ.หทัย ชิตานนท์	กรรมการ
5.	นพ.มรกต กรเกษม	กรรมการ
6.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	กรรมการ
7.	นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	กรรมการ
8.	ดร.สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ	กรรมการ
9.	ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	กรรมการ
10.	นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์	กรรมการ
11.	น.ส.ชูสะอาด กันธรส	กรรมการและเหรัญญิก
12.	นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์	กรรมการและเลขาธิการ

คณะกรรมการ มสช. แต่งตั้งเมื่อ 21 พฤษภาคม 2561

1.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ประธานกรรมการ
2.	ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช	รองประธานกรรมการ
3.	น.ส.นวลอนันต์ ตันติเกตุ	รองประธานกรรมการฝ่ายบริหาร
4.	ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี	กรรมการ
5.	นพ.หทัย ชิตานนท์	กรรมการ
6.	นพ.มรกต กรเกษม	กรรมการ
7.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	กรรมการ
8.	นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	กรรมการ
9.	ดร.สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ	กรรมการ
10.	ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	กรรมการ
11.	นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์	กรรมการ
12.	น.ส.ชูสะอาด กันธรส	กรรมการและเหรัญญิก
13.	ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	กรรมการและเลขาธิการ

“

มสช. ก่อตั้งขึ้นจากอุดมการณ์และเป้าหมายที่ชัดเจนว่า

“จะเป็นหน่วยงานอิสระที่ทำหน้าที่ระดมสมองของฝ่ายต่าง ๆ โดยเน้นหนักที่การพัฒนาส่วนที่เป็นนโยบาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในระบบสาธารณสุขของไทย”

เกือบ 10 ปีแรก นับตั้งแต่ถือกำเนิดในปี พ.ศ. 2534 มสช. ก้าวเดินตรงตามอุดมการณ์ที่ปักหลักไว้ และสั่งสมผลงานที่มีคุณค่าไว้จำนวนไม่น้อย อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่า นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ได้ทวีความเข้มข้นและครบเครื่อง เกิดผลงานที่สร้างผลกระทบอย่างสูงต่อสังคม และที่สำคัญคือ มี “พันธมิตร” อยู่ในทุกภาคส่วน

”

30th มสช.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
National Health Foundation

4th DECADE FORWARD