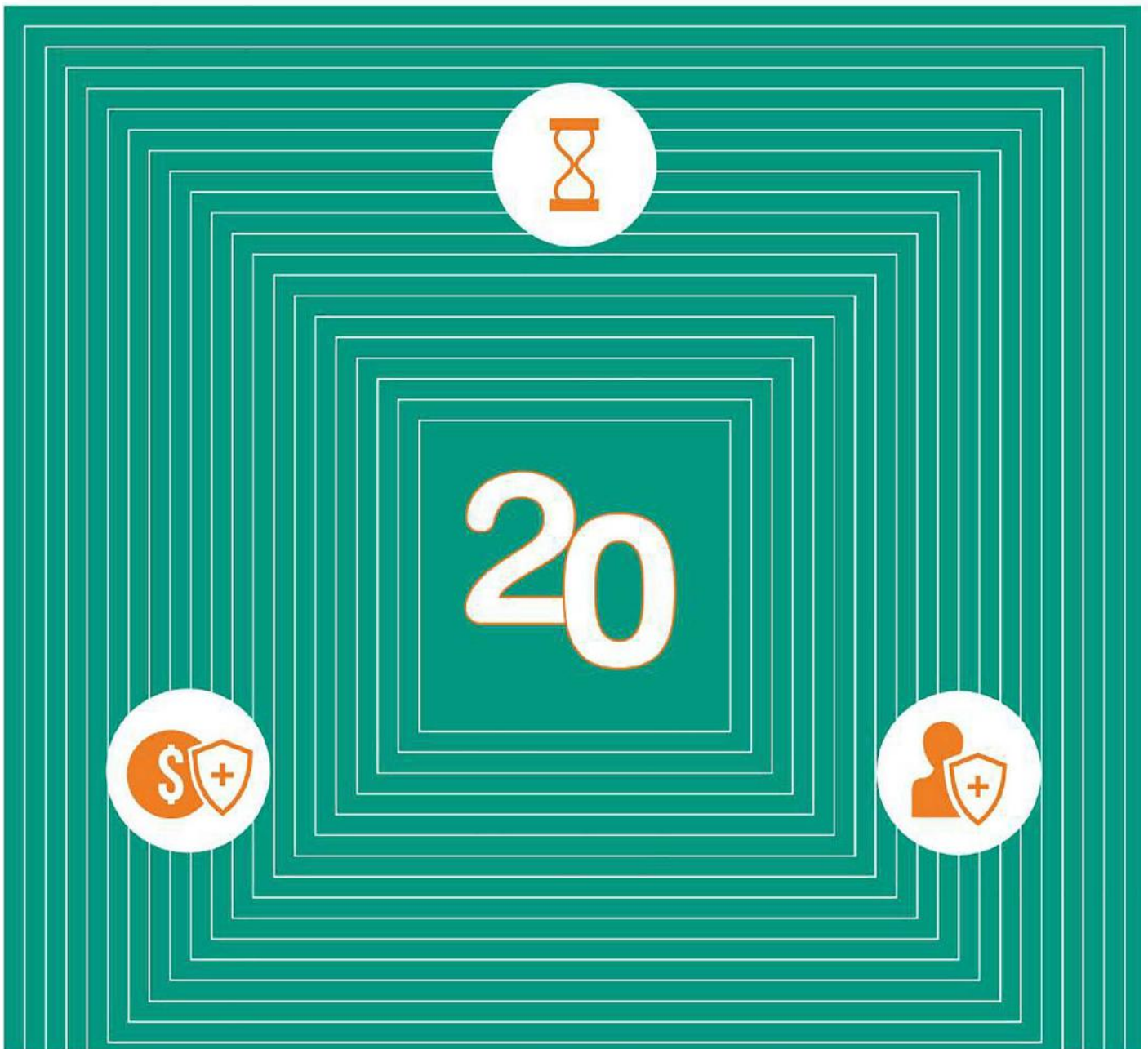




รายงานวิจัย

การศึกษาความเป็นไปได้และพัฒนารอบการประเมิน
ผลลัพธ์และผลกระทบในวาระครบรอบ 20 ปี สสส.



การศึกษาความเป็นไปได้และพัฒนารอบการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบ
ในวาระครบ 20 ปี สสส.

โดย

เครือข่ายวิชาการการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์

กันยายน 2562

สารบัญ

1. หลักการและเหตุผล.....	2
2. วัตถุประสงค์การศึกษา.....	5
3. วิธีการศึกษา	5
3.1 การทบทวนเอกสาร.....	5
3.2 การพัฒนา logic model framework	5
4. ผลการศึกษา: กรอบแนวคิดการประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ.....	6
4.1 วิธีการประเมินการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	6
4.2 กรอบแนวคิดการประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ.....	6
5. ผลการศึกษา: การออกแบบการประเมินผล	8
5.1 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส.	10
5.2 การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ	17
5.3 การประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ	21
6. ข้อสรุปและเสนอแนะในการประเมินผลลัพธ์	30
7. รายชื่อคณานักวิจัยในเครือข่ายวิชาการการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์	34
8. เอกสารอ้างอิง.....	35

การศึกษาความเป็นไปได้และพัฒนารอบการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบ

ในวาระครบ 20 ปี สสส.

1. หลักการและเหตุผล

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยมีหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคม เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีครบสี่ด้านทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยมีวิสัยทัศน์ คือ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ”¹ สสส. ดำเนินงานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2544 มีการประเมินการดำเนินงานเมื่อ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นการประเมินการดำเนินงานครบ 5 ปี และ 10 ปี ตามลำดับ นอกจากนั้น สสส. ยังมีการจัดทำตัวชี้วัด และเป้าหมายการดำเนินงานทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ใน พ.ศ. 2564 จะเป็นปีที่ สสส. ดำเนินงานครบ 20 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาสำคัญในด้านการวัดผลลัพธ์ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจะสามารถแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับผลลัพธ์ในหลายด้านที่ต้องอาศัยระยะเวลานานในการเปลี่ยนแปลง ประกอบกับใน พ.ศ. 2561 สสส. ได้สนับสนุนเครือข่ายวิชาการการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์² ซึ่งเป็นเครือข่ายของนักวิชาการที่สนใจในเรื่องการประเมินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์หลายหน่วยงานสำคัญในประเทศไทย จึงเป็นโอกาสที่เหมาะสมในการระดมทรัพยากรบุคคลจากเครือข่ายมาร่วมกันออกแบบและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และเครือข่ายในช่วงเวลาเกือบ 20 ปีของการก่อตั้ง สสส. โดยผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ทั้งทางวิชาการและข้อมูลที่ได้จะสามารถนำมาสนับสนุนการประเมิน สสส. โดยผู้ประเมินภายนอกในการประเมินการดำเนินงานครบ 20 ปีของ สสส. อีกด้วย

ในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และเครือข่าย ซึ่งเป็นการดำเนินมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยงานหลากหลายหน่วยงาน ผ่านการดำเนินงานจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ และมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น จึงส่งผลต่อความซับซ้อนในการออกแบบการประเมินผลลัพธ์ที่สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานของ สสส. ซึ่งเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่ดำเนินงานสนับสนุนการสร้างเสริม

¹ <http://www.thaihealth.or.th/Aboutus.html>

² มีหน่วยงานที่ร่วมลงนามฯ 12 องค์กร ประกอบด้วย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์และคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะเภสัชศาสตร์และคณะวิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มูลนิธิโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

สุขภาพของประชาชน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบที่สำคัญ เพื่อพัฒนากรอบการประเมินผลลัพธ์ที่เหมาะสมสำหรับการประเมินต่อไป

การประเมินจะพิจารณาผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดจากมาตรการ/โครงการที่ สสส. สนับสนุน และมีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนกับผลลัพธ์ที่ สสส. ตั้งเป้าหมายไว้ วิธีการดำเนินงานจะเริ่มจากการทบทวนข้อมูล พัฒนา logic framework และคัดเลือกโครงการสำคัญจาก 6 แผนงาน ได้แก่ แผนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนควบคุมยาสูบ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนอาหารเพื่อสุขภาพ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม และแผนสุขภาพชุมชน โดยจะเลือกมาตรการ/โครงการที่พบว่ามีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ตามเป้าหมายและพิจารณาผลกระทบในระยะยาว โดยเป้าหมายระยะยาวที่สนใจ ได้แก่ การลดการสูบบุหรี่ของคนไทย การลดการดื่มสุราของคนไทย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ การเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน และการมีชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง ดังตัวอย่างในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เป้าหมาย ตัวชี้วัด สถานการณ์ และแหล่งข้อมูล

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด/สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
1. ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ใน พ.ศ. 2557 ลงร้อยละ 10 จาก พ.ศ. 2552	อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ใน พ.ศ. 2552/อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 20.7	การสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยใน พ.ศ. 2563 ให้น้อยกว่าร้อยละ 27	อัตราการดื่มสุราของคนไทย ใน พ.ศ. 2552/อัตราการดื่มสุราของคนไทยเท่ากับร้อยละ 32	การสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้ อย่างเพียงพอตามข้อแนะนำ (400 กรัมต่อวัน) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ใน พ.ศ. 2557	อัตราการบริโภคผักและผลไม้ ใน พ.ศ. 2551/52/อัตราการบริโภคผักและผลไม้ อย่างเพียงพอ เท่ากับร้อยละ 17.7	การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
4. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำ ของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ใน พ.ศ. 2557	อัตราการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ และ/หรือการออกกำลังกายเป็นประจำของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. 2550/การออกกำลังกายเป็นประจำของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 29.6	การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
5. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กให้น้อยกว่าร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2562	ความชุกของสภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กใน พ.ศ. 2551/52/เด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ห้วมถึงอ้วน ร้อยละ 11	การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย
6. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนสัดส่วนไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2563	อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนใน พ.ศ. 2552/อัตราการตายจากอุบัติเหตุ	ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด/สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
	ทางถนนเท่ากับ 16.87 ต่อประชากรแสนคน	
7. ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง	ดัชนีที่แสดงถึงชุมชนเข้มแข็งใน พ.ศ. 2552/ดัชนีชุมชนเข้มแข็งอยู่ในระดับต้องปรับปรุงเท่ากับ 61.2	ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของครัวเรือนและข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชข. 2 ค) กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จัดทำดัชนีชี้วัด ³ จากข้อมูล จปฐ.

ที่มา ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ทั้งนี้การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบในระดับแผนงาน จะพิจารณาผลลัพธ์และผลกระทบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมซึ่งเป็นเป้าหมายหลักที่ สสส. กำหนดไว้เป็นตัวชี้วัดสูงสุดในการดำเนินงาน โดยศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ระยะกลางและระยะสุดท้ายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลัก วิเคราะห์ความแตกต่างของการมีมาตรการหลัก ๆ ตลอดการดำเนินงานของ สสส. ว่าส่งผลต่อแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นหรือไม่ อย่างไร (เน้นความสัมพันธ์ของมาตรการ นโยบาย โครงการที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในระดับประชากร)

³ โดยใช้ดัชนีสี่ตัว ประกอบด้วย (1) ชุมชนพึ่งตนเองได้ (2) การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยกันอย่างต่อเนื่อง (3) ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน (4) ชุมชนเกื้อกูลกัน (การมีส่วนร่วมของชุมชน) สสส. จะทำงานร่วมกับภาคีเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดยจะมีการตั้งเป้าหมายในระยะต่อไป

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารอบการศึกษาและพิจารณาความเป็นไปได้ในการคัดเลือกแผนงานและโครงการในแผนงานต่าง ๆ ของ สสส. มาประเมินผลลัพธ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) ทบทวนช่องว่างของงานวิจัยด้านการประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำมาศึกษาในการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานในวาระครบ 20 ปี สสส.
- 2) ศึกษาความเป็นไปได้ พัฒนาเกณฑ์ และคัดเลือกโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ สสส. ให้การสนับสนุน เพื่อมาประเมินและพิสูจน์ความเชื่อมโยงของผลผลิตที่เกิดจากโครงการเหล่านั้น ต่อผลลัพธ์ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว
- 3) ศึกษาและพัฒนารอบการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพและเศรษฐศาสตร์เพื่อกำหนดผลลัพธ์ที่จะประเมิน

3. วิธีการศึกษา

3.1 การทบทวนเอกสาร

วัตถุประสงค์ของการทบทวนเอกสารเพื่อ 1) ศึกษาการดำเนินงานของ สสส. โครงการต่าง ๆ ภายใต้แผนงานหลัก 6 แผนงาน 2) ศึกษารูปแบบการประเมิน กรอบการประเมิน และผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) ศึกษาการกำหนดผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ที่นำมาใช้วัดผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เอกสารที่ทบทวน ได้แก่ เอกสารที่ระบุแผนและผลการดำเนินงานของ สสส. ที่ผ่านมา เช่น รายงานผลการดำเนินงานของ สสส. รายงานผลการประเมิน รายงานปิดโครงการ รายงานประจำปี เป็นต้น และเอกสารวิชาการที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลวิชาการตามขอบเขตของการศึกษา

3.2 การพัฒนา logic model framework

วัตถุประสงค์ของการทบทวนเอกสารและพัฒนาแบบจำลองตรรกะในครั้งนี้เพื่อกำหนดเกณฑ์และพิจารณาความเป็นไปได้ในการเลือกประเมินโครงการภายใต้แผนงาน 6 แผนงานของ สสส. แบบจำลองตรรกะจะช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงของกิจกรรมหรือมาตรการที่ สสส. ให้การสนับสนุน โดยคณะผู้วิจัยต้องการคัดเลือกโครงการที่ให้ผลผลิตและผลลัพธ์ระยะสั้นและกลางที่มีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนกับผลลัพธ์ระยะยาวที่ สสส. ได้กำหนดเป็นเป้าหมายการดำเนินงาน 10 ปี โดยการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดจากมาตรการ/โครงการที่ สสส. สนับสนุนและมีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนกับผลลัพธ์ที่ สสส. ตั้งเป้าหมายไว้ กระบวนการพัฒนา logic model framework นี้มีการประกันคุณภาพงานวิจัยทำโดยการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและนักวิจัยในเครือข่าย เพื่อร่วมกันพิจารณา logic model framework เพื่อให้ข้อคิดเห็น จากนั้นจึงมีการปรับแก้ตามมติที่ประชุม

4. ผลการศึกษา: กรอบแนวคิดการประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 วิธีการประเมินการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีการศึกษาที่ประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สสส. พบเพียงการประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion programs/projects) หรือชุดมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการประเมินก่อนและหลังการให้มาตรการ (pre-and post-intervention design) มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ใช้การทดลอง (randomized controlled trials: RCTs) แม้ RCT จะเป็นรูปแบบการศึกษาที่เป็นมาตรฐาน แต่ในการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดด้านคุณภาพ เช่น ไม่มีการปกปิด (blinding) มาตรการที่ได้รับแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเหมาะสม ความหลากหลายของวิธีการประเมิน วิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล รูปแบบการวิจัย และความแตกต่างของการวัดผลลัพธ์ (1)

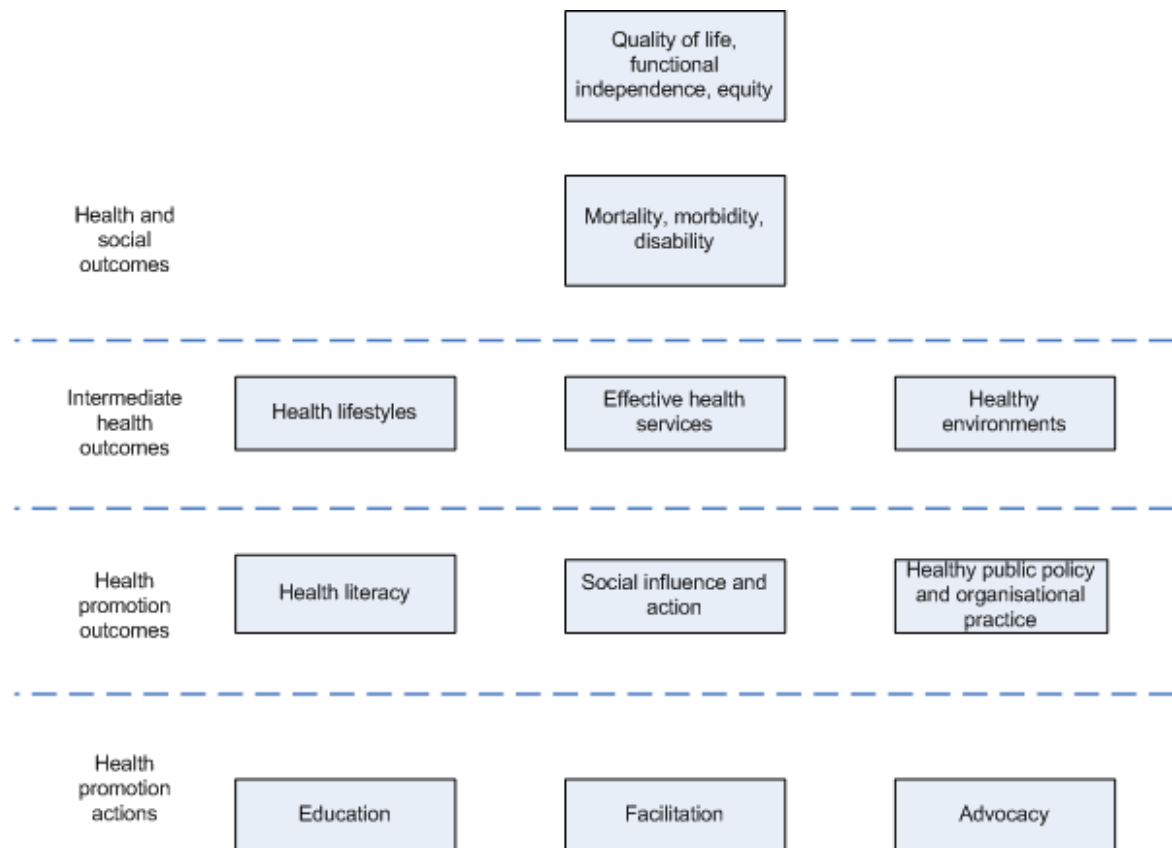
การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นมาตรการสุขภาพที่มีความซับซ้อน เช่นเดียวกับการดำเนินมาตรการสาธารณสุข การประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน จากการศึกษาของพัทธาและคณะ (2561) (1) พบว่า ยังไม่มีข้อเสนอแนะที่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินประสิทธิผลที่เหมาะสม สำหรับการประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อนในกรณีที่ไม่สามารถประเมินโดย RCT ได้ การศึกษาส่วนใหญ่ประเมินประสิทธิผลของมาตรการซึ่งขาดรายละเอียดของกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ประเมิน การประเมินกระบวนการยังมีสัดส่วนที่น้อยกว่าแม้ว่าจะเป็นประเด็นที่สำคัญต่อประสิทธิผลของมาตรการเช่นเดียวกัน

ดังนั้นในการประเมินเพื่อทราบผลของมาตรการ หรือการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในการประเมินผลลัพธ์นี้จึงจะใช้วิธีการวัดผลลัพธ์ 3 แบบ ได้แก่ การประเมินผลลัพธ์ที่สนใจก่อนและหลังการมีมาตรการ การประเมินผลลัพธ์ที่สนใจโดยเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและพื้นที่ที่ไม่มีมาตรการดังกล่าว และในกรณีมาตรการที่ไม่สามารถประเมินในสองรูปแบบได้จะประเมินโดยวัดความเต็มใจจ่ายของประชาชนในพื้นที่ต่อการมีมาตรการนั้น ๆ เช่น การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

4.2 กรอบแนวคิดการประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ

การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับและมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายถูกนำเสนอโดย Nutbeam (1998) (2) ซึ่งได้เสนอแนวทางการพิจารณาผลสำเร็จของการดำเนินโครงการฯ โดยแยกผลลัพธ์สองกลุ่มคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ กับผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรม/การดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้การศึกษา การสนับสนุน (facilitation) และการผลักดัน/ขับเคลื่อน (advocacy) ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ health literacy, social influence and action, healthy public policy และ organizational practice ซึ่งอาจเทียบได้กับผลลัพธ์ระยะกลาง (intermediate outcomes) ในการประเมินผลลัพธ์โดยทั่วไป ซึ่ง Nutbeam เน้นว่าผลเหล่านี้เป็นผลสุดท้ายของกิจกรรม/การดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้จะ

ช่วยให้สามารถแยกแยะผลลัพธ์ที่เกิดจากมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนได้ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดเรื่องการกำหนดผลลัพธ์ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพนี้สามารถใช้ประเมินในระดับโครงการหรือมาตรการได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องการกำหนดผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นช่องว่างของการประเมินที่คณะผู้วิจัยจากเครือข่ายฯ ศึกษาเพิ่มเติม



รูปที่ 1 Outcome model for health promotion (Nutbeam, 1998)

ในการนำกรอบแนวคิดของ Nutbeam มาเป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานของ สสส. อาจแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ 1) การประเมินเพื่อพิสูจน์การดำเนินงานในมาตรการที่ สสส. ได้มีส่วนอย่างชัดเจน เช่น โครงการต่าง ๆ ภายใต้แผนงานที่ สสส. ให้การสนับสนุน โดยจะพิสูจน์ว่าโครงการเหล่านั้นได้เกิดผลผลิตตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ อย่างไร มีผลผลิตที่เพิ่มมาจากเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ และผลผลิตเหล่านั้นส่งผลต่อผลลัพธ์ระยะสั้น กลาง และยาว หรือไม่ อย่างไร ซึ่งจะศึกษาทั้งผลลัพธ์ทางสังคมและสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้ และผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ และ 2) การประเมินในระดับมหภาคเพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังการมีมาตรการหลัก/ผลงานหลัก ที่สนับสนุนโดย สสส. และเครือข่าย (เช่น พ.ร.บ. ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ หรือการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น)

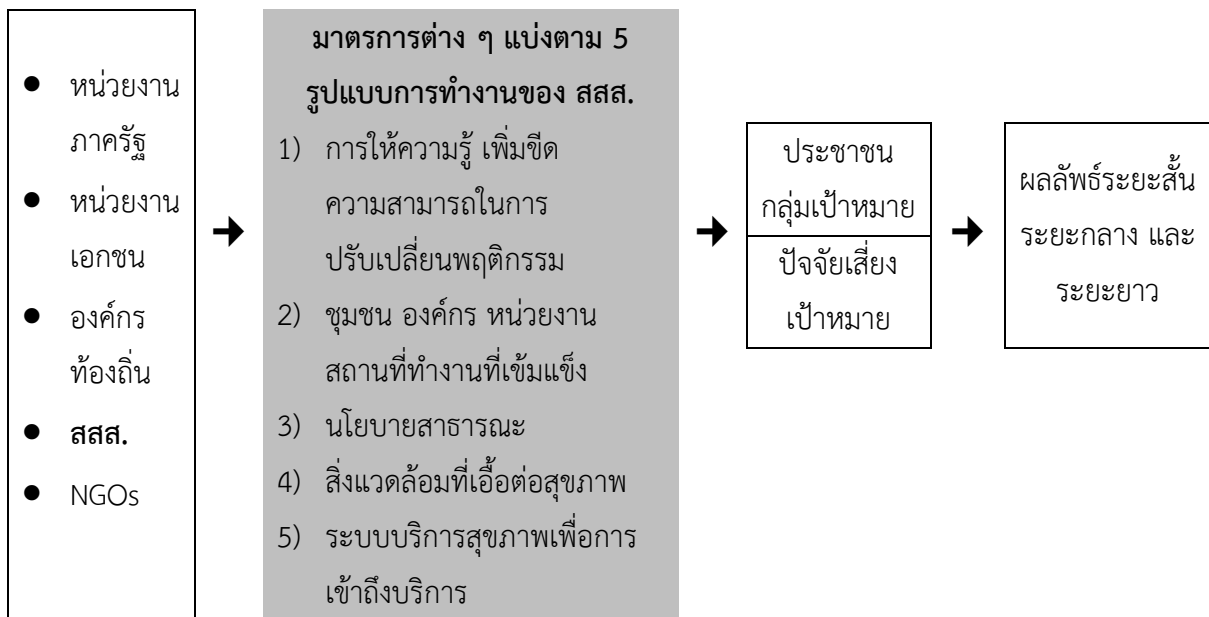
5. ผลการศึกษา: การออกแบบการประเมินผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าที่ผ่านมาได้มีการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในหลายรูปแบบทั้งการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วย ซึ่งทำการศึกษาโดยมนตรีธรรม และคณะ (3) ทำการประเมินผลลัพธ์ของแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบและแผนงานการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis) โดยการวิเคราะห์ต้นทุนความเจ็บป่วยด้วยวิธีอุบัติการณ์ (incidence-based, cost-of-illness analysis) ได้ผลลัพธ์เป็นต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน ซึ่งมูลค่าต้นทุนแสดงเป็นมูลค่าใน พ.ศ. 2553 และใน พ.ศ. 2555 พัทธรา และคณะ (4) ได้ทำการประเมินคุณค่าของ สสส. ที่ประชาชนมอบให้ โดยใช้วิธีการประเมินความเต็มใจจ่ายของครัวเรือนต่อมาตรการสร้างเสริมสุขภาพใน 6 แผนงาน ได้แก่ แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ แผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แผนสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและอุบัติภัย แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเรื่องอาหารและโภชนาการ แผนส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ และแผนสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ดื่มและผู้สูบบุหรี่ที่รับรู้การดำเนินงานของ สสส. เป็นผู้ที่มีความพยายามและสามารถงดดื่มและงดใช้ยาสูบได้ 1 เดือนขึ้นไป แต่ส่วนใหญ่ของผู้ที่งดแล้วยังกลับมาดื่มและสูบบุหรี่ใหม่ นอกจากนั้นใน พ.ศ. 2553 กำจร หลุยยะพงศ์ และคณะ (5) ได้ประเมินผลลัพธ์และผลกระทบทั้งด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ จากการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของ สสส. โดยประยุกต์กรอบแนวคิด 4 กรอบ คือ 1) การประเมินตามทฤษฎีระบบ (system analysis) และ program logic model 2) กรอบแนวคิด Health Promotion Switzerland: Model of Outcome Categories 3) กรอบแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ของการลดการบริโภคยาสูบของ WHO 4) แนวคิดการประเมินผลงานของ สสส. ตามกรอบของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) พัฒนากลอบแนวคิดในการประเมินการลดการบริโภคยาสูบเป็น program logic model จำแนกเป็น input, output, outcome และ impact โดยการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวพิจารณาจาก (1) ด้านสังคม ได้แก่ การลดลงของอัตรากายจากบุหรี่ การลดการทำลายป่าจากการปลูกยาสูบ/การลดพื้นที่ปลูกยาสูบ การเป็นตัวอย่างในเวทีโลก (เกณฑ์ WHO) และความยั่งยืนของภาคีเครือข่าย (2) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบ การประกันสุขภาพด้านยาสูบ และค่ารักษาพยาบาลด้านยาสูบ (3) ด้านสุขภาพ ได้แก่ อัตราการตายจากบุหรี่ (mortality) (ข้อมูล) อัตราโรคจากบุหรี่ (morbidity) และการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบการประเมินผลสัมฤทธิ์และความสอดคล้องของการดำเนินงานของแผนหลัก 3 ปีของ สสส. โดยใน พ.ศ. 2557 เพชรมณี และคณะ (6) ทำการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สามปี (พ.ศ. 2555-2557) และพยากรณ์ผลลัพธ์การดำเนินงานในระหว่าง พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2568 ของ 3 แผนงาน ได้แก่ แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ โดยทำการพยากรณ์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจาก 3 แผนงาน ได้แก่ จำนวนผู้สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์ และจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบก เพื่อเทียบกับเป้าหมายโดยใช้วิธีอนุกรมเวลา (time-series analysis) ด้วยเทคนิควิธีของบ็อกซ์-เจนกินส์แบบ ARIMA ผลการศึกษาพบว่ามีเพียงแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติที่มี

แนวโน้มประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ของยุทธศาสตร์ 3 ปี และ 10 ปี ในขณะที่ผลลัพธ์ของการดำเนินงานของแผนควบคุมยาสูบ และแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด มีแนวโน้มไม่บรรลุเป้าหมาย ใน พ.ศ. 2557 มงคลและคณะ (7) ทำการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานแผนสุขภาพชุมชน ระหว่าง พ.ศ. 2555-2557 โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจของศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน กล่าวคือชุมชนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในด้านการสร้างการมีส่วนร่วม ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความเข้มแข็งในการจัดการเศรษฐกิจ ทั้งนี้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและนักวิชาการชุมชน พบว่า การดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชนมีส่วนทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ในชุมชนพ.ศ. 2560 อริศราและคณะ (8) ทำการศึกษาผลสัมฤทธิ์และความสอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์แผนหลัก 3 ปี และแผน 10 ปี ของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนอาหารเพื่อสุขภาพ การประเมินใช้หลักการของ CIPP model ในการพัฒนาตัวชี้วัดร่วม (ปัจจัยเงื่อนไข) และตัวชี้วัดเฉพาะของแต่ละแผน (ผลสัมฤทธิ์ของแผน) ผลการประเมินแผน พบว่า แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีผลสัมฤทธิ์บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัด และไม่บรรลุ 5 ตัวชี้วัด แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัด แผนอาหารเพื่อสุขภาพบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด และยังไม่บรรลุ 2 ตัวชี้วัด ข้อเสนอสำหรับการขับเคลื่อนแผนในอนาคต คือการกำหนดเป้าหมายแผน 10 ปี หรือแผนหลัก 3 ปี ของ สสส. ควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน สสส. ผู้บริหาร บุคลากรและภาคีเครือข่าย สสส. ควรมีความชัดเจน เห็นด้วย และศรัทธาในวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน สสส. เป้าหมายและยุทธศาสตร์สามพลังของ สสส. มีการออกแบบโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน โดยเฉพาะระบบประเมินผลมีการบูรณาการระหว่างแผนภายใน สสส. และภาคีภายนอก สสส. เพื่อให้เกิดผลกระทบร่วมต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ อัตลักษณ์การมีส่วนร่วมให้เกิดผลกระทบร่วม มีการจัดการความรู้และใช้ประโยชน์จากผลการประเมินอย่างจริงจัง รวมทั้งสื่อสารสาธารณะให้สังคมรับรู้วาทกรรมต่าง ๆ ของ สสส. เช่น สุขภาวะองค์กรรวม พื้นที่สุขภาพ กิจกรรมทางกาย เพราะความเข้าใจที่ถูกต้องของสังคมจะเป็นทุนที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานของ สสส.

ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ครั้งนี้คณะผู้ประเมินพิจารณาช่องว่างของการประเมินที่ควรดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อสามารถต่อยอดให้กับองค์ความรู้เดิม มีประเด็นที่ควรพิจารณา 3 ข้อ ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการดำเนินงานของ สสส. ได้แก่ 1) การพิจารณาสัดส่วน (attribution) การดำเนินงานของ สสส. ที่มีผลต่อผลลัพธ์ระยะยาวทั้งหมดในภาพรวม 2) ความเชื่อมโยงระหว่างผลผลิตของการดำเนินโครงการ/มาตรการสร้างเสริมสุขภาพต่อผลลัพธ์ระยะสั้น กลาง และยาว (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดความเชื่อมโยงการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานต่าง ๆ กลุ่มเป้าหมาย/ปัจจัยเสี่ยงเป้าหมาย และผลลัพธ์

ดังนั้นในการออกแบบการประเมิน คณะผู้ประเมินได้ทบทวนวรรณกรรม ประชุมหารือและพิจารณาช่องว่างขององค์ความรู้ในเรื่องการประเมินผลลัพธ์ เพื่อให้ตอบสนองต่อประเด็นที่ควรพิจารณาซึ่งได้กล่าวไปแล้ว การศึกษาความเป็นไปได้เพื่อพัฒนารอบการประเมินนี้จึงแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส. 2) การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ และ 3) การประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์

5.1 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส.

วัตถุประสงค์ของการทบทวนเอกสารและพัฒนาแบบจำลองตรรกะในส่วนนี้เพื่อกำหนดเกณฑ์และพิจารณาความเป็นไปได้ในการเลือกประเมินโครงการภายใต้แผนงาน 6 แผนงานของ สสส. แบบจำลองตรรกะจะช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงของกิจกรรมหรือมาตรการที่ สสส. ให้การสนับสนุน โดยคณะผู้วิจัยต้องการคัดเลือกโครงการที่ให้ผลผลิตและผลลัพธ์ระยะสั้นและกลางที่มีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนกับผลลัพธ์ระยะยาวที่ สสส. ได้กำหนดเป็นเป้าหมายการดำเนินงาน 10 ปี โดยการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดจากมาตรการ/โครงการที่ สสส. สนับสนุน และมีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนกับผลลัพธ์ที่ สสส. ตั้งเป้าหมายไว้

การคัดเลือกโครงการเพื่อประเมินด้วย logical framework

วิธีการดำเนินงานจะเริ่มจากการทบทวนข้อมูล พัฒนา logical framework และคัดเลือกโครงการสำคัญจาก 6 แผนงาน ได้แก่ แผนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนควบคุมยาสูบ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนอาหารเพื่อสุขภาพ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม และแผนสุขภาพชุมชน โดยจะเลือกมาตรการ/โครงการที่พบว่ามีเชื่อมโยงที่ชัดเจนที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ตามเป้าหมาย และพิจารณาผลกระทบในระยะยาว โดยเป้าหมายระยะยาวที่สนใจ ได้แก่ การลดการสูบบุหรี่

ของคนไทย การลดการดื่มสุราของคนไทย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ การเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป การลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก การลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน และการมีชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง ตามที่กำหนดในทิศทาง เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

คำจำกัดความ/คำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

- แผนงานของ สสส. มีจำนวนทั้งหมด 15 แผนงาน มีวัตถุประสงค์เฉพาะในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อม รวมถึงระบบต่าง ๆ ในสังคม เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์หลักของการดำเนินงานของ สสส.
- โครงการ หมายถึงโครงการต่าง ๆ ซึ่งดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้เกิดการบรรลุตัวชี้วัดและเป้าประสงค์หลักของสสส. (ในระยะเวลาที่เหมาะสม) ที่แผนงานของ สสส. ให้การสนับสนุน
- กิจกรรม (activities) กิจกรรมที่ดำเนินในโครงการต่าง ๆ ของ สสส. อาจเป็นมาตรการหรือส่วนหนึ่งของมาตรการ มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลผลิตที่ต้องการ
- ผลผลิต (outputs) ผลผลิตจากการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการของ สสส. มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์
- ผลลัพธ์ (outcomes) ผลที่คาดหวังจากการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่ สสส. ให้การสนับสนุน โดยอาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ผลลัพธ์ระยะสั้น (short-term outcomes) ผลลัพธ์ระยะกลาง (intermediate outcomes) และผลลัพธ์ระยะยาว (long-term outcomes) ซึ่งในการพัฒนา logical framework นี้ ผลลัพธ์ระยะยาวหมายถึงผลลัพธ์สูงสุดที่ สสส. ตั้งเป้าหมายไว้ในช่วง 10 ปี

หลักการสำคัญในการพัฒนาแบบจำลองตรรกะในการศึกษานี้ ได้แก่ 1) การพัฒนาความเชื่อมโยงทางตรรกะระหว่างกิจกรรม/โครงการ กับผลผลิตและผลลัพธ์ในแต่ละระดับที่สอดคล้องกัน 2) ลูกศรที่เชื่อมระหว่างผลผลิตและผลลัพธ์เป็นตัวแสดงตรรกะความสัมพันธ์ของทั้งสองสิ่ง 3) ผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากผลผลิตจากกิจกรรมหรือโครงการที่ สสส. สนับสนุน เช่น การร่างกฎหมายหรือนโยบาย นำไปสู่การมีกฎหมาย/บังคับใช้กฎหมายและนโยบายนั้นไม่ได้เกิดจากการสนับสนุนของ สสส. เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคณะรัฐมนตรี (ครม.) พิจารณาเห็นชอบ ภาวศึเครือข่ายร่วมผลักดัน และการทำประชาคมโดยภาคประชาชน เป็นต้น และ 4) การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผลผลิตกับผลลัพธ์นั้น ผู้วิจัยต้องหาข้อมูลปัจจัยอื่น ๆ หรือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่จะร่วมกันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์มาประกอบการอธิบาย

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกโครงการที่จะประเมิน

- เป็นโครงการที่ สสส. ระบุว่าเป็นยุทธศาสตร์หลัก
- กิจกรรมที่มีส่วนสร้างผลลัพธ์ทางสังคมในระยะยาวผ่านผลผลิตและกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย
- งบประมาณอยู่ในช่วง 5-20 ล้านบาท และ/หรือมีระยะเวลาการสนับสนุนการดำเนินโครงการมาก
- มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการประเมินและสามารถเข้าถึงได้
- โครงการที่สิ้นสุดแล้วในวันที่ทำการประเมิน เนื่องจากผลลัพธ์บางด้านต้องอาศัยระยะเวลาเพื่อก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง
- ไม่ควรเป็นโครงการที่สิ้นสุดนานเกินไปเนื่องจากผู้เกี่ยวข้องอาจไม่สามารถนึกย้อนถึงโครงการนั้นเพื่อแบ่งบอกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

ตัวอย่างโครงการที่อาจจะคัดเลือกเพื่อประเมิน แสดงในตารางที่ 2 และสรุปผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนา logical framework แสดงในตารางที่ 3 สรุปรายละเอียดโครงการที่อาจเลือกประเมินจากแผนงานทั้ง 6 แผนงาน และแจกแจงผลผลิตและผลลัพธ์ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวที่จะประเมิน

ตารางที่ 2 ตัวอย่างโครงการที่อาจเลือกเพื่อประเมิน

แผน	โครงการที่เลือก
แผนควบคุมยาสูบ	1. แผนงานพัฒนาสมรรถนะขบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดำเนินการโดย มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2. แผนงานสร้างสรรค์ไทย ไร้ควัน ไร้โรค ดำเนินการโดย เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ 3. โครงการพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต ดำเนินการโดย ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (สบข.)
แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	1. โครงการพัฒนาการรับเรื่องร้องเรียน เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2. แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุราและสารเสพติด (พรส.) 3. การพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการให้บริการปรึกษาผู้มีปัญหาดื่มสุราทางโทรศัพท์และ ผู้ได้รับผลกระทบจากผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (1413 สายด่วนเลิกสุราและศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา)
แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	1. โครงการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในระดับจังหวัด โดย มูลนิธิเพื่อความปลอดภัยทางถนน 2. โครงการลดอุบัติเหตุทางถนนจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย มูลนิธิเมาไม่ขับ
แผนสุขภาวะชุมชน	1. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ในประเด็น การขับเคลื่อนเกษตรกรรมยั่งยืนสู่อาหารเพื่อสุขภาพ (พ.ศ. 2555-2557) โดยองค์การบริหารส่วนตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 2. นโยบายสาธารณะด้านการบริหารจัดการท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม โดยองค์การบริหารส่วนตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และ/หรือโดย องค์การบริหารส่วนตำบลสมอโค่น อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

แผน	โครงการที่เลือก
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	1. โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก 2. โครงการสนับสนุนยุทธศาสตร์ทุนอุปถัมภ์กีฬา 3. โครงการส่งเสริมการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน (เมืองปั่นได้ เมืองปั่นดี)
แผนอาหารเพื่อสุขภาพ	1. โครงการขับเคลื่อนนโยบายความมั่นคงทางอาหารเพื่อสุขภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืน 2. โครงการจัดการห่วงโซ่อาหารอินทรีย์สู่ผู้บริโภคเพื่อสุขภาพที่ดี บนปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดใกล้เคียงอย่างยั่งยืน 3. มูลนิธิสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2562 (โครงการเด็กไทยแก้มใส)

ตารางที่ 3 สรุปรายละเอียดโครงการที่อาจเลือกประเมินจากแผนงานทั้ง 6 แผนงาน และแจกแจงผลผลิตและผลลัพธ์ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

แผน	โครงการที่เลือก	ผลผลิต (ตามรูปแบบการทำงานของ สสส.)	ผลลัพธ์
ควบคุมยาสูบ	1. แผนงานพัฒนาสมรรถนะขบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดำเนินการโดย มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	- สื่อ รณรงค์ - ต้นแบบ - สร้างองค์ความรู้	ผลลัพธ์ระยะสั้น—ผู้รับสื่อมีความตระหนักถึงอันตรายและผลเสียจากการสูบบุหรี่/พื้นที่ต้นแบบปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะ ผลลัพธ์ระยะกลาง—ผู้สูบลดปริมาณการสูบลง (จำนวนมวนต่อคน) จำนวนสถานที่ห้ามสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ผลลัพธ์ระยะยาว—ผู้เลิกบุหรี่มีจำนวนมากขึ้น/จำนวนนักสูบหน้าใหม่ลดลง/ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคของผู้ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่
	2. แผนงานสร้างสรรค์ไทย ไร้ควัน ไร้โรค ดำเนินการโดย เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่	- ผลิตอาสาสมัครชุมชน (ระบบบริการ) - สื่อและอีเวนท์	ผลลัพธ์ระยะสั้น—อาสาสมัคร “ฟ้าใส” ในชุมชน ช่วยเพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการศูนย์บริการเลิกสูบบุหรี่/การสร้างความตระหนักในด้านการควบคุมยาสูบให้แก่กลุ่มเป้าหมายรวมถึงอันตรายและผลเสียจากการสูบบุหรี่ ผลลัพธ์ระยะกลาง—ผู้สูบลดปริมาณการสูบลง (จำนวนมวนต่อคน) ผลลัพธ์ระยะยาว—ผู้เลิกบุหรี่มีจำนวนมากขึ้น
	3. โครงการพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต ดำเนินการโดย ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (สบช.)	ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ (ระบบบริการ)	ผลลัพธ์ระยะสั้น—เพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการศูนย์บริการเลิกสูบบุหรี่ ผลลัพธ์ระยะกลาง—ผู้สูบลดปริมาณการสูบลง (จำนวนมวนต่อคน) ผลลัพธ์ระยะยาว—ผู้เลิกบุหรี่มีจำนวนมากขึ้น
ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	1. โครงการพัฒนาการรับเรื่องร้องเรียน เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- การพัฒนากฎหมาย - เพิ่มการบังคับใช้กฎหมาย	ผลลัพธ์ระยะสั้น—เกิดกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ระยะกลาง—ลดจำนวนผู้ดื่ม รวมถึงจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ทั้งสถานที่ เวลา และอายุของผู้ดื่ม) ผลลัพธ์ระยะยาว—ลดจำนวนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลดโรคที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
	2. แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุราและสารเสพติด (ผรส.)	- เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของระบบบริการสุขภาพ - การพัฒนาเครื่องมือ - การอบรมบุคลากร	ผลลัพธ์ระยะสั้น—การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ ผลลัพธ์ระยะกลาง—จำนวนผู้ดื่มสุราที่ได้รับการบริการที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสุราหรือการบำบัดมากขึ้น ผลลัพธ์ระยะยาว—จำนวนผู้เลิกสุราเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้เป็นโรคที่เกิดจากสุรา ต่ำน้อยลง หรือเลิกดื่ม
	3. การพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการให้บริการปรึกษาผู้มีปัญหาติ่มสุราทางโทรศัพท์และผู้ได้รับผลกระทบจากผู้มีปัญหาการติ่มสุรา (1413 สายด่วนเลิกสุราและศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา)	บริการให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการบำบัดสุราได้เร็วและมากขึ้น (กลุ่มเป้าหมายคือ	ผลลัพธ์ระยะสั้น—บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลลัพธ์ระยะกลาง—จำนวนผู้ติ่มสุราที่ได้รับการบริการที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสุราหรือการบำบัดมากขึ้น

แผน	โครงการที่เลือก	ผลผลิต (ตามรูปแบบการทำงานของ สสส.)	ผลลัพธ์
		ผู้ดื่มที่มีปัญหา ดื่มแบบอันตราย และมีภาวะติดสุรา)	ผลลัพธ์ระยะยาว—จำนวนผู้เลิกสุราเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้เป็นโรคที่เกิดจากสุรา ต่ำลง หรือเลิกดื่ม
การจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	1. โครงการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในระดับจังหวัด โดย มูลนิธิเพื่อความปลอดภัยทางถนน	จัดสัมมนาให้ผู้พิพากษาและภาคีที่เกี่ยวข้อง	ผลลัพธ์ระยะสั้น—การบังคับใช้กฎหมาย โดยส่งผลให้แนวทางการพิพากษา ความผิดฐานเมาแล้วขับมีบทลงโทษเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ระยะกลาง (ไม่ระบุ) ผลลัพธ์ระยะยาว—จำนวนอุบัติเหตุลดลง
	2. โครงการลดอุบัติเหตุทางถนนจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย มูลนิธิเมาไม่ขับ	เกิดนโยบายสาธารณะ	ผลลัพธ์ระยะสั้น—10 จังหวัดที่บรรจงบังคับใช้กฎหมายป้องกันอุบัติเหตุจราจรไว้ในวาระการประชุมประจำเดือนของจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เกิดเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ระยะกลาง (ไม่ระบุ) ผลลัพธ์ระยะยาว—ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจร
สุขภาวะชุมชน	1. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ในประเด็น การขับเคลื่อน เกษตรกรรมยั่งยืนสู่อาหารเพื่อสุขภาพ (พ.ศ. 2555-2557) โดย องค์การบริหารส่วนตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก	- จำนวนชุมชน แกนนำ มีความรู้ และทักษะการขับเคลื่อน - องค์ความรู้ ศูนย์การเรียนรู้ วิทยาการชุมชน - นวัตกรรมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและดูแลสุขภาพ - จำนวนศูนย์จัดการเครือข่ายองค์กรและบูรณาการระบบข้อมูล	ผลลัพธ์ระยะสั้น—เพิ่มจำนวนชุมชน แกนนำที่มีศักยภาพจัดการปัจจัยเสี่ยง/เพิ่ม ศูนย์การเรียนรู้ นำความรู้ไปปฏิบัติ/นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ใช้ฐานข้อมูลในการจัดกิจกรรม ผลลัพธ์ระยะกลาง—ชุมชน แกนนำ สามารถจัดการปัจจัยเสี่ยง หรือปรับสภาพแวดล้อมและผลักดันนโยบาย/ความเชี่ยวชาญในการประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติ/ขยายประเด็นและพื้นที่/ใช้ข้อมูลชี้เป้าสังคม ผลลัพธ์ระยะยาว—คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น/คนมีความรู้และสามารถจัดการสภาพแวดล้อมได้/ชุมชนได้รับการสุขภาพีบาลและอนามัยที่ดี ทัวถึง เฝ้าเทียม
	2. นโยบายสาธารณะด้านการบริหารจัดการท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม โดยองค์การบริหารส่วนตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และ/หรือโดย องค์การบริหารส่วนตำบลมอโค่น อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก		
ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	1. โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ สำหรับนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก	- จำนวนกิจกรรมทางกายในสถานศึกษาเพิ่มขึ้น - พื้นที่สร้างสรรค์สำหรับนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ผลลัพธ์ระยะสั้น—ความชุกของอาการเนือยนิ่ง (physical inactivity) ในเด็ก ลดลง/สถานที่เอื้อต่อการเกิดกิจกรรมทางกาย ผลลัพธ์ระยะกลาง—เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอัตรา การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันของเด็กเพิ่มขึ้น/เด็กเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ผลลัพธ์ระยะยาว—ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือโรคอ้วนในเด็ก
	2. โครงการสนับสนุนยุทธศาสตร์ทุนอุปถัมภ์กีฬา	จำนวนกิจกรรมทางกาย (ในรูปแบบกีฬาหรือการแข่งขันกีฬา) เพิ่มขึ้น	ผลลัพธ์ระยะสั้น—กิจกรรมทางกายและช่วยลดความชุกของการเนือยนิ่งใน ประชาชนกลุ่มวัยต่าง ๆ ที่มีการเข้าร่วมในการเล่นกีฬา ผลลัพธ์ระยะกลาง—จำนวนผู้เข้าร่วมเล่นกีฬาเพิ่มขึ้นและมีการฝึกซ้อมกีฬาย่างสม่ำเสมอ/ทำให้อัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ระยะยาว—ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือโรคอ้วนในเด็ก

แผน	โครงการที่เลือก	ผลผลิต (ตามรูปแบบการทำงานของ สสส.)	ผลลัพธ์
	3. โครงการส่งเสริมการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน (เมืองปั่นได้ เมืองปั่นดี)	- ส่งเสริมการใช้จักรยาน (กิจกรรมทางกาย) ในชีวิตประจำวันโดยการรณรงค์ด้วยรูปแบบต่าง ๆ ให้คนในชุมชนหันมาใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน - พัฒนาพื้นที่ที่เอื้อต่อการใช้จักรยานในชุมชน	<u>ผลลัพธ์ระยะสั้น</u>—ให้ความสุขของ physical inactivity ของผู้ที่ใช้จักรยานในชีวิตประจำวันลดลง และเกิดพื้นที่ที่เอื้อต่อการใช้จักรยาน <u>ผลลัพธ์ระยะกลาง</u>—เกิดชุมชนที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ/เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน <u>ผลลัพธ์ระยะยาว</u>—ลดความทุกข์ของภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือโรคอ้วนในเด็ก
อาหารเพื่อสุขภาพ	1. โครงการขับเคลื่อนนโยบายความมั่นคงทางอาหารเพื่อสุขภาพ และการพัฒนาที่ยั่งยืน	- กฎหมาย/นโยบาย/มาตรการ - การให้ความรู้ - ปรับสภาพแวดล้อม	<u>ผลลัพธ์ระยะสั้น</u>—ทุกภาคส่วนมีความรู้และตื่นตัวในเรื่องความมั่นคงทางอาหาร เกิดแหล่งผลิตและแจกจ่ายอาหารที่ดีต่อสุขภาพและปลอดภัยแบบยั่งยืน <u>ผลลัพธ์ระยะกลาง</u>—ประชาชนได้ทานอาหารสุขภาพมากขึ้น <u>ผลลัพธ์ระยะยาว</u>—ประชาชนมีสารพิษตกค้างในร่างกายลดลงและมีสุขภาพดีขึ้น (ไม่ใช่ตัวชี้วัด 10 ปี ของ สสส.)
	2. โครงการจัดการห่วงโซ่อาหารอินทรีย์สู่ผู้บริโภคเพื่อสุขภาพที่ดี บนปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดใกล้เคียงอย่างยั่งยืน	ต้นแบบ	<u>ผลลัพธ์ระยะสั้น</u>—เกษตรกร หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนมีการผลิต แจกจ่าย ขนส่ง หรือการทำการตลาดของสินค้าเกษตรอินทรีย์มากขึ้น มีต้นแบบที่สามารถใช้พัฒนาต่อยอด <u>ผลลัพธ์ระยะกลาง</u>—ประชาชนในพื้นที่มีการรับประทานผักและผลไม้ที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น <u>ผลลัพธ์ระยะยาว</u>—ประชาชนมีสารพิษตกค้างในร่างกายลดลงและมีสุขภาพดีขึ้น (ไม่ใช่ตัวชี้วัด 10 ปี ของ สสส.)
	3. มูลินนิธิสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2562 (โครงการเด็กไทยแก้มใส)	- ต้นแบบ - การให้ความรู้ - ปรับสภาพแวดล้อม	<u>ผลลัพธ์ระยะสั้น</u>—โรงเรียนต้นแบบสามารถจัดอาหารที่มีโภชนาการที่ดีให้นักเรียนได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน นักเรียนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกลุ่มต่าง ๆ มีความรู้และความตื่นตัวต่อโภชนาการที่ดี <u>ผลลัพธ์ระยะกลาง</u>—นักเรียนได้รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ <u>ผลลัพธ์ระยะยาว</u>—ลดความทุกข์ของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กให้น้อยกว่าร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2562

5.2 การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ

การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นและควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ของ สสส. การศึกษาส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการดำเนินมาตรการของ สสส. ตาม 5 แผนงาน ได้แก่ แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนอาหารเพื่อสุขภาพ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนสุขภาพชุมชน และแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ทั้งทางวิชาการและข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่ผ่านมาของ สสส. ตลอดระยะเวลา 20 ปี

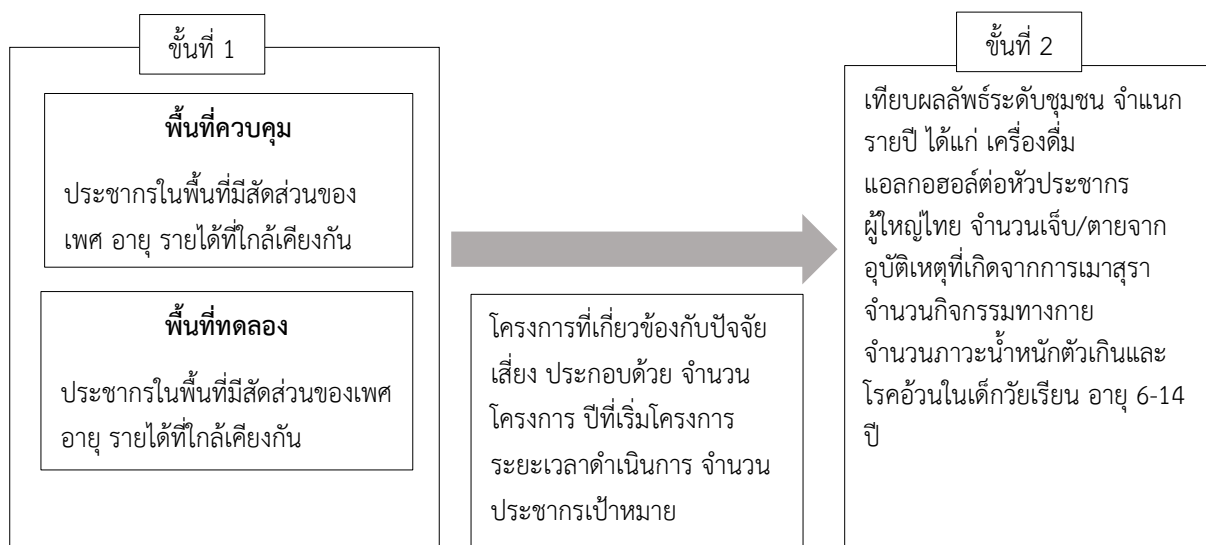
Basu และคณะ (2017) (9) กล่าวถึงวิธีการประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้วิธีการทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุม ซึ่งถือเป็นวิธีมาตรฐานหรือ gold standard สำหรับการประเมินประสิทธิผลของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากการควบคุมอคติ (bias) กล่าวคือ การทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุมประกอบด้วยกลุ่มทดลองที่ได้รับมาตรการและกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับมาตรการ และทั้ง 2 กลุ่มควรมีลักษณะพื้นฐาน (characteristic) คล้ายกัน เช่น อายุ เพศ ระดับเศรษฐฐานะ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การใช้วิธีการทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุมเพื่อประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพในความเป็นจริงทำได้ยากในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมาตรการสร้างเสริมสุขภาพควรจะถูกประกาศใช้ในประชากรทุกกลุ่ม การเลือกใช้มาตรการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอาจจะขัดต่อหลักจริยธรรม เนื่องจากมาตรการสร้างเสริมสุขภาพสามารถส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการประเมิน เช่น 1) difference-in-differences เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบของมาตรการในช่วงเวลาที่ต่างกันและเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการกับพื้นที่ที่ไม่ได้รับผลกระทบจากมาตรการ 2) propensity score or synthetic control regression เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มประชากรที่ได้รับมาตรการกับการสร้างกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับมาตรการขึ้นมาเปรียบเทียบเนื่องจากไม่ทราบกลุ่มประชากรแน่ชัด และ 3) discontinuity, instrumental variables, or near-far matching เพื่อจำลองการศึกษาโดยใช้วิธีการทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุม เป็นต้น

ขณะที่ประเทศไทยได้ใช้วิธีการเดียวกันนี้เพื่อประเมินผลกระทบของโครงการจ่ายตรงโรคเรื้อรัง 4 โรค ที่มีต่อค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งการมาใช้บริการของผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลสระบุรี โดยกลุ่ม treatment คือ กลุ่มผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เข้าโครงการจ่ายตรงโรคเรื้อรัง 4 โรค และกลุ่มควบคุม คือกลุ่มผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มแรกแต่ไม่ได้เข้าโครงการ ซึ่งวิธีการนี้สามารถบริหารจัดการเปลี่ยนแปลงตามแนวโน้มเวลา ภายใต้สมมติฐานที่ว่าหากไม่มีโครงการแล้ว ผลลัพธ์ของทั้งกลุ่ม treatment และ control จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวโน้มเดียวกัน นอกจากนี้วิธีการนี้ยังถูกนำไปใช้ในการวัดผลลัพธ์ด้านรายจ่ายด้านสุขภาพ ความไม่เท่าเทียมกัน เป็นต้น

ทั้งนี้วิธี different-in-different เป็นวิธีการทางเศรษฐศาสตร์ที่นิยมใช้ในการประเมินผลกระทบของโครงการ เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการมีมาตรการ โดยแบ่งช่วงเวลาเป็น 2 ช่วง คือ 1) ช่วงที่ยังไม่มีโครงการหรือมาตรการ (pre-intervention) 2) ช่วงที่มีโครงการหรือมาตรการ (post-intervention) โดยการคำนวณผลกระทบโดยเฉลี่ยของโครงการหรือมาตรการ (Average Treatment Effect: ATE) สามารถหาได้จากผลต่างของผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษา (mortality, morbidity) ณ ช่วงเวลา t

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ภายใต้ 5 แผนงาน ได้แก่ แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนอาหารเพื่อสุขภาพ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนสุขภาพชุมชน และแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากโครงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง ดังนั้น การศึกษานี้จึงเป็นการวัดผลลัพธ์ในระดับชุมชนซึ่งเป็นการเปรียบเทียบใน 2 ขั้นตอนคือ พื้นที่ซึ่งต้องควบคุมบริบทของพื้นที่ให้เหมือนหรือใกล้เคียงกันและเทียบก่อน/หลังการมีโครงการโดยพื้นที่เปรียบเทียบต้องมีบริบทที่เหมือนหรือใกล้เคียงกัน ซึ่งตัวแปรที่ต้องควบคุมประกอบด้วย ลักษณะเขตการปกครอง จำนวนกลุ่มเป้าหมายหรือลักษณะประชากรในพื้นที่ (สัดส่วนกลุ่มอายุ เพศ รายได้เฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน) ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 กรอบการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ



การประเมินนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ตามผลลัพธ์ คือ

- 1) ผลลัพธ์ระยะยาว โดยการวิเคราะห์ฐานข้อมูลโดยทำการเปรียบเทียบข้อมูลของพื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องโดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลระดับชุมชนจำแนกรายปี มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องตามตารางที่ 4
- 2) ผลลัพธ์ระยะสั้นเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการอยู่ในปัจจุบันโดยทำการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มี/ไม่มีการดำเนินแผนงานสร้างสรรค์ไทย ไร้ควัน ไร้โรค และแผนงานพัฒนาระบบการดูแล

ผู้มีปัญหาสุราและสารเสพติด (พรส) โดยวัด ก.) จำนวนผู้ดื่มสุราที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสุราหรือการบำบัดมากขึ้น ข.) จำนวนอาสาสมัครในชุมชนเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการศูนย์บริการเลิกสุราหรือ

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจะทำการวิเคราะห์ 2 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์เพื่อหาค่า inverse propensity score treatment weighting 2) วิเคราะห์ผลของโครงการโดยทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังการมีโครงการ โดยใช้วิธี difference-in-difference regression analysis เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหรือเปรียบเทียบช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ก่อนและหลังการให้มาตรการหรือกิจกรรม เพื่อควบคุมอคติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเวลา

ตารางที่ 4 วิธีการศึกษาจำแนกตามแผนงาน

แผน	โครงการที่เลือก	ผลลัพธ์	แนวทางการประเมิน	วิธีเก็บข้อมูล/เครื่องมือที่ใช้	สถิติที่ใช้	ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง
ควบคุมยาสูบ	แผนงานพัฒนาสมรรถนะ ขบวนการควบคุมการบริโภค ยาสูบ	ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป	● ก่อน/หลัง ● มี/ไม่มี	● โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการและการสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติ ● ข้อมูลการจัดเก็บภาษี กรมสรรพสามิต	● Propensity score treatment ● Difference-in-difference regression analysis	● พื้นที่ ● ปีที่เริ่มโครงการ
ควบคุม เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด		● ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ไทย ● ลดอัตราการเจ็บ/ตายจากอุบัติเหตุที่เกิดจากการเมาสุรา	● ก่อน/หลัง ● มี/ไม่มี	● โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการและการสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติ ● ข้อมูลการจัดเก็บภาษี กรมสรรพสามิต	● Propensity score treatment ● Difference-in-difference regression analysis	
ส่งเสริม กิจกรรมทาง กาย		เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เพียงพอ (อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์) ของ ประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	● ก่อน/หลัง ● มี/ไม่มี		● Propensity score treatment ● Difference-in-difference regression analysis	
อาหารเพื่อสุข ภาวะ	โครงการพัฒนากิจกรรมศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน อ่อนหวาน (โครงการผักผลไม้ ปลอดภัย)	ระยะกลาง-นักเรียนลดพฤติกรรมทานหวานและ จำนวนโรงเรียนอ่อนหวานมากขึ้น ระยะยาว-นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือมีโรค จากการรับประทานน้ำตาล เช่น ฟันผุ มีสุขภาพที่ดี ขึ้น	● ก่อน/หลัง ● มี/ไม่มี		● Propensity score treatment ● Difference-in-difference regression analysis	

5.3 การประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ

เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแบ่งกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง (risk factor) 5 ประการ ได้แก่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และความปลอดภัยบนท้องถนน

การศึกษาในส่วนนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam (1998) (10) ในการพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละระดับของผลลัพธ์ที่ต่างกัน โดยการศึกษาสนใจผลลัพธ์ระยะยาวอย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดของ Nutbeam (1998) มีข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่ง คือ กรอบแนวคิดนี้ไม่มีการกล่าวถึงผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของการสร้างเสริมสุขภาพ กรอบแนวคิดดังกล่าวจึงต้องถูกปรับและขยายขอบเขตเสียก่อน เนื้อหาในส่วนนี้เป็นการอธิบายกระบวนการได้มาซึ่งกรอบแนวคิดของโครงการ โดยเริ่มจากการอธิบายกรอบแนวคิดของ Nutbeam (1998) โดยสรุป การอธิบายกระบวนการระบุผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของการสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมแสดงหลักฐานทางวิชาการและการขยายกรอบแนวคิดของ Nutbeam (1998) เพื่อให้ครอบคลุมผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam (1998) เพื่อการประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ ในครั้งนี้จึงต้องมีกระบวนการเพิ่มเติม คือ การระบุผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของการสร้างเสริมสุขภาพและการพิสูจน์ว่าผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจดังกล่าวมีหลักฐานในทางวิชาการรองรับว่าเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการสำรวจวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยละเอียด พบว่าวรรณกรรมด้านสาธารณสุขที่ประเมินความสำเร็จของโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง ไม่เคยมีการระบุผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน (universally accepted outcomes) ไว้เลย แตกต่างจากผลลัพธ์ทางสังคมและทางสุขภาพที่มีการระบุไว้อย่างชัดเจน ในขณะที่วรรณกรรมด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (ที่อาจจะประเมินความสำเร็จของโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงหรือไม่ก็ได้) มักจะมีระบุผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ และ/หรือพฤติกรรมทางสุขภาพไว้ แต่ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจดังกล่าวก็มีอยู่หลากหลาย แตกต่างกันไปตามแต่ความสนใจของผู้วิจัยและข้อมูลที่มีอยู่

ภายใต้การไร้ซึ่งบทสรุปจากวรรณกรรม การระบุผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของโครงการสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจวิธีคิด (rationale) ของกรอบแนวคิดของ Nutbeam (1998) เสียก่อน โดยจะเห็นได้ว่า Nutbeam (1998) มองว่าโครงการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็น “เหตุ” (cause) อันก่อให้เกิด “ผล” (effect) คือ ผลกระทบ (impact) และ ผลกระทบก็เป็น “เหตุ” ให้เกิด “ผล” คือ ผลลัพธ์ (outcome) ตามมา การประเมินประสิทธิผลของโครงการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (1998) จึงเป็นกระบวนการสองท่อน (two-part process) ที่มองความเป็นเหตุเป็นผลที่โครงการสร้างเสริมสุขภาพมีต่อผลกระทบและที่ผลกระทบมีต่อผลลัพธ์

การระบุผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโครงการวิจัยนี้ตั้งอยู่บนข้อสมมติ 2 ประการ ได้แก่ (1) “ผลกระทบ” ที่สำคัญที่สุดของโครงการสร้างเสริมสุขภาพใด ๆ คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (ที่เรียกว่า ผลกระทบขั้นที่สอง หรือผลลัพธ์ระยะกลางข้างต้น) และ (2) พฤติกรรมทาง

สุขภาพส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ (ซึ่งหมายความว่า โครงการสร้างเสริมสุขภาพจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ)

การระบุผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจเป็นการพิจารณาผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับข้อสมมติข้อที่ 2 เป็นหลัก ตามที่ได้อธิบายไว้ส่วนหนึ่งแล้วข้างต้น วรรณกรรมด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพมีการระบุผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของพฤติกรรมทางสุขภาพไว้อยู่ แต่ไม่มีการประมวลผลลัพธ์ดังกล่าวไว้อย่างเป็นระบบ งานวิจัยกลุ่มเดียวที่มีการสร้างระบบให้กับรายการผลลัพธ์ของพฤติกรรมทางสุขภาพ คือ งานที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและประโยชน์ทางเศรษฐกิจ (economic costs and benefits) ของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการประเมินมูลค่าของผลกระทบภายนอก (externalities) ของพฤติกรรมทางสุขภาพในรูปตัวเงิน โดยหากพฤติกรรมทางสุขภาพที่สนใจเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ และโรคอ้วน เป็นต้น ก็จะก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจหรือผลในเชิงลบต่อสังคม (economic costs) แต่หากพฤติกรรมทางสุขภาพที่สนใจเป็นพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดี และความปลอดภัยบนท้องถนน เป็นต้น ก็จะก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจหรือผลในเชิงบวกต่อสังคม (economic benefits) ผลกระทบทั้งหมดนี้มีมูลค่าในทางเศรษฐศาสตร์ (11-13)

ผลกระทบภายนอก (externalities) ของพฤติกรรมทางสุขภาพ คือ ผลของพฤติกรรมทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสังคม (รวมถึงครอบครัวและชุมชน) และเศรษฐกิจ และไม่ใช่ผลของพฤติกรรมทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลที่มีต่อตนเองในฐานะผู้ที่มีพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น ๆ เท่านั้น ในกรณีของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างของผลของพฤติกรรมทางสุขภาพที่นับเป็นผลกระทบภายนอกและนับรวมในการคำนวณต้นทุนและประโยชน์ทางเศรษฐกิจของพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องแบกรับในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องแบกรับในการจัดการกับคดีความอันเนื่องมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมูลค่าของการสูญเสียผลิตภาพของเศรษฐกิจจากการที่ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเจ็บป่วย เป็นต้น โดยจะเห็นว่าต้นทุนเหล่านี้สะท้อนความสูญเสียทางงบประมาณและรายได้ของรัฐ นับเป็นภาระของคนทั้งหมดของสังคม และจะไม่เกิดขึ้นหากไม่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย (3, 11)

ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงรายการต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ในโครงการวิจัยนี้ ได้แก่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ (ทั้งนี้ วรรณกรรมไม่ได้มีงานวิจัยด้านต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารโดยตรง จึงใช้งานวิจัยด้านต้นทุนทางเศรษฐกิจของโรคอ้วนแทน) และความไม่ปลอดภัยบนท้องถนน ตัวเลขในตารางหมายถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายใต้โครงการวิจัยนี้ (รายละเอียดอยู่ที่ตาราง) โดยงานวิจัยจะถูกระบุลงตารางก็ต่อเมื่องานวิจัยชิ้นนั้น ๆ มีการระบุรายการต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน

ทั้งนี้ แม้ว่าการวิจัยบางชิ้นจะเป็นการกล่าวถึงประโยชน์ทางเศรษฐกิจของพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ตัวอย่างเช่น Cadilhac และคณะ (2011) (14) ที่ประมาณมูลค่าทางเศรษฐกิจของการออกกำลังกาย และ Krueger และคณะ (2014) (15) ประมาณมูลค่าทางเศรษฐกิจของการลดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ดีหลากหลายประเภท เป็นต้น แต่งานวิจัยเหล่านี้มีส่วนน้อยเท่านั้น และรายการประโยชน์ที่นำมาถือเป็นมูลค่าที่

จริงแล้วก็คือรายการต้นทุนของการมีพฤติกรรมที่ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีที่ถูกประเมินนั่นเอง ตารางที่ 5 จึงแสดงถึงรายการต้นทุนทางเศรษฐกิจของพฤติกรรมทางสุขภาพเท่านั้น ไม่มีการระบุถึงประโยชน์ทางเศรษฐกิจ เพื่อไม่ให้เกิดความสับสน ทั้งนี้ ตารางที่ 1 ยังคงรวมงานวิจัยที่ประเมินประโยชน์ทางเศรษฐกิจเอาไว้ หากแต่มองในมุมตรงกันข้ามเท่านั้น

จากงานวิจัยทั้งสิ้น 35 ชิ้นในตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่าต้นทุนทางเศรษฐกิจของพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 หมวดใหญ่ คือ (1) ต้นทุนทางตรง (direct costs) หมายถึง ต้นทุนที่สามารถวัดมูลค่าได้โดยตรงจากการพิจารณาภาระทางการคลังของภาครัฐ ประกอบไปด้วย ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข ต้นทุนของการจัดการคดีความ มูลค่าความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุ และต้นทุนทางตรงอื่น ๆ ที่รัฐหรือสังคมไม่จำเป็นต้องแบกรับ หากประชาชนไม่กระทำพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และ (2) ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) หมายถึง ต้นทุนที่ไม่สามารถวัดมูลค่าได้โดยตรง เป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสที่เกิดขึ้นกับสังคม กล่าวคือ พฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพส่งผลให้สังคมได้รับประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากประชาชนน้อยกว่าที่สังคมพึงได้รับ ประกอบไปด้วย มูลค่าของการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมูลค่าของการลดลงของผลิตภาพในการทำงาน โดยตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพมีผลกระทบภายนอกในระดับที่ไม่เท่ากัน โดยการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความไม่ปลอดภัยบนท้องถนนมีรายการต้นทุนทุกประเภทข้างต้น ในขณะที่การบริโภคยาสูบ การไม่ออกกำลังกาย และโรคอ้วน ไม่มีรายการต้นทุนที่เกี่ยวกับการจัดการคดีความและความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุ แต่มีรายการต้นทุนอื่น ๆ

ตารางที่ 5 รายการต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในโครงการวิจัย

รายการต้นทุนทางเศรษฐกิจ	ปัจจัยเสี่ยง					
	การบริโภคเครื่องมือ แอลกอฮอล์	การบริโภค ยาสูบ	การไม่ออก กำลังกาย	โรคอ้วน	พฤติกรรม ทางสุขภาพ หลากหลาย	ความไม่ ปลอดภัย บนท้อง ถนน
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	1 - 10	11 - 14	15 - 20	21 - 27	28 - 32	33 - 35
1. ต้นทุนทางตรง (direct costs)						
1.1 ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข	1/ 2/ 3/ 4/ 5/ 6/ 7/ 8/ 9/ 10	11/ 12/ 13/ 14	15/ 16/ 17/ 18/ 19/ 20	21/ 22/ 23/ 24/ 25/ 26/ 27	28/ 29/ 30/ 31/ 32	33/ 34/ 35
อันตรายจากการบริโภคต่อตนเองและผู้อื่น	1/ 3/ 4/ 9					
การรักษาพยาบาล	1/ 7/ 9	11/ 12/ 13/ 14	15/ 16/ 18/ 19	21/ 24/ 25	28/ 29/ 30/ 32	33/ 34/ 35
การรักษาพยาบาลต่อเนื่องและการพักฟื้น/การรักษาพยาบาลประจำปี/ การรักษาพยาบาลตลอดชีพ/การดูแลพิเศษ	1/ 9	12		23/ 25	30	34/ 35
การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	1/ 4/ 9	12		24/ 25/ 27	28	
การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน	4/ 10			25/ 27	28/ 29	
การรักษาผู้ป่วยจากอุบัติเหตุและเหตุฉุกเฉิน		12		25	29	33
ยา	1/ 4/ 7/ 9	14	18/ 19	21/ 24/ 25	28/ 30/ 32	35

รายการต้นทุนทางเศรษฐกิจ	ปัจจัยเสี่ยง					
	การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	การบริโภคยาสูบ	การไม่ออกกำลังกาย	โรคอ้วน	พฤติกรรมทางสุขภาพหลากหลาย	ความปลอดภัยบนท้องถนน
อุปกรณ์ทางการแพทย์						35
การทดลองรังสีเทคนิค/ทดสอบแล็บ				25		
การขนส่งผู้ป่วย		13			29/ 30	34/ 35
การพักผ่อน โดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์	1/ 6/ 9	11/ 12	15/ 20		29/ 30	
ต้นทุนจากการบริหารประกันสุขภาพ	1/ 9		19		29/ 30	34/ 35
การวิจัยและงานป้องกัน	1/ 2/ 4/ 9		18/ 19	21	28/ 29/ 32	
1.2 ต้นทุนของการจัดการคดีความ	1/ 2/ 3/ 4/ 5/ 6/ 7/ 8/ 9/ 10				28/ 29/ 30/ 31/ 32	33/ 34/ 35
การบังคับใช้กฎหมายของตำรวจ	4/ 8/ 9				28/ 29/ 30	34/ 35
กระบวนการยุติธรรมของศาล	4/ 8				28/ 29	
การดูแลนักโทษในเรือนจำ	4/ 9				28/ 30	34
การป้องกันอาชญากรรม	4					34/ 35
1.3 มูลค่าความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุ	1/ 3/ 4/ 8/ 9				30	34
ความเสียหายบนท้องถนน และต่อยานพาหนะ	1/ 9				30	34/ 35

รายการต้นทุนทางเศรษฐกิจ	ปัจจัยเสี่ยง					
	การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	การบริโภคนยาสูบ	การไม่ออกกำลังกาย	โรคอ้วน	พฤติกรรมทางสุขภาพหลากหลาย	ความปลอดภัยบนท้องถนน
ภาวะรถติดอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ					28	
ความเสียหายจากอัคคีภัย	1/ 9	14			28	
1.4 ต้นทุนทางตรงอื่น ๆ	1/ 2/ 4/ 5/ 7/ 9	11			28/ 29/ 30	34/ 35
2. ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs)						
2.1 มูลค่าของการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร	2/ 3/ 6/ 7/ 8/ 9 10	11/ 14	17/ 18/ 19	24/ 25/ 27	28/ 29	35
2.2 มูลค่าของการลดลงของผลิตภาพในการทำงาน	1/ 3/ 6/ 8/ 9	11/ 12	19	22	28/ 29/ 30	34/ 35
การสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วย และเวลาที่ใช้รักษาอาการเจ็บป่วย	2/ 6/ 9		15/ 18	27	30	34/ 35
การสูญเสียผลิตภาพจากการลาออก/เกษียณก่อนกำหนด เพราะอาการป่วย		11	15	25		
การสูญเสียผลิตภาพจากการพิการ และทุพพลภาพ	1/ 7/ 9	14	17/ 18/ 20	24/ 25/ 26/ 27	29/ 32	
การสูญเสียผลิตภาพของคนในครอบครัว ที่ต้องมาดูแล/การลดลงของผลิตภาพในครัวเรือน	1/ 9	13			30	34

รายการต้นทุนทางเศรษฐกิจ	ปัจจัยเสี่ยง					
	การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	การบริโภคนยาสูบ	การไม่ออกกำลังกาย	โรคอ้วน	พฤติกรรมทางสุขภาพหลากหลาย	ความปลอดภัยบนท้องถนน
การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงาน	1/ 9/ 10	12	20	24/ 25/ 26/ 27	30	
การสูญเสียผลิตภาพจากการตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม	1/ 9					
การสูญเสียผลิตภาพจากการถูกจำคุก	1/ 9					

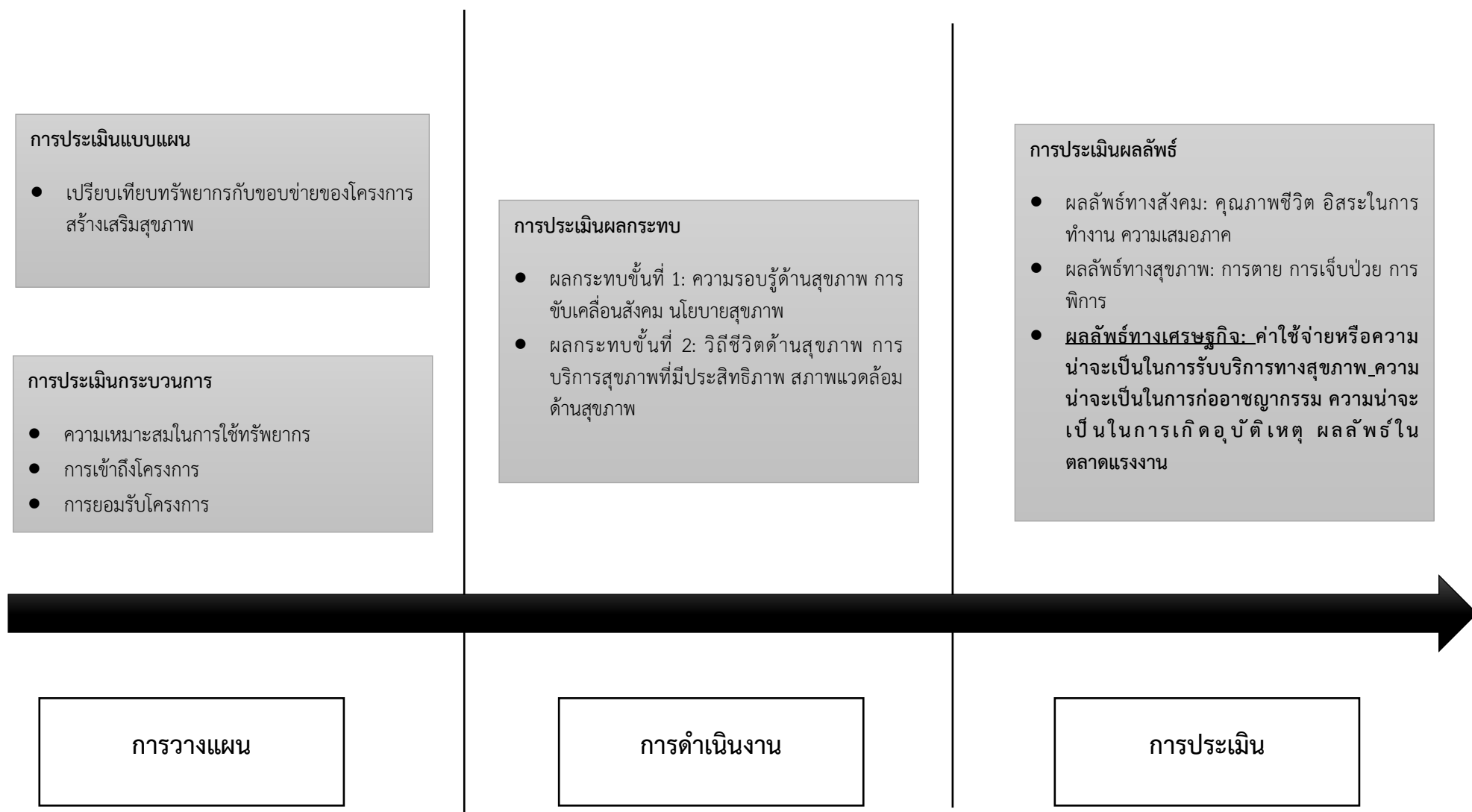
หมายเหตุ (1) ตัวเลขในตารางสะท้อนถึงรายชื่อของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ **การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** มีดังนี้ 1. Bouchery et al. (2006) – สหรัฐอเมริกา 2. Rehm et al. (2006) - แคนาดา 3. Collins and Lapsley (2008) – ออสเตรเลีย 4. Jarl et al. (2008) – สวีเดน 5. Rehm et al. (2009) – หลายประเทศ 6. Scottish Government Social Research (2010) – สกอตแลนด์ 7. Mohapatra et al. (2010) – หลายประเทศ 8. Thavorncharoensap et al. (2010) – ไทย 9. Sacks et al. (2015) – สหรัฐอเมริกา 10. Ranaweera et al. (2018) – ศรีลังกา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ **การบริโภคนยาสูบ** มีดังนี้ 11. Markandya and Pearce (1989) – หลายประเทศ 12. McGhee et al. (2006) – ฮองกง 13. Salti et al. (2013) – เลบานอน 14. Goodchild et al. (2017) – หลายประเทศ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ **การออกกำลังกาย** มีดังนี้ 15. Keeler et al. (1989) – สหรัฐอเมริกา 16. Katzmarzyk et al. (2000) – แคนาดา 17. Cadilhac et al. (2011) – ออสเตรเลีย 18. Katzmarzyk (2011) – แคนาดา 19. Zhang and Chaaban (2013) – จีน 20. Ding et al. (2016) – หลายประเทศ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ **โรคอ้วน** มีดังนี้ 21. Birmingham et al. (1999) – แคนาดา 22. Colditz (1999) – หลายประเทศ 23. Finkelstein et al. (2005) – สหรัฐอเมริกา 24. Popkin et al. (2006) – จีน 25. Wang et al. (2011) - สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร 26. Lehnert et al. (2013) – เยอรมนี 27. Pitayatiananan et al. (2014) – ไทย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ **พฤติกรรมทางสุขภาพหลากหลาย** มีดังนี้ 28. Rehm et al. (2002) - แอลกอฮอล์ ยาเสพติด และบุหรี่ – แคนาดา 29. Fenogilo et al. (2003) - แอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาเสพติด – ฝรั่งเศส 30. Collins and Lapsley (2008) - บุหรี่ แอลกอฮอล์ และยาเสพติด – ออสเตรเลีย 31. Scarborough et al. (2011) - การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์ – สหราชอาณาจักร 32. Krueger et al. (2014) – การสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย – แคนาดา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ **ความปลอดภัยบนท้องถนน** มีดังนี้ 33. Naumann et al. (2005) – สหรัฐอเมริกา 34. Connelly and Supangan (2006) – ออสเตรเลีย 35. Wijnen & Stipdonk (2016) – หลายประเทศ

(2) การกรอกงานวิจัยในตารางสะท้อนว่างานวิจัยดังกล่าวมีการระบุตัวเลขต้นทุนที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน

จากการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวกับต้นทุนและประโยชน์ทางเศรษฐกิจของพฤติกรรมสุขภาพข้างต้น จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมทางสุขภาพส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่หลากหลาย และเนื่องด้วยผลลัพธ์เหล่านี้สามารถถูกประเมินมูลค่าได้ จึงน่าจะถือได้ว่าเป็นผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ โดยผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจที่ปรับจากรายการต้นทุนข้างต้น ได้แก่

- ค่าใช้จ่ายหรือความน่าจะเป็นในการรับบริการทางสุขภาพ (ปรับจากรายการต้นทุนที่เกี่ยวกับระบบสาธารณสุข)
- ความน่าจะเป็นในการก่ออาชญากรรมรูปแบบต่าง ๆ (ปรับจากรายการต้นทุนที่เกี่ยวกับการจัดการคดีความ)
- ความน่าจะเป็นในการเกิดอุบัติเหตุในรูปแบบต่าง ๆ (ปรับจากรายการต้นทุนที่เกี่ยวกับมูลค่าความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุ) และ
- ผลลัพธ์ในตลาดแรงงาน อันรวมถึงการสะสมทุนมนุษย์ การเข้าร่วมตลาดแรงงาน ผลผลิตภาพในการทำงาน และการขาดงาน (ปรับจากรายการต้นทุนที่เกี่ยวกับมูลค่าของการลดลงของผลผลิตภาพในการทำงาน)

ทั้งนี้ รายการต้นทุนที่เกี่ยวกับมูลค่าของการสูญเสียผลผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรไม่นับรวมเป็นผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการเสียชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์ทางสุขภาพในกรอบของ Nutbeam (1998) อยู่แล้ว รูปที่ 4 แสดงการปรับกรอบแนวคิดของ Nutbeam (1998) ที่รวมผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจไว้แล้ว ซึ่งจะนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดของโครงการวิจัยนี้ต่อไป



รูปที่ 4 การประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพของ Nutbeam (1998) ที่ปรับโดยการผนวกผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ

6. ข้อสรุปและเสนอแนะในการประเมินผลลัพธ์

6.1. วัตถุประสงค์การประเมิน

ในการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานของ สสส. นั้น จะกำหนดวัตถุประสงค์หลักของการประเมินให้ครอบคลุม 3 ประเด็น ได้แก่

- 1) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในมาตรการสร้างเสริมสุขภาพซึ่ง สสส. มีบทบาทในการสนับสนุน โดยเลือกมาตรการ/โครงการที่มีความเชื่อมโยงชัดเจนในการสร้างผลผลิตและผลลัพธ์ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว (ใช้ logical framework มาช่วยสนับสนุนการคัดเลือกโครงการ/มาตรการ)
- 2) เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะเวลา 10 ปี ที่เกิดจากการดำเนินมาตรการสำคัญเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยง 5 เรื่อง
- 3) เพื่อทบทวนผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลักและประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจ

6.2. ขอบเขต กรอบ และวิธีการประเมิน

จากการทบทวนเพื่อหากรอบและแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ที่สามารถบอกได้ว่า การดำเนินงานของ สสส. ที่ผ่านมาส่งผลหรือมีส่วนต่อความสำเร็จต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมเท่าไรนั้น ผู้ประเมินเสนอให้การประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินระดับโครงการภายใต้แผนงาน 6 แผนงาน ได้แก่ แผนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด แผนควบคุมยาสูบ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนอาหารเพื่อสุขภาพ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม และแผนสุขภาพชุมชน เพื่อพิสูจน์ความเชื่อมโยงระหว่างผลผลิตของโครงการและผลลัพธ์ระยะสั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ระยะยาว และผลที่เกิดจากมาตรการของ สสส. โดยตรง และวิธีการประเมินโครงการภายใต้แผนงานทั้ง 6 แผนงาน และกรอบเวลาที่ใช้ในการประเมินนั้นขึ้นกับข้อมูลพื้นฐานของแต่ละโครงการที่เลือกประเมิน โดยมีวิธีการประเมิน 3 แบบ ได้แก่

- 1) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน/หลังมีมาตรการ/โครงการที่ดำเนินการโดย สสส.
- 2) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ที่มีมาตรการ/ไม่มีมาตรการ
- 3) การใช้เครื่องมือวัดความเต็มใจจ่าย (willingness to pay, WTP) เพื่อหามูลค่าให้กับมาตรการ/โครงการ (ในกรณีโครงการที่ยังไม่เคยดำเนินการ หรือดำเนินการยังไม่เต็มรูปแบบ เช่น การปรับภูมิทัศน์ของชุมชน เพื่อสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น)

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระดับมหภาค โดยใช้ขอบเขตของมาตรการ/โครงการที่ได้คัดเลือกในการศึกษาส่วนที่ 1 เป็นพื้นฐาน เพื่อที่จะเชื่อมโยงให้เห็น attribution ของ สสส. ที่มีต่อมาตรการ/โครงการสำคัญ เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังการเกิดมาตรการ (รวมถึงกฎหมาย หรือการปรับระบบบริการสุขภาพ) โดยใช้วิธีการทางสถิติ different-in-different method

ส่วนที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจที่เกิดจากมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส. และเครือข่าย โดยใช้ขอบเขตของมาตรการ/โครงการที่ได้คัดเลือกในการศึกษาส่วนที่ 1 เป็นพื้นฐานในการคัดเลือกพื้นที่ที่ดำเนินมาตรการที่สนับสนุนโดย สสส. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกับพื้นที่ที่ไม่ได้ดำเนินมาตรการ ซึ่งการศึกษาในส่วนที่ 3 นี้ นอกจากจะประเมินผลลัพธ์แล้ว ยังเป็นการกำหนดผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน

นอกจากนั้นในการประเมินในภาพรวมนั้น คณะผู้วิจัยจะใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริบทของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ทำความเข้าใจผู้เล่นต่าง ๆ ที่มีอยู่ในระบบ ที่มีหน้าที่ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเช่นเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลมาสนับสนุนการอธิบายบริบทและปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

อย่างไรก็ตามเนื่องจากกรอบการประเมินที่เสนอนี้จะเน้นส่วนการดำเนินงานของ สสส. ที่ผ่านมาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม จึงให้ความสำคัญกับระเบียบวิธีวิจัยที่จะสามารถแสดงให้เห็นถึง contribution ของ สสส. จึงทำให้เกิดข้อจำกัดที่ต้องให้ความสำคัญกับการประเมินในระดับโครงการ แผนงาน และพื้นที่ที่มีการดำเนินมาตรการ มากกว่าการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม หรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม เนื่องจากการพิจารณาแบบภาพรวมนั้นจะมีข้อจำกัดในการแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ สสส. เนื่องจากผลลัพธ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม (ตามกรอบการพิจารณาผลลัพธ์ที่เสนอโดย Nutbeam) นั้นเกิดจากปัจจัยจำนวนมาก รวมถึงมาตรการและการดำเนินงานจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยงานไม่แสวงหาผลกำไร และหน่วยงานอื่น ๆ เป็นต้น

หากต้องการประเมินผลเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (ทั้งผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสังคมและสุขภาพ) ในภาพรวม โดยไม่พิจารณา contribution ของ สสส. ต่อผลลัพธ์เหล่านั้นในรูปแบบของการวัดเชิงปริมาณ ผู้ประเมินเสนอว่าอาจเริ่มจากการใช้กรอบของ Nutbeam หรือรูปแบบการทำงาน 5 รูปแบบของ สสส. ในการจัดกลุ่มเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ที่เป็นเป้าหมายการดำเนินงานของ สสส. (ตารางตัวอย่างด้านล่างใช้กรอบของ Nutbeam ซึ่งปรับจากรูปที่ 4 การประเมินโครงสร้างการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ส่วนที่เป็นการประเมินผลกระทบเป็นตัวตั้งในคอลัมน์ที่ 1) จากนั้นจึงพิจารณาคัดเลือกโครงการ กิจกรรม หรือการดำเนินงานของ สสส. ที่คาดว่าจะมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จากนั้นจึงรวบรวมหลักฐานการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ เพื่อมาอธิบายการมีส่วนร่วมของ สสส. ดังแสดงในตารางตัวอย่างสรุปการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ของการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย และการมีส่วนร่วมของ สสส. โดยในตารางตัวอย่างนี้ทีมประเมินได้ลองใส่ข้อมูลการดำเนินงานเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบซึ่งนำข้อมูลมาจากเอกสาร 15 big changes ที่จัดทำโดย สสส. ในคอลัมน์ที่ 2 ในเรื่องของเปลี่ยนแปลงในภาพรวมที่เกิดขึ้น ซึ่งในการประเมินขั้นต่อไป จะต้องมีการทบทวนเอกสารเพื่อหาข้อมูลมาแสดงให้เห็นบทบาทของ สสส. ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น เช่น ในเรื่องของออกกฎหมายนั้น อาจมีหลักฐานการสนับสนุนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาประชุมกัน (จำนวนครั้ง

และใครเข้าประชุมบ้าง) บันทึกการสนับสนุนให้เครือข่ายเข้าพบและนำเสนอผลการวิจัยแก่ผู้กำหนดนโยบาย เป็นต้น ซึ่งการรวบรวมข้อมูลในตารางตัวอย่างนี้จะให้คำตอบและหลักฐานเชิงประจักษ์ในส่วนของการประเมินผลกระทบ ตามภาพที่ 4

นอกจากนั้นในการประเมินผลลัพธ์ จากการทบทวนโครงสร้างการบริหารจัดการและรูปแบบการดำเนินงานของ สสส. ผู้ประเมินพบว่า ตัวชี้วัดหลักของบางแผนงานมีลักษณะเป็นผลผลิตที่จะใช้ในการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ระบบหรือหน่วยงานอื่น ๆ (ภาคีหลัก) ไปดำเนินมาตรการหรือนโยบายของตนเองเพื่อบรรลุผลลัพธ์ทางสังคมและสุขภาพทั้งที่ตรงและไม่ตรงกับที่ สสส. ตั้งเป็นเป้าหมายระยะ 10 ปี จึงเป็นข้อจำกัดสำคัญในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมและสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ระยะยาวของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดจากแผนงานบางแผนงานของ สสส. ซึ่งไม่สามารถทำให้เกิด health outcome ได้ด้วยตนเองต้องอาศัยภาคีหลัก แตกต่างจากแผนงานที่เป็นแผนงานที่มุ่งแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น แผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นในการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมนั้น ผู้ประเมินสนับสนุนให้เน้นที่การประเมินการดำเนินงานของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักมากกว่าแผนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนระบบต่าง ๆ

ตารางตัวอย่าง (Template) การสรุปการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยในรอบ 20 ปี และการมีส่วนร่วมของ สสส.

ผลกระทบของการสร้างเสริมสุขภาพ	การเปลี่ยนแปลงในรอบ 20 ปี (ตัวอย่างข้อมูลจาก 15 big changes เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ)	โครงการ/กิจกรรมของ สสส. ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง	แผนงานและสำนักของ สสส. ที่เกี่ยวข้อง	หลักฐานการมีส่วนร่วมของ สสส.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) - การสร้างองค์ความรู้เรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น การโฆษณาและส่งเสริมการขาย ณ จุดขาย (สนับสนุนการกำหนดนโยบาย)			
การขับเคลื่อนทางสังคมทางด้านสุขภาพ	คณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด			
นโยบายสาธารณะสุขภาพหรือการปฏิบัติขององค์กรที่สร้างเสริมสุขภาพ	การออกกฎหมายและมาตรการควบคุมยาสูบ เช่น การกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ การขึ้นภาษียาสูบ ห้ามโฆษณาที่จุดขาย และภาพคำเตือนบนซอง เป็นต้น			
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ	พื้นที่ปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะที่กฎหมายกำหนด เช่น ร้านอาหาร โรงพยาบาล วัด สถานที่ราชการ เป็นต้น			
ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ	- ศูนย์รับแจ้งเรื่องร้องเรียนเพื่อดำเนินมาตรการการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านทางโทรศัพท์และเว็บไซต์ - ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (National Quitline) หรือสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 - สถานบริการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ เช่น คลินิกฟ้าใส ร้านยาอาสาพาเลิกบุหรี่			
สภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กับสุขภาพในชุมชน	ปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะที่กฎหมายกำหนด เช่น ร้านอาหาร โรงพยาบาล วัด สถานที่ราชการ เป็นต้น			

7. รายชื่อคณะนักวิจัยในเครือข่ายวิชาการการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์

ศ. ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ	ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ. ดร.Chantal Herberholz	ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ. ดร.กรรณิการ์ ดำรงค์พลสิทธิ์	ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ. ดร.นพพล วิทย์วรพงศ์	ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ. ดร.ธัชนันท์ โกมลไพศาล	ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.บุญวรา คุ้มะโน	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
นายยศ วัชรคุปต์	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
ดร.คณิตา นรัตถรักษา	คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ. ดร.ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อาทิตยา วัจนสินธุ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.สรายุทธ สัตยาภิ	คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. ร้อยโทหญิง สายศิริ มีระเสน	คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ. ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ. ดร.ภาสวรรณ กรกษมาศ	คณะบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร มหาวิทยาลัยนเรศวร
นายศุภวัฒน์ ยศนรินทร์	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ. ดร. ภาณุ.ศิตาพร ยังกง	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร. ภาณุ.พัทธรา ลิฟหรวงศ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
ดร.รักมณี บุตรชน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
นางสาวอภิญญา พูนชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
นางสาวศรณีย์ อวนศรี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
นายสรายุทธ ชันธะ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
ดร.จอมขวัญ โยธาสุมทร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

8. เอกสารอ้างอิง

1. พัชรรา ลิ้มพรวงศ์, วิไลลักษณ์ แสงศรี, พรธิดา หัดโนนตุ่น, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. การทบทวนวรรณกรรมของการประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2561.
2. Nutbeam D. Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and solutions. Health Promotion International. 1998;13(1):27-44.
3. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสมุทร, กรรณิการ์ ฐิติบุญสุวรรณ และคณะ. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2551.
4. พัชรรา ลิ้มพรวงศ์, มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, ลีลี อิงศรีสว่าง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, รุ่งนภา คำผาง, วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ และคณะ. การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ: การประเมินความเต็มใจจ่ายของครัวเรือนต่อมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2555.
5. กำจร หลุยยะพงศ์, สุชาดา ตั้งทางธรรม, ภัสวดี นิติเกษตรสุนทร, ณัฐสุพงศ์ สุขโสต, ทิฆัมพร เอี่ยมเรไร, ขจิตขวัญ กิจวิสาละ และคณะ. การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบจากการดำเนินงานของ สสส. ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2553.
6. เพชรเมณี วิริยะสืบพงศ์, รุ่งรังษิ วิบูลย์, สังวรณ ังดกระโทก. การประเมินแผนปัจจัยเสี่ยงหลักภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผน คณะ 1 สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.
7. มงคล ณ สงขลา, สุจิตต์ ไตรพิทักษ์, สุนัย เศรษฐบุญสร้าง, เนาวรัตน์ พลายน้อย, ศิวรักษ์ ศิวารมย์. รายงานการประเมินผลแผนสุขภาพชุมชน 2555-2557 โดยการทบทวนของคณะผู้ทรงคุณวุฒิ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.
8. อริศรา เล็กสรรเสริญ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการประเมินผลการดำเนินงานแผนหลัก 3 ปี แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนอาหารเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2560.
9. Basu S, Meghani A, Siddiqi A. Evaluating the Health Impact of Large-Scale Public Policy Changes: Classical and Novel Approaches. Annu Rev Public Health. 2017;38:351-70.
10. Nutbeam D. Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. Health promotion international. 1998;13:27-44.
11. World Health O. International guidelines for estimating the costs of substance abuse / Eric Single ... [et al.]. 2nd ed ed. Geneva: World Health Organization; 2003.
12. Kopp P, Ogrodnik M. The social cost of drugs in France in 2010. Eur J Health Econ. 2017;18(7):883-92.
13. Anekwe TD, Rahkovsky I. Economic Costs and Benefits of Healthy Eating. Current Obesity Reports. 2013;2(3):225-34.

14. Cadilhac DA, Cumming TB, Sheppard L, Pearce DC, Carter R, Magnus A. The economic benefits of reducing physical inactivity: an Australian example. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8(1):99.
15. Krueger H, Turner D, Krueger J, Ready AE. The economic benefits of risk factor reduction in Canada: tobacco smoking, excess weight and physical inactivity. *Can J Public Health*. 2014;105(1):e69-78.