

โครงการวิจัย

ชื่อโครงการ: โครงการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์เชิงสังคมของโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

ชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัยหลัก: ดร.รศกมล บุตรชน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

สรุปย่อโครงการวิจัย

บทนำ

โครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพที่หลากหลายตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย 2) เผยแพร่องค์ความรู้และสร้างการเรียนรู้และขยายเครือข่ายในการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ ตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายในการจัดการสุขภาพระดับอำเภอและเพิ่มสมรรถนะดูแลสุขภาพประชาชนให้บรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ดำเนินโครงการในพื้นที่นำร่องจำนวน 73 พื้นที่ทั่วประเทศไทย ผลลัพธ์โครงการนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดหลักของแผนสนับสนุนการสร้างเสริมผ่านระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้การสร้างศักยภาพของพื้นที่ให้เกิดการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นตัวชี้วัด 10 ปี ของ สสส.

การศึกษานี้เป็นการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารและปฏิบัติงานใน สสส. ทราบสถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาตามแผนหลัก 3 ปี และทราบการมีส่วนร่วมของ สสส. ต่อการสนับสนุนโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

วัตถุประสงค์หลักของการประเมิน

เพื่อประเมินกระบวนการและผลลัพธ์เชิงสังคมของโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางประชารัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

วิธีการประเมินโดยสังเขป

การประเมินนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ ทบทวนเอกสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ซึ่งการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure) ที่มีแนวคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขอบเขตของการศึกษานับตั้งแต่การวางแผนและเตรียมการโครงการซึ่งต้องเก็บข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมโดยผู้เกี่ยวข้องกลุ่มต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและในพื้นที่ หลังจากนั้นผู้ประเมินนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มมาแปลงเป็นลายลักษณ์อักษร (verbatim) จากนั้นจะใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากนั้นคณะผู้ประเมินจะนำข้อวิเคราะห์เบื้องต้นมาตรวจสอบระหว่างกันเพื่อหาข้อค้นพบที่มีความชัดเจน และนำไปสู่ข้อสรุปของคณะผู้ประเมินต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนกลางซึ่งเรียกว่าทีมแกนนำส่วนกลาง (Think Tank Team) ประกอบด้วยผู้แทนและผู้รับผิดชอบโครงการจากได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สปสช. สสส. สช. ส่วนภูมิภาค ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดและ/หรือผู้รับผิดชอบโครงการระดับจังหวัด นายอำเภอ กรรมการ พชอ. และตัวแทนประชาชน

สถานที่ศึกษาและพื้นที่ตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการทั้งในพื้นที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนกลางซึ่งเรียกว่าทีมแกนนำส่วนกลาง (Think Tank Team) ประกอบด้วยผู้แทนและผู้รับผิดชอบโครงการจากได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สปสช. สสส. สช. และในส่วนภูมิภาคเลือกพื้นที่ที่ดำเนินการโครงการด้านการดูแลเด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้เปราะบาง ในพื้นที่ 4 อำเภอ ใน 4 ภาค ได้แก่ 1) อ.เชียงของ จ. เชียงราย 2) อ.พานุมาน จ.อำนาจเจริญ 3) อ.สวนผึ้ง จ.ราชบุรี และ 4) อ.นาทวี จ.สงขลา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบผลการดำเนินงานและผลลัพธ์เชิงสังคมของโครงการ และปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขที่จะมีผลต่อความสำเร็จของโครงการ รวมถึงการมีส่วนร่วม (attribution) ของ สสส. ต่อกระบวนการเกิดนโยบาย พชอ.

โครงการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์เชิงสังคมของโครงการพัฒนารูปแบบการ
บริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”
ตามแนวทางประชารัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์
สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

มีนาคม 2563

**โครงการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์เชิงสังคมของโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบ
สุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางประชารัฐเพื่อ
ความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย**

1. หลักการและเหตุผล

จากสภาพการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลายทั้งโครงสร้างประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย การเพิ่มขึ้นของชุมชนเมือง ปัจจัยคุกคามสุขภาพ และภาวะโรคของประชาชนที่มีแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรังสูงขึ้น ในการประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2554 มีมติอนุมัติในหลักการ “แผน ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 – 2563 (Thailand Healthy Lifestyle Strategy)” (1) มุ่งเน้น พันธกิจในการสร้างชุมชน ท้องถิ่น สังคม ให้เกิดความตระหนักในการลดปัจจัยเสี่ยง เสริมปัจจัยเอื้อ และการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ ค้นหา ฝ่าละออง พิสูจน์ ควบคุม จัดการปัญหา โดย เน้นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ องค์กรรวม ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ เป้าหมายระยะต้น พ.ศ. 2554 – 2556 การบูรณาการความคิด สร้างความเชื่อมั่น และการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนของภาคีเครือข่าย ร่วมกัน เป้าหมายระยะที่สอง พ.ศ. 2554 – 2558 เน้นการปฏิบัติการเชิงรุกสู่การวางรากฐานที่มั่นคงเชิง โครงสร้างและระบบ เป้าประสงค์ในระยะยาวนับจากปัจจุบันจนถึง พ.ศ. 2563 มุ่งสร้างความเข้มแข็งเชิง โครงสร้างและระบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ ประกาศขององค์การอนามัย โลก (WHO) มุ่งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ภายในปี ค.ศ. 2070 เน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง พร้อมกระจายอำนาจการบริหาร จัดการให้พื้นที่สามารถจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนใน ระดับพื้นที่สามารถจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับ พื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหา สุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน นอกจากนี้จะต้องเชื่อมประสานกับภาคส่วนอื่นๆ ไม่เพียงแต่เรื่องของการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่ง มีเป้าหมายที่กว้างขวางและครอบคลุมมิติที่หลากหลาย

เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 (2, 3) คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตามกรอบการดำเนินการของ วาระปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ตามที่สภาปฏิรูปแห่งชาติ โดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้เสนอแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเปลี่ยนฐานของระบบบริการจาก “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เป็น “พื้นที่เป็นฐาน” ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญกลไก อภิบาลระบบ การบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่/อำเภอ เป็นจุดคานงัด (Main Lever) ของระบบ รวมทั้งการเปลี่ยนศูนย์กลางของการให้บริการในระบบบริการจาก “โรค” เป็น

“ประชาชน” โดยเน้นระบบการพัฒนาเครือข่ายที่มีทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ (Matrix Team) และบริการ เป็นกลไกขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) มีความเชื่อมโยงทั้งรัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้เล็งเห็นถึงประโยชน์สูงสุดของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ตามแนวคิดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง จึงมีการระดมความคิดของผู้บริหารแต่ละหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ในวันที่ 7 และ 17 มีนาคม 2559 ได้มีนโยบายสนับสนุนข้อสรุปเบื้องต้นในการดำเนินการ และพื้นที่ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ จำนวน 73 พื้นที่ และได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือร่วมกัน จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) (4, 5) เมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559 เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการในการบูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชน ด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่กับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในเชิงแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกันเป็นการดำเนินงานที่ต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง

การพัฒนาสุขภาพผ่านการเสริมพลังในชุมชน (Community organization model) (6) เป็นหนึ่งรูปแบบมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ใช้บ่อยในเขตชุมชนหรือชนบท โดยใช้จุดแข็งในพื้นที่และการรวมกลุ่มในการพัฒนามาตรการสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการเข้าใจบริบทและรากของปัญหาสุขภาพ การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน การมุ่งเป้าที่ประเด็นสำคัญ การมีส่วนร่วมทั้งรายบุคคลและองค์กรต่างๆ ในชุมชน การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าวจำเป็นต้องใช้การดำเนินงาน (ทดสอบ) ผ่านพื้นที่นำร่อง (Pilot implementation) เพื่อให้ได้ต้นแบบการดำเนินการที่เหมาะสม เกิดนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวมทั้งการสร้างศักยภาพของพื้นที่ให้เกิดการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดหลักของแผนสนับสนุนการสร้างเสริมผ่านระบบบริการสุขภาพ และเป็นตัวชี้วัด 10 ปีของ สสส. เพื่อให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพ สสส. จึงให้ทุนสนับสนุนแก่สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (4) ระยะเวลาดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพที่หลากหลายตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย 2) เผยแพร่องค์ความรู้และสร้างการเรียนรู้และขยายเครือข่ายในการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ ตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็น

ศูนย์กลาง” 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายในการจัดการสุขภาพระดับอำเภอและเพิ่มสมรรถนะดูแลสุขภาพประชาชนให้บรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โดยดำเนินโครงการในพื้นที่นำร่องจำนวน 73 พื้นที่ทั่วประเทศไทย กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ดำเนินการ แคนนำภาคประชาชนและภาคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผลลัพธ์โครงการนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดหลักของแผนสนับสนุนการสร้างเสริมผ่านระบบบริการสุขภาพ และการสร้างศักยภาพของพื้นที่ให้เกิดการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นตัวชี้วัด 10 ปี ของ สสส.

การศึกษานี้เป็นการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ในระดับโครงการของโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. เพื่อระบุการมีส่วนร่วม (attribution) ของ สสส. ต่อการพัฒนากระบวนการและผลลัพธ์เชิงสังคมของโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย เพื่อตอบคำถามในการประเมิน 3 ด้านของโครงการ

- โครงการสอดคล้องพันธกิจของแผนหรือไม่ อย่างไร
- โครงการตอบสนองต่อเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ 10 ปีของ สสส. หรือไม่ อย่างไร และ
- โครงการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงผลลัพธ์ได้มากน้อยเพียงใด

การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลให้แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานใน สสส. โดยเฉพาะแผน 12 ให้ทราบสถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาตามแผนหลัก 3 ปี และทราบการมีส่วนร่วมของ สสส. ต่อการสนับสนุนโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินกระบวนการและผลลัพธ์เชิงสังคมของโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- (1) เพื่อประเมินการดำเนินมาตรการ/กิจกรรมของโครงการ
- (2) เพื่อประเมินกลไกของผลกระทบของโครงการต่อการตอบสนองต่อกิจกรรมของโครงการ
- (3) เพื่อประเมินบริบทในการดำเนินแผนงาน

- (4) เพื่อศึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก และบทบาท ผลประโยชน์ ทรัพยากรที่มีการสร้างเครือข่าย/ ความร่วมมือ)
- (5) เพื่อศึกษาบทบาทและการมีส่วนร่วมของ สสส. ต่อการสนับสนุนการพัฒนากลไกจัดการความรู้ เพื่อส่งผ่านองค์ความรู้และเสริมความเข้มแข็งแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของแผน 12 ทั้งก่อนและหลังการสนับสนุน

3. การทบทวนวรรณกรรม

3.1 โครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตาม ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12) ให้ทุนสนับสนุน จำนวน 19,595,600 บาท ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง 1 กันยายน พ.ศ. 2559 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2561 แก่สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ (ที่หลากหลาย) และเผยแพร่องค์ความรู้ และขยายเครือข่ายในการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เนื่องจากเล็งเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลาย ลักษณะโครงสร้างของประชากรที่ พื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม โดยส่งเสริมให้ประชาชนมี ศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วย ด้วย “ระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ” ที่มีแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาค ส่วนอย่างบูรณาการตามแนวทางพระราชรัฐ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุข บนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วย ด้วย “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” ที่มีแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการตาม แนวทางพระราชรัฐ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุข บนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

โครงการพัฒนารูปแบบฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพที่ หลากหลายตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย 2) เผยแพร่องค์ความรู้และสร้างการเรียนรู้และขยายเครือข่ายในการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ ตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ ระดับอำเภอและเพิ่มสมรรถนะดูแลสุขภาพประชาชนให้บรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย การ ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่นำร่อง จำนวน 74 แห่งทั่วประเทศ ที่สามารถดำเนินการจัดการลดโรคที่เกิดจากวิถี

ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

การดำเนินโครงการในพื้นที่นำร่อง จำนวน 73 แห่งทั่วประเทศ ที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ตามข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2559 เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการในการบูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน จากข้อตกลงความร่วมมือดังกล่าวได้กำหนดบทบาทแต่ละหน่วยงานดังนี้

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ มีบทบาทและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานภายใต้ความร่วมมือ ดังต่อไปนี้

1) **กระทรวงมหาดไทย** มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) ดำเนินการให้เกิดระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

(2) สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณรวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

(3) สนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

(4) สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

2) **กระทรวงสาธารณสุข** (หมายรวมถึงหน่วยงานในสังกัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

(1) สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

(2) สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณรวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

(3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

(4) สร้างความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน ภายใต้งักตึงกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

(1) สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

(2) สนับสนุนการพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ

(3) สนับสนุน วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

4) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) สนับสนุนทรัพยากร ด้านงบประมาณ วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

(2) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการจัดการปัจจัยที่กำหนดสถานะสุขภาพทางสังคม และความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy)

(3) สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชน และเครือข่ายสุขภาพ มีความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิต

ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยมีคำสั่งจากปลัดกระทรวงให้มีการดำเนินงาน ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกหนังสือ 2 ฉบับ ดังนี้

1) บันทึกข้อความถึงผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 1-13 โดยสั่งให้สนับสนุนนโยบายและบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ และประสานความร่วมมือกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดของพื้นที่ที่ดำเนินการ

2) ออกหนังสือบันทึกข้อความถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อแจ้งแนวทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนให้พื้นที่เป้าหมายจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ลงนามคำสั่งฯ โดยให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และกระทรวงมหาดไทยโดยนายอำเภอ ร่วมบริหารจัดการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ลงนามคำสั่งฯ และร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ โดยสนับสนุนและส่งเสริมภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ท้องถิ่น ท้องที่และชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต

กระทรวงมหาดไทย โดยปลัดกระทรวงมหาดไทย ได้ออกหนังสือถึง หัวหน้าส่วนราชการระดับกรมในสังกัดกระทรวงมหาดไทย ให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงมหาดไทยให้การสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอตามอำนาจหน้าที่และความเหมาะสม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ได้แก่ 1) การพัฒนาขีดความสามารถด้านการจัดการสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” 2) การสังเคราะห์และพัฒนาองค์ความรู้ แนวทางการดำเนินงานทั้งเชิงประเด็นและพื้นที่จากเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ 3) การสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเพื่อกระตุ้นการดำเนินงานและเผยแพร่องค์ความรู้ (Sharing-How to & Knowledge) และ 4) การเสริมกลไกการจัดการเรียนรู้เพื่อขยายเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามรูปแบบและวิธีการทำงานที่สอดคล้องกับศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่ รายละเอียดดังต่อไปนี้

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด output	ตัวชี้วัด outcome	ตัวชี้วัด impact
1) การพัฒนาขีดความสามารถด้านการจัดการสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”			
ระบบการจัดการสุขภาพอำเภอตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”	- ตั้ง พขอ. ทั้ง 73 พื้นที่ - มีการทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพระดับอำเภอที่สอดคล้องกับบริบท - ร้อยละ 50 ของ 73 พื้นที่ได้รับการพัฒนา	- มี การ จัด ล ำ ด ำ บ ความสำคัญเร่งด่วนของประเด็นปัญหา - มีการจัดสรรทรัพยากรและติดตามโดยการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน	ดำเนินการจัดทำแผนระยะสั้นและระยะยาวในการปรับปรุงระบบงาน/ กฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุยุทธศาสตร์/ การทำงานประสานเป็นระบบ

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด output	ตัวชี้วัด outcome	ตัวชี้วัด impact
	สมรรถนะบริหารจัดการและพัฒนาแผนติดตามประเมินผล จัดเก็บข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน	มีข้อมูลสำหรับวิเคราะห์และประมวลผลอย่างเป็นรูปธรรม	
2) การสังเคราะห์และพัฒนาศักยภาพ แนวทางการดำเนินงานทั้งเชิงประเด็นและพื้นที่จากเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ			
รูปแบบการจัดการนวัตกรรม องค์ความรู้ แนวทางการดำเนินงานทั้งเชิงประเด็นและพื้นที่	- คณะกรรมการด้านวิชาการส่วนกลางสนับสนุนทางวิชาการร่วมกับพี่เลี้ยงระดับจังหวัด - รูปแบบการดำเนินงานจัดการสุขภาพด้วยกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง - ชุดความรู้/ นวัตกรรมจากการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ - เกิดแหล่งเรียนรู้ นวัตกรรมสุขภาพชุมชนอย่างน้อย 30 แห่ง	- สามารถนำเสนอ ตย. การบริหารจัดการสุขภาพอำเภอที่ดี (Best Practices) การดำเนินการที่เชื่อมโยงถึงปัจจัยทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม - นำความรู้และรูปแบบการจัดการในพื้นที่นำร่องไปขยายผลให้เข้าใจมากขึ้น	องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและกลไกการเงินการคลัง มีการจัดสรรทรัพยากรให้กับกิจกรรมต่างๆ ที่มีส่วนทำให้ระบบสุขภาพอำเภอ
3) การสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเพื่อกระตุ้นการดำเนินงานและเผยแพร่องค์ความรู้ (Sharing-How to & Knowledge)			
ถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะประสบการณ์ และนวัตกรรมการจัดการสุขภาพตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”	- ออกแบบการสังเคราะห์ข้อมูล และสารสนเทศให้ตรงกับความต้องการและเข้าถึงความรู้ในรูปแบบต่างๆ - ชุดความรู้จากการถอดบทเรียน - ผลิตสื่อสารสนเทศสำหรับประชาชนและสาธารณะ	- การสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างทักษะตัวบุคคลกับกระบวนการดำเนินงานในรูปแบบสื่อที่เข้าใจง่าย - เชื่อมโยงความรู้จาก “แหล่งเรียนรู้ นวัตกรรมสุขภาพชุมชน” - การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้งานสารสนเทศ	- พัฒนาทักษะความสามารถใหม่ๆ และนำรูปแบบการดำเนินงานจากสื่อสารสนเทศและชุดความรู้ไปประยุกต์เป็นแนวทางการดำเนินงาน - ผู้บริหารระดับต่างๆ สนับสนุนรูปแบบการดำเนินงาน/ ความรู้ในการนำไปใช้ในการ

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด output	ตัวชี้วัด outcome	ตัวชี้วัด impact
			วางแผน การตัดสินใจ การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการ พัฒนาบุคลากร ● ประชาชนเข้าใจและร่วม สนับสนุนการดำเนินงาน
4) การเสริมกลไกการจัดการเรียนรู้เพื่อขยายเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามรูปแบบและวิธีการทำงานที่สอดคล้องกับศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่			
เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอสามารถยกระดับเป็นโหนดเครือข่าย (Node & Network) ที่ประสานภารกิจระหว่างเครือข่ายให้ตอบสนองยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย	● ทบทวน สังเคราะห์ ความรู้และบทเรียน เพื่อ กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ● ชูดีความรู้จาก กระบวนการถอดบทเรียน ● เอกสาร/ คู่มือ/ หนังสือ อย่างน้อย 3 เรื่อง ● ขยายผลพื้นที่นำร่อง เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเป็นโหนดเครือข่ายจังหวัดและเขตสุขภาพ	● โหนดเครือข่ายที่มีพันธกิจในการเรียนรู้ร่วมกัน การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือเครือข่ายสุขภาพอำเภอในการดำเนินกิจกรรม ● เกิดระบบการช่วยเหลือกัน (พี่ช่วยน้อง) ในระหว่างเครือข่าย	● ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิ ● ผู้บริหารระดับต่างๆ สนับสนุนรูปแบบการดำเนินงาน/ ความรู้ในการนำไปใช้ในการวางแผน การตัดสินใจ การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการพัฒนาบุคลากร

โดยโครงการนี้มีรูปแบบการประเมินผลงานดังนี้

- 1) ในส่วนกลาง รายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ ต่อคณะกรรมการอำนวยการที่มีผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้นโยบาย ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนและติดตามผลการดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัดตามโครงการฯ
- 2) คณะกรรมการดำเนินงานโครงการ รวบรวมข้อมูล ติดตามผลการดำเนินงานและสังเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานและปรับแผนดำเนินงานในแต่ละระดับ

ผลที่คาดว่าจะได้รับการดำเนินการคือ 1) ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานะสุขภาพ และระบบดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตตามบริบทที่ดำรงชีวิต 2) เครือข่ายสุขภาพสามารถจัดการสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ที่สามารถขยายสู่พื้นที่อื่นได้ 3) แนวทางการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (ที่หลากหลาย) ตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” 4) องค์ความรู้ในการจัดการสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ทั้งเชิงประเด็นและพื้นที่ 5) สื่อประเภทต่างๆ ที่สังเคราะห์จากการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่สำหรับเผยแพร่ในเครือข่ายและสาธารณะ 6) บุคลากรและเครือข่ายที่มีสมรรถนะดูแลสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และ 7) รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายระดับอำเภอในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมด้วยยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

3.2 การประเมินกระบวนการของมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อนตามแนวคิดของ Medical Research Council

การประเมินกระบวนการหรือ process evaluation ตามแนวคิดของ Medical Research Council (MRC) (7) คือ การประเมินผลสัมฤทธิ์เมื่อเปรียบเทียบกับแผนงาน (fidelity) และคุณภาพของการดำเนินการ มาตรการ รวมทั้งอธิบายกลไกความสัมพันธ์ (causal mechanism) และแยกแยะปัจจัยบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น จุดมุ่งหมายของการประเมินกระบวนการคือเพื่อตรวจสอบว่ามาตรการต่างๆ ได้ดำเนินการตามที่ตั้งแผนไว้หรือไม่ โดยการประเมินกระบวนการสามารถทำได้ในช่วงการศึกษาความเป็นไปได้ร่วมกับการประเมินประสิทธิภาพของมาตรการ (feasibility testing phases, alongside evaluations of effectiveness) หรือร่วมกับการประเมินภายหลังการขยายมาตรการ (feasibility testing phases, alongside post-evaluation scale-up)

ทั้งนี้ภายใต้กรอบแนวคิดนี้ผู้ประเมินจำเป็นต้องอธิบายถึงสมมติฐานต่างๆ ของมาตรการที่จะดำเนินการให้ชัดเจนก่อน (โดยอาจจะอยู่ในรูปของ logic model ได้) ปัจจัยที่สำคัญ (Key functions) ของการประเมินกระบวนการประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่

1. **การดำเนินการมาตรการ (Implementation)** เพื่อประเมินว่าโครงสร้าง ทรัพยากรและกระบวนการ แบบใดที่จะทำให้การดำเนินการมาตรการประสบความสำเร็จ เช่น การอบรมและทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบ เป็นต้น รวมทั้งปริมาณและคุณภาพของการดำเนินการด้วย
2. **กลไกของผลกระทบ (Mechanisms of impact)** เพื่อประเมินว่าผู้เข้าร่วมมาตรการมีการตอบสนองต่อกิจกรรมภายใต้มาตรการอย่างไร และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร หรืออีกความหมายคือเพื่อดูความเชื่อมโยงของการดำเนินการมาตรการและผลลัพธ์ที่ได้ (outcome)

3. บริบท (Contextual factors) เพื่อดูว่าปัจจัยภายนอกใดมีอิทธิพลต่อการดำเนินมาตรการและ มีผลอย่างไร

การศึกษาองค์ประกอบที่สำคัญในกรอบการประเมินกระบวนการตามแนวคิดของ MRC ที่ผ่านมา จำนวน 5 การศึกษา ดังนี้ (สรุปองค์ประกอบดังตารางที่ 1)

การศึกษาของ Baranowski and Stables (2000) (8) พบว่าการประเมินกระบวนการควรประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 11 อย่าง ได้แก่ 1) การสรรหาผู้เข้าร่วมโครงการ (recruitment) 2) การรักษาผู้เข้าร่วมโครงการ (maintenance) 3) บริบทที่ดำเนินมาตรการ (context) 4) ทรัพยากรที่ผู้ดำเนินโครงการและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถใช้ได้ (resources) 5) การดำเนินมาตรการ (implementation) 6) การเข้าถึงผู้เข้าร่วมโครงการ (reach) 7) อุปสรรคและปัญหาการดำเนินมาตรการ/โครงการ (barriers) 8) ระยะการได้รับมาตรการ/โครงการ (exposure) 9) การเริ่มใช้เอกสารหรือวัสดุที่โครงการมอบให้ (initial use) 10) การใช้เอกสารหรือวัสดุที่โครงการมอบให้อย่างต่อเนื่อง (continued use) และ 11) การปะปนกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับมาตรการ (contamination)

การศึกษาของ Steckler and Linnan (2002) (9) พบว่าการประเมินกระบวนการควรประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 6 อย่าง ได้แก่ 1) บริบทที่ดำเนินมาตรการ (context) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินมาตรการ 2) ประเมินผลสัมฤทธิ์เมื่อเปรียบเทียบกับแผนงาน (fidelity) 3) ขนาดของมาตรการที่เสนอให้ผู้ร่วมโครงการ (dose delivered) 4) ขนาดของมาตรการที่ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับ (dose received) 5) การเข้าถึงผู้เข้าร่วมโครงการ (reach) และ 6) การสรรหาผู้เข้าร่วมโครงการ (recruitment)

The RE-AIM framework (Glasgow et al., 2001; Glasgow et al., 1999) (10) ประกอบด้วย 1) สัดส่วนของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมมาตรการ/โครงการ (intervention's reach) 2) ประสิทธิภาพหรืออัตราความสำเร็จของมาตรการ/โครงการ (effectiveness) 3) สัดส่วนของจำนวน eligible settings ที่ดำเนินมาตรการ/โครงการ (adoption) 4) ความสามารถในการดำเนินมาตรการ/โครงการตามแผนที่วางไว้ (implementation) และ 5) การรักษามาตรการให้ดำเนินต่อไป (maintenance)

Carroll และคณะ (2007) (11) ได้เสนอกรอบการประเมินการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ (conceptual framework for implementation fidelity) กรอบการประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นในมุมมองของการให้บริการสุขภาพ โดยกำหนดนิยามของคำว่า fidelity (or adherence) คือการรวมกันระหว่าง การให้บริการ (content) ความถี่ของการให้บริการ (frequency) ระยะเวลาการให้บริการ (duration of delivery) และความครอบคลุมของบริการ (coverage) ทั้งนี้แนวคิดของ Carroll ยังแนะนำเพิ่มเติมว่าผู้ประเมิน (researches) ควรคำนึงถึงว่าการประยุกต์ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพจะทำได้ อย่างไร นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการประเมิน เช่น ความซับซ้อนของมาตรการ/โครงการที่จะประเมิน

คำอธิบายของมาตรการ/โครงการมีความครอบคลุมหรือไม่ ประสิทธิภาพของกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินมาตรการ/โครงการเป็นอย่างไร และผู้เข้าร่วมโครงการมีการตอบสนองต่อมาตรการ/โครงการอย่างไร ทั้งนี้ การศึกษาของ Hasson (2010) ได้เสนอแนวคิดเดียวกับ Carroll แต่เพิ่มองค์ประกอบอีก 2 อย่าง ได้แก่ 1) บริบทของมาตรการ/โครงการ (context) การสรรหาผู้เข้าร่วมโครงการ (recruitment)

Grant และคณะ (2013) (7) เสนอกรอบการประเมินกระบวนการควบคู่กับ randomised trials ตัวอย่างเช่นการติดตามแบบเชิงปริมาณและการสำรวจเชิงคุณภาพควบคู่กันระหว่างการดำเนินมาตรการ การตรวจสอบ feedbacks ในระหว่างการดำเนินมาตรการและภายหลังการดำเนินมาตรการไปแล้วซึ่งถูกนับว่าเป็นวิธีการในเชิงคุณภาพที่ดีที่สุด รวมทั้งควรมีการศึกษาบริบทที่ดำเนินการในเชิงคุณภาพทั้งก่อนและระหว่างการดำเนินมาตรการ สุดท้ายคือการประยุกต์ทฤษฎีและการทดสอบกระบวนการเชิงสาเหตุ (causal process) รวมทั้งการวิเคราะห์เชิงปริมาณของกระบวนการเชิงสาเหตุ (causal process) ภายหลังจากดำเนินมาตรการไปแล้ว (post-intervention) เป็นสิ่งที่สำคัญ

ตารางที่ 1 สรุปองค์ประกอบในกรอบการประเมิน/แนวทางการประเมินกระบวนการของ 5 การศึกษาข้างต้น

Recruitment	การสรรหาผู้เข้าร่วมโครงการ
Maintenance	การรักษาผู้เข้าร่วมโครงการ/การรักษาโครงการให้ดำเนินต่อไป
Context	บริบทที่ดำเนินโครงการ
Resources	ทรัพยากรที่ผู้ดำเนินโครงการและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถใช้ได้
Implementation	ความสามารถในการดำเนินโครงการ
Reach	การเข้าถึงผู้เข้าร่วมโครงการ
Barriers	อุปสรรคและปัญหาการดำเนิน โครงการ
Exposure	ระยะการได้รับโครงการ
initial use	การเริ่มใช้เอกสารหรือวัสดุที่โครงการมอบให้
continued use	การใช้เอกสารหรือวัสดุที่โครงการมอบให้อย่างต่อเนื่อง
Contamination	การปะปนกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับโครงการ
Fidelity	ประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการเมื่อเปรียบเทียบกับแผนงานที่วางไว้
dose delivered	ขนาดของโครงการที่เสนอให้ผู้ร่วมโครงการ
dose received	ขนาดของโครงการที่ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับ
Effectiveness	ประสิทธิผลหรืออัตราความสำเร็จของโครงการ
Adoption	สัดส่วนของจำนวน eligible settings ที่ดำเนินโครงการ

หมายเหตุ: ตัวหนาหมายถึงมีการกล่าวถึงองค์ประกอบนี้ในหลายการศึกษา

วิธีการประเมินกระบวนการ

วิธีการประเมินกระบวนการส่วนใหญ่จะใช้วิธีทั้งการประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การใช้แบบสอบถามแบบประเมินตนเอง การสังเกต (ทั้งแบบการสังเกตโดยตรงกับผู้เข้าร่วมโครงการแบบ one-to-one consultations หรือการสังเกตจากบันทึกการให้คำปรึกษาจากวิดีโอหรือการอัดเสียง) การใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลต่างๆ การอภิปรายกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นต้น

3.3 การประเมินกระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Saunders

การประเมินกระบวนการขององค์กรหรือแผนงานตามกรอบแนวคิดของ Saunders et al. (2005) (12) นั้นมีความสอดคล้องกับกรอบการประเมินแผนงานที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นกรอบของ Nutbeam (1998) (12) ที่เสนอว่าการประเมินกระบวนการควรพิจารณาประเด็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ความสามารถในการบริหารจัดการที่ทำให้การดำเนินโครงการมีคุณภาพ เชื่อถือได้ (program integrity) 2) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของแผน (program reach) และ 3) การยอมรับต่อแผน (program acceptability) หรือ กรอบของ Wimbush and Watson (2000) (13) ที่เน้นการพิจารณาคุณภาพและประสิทธิผลของ

แผนงานที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการประเมินกระบวนการในกรอบของ Nutbeam (1998) และ Wimbush and Watson (2000) ปรากฏอยู่ในกรอบของ Saunders et al. (2005) ทั้งหมดแล้ว การประเมินกระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Saunders et al. (2005) มีขั้นตอนดังนี้

- **ขั้นตอนที่ 1** การพรรณนาแผนงาน (describe the program) รวมถึง การอธิบายถึงปัจจัยนำเข้า (inputs) กิจกรรมและกลยุทธ์ของแผนงาน (activities) ผลกระทบที่เกิดขึ้นทันทีหลังจากที่มีแผนงาน (immediate impacts) ผลกระทบในระยะสั้น (short-term impacts) ผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ (behavioural impacts) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) โดยในกระบวนการพรรณนาแผนงาน จะต้องมีการอธิบายถึงความจำเป็นในการมีแผนงาน วัตถุประสงค์ พันธกิจ และกลุ่มเป้าหมายของแผนงาน รวมไปถึงจนถึงทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพด้วย และยังคงพิจารณาถึงบริบทในการทำงาน (ปัจจัยที่จะมีผลต่อกระบวนการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม) และทรัพยากรของแผนงานด้วย
- **ขั้นตอนที่ 2** การพรรณนาถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอย่างสมบูรณ์ของโครงการ (describe complete and acceptable program delivery) ขั้นตอนนี้จะเป็นการพิจารณาถึงผลที่คาดหวังไว้สูงที่สุดของแผนงาน เพื่อจะได้นำมาเปรียบเทียบได้ว่าการดำเนินงานของแผนงานนั้นได้บรรลุตามเป้าหมายของแผนงานหรือไม่
- **ขั้นตอนที่ 3** การพัฒนาคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (develop potential list of questions) ประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินกระบวนการควรมีองค์ประกอบ ดังนี้
 - คุณภาพของแผนงาน (fidelity/ integrity) หมายถึง การวัดระดับการดำเนินงานของแผนงานว่าเป็นไปตามที่ได้วางแผนไว้เพียงใด
 - ความสมบูรณ์ของการดำเนินแผนงาน (dose delivered/ completeness) หมายถึง ระดับหรือปริมาณของการปฏิบัติการในแผนงานที่ได้ส่งต่อให้กับกลุ่มเป้าหมาย
 - ระดับของการได้รับประโยชน์จากแผนงานและระดับความพึงพอใจต่อแผนงาน (dose received/ exposure/ satisfaction/ acceptability) หมายถึง ระดับของการเข้าร่วมกับแผนงานของผู้เข้าร่วม ทั้งในระยะต้น กลาง และปลายของการดำเนินแผนงาน และ ระดับความพึงพอใจที่ผู้เข้าร่วมมีต่อแผนงานในภาพรวม ต่อผู้จัดการแผนงาน ต่อบุคลากร และต่อเนื้อหาของแผนงาน
 - สัดส่วนของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากแผนงานหรือเข้าร่วมกับแผนงาน (reach/ participation) หมายถึง สัดส่วนของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมในแผนงาน อัตราการเข้าร่วมแผนงาน อุปสรรคในการเข้าร่วมกับแผนงาน
 - กระบวนการในการได้มาซึ่งผู้เข้าร่วมในแผนงาน (recruitment) หมายถึง วิธีการในการได้มาซึ่งผู้เข้าร่วมแผนงาน การประชาสัมพันธ์ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร รวมไปถึงสาเหตุของการดำรงอยู่และการหยุดการเข้าร่วมแผนงานของผู้เข้าร่วมแต่ละกลุ่ม

- บริบทในการดำเนินแผนงาน (context) หมายถึง องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการหรือผลลัพธ์ของแผนงาน
- **ขั้นตอนที่ 4** การเลือกระเบียบวิธีวิจัย (determine methods) รวมถึง การระบุแหล่งข้อมูล วิธีการและกระบวนการในการเก็บข้อมูล ช่วงเวลาและความถี่ในการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการรายงานผลการศึกษา ทั้งนี้ ควรพิจารณาที่ลำดับขั้นในการดำเนินงานของแผนงานด้วยว่าได้มีการดำเนินงานไปมากน้อยเพียงใดแล้ว
- **ขั้นตอนที่ 5** การพิจารณาและรายงานถึงทรัพยากร บริบท และคุณลักษณะของแผนงาน (consider program resources, context and characteristics) เนื้อหาในขั้นตอนนี้เป็นการอธิบายถึงสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของแผนงานทั้งหมด
- **ขั้นตอนที่ 6** การสรุปแผนการดำเนินงานในการประเมินกระบวนการ (finalize the process evaluation plan)

3.4 กรอบการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) (14) หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์ต่อประเด็นหนึ่งๆ ที่เรากำลังพิจารณา ไม่ว่าจะเป็นคนที่ได้ประโยชน์ เสียประโยชน์ บุคคลหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงในประเด็นนั้น หรือผู้ที่มีความสนใจ ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มดังกล่าวต่อประเด็นที่เราสนใจ อาจเกิดจากความใกล้ชิดทางภูมิประเทศ การพึ่งพาทรัพยากรจากแหล่งเดียวกัน งานในหน้าที่ที่ใกล้เคียงกัน หรือแข่งขันกัน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถแบ่งเป็นหมวดหมู่ได้หลายรูปแบบ โดยอาจแบ่งตามระดับความสำคัญต่อองค์กร (15) กล่าวคือ แบ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็น 1) กลุ่มหลัก (primary stakeholders) หมายถึง บุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดำรงอยู่และความเข้มแข็งขององค์กร และ 2) กลุ่มรอง (secondary stakeholders) หมายถึง กลุ่มที่องค์กรมีปฏิสัมพันธ์ด้วยแต่ไม่ได้มีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ขององค์กร นอกจากนี้ ยังอาจแบ่งตามโครงสร้างความสัมพันธ์ กล่าวคือ แบ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็น 1) กลุ่มภายในองค์กร (internal stakeholders) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ทำงานในขอบเขตขององค์กรหรือทำงานให้กับองค์กรโดยตรง เช่น ผู้บริหารขององค์กร บุคลากรในองค์กร เป็นต้น 2) กลุ่มที่ทำงานประสานกับภายนอกให้กับองค์กร (interface stakeholders) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ทำงานให้กับองค์กรแต่เป็นอิสระต่อองค์กร และมีหน้าที่ประสานกับหน่วยงานภายนอกให้กับองค์กร เช่น บุคคลที่ได้รับการว่าจ้างชั่วคราวโดยองค์กร บอร์ดบริการองค์กร เป็นต้น และ 3) กลุ่มภายนอกองค์กร (external stakeholders) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับองค์กรโดยตรงแต่มีบทบาทต่อพันธกิจขององค์กร โดยอาจจะ

เป็นหน่วยงานที่ร่วมมือกัน หรือ เป็นคู่แข่งกันกับองค์กรก็ได้ ปกติแล้ว ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะหมายถึง องค์กรอื่นๆ ที่ทำงานในลักษณะเดียวกันทั้งหมด

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) คือ กระบวนการในการทำความเข้าใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากมุมมองขององค์กร เพื่อประเมินระดับของความสำคัญต่อองค์กรของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรพิจารณาถึง 1) จุดยืน/ความคิดเห็น (position/ interest/ stake) และ 2) อำนาจ/อิทธิพล/ทรัพยากร/ศักยภาพ (power/ influence) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม รวมไปถึงคุณลักษณะอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อจุดยืนและอำนาจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยประโยชน์ของการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ ทำให้องค์กรสามารถคาดการณ์ (predict) ถึงความสำคัญโดยเปรียบเทียบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ สามารถระบุถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มใหม่ที่อาจเกิดขึ้นและกลุ่มเก่าที่อาจจะออกไปจากกระบวนการทำงานขององค์กรในอนาคตได้ และสามารถพิจารณาถึงกลยุทธ์ในการจัดการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มได้

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีกระบวนการ (15) ดังนี้

- **ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** ตามปกติแล้ว จะกระทำโดยการสำรวจแบบมีโครงสร้าง (structured survey) หรือ การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือ การทำ focus group discussion โดยตั้งคำถามกับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขององค์กรโดยตรงว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีใครบ้าง และวัดระดับความสำคัญของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม โดยการคำนวณร้อยละของการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังกล่าวได้ถูกกล่าวถึง ในขั้นตอนนี้ ยังอาจมีการระบุถึงจุดยืน (position) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มด้วยว่ามีความสอดคล้องกับองค์กรหรือไม่ เพียงใด
- **ขั้นตอนที่ 2 การพิจารณาระดับอำนาจ (power) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม** ตามปกติ ข้อมูลในขั้นนี้ก็อาจได้มาจากการสำรวจแบบมีโครงสร้าง หรือ การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือ การทำ focus group discussion โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องระบุว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มที่ได้ระบุไว้แล้ว ในขั้นตอนที่ 1 นั้น มีระดับอำนาจมากน้อยเพียงใด และมีแนวโน้มที่ระดับอำนาจดังกล่าวจะเพิ่มขึ้น ลดลง หรือคงที่ ในอนาคตหรือไม่ อย่างไร
- **ขั้นตอนที่ 3 การทำแผนผังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder mapping)** แผนผังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ เครื่องมือในการประเมินความสัมพันธ์หลักขององค์กรกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ (1) จุดยืน และ (2) ระดับอำนาจ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มมาจัดวางในรูปแบบที่เข้าใจได้ง่าย จะเป็นรูปแบบแผนผัง (map) หรือตาราง (matrix) ก็ได้ เนื้อหาของแผนผังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรจะครอบคลุมถึงความเข้มแข็งของระดับความสัมพันธ์และความเป็นไปได้ในการเป็นพันธมิตรต่อกัน (coalition building) ระหว่างองค์กร

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนับว่ามีบทบาทสำคัญในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ (strategic planning) และการจัดการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder management) อันจะส่งผลให้องค์กรสามารถวางกลยุทธ์ในการเพิ่มพันธมิตรได้มากขึ้น และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.5 กรอบแนวคิดการประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์ทางสังคม (Social Impact Assessment) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment) ไม่ว่าจะเป็นการคาดการณ์ (forecast) ผลไปในอนาคต หรือเป็นการประเมินผล (evaluation) กับสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต ล้วนอยู่ภายใต้กรอบการประเมินเดียวกัน นั่นคือ เริ่มจากการ “นิยาม” จุดประสงค์ทางสังคมของกิจกรรมฯ ให้ชัด (Define) ก่อนที่ระบุผลลัพธ์ที่วัดได้ (Quantify) เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและสุดท้าย คือ แปลงผลลัพธ์ทางสังคมหรือการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นออกมาเป็นมูลค่าทางการเงิน (Monetize) เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับต้นทุนที่โครงการฯ ใช้ไป เพื่อคำนวณอัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนต่อไป การโดยขั้นตอนดังกล่าวจะใช้กรอบแนวคิด (conceptual framework) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับกิจกรรมของโครงการฯ เพื่อพิจารณาถึงบทบาทหน้าที่และความเกี่ยวข้องกับกิจกรรม ผลกระทบที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับจากกิจกรรมฯ หรือผลกระทบที่บุคคลเหล่านั้นสร้างให้โครงการฯ รวมทั้งการพิจารณาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละฝ่ายว่าจะรวมเข้ามาในการประเมินฯ หรือไม่ เพราะอะไร ซึ่งผู้ประเมินจะใช้ตารางการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์
2. การ “ระบุปัญหา” ที่โครงการฯ ต้องการจะแก้ไข หรือระบุคุณค่าทางสังคมที่โครงการฯ ต้องการจะสร้างอย่างชัดเจน (define social value proposition) เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่

2.1 การสร้าง “ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง” (Theory of Change) คือ การอธิบายว่ากิจกรรมที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือสร้างคุณค่าทางสังคมได้อย่างไร ปกติจะสื่อสารเป็นประโยคในรูป “ถ้า....แล้ว....” เป็นหลักการสำคัญในการอธิบายผลกระทบของโครงการฯ ว่าถ้าทำกิจกรรมอะไรแล้ว จะมีปัญหาหรือผลลัพธ์ทางสังคมอะไรเพิ่มขึ้นหรือลดลง (ความเปลี่ยนแปลง) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่ดีควรอธิบายให้ชัดเจนว่าเมื่อมีโครงการฯ เกิดขึ้นมาแล้ว ปัญหาสังคมด้านใดบ้างที่จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน

2.2 การสร้าง “ห่วงโซ่ผลลัพธ์” (impact value chain) จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง มีโครงสร้างต่อไปนี้

ห่วงโซ่ผลลัพธ์จะช่วยอธิบายว่ากิจกรรมที่ทำ จะสามารถแก้ไขปัญหาหรือสร้างคุณค่าทางสังคมได้อย่างไร คือ จะทำให้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่นิยามไว้แล้วเกิดขึ้นเป็นความจริงได้อย่างไร ช่วยระบุผลผลิต (Output) ที่เป็นรูปธรรม วัดได้ และสะท้อนได้ว่าผลลัพธ์ทางสังคมของโครงการฯ นั้นเกิดขึ้นจริง

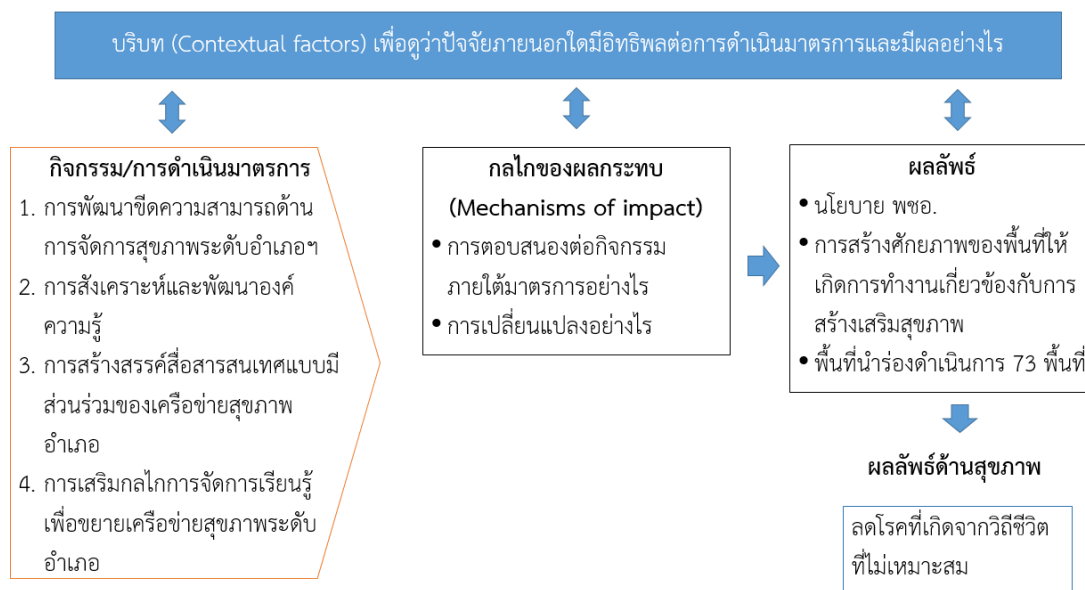
อย่างไรก็ตามในบางกรณี ผู้ประเมินอาจใช้แบบจำลองตรรกะหรือ Logic Model ในการระบุปัญหาแทนห่วงโซ่ผลลัพธ์ หากพบว่าโครงการมีผลลัพธ์ทางสังคมที่ซับซ้อนมาก

3. การเลือกตัวชี้วัดทางสังคม (social impact indicators) ที่สะท้อนผลลัพธ์ทางสังคม (social impact) ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของโครงการฯ เพื่อใช้เป็นฐานในการวัดผลต่อไป ตัวชี้วัดที่ดีควรเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและบริบทของโครงการฯ ช่วยบอกว่าผลลัพธ์เกิดขึ้น “หรือไม่” และเกิดขึ้น “เท่าไร” ช่วยชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างจุดเริ่มต้น (baseline) กับพัฒนาการหลังจากที่ทำไประยะหนึ่งได้ และควรเป็นตัวชี้วัดที่วัดได้ เปลี่ยนแปลงได้และใช้เปรียบเทียบข้ามเวลาและองค์กรที่ทำงานในประเด็นที่ใกล้เคียงกันได้ กล่าวโดยสรุปคือ ถ้าหากผลผลิต (output) จากชิ้นการเขียนห่วงโซ่ผลลัพธ์มีความชัดเจนและเข้าข่ายทั้งหมดที่กล่าวมา ก็สามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพได้โดยตรง มิฉะนั้นจะต้องมีการแปลงหรือนิยามผลผลิตให้ชัดเจนจนสามารถเป็นตัวชี้วัดได้
4. เนื่องจากองค์กรเพื่อสังคมโดยมากมักมีได้ทำงานแก้ไขปัญหาด้านสังคมเพียงลำพัง แต่พื้นที่ดำเนินการมักจะมีองค์กรและหน่วยงานอื่นๆ ที่พยายามแก้ปัญหาเดียวกัน หรือบางครั้งกลุ่มเป้าหมายของโครงการ เช่น ชุมชนมักจะมีได้หนึ่งเฉย แต่พยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองอยู่เสมอ ฉะนั้น การประเมิน “เฉพาะ” ผลลัพธ์ทางสังคมที่เกิดจากการดำเนินโครงการฯ จึงต้องอาศัยเครื่องมือต่างๆ เพื่อช่วยประเมินขนาดของผลลัพธ์ที่มีได้เกิดจากโครงการฯ ได้แก่ การสร้าง “กรณีฐาน” (base case scenario) ซึ่งรวมถึงการพิจารณาสัดส่วนผลลัพธ์ที่องค์กรอื่นมีส่วนร่วมสร้าง (attribution), ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแม้ไม่มีองค์กรใดเข้าไปทำงาน (deadweight) และผลลัพธ์ “ทดแทน” ซึ่งมีได้เกิดขึ้นสุทธิจากการดำเนินโครงการ แต่เป็นผลชดเชยผลลัพธ์ที่ลดลงของโครงการอื่น (displacement) เป็นต้น

4. กรอบการวิเคราะห์ (analytical framework)

กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวทางการประเมินกระบวนการของมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อนตามแนวทางของ Medical Research Council (MRC) (7) เป็นหลักและใช้แนวทางของ Saunders (12) เป็นส่วนประกอบ (รูปที่ 1) เนื่องจากการประเมินกระบวนการตามแนวคิดของ MRC คือ การประเมินผลสัมฤทธิ์เมื่อเปรียบเทียบกับแผนงาน (fidelity) และคุณภาพของการดำเนินมาตรการ

รวมทั้งอธิบายกลไกความสัมพันธ์และแยกแยะปัจจัยบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยกรอบแนวคิดนี้ใช้ในการประเมินมาตรการที่มีความซับซ้อนทำให้วิธีการประเมินเป็นไปอย่างเป็นระบบและโปร่งใส กรอบแนวคิดนี้ช่วยค้นหาอุปสรรคต่างๆ ต่อการดำเนินมาตรการ/โครงการที่นำมาประเมิน (16) ปัจจัยที่สำคัญ (Key functions) ของการประเมินกระบวนการประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) การดำเนินมาตรการ (Implementation) เพื่อประเมินว่าโครงสร้าง ทรัพยากรและกระบวนการ แบบใดที่จะทำให้การดำเนินมาตรการประสบความสำเร็จ 2) กลไกของผลกระทบ (Mechanisms of impact) เพื่อประเมินว่าผู้เข้าร่วมมาตรการมีการตอบสนองต่อกิจกรรมภายใต้มาตรการอย่างไร และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร หรืออีกความหมายคือเพื่อดูความเชื่อมโยงของการดำเนินมาตรการและผลลัพธ์ที่ได้ (outcome) และ 3) บริบท (Contextual factors) เพื่อดูว่าปัจจัยภายนอกใดมีอิทธิพลต่อการดำเนินมาตรการและมีผลอย่างไร



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดของการประเมินกระบวนการ

นักวิจัยจะให้ความสำคัญกับประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินกระบวนการ รายละเอียดดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประเด็นการประเมินโครงการ

ประเด็นการประเมิน	คำอธิบาย
(1) การดำเนินมาตรการ (Implementation) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ a. การพัฒนาขีดความสามารถด้านการจัดการสุขภาพระดับอำเภอฯ b. การสังเคราะห์และพัฒนาคำความรู้ c. การสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ d. การเสริมกลไกการจัดการเรียนรู้เพื่อขยายเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	การดำเนินมาตรการเพื่อประเมินว่ากิจกรรมแบบใดที่ทำให้การดำเนินมาตรการประสบความสำเร็จ ซึ่งประเด็นการประเมิน ประกอบด้วย ● คุณภาพของแผนงาน (fidelity/ integrity) หมายถึง การวัดระดับการดำเนินงานของแผนงานว่าเป็นไปตามที่ได้วางแผนไว้เพียงใด ● ความสมบูรณ์ของการดำเนินแผนงาน (dose delivered/ completeness) หมายถึง ระดับหรือปริมาณของการปฏิบัติการในแผนงานที่ได้ส่งต่อให้กับกลุ่มเป้าหมาย ● ระดับของการได้รับประโยชน์จากแผนงานและระดับความพึงพอใจต่อแผนงาน (dose received/ exposure/ satisfaction/ acceptability) หมายถึง ระดับของการเข้าร่วมกับแผนงานของผู้เข้าร่วม ทั้งในระยะต้น กลาง และปลายของการดำเนินแผนงาน และระดับความพึงพอใจที่ผู้เข้าร่วมมีต่อแผนงานในภาพรวม ต่อผู้จัดการแผนงาน ต่อบุคลากร และต่อเนื้อหาของแผนงาน ● สัดส่วนของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากแผนงานหรือเข้าร่วมกับแผนงาน (reach/ participation) หมายถึง สัดส่วนของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมในแผนงาน อัตราการเข้าร่วมแผนงาน อุปสรรคในการเข้าร่วมกับแผนงาน ● กระบวนการในการได้มาซึ่งผู้เข้าร่วมในแผนงาน (recruitment) หมายถึง วิธีการในการได้มาซึ่งผู้เข้าร่วมแผนงาน การประชาสัมพันธ์ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร รวมไปถึงสาเหตุของการดำรงอยู่และการหยุดการเข้าร่วมแผนงานของผู้เข้าร่วมแต่ละกลุ่ม
(2) กลไกของผลกระทบ (Mechanisms of impact)	เพื่อประเมินว่าผู้เข้าร่วมมาตรการมีการตอบสนองต่อกิจกรรมภายใต้มาตรการอย่างไร และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร หรืออีกความหมายคือเพื่อดูความเชื่อมโยงของการดำเนินมาตรการและผลลัพธ์ที่ได้ (outcome)
(3) บริบท (Contextual factors)	บริบทในการดำเนินแผนงาน (context) หมายถึง องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการหรือผลลัพธ์ของแผนงาน

5. กระบวนการวิจัย

การศึกษานี้จะใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ ทบทวนเอกสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ซึ่งการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure) ที่มีแนวคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขอบเขตของการศึกษานับตั้งแต่การวางแผนและเตรียมการโครงการซึ่งต้องเก็บข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมโดยผู้เกี่ยวข้องกลุ่มต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและในพื้นที่ หลังจากนั้นผู้ประเมิณนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มมาแปลงเป็นลายลักษณ์อักษร (verbatim) จากนั้นจะใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยเริ่มจากการจัดระบบและจำแนกเนื้อหาตามกลุ่ม ได้แก่ การจำแนกตามกรอบการประเมิน ตามวัตถุประสงค์การประเมิน ตามบริบทของพื้นที่ศึกษา และตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จากนั้นคณะผู้ประเมินจะนำข้อวิเคราะห์เบื้องต้นมาตรวจสอบระหว่างกันเพื่อหาข้อค้นพบที่มีความชัดเจน และนำไปสู่ข้อสรุปของคณะผู้ประเมินต่อไป วิธีการเก็บข้อมูลจำแนกตามประเด็นศึกษาดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นศึกษา วิธีเก็บข้อมูล และแหล่งข้อมูล

ประเด็นศึกษา	วิธีเก็บข้อมูล	แหล่งข้อมูล
(1) การพัฒนาขีดความสามารถด้านการจัดการสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง”	● สัมภาษณ์เชิงลึกสนทนากลุ่ม ● ทบทวนเอกสาร	● ประธาน (นายอำเภอ) และกรรมการพชอ. ● ผู้บริหาร/ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบโครงการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ● เอกสารราชการ รายงานการประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(2) การสังเคราะห์และพัฒนาองค์ความรู้ แนวทางการดำเนินงานทั้งเชิงประเด็นและพื้นที่จากเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	● สัมภาษณ์เชิงลึกสนทนากลุ่ม ● ทบทวนเอกสาร	● คณะกรรมการด้านวิชาการส่วนกลาง ● เอกสารชุดความรู้/ นวัตกรรมจากการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ
(3) การสร้างสรรค์สื่อสารสนเทศแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเพื่อกระตุ้นการดำเนินงานและเผยแพร่องค์ความรู้	● สัมภาษณ์เชิงลึก ● สนทนากลุ่ม ● ทบทวนเอกสาร	● ตัวแทนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ดำเนินการนำร่อง กำหนด 4 อำเภอ จาก 73 อำเภอ

		● ประชาชนในพื้นที่ อำเภอละ 6 คน
(4) การเสริมกลไกการจัดการเรียนรู้เพื่อขยายเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามรูปแบบและวิธีการทำงานที่สอดคล้องกับศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่	● สัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม ● ทบทวนเอกสาร	● ประธาน (นายอำเภอ) และกรรมการ พขอ. ● ผู้บริหาร/ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบโครงการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ● เอกสารราชการ รายงานการประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

6. สถานที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

6.1 สถานที่ศึกษาและพื้นที่ตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการทั้งในพื้นที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนกลางซึ่งเรียกว่าทีมแกนนำส่วนกลาง (Think Tank Team) ประกอบด้วยผู้แทนและผู้รับผิดชอบโครงการจากได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สปสช. สสส. สช. หน่วยงานละ 2 คน รวม 10 คน และในส่วนภูมิภาคเลือกพื้นที่ที่ดำเนินการโครงการด้านการดูแลเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้เปราะบาง ในพื้นที่ 4 อำเภอ ใน 4 ภาค ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่อง 73 พื้นที่ ได้แก่

ภาค	อำเภอ	จังหวัด	จำนวนตัวอย่าง
เหนือ	เชียงของ	เชียงราย	● กลุ่มวิชาการ ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการในพื้นที่ จำนวน 2 คนต่ออำเภอ รวม 8 คน ● ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้รับผิดชอบ จังหวัดละ 2 คน รวม 8 คน ● นายอำเภอ (1) กรรมการ พขอ. (3) จำนวน 4 คนต่ออำเภอ รวม 16 คน ● ประชาชน 6 คนต่ออำเภอ
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ขามเฒ่า	อำนาจเจริญ	
กลาง	สวนผึ้ง	ราชบุรี	
ใต้	นาทวี	สงขลา	
รวม			● กลุ่มวิชาการ ผู้ว่าราชการจังหวัดและ/หรือผู้แทน จำนวน 16 คน ● ประธานและกรรมการ พขอ. รวม 16 คน ● ประชาชน 24 คน

6.2 กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ให้ข้อมูล) ในการประเมินเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

- (1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหารหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้แก่ Think Tank Team และผู้ว่าราชการจังหวัดและ/หรือผู้รับผิดชอบโครงการระดับจังหวัด
- (2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับพื้นที่ (อำเภอ)

6.3 เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกจากการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก คือ

- 1) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องและ/หรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ตามแนวทางพระราชรัฐเพื่อความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย อย่างน้อย 1 ปี
- 2) มีสติสัมปชัญญะ

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่ยินยอมให้ข้อมูล

7. สถานที่ศึกษาและระยะเวลาศึกษา (ระยะเวลาดำเนินการ 10 เดือน มีนาคม 2563 - ธันวาคม 2564)
โดยมีแผนการดำเนินงานดังนี้

กิจกรรม	เดือนที่									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อทราบถึงกิจกรรม ผลลัพธ์ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการฯ										
2. พัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย										
3. ระบุมพื้นที่เก็บข้อมูลและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่										
4. ยื่นขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์										
5. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอโครงร่างการศึกษา										
6. ปรับแก้ไขโครงร่างการศึกษาจากการประชุมและส่ง peer review										
7. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ทุน (ผู้แทนแผน 12) และผู้รับผิดชอบโครงการ (สำนักงาน)										
8. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับกระทรวง ได้แก่ ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สปสช.										
9. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับพื้นที่ ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และ/หรือผู้แทน ประธาน และกรรมการ พขอ.										
10. ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับผลลัพธ์และเป้าหมายของโครงการทั้งก่อนและหลังโครงการ										
11. วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน										

8. วิธีประกันคุณภาพของงานวิจัย

ผู้วิจัยวิจัยจะจัดการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการฯ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นพร้อมร่างข้อเสนอเชิงนโยบายของการทำงานในอนาคตของแผน 12 สสส. และขอทราบความคิดเห็น นักวิจัยเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจปรับแก้ผลการศึกษาและร่างข้อเสนอฯ ตามที่เห็นสมควร ก่อนจัดทำรายงานการประเมินฉบับสมบูรณ์

9. ประเด็นด้านจริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยจะยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ซึ่งพิจารณาประเด็นด้านจริยธรรมการในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งในกระบวนการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้วิจัยจะอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สิทธิในการไม่ตอบคำถาม สิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัว และผู้ให้ข้อมูลต้องแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลโดยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ นอกจากนี้โครงการวิจัยจะไม่เปิดเผยความลับและเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ประเมินจะไม่มีกระบวนการขู่หรือผู้ให้สัมภาษณ์หรือข้อมูลส่วนบุคคล ในการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะถูกนำเสนอในรูปแบบภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 5 ปี ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา

10. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ทราบผลการดำเนินงานและผลลัพธ์เชิงสังคมของโครงการ
- 2) ทราบปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขที่จะมีผลต่อความสำเร็จของโครงการ
- 3) เพื่อระบุการมีส่วนร่วม (attribution) ของ สสส. ต่อกระบวนการเกิดนโยบาย พขอ.

11. ผู้ดำเนินโครงการ

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1) ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส | ที่ปรึกษาโครงการ |
| 2) ดร.รักมณี บุตรชน | หัวหน้าโครงการ |
| 3) นางสาวอกนิฐา พูนชัย | ผู้ร่วมดำเนินโครงการ |
| 4) นางสาวศรณีย์ อวนศรี | ผู้ร่วมดำเนินโครงการ |

12. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563. 2553.
2. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร สภาปฏิรูปแห่งชาติ. รายงานของคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สภาปฏิรูปแห่งชาติ วาระปฏิรูปที่ 22 : การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ วาระปฏิรูปที่ 23 : การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ วาระปฏิรูปที่ 24 : การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2558.
3. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสนับสนุนการพัฒนากลไกจัดการความรู้เพื่อส่งผ่านองค์ความรู้และเสริมความเข้มแข็งแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. 2562.
4. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ "พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง" ตามแนวทางประชารัฐเพื่อเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. 2559.
5. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานงวดที่ 3 โครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ "พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง" ตามแนวทางประชารัฐเพื่อเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. 2561.
6. Rural Health Information Hub. Program Models for Rural Health Promotion and Disease Prevention
[Available from: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/program-models>.]
7. Grant A, Treweek S, Dreischulte T, Foy R, Guthrie B. Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions: a proposed framework for design and reporting. *Trials*. 2013;14:15.
8. Baranowski T, Stables G. Process evaluations of the 5-a-day projects. *Health Educ Behav*. 2000;27(2):157-66.
9. Steckler A, Linnan L. Process evaluation for public health interventions and research. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 2002.
10. Glasgow RE, McKay HG, Piette JD, Reynolds KD. The RE-AIM framework for evaluating interventions: what can it tell us about approaches to chronic illness management? *Patient Educ Couns*. 2001;44(2):119-27.

11. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci.* 2007;2:40.
12. Saunders RP, Evans MH, Joshi P. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promot Pract.* 2005;6(2):134-47.
13. Wimbush E, Watson J. An evaluation framework for health promotion: theory, quality and effectiveness. *Evaluation.* 2000;6(3):301-21.
14. รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2546;12 (6):865-75.
15. Brugha R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: a review. *Health Policy Plan.* 2000;15(3):239-46.
16. พัชรรา ลิ้มพรวงศ์, วิไลลักษณ์ แสงศรี, พรธิดา หัตถโนนตุน, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. รายงานการทบทวนวรรณกรรมของการประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน. *โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ;* 2561.