

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
ลักษณะกิจกรรม (ประเภทโครงการ): วิจัยและประเมินผล

1. ข้อมูลทั่วไปของโครงการ

1.1 ชื่อโครงการ (ภาษาไทย): การพัฒนาต้นแบบประเมินผลกระทบสำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

1.2 ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ): Prototype Development for a Health Impact Assessment Framework

ประเภทข้อเสนอโครงการ

- ☐ แผนงาน ☐ ชุดโครงการ ☐ โครงการ
☐ โครงการใหม่ ☐ โครงการต่อเนื่อง ระบุ.....

2. ความสอดคล้องกับทิศทางเป้าหมายยุทธศาสตร์ และวัตถุประสงค์

ความสอดคล้องของกิจกรรมกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (2565 – 2574) (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ความสอดคล้องของโครงการ กับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี (CoO 7+1): NA
ยุทธศาสตร์การทำงาน

- ☐ S1 การสนับสนุนงานวิชาการและสร้างสรรค์นวัตกรรม
☐ S2 สานเสริมพลังภาคีและเครือข่าย
☐ S3 พัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชนและองค์กร
☒ S4 พัฒนากลไกทางนโยบาย สังคมและสถาบัน
☐ S5 สื่อสาร จุดประกาย ชี้นำ สังคม

ความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์ของตาม พ.ร.บ. ของ สสส. (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ เป้าประสงค์ 1 สานและเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง และภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อให้บรรลุผลในการลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การลดอุบัติเหตุ
- ☐ เป้าประสงค์ 2 พัฒนากลไกที่จำเป็นสำหรับการลดปัจจัยเสี่ยงนอกเหนือจากเป้าประสงค์ที่ 1 โดย สสส. ลงทุน แต่น้อยในส่วนที่จำเป็นและก่อให้เกิดผลกระทบสูง และสร้างขีดความสามารถของบุคคล ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
- ☐ เป้าประสงค์ 3 เพิ่มขีดความสามารถเชิงสถาบันและส่งเสริมบทบาทของชุมชนและองค์กรในการพัฒนาสุขภาพ องค์กรรวม หรือแก้ไขปัญหาสำคัญของตน โดยพัฒนาระบบการต้นแบบ และกลไกขยายผลเพื่อมุ่งพัฒนาสังคมสุข ภาวะในระยะยาวอย่างยั่งยืน

☐ เป้าประสงค์ 4 สร้างค่านิยมและโอกาสการเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทย สังคมให้ความร่วมมือกับการรณรงค์เพื่อบรรลุเป้าประสงค์อื่น ๆ

☐ เป้าประสงค์ 5 ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ

☒ เป้าประสงค์ 6 เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาวะ และเพิ่มประสิทธิภาพ กลไกการบริหารจัดการ

☐ ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

☐ สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมความเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ

☐ สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

☒ ศึกษาวิจัย หรือสนับสนุนให้มีการศึกษา วิจัย ฝึกอบรม หรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

☐ พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

☐ สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

3. ความเป็นมา หลักการและเหตุผล ภายใต้กรอบแนวคิดการทำงาน (Conceptual framework/working model)

ความเป็นมา

ปัจจุบัน ประชากรโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุและการลดลงของอัตราการเกิด (1) ส่งผลให้ระบบสุขภาพต้องเผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต เช่น พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary lifestyle) และการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล ส่งผลให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) กลายเป็นปัญหาสุขภาพหลักและภาระต่อระบบบริการสุขภาพทั่วโลกอย่างมาก (2) โดยมีการคำนวณเป็นมูลค่าความเสียหายหลักแสนล้านบาทต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกา (3) และหลายหมื่นล้านบาทต่อปีในประเทศขนาดเล็กอย่างสิงคโปร์ (4) จากสาเหตุข้างต้นนี้ทำให้การส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะนอกจากช่วยลดความเสี่ยงต่อโรค ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรในหลากหลายมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่ได้เป็นเพียงทางเลือกของนโยบายสุขภาพ แต่เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพยุคใหม่ ที่เน้นการป้องกันและสร้างความยั่งยืนให้กับสุขภาพของประชากร (5)

แม้ว่าจะมีหลักฐานบ่งชี้ว่าการลงทุนในการดูแลป้องกันในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถส่งเสริมสุขภาพและมีความคุ้มค่า แต่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มักถูกใช้ไปกับการรักษาโรคมากกว่าการลงทุนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือเสริมสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพดี (6) ดังนั้น การให้ความสำคัญกับกลยุทธ์การดูแลป้องกันเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วน ดังเห็นได้จากการที่ประเทศไทยเป็นหนึ่งในชาติสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ร่วมส่งเสริมนโยบายต่าง ๆ และมีส่วนร่วมเป็นหนึ่งในภาคีทางการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ตาม “กฎบัตรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” (7) การสร้างเสริมสุขภาพในบริบทของสังคมไทยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ พ.ศ. 2545 จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการผลักดันด้านกฎหมายเพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน การสร้างเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการกระจายกำลังบุคลากรทางการแพทย์ลงไปสู่พื้นที่ชุมชน (8) ซึ่งในปี พ.ศ. 2544 ได้เกิดพระราชบัญญัติ (พรบ.) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ นำไปสู่การก่อตั้งของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย (9) โดยได้แนวทางการจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพจากประเทศออสเตรเลีย ที่มีลักษณะการจัดเก็บภาษีจากผู้เสียภาษีสุราและยาสูบเพื่อนำมาสนับสนุนทางการเงินแก่หน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพให้ดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง โดยงบประมาณของสสส. มาจากการจัดเก็บ**ส่วนเพิ่ม**ในอัตรา 2% ของภาษีสรรพสามิตยาสูบ และสุรา เพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยมีวัตถุประสงค์ภายใต้มาตรา 5 ตาม พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อันได้แก่ ร่วมส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดแก่ประชากรทุกช่วงวัย สร้างความตระหนักรู้และรณรงค์ให้ลดบริโภคเกี่ยวกับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ทำลายสุขภาพ เช่น สุรา บุหรี่ และสารเสพติด มีส่วนสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย อบรม และดำเนินให้เกิดการประชุมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมในสื่อต่าง ๆ เพื่อให้เกิดอุปนิสัยที่ดีทางสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ ภายใต้

กรอบแนวคิด “สร้าง-นำ-ซ่อม” มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ ร่วมสร้างความเข้าใจการมีสุขภาวะที่ดี ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและออกกฎหมายที่สร้างเสริมสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน (10)

สสส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำหลักแนวคิดมาตรการ “Best buy” ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) มาใช้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้บริบทของประเทศไทย (6) ซึ่งมาตรการนี้ช่วยให้การลงทุนในด้านสุขภาพเกิดประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สูงสุด รวมไปถึงมีส่วนช่วยในการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี มาตรการ Best buy มีพื้นฐานจากการเลือกมาตรการที่มีความคุ้มค่าในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพและค่าใช้จ่าย ซึ่งพิจารณาจาก 3 ปัจจัยหลัก (11) คือ 1) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) โดยมาตรการที่เลือกต้องสามารถลดความเสี่ยงจากโรคหรือภาระทางสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมไปถึงประสิทธิภาพของมาตรการจะต้องสามารถแสดงผลในระยะยาว เช่น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง 2) ความคุ้มค่า (Cost-Effectiveness) ของการลงทุน โดยมาตรการต้องมีต้นทุนที่เหมาะสมเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้ในต้นทุนที่สามารถดำเนินการได้ และมีความเหมาะสมต่อทรัพยากรของประเทศหรือชุมชนที่มีอย่างจำกัด เช่น โครงการรณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง แม้ว่าจะใช้ต้นทุนในการรณรงค์ แต่ผลลัพธ์จากการลดการเกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจจะมีผลประโยชน์ที่สูงกว่าต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินการ และ 3) ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (Feasibility) โดยมาตรการจะต้องสามารถดำเนินการได้จริงในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรจำกัด เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการจัดกิจกรรมที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ง่าย ด้วยการเดินหรือวิ่งในที่สาธารณะ โดยไม่ต้องใช้เงินลงทุนสูง จากหลักแนวคิดข้างต้นนี้ สสส. และภาคีเครือข่าย รวมไปถึงหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้นำหลักการ Best Buy มาปรับประยุกต์ใช้ในประเทศไทย และก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มากกว่าระดับบุคคล ดังต่อไปนี้ (6)

1) สนับสนุนมาตรการเพิ่มภาษีและราคาสินค้าที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล (Sugar-Sweetened Beverages - SSBs) ผ่านบังคับใช้ พรบ. สรรพสามิต พ.ศ. 2560 โดยเปลี่ยนแปลงพิกัดอัตราภาษีและวิธีการจัดเก็บภาษีตามปริมาณน้ำตาล คือ "ยิ่งหวานมาก ยิ่งเสียภาษีมาก" เพื่อจูงใจให้ภาคอุตสาหกรรมผู้ผลิตปรับสูตรเครื่องดื่มให้มีปริมาณน้ำตาลลดลง ส่งเสริมให้ประชาชนลดการบริโภคน้ำตาลส่วนเกินจากราคาสินค้าที่เพิ่มขึ้น และสร้างรายได้สำหรับการลงทุนในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (12)

2) สนับสนุนการออกกฎหมายควบคุมและจำกัดการบริโภค เช่น พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2551 ห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย จำกัดเวลาจำหน่าย และกำหนดอายุผู้ดื่มขั้นต่ำ และ พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ปีพ.ศ. 2560 บังคับใช้คำเตือนบนซองบุหรี่ ขยายพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ และห้ามการโฆษณาบุหรี่ ซึ่งกฎหมายนี้ช่วยลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ และความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน

3) สนับสนุนการออกนโยบายและมาตรการระดับประเทศ โดย สสส. ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการสนับสนุนการออกกฎหมายที่สอดคล้องตามหลักแนวคิด Best buy เช่น การควบคุมตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบและการห้ามการขายอุปกรณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้า

4) การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม เช่น การสร้างพื้นที่ปลอดการสูบบุหรี่และการควบคุมการโฆษณาสินค้าที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การลดความหนาแน่นของร้านขายสุราในพื้นที่ชุมชน

5) การส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพทางด้านกายภาพและการส่งเสริมสุขภาพทางด้านอาหารและเครื่องดื่ม เช่น แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ (ปี ค.ศ. 2018 – 2030) เพื่อเพิ่มอัตราการออกกำลังกายในประชากรไทย โครงการ“เครื่องดื่มลดน้ำตาล” ในโรงเรียนหลายพันแห่งทั่วประเทศไทย และการรณรงค์ลดการบริโภคน้ำตาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับนโยบายการเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล โดยมีการรณรงค์ภายใต้แคมเปญ “ลดหวาน ลดโรค” ความหวานไม่เกิน 2 ช้อนชา (13) จะเห็นได้ว่าการร่วมส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของสสส. สะท้อนถึงความหลากหลายของโครงการที่สสส.ให้การสนับสนุน ทั้งเชิงพื้นที่ เชิงประเด็น เชิงระบบและกลไก รวมไปถึงการสร้างองค์ความรู้นำไปสู่การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพในประชาชนและลดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

สสส. มีแนวทางการบริหารจัดการ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสูงสุดตาม พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของ สสส. รวมถึงศึกษาวิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. เพื่อให้กำหนดเป้าหมายและแผนงานดำเนินงาน ยิ่งไปกว่านั้น พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้กำหนดให้มีกลไกกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอก โดยจัดทำรายงานผลดำเนินงานให้แก่คณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของสสส. สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน คณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเพื่อพิจารณาประจำปี (แผนภาพที่ 1)

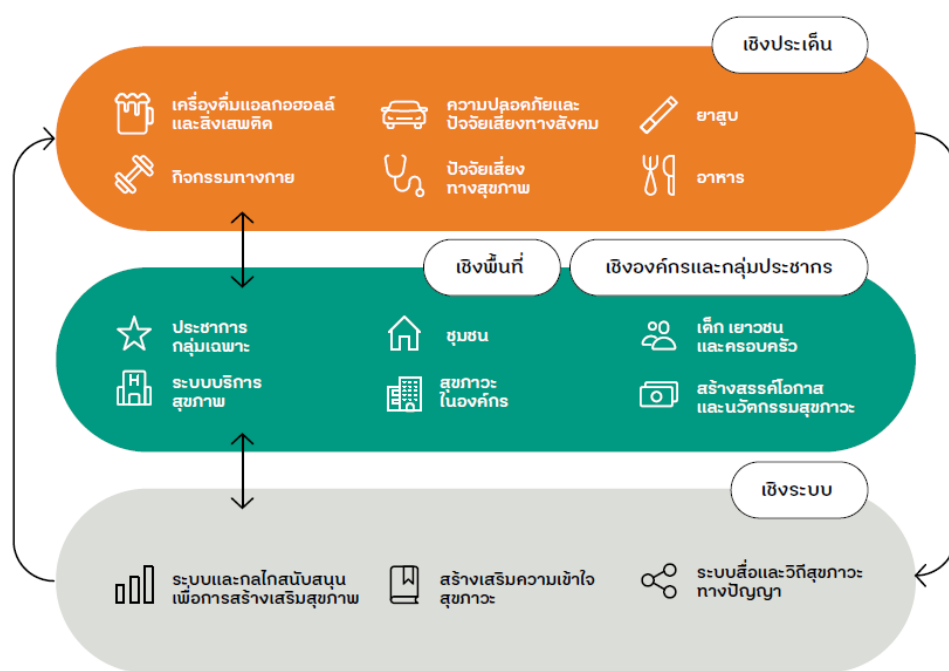
แผนภาพที่ 1 การบริหารจัดการโครงการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการกำกับติดตามประเมินผล

ระดับ	เนื้อหาการประเมิน	การกำกับติดตาม (Monitoring)	การประเมินผลการรายงาน (E&R)	การกำกับดูแล (Oversight)
นโยบาย	• ทิศทาง และเป้าหมาย ระยะ 10 ปี ของกองทุน	คกก.กองทุน	คกก.ปมผ.	กระทรวงการคลัง/ รัฐสภา
ยุทธศาสตร์	• ประเมินยุทธศาสตร์ขององค์การ			
องค์กร	• ตัวชี้วัดองค์การประจำปี (ตามหลัก BSC)	ผจก. กองทุน (M&E และ สนย. สนับสนุน)	คกก.ปมผ.	กระทรวงการคลัง/ ก.พ.ร.
	• ผลสัมฤทธิ์ขององค์การ และการประเมินความคุ้มค่า (5 ปี)	ผจก. กองทุน (M&E และ สนย. สนับสนุน)	คกก.บพผ.	คกก.ปมผ. คกก.กองทุน
แผน	• การประเมินยุทธศาสตร์ของแผนหลัก 5 ปี ของ 15 แผน	ผจก.กองทุน รองผู้จัดการ, ผช. ผู้จัดการ ผู้อำนวยการส่วนงาน	คกก.บพผ. คอก.ที่ปรึกษาสำนักงาน (คกก.บริหารยุทธศาสตร์)	คกก.ปมผ. คกก.กองทุน
	• การประเมินแผนการดำเนินงานประจำปี (ตามตัวชี้วัดรายแผน)		คกก.กลางประเมินผล (ผจก.แต่งตั้ง)	คกก.ปมผ. คกก.กองทุน
การดำเนินงาน	• กิจกรรมการสนับสนุนโครงการ • กิจกรรมการร่วมทุน • กิจกรรมที่สำนักงานดำเนินงานเอง	ผู้อำนวยการส่วนงาน ผู้รับทุน (>10 ล้าน)	คกก.บพผ. (>20 ล้าน) คกก.กำกับทิศทาง คกก. บริหารหน่วยงาน ลักษณะพิเศษ	คกก.บพผ. คกก.กองทุน

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาข้อเสนอกรอบการติดตามและประเมินผลกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สสส. บริหารจัดการผ่านระบบแผนที่แบ่งออกเป็น 15 แผน ซึ่งมีคณะกรรมการบริหารแผนเป็นกลไกหลักในการทำหน้าที่กำกับดูแลและดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในเป้าหมายระยะยาวขององค์กร แผนเหล่านี้ครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อม และกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายในสังคม รวมถึงระบบและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ การจัดกลุ่มแผนของ สสส. ในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มแผนเชิงประเด็น ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การลดการบริโภคยาสูบ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการลดมลพิษทางสิ่งแวดล้อม 2) กลุ่มแผนเชิงพื้นที่ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพในระดับชุมชนและท้องถิ่น โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและการบูรณาการทรัพยากรในพื้นที่ 3) กลุ่มแผนเชิงองค์กรและกลุ่มประชากร ซึ่งมุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และแรงงาน และ 4) กลุ่มแผนเชิงระบบและกลไก ที่เป็นกลไกสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น ระบบข้อมูล การติดตามและประเมินผล รวมถึงการจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงสุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

แผนภาพที่ 2 การจัดโครงสร้างและแผนการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)

บทบาทของคณะกรรมการบริหารแผนมุ่งเน้นในด้านธรรมาภิบาล ทำหน้าที่เป็นทั้งหน่วยบริหารที่รับผิดชอบต่อผลผลิตขององค์กรและเป็นกลไกที่ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ผ่านกระบวนการพิจารณาให้ทุน การติดตามผล และการประเมินผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ คณะกรรมการยังต้องกำกับการพัฒนาและดำเนินการตามแผนให้สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว 10 ปี โดยการประเมินผลที่ผ่านมาในช่วง พ.ศ. 2561–2563 ได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการประเมินเชิงยุทธศาสตร์ในระดับแผน เนื่องจากผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่เพียงพอสำหรับการปรับปรุงและปรับทิศทางแผนในอนาคตเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (14)

การติดตามผลการดำเนินงานของ สสส. พบว่า ระบบประเมินผลที่นำมาปฏิบัติอยู่ยังคงเน้นที่ตัวชี้วัดระดับผลผลิตมากกว่าการประเมินเชิงผลลัพธ์ ซึ่งทำให้ขาดการวัดผลกระทบที่ชัดเจนต่อเป้าหมายในระยะยาว นอกจากนี้ยังไม่มีกรอบแบบกลไกที่ชัดเจนสำหรับการติดตามการเปลี่ยนแปลงเชิงผลลัพธ์ในระหว่างการทำงาน อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 สสส. ได้ริเริ่มใช้กระบวนการห่วงโซ่ผลลัพธ์เพื่อพัฒนาความชัดเจนของการประเมินผลลัพธ์ในระดับแผนหลัก และมีการกำหนดเจ็ดดัชนีชี้วัดกลาง ที่เป็นเป้าหมายร่วมระดับองค์กร และ 26 ตัวชี้วัดเพื่อติดตามการดำเนินงาน (Monitoring indicators) ที่มีคุณสมบัติ SMART (Specific: จำเพาะเจาะจง, Measurable: วัดผลได้จริง, Achievable: บรรลุผลได้, Relevant: มีความเกี่ยวข้องชัดเจน, Time-bound: มีกรอบเวลา)

หลักการและเหตุผล

การประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วโลก มีวิธีการและขั้นตอนที่แตกต่างจากการประเมินโครงการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพมักใช้มาตรการที่ซับซ้อน (complex intervention) เพื่อให้เกิดมาตรการ/องค์ประกอบ (multi-component) ที่หลากหลาย และสามารถปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาวะที่ดีของประชากรในประเทศ (15-17) นักวิชาการทั่วโลกได้ทำการประเมินโครงการส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพเป็นรายโครงการ โดยได้ยึดแนวทางการประเมินโครงการต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นแนวทางจาก Center of Disease Control (CDC) (18) โมเดล PRECEDE-PROCEDE (19) Medical Research Council Guidance (20, 21) หรือ RE-AIM framework (22) ซึ่งล้วนเป็นแนวทางที่เป็นมาตรฐานสากล และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้ ยังมีแนวทางการประเมินโครงการที่จำเพาะต่อสภาวะเป้าหมายที่โครงการต้องการเปลี่ยนแปลง เช่น แนวทางการประเมินโครงการที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย (23, 24) หรือเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (25) ซึ่งล้วนแล้วมีความสำคัญต่อการพัฒนามาตรการและนโยบายสร้างเสริมสุขภาพในระดับประเทศไทยและระดับโลก ดังเห็นได้จากตัวอย่างการให้ความสำคัญในประเทศอังกฤษ โดยรัฐบาลประเทศอังกฤษได้ให้ทุนคณะทำงาน Standard Evaluation Framework ในการพัฒนาแนวทางประเมินโครงการที่เกี่ยวข้องกับการลดน้ำหนัก (26) ซึ่งสร้างความชัดเจนให้กับผู้ประเมินและผู้พัฒนามาตรการโครงการทั้งด้านการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการเพิ่มกิจกรรมทางกาย อีกทั้งยังมีเครื่องมือต่าง ๆ ทั้งด้านการวางแผนประเมิน การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปข้อมูล เผยแพร่ในเว็บไซต์

สำหรับ สสส. ซึ่งมีเป้าหมายการประเมินโครงการ เพื่อการตรวจสอบและพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่อง มีการใช้รูปแบบการประเมินโครงการที่หลากหลาย เช่น CIPP Model ซึ่งประกอบด้วยการประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Product) เป็นกรอบการประเมินที่ครอบคลุมทุกมิติของโครงการ (18) โดย CIPP Model นี้ จะช่วยให้ผู้ดำเนินโครงการสามารถจัดลำดับความสำคัญตามความต้องการ อย่างเป็นระบบผ่านการพิจารณาบริบท ทรัพยากร กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งช่วยในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (27) นอกจากนี้ สสส. ยังมีการใช้ Logic Model ที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างทรัพยากร กิจกรรม และผลลัพธ์ ทำให้สามารถเห็นภาพรวมของกระบวนการดำเนินงานและผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้โครงการสามารถบรรลุเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ และสอดคล้องกับความต้องการของสังคม (28) อีกทั้งยังมีการใช้ Chain of Outcome เป็นแนวทาง

ช่วยวางแผนบันไดผลลัพธ์ให้เห็นชัดเจนถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่ระดับการสร้างตระหนักรู้ (Awareness) ความรู้ (Knowledge) และการสนับสนุนจากชุมชน ไปจนถึงการปรับพฤติกรรม (29)

อย่างไรก็ตาม ผู้กำหนดนโยบาย เช่น รัฐสภา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และกระทรวงการคลัง รวมถึงสังคมโดยรวม มีความคาดหวังให้องค์กรที่ใช้งบประมาณของประเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึง สสส. แสดงผลลัพธ์และผลกระทบการดำเนินงานในภาพรวมอย่างเป็นระบบ ตอบโจทย์ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร (16, 30) แทนการแสดงผลลัพธ์เฉพาะโครงการย่อย ๆ ที่อาจดูแยกส่วนและกระจัดกระจาย ทั้งนี้ ข้อกำหนดในข้อ 17 ของ *ข้อบังคับกองทุนฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562* ระบุให้มีการประเมินผลลัพธ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อห้าปี (31) แม้จะช่วยให้เกิดการติดตามความสำเร็จของแผนงานได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดการวิเคราะห์ผลกระทบในระดับสังคมโดยรวม ซึ่งในปัจจุบัน แนวทางการประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพจากทั่วโลกที่คณะวิจัยโครงการนี้สืบค้น ยังไม่มีแนวทางใดที่จะสามารถเชื่อมโยงผลประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันได้ เนื่องจากความหลากหลายของมิติสุขภาพ ซึ่งเป็นเหตุให้หน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพประสบปัญหาในการรายงานภาพรวมของการสร้างผลกระทบที่ดีสู่สังคม

การวิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงานของสสส. ตั้งแต่ พ.ศ.2544 (32) ที่ผ่านมานั้น ได้ถูกนำมาถอดบทเรียนเพื่อให้ข้อเสนอแนะที่มีผลต่อยุทธศาสตร์ กำหนดนโยบาย แผนงาน การบริหารจัดการในอนาคตในหลากหลายมิติตามวัตถุประสงค์ของ พรบ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของโครงการที่ สสส. ให้การสนับสนุน แต่จากการทบทวนรายงานดังกล่าวยังไม่พบการวิเคราะห์ในภาพรวมที่สามารถแจกแจงประเภทและความพร้อมของโครงการที่สามารถเชื่อมโยงสู่ผลกระทบอย่างเป็นหมวดหมู่ชัดเจน ทั้งการรายงานผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ยังขาดวิธีการประเมินผลกระทบที่สามารถรวมผลการดำเนินงานจากหลายโครงการ ไม่ว่าจะเป็นการรายงานผลกระทบใน **มิติด้านสุขภาพ** เช่น การสูญเสียปีสุขภาพดี (Disability-Adjusted Life-Years หรือ DALYs)¹ หรือ จำนวนปีสุขภาวะ (Quality-adjusted life years หรือ QALYs)² **มิติด้านเศรษฐกิจ** เช่น ความคุ้มค่าจากการลงทุน การประหยัดค่าใช้จ่ายจากรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและครัวเรือน **มิติด้านสังคม** เช่น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม เป็นต้น ซึ่งเป็นช่องว่างที่สำคัญสำหรับ สสส. ในการรายงานผลการดำเนินงานจำแนกตามแผนหรือการดำเนินงานในภาพรวม

ดังนั้น เพื่อให้ผู้บริหารเห็นภาพในมุมกว้างว่า สสส. กำลังลงทุนสนับสนุนการดำเนินงานโครงการในลักษณะใดจำแนกประเภทและความพร้อมของโครงการที่สามารถเชื่อมโยงสู่ผลกระทบทั้งในมิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ และมิติด้านสังคม ได้จำนวนกี่โครงการ และประเภทสนับสนุนส่งเสริมงานสร้างเสริมสุขภาพจำนวนกี่โครงการ เพื่อการประเมินผลกระทบของโครงการที่เหมาะสม และสามารถสะท้อนให้เห็นถึงประเภทของโครงการที่อาจยังไม่สามารถสร้างผลกระทบดังกล่าวโดยตรงในปัจจุบัน แต่มีความจำเป็นในการทำให้ สสส. บรรลุเป้าหมายทิศทางเดียวกันในอนาคต สามารถสะท้อนความคุ้มค่าของการลงทุนโครงการของ สสส. ตามที่สำนักงาน

¹ ผลรวมของปีที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยและพิการ (Years Lived with Disability หรือ YLD) และปีที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost due to premature death หรือ YLL)

² ปีชีวิต (Life Year) ที่มีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ (Quality of Life)

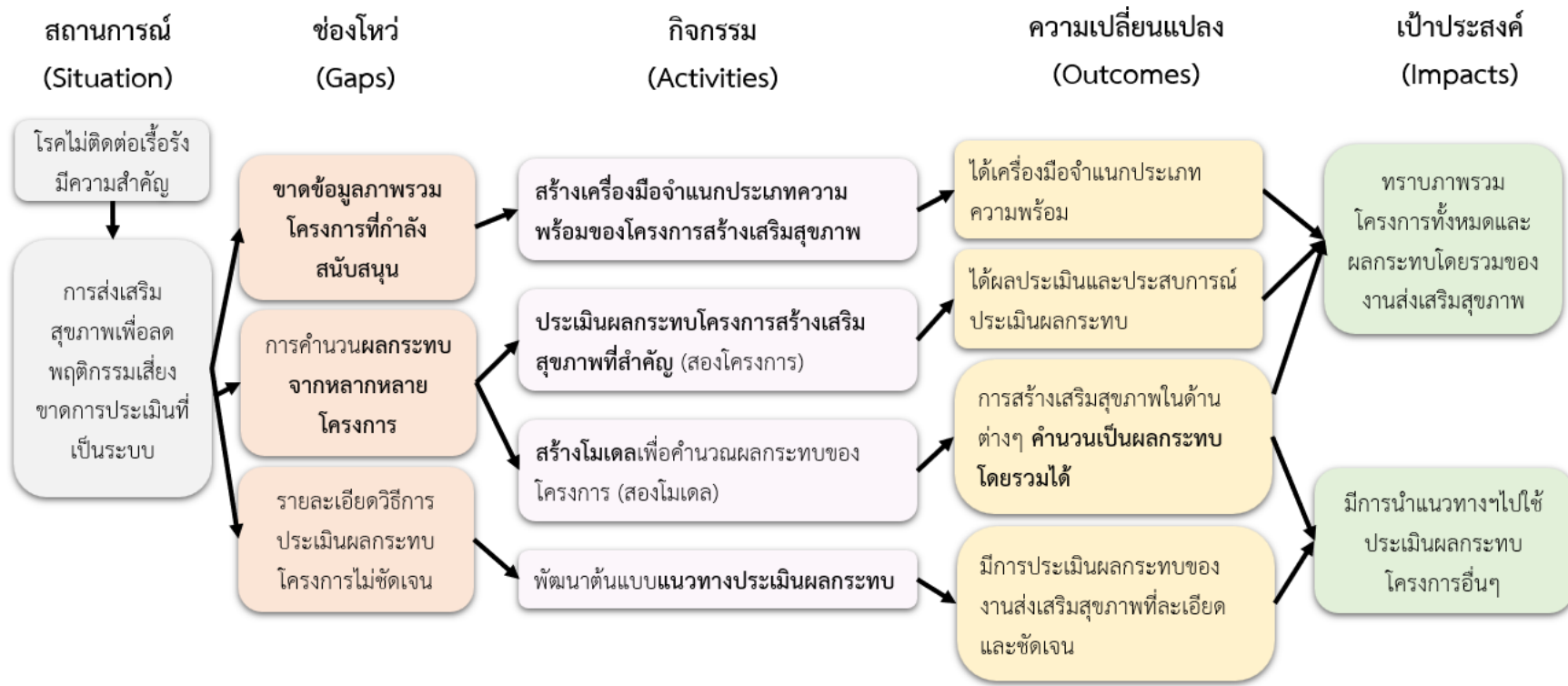
ตรวจเงินแผ่นดิน คณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา ต้องการและสามารถสื่อสารกับสังคมได้สะดวกมากขึ้น (33)

การประเมินผลกระทบของการดำเนินโครงการ เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดำเนินโครงการเห็นภาพรวมของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้ ไม่เพียงวัดผลสำเร็จหรือผลผลิตของกิจกรรมที่จัดขึ้นเท่านั้น แต่ยังเน้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตลอดระยะการดำเนินงาน โดยการติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วมถือเป็นการสร้างความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนการดำเนินงานได้ทันทั่วทั้งที่ เมื่อพบว่าผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามคาดหวัง การมีข้อมูลที่ชัดเจนและเชื่อถือได้ จะช่วยให้ผู้ดำเนินงานและผู้มีส่วนร่วมเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการพัฒนาการทำงานอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายชัดเจน (18) ดังนั้นเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างคณะผู้วิจัยและทีมผู้ประเมินโครงการที่มีประสบการณ์ประเมินโครงการของ สสส. เพื่อร่วมพัฒนาต้นแบบแนวทางประเมินผลกระทบที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ครอบคลุมกับประเภทและความพร้อมของโครงการที่สนับสนุนโดย สสส. และยังสามารถสื่อสารการนำต้นแบบแนวทางประเมินผลกระทบไปยังเครือข่ายผู้ประเมินได้ในอนาคต

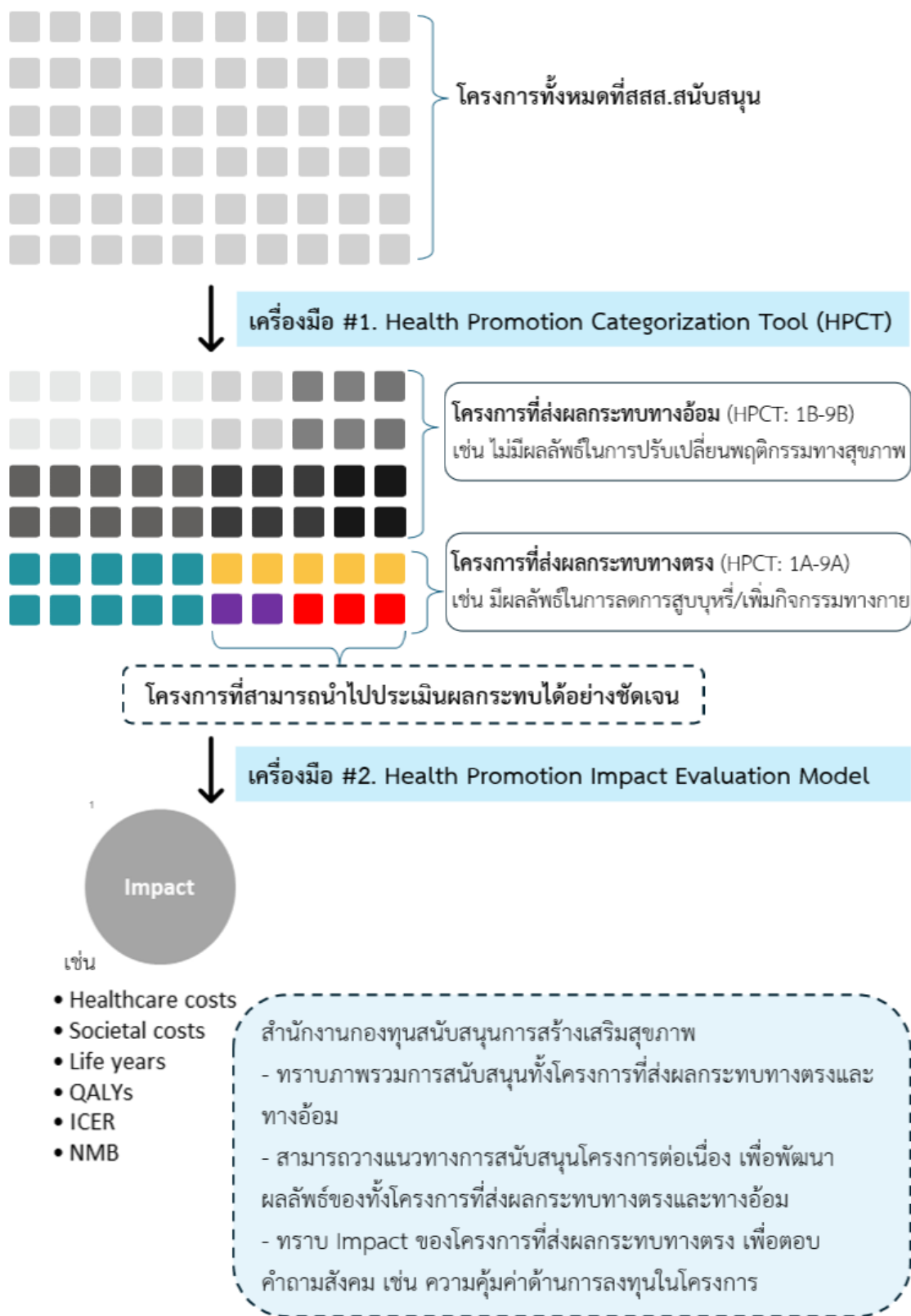
กรอบแนวคิดการทำงาน

กรอบแนวคิดการทำงานโครงการ “การพัฒนาต้นแบบประเมินผลกระทบสำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ” พัฒนามาจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) ที่คาดหวังให้ผู้บริหารสามารถทราบภาพรวมโครงการและผลกระทบโดยรวมของงานสร้างเสริมสุขภาพที่ สสส. ให้การสนับสนุน และคาดหวังให้เกิดแนวทางให้ทีมผู้ประเมินโครงการสามารถนำแนวทางไปปรับใช้ในการประเมินผลกระทบของโครงการต่าง ๆ ผ่านกิจกรรมที่สำคัญ คือ 1) การสร้างเครื่องมือจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ 2) ประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ที่แตกต่างกันอย่างน้อยสองโครงการ 3) สร้างแบบจำลองเพื่อคำนวณผลกระทบโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถเปรียบเทียบหรือรวมผลได้ และ 4) พัฒนาต้นแบบแนวทางประเมินผลกระทบ (methodological guideline prototype) (แผนภาพที่ 3) (34)

แผนภาพที่ 3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) ของโครงการ



แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)



แผนภาพที่ 4 แสดงถึงแนวคิดของโครงการในการสร้างเครื่องมือสองชนิด โดยเริ่มจากปัจจุบันที่สสส. สนับสนุนโครงการจำนวนมากในแต่ละแผนทั้ง 15 แผน ไม่ว่าจะเป็นเชิงประเด็น เชิงพื้นที่ เชิงองค์กรและกลุ่ม ประชากร หรือเชิงระบบ ซึ่งมีความหลากหลายและยากต่อการมองภาพรวมการสนับสนุนโครงการของสสส. หากมีการสร้างเครื่องมือจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (HPCT) คือ การสร้างเครื่องมือ การจำแนกและจัดแบ่งประเภทของโครงการต่าง ๆ ในแต่ละแผนงาน ซึ่งทำให้ทราบถึงความสามารถและความพร้อมของโครงการต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพในมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ เครื่องมือ HPCT สามารถทำให้ผู้บริหารและคณะติดตามประเมินผลเห็นภาพรวมประเภทของโครงการเช่น ร้อยละของโครงการที่สามารถเกิดผลกระทบต่อสังคมได้อย่างชัดเจน รวมไปถึงร้อยละของโครงการเชิงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ ดังตัวอย่างแนวคิดต้นแบบที่นำเสนอในแผนภาพที่ 4 สามารถจำแนกโครงการทั้งหมดเป็นสองกลุ่มคือ

กลุ่ม A หมายถึง โครงการที่เกิดผลกระทบทางตรง อาจเป็นเชิงประเด็นหรือเชิงพื้นที่ แต่มีการวัดผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ชัดเจน ที่สอดคล้องกับดัชนีชี้วัดกลางที่เป็นเป้าหมายร่วมระดับองค์กร เช่น จำนวนผู้ร่วมโครงการที่สามารถเลิกบุหรี่ เป็นต้น

กลุ่ม B หมายถึง โครงการที่เกิดผลกระทบทางอ้อม อาจเป็นโครงการภายใต้แผนเชิงระบบ เช่น การสนับสนุนเครือข่ายวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

โดยทั้งสองกลุ่มจะถูกแบ่งย่อยตามระดับความพร้อมของโครงการ 9 ระดับ (1A – 9A, 1B – 9B ตามลำดับ) ซึ่งเป็นความพร้อมที่สะท้อนถึงความสามารถในการเชื่อมโยงสู่ผลกระทบ ตามแนวทางของเครื่องมือที่สร้างขึ้น เพื่อให้ผู้บริหารเห็นภาพว่ามีการสนับสนุนโครงการที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงสู่ผลกระทบอยู่ก็โครงการและสามารถเชื่อมโยงสู่ผลกระทบอยู่ก็โครงการ (สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนของระเบียบวิธีวิจัย)

ยกตัวอย่างการนำเครื่องมือจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (HPCT) มาจำแนกโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานแล้วเสร็จ 2 เรื่อง คือ 1) โครงการ: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มของการมีกิจกรรมทางกายในที่ทำงาน “Physical Activity at Work (PAW)” program: a clustered randomized control trial (35) เปรียบเทียบกับ 2) โครงการ: การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ของโครงการ National Steps Challenge (NSC) สิงคโปร์ (A Nationwide Physical Activity Intervention for 654,500 Adults in Singapore: Cost-Utility Analysis) (36) ซึ่งเป็นโครงการที่คณะผู้วิจัยและที่ปรึกษา มีประสบการณ์ดำเนินโครงการและวิเคราะห์ข้อมูลจนแล้วเสร็จทั้งสองโครงการ

โครงการ	Physical Activity at Work (PAW)	National Steps Challenge (NSC) Singapore
กลุ่มเป้าหมาย	พนักงานออฟฟิศ	ประชาชนสิงคโปร์อายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไปทั้งหมด
มาตรการ	ขยับร่างกายในที่ทำงาน, ให้รางวัล, Smart Watch สนับสนุนโดยผู้บริหาร และให้ความรู้เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง เพิ่มกิจกรรมทางกาย	ตั้งเป้าหมายจำนวนก้าว, ให้รางวัล, Smart Watch, เพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกาย

โครงการ	Physical Activity at Work (PAW)	National Steps Challenge (NSC) Singapore
ผลลัพธ์	ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง 27 นาทีต่อวัน เพิ่มจำนวนก้าว 718 ก้าวต่อวัน อย่างไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ	เพิ่มจำนวนก้าว 1579 ก้าวต่อวันในช่วงกระตุ้น และ 934 ก้าวต่อวันหลังช่วงกระตุ้น (maintenance phase) (37)
ผลกระทบ	ไม่สามารถคำนวณความคุ้มค่าได้เนื่องจากผลลัพธ์ไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ	คาดการณ์จากแบบจำลองว่า การลงทุนเพื่อดำเนินโครงการ NSC 10 ปี ในประชากร 654,500 คน มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ประมาณ 78,800 QALY ลดต้นทุนสุขภาพจากมุมมองสังคม (societal costs) 1,410 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์
การจำแนกประเภทความพร้อม	Readiness level ระดับกลาง ตามตัวอย่างแนวคิดข้างต้น อาจจัดอยู่ในกลุ่ม HPCT 5A	Readiness level ระดับสูง ตามตัวอย่างแนวคิดข้างต้น อาจจัดอยู่ในกลุ่ม HPCT 9A
ข้อเสนอแนะ	อาจสนับสนุนต่อ แต่ต้องปรับปรุงมาตรการให้มีผลลัพธ์ที่ชัดเจน	สนับสนุนต่อ เนื่องจากการคาดการณ์ผลกระทบมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สามารถนำผลจากการวิเคราะห์ สื่อสารกับสังคมได้

จากตารางจะเห็นว่า เมื่อสสส. สามารถจำแนกประเภทความพร้อมของทุกโครงการได้ และนำโครงการที่มีผลกระทบทางตรงและความพร้อมระดับสูง เช่น โครงการ National Steps Challenge Singapore ผู้บริหารและคณะติดตามประเมินผลจะสามารถเห็นภาพรวม ใช้วางแผนต่อเนื่อง และตอบคำถามความคุ้มค่าของการลงทุนของกองทุนได้

สำหรับโครงการที่สร้างผลกระทบทางตรงและมีระดับสูง (เช่น 8A, 9A) จะเป็นโครงการที่เข้าข่ายหรือเข้าเกณฑ์การนำไปประเมินผลกระทบด้วยแบบจำลองได้ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะเลือกโครงการลักษณะนี้ไปสร้างแบบจำลองคำนวณผลกระทบของโครงการ ซึ่งทำให้สามารถรายงานผลกระทบของสองโครงการที่วิเคราะห์จริง และได้แบบจำลองที่จำเพาะต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ สองเป้าหมาย (เช่น โครงการยาสูบ 1 แบบจำลองและโครงการความปลอดภัยทางถนน 1 แบบจำลอง) โดยที่คณะดำเนินโครงการและคณะประเมินโครงการอื่น ๆ สามารถนำไปใช้ประเมินโครงการเหล่านี้ได้ โดยศึกษาวิธีการจากต้นแบบแนวทางการประเมินผลกระทบ (methodological guideline prototype) ทั้งนี้ เครื่องมือจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (HPCT) จะส่งผลทำให้คณะผู้บริหารและคณะติดตามและประเมินผลเห็นภาพรวมของโครงการ อันนำไปสู่การวางแผนทางการสนับสนุนโครงการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง และสามารถพัฒนาผลลัพธ์ของโครงการที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม

นอกจากนี้ในด้านการพัฒนาดัชนีแบบแนวทางประเมินผลกระทบโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (methodological guideline prototype) เพื่อให้ผู้ประเมินในทีมอื่น ๆ สามารถใช้เครื่องมือจำแนกประเภทความพร้อม และสามารถนำโครงการที่เหมาะสมมาประเมินผลกระทบโดยใช้แบบจำลองที่สร้างขึ้นได้ คณะผู้วิจัยจะยึดพื้นฐานแนวคิดจากคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment

guideline) ที่ได้พัฒนามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 (38) โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการประเมินเทคโนโลยีให้นักวิชาการ/นักวิจัย เพื่อเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ให้แก่อาจารย์และ นักศึกษา เพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิงให้แก่ผู้กำหนดนโยบาย คณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาชีวภัณฑ์หลักแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ รวมถึงผู้ได้รับผลกระทบจากการประเมินหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยคู่มือฯ นี้ได้รับการปรับปรุงข้อมูลและองค์ความรู้ซึ่งฉบับล่าสุดปี พ.ศ. 2564 เริ่มกล่าวถึงการประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และการประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน (Complex intervention) (17) อย่างไรก็ตาม ยังขาดวิธีประเมินผลกระทบที่สามารถเปรียบเทียบ หรือควรวรรณให้เห็นภาพของทั้งองค์กร และรายละเอียดการสร้างแบบจำลองเพื่อแปรตัวชี้วัดที่แตกต่างกันของแต่ละมิติสุขภาพ จึงควรมีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติหรือการพัฒนาคู่มือฯ เพื่อให้ นักวิจัยและผู้ประเมินผลโครงการสามารถประเมินผลได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การประเมินผลกระทบของ แผนการดำเนินงานของโครงการประเมินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการดำเนินงานของ สสส. และพัฒนาแนวทางการประเมินความเชื่อมโยงระหว่างผลผลิตของการดำเนินโครงการ/มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ต่อ ผลลัพธ์ระยะสั้น ผลลัพธ์ระยะกลาง และ ผลลัพธ์ระยะยาว ทั้งนี้ เพื่อให้การพัฒนาคู่มือการประเมินผลสำหรับ โครงการ ภายใต้การดำเนินงานของ สสส. สามารถนำไปใช้ได้จริงจึงควรมีการประเมินโครงการที่ สสส. ได้ให้ทุน สนับสนุนในลักษณะที่แตกต่างกันเพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาต่อไป

เป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด

■ เป้าประสงค์ (Goal)

เพื่อพัฒนาต้นแบบประเมินผลกระทบการสำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการเชื่อมโยงผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งครอบคลุมมิติสุขภาพที่แตกต่างกัน ให้สามารถคำนวณเป็นผลกระทบรวมของการดำเนินงานในภาพรวมขององค์กร

■ วัตถุประสงค์ระดับโครงการ

1. เพื่อจัดทำเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เห็นภาพรวมสัดส่วนของโครงการทั้งหมดที่ สสส. ดำเนินการให้ทุน
2. เพื่อประเมินผลกระทบของโครงการที่สำคัญ ภายใต้การดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นตัวอย่างของแนวทางใหม่ที่สามารถเชื่อมโยงผลลัพธ์และผลกระทบของมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย
3. เพื่อศึกษาแนวทางการประเมินผลกระทบ สำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่การสร้างแบบจำลองเพื่อแปลผลลัพธ์เป็นผลกระทบของการดำเนินงานในระดับโครงการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
4. เพื่อจัดทำต้นแบบแนวทางประเมินผลกระทบด้านเทคนิค (Methodological Guideline Prototype) สำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

■ ผลลัพธ์ (Outcome/Impact)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์วัตถุประสงค์และตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ระบุความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์การทำงาน (เฉพาะเชิงปริมาณ)
1. เพื่อจัดทำเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion categorization tool: HPCT)	เพื่อให้เห็นภาพรวมสัดส่วนของโครงการทั้งหมดที่ สสส. ดำเนินการให้ทุนตามระดับความพร้อมของโครงการในการสร้างผลกระทบในวงกว้าง เครื่องมือวัดระดับความพร้อม (Readiness Levels) ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ	1 เครื่องมือ	เครื่องมือและนิยาม 1 เครื่องมือ
2. เพื่อประเมินผลกระทบของโครงการที่สำคัญ ภายใต้การดำเนินงาน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นตัวอย่างของแนวทางใหม่ที่สามารถเชื่อมโยงผลลัพธ์และผลกระทบของมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย	ผลการประเมินผลกระทบของโครงการ จำนวน 2 โครงการ	รายงานผลประเมินผลกระทบของโครงการ (2 โครงการ)	บทความวิชาการ 2 เรื่อง รายงานทั่วไป 2 ฉบับ
3. เพื่อศึกษาแนวทางการประเมินผลกระทบ สำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่การสร้างแบบจำลองเพื่อแปลผลลัพธ์เป็นผลกระทบของการดำเนินงานในระดับโครงการ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	ขั้นตอนการประเมินผลกระทบ	1 ขั้นตอนการประเมิน	รายงานทั่วไป 1 ฉบับ
	แบบจำลองการแปลผลลัพธ์และผลกระทบ	2 แบบจำลอง	Manual การใช้แบบจำลอง 2 ฉบับ

วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ระบุความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์การทำงาน (เฉพาะเชิงปริมาณ)
4. เพื่อจัดทำต้นแบบแนวทางประเมินผลกระทบด้านเทคนิค (Methodological Guideline Prototype) สำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ	ต้นแบบแนวทางการประเมินผลกระทบด้านเทคนิค (Methodological Guideline Prototype)	1 แนวทาง	แนวทางการประเมิน 1 แนวทาง Web Application Prototype 1 เครื่องมือ

4. ระเบียบวิธีวิจัย กลุ่มเป้าหมายดำเนินการ และพื้นที่ดำเนินการ (ถ้ามี)

ระเบียบวิธีวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อจัดทำเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion categorization tool: HPCT)

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

คณะผู้วิจัยจะใช้การทบทวนวรรณกรรมและเอกสาร (Document review) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ และวิเคราะห์ถึงช่องว่างของเครื่องมือในปัจจุบัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

แหล่งข้อมูล

คณะผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลวิชาการระดับนานาชาติ อาทิ PubMed, ScienceDirect และข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีประเด็นสำคัญในการค้นหา เช่น การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการ, แนวทางประเมินความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจาก สสส. เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลต่าง ๆ แล้วเสร็จ จากนั้นคณะผู้วิจัยจะอ่านทบทวนวรรณกรรมและเอกสารอย่างละเอียด เพื่อสกัดข้อมูลที่สำคัญ จากนั้นจึงนำข้อมูลมาจัดกลุ่มให้เป็นหมวดหมู่ และใช้วิธีวิเคราะห์ตามประเด็น (Thematic analysis)

การตรวจสอบความถูกต้องและการนำเสนอ

คณะผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation Verification) กับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอผลการวิจัยในระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ กับผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาของโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาและข้อเสนอแนะต่อผลการวิจัย

ระยะที่ 2 การกำหนดขอบเขตและความหมายของ HPCT

การพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือ HPCT มีขอบเขตครอบคลุมการจำแนกทุกโครงการที่สสส.เป็นผู้รับผิดชอบและสนับสนุน จากการทบทวนวรรณกรรม ตัวอย่างหนึ่งในกรอบแนวคิดที่คณะผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อความครอบคลุมของการสร้าง HPCT เช่น การใช้กรอบแนวคิด PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (39) ในการสร้างจำแนกและกำหนดตัวชี้วัด เพื่อกำหนดขอบเขต ครอบคลุมและความชัดเจนในการเปรียบเทียบอย่างมีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดกลุ่มประชากร (Population): เพื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงและการประเมินผลกระทบจากโครงการ โดยระบุว่ากลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับผลจากการเข้าโครงการ
2. การดำเนินการ (Intervention): การดำเนินโครงการที่มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง เช่น มีผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือโดยอ้อม เช่น เสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย
3. การเปรียบเทียบ (Comparison): เพื่อจัดกลุ่มโครงการที่มีแนวทางแตกต่างกัน เป็นการเปรียบเทียบโครงการที่ใช้วิธีการเดียวกันในบริบทที่แตกต่าง และการเปรียบเทียบโครงการที่ใช้วิธีที่ต่างกัน หรือโครงการที่มีจุดมุ่งเน้นที่แตกต่าง เพื่อดูความสอดคล้องของเป้าหมายและวิธีการ
4. ผลลัพธ์ (Outcome): ผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน readiness level ภายใต้โครงการประเภทเดียวกัน เช่น ประเภทโครงการที่เปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพโดยตรง หากมี magnitude of effect ที่ชัดเจน และมี statistical and clinical significance ควรถูกประเมิน readiness level สูง ในขณะที่โครงการ magnitude of effect ไม่ชัดเจน และไม่มี statistical and clinical significance ควรถูกจัดเป็น readiness level ที่ต่ำกว่า เป็นต้น

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้จำลองตัวอย่างเครื่องมือ HPCT ให้ครอบคลุมการจำแนกทุกโครงการที่สสส.เป็นผู้รับผิดชอบและสนับสนุน เพื่อการวิเคราะห์ภาพรวมโครงการของสสส.อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดประเภทโครงการของการจำแนกเป็นสองประเภท อันได้แก่ 1) โครงการที่ส่งผลกระทบทางตรง (เช่น มีผลลัพธ์ในการลดการสูบบุหรี่/เพิ่มกิจกรรมทางกาย) ให้เป็นโครงการประเภท A และ 2) โครงการที่ส่งผลกระทบทางอ้อม (เช่น เป็นโครงการที่สนับสนุนโครงการอื่น ๆ) ให้เป็นโครงการประเภท B รวมกับการนำแนวทาง PICO มาประยุกต์ภายใต้ 3 องค์ประกอบที่กล่าวไปข้างต้น เพื่อสามารถกำหนดขอบเขตของระดับการจำแนกโครงการและเป็นตัวอย่างในการสร้างความเข้าใจตรงกันโดยคณะผู้วิจัยได้พัฒนาตัวอย่างเครื่องมือ HPCT มาจากเครื่องมือ Societal Readiness Level (SRL) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินระดับความพร้อมของความรู้และเทคโนโลยีทางด้านสังคม (40) ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการ การแก้ปัญหา สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรม โดยเป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมในการจัดลำดับความสำคัญและความพร้อมของเทคโนโลยีทางสังคม ซึ่งมีการวัดทั้งหมด 9 ระดับ กล่าวคือเครื่องมือ SRL เป็นเครื่องมือที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในการบริหารจัดการโครงการ ทั้งนี้ ความสมบูรณ์และระดับการวัดเครื่องมือ HPCT จะต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียและหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือต่อไป

ทางคณะผู้วิจัยได้กำหนดตัวอย่างระดับเครื่องมือ HPCT ที่มี 9 ระดับคือ 1A-9A ระดับที่เป็นโครงการที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทางตรงและ 1B-9B ระดับที่เป็นโครงการส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทางอ้อมหรือโครงการที่สนับสนุนโครงการอื่น ๆ โดยเบื้องต้นทางคณะผู้วิจัยขอยกตัวอย่างความหมายระดับได้ ดังต่อไปนี้ โดยรายละเอียดของนิยามในแต่ละระดับ รวมทั้งวิธีการวัดที่เที่ยงตรงและแม่นยำจะเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยนี้

1) ระดับโครงการที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ระดับ 1A-9A (ตัวอย่างแนวคิดเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ: HPCT)

ระดับ	ความหมายของระดับ
1A	● ก่อให้เกิดผลกระทบของโครงการต่อที่มุ่งเป้าหมายไปประชากรบางกลุ่ม ● มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดความรู้ความเข้าใจแต่ไม่ได้กระตุ้นพฤติกรรมทางสุขภาพ ● ไม่ได้มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโครงการให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพโดยตรง ● การวัดผลลัพธ์ของโครงการวัดจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆหรือความรู้ความเข้าใจ
...	
9A	● ก่อให้เกิดผลกระทบของโครงการต่อประชากรทุกกลุ่มในสังคม รวมถึงกลุ่มประชากรเสี่ยงในการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ● มุ่งเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันจนเกิดเป็นการลดความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ● มีการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่ชัดเจนและได้มาตรฐาน เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ● ผลลัพธ์ของโครงการมีขนาด (magnitude) ที่มาก มีนัยยะสำคัญทางสถิติและทางคลินิก

2) ระดับโครงการส่งผลกระทบพฤติกรรมสุขภาพโดยอ้อมหรือโครงการที่สนับสนุนโครงการอื่น ๆ ระดับ 1B-9B (ตัวอย่างแนวคิดเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ: HPCT)

ระดับ	ความหมายของระดับ
1B	- โครงการที่มุ่งเป้าหมายไปประชากรบางกลุ่ม - วัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดองค์ความรู้ความเข้าใจ - ไม่ได้มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโครงการให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพโดยตรง
...	
9B	- โครงการที่มุ่งเป้าหมายไปประชากรทุกกลุ่มในสังคม รวมถึงกลุ่มประชากรเสี่ยง - วัตถุประสงค์เพื่อเสริมความเข้มแข็งอย่างยั่งยืนของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ - มีการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่ชัดเจนและได้มาตรฐาน เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ - ผลลัพธ์ของโครงการมีขนาด (magnitude) ที่มาก มีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้ กรอบแนวคิด PICO จะช่วยให้โครงการที่หลากหลายของ สสส. ถูกจำแนกและจัดหมวดหมู่ตามเป้าหมาย ลดความซับซ้อนในการจัดการข้อมูลโครงการ เพิ่มความชัดเจนในเป้าหมายและผลลัพธ์ของแต่ละโครงการ และช่วยให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ได้ง่ายขึ้น อีกทั้งช่วยให้เห็นถึงช่องว่างหรือความซ้ำซ้อนของโครงการ เพื่อนำไปวางแผน พัฒนาและต่อยอดโครงการต่อไปในอนาคต นอกจากนี้คณะผู้วิจัยจะประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) (41) ในรูปแบบการประชุมแบบเดลฟาย (Delphi Conference) (42) เพื่อพัฒนาเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยจัดประชุมระดมสมอง (Brainstorming) ครั้งที่ 1 เพื่อพัฒนา (ร่าง) เครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอาศัยผลการวิจัยในระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

2. คณะผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมการประชุมระดมสมอง (Brainstorming) ครั้งที่ 2 เพื่อพิจารณา (ร่าง) เครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเป็นการเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

3. คณะผู้วิจัยพัฒนา (ร่าง) เครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยจัดทำข้อสรุปและสังเคราะห์ความคิดเห็นเพื่อใช้ในการพัฒนาเครื่องมือ HPCT พร้อมทั้งจัดทำแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนการประชุม

4. คณะผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมการประชุมระดมสมอง (Brainstorming) ครั้งที่ 3 เพื่อร่วมพิจารณาและลงมติต่อเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคณะผู้วิจัยจะทำการทดสอบเครื่องมือ (Testing the Tool) เพื่อทดสอบการใช้งานจริงของเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาว่าสามารถ

จำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำเสนอเพื่อขอข้อคิดเห็น
ต่อที่ประชุม

5. คณะผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญและผู้ประเมินโครงการของสสส. เข้าร่วมทำการทดสอบเครื่องมือ HPCT และวิเคราะห์ข้อมูลให้เหมาะสมกับโครงการแต่ละบริบทของสสส. ทั้งเชิงประเด็น พื้นที่และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เครื่องมือครอบคลุมทุกบริบทที่กล่าวมา โดยคณะผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของความสามารถการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพจึงทดสอบเครื่องมือ HPCT เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง ความแม่นยำ คุณภาพของเครื่องมือ HPCT ผ่านความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ประเมินโครงการของ สสส. และทราบจำนวนผู้ประเมินโครงการที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การประเมินและการนำไปใช้ในลำดับถัดไป

ผู้เชี่ยวชาญ

คณะผู้วิจัยจะดำเนินการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ (Expert Selection) โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการพัฒนาเครื่องมือ และ/หรือ เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 17 คน เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่หลากหลายและครอบคลุมและเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) (43)

การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลผ่านการอภิปรายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในการประชุม และใช้วิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญผ่านการประชุม ซึ่งในการประชุมทุกครั้ง คณะผู้วิจัยจะจัดทำรายงานการประชุมเพื่อเป็นหลักฐานและเป็นข้อมูลในรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้งานและปรับปรุงเครื่องมือให้สมบูรณ์

คณะผู้วิจัยจะดำเนินการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Pilot Testing) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 30 คนโดยกำหนดเพื่อทดสอบเครื่องมือ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่คำนวณได้ต้องมีค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไป (44)

$$\text{สูตร} \quad \alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right]$$

เมื่อ α = ค่าความเชื่อมั่น
 n = จำนวนข้อ
 S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$$S_x^2 = \text{ความแปรปรวนของคะแนนรวม}$$

จากนั้น คณะผู้วิจัยจะปรับปรุงและนำเครื่องมือไปทดลองใช้อีกครั้ง (Pilot Re-testing) เพื่อทราบจำนวนผู้เชี่ยวชาญความเหมาะสมในการประเมินและวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมืออีกครั้ง โดยสูตรคำนวณตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

$$\text{สูตร } n = \frac{\sigma^2 z^2}{e^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินโครงการ
 σ = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญ
 e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง
 Z = ช่วงความเชื่อมั่นที่มีนัยสำคัญ

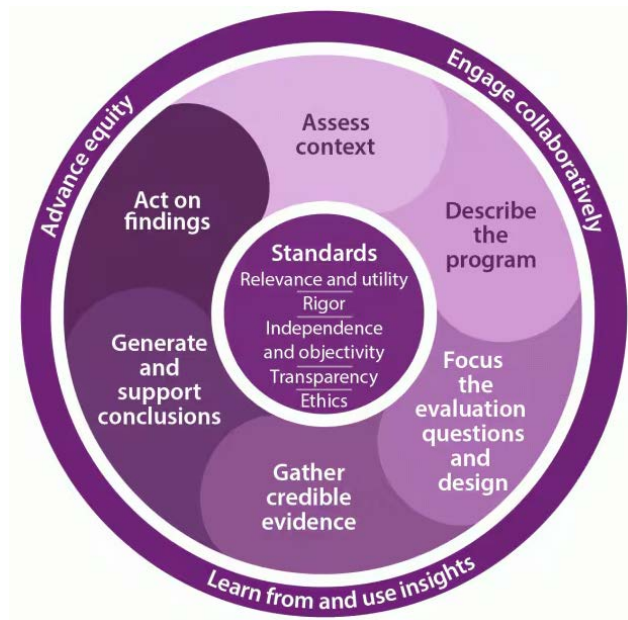
เครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ และนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาของโครงการวิจัย เพื่อพิจารณาผลความถูกต้องก่อนการนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อประเมินผลกระทบของโครงการที่สำคัญ ภายใต้การดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นตัวอย่างของแนวทางใหม่ที่สามารถเชื่อมโยงผลลัพธ์และผลกระทบของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย

คณะผู้วิจัยจะยึดหลักการประเมินผลกระทบที่เป็นมาตรฐานสากล เช่น แนวทางการประเมินโครงการของ Center of Disease Control (CDC) อัปเดตล่าสุดปี 2024 (18) ซึ่งประกอบด้วยหกขั้นตอน (แผนภาพที่ 5) ดังต่อไปนี้

1. ประเมินบริบท (Assess context): การประเมินโครงการเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจบริบทที่โครงการดำเนินการอยู่ โดยบริบทนี้รวมถึงสถานที่ สภาพแวดล้อม บุคคลที่เกี่ยวข้อง คุณค่า ความเชื่อ รวมถึงสภาพการเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และประวัติศาสตร์ที่มีผลต่อโครงการ ความเข้าใจในบริบทเหล่านี้ช่วยให้การประเมินมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม เป็นข้อมูลเชิงลึกที่นำไปสู่การวางแผนดำเนินงานที่เหมาะสม และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการประเมิน

แผนภาพที่ 5 กรอบการประเมินผลโครงการของ Center of Disease Control and Prevention (18)



- 1.1. การประเมินความพร้อมของโครงการ: ก่อนเริ่มประเมิน ควรตรวจสอบความพร้อมของโครงการ เช่น วัตถุประสงค์ชัดเจนหรือไม่ ทรัพยากรเพียงพอหรือไม่ การใช้เครื่องมือประเมินความพร้อม (Evaluability Assessment) ช่วยระบุว่าควรปรับเปลี่ยนโครงการอย่างไรเพื่อให้พร้อมต่อการประเมิน ตัวอย่างเช่น หากยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น อาจเน้นการประเมินที่กระบวนการดำเนินงานมากกว่าผลลัพธ์ หรือหากเงื่อนไขพร้อมแล้ว สามารถเดินหน้าประเมินผลลัพธ์ได้

หลักการเลือกโครงการที่สำคัญของสสส. เพื่อการประเมินผลกระทบที่สามารถนำรายละเอียดการประเมินมาพัฒนาต้นแบบประเมินผลกระทบได้ เบื้องต้นมีเกณฑ์การเลือกโครงการ (Inclusion criteria) ดังตารางที่ 2 (หากเป็นไปได้ โดยขึ้นอยู่กับอาหารหรือร่วมกับสสส.)

ตารางที่ 2 เกณฑ์การเลือกโครงการเพื่อประเมินผลกระทบ

	เกณฑ์การเลือกโครงการ	คำอธิบาย
1	เป็นโครงการ ภายใต้เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่แตกต่างกัน 2 ข้อ จาก 8 ข้อ	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 8 ข้อ ประกอบด้วย (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสารเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และ (8) เตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น
2	เป็นโครงการในระดับ HPCT 9A หรือใกล้เคียง โดยในเบื้องต้นอาจประเมินเปรียบเทียบดังคำอธิบาย (เนื่องจากเครื่องมือ HPCT ยังไม่แล้วเสร็จ)	- โครงการก่อให้เกิดผลกระทบของโครงการต่อประชากรหลากหลายกลุ่มเป้าหมาย - โครงการมุ่งเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรค จนเกิดการลดความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ - โครงการมีการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่ชัดเจนและได้มาตรฐาน เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ - ผลลัพธ์ของโครงการมีขนาด (magnitude) ที่มาก มีนัยยะสำคัญทางสถิติและทางคลินิก
3	เป็นโครงการที่มีการเก็บข้อมูลเพียงพอต่อการประเมิน	โครงการต้องมีข้อมูลก่อนเริ่มโครงการเชิงปริมาณ (baseline data) และข้อมูลผลลัพธ์ระหว่างดำเนินงานที่เพียงพอสำหรับการประเมินผลกระทบ และควรมีระบบติดตามและประเมินผลที่เก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
4	เป็นโครงการที่กำหนดห่วงโซ่ผลลัพธ์, ดัชนีชี้วัดกลาง และตัวชี้วัดเพื่อติดตามการดำเนินงาน	ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) คือกระบวนการที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า (inputs) กิจกรรม (activities) ผลลัพธ์ระยะสั้น (outputs) ผลลัพธ์ระยะกลาง (outcomes) และผลกระทบระยะยาว (impacts) ของโครงการ, ตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดเพื่อติดตามการดำเนินงานเป็น SMART Indicator ที่สสส.ได้ศึกษาแล้ว ทีมผู้วิจัยจึงจะนำมาใช้ในการกำหนดกรอบการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการ 2 เรื่อง ที่ได้รับการคัดเลือก
5	เป็นโครงการที่ สสส. เห็นความสำคัญในการประเมินผลกระทบ	เนื่องจากความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของ สสส. มีความสำคัญ ดังนั้น การคัดเลือกโครงการจึงควรเป็นไปตามแนวคิดของ สสส.

- 1.2. การเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder engagement): เพื่อให้การประเมินมีความเกี่ยวข้องและใช้งานได้จริง ต้องระบุผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ ผู้ที่ดำเนินการโครงการ ผู้ใช้ผลการประเมิน รวมถึงผู้ที่อาจมีความเห็นต่าง การเข้าใจมุมมองของกลุ่มเหล่านี้ช่วยสร้างความน่าเชื่อถือและเพิ่มคุณค่าให้การประเมิน โดยเมื่อระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดแล้ว จึงจัดหมวดหมู่เพื่อการ

ประเมินอย่างมีประสิทธิภาพ ลำดับความสำคัญของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และวางแผนการเข้าถึงอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาการประเมินโครงการ

- 1.3. การประเมินด้านสถานที่และบริบททางวัฒนธรรม: การออกแบบการประเมินควรคำนึงถึงความจำเพาะของพื้นที่และชุมชน เช่น ประวัติศาสตร์ ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และระบบอำนาจในพื้นที่ ความเข้าใจเหล่านี้ช่วยให้การประเมินสามารถตอบโจทย์ด้านความเท่าเทียมทางสุขภาพและสร้างประโยชน์ให้กลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง
 - 1.4. การประเมินความพร้อมของการดำเนินงานประเมินผลกระทบโครงการ: ช่วยให้คณะประเมินโครงการสามารถออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมกับความเข้าใจและทัศนคติของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการประเมิน นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความพร้อมยังช่วยระบุจุดแข็งของบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการประเมิน รวมถึงการนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ
2. อธิบาย/ทำความเข้าใจโครงการ (Describe the Program): ศึกษารายละเอียดโครงการ ซึ่งรวมไปถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความต้องการที่ทำให้เกิดโครงการขึ้น, ทรัพยากร, กิจกรรม, ผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยกระบวนการหลักของการทำความเข้าใจโครงการ คือการสร้าง Logic Model (reconstruct the Logic Model) ของโครงการ ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยจะยึดตามห่วงโซ่ของผลลัพธ์ที่มีการกำหนดไว้เดิม และอาจวิเคราะห์องค์ประกอบจำเพาะของโครงการเพิ่มเติม ดังหัวข้อต่อไปนี้
- 2.1. ความต้องการ (Need): ระบุถึงปัญหา ความท้าทาย หรือโอกาสที่โครงการพยายามแก้ไข รวมถึงลักษณะและขนาดของปัญหา กลุ่มคนหรือชุมชนที่ได้รับผลกระทบ ความพยายามในอดีต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ
 - 2.2. ปัจจัยนำเข้า (Inputs): ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโครงการ เช่น บุคลากร วัสดุ งบประมาณ อุปกรณ์ ข้อมูล และหลักฐานที่มีอยู่เดิม โดยระบุขอบเขต รวมถึงความไม่สอดคล้องระหว่างกิจกรรมและทรัพยากรที่มี
 - 2.3. กิจกรรม (Activities): สิ่งที่โครงการดำเนินการเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงและบรรลุเป้าหมาย คำอธิบายกิจกรรมควรระบุลำดับการดำเนินการและความเชื่อมโยงของกิจกรรม รวมถึงทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) ที่อธิบายว่ากิจกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์อย่างไร
 - 2.4. ผลลัพธ์ (Outcomes): การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยมักเรียงลำดับเป็นระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว แหล่งข้อมูลสำหรับระบุผลลัพธ์ ได้แก่ เป้าหมายของโครงการ ความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง ทฤษฎีทางสังคม หรือผลการประเมินโครงการที่คล้ายกัน นอกจากนี้ ควรพิจารณาผลลัพธ์ที่ไม่คาดคิดด้วย โดยผู้วิจัยจะ identify ห่วงโซ่ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดเพื่อติดตามการดำเนินงานที่โครงการใช้ เพื่อเป็นกรอบการประเมินผลกระทบจากผลลัพธ์ต่อไป
 - 2.5. ปัจจัยเชิงบริบท (Contextual Factors): ปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของโครงการ เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคม การเมือง และวัฒนธรรม การระบุปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้การประเมินมีความเหมาะสมกับบริบท และสามารถนำผลการประเมินไปปรับใช้ในบริบทอื่นได้
 - 2.6. ระยะของการพัฒนา (Stage of Development) ของโครงการ

- กำหนดคำถามและการออกแบบการประเมิน (Focus the Evaluation Questions and Design): ระบุวัตถุประสงค์, ประเภทการประเมิน, คำถามการประเมินที่ชัดเจนและตรงไปตรงมา, และผู้ที่คาดว่าจะนำผลการประเมินไปใช้ โดยคณะผู้วิจัยร่างตัวอย่างดังเห็นได้จากตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการกำหนดคำถามและออกแบบการประเมิน

ระบุวัตถุประสงค์	ประเภทการประเมิน	คำถามการประเมิน	ผู้ใช้ผลการประเมิน
ศึกษาผลกระทบของโครงการ	การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) ในรูปแบบ model-based Cost Utility Analysis	ผลกระทบของโครงการต่อสังคม หากดำเนินโครงการต่อเนื่อง 10 ปี เช่น โครงการเลิกบุหรี่ สามารถทำให้ประชากรไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่าใด สามารถลดต้นทุนทางสุขภาพของประเทศได้ปีละกี่ล้านบาท	ผู้ดำเนินโครงการ ผู้ให้ทุนโครงการ ประชาชนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- รวบรวมข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (Gather Credible Evidence): ระบุวิธีการ, ตัวชี้วัด, แหล่งข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยคณะผู้วิจัยได้ร่างตัวอย่าง ดังเห็นได้จาก ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการวางแผนการรวบรวมข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

คำถามการประเมิน	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	การเก็บข้อมูล
ผลกระทบของโครงการต่อสังคม หากดำเนินโครงการต่อเนื่อง 10 ปี เช่น โครงการเลิกบุหรี่ สามารถทำให้ประชากรไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่าใด สามารถลดต้นทุนทางสุขภาพของประเทศได้ปีละกี่ล้านบาท	- คุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปของประชากรที่เกี่ยวข้อง - ต้นทุน - Incremental Cost-effectiveness Ratio (ICER)	- ข้อมูลจากทีมผู้ดำเนินโครงการ - สสส. - หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ เช่น กรมควบคุมโรค, สำนักงานสถิติแห่งชาติ	- ขอข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งก่อน, ระหว่าง, และหลังดำเนินโครงการ - เก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ร่วมโครงการ

- วิเคราะห์ข้อมูลและข้อสรุปการประเมิน (Generate and Support Conclusions): วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ โดยใช้วิธี Mixed-Methods Analysis เพื่อเทียบเคียงผลการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ นำมาสู่สรุปผลการประเมินที่ครอบคลุม

การใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์มาประมาณการต้นทุนและผลลัพธ์ของการดำเนินงานเปรียบเทียบกับไม่มีการดำเนินงาน มักเป็นวิธีการวิเคราะห์ผลกระทบเชิงปริมาณที่นิยมใช้ในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาผลกระทบเชิงปริมาณของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. จะมีความเป็นไปได้ต่อเมื่อมีการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการกำหนดความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal chain)

ระหว่างการดำเนินกิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงาน ซึ่งในปัจจุบัน สสส. ได้กำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ไว้ 8 ด้าน ได้แก่ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบ (2) ลดอัตราการบริโภคสุราและสารเสพติด (3) เพิ่มสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุล (4) เพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย (5) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (6) เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี (7) ลดผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม (8) เตรียมพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการประเมินผลกระทบและผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการ โดยเริ่มต้นจากการหาความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมการดำเนินงานภายใต้โครงการและผลลัพธ์และผลกระทบจากการดำเนินงาน (การดำเนินงานที่ผ่านมาจากขั้นตอนที่ 2-4) และนำผลลัพธ์มาเป็นตัวแปรในการกำหนดรูปแบบการจำลองสถานการณ์ด้วยแบบจำลอง เช่น โครงการลดการบริโภคยาสูบ ที่มีผลลัพธ์ที่คาดหวังให้ผู้ที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่หรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ โดยแบบจำลองจะถูกพัฒนาให้สามารถวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่หรือการลดปริมาณการสูบได้ ซึ่งแบบจำลองนี้จำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาโดยการอ้างอิงตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยี การรวบรวมข้อมูลทางวิชาการที่เป็นปัจจุบัน และการกำหนดสมมติฐานที่สอดคล้องกับการดำเนินมาตรการหรือการดำเนินไปของโรค ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกับผู้ดำเนินโครงการและนักวิชาการประเมินผลโดยอาศัยการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder meeting) และการทดสอบความถูกต้องของแบบจำลองดังกล่าว ก่อนการนำไปใช้พยากรณ์ผลลัพธ์และผลกระทบจากการดำเนินโครงการ

ตัวอย่างโครงการที่มีการกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงานและติดตามตัวชี้วัดที่มีรายละเอียดการลดอัตราการบริโภคยาสูบ ซึ่งจะสามารถนำมาพัฒนาแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ต่อไปได้ ดังรายละเอียดด้านล่าง

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์: ลดอัตราการบริโภคยาสูบ

ชื่อโครงการ: โครงการพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต ดำเนินการโดยศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (สบช.)

ที่มาของข้อมูล: ข้อมูลประกอบการนำเสนอ “การจัดทำข้อเสนอเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: การประเมินความคุ้มค่าและการงบประมาณของบริการให้คำปรึกษาเลิกยาสูบ โดยศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ” นำเสนอต่อ คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 6/2563 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2563

สรุปย่อโครงการ: งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” สนับสนุนโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของบริการให้คำปรึกษาเลิกยาสูบ โดยศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ด้วยแบบจำลอง Markov ซึ่งเป็นการพยากรณ์ว่าการสนับสนุนให้สามารถเลิกบุหรี่ได้จะส่งผลกระทบต่อโอกาสการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ลดลงเท่าไร และคุ้มค่ากับการลงทุนดำเนินกิจกรรมหรือไม่

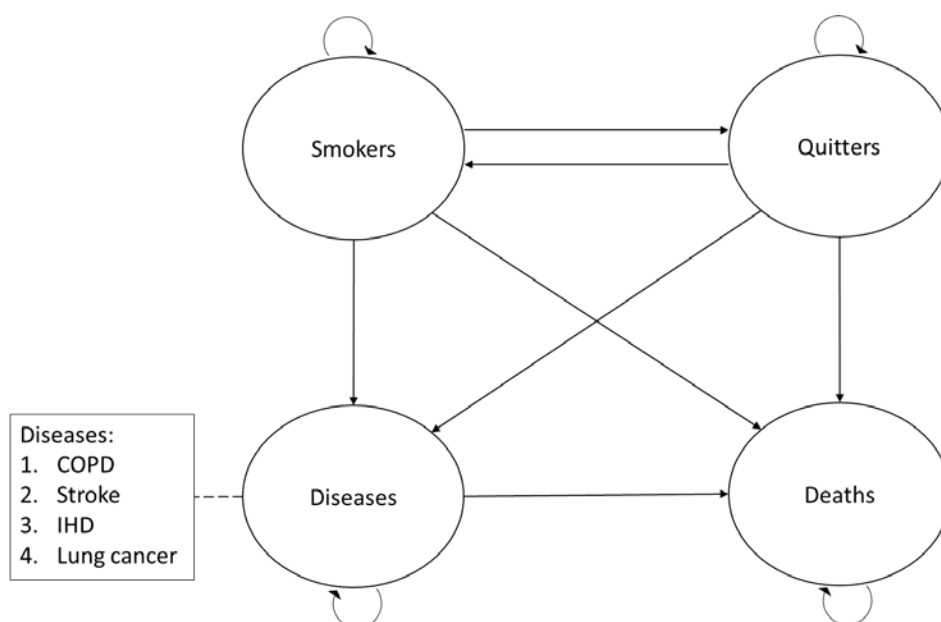
ผลการศึกษาโดยย่อ: บริการให้คำปรึกษาเภสัชยาสูบทางโทรศัพท์เมื่อเปรียบเทียบกับไม่มีบริการมีความคุ้มค่า (cost-saving intervention) ซึ่งหมายถึง บริการฯ สามารถประหยัดต้นทุนการรักษาผู้ป่วยในอนาคต จึงมีต้นทุนโดยรวมต่ำกว่าการไม่มีบริการฯ และมีประสิทธิภาพที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับไม่มีบริการฯ ดังกล่าว และหากพิจารณาจากสัดส่วนผู้รับบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์จริง (case-mix) พบว่าการมีบริการฯ สามารถประหยัดต้นทุนทางสังคมได้ 3,221 บาท ต่อผู้สูบบุหรี่ 1 ราย

รูปแบบการศึกษา:

No.	หัวข้อ	รายละเอียด
1	ประเภทการประเมิน	การศึกษาต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost-utility analysis: CUA)
2	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่
3	เทคโนโลยีที่สนใจ	บริการให้คำปรึกษาเภสัชยาสูบทางโทรศัพท์
4	ตัวเปรียบเทียบ	ไม่มีบริการให้คำปรึกษาเภสัชยาสูบทางโทรศัพท์
5	รูปแบบการประเมิน	แบบจำลอง Markov
6	มุมมอง (perspective)	มุมมองทางสังคม (societal perspective) และมุมมองผู้ให้บริการ (health provider perspective)
7	กรอบเวลา (time horizon)	ประชากรที่ศึกษาทั้งหมดในแบบจำลองเสียชีวิตลง (lifetime time horizon)
8	อัตราลด (discount rate)	3% ต่อปีสำหรับต้นทุนและผลลัพธ์ในอนาคต
9	ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ปีชีวิต (life year) และปีสุขภาพ (Quality-Adjusted Life-Year: QALY) ที่เปลี่ยนแปลงไปจากโอกาสการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ICD 10: J40-J44) โรคหลอดเลือดสมอง (ICD 10: I60-I69) โรคหัวใจขาดเลือด (ICD 10: I20-I25) และโรคมะเร็งปอด (ICD 10: C33-C34) ที่ลดลงจากการลดการบริโภคยาสูบ
10	การนำเสนอผลการศึกษา	อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental cost-effectiveness ratio หรือ ICER) ในหน่วยบาทต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น
11	การวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis)	One-way sensitivity analysis, Probabilistic sensitivity analysis
12	การแปลผลการศึกษา	เกณฑ์ความคุ้มค่า (cost-effectiveness threshold) ที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น

แบบจำลอง: แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบจำลอง Markov เปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ของบริการฯ ซึ่งเป็นการจำลองสถานการณ์การดำเนินไปของสถานะการบริโภคยาสูบโดยผู้ที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่และกลับมาสูบบุหรี่ได้อีก (relapse) และจำลองการเกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจขาดเลือด (IHD) และมะเร็งปอด (lung cancer) โดยทั้งหมดมีโอกาสการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหรือโอกาสเสียชีวิตจากสาเหตุอื่น ๆ โดยแบบจำลองนี้จำลองโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานะการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ซึ่งสัมพันธ์ต่อโอกาสการเกิดโรคที่ช้าเร็วแตกต่างกัน (แผนภาพที่ 6)

แผนภาพที่ 6 แสดงแบบจำลอง Markov แสดงการดำเนินไปของโรคในผู้ที่สูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่



6. นำผลการประเมินไปใช้จริง (Act on Findings): เช่น การสื่อสารผลของการประเมินโครงการกับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สร้างข้อเสนอแนะต่อผู้ดำเนินโครงการ แหล่งทุน และผู้กำหนดนโยบาย และใช้ผลการประเมินและสิ่งที่ได้เรียนรู้ เพื่อต่อยอดในวัตถุประสงค์ที่ 3 - 4 ของโครงการ

**วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาแนวทางการประเมินผลกระทบ สำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่การ
สร้างแบบจำลองเพื่อแปลผลลัพธ์เป็นผลกระทบของการดำเนินงานในระดับโครงการกองทุนสนับสนุนการ
สร้างเสริมสุขภาพ**

การศึกษาส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1: การศึกษาแนวทางการประเมินผลกระทบของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในมิติด้านสุขภาพ
เศรษฐกิจและสังคม**

1. การทบทวนวรรณกรรม/คู่มือ/แนวทางการประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง (literature review and documentary search) แหล่งข้อมูลที่สืบค้น (sources) ได้แก่
 - 1.1. การทบทวนเอกสารการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. (documentary review)
 - 1.2. การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ (International literature review) เป็นการทบทวนเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะ/คู่มือ/แนวทาง/กรอบการประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานที่มีการทำงานใกล้เคียงกับ สสส. ได้แก่ Health Promotion Board Singapore, VicHealth Australia, Swiss Health เป็นต้น
2. การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders consultation meeting) และการจัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้
 - 2.1. การจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม/คู่มือ/แนวทางการประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และขอข้อเสนอแนะต่อการวัดผลลัพธ์และผลกระทบ ทั้งผลกระทบทางตรงและผลกระทบทางอ้อม จำแนกตามมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ของการดำเนินโครงการที่ สสส. สนับสนุนการดำเนินงาน และประเด็นท้าทายจากการวัดผลลัพธ์โครงการ โดยองค์ประกอบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้แทนจาก สสส. (สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์และฝ่ายติดตามและประเมินผล) ผู้แทนจากคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้แทนจากกลุ่มผู้รับทุนโครงการ ผู้แทนจากกลุ่มผู้ประเมินโครงการ นักวิชาการด้านการประเมินผลโครงการ เป็นต้น
 - 2.2. การจัดสนทนากลุ่มกับกลุ่มนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญตามประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ (8 ประเด็น) เพื่อพิจารณากรอบการดำเนินโครงการ และการระบุแนวทางการจัดการและวัดผลกับต้นทุนและผลลัพธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและการทำงานระหว่างภาคส่วน
 - 2.3. การจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อนำเสนอเครื่องมือสำหรับการประเมินผลกระทบ และผลการพัฒนาด้านแบบแนวทางการประเมินผลกระทบด้านเทคนิค พร้อมทั้งพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การทบทวนเอกสาร/วรรณกรรม
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณแบบทฤษฎีภูมิ โดยใช้ข้อมูลที่โครงการที่จะประเมิน ได้เก็บรวบรวมไว้แล้ว เพื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมในการตอบคำถามประเมิน
3. การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง โดยอาจมีทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม หรือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในรูปแบบการมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

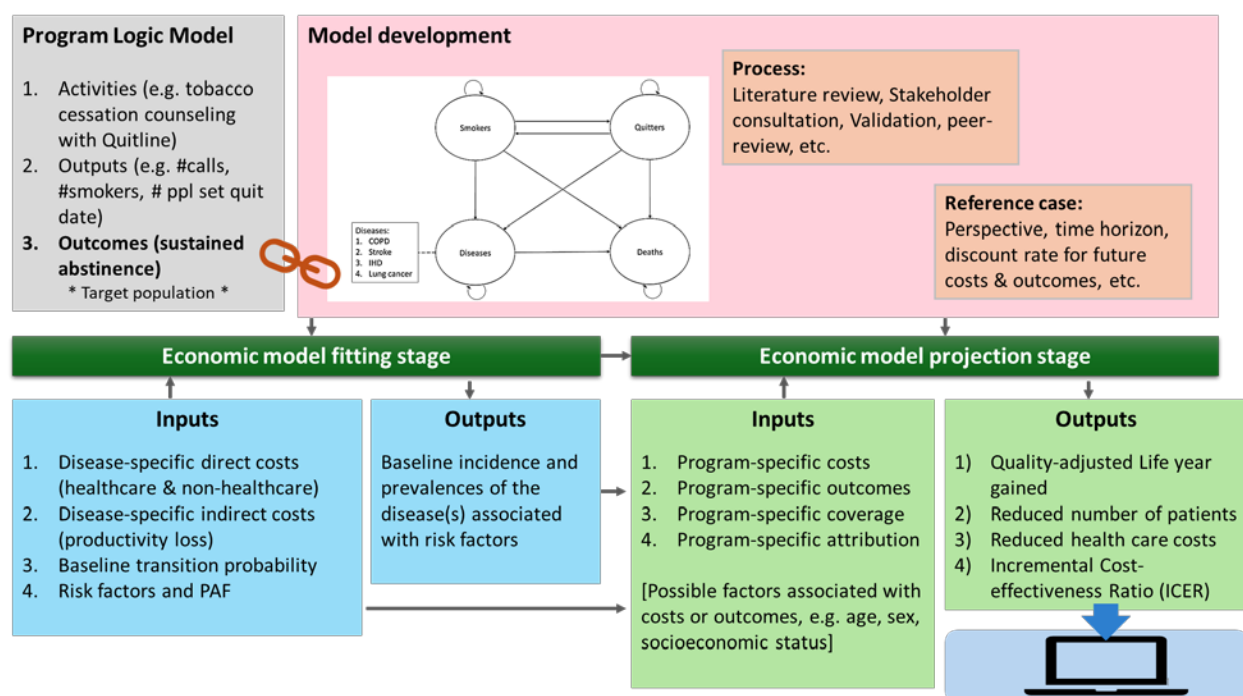
การวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ภายใต้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยจะมีรายละเอียดที่เฉพาะเจาะจงต่อโครงการที่ถูกเลือกตามวัตถุประสงค์ที่ 2 อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นไปได้คือ

1. การวิเคราะห์กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) และ Logic Model ของโครงการ โดยวิเคราะห์ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในลักษณะ Thematic Analysis โดยวิเคราะห์จากการถอดเทปสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม หรือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในรูปแบบอื่น ๆ
3. การวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวม ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในการตรวจสอบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อรวบรวมสรุปข้อมูลอย่างชัดเจนครอบคลุม และน่าเชื่อถือ
4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์โครงการปัจจุบันกับมาตรฐานหรือข้อเสนอแนะของโครงการในอดีต จาก การทบทวนเอกสาร เพื่อติดตามผลและการปรับปรุงโครงการตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

ส่วนที่ 2: การพัฒนาแบบจำลองการเชื่อมโยงผลลัพธ์และผลกระทบ

ภายหลังจากการศึกษาแนวทางการประเมินผลกระทบของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม คณะผู้วิจัยจะดำเนินการพัฒนาแบบจำลองเพื่อสร้างการเชื่อมโยงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส. กับผลกระทบทั้งมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม **แผนภาพที่ 7** แสดงกรอบการพัฒนาแบบจำลอง (model development) การประเมินกระทบและผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการ โดยเริ่มต้นจากคณะผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) และแบบจำลองเชิงตรรกะ (Logic Model) ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส. ที่คัดเลือกจำนวน **2 โครงการ (กลุ่มสีเทา)** มาเป็นแนวคิดในการเชื่อมโยงระหว่างผลผลิตจากกิจกรรมของโครงการที่สนับสนุนโดย สสส. สู่ผลลัพธ์และผลกระทบที่คาดหวัง

แผนภาพที่ 7 กรอบการพัฒนาแบบจำลองการประเมินกระทบและผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการ



คณะผู้วิจัยจะพัฒนาแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ประเภทแบบจำลองมาร์คอฟ (Markov) ซึ่งเป็นตัวแบบทางคณิตศาสตร์ที่จำลองความน่าจะเป็นจากการเกิดเหตุการณ์มาใช้พยากรณ์ต้นทุนและผลลัพธ์ของนโยบายที่สนใจ (กลุ่มสีชมพู) เช่น การพยากรณ์ผลลัพธ์ทางสุขภาพและเศรษฐกิจจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ลดลง ส่งผลต่อการลดจำนวนจากการป่วยด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคมะเร็งปอด เป็นต้น) ต้นทุนการรักษาโรคต่าง ๆ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลผลิตในการทำงานเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งการจำลองความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงและการดำเนินไปของโรคจะเป็นการจำลองในลักษณะ non-linear อาศัยปัจจัยร่วมหลายตัวแปร

ทั้งนี้ การพัฒนาตัวแบบนี้จะมีความจำเพาะต่อประเภทผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส. ทั้งสองโครงการที่คัดเลือก และขอบเขตของแบบจำลองยังจำกัดการประเมินผลกระทบเป็นเชิงปริมาณเป็นหลัก ในทางกลับกันผลกระทบด้านสังคมส่วนใหญ่มักมีการรายงานเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งจะไม่ได้นำมารวมในการพัฒนาแบบจำลองนี้ แต่จะเป็นการบรรยายข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบ

คณะผู้วิจัยจะพัฒนาแบบจำลองมาร์คอฟ ในโปรแกรม Excel® และโปรแกรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแบบจำลองจากต่างประเทศ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีคุณสมบัติเบื้องต้น คือ 1) สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาเอกหรือดำรงตำแหน่งรองศาสตราจารย์ขึ้นไป 2) มีประสบการณ์ในพัฒนาแบบจำลอง หรือ ประสบการณ์การประเมินผลกระทบของมาตรการทางสุขภาพมากกว่า 5 ปี และ 3) ยินดีเข้าร่วมงานพัฒนาแบบจำลองประเมินผลกระทบโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเบื้องต้นทีมวิจัยได้รับการติดต่อกลับจากผู้เชี่ยวชาญสองสถาบันการศึกษาชั้นนำระดับโลก ได้แก่ National University of Singapore และ University of York, England

การพัฒนาแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์นอกจากจะสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผลผลิตจากกิจกรรมตามผลลัพธ์และผลกระทบที่คาดหวังตามแนวทางวิชาการแล้ว ยังต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย (คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (17)) ที่จำเป็นต้องพัฒนาโดยมีแนวทางการดำเนินงาน (process) ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการที่ประเมิน และพิจารณาหลักการประเมินที่ใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิง เช่น มุมมองการประเมิน (perspective) มุมมองทางสังคม กรอบระยะเวลาการประเมิน (time horizon) ต้องสามารถครอบคลุมต้นทุนและผลลัพธ์ของการดำเนินงานในระยะยาว การปรับลด (discounting) ต้นทุนและผลลัพธ์จากการดำเนินนโยบายที่เกิดขึ้นในอนาคต ให้เป็นมูลค่าเดียวกันในปัจจุบันตามหลักเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

โดยตัวแปร (input parameters) ที่ใช้ในการพัฒนาแบบจำลองสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) **ตัวแปรที่ใช้พัฒนาแบบจำลองกรณีฐาน (กล่องสีฟ้า)** ซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (direct healthcare cost), ต้นทุนทางตรงที่ไม่มีใช้ทางการแพทย์ (direct nonhealthcare cost), ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) ของโรคหรือเหตุการณ์, โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ (transitional probability), ปัจจัยที่สัมพันธ์และสัดส่วนของการเกิดโรคหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเมื่อพัฒนาแบบจำลองฐานแล้วจำเป็นต้องมีกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของแบบจำลอง (model validation) ซึ่งเป็นกระบวนการตรวจสอบว่าค่าพยากรณ์ที่ได้จากแบบจำลองมีความใกล้เคียงกับข้อมูลจากสถานการณ์จริง (Real-world data: RWD) มากน้อยเพียงใด (model fitting) เช่น การนำผลการวิเคราะห์จากแบบจำลองมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย อีกทั้งการพิจารณาตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองจะได้รับการตรวจสอบและประเมินความถูกต้องในการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อมูลตัวแปรนำเข้าเหล่านี้จะได้รับการทบทวนวรรณกรรมหรือฐานข้อมูลโดยคัดเลือกข้อมูลที่มีความเป็นตัวแทนของประชากรไทยตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น ข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อปีที่รวมต้นทุนของการวินิจฉัย รักษาและติดตามอาการของผู้ป่วย จากสำนัก

พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.) และฐานข้อมูลการรับบริการรักษาพยาบาลหรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการทดสอบความตรงเชิงปรากฏ (face validity testing)

- 2) ตัวแปรที่ใช้ประเมินผลกระทบของโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส. (กล่องสีเขียว) เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส. ซึ่งจะได้จากการทบทวนเอกสารการประเมินโครงการด้านข้อมูลต้นทุนการดำเนินโครงการ ผลผลิตและผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรม อัตราความครอบคลุมของผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการและสัดส่วนของการเกิดประโยชน์ที่เกิดจากโครงการ (attribute) ทั้งนี้ อาจมีการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหรือเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์หรือการสำรวจเพิ่มเติม ทั้งนี้ รายละเอียดของการดำเนินงานจะเฉพาะเจาะจงกับโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส. ที่ถูกเลือก

สำหรับการนำเสนอผลกระทบเชิงปริมาณในมิติด้านสุขภาพจากการดำเนินโครงการ ได้แก่ จำนวนปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (QALY gained) และจำนวนผู้ป่วยที่ป้องกันได้จากปัจจัยเสี่ยงที่ลดลง สำหรับผลกระทบในมิติด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและครัวเรือนที่ลดลง (reduced healthcare costs) และ ความคุ้มค่าจากการลงทุน (cost-effectiveness) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปแบบของอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio หรือ ICER) ว่าการลงทุนเพื่อเพิ่มปีสุขภาพ 1 ปี จำเป็นต้องลงทุนกี่บาท เป็นต้น

วิธีการคำนวณ

วิธีการปรับอัตราลด

วิธีการปรับอัตราลด (discount rate) คือการปรับมูลค่าในอนาคตให้เป็นมูลค่าปัจจุบัน สามารถคำนวณได้ ดังสูตรต่อไปนี้

$$PV = FV \times \frac{1}{(1 + r)^t}$$

เมื่อ	PV	คือ มูลค่าปัจจุบัน (Present value)
	FV	คือ มูลค่าในอนาคต (Future value)
	r	คือ อัตราลด (Discount rate) กำหนดที่ร้อยละ 3 ต่อปี
	t	คือ ระยะเวลา หรือ เวลา ณ ปีที่ t
	$(1/(1+r)^t)$	คือ ค่าปรับลด (Discounting factor)

วิธีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

การวิเคราะห์อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม คือ เป็นการคำนวณอัตราส่วนต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยประสิทธิผล คำนวณได้จากส่วนต่างของต้นทุนของการดำเนินโครงการต่อส่วนต่างของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ดังสูตรต่อไปนี้

$$ICER = \Delta C / \Delta E = \frac{\overline{C_A} - \overline{C_B}}{\overline{E_A} - \overline{E_B}}$$

เมื่อ $\overline{C_A}$ คือ ต้นทุนของการดำเนินโครงการ A
 $\overline{C_B}$ คือ ต้นทุนของการดำเนินโครงการ B
 $\overline{E_A}$ คือ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการดำเนินโครงการ A
 $\overline{E_B}$ คือ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการดำเนินโครงการ B

วิธีการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) แบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่

1) การวิเคราะห์ความไวแบบกำหนดตัวแปร (deterministic sensitivity analysis: DSA)

การวิเคราะห์ความไวแบบกำหนดตัวแปร เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาขนาดและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของผลการวิเคราะห์หลัก (base case analysis) เมื่อค่าของตัวแปรมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยการวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (one-way sensitivity analysis) การวิเคราะห์จะทำการผันค่าตัวแปรครั้งละ 1 ตัวแปร โดยแทนค่าตัวแปรนั้นด้วยช่วงที่เป็นไปได้ เช่น ค่าพิสัยของข้อมูล (range) ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confident interval: 95% CI) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range) เพื่อให้ทราบว่าตัวแปรใดที่ส่งผลกระทบต่อผลการเปลี่ยนแปลงผลการวิเคราะห์หลักมากที่สุดและมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางใด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบของ Tornado diagram ที่แกนตั้ง คือ ตัวแปรแต่ละตัวจะมีการเรียงลำดับ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดอยู่ด้านบนและตัวแปรที่มีอิทธิพลน้อยกว่าอยู่ด้านล่าง แกนนอนคือ ร้อยละของ ICER ที่เปลี่ยนไปจากผลการวิเคราะห์หลัก

2) การวิเคราะห์ความไวแบบอาศัยความน่าจะเป็น (probabilistic sensitivity analysis: PSA)

การวิเคราะห์ความไวแบบอาศัยความน่าจะเป็น การสุ่มตัวแปรทุกตัวที่มีความไม่แน่นอนในช่วงที่เป็นไปได้ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล (data distribution) พร้อม ๆ กัน จำนวน 1,000 ครั้ง โดยวิธี Monte Carlo Simulation อาศัยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นค่า ICER บนระนาบต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness plane) โดยแกนตั้ง คือ พิกัดของต้นทุน และแกนนอน คือ พิกัดของประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อจัดทำต้นแบบแนวทางประเมินผลกระทบด้านเทคนิค (Methodological Guideline Prototype) สำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะผู้วิจัยจะดำเนินการพัฒนาต้นแบบแนวทางประเมินผลกระทบด้านเทคนิค (Methodological Guideline Prototype) โดยใช้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ 2 และ 3 เป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่ 4 และอ้างอิงองค์ความรู้จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคู่มือและการพัฒนาคู่มือจากแนวทางการพัฒนาคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564 เพื่อให้เกิดคู่มือที่อ้างอิงองค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและเกิดความสอดคล้องกับแนวทางการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายของประเทศไทย โดยมุ่งหวังให้เกิดแนวทางในรูปแบบคู่มือการประเมินผลกระทบโครงการฯ และแนวทางการรายงานอ้างอิง (reference case) สำหรับการรายงานผลลัพธ์ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เป็นมาตรฐานสำหรับ สสส. โดยมีกระบวนการจัดทำดังนี้

ขั้นที่ 1: การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และหลักการ

คณะผู้วิจัยจะการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อนำวัตถุประสงค์ ขอบเขต และหลักการ ของการพัฒนาแนวทางประเมินผลกระทบด้านเทคนิค (Methodological Guideline Prototype) โดยองค์ประกอบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้แทนจาก สสส. (สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์และฝ่ายติดตามและประเมินผล) ผู้แทนจากคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้แทนจากกลุ่มผู้รับทุนโครงการ ผู้แทนจากกลุ่มผู้ประเมินโครงการ นักวิชาการด้านการประเมินผลโครงการ จำนวน 20 ท่าน

ขั้นที่ 2: การพัฒนาแนวทางประเมินผลกระทบด้านเทคนิค

คณะผู้วิจัยจะในฐานะกองบรรณาธิการจะดำเนินการรวบรวมรายชื่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน เพื่อร่วมจัดทำแนวทางประเมินผลกระทบด้านเทคนิค โดยคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำแนวทางประเมินผลกระทบ ดังนี้ 1) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกหรือดำรงตำแหน่งรองศาสตราจารย์ขึ้นไป 2) มีประสบการณ์ในการประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนโดย สสส. หรือ การประเมินแผนงานมากกว่า 10 ปี และ 3) ยินดีเข้าร่วมการประชุมและสามารถจัดสรรเวลาเพื่อจัดทำแนวทางประเมินผลกระทบได้ โดยกองบรรณาธิการจะประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) (41) ในรูปแบบการประชุมแบบเดลฟาย (Delphi Conference) (42) เพื่อจัดทำข้อสรุปทั้งในส่วนข้อเสนอแนะต่อการรายงานอ้างอิง (reference case) และรูปแบบการนำเสนอผลกระทบในรูปแบบ Web Application

ขั้นที่ 3: การพัฒนา Web Application

คณะผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้าน IT จะนำแบบจำลองจากการพัฒนาตามวัตถุประสงค์ที่ 3 มาแสดงวิธีการคำนวณและนำเสนอผลกระทบในรูปแบบ Web Application พร้อมทั้งนำเสนอแนะที่ได้จากการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ Web Application มีรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งาน ทั้งนี้การทดสอบความถูกต้องของ Web Application ในขั้นต้น (beta test) จะดำเนินการโดยทีมของคณะผู้วิจัยเบื้องต้นก่อน

ขั้นที่ 4: การตรวจสอบความถูกต้องของแนวทางประเมินผลกระทบและ Web Application

คณะผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านการประชุม ซึ่งในการประชุมทุกครั้งคณะผู้วิจัยจะจัดทำรายงานการประชุมเพื่อเป็นเอกสารอ้างอิงและเป็นข้อมูลในรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป สำหรับการทดลองการใช้งานจริงบน Web Application คณะผู้วิจัยจะจัดส่ง web link ไปยังผู้ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพและผู้ประเมินโครงการที่เกี่ยวข้องกับต้นแบบแนวทางฯ เป็นระยะเวลา 1 เดือน นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังตรวจสอบความเหมาะสมในการใช้งานแนวทางประเมินผลกระทบ โดยให้กลุ่มเป้าหมายทดลองอ่านและใช้งานจริง และร่วมอภิปรายผลการใช้งานจริงในการประชุมด้วยเช่นกัน

ประเด็น

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ สุขภาพจิต | ☐ การป้องกันโรค เช่น การให้ | ☐ ระบบสุขภาพ |
| ☐ กิจกรรมทางกาย | ☐ วัคซีน | ☐ สุขภาวะองค์กร |
| ☐ ยาสูบ | ☐ สุขภาวะครอบครัว | ☐ สุขภาวะทางปัญญา |
| ☐ อาหาร | ☐ การคุ้มครองผู้บริโภค | ☐ การศึกษา |
| ☐ แอลกอฮอล์ | ☐ ความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ | ☐ การสนับสนุนสถานการณ์โควิด-19 |
| ☐ สารเสพติด | ☐ การพนัน | ☐ การทำงานเรื่องสุขภาพในช่องปาก |
| ☐ อุบัติเหตุ | ☐ ภัยพิบัติ | ☐ ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social |
| ☐ สุขภาวะทางเพศ | ☐ สุขภาวะชุมชน | Determinant of Health) |

☒ อื่น ๆ (โปรดระบุ) ...ภายหลังการปรึกษากับผู้ให้ทุนแล้ว ทางคณะผู้วิจัยจะทำการศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมก่อนเลือกโครงการสำคัญที่จะประเมินผลกระทบ เช่น จำนวนโครงการที่เข้าเกณฑ์ความพร้อมในการประเมินผลกระทบ ความต้องการของผู้ให้ทุนในการประเมินโครงการใด ๆ และความสมเหตุสมผลของสองโครงการ ในการสร้างเครื่องมือประเมินผลกระทบของโครงการ.....

พื้นที่ดำเนินการ

กรณีมีกลุ่มเป้าหมายดำเนินการและพื้นที่ดำเนินการตามโครงการที่ต้องประเมินผล

- ระบุกลุ่มเป้าหมายดำเนินการและพื้นที่ดำเนินการตามโครงการที่ต้องประเมิน พร้อมทั้งวิธีหรือเกณฑ์การคัดเลือกที่สะท้อนการเป็นตัวแทนที่เหมาะสม (ที่เป็นตัวแทนที่ดีได้อย่างชัดเจน) ทั้งนี้ ให้สอดคล้องกับระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนด

*กรอกรีวิวและเกณฑ์ในการคัดเลือกที่สะท้อนการเป็นตัวแทนที่เหมาะสมที่จะสร้างเป็นต้นแบบที่ดีหรือสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องดำเนินการได้อย่างชัดเจน

/ ไม่ใช้งานเชิงพื้นที่

☐ เลือกทั้งหมด

☐ โรงเรียน

☐ โรงพยาบาล

☐ ชุมชน

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ มหาวิทยาลัย | ☐ รพสต/สถานอนามัย | ☐ องค์กร/หน่วยงานรัฐอื่นๆ |
| ☐ นอกโรงเรียน (กศน.) | ☐ ศูนย์สุขภาพชุมชน | ☐ ศาสนสถาน (วัด, โบสถ์, มัสยิด) |
| ☐ ศูนย์เด็กเล็ก | ☐ สถานพยาบาลอื่นๆ | |
| ☐ สถานศึกษาอื่นๆ | ☐ สถานประกอบการ/โรงงาน/
บริษัทเอกชน | |

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)ภายหลังการปรึกษากับผู้ให้ทุนแล้ว ทางคณะผู้วิจัยจะทำการศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมก่อนเลือกโครงการสำคัญที่จะประเมินผลกระทบ เช่น จำนวนโครงการที่เข้าเกณฑ์ความพร้อมในการประเมินผลกระทบ ความต้องการของผู้ให้ทุนในการประเมินโครงการใด ๆ และความสมเหตุสมผลของสองโครงการ ในการสร้างเครื่องมือประเมินผลกระทบของโครงการ

พื้นที่ดำเนินการ (ตามเขตการปกครอง)

- ระบุพื้นที่ที่ดำเนินการในแต่ละตำบล อำเภอ จังหวัด โดยให้ระบุทุกแห่งที่ได้ดำเนินการ

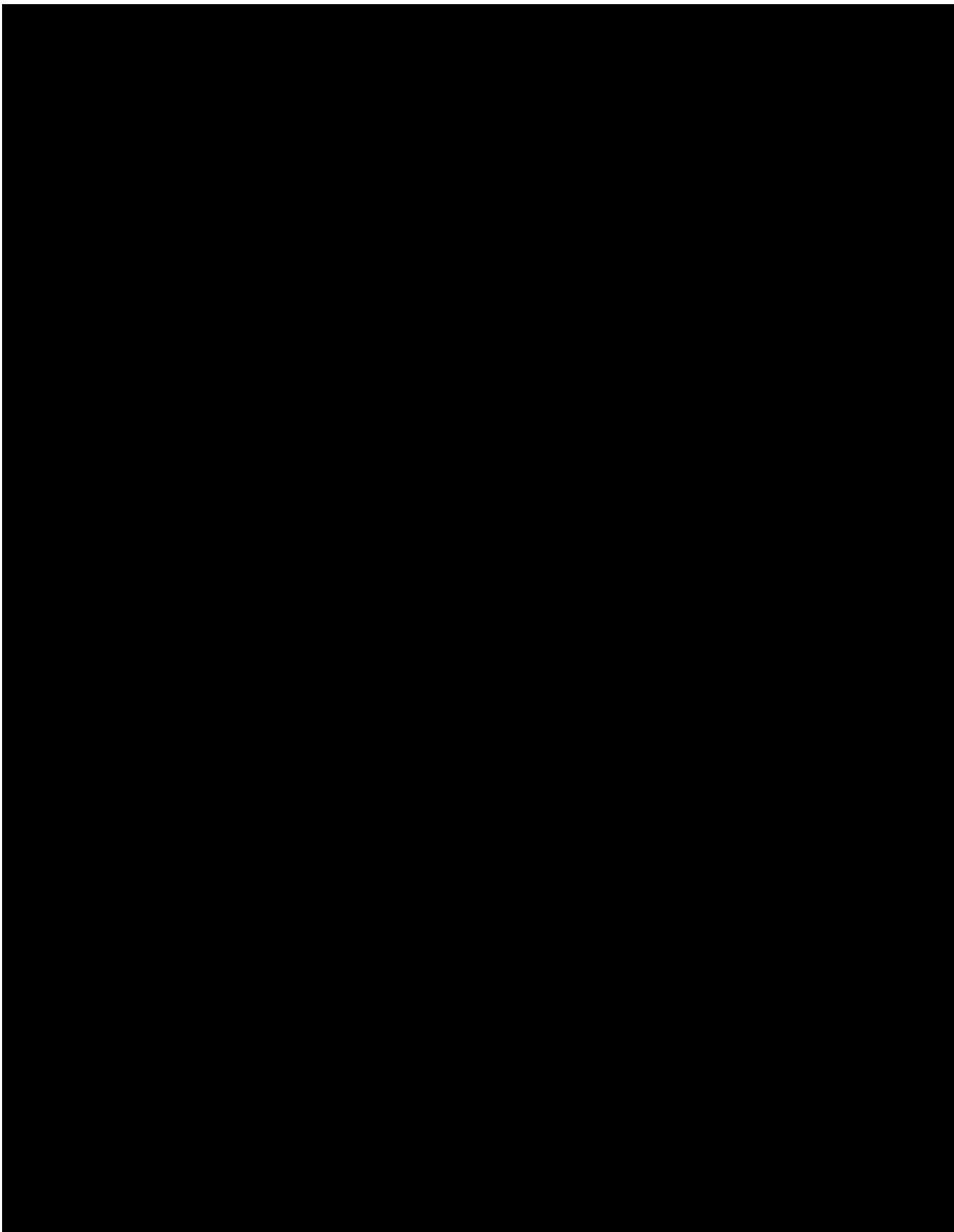
ลำดับ	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
1.			
2.			
3.			

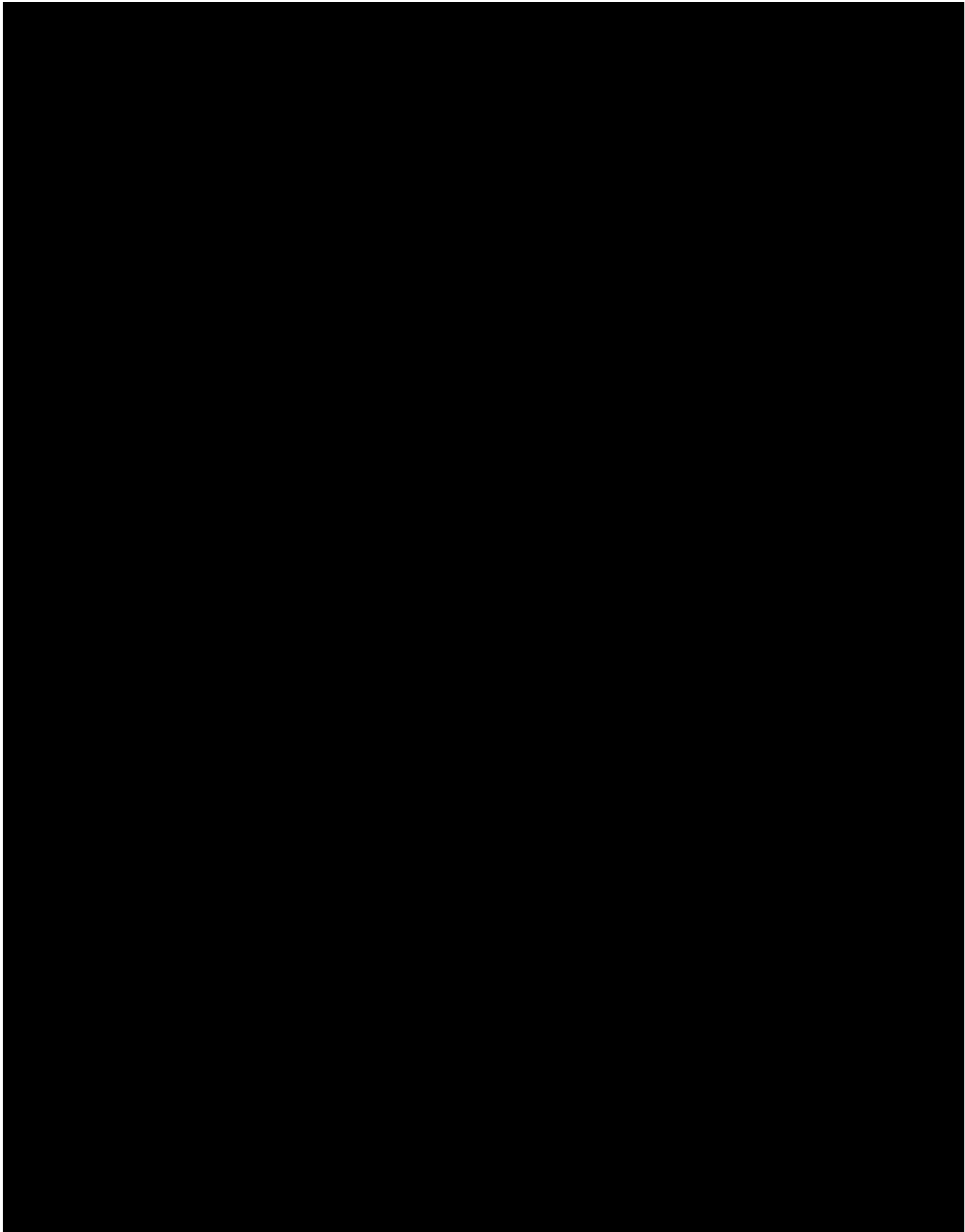
5. ระยะเวลา/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการ/ชุดโครงการ/แผนงาน

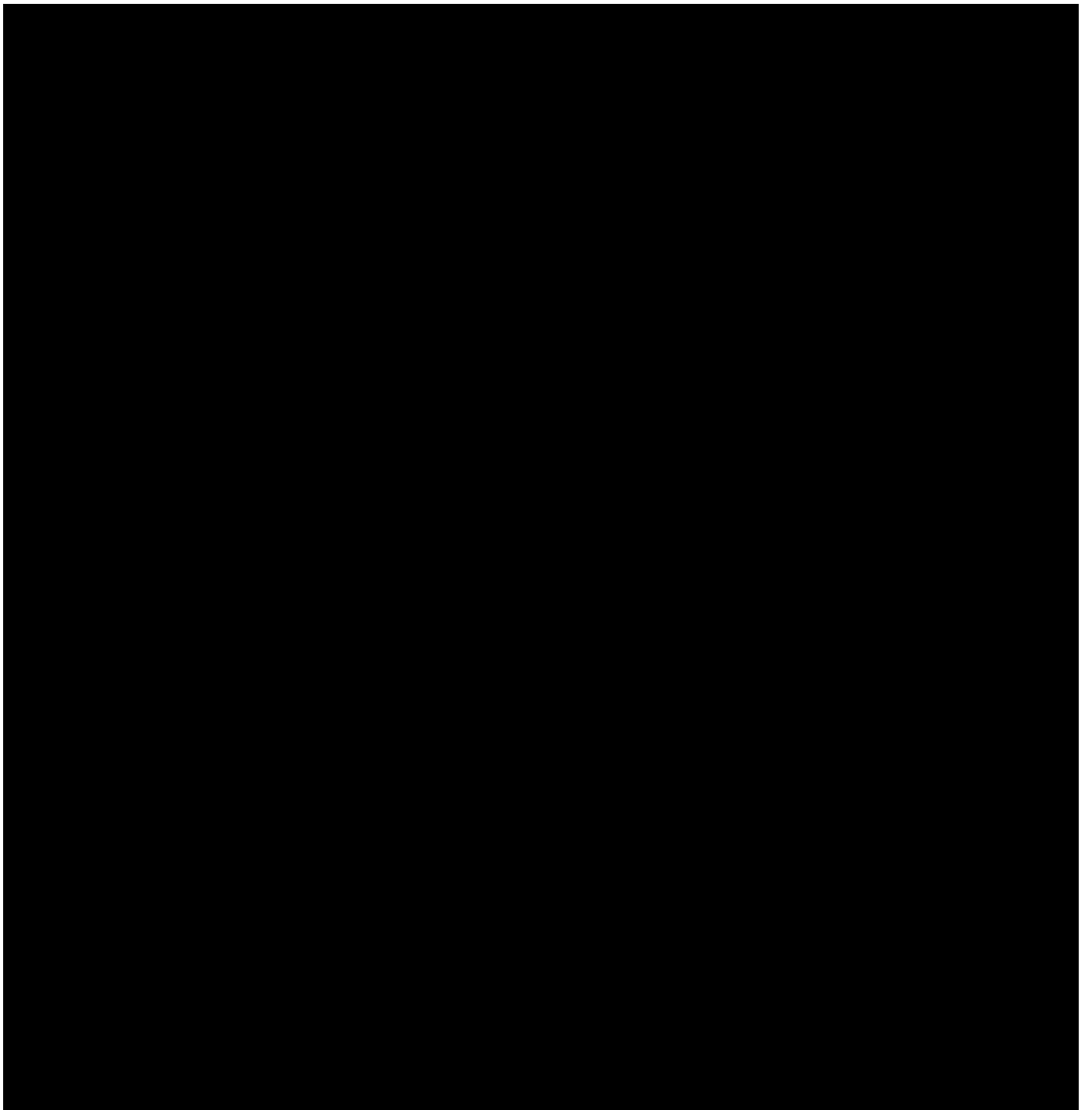
เริ่มต้นดำเนินโครงการภายหลังจากกลั่นนามรับการวิจัย โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 18 เดือน

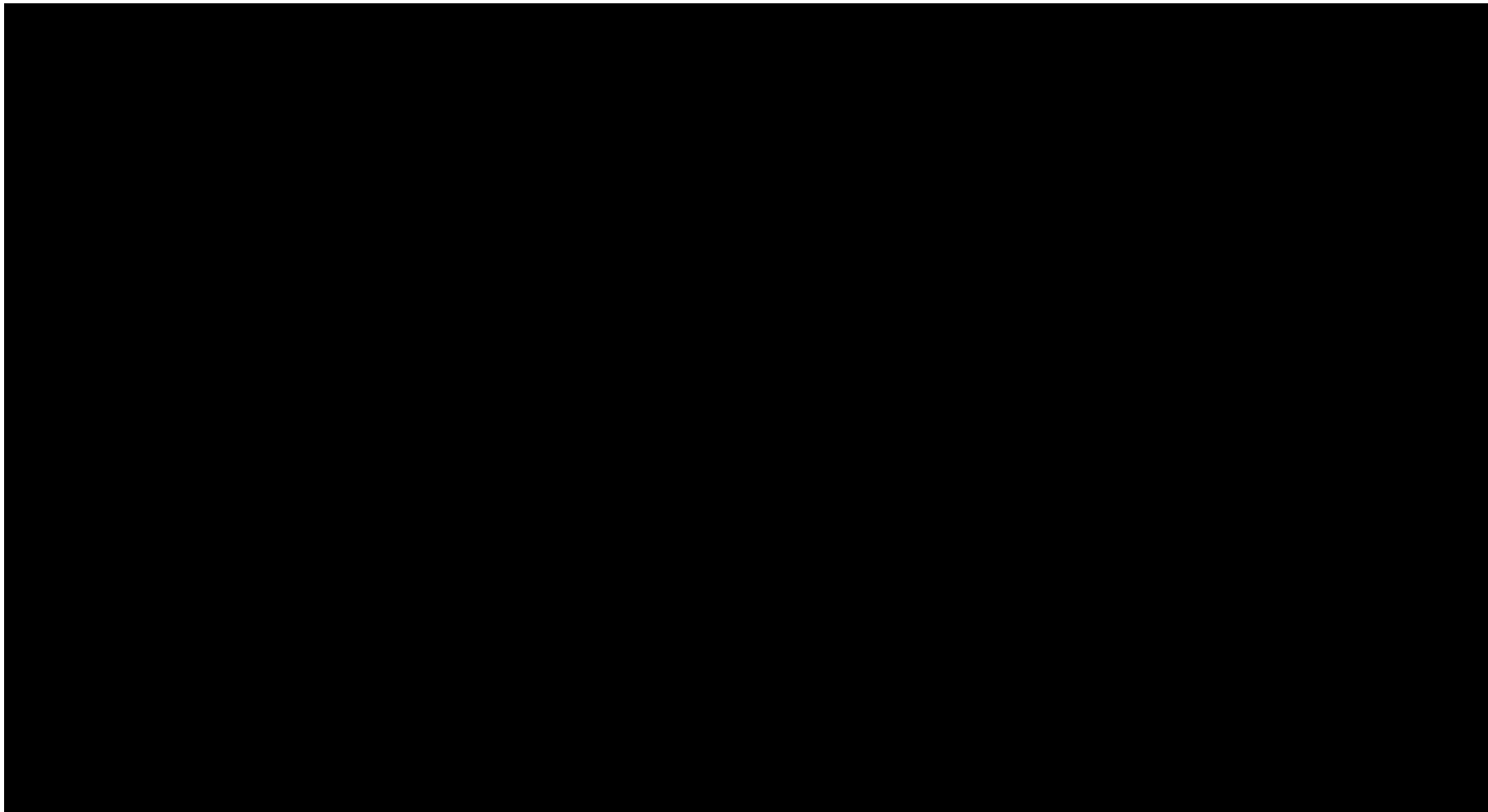
แผนการดำเนินงาน

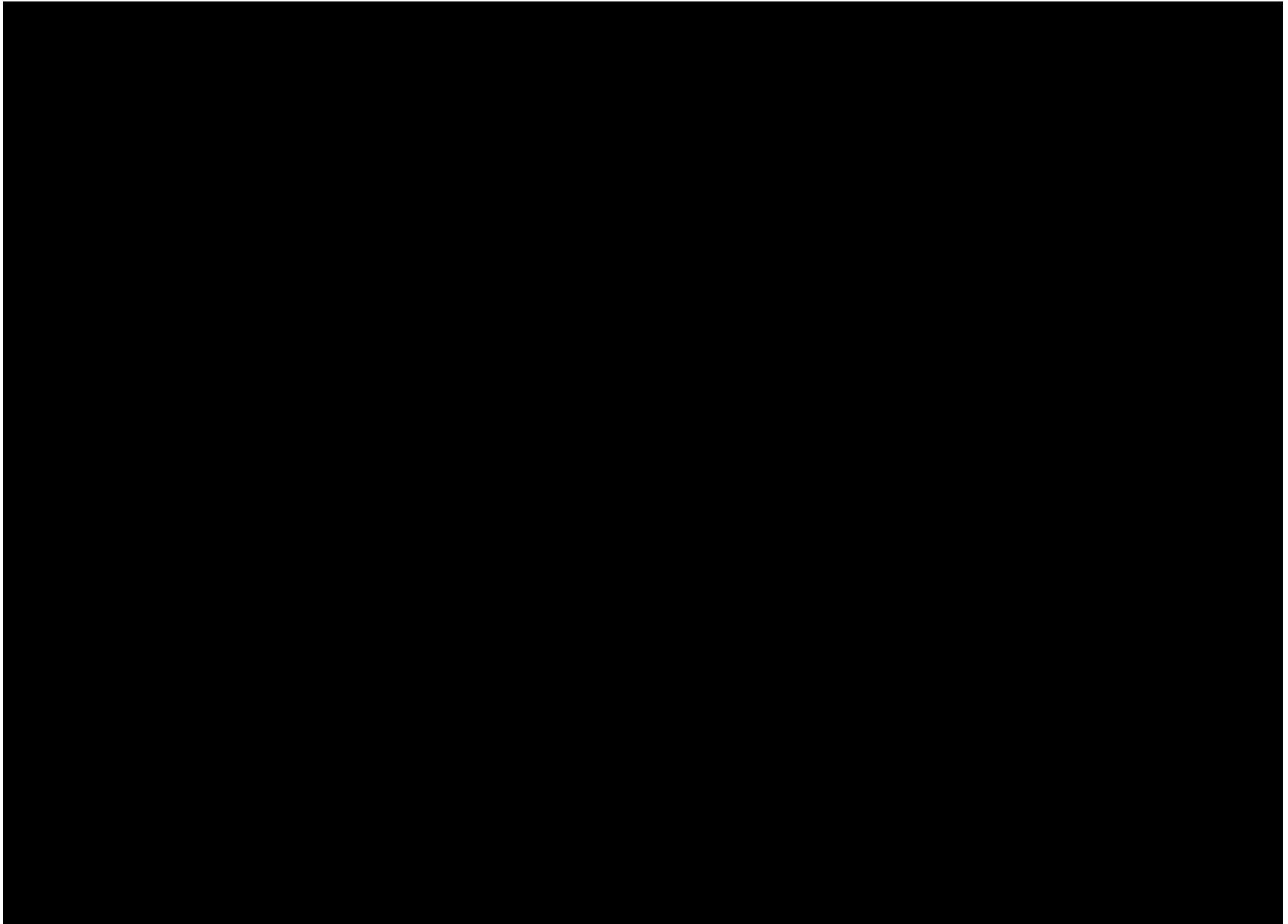
กิจกรรม/ ขั้นตอนการ ดำเนินงาน	ปีที่ 1												ปีที่ 2						ภายใต้ วัตถุประสงค์
	เดือน																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
ทบทวนเอกสารและ วรรณกรรม ต่างประเทศ	✓	✓	✓																1, 2
จัดประชุมปรึกษา/ ระดมสมอง ผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย	✓	✓	✓	✓															1, 2, 3
Theory of change / Value chain workshop		✓	✓	✓															1
รายงาน ความก้าวหน้า #1					✓														
ประเมินผลกระทบ โครงการ			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								1
รายงาน ความก้าวหน้า #2												✓							
พัฒนาแบบจำลอง								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				2
รายงาน ความก้าวหน้า #2																✓			
พัฒนา Methodological Guideline Prototype									✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3
ประชุมทีมภายใน และภายนอก	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1, 2, 3
รายงานสรุปโครงการ																		✓	

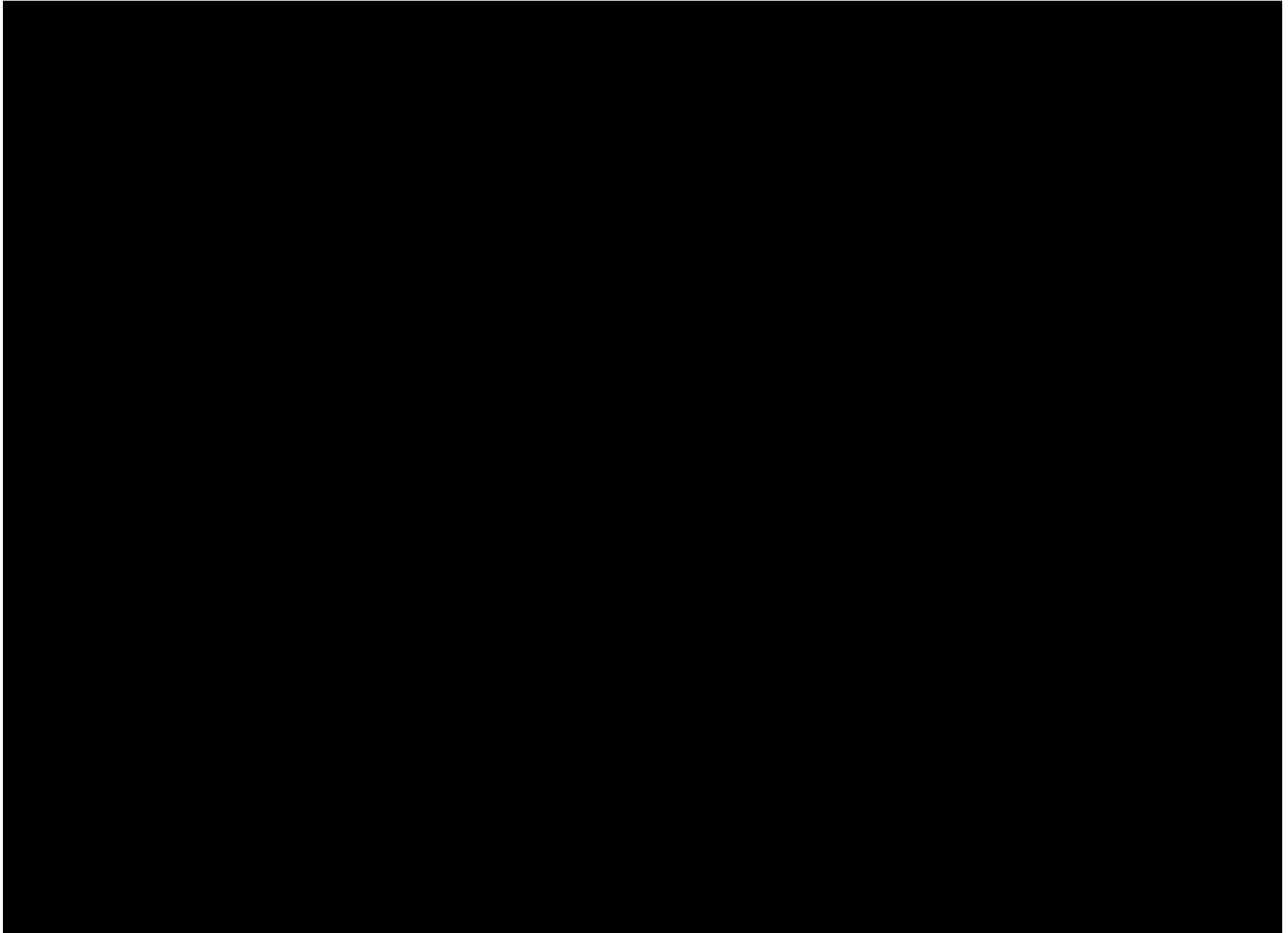


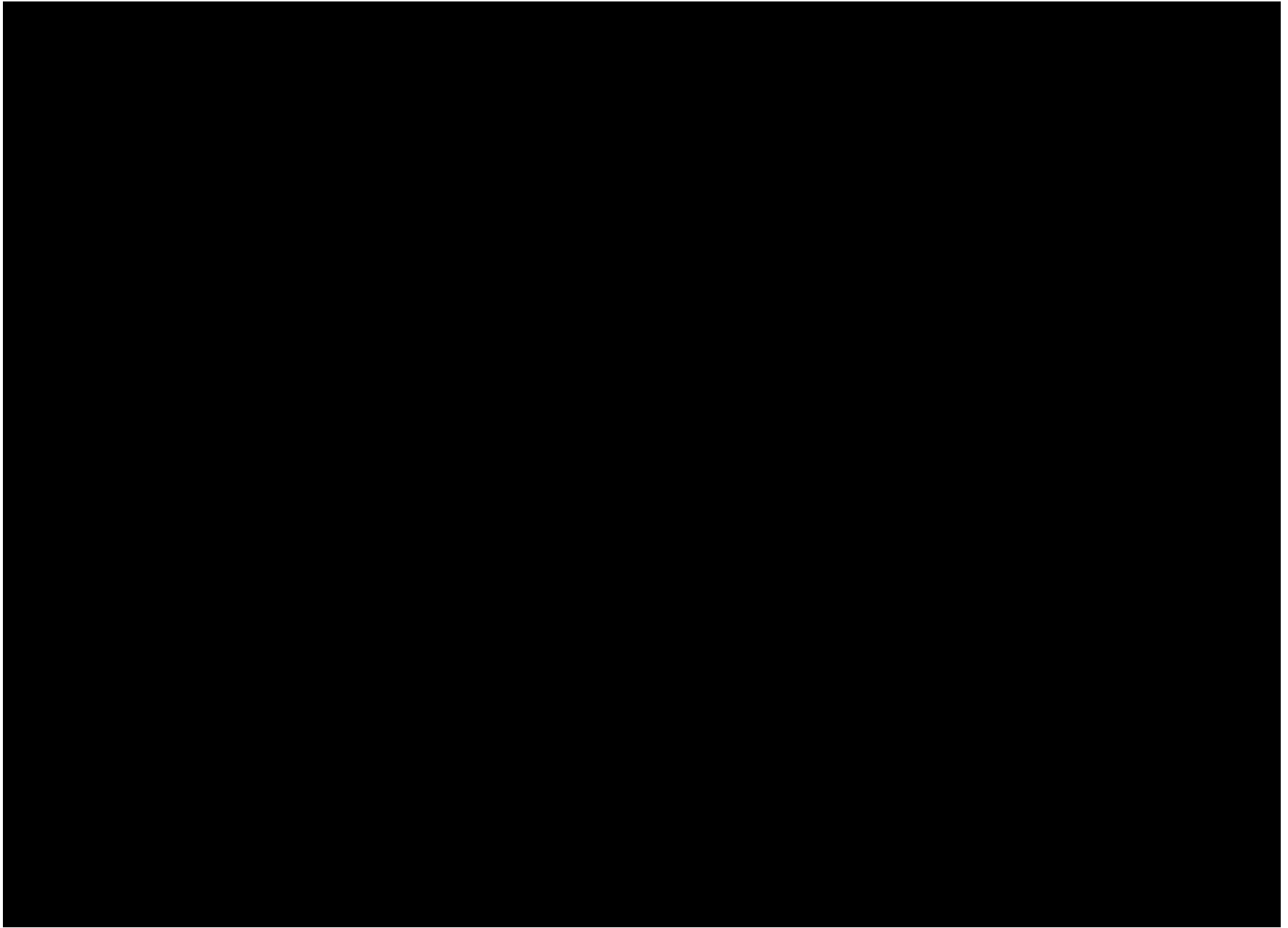


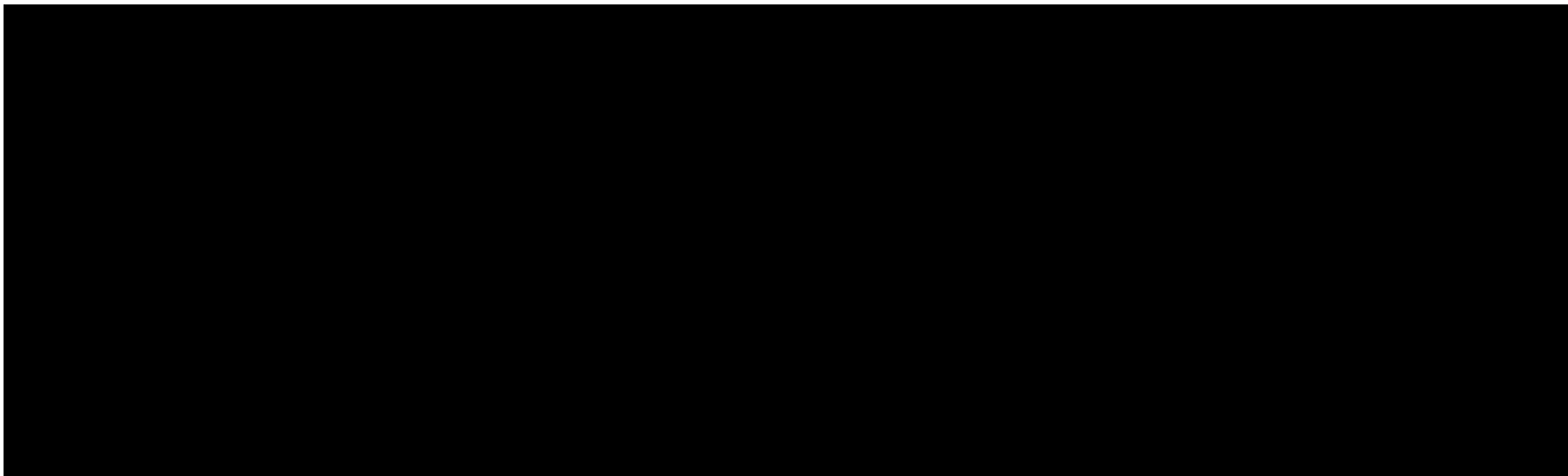












8. การกำกับติดตามและการประเมินผล

1. มีการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้เสียซึ่งประกอบไปด้วยผู้กำหนดนโยบาย ทั้งจากนักการเมือง เพื่อสะท้อนความคิดและมุมมองของสมาชิกรัฐสภา ผู้บริหารใน สสส. กระทรวงสาธารณสุข กองทุน ประกันสุขภาพต่าง ๆ นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ ภาคประชาสังคม และตัวแทนผู้ป่วย เพื่อ พิจารณาและให้คำชี้แนะกรอบการดำเนินงาน วิธีการคัดเลือกโครงการ วิธีการวิจัยและแนวทางการ รายงานผล ในการประชุมในครั้งแรก และพิจารณาและให้คำแนะนำในผลการศึกษาเบื้องต้นและ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ สสส.และผู้เกี่ยวข้อง ในการประชุมครั้งที่สองก่อนเขียนรายงานสรุปการ ดำเนินงาน
2. กระบวนการปรึกษาหารือกับนักวิชาการภายนอกมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้าน สุขภาพ (HITAP) รวมถึงนักวิชาการในระดับนานาชาติ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลการศึกษาจะเป็นที่ ยอมรับและมีมาตรฐานในระดับนานาชาติ
3. มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) มีหลักการกำกับติดตามและ ประเมินติดตามภายในองค์กร คือ มีการประชุมรายงานความก้าวหน้าทุกเดือน โดยยึดตาม Gantt Chart ของแต่ละโครงการ
4. มีการกำกับติดตามเป็นพิเศษเพิ่มเติม เมื่อโครงการเข้าสู่ระยะ 1 เดือนก่อนการส่งผลงาน เพื่อมั่นใจว่า ไม่ขาดตกบกพร่องในตัวชี้วัดตามสัญญา (contract) กับผู้ให้ทุน
5. มีการติดตามสรุปโครงการเพิ่มเติม เมื่อโครงการเข้าสู่ระยะ 3 เดือนก่อนปิดโครงการ โดยตรวจสอบทั้ง เรื่องการสรุปงาน การดำเนินการทั้งหมด และการใช้งบประมาณที่ถูกต้อง
6. ความถูกต้องและเที่ยงตรงของผลการวิจัย คณะผู้วิจัยใช้รูปแบบการประเมินผลที่หลากหลาย เช่น การ จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย การพิจารณาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารนานาชาติที่มีระบบการทบทวน บทความที่เข้มแข็ง

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ และแนวทาง/วิธีการในการขยายผล

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเห็นภาพรวมของ โครงการทั้งหมดที่สสส.สนับสนุน และแนวทางการสนับสนุนต่อเนื่องในอนาคต
2. ผลการประเมินผลกระทบของโครงการที่สำคัญสองโครงการ เพื่อเป็นองค์ความรู้และใช้ในการปรับปรุง พัฒนาการดำเนินโครงการในอนาคต
3. นักวิชาการ หรือผู้ที่สนใจ สามารถนำแบบจำลองการประเมินผลกระทบไปประยุกต์ใช้ในการ ประเมินผลกระทบของโครงการอื่น ๆ โดยทดสอบการใช้งานแบบจำลองจาก Web application
4. ต้นแบบแนวทางการประเมินผลกระทบเชิงเทคนิค (Methodological Guideline Prototype) สำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางในการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทฯ และ

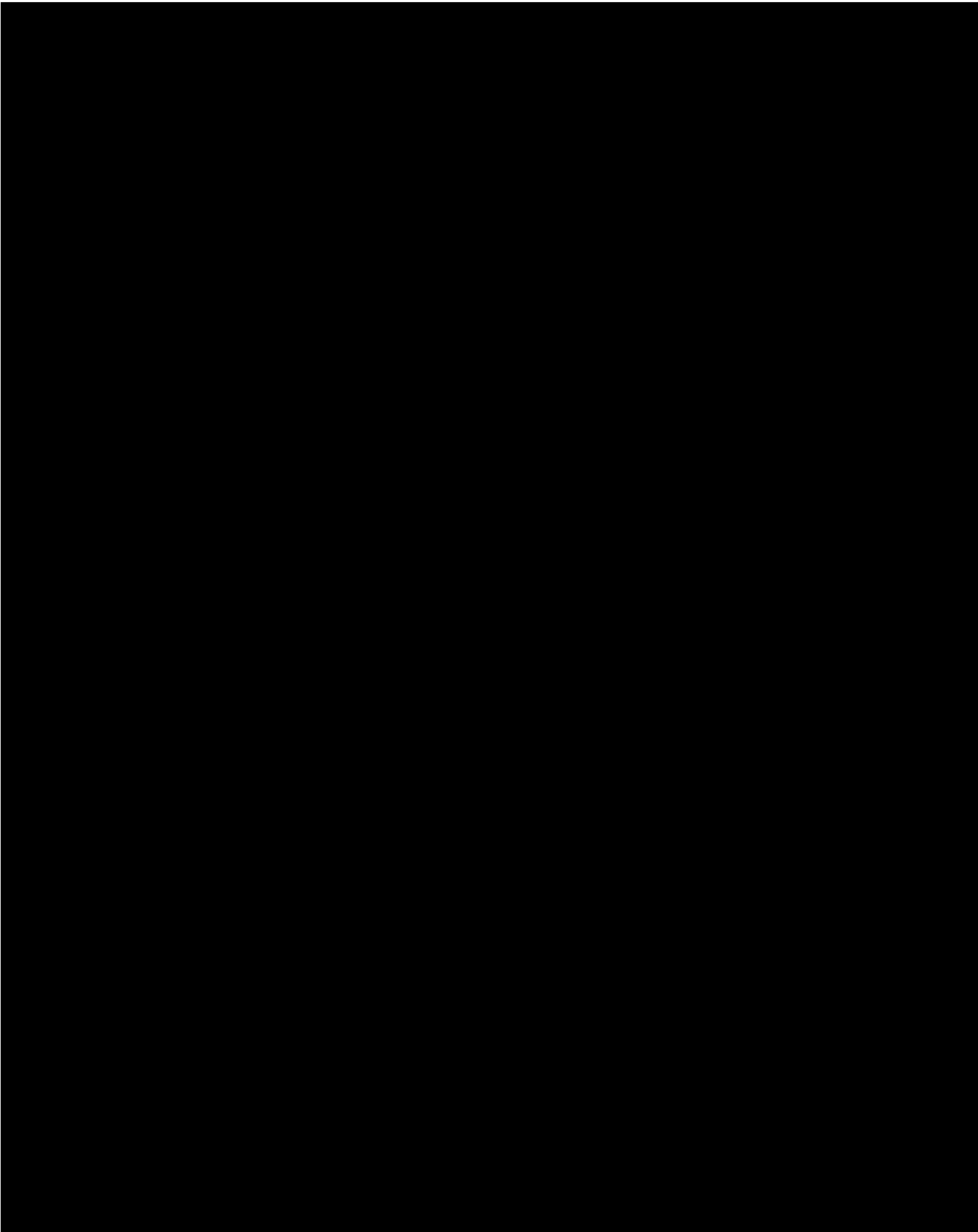
แบบจำลองการคำนวณผลกระทบของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ประเมินสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินผลกระทบของโครงการอื่น ๆ ภายใต้เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์เดียวกันได้

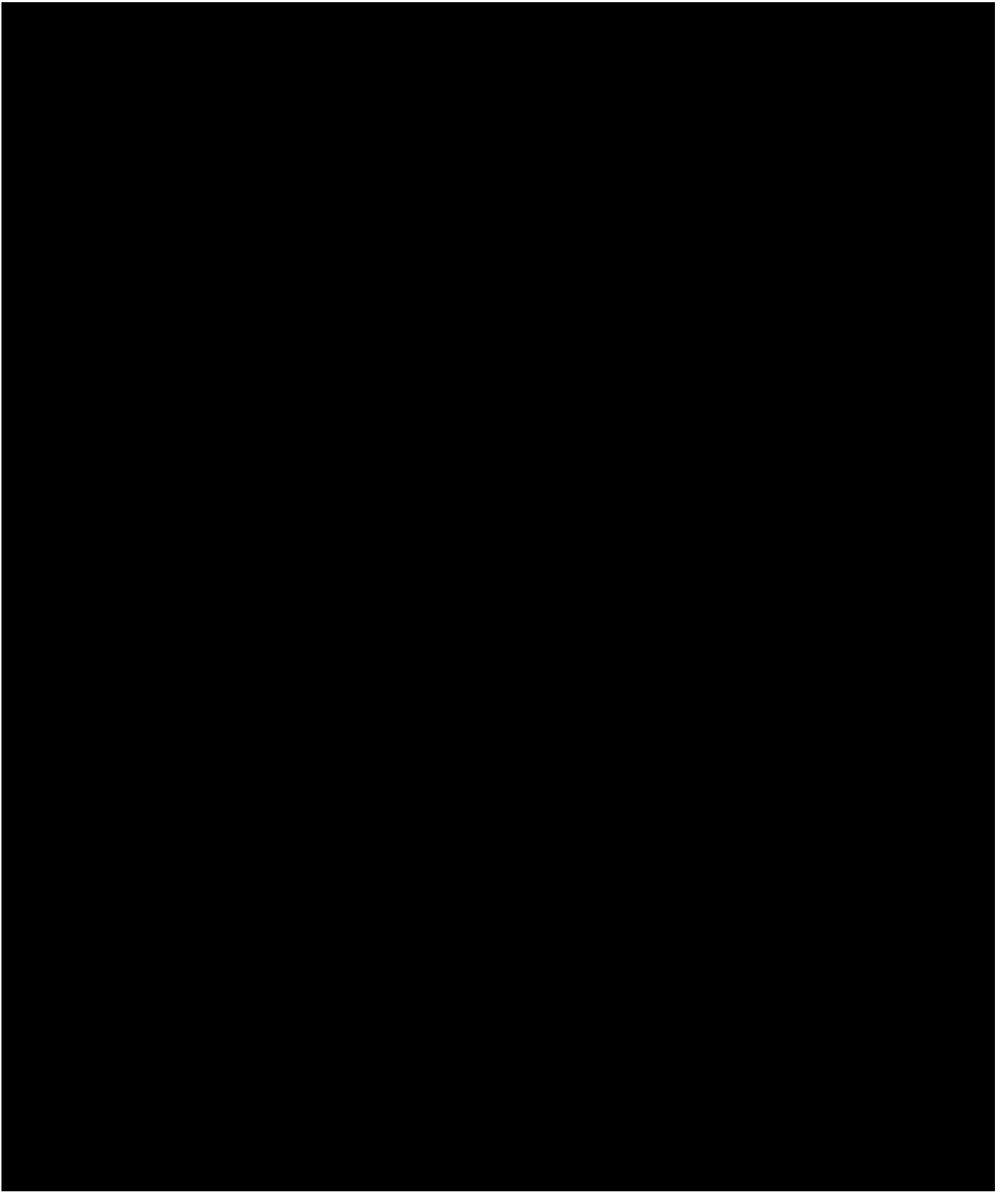
ประโยชน์และการนำไปใช้

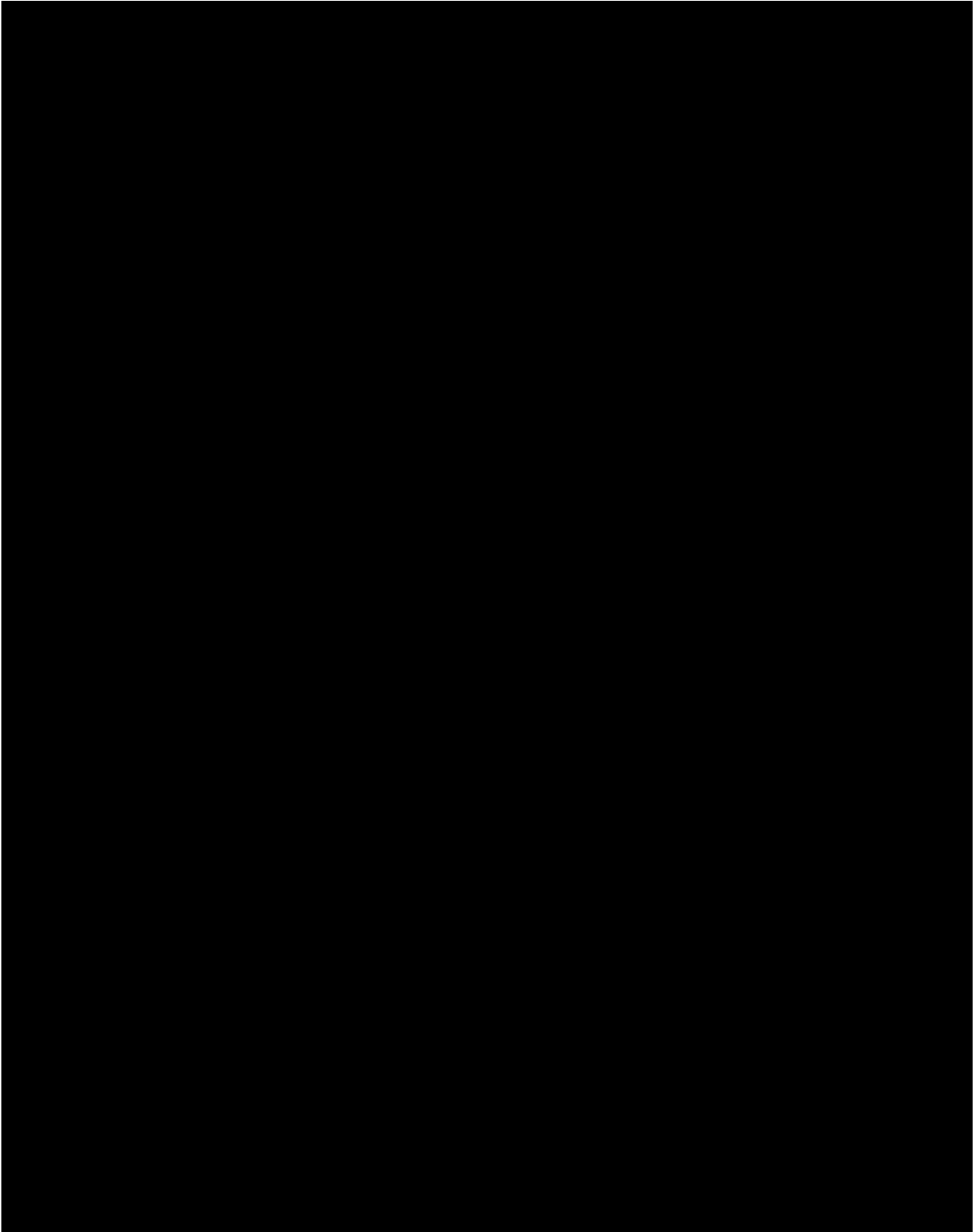
1. เครื่องมือการจำแนกประเภทความพร้อมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (HPCT) ช่วยให้ผู้บริหารเห็นภาพรวมของโครงการทั้งหมดที่ สสส. ดำเนินการและสนับสนุนว่ามีสัดส่วนของโครงการที่สร้างองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เสริมความเข้มแข็งเครือข่าย หรือ สามารถสร้างผลกระทบต่อสังคมได้มากน้อยแค่ไหน หากมีสัดส่วนของโครงการที่มีความพร้อมสูงในการสร้างผลกระทบทางสุขภาพจำนวนน้อย หรือ มีสัดส่วนของโครงการที่เป็นองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพจำนวนมาก ข้อมูลเหล่านี้สามารถเป็นประโยชน์ต่อ สสส. ในการพิจารณาให้ทุนดำเนินงานแก่โครงการสร้างเสริมสุขภาพได้ต่อไป
2. นอกจากจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ให้ทุนในการประเมินโครงการเบื้องต้น เครื่องมือ HPCT สามารถเป็นประโยชน์ต่อผู้นำไปใช้งานอย่างผู้ประเมินโครงการและผู้ดำเนินโครงการที่ได้รับทุนจาก สสส. ได้เช่นกัน โดยประโยชน์ของการนำไปใช้งาน ผู้ดำเนินโครงการสามารถศึกษาได้จาก Guideline ที่จะระบุแนวทางการใช้เครื่องมือมาประเมินโครงการของตนเองได้ เพื่อคาดคะเนว่าความพร้อมด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโครงการอยู่ในระดับใด และมีศักยภาพในการพัฒนาโครงการให้มีระดับความพร้อมที่สูงขึ้นได้มากน้อยแค่ไหน ตั้งแต่ขั้นตอนการขอทุน ระหว่างการดำเนินโครงการ จนถึงเมื่อโครงการเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการให้ทุนสำหรับ สสส. ได้
3. สำหรับโครงการที่เข้าข่าย 8-9A (ตามนิยามในตัวอย่างปัจจุบัน) หรือ โครงการที่ส่งผลกระทบทางตรงที่มีความพร้อมระดับสูงในการสร้างเสริมสุขภาพ จะสามารถนำเข้าแบบจำลองเพื่อประเมินผลกระทบเมื่อสิ้นสุดโครงการไปแล้ว ทำให้สสส.สามารถประเมินความคุ้มค่าของการสนับสนุนโครงการเหล่านี้ได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปประเมินเบื้องต้นในขั้นตอนการขอทุนดำเนินงานได้ เช่น การคาดการณ์ effect size แล้วแปลงเป็น predicted impact เป็นต้น ข้อมูลดังกล่าวจึงสามารถเป็นประโยชน์แก่ สสส. ในการพิจารณาให้ทุนได้

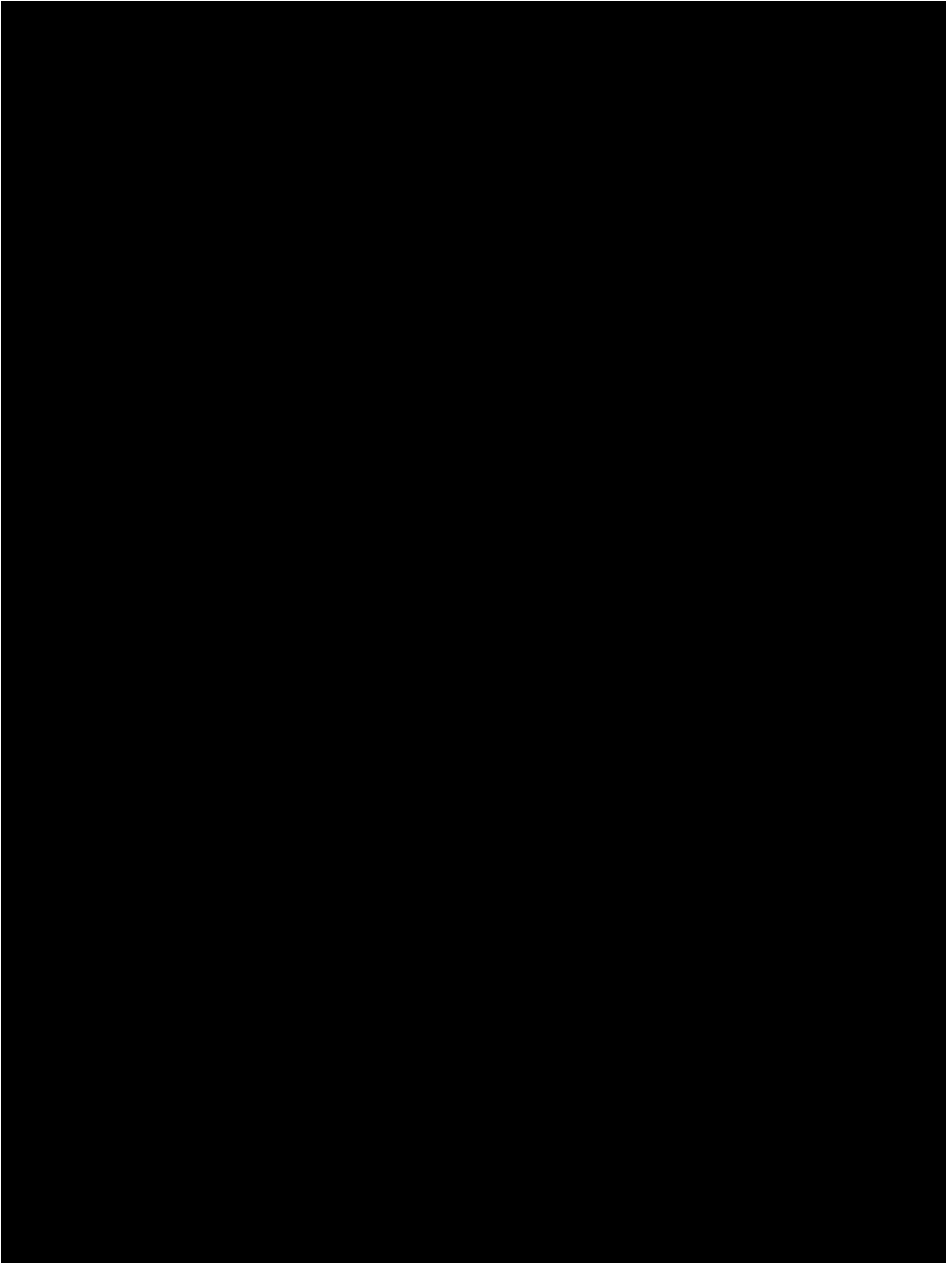
แนวทาง/วิธีการในการขยายผล

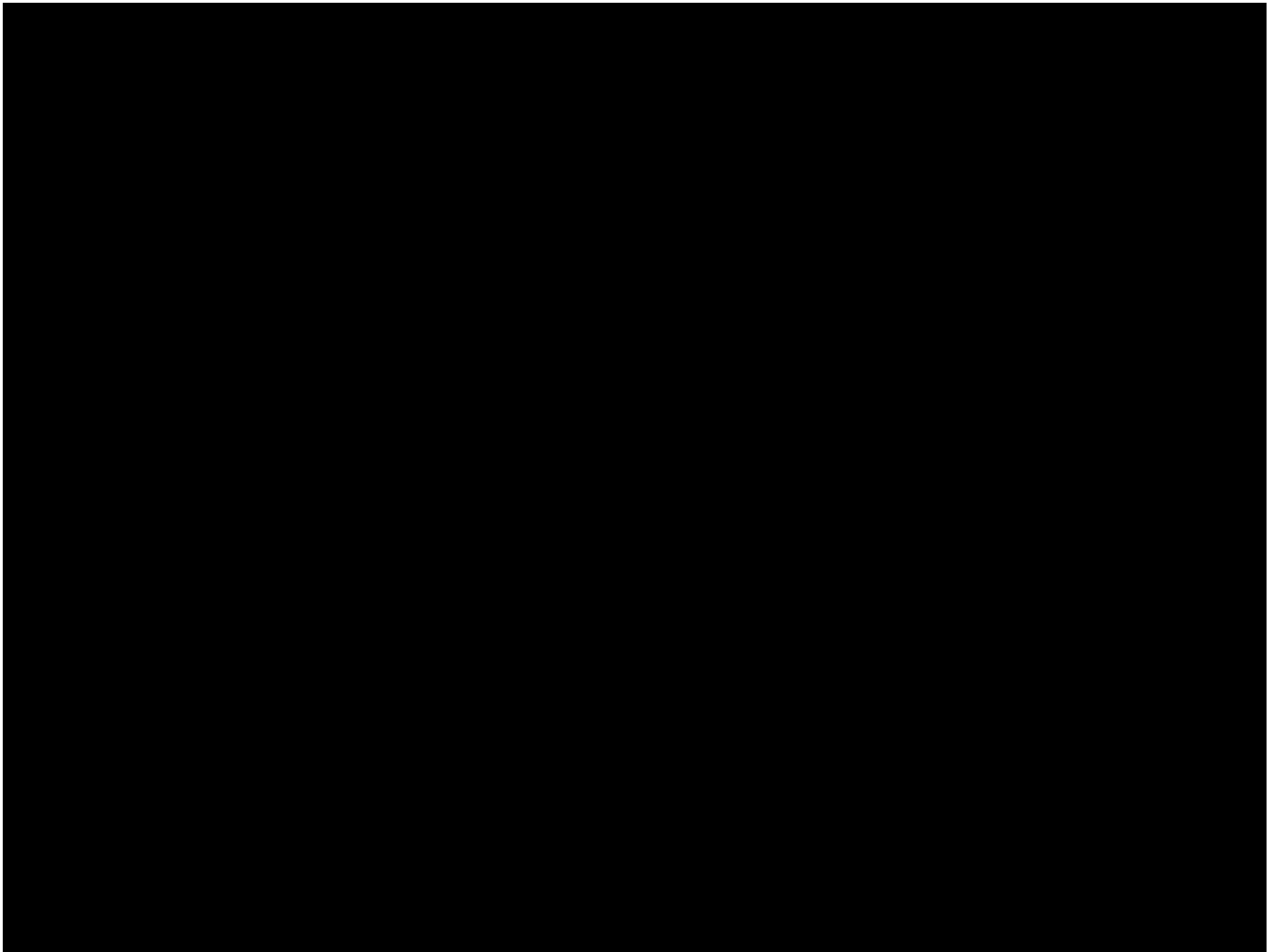
1. คณะกรรมการบริหารของ สสส. สามารถนำแนวทางการประเมินผลกระทบด้านเทคนิค (Methodological Guideline Prototype) ไปประเมินผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) จากการดำเนินโครงการอื่น ๆ
2. การจัดพิมพ์คู่มือและการจัดอบรมการใช้งานคู่มือให้กับกลุ่มเป้าหมาย เช่น นักวิชาการ นักประเมิน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผล จะช่วยขยายผลการวิจัยให้เกิดการนำไปใช้จริง และสามารถปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของคู่มือเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ได้ในอนาคต
3. เกิดการผลักดันให้มีการสร้างแบบจำลองวิเคราะห์ผลกระทบโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่อยู่ภายใต้เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของสสส. เป้าหมายอื่นๆ จนกระทั่งสามารถประเมินผลกระทบของโครงการครอบคลุม 8 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์











เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Ageing and health: World Health Organization; 2024 [cited 2024 18 November]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet* (London, England). 2024;403(10440):2162-203.
3. Bolnick HJ, Bui AL, Bulchis A, Chen C, Chapin A, Lomsadze L, et al. Health-care spending attributable to modifiable risk factors in the USA: an economic attribution analysis. *The Lancet Public Health*. 2020;5(10):e525-e35.
4. Tan V, Lim J, Akksilp K, Chow WL, Ma S, Chen C. The societal cost of modifiable risk factors in Singapore. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1285.
5. Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2012;37(1):5-12.
6. Tangcharoensathien V, Adulyanon S, Supaka N, Munkong R, Viriyathorn S, Sirithienthong S, et al. The Thai Health Promotion Foundation: Two Decades of Joint Contributions to Addressing Noncommunicable Diseases and Creating Healthy Populations. *Global health, science and practice*. 2024;12(2).
7. World Health Organization. Regional Office for E. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 1986.
8. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet* (London, England). 2018;391(10126):1205-23.
9. Buasai S, Kanchanachitra C, Siwaraksa P. The way forward: experiences of health promotion development in Thailand. *Promotion & education*. 2007;14(4):250-3.
10. กลุ่มงานกฎหมาย ฝ่ายอำนวยการ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คำอธิบายสำคัญของพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2021.
11. World Health Organization. Tackling NCDs Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases; 2024. 2024. [cited 2025 08 February]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376624/9789240091078-eng.pdf?sequence=1>.
12. กฎกระทรวง กำหนดพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ๑๖) พ.ศ. ๒๕๖๔ [Internet]. ; 2021 [cited 2025 February 8]. Available from: <https://lawelcs.excise.go.th/api/api/pdfviewer/3351>. [Internet]. 2021.

13. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รณรงค์ลดหวาน ไขมัน เกลือ ลดโรค สัปดาห์น้อยไม่เกิน 2 ช้อนชา ปรับพฤติกรรมใหม่ ลดโรค NCDs [Internet]. กรุงเทพฯ: สสส.; 2565 [cited 2025 February 8]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/รณรงค์ลดหวาน-ไขมัน-เกลือ-ลดโรค-สัปดาห์น้อย/>. 2024.
14. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. แผนหลัก (พ.ศ. 2566 - 2570). 2023.
15. Michie S, West R, Sheals K, Godinho CA. Evaluating the effectiveness of behavior change techniques in health-related behavior: a scoping review of methods used. *Translational behavioral medicine*. 2018;8(2):212-24.
16. Nutbeam D. Book: Evaluating Health Promotion. *BMJ (Clinical research ed)*. 1999;318:404A.
17. คณะทำงานพัฒนาคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564. 2021.
18. Kidder DP, Fierro LA, Luna E, Salvaggio H, McWhorter A, Bowen SA, et al. CDC Program Evaluation Framework, 2024. *MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports*. 2024;73(6):1-37.
19. Bauer JE. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd edn.). Education for Health. 2004;17(3).
20. Moore G, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Cooper C, et al. Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014;68(2):101.
21. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008;337:a1655.
22. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Frontiers in public health*. 2019;7:64.
23. Cavill N, Roberts K, Rutter H. Standard evaluation framework for physical activity interventions. 2012.
24. Dugdill L, Stratton G. Evaluating sport and physical activity interventions: a guide for practitioners. 2007.
25. Roberts K, Cavill N, Rutter H. Standard Evaluation Framework for dietary interventions. 2012.
26. Ells LJ, Cavill N, Roberts K, Rutter H. Development of a Standard Evaluation Framework for Weight Management Interventions. *Public Health*. 2013;127(4):345-7.

27. Shams B, Golshiri P, Najimi A. The evaluation of Mothers' participation project in children's growth and development process: Using the CIPP evaluation model. *Journal of education and health promotion*. 2013;2:21.
28. Smith JD, Li DH, Rafferty MR. The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation science* : IS. 2020;15(1):84.
29. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการประชุมระดับโลกเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ. องค์การอนามัยโลก; 2009.
30. Shiell A. Health outcomes are about choices and values: an economic perspective on the health outcomes movement. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 1997;39(1):5-15.
31. ขอบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ. ราชกิจจานุเบกษา. 2019.
32. เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์(Final Report) ส่วนที่ 1 โครงการการทบทวนและประเมินผลกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544-2564. 2021.
33. สุรพล เหลี่ยมสูงเนิน. การสังเคราะห์ผลประเมินการดำเนินงานตามแผนหลัก 3 ปี สสส. (2561-2563). ฝ่ายติดตามประเมินผล: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2564.
34. Breuer E, Lee L, De Silva M, Lund C. Using theory of change to design and evaluate public health interventions: a systematic review. *Implementation science* : IS. 2016;11:63.
35. Akksilp K, Koh J, Tan V, Tong E, Budtarad N, Xueying G, et al. The physical activity at work (PAW) study: A cluster randomised trial of a multicomponent short-break intervention to reduce sitting time and increase physical activity among office workers in Thailand. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*. 2022;8:100086.
36. Ang G, Tan CS, Teerawattananon Y, Müller-Riemenschneider F, Chen C. A Nationwide Physical Activity Intervention for 654,500 Adults in Singapore: Cost-Utility Analysis. *JMIR public health and surveillance*. 2024;10:e46178.
37. Yao J, Lim N, Tan J, Matthias Müller A, Martinus van Dam R, Chen C, et al. Evaluation of a Population-Wide Mobile Health Physical Activity Program in 696 907 Adults in Singapore. *Journal of the American Heart Association*. 2022;11(12):e022508.
38. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว และ ยศ ตีระพัฒนานนท์. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย 2007.
39. Purgato M, Albanese E, Papola D, Prina E, Tedeschi F, Gross A, et al. How to distinguish promotion, prevention and treatment trials in public mental health? Study protocol for the development of the VErona-LUGano Tool (VELUT). *BMJ open*. 2024;14(8):e082652.

40. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. Societal Readiness Level - SRL [cited 2025 27/03]. Available from: <https://www3.rdi.ku.ac.th/wp-content/uploads/2018/09/5b96328b273fa.pdf>.
41. Turoff M, Linstone HA. The Delphi method: Techniques and applications [Internet]. 2002. [cited 2025 February 8]. Available from: https://www.foresight.pl/assets/downloads/publications/Turoff_Linstone.pdf
42. น้ำผึ้ง มีศีล. การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย : การหลีกเลี่ยงมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้อง. Veridian E-Journal, Silpakorn University สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ, 9(1), 1256 – 1267. 2016.
43. วาโร เฟ็งสวัสดี้. การวิจัยทางการศึกษาปฐมวัยโดยใช้เทคนิคไคราะห์ : เทคนิคเดลฟาย. วารสารวิทยบริการ, 11(2), 30 – 38. 2000.
44. ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และอัจฉรา ขานิประศาสน์. ระเบียบวิธีวิจัย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดีการพิมพ์. 2002.