



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการพัฒนา
และขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Social Return on Investment (SROI) of Area
Health Charter in North East Part, Thailand

คณะผู้วิจัย

นายทรงพล ตະลา
ผศ.ธวัชชัย เคหะบาล
ผศ.กรรณิกา บุตรอุดม
นางนิตยา เคหะบาล
ดร.ทิพย์ปริญญ์ ปัญญามี
นางสาวเบญจกรณ์ นามเสนา
นางสาวนภาพร แจ่มทับทิม
นางสาวชญาดา เรียร์วิบูล
นายจักรรินทร์ สี่มา
นางสาวธนวรรณ กรินทร์
นางสาวณัชฎาภรณ์ สุริยะพรหม



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ได้รับการสนับสนุนจาก กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (Fundamental Fund; FF)
ปีงบประมาณ 2568

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Social Return on Investment (SROI) of Area Health Charter in North East Part, Thailand

คณะผู้วิจัย

นายทรงพล ตูละทา (หัวหน้าโครงการ)

ผศ.ธวัชชัย เคหะบาล

ผศ.กรรณิกา บุตรอุดม

นางนิตยา เคหะบาล

ดร.ทิพย์ปริญญ์ ปัญญาณี

นางสาวเบญจภรณ์ นามเสนา

นางสาวนภาพร แจ่มทับทิม

นางสาวชญาดา เจริญวิบูล

นายจักรรินทร์ สี่มา

นางสาวธนวรรณ กรินทร์

นางสาวณัชฎาภรณ์ สุริยะพรหม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ได้รับการสนับสนุนจาก กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (Fundamental Fund; FF)

ปีงบประมาณ 2568

คำนำ

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเสนอผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) ของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดั่งพื้นที่ ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาวะอย่างยั่งยืน โดยมีการศึกษากรณีตัวอย่างจากสี่พื้นที่ ได้แก่ ตำบลนิคมสงเคราะห์ จังหวัดอุดรธานี, ตำบลพระลับ จังหวัดขอนแก่น, ตำบลเชียงเพ็ง จังหวัดยโสธร และตำบลนาโพธิ์กลาง จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษานี้มุ่งสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันคุณค่าและความคุ้มค่าของการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพผ่านวิธีการประเมิน SROI ที่ไม่เพียงสะท้อนผลลัพธ์เชิงตัวเลข แต่ยังขยายมุมมองไปสู่การวิเคราะห์คุณค่าเชิงสังคม วัฒนธรรม และการเรียนรู้ร่วมกันที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและแนวทางการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คณะผู้จัดทำขอกราบขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจน องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสงเคราะห์ ตำบลนิคมสงเคราะห์ อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี, เทศบาลตำบลพระลับ ตำบลพระลับ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเซ่ง ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี และองค์กรภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

นอกจากนี้ ขอขอบคุณเป็นพิเศษต่อ นายชากล้า กองสุวรรณ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสงเคราะห์, นายชนกฤต วิฑารัตน์ ผู้ใหญ่บ้านโนนบุญมี ตำบลนิคมสงเคราะห์, นางสุจิตรา อุทธา ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลพระลับ, นางดวงใจ พูลงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพธิ์ใต้ และนายสมชาย ทาริกะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเซ่ง ผู้เชี่ยวชาญด้านธรรมนูญสุขภาพพื้นที่และนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ผู้เชี่ยวชาญด้าน SROI และการประเมินผล นักวิชาการ และคณาจารย์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการในการออกแบบการศึกษา รวมถึง ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาและถ่ายทอดประสบการณ์อันมีคุณค่า ซึ่งทำให้ผลการศึกษานี้มีความสมบูรณ์และสะท้อนความจริงในพื้นที่อย่างรอบด้าน

ท้ายที่สุด ต้องขอขอบคุณ ประชาชนในพื้นที่ทั้งสี่ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วม ถ่ายทอดประสบการณ์ และร่วมกันสร้างความรู้ใหม่ผ่านกระบวนการประเมิน รายงานฉบับนี้จึงไม่ใช่เพียงผลงานวิชาการ แต่เป็นผลจากความร่วมแรงร่วมใจของทุกภาคส่วน

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของประเทศ ทั้งในระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น และระดับชาติ และจะช่วยเป็นแรงบันดาลใจให้ภาคีเครือข่ายทุกฝ่ายร่วมกันต่อยอดและพัฒนาธรรมนูญสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

ทรงพล ตู่ละทา และคณะ

สารบัญ

คำนำ.....	2
สารบัญ	3
บทสรุปผู้บริหาร (EXECUTIVE SUMMARY).....	6
บทที่ 1 บทนำ	11
หลักการและเหตุผล.....	11
วัตถุประสงค์.....	14
กรอบการวิจัยและพัฒนา	14
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
ระยะเวลาการดำเนินงาน	15
วิธีการดำเนินงาน	16
สมมติฐานการวิจัย.....	16
รูปแบบการวิจัย.....	16
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	17
เครื่องมือและการดำเนินงานวิจัย	18
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	21
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	22
การสังเคราะห์ข้อมูล.....	23
นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย	23
บทที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือและการกำหนดตัวแทนทางการเงิน เพื่อการประเมินผลตอบแทนทางสังคม SROI	25
1. การทบทวนวรรณกรรม	27
1.1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและธรรมนูญสุขภาพ.....	27
1.2 การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน SOCIAL RETURN ON INVESTMENT (SROI)	43
2. การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้านประเมินผล และ ด้านการประเมิน SROI	71
3. การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่.....	92
บทที่ 3 การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ในพื้นที่กรณีศึกษา.....	96
3.1 ผลการประเมินผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) ธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	97
3.1.1 บทนำและข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่.....	97
3.1.2 เนื้อหาในธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น โดยสังเขป.....	100
3.1.3 การกำหนดขอบเขตและระบุเงินลงทุน (SCOPING & IDENTIFYING INPUTS).....	101

3.1.4 การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (THEORY OF CHANGE - TOC)	103
3.1.5 การวัดผลและตีมูลค่าผลกระทบ (IMPACT MEASUREMENT AND VALUATION).....	111
3.1.6 การปรับค่าผลกระทบ (IMPACT ADJUSTMENT).....	119
3.1.7 การคำนวณและนำเสนอผล SROI.....	125
3.1.8 การตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (VERIFICATION).....	126
3.1.9 ข้อค้นพบจากกรณีศึกษาตำบลพระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น	129
3.2 ผลการประเมินผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) ธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี	133
3.2.1 บทนำและข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่.....	133
3.2.2 เนื้อหาในธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ อ.เมือง จ.อุดรธานี.....	136
3.2.3 การกำหนดขอบเขตและระบุเงินลงทุน (SCOPING & IDENTIFYING INPUTS).....	137
3.2.4 การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (THEORY OF CHANGE - TOC)	138
3.2.5 การตีมูลค่าผลกระทบ.....	151
3.2.6 การปรับค่าผลกระทบ (IMPACT ADJUSTMENT).....	153
3.2.7 การคำนวณและนำเสนอผล SROI.....	158
3.2.8 การตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (VERIFICATION).....	159
3.2.9 ข้อค้นพบจากกรณีศึกษาตำบลนิคมสงเคราะห์	162
3.3 รายงานผลการประเมิน SROI ธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร	167
3.3.1 บทนำและข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่.....	167
3.3.2 เนื้อหาในธรรมนูญสุขภาพ	168
3.3.3 การกำหนดขอบเขตและระบุเงินลงทุน (SCOPING & IDENTIFYING INPUTS).....	170
3.3.4 การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (THEORY OF CHANGE - TOC)	171
3.3.5 สรุปการประเมินผลกระทบทางสังคม	180
3.3.6 การวัดผลและตีมูลค่าผลกระทบ (IMPACT MEASUREMENT AND VALUATION).....	183
3.3.7 การปรับค่าผลกระทบ (IMPACT ADJUSTMENT).....	192
3.3.8 การคำนวณและนำเสนอผล SROI.....	200
3.3.9 การตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (VERIFICATION).....	203
3.3.10 ข้อค้นพบจากกรณีศึกษา	206
3.4 ผลการประเมินผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี	208
3.4.1 บทนำและข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่.....	208
3.4.2 เนื้อหาในธรรมนูญสุขภาพ	209
3.4.3 การกำหนดขอบเขตและระบุเงินลงทุน (SCOPING & IDENTIFYING INPUTS).....	211
3.4.4 การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (THEORY OF CHANGE - TOC)	212
3.4.5 การวัดผลและตีมูลค่าผลกระทบ (IMPACT MEASUREMENT AND VALUATION).....	219

3.4.6 การปรับค่าผลกระทบ (IMPACT ADJUSTMENT).....	225
3.4.7 การคำนวณและนำเสนอผล SROI.....	229
3.4.8 การตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (VERIFICATION).....	234
3.4.9 บทเรียนและข้อค้นพบจากการใช้เครื่องมือ SROI ในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมชุมชนสภาพพื้นที่ตำบล	236
บทที่ 4	239
บทที่ 5	263
บรรณานุกรม	276
ภาคผนวก	283
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ.....	284
ประวัตินักวิจัย.....	285
แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	300

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

บทนำ

การพัฒนาธรรมนุญสุขภาพระดับพื้นที่เป็นนวัตกรรมเชิงนโยบายที่มีเป้าหมายสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในกระบวนการจัดการสุขภาวะในท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีงานวิจัยที่ประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) ของธรรมนุญสุขภาพพื้นที่โดยตรง การประเมินผลจึงจำกัดอยู่เพียงการถอดบทเรียนเชิงคุณภาพ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ ได้แก่ 1) ระบุผลกระทบของธรรมนุญสุขภาพใน 4 มิติ คือ สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม 2) พัฒนาโมเดลและเครื่องมือประเมิน SROI ที่เหมาะสมกับบริบทของธรรมนุญสุขภาพพื้นที่ 3) นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ในพื้นที่กรณีศึกษา 4 แห่ง และ 4) ระบุปัจจัยความสำเร็จของการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพ พื้นที่กรณีศึกษาทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ ตำบลนิคมสงเคราะห์ จังหวัดอุดรธานี ตำบลพระลับ จังหวัดขอนแก่น ตำบลเชียงเพ็ง จังหวัดยโสธร และตำบลนาโพธิ์กลาง จังหวัดอุบลราชธานี

งานวิจัยนี้ตั้งสมมติฐานว่า การลงทุนในธรรมนุญสุขภาพพื้นที่ให้ผลตอบแทนทางสังคมเชิงบวก และกรอบ SROI ให้ความเข้าใจเชิงลึกกว่าการประเมินแบบเดิม นอกจากการนำเสนอผลการคำนวณเชิงปริมาณของอัตราส่วนผลตอบแทน (SROI Ratio) แล้ว งานวิจัยยังขยายกรอบการวิเคราะห์ไปสู่การสังเคราะห์เชิงคุณภาพ เพื่อตีความความหมายของผลลัพธ์ ตลอดจนชี้ให้เห็นข้อค้นพบเชิงทฤษฎีที่มีนัยสำคัญต่อการพัฒนา กลไกธรรมนุญสุขภาพในอนาคต

ผลการประเมิน

ผลการคำนวณอัตราส่วน SROI ของทุกกรณีศึกษาพบว่าค่า SROI Ratio มีค่ามากกว่า 1 ทุกกรณี หมายความว่า การลงทุน 1 บาทในกระบวนการธรรมนุญสุขภาพสร้างผลตอบแทนทางสังคมกลับคืนมากกว่าที่ ใช้ไป โดยมีค่าดังนี้

- ตำบลนิคมสงเคราะห์ จังหวัดอุดรธานี: SROI Ratio 7.842
- ตำบลพระลับ จังหวัดขอนแก่น: SROI Ratio 3.725
- ตำบลเชียงเพ็ง จังหวัดยโสธร: SROI Ratio 2.43
- ตำบลนาโพธิ์กลาง จังหวัดอุบลราชธานี: SROI Ratio 1.95

ผลลัพธ์นี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ การลงทุนในธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ให้ผลตอบแทนทางสังคมเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอในทุกกรณีศึกษา และกรอบ SROI ให้ความเข้าใจเชิงลึกกว่าการประเมินแบบเดิม เพราะสามารถเปิดเผยกลไกเบื้องหลังความสำเร็จ เช่น บทบาทของ Deadweight และ Attribution ซึ่งการถอดบทเรียนเชิงคุณภาพเพียงอย่างเดียวไม่อาจแสดงให้เห็นได้

ผลกระทบรายมิติมีดังนี้

ด้านสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลด้วยการเน้นป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มน้ำอัดลม การเพิ่มการบริโภคผักพื้นบ้าน และการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุก

ด้านเศรษฐกิจครัวเรือน ครัวเรือนประหยัดค่าเดินทาง ลดการสูญเสียวันทำงาน และบางพื้นที่ยังสร้างรายได้ใหม่ผ่านกิจกรรมเกษตรอินทรีย์และการแปรรูปสมุนไพร

ด้านสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนแน่นแฟ้นขึ้น เกิดแกนนำใหม่และอาสาสมัครเพิ่มขึ้นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นครอบคลุมทั้งความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและชุมชน (bonding) การเชื่อมโยงกับองค์กรท้องถิ่น (bridging) และการประสานกับหน่วยงานภาครัฐและวิชาการ (linking)

ด้านสิ่งแวดล้อม พื้นที่ชนบทบางแห่ง เช่น นาโพธิ์กลาง ขับเคลื่อนกิจกรรมลดการเผาในไร่นาและจัดการขยะครัวเรือน ซึ่งลดต้นทุนการจัดการสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่นในระยะยาว และส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต แม้ผลลัพธ์เหล่านี้จะไม่ถูกนับรวมในตัวเลข SROI โดยตรง แต่ถือเป็นคุณค่าสำคัญของการพัฒนาเชิงป้องกันที่เกิดขึ้นควบคู่กับมิติอื่น

นอกจากนี้ การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญยังชี้ว่าการลงทุนในธรรมนูญสุขภาพมิได้จำกัดเพียงงบประมาณทางการเงิน แต่รวมถึงการลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ในทุนมนุษย์ (เช่น การฝึกอบรม อสม. และแกนนำ) และทุนสังคม (เช่น ความร่วมมือเครือข่ายในและนอกพื้นที่) ซึ่งแม้ผลตอบแทนในรูปตัวเลขอาจยังไม่สะท้อนชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติคือการวางรากฐานของระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน

ผลการคำนวณเชิงปริมาณจึงยืนยันว่าธรรมนูญสุขภาพเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและก่อให้เกิดผลลัพธ์จริงที่ตรวจวัดได้

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ แม้ตัวเลข SROI จะสะท้อนความคุ้มค่า แต่การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเวทีสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ชี้ให้เห็นว่าหัวใจของความสำเร็จไม่ใช่ “เงิน” แต่คือ “คนและกระบวนการ”

คน อสม. แกนนำท้องถิ่น และจิตอาสา คือผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง เนื่องจากใกล้ชิดกับชุมชน และสื่อสารได้อย่างต่อเนื่อง

กระบวนการ การมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่การกำหนดปัญหา การวางแผนทาง ไปจนถึงการ ติดตามประเมินผล ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ (ownership) ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญให้กิจกรรมดำเนิน ต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมเช่นนี้ทำให้ธรรมณูสุขภาพไม่ใช่เพียง “เวทีจัดทำเอกสาร” แต่เป็นกระบวนการสร้าง พลังทางสังคมที่ทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหยั่งรากในชุมชน

ข้อค้นพบเชิงทฤษฎี

งานวิจัยครั้งนี้ยังเผยให้เห็นข้อค้นพบเชิงทฤษฎีที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

- คุณค่าที่ซ้อนทับกัน (Overlapping Value Phenomenon) พบว่าค่า Deadweight และ Attribution มีสัดส่วนสูง สะท้อนว่าธรรมณูสุขภาพไม่ใช่ผู้สร้างคุณค่าใหม่เพียงลำพัง แต่เป็นตัวเร่ง และผู้ประสานงานของระบบนิเวศ ทำให้ทรัพยากรที่กระจุกกระจายถูกจัดระเบียบและเสริมแรงกัน
- ข้อย้อนแย้งเรื่องการลงทุนพัฒนาคน (Paradox of Human Capital Development) การลงทุนใน บุคลากรชุมชนอย่าง อสม. ให้ผลตอบแทนทางสังคมสูงกว่าการลงทุนในบุคลากรมืออาชีพ เพราะ อสม. เข้าใจวิถีชีวิตและใกล้ชิดกับคนในพื้นที่
- หลักความใกล้ชิดของผลกระทบทางสังคม (The Proximity Principle of Social Impact) กิจกรรม ที่ริเริ่มและขับเคลื่อนโดยชุมชนเองให้ผลลัพธ์ยั่งยืนที่สุด ลดการสูญเสียผลลัพธ์ (Drop-off) และสร้างความต่อเนื่องแม้สิ้นสุดโครงการ

ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าความมองธรรมณูสุขภาพเป็นกลไกทางสังคมเชิงระบบนิเวศ มากกว่าโครงการเชิงกิจกรรม

การเปรียบเทียบบริบทพื้นที่

การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เมือง (นิคมสงเคราะห์ พระลับ) และชนบท (เชียงเพ็ง นา โปธิ์กลาง) ชี้ให้เห็นว่าทรัพยากรเริ่มต้นที่ต่างกันมีผลต่อรูปแบบกิจกรรมและพอร์ตโฟลิโอของผลลัพธ์

เมือง มีโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรมืออาชีพพร้อม ทำให้กิจกรรมเน้นเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ เช่น การจัดการโรคไม่ติดต่อ การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ขอบท ขาดแคลนทรัพยากรมืออาชีพ แต่ใช้ทุนสังคมและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การฟื้นฟูสมุนไพร การจัดการสิ่งแวดล้อม การลดการเผาอ้อย

ดังนั้น การออกแบบและสนับสนุนธรรมาภิบาลในอนาคตต้องยึดโยงกับความแตกต่างของบริบท ไม่สามารถใช้แนวทางเดียวกันกับทุกพื้นที่ได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการตีความผลการวิจัย ได้แก่ ขอบเขตการศึกษา ครอบคลุมเพียง 4 พื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงอาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังภูมิภาคอื่นได้ทั้งหมด ข้อมูลบางส่วนที่ใช้คำนวณตัวแทนมูลค่าทางการเงิน (Financial Proxy) ต้องอาศัยการประมาณการจากข้อมูล ทุติยภูมิ เนื่องจากพื้นที่ศึกษาไม่มีข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ที่เก็บไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ การกำหนด สัดส่วน Deadweight และ Attribution ในบางกิจกรรมยังอาศัยดุลยพินิจของผู้วิจัยเนื่องจากยังไม่มีเกณฑ์ มาตรฐานสากลสำหรับบริบทไทย และการศึกษาี้ประเมินผลกระทบ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional) จึง ยังไม่สามารถยืนยันแนวโน้มของ Drop-off ในระยะยาวได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และหน่วยงานระดับชาติ

- ปฏิรูปแนวทางการจัดสรรทรัพยากรจากการกระจายไปสู่การลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ มุ่งเน้น กิจกรรมที่มี Additionality สูง
- ผลักดันให้ธรรมาภิบาลกลายเป็นเครื่องมือเชิงนโยบาย ไม่ใช่เพียงเครื่องมือเชิงกระบวนการ
- บูรณาการธรรมาภิบาลเข้ากับยุทธศาสตร์ชาติและนโยบายท้องถิ่น เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืน

ต่อหน่วยงานสนับสนุนและภาคีเครือข่าย

- ใช้ผลการศึกษานี้เป็นกรณีอ้างอิงในการสนับสนุนพื้นที่อื่น
- สนับสนุนงบประมาณและกลไกเชิงสถาบันที่เอื้อต่อการขยายผลและต่อยอด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อยอด

การวิจัยในอนาคตควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังธรรมาภิบาลพื้นที่ในภูมิภาคอื่น เพื่อ เปรียบเทียบว่าปัจจัยความสำเร็จที่ค้นพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะเฉพาะภูมิภาคหรือเป็นรูปแบบ ร่วมในระดับประเทศ ควรพัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ก่อนเริ่มกิจกรรมเพื่อเพิ่มความแม่นยำของการ คำนวณ SROI ควรศึกษาติดตามผลระยะยาว (longitudinal study) เพื่อตรวจสอบค่า Drop-off อย่างเป็น

ระบบ และควรพัฒนาเครื่องมือหรือตัวชี้วัดเสริมที่ตีมูลค่ามิติที่จับต้องยาก เช่น พุนทางสังคม วัฒนธรรม และความเสมอภาค ให้สอดคล้องกับกรอบ SROI มากขึ้น

บทเรียนสำคัญ

- ธรรมนูญสุขภาพไม่ใช่เอกสาร แต่คือกระบวนการ ความสำเร็จเกิดจากการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องและจริงจัง
- การลงทุนที่สำคัญที่สุดคือทุนมนุษย์ระดับชุมชนและทุนสังคม อสม. แกนนำท้องถิ่น และความสัมพันธ์ในชุมชนคือหัวใจของความยั่งยืน
- การสะท้อนผลการประเมินกลับสู่ชุมชนคือเงื่อนไขแห่งการเรียนรู้ร่วม กระบวนการคืนข้อมูลทำให้ประชาชนเห็นคุณค่าของการมีส่วนร่วม และนำไปสู่การเรียนรู้ร่วมที่ต่อยอดการพัฒนาในอนาคต

สรุปภาพรวม

การศึกษานี้ชี้ชัดว่าธรรมนูญสุขภาพคือกลไกเชิงระบบนิเวศที่สร้างผลลัพธ์ทางสังคมที่คุ้มค่าและยั่งยืน ผลการประเมิน SROI ที่มากกว่า 1 ในทุกกรณีเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของความคุ้มค่า และสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ข้อค้นพบเชิงทฤษฎีเปิดมุมมองใหม่ต่อบทบาทของธรรมนูญสุขภาพ ขณะที่ข้อเสนอเชิงนโยบายชี้ทางให้ยกระดับธรรมนูญสุขภาพจากเครื่องมือเชิงกระบวนการไปสู่เครื่องมือเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาสุขภาวะในระยะยาว ทั้งนี้ ผลการศึกษาควรได้รับการตีความภายใต้ขอบเขตของกรณีศึกษาทั้ง 4 พื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และการวิจัยต่อยอดในภูมิภาคอื่นจะช่วยยืนยันความสามารถในการนำผลไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างต่อไป

บทที่ 1 บทนำ

หลักการและเหตุผล

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ คือ กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ เป็นเสมือนพิมพ์เขียวที่ภาคส่วนต่างๆ มาร่วมกันกำหนดภาพอนาคตที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพ ทุกหน่วยงาน องค์กรรวมถึงชุมชน ต้องถึงจึงสามารถนำใช้อ้างอิงประกอบการจัดทำแผนนโยบาย รวมถึงกติการ่วมของชุมชนได้ในรูปของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มีหลักการสำคัญ คือ เป็นข้อตกลงร่วมในการกำหนดทิศทางหรือแนวปฏิบัติในการนำไปสู่สุขภาพของชุมชน โดยชุมชนสามารถจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ตามความสมัครใจและตามความพร้อมของชุมชน ซึ่งมีเจตนารมณ์เพื่อให้ชุมชนมีเครื่องมือกำหนดทิศทางหรือแนวปฏิบัติร่วม เพื่อนำไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่สามารถแก้ปัญหาในด้านสุขภาพของพื้นที่อย่างเหมาะสมและทันเหตุการณ์ คำนึงถึงสิทธิชุมชน วิถีชุมชน วัฒนธรรมชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทิศทางสังคมของชุมชน ข้อมูลสุขภาพชุมชนและหลักการการจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืนตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และเน้นความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนตลอดทั้งกระบวนการ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่จึงเป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะ และดำเนินงานร่วมกับภาคยุทธศาสตร์ เครือข่าย ชุมชนท้องถิ่นอย่างแพร่หลาย จากการดำเนินงานสนับสนุนให้เกิดการใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะในพื้นที่ สช. ยังมีข้อจำกัดในการติดตาม ประเมินผล ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ที่สามารถสะท้อนผลตอบแทนหรือความคุ้มค่าในการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ การประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่ผ่านมา มักใช้กระบวนการถอดบทเรียนสรุปบทเรียน เพื่อให้เห็นผลในเชิงคุณค่าที่เกิดขึ้นต่อชุมชนในภาพรวมเป็นหลัก

แม้ว่าการประเมินและการวัดผลของธรรมนูญสุขภาพมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจประสิทธิภาพและผลกระทบของธรรมนูญสุขภาพ แต่กระบวนการประเมินใดๆ ก็ตาม ย่อมมีข้อจำกัดตามธรรมชาติ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พบข้อจำกัดในการประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เช่น

- 1) ข้อจำกัดตามบริบท ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละชุมชนสามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์และประสิทธิภาพของธรรมนูญสุขภาพ
- 2) คุณภาพของการมีส่วนร่วมสามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การประเมิน การมีส่วนร่วมที่จำกัดหรือการเป็นตัวแทนที่ลำเอียงอาจบิดเบือนผลการประเมินได้
- 3) ธรรมนูญสุขภาพครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่หลากหลาย การพึ่งพาตัวชี้วัดบางตัวมากเกินไปอาจนำไปสู่ความเข้าใจที่ไม่สมบูรณ์หรือผิดเพี้ยนไป

- 4) ผลกระทบบางอย่างอาจใช้เวลาจึงจะปรากฏ การประเมินผลระยะสั้นอาจไม่สามารถชี้ให้เห็นประโยชน์หรือผลกระทบระยะยาว
- 5) ปัจจัยภายนอก เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบาล ความตกต่ำทางเศรษฐกิจ หรือวิกฤตด้านสุขภาพที่คาดไม่ถึง (เช่น โรคระบาด) สามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของธรรมนูญสุขภาพ
- 6) สุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเชื่อและวัฒนธรรม กระบวนการประเมินผลที่ไม่คำนึงถึงความอ่อนไหวเหล่านี้อาจเผชิญกับอุปสรรค หรืออาจไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ในการประเมินผลกระทบของธรรมนูญสุขภาพ
- 7) ข้อจำกัดด้านทรัพยากร การประเมินผลอย่างรอบด้านต้องใช้ทรัพยากร ทั้งในด้านงบประมาณและความเชี่ยวชาญ
- 8) บางชุมชน มีความยากในการรวบรวม จัดเก็บ และค้นหาข้อมูล ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สมบูรณ์ อาจนำไปสู่ผลลัพธ์การประเมินผลที่ผิดพลาด
- 9) ผลลัพธ์ของธรรมนูญสุขภาพอาจจำเป็นต้องเปรียบเทียบกับโครงการหรือเกณฑ์มาตรฐานที่คล้ายคลึงกัน การขาดข้อมูลเปรียบเทียบหรือเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวไม่สามารถทำให้การประเมินผลมีความถูกต้อง เพียงตรงได้

การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment; SROI) คือ การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนเป็นแนวคิดที่มาตั้งแต่กลางทศวรรษ 90 ซึ่งเป็นยุคบุกเบิกของการประเมินผลลัพธ์ทางสังคม โดยผู้เริ่มต้นคือ Roberts Enterprise Development Foundation (REDF) ในสหรัฐอเมริกา ก่อนจะถูกปรับเปลี่ยนและขยายไปสู่กว้างโดย New Economics Foundation ในสหราชอาณาจักร SROI ถือเป็นเครื่องมือหนึ่งที่เราใช้ประเมินผลลัพธ์ทางสังคมได้ แต่ไม่ใช่กรอบคิดหรือเครื่องมือเดียวที่มีในตลาดและในทางวิชาการ

การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมเป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อให้สามารถวัดผลประโยชน์ของโครงการต่าง ๆ ที่มีคุณค่าต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมพยายามแปลงผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่สังคมให้เป็นมูลค่าที่มีหน่วยวัดเดียวกับเงินตรา ประโยชน์ที่จะได้จากการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมของกิจกรรมที่ทำเพื่อสังคม คือทำให้เกิดความชัดเจนในวิธีการวิเคราะห์คุณค่าของโครงการต่าง ๆ ต่อสังคมและทำให้เห็นประโยชน์ที่ตกแก่สังคม และบอกได้ว่าเงินลงทุนแต่ละบาทนั้นสังคมได้ผลตอบแทนเท่าใด การวิเคราะห์ที่โปร่งใสทำให้สามารถสื่อสารกับสาธารณะได้ และผลของการวิเคราะห์ยังสามารถช่วยในการตัดสินใจในอนาคตว่าควรปรับปรุงการทำงานอย่างไรเพื่อให้สังคมได้รับประโยชน์มากขึ้นและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ

ดังนั้น การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) สามารถใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลและวัดผล ธรรมนูญสุขภาพได้ในรูปแบบต่อไปนี้

- 1) SROI ช่วยในการวิเคราะห์เชิงปริมาณผลลัพธ์ของโครงการธรรมนูญสุขภาพ ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าใจผลประโยชน์และผลกระทบที่จับต้องได้ของธรรมนูญสุขภาพในเชิงตัวเลข
- 2) SROI แปลงผลลัพธ์ของธรรมนูญสุขภาพเป็นมูลค่าทางการเงิน ช่วยในการทำความเข้าใจผลตอบแทนทางการเงินจากการลงทุนในธรรมนูญสุขภาพ
- 3) SROI เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อทำความเข้าใจมุมมองและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ว่าธรรมนูญสุขภาพสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างไร
- 4) SROI อนุญาตให้มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบโครงการธรรมนูญสุขภาพที่แตกต่างกัน สิ่งนี้ช่วยในการระบุแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดและพื้นที่ที่ต้องปรับปรุง
- 5) SROI ส่งเสริมความโปร่งใสและความรับผิดชอบในกระบวนการประเมินผล สิ่งนี้สร้างความเชื่อมั่นระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 6) SROI มอบข้อมูลเชิงลึกที่มีค่าซึ่งสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจ สิ่งนี้ช่วยให้แน่ใจว่าทรัพยากรได้รับการจัดสรรอย่างมีประสิทธิภาพและธรรมนูญสุขภาพมอบคุณค่าสูงสุดให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 7) SROI สามารถนำเสนอมุมมองแบบองค์รวมของผลกระทบของธรรมนูญสุขภาพ โดยพิจารณาผลลัพธ์ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ สิ่งนี้ให้ความเข้าใจอย่างรอบด้านเกี่ยวกับประสิทธิภาพโดยรวมของธรรมนูญสุขภาพ

การพัฒนาธรรมนูญสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจุบันมีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่จำนวน 360 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ระดับตำบล อีกทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มีการพัฒนาสุขภาพพื้นที่หลากหลายรูปแบบ เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ (สช.) สนับสนุนการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพพื้นที่โดยตรง พัฒนาผ่านกลไกพี่เลี้ยงธรรมนูญสุขภาพและเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด มีการสนับสนุนและดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) เป็นต้น ลักษณะบริบทของพื้นที่ธรรมนูญสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการพัฒนามาจากพื้นที่ชุมชน ตำบล ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จึงมีความเหมาะสมในการเลือกเป็นพื้นที่ศึกษาให้เห็นผลกระทบและผลตอบแทนทางสังคมจากการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในเชิงเปรียบเทียบธรรมนูญสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสนับสนุนที่มีรูปแบบแตกต่างกัน

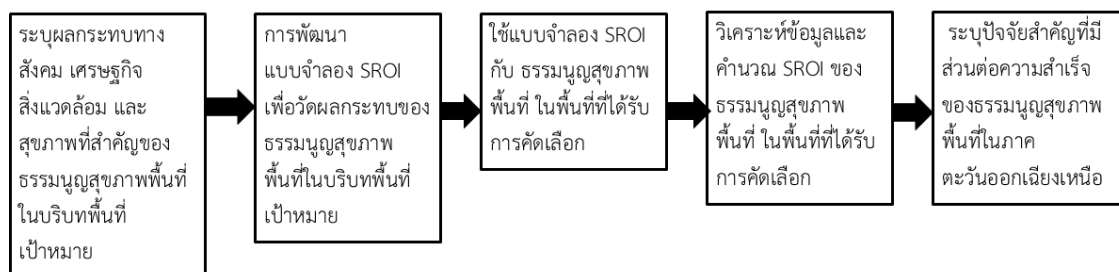
การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะช่วยให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แนวทางในการนำรูปแบบ (model)

SROI เพื่อวัดผลกระทบของผลตอบแทนทางสังคมของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ รวมถึงการระบุปัจจัยสำคัญที่มีส่วนทำให้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประสบความสำเร็จไปพัฒนาแนวทางและกลยุทธ์การสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) ระบุผลกระทบทางสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของสุขภาพธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 2) พัฒนารูปแบบ (model) SROI เพื่อวัดผลกระทบของผลตอบแทนทางสังคมของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 3) นำรูปแบบ SROI ไปใช้กับธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 4) ระบุปัจจัยสำคัญที่มีส่วนทำให้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประสบความสำเร็จ

กรอบการวิจัยและพัฒนา



ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ได้ชุดข้อมูลที่แสดงให้เห็นผลกระทบของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ต่อสุขภาพประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และอัตราการเจ็บป่วยที่ลดลง รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ
- 2) ได้มูลค่าผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่แสดงถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมเมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ลงทุนไป ทำให้เห็นความคุ้มค่าใน

การดำเนินงานและสามารถแสดงให้เห็นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณเห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้น

- 3) ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของความเข้มแข็งในชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และการพัฒนากลไกการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ
- 4) ได้ทราบถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ทั้งในแง่การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและภาครัฐ การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพในพื้นที่ และการเพิ่มผลิตภาพแรงงานจากการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน
- 5) ได้กรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้เข้าใจกลไกและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่
- 6) ได้แนวทางในการพัฒนานโยบายสนับสนุนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัย ทำให้การกำหนดนโยบายมีความสอดคล้องกับความต้องการและศักยภาพของพื้นที่มากขึ้น
- 7) ได้คู่มือการประเมิน SROI สำหรับธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่สามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ ทำให้พื้นที่ที่สามารถประเมินผลการดำเนินงานของตนเองได้อย่างเป็นระบบและแสดงให้เห็นคุณค่าของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน
- 8) ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมในบริบทของนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการต่อยอดทั้งแนวคิดเรื่อง SROI และการประเมินนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในบริบทไทย
- 9) ได้เครื่องมือและแนวทางการเสริมพลังชุมชนในการมีส่วนร่วมพัฒนาและประเมินธรรมนูญสุขภาพ ทำให้ชุมชนตระหนักถึงคุณค่าและผลกระทบของธรรมนูญสุขภาพที่มีต่อชุมชน และสามารถพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน
- 10) ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการสนับสนุนและขยายผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่มีประสิทธิผลไปสู่พื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ รวมถึงแนวทางการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณที่เหมาะสมในการสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว

ระยะเวลาการดำเนินงาน

โครงการนี้มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 1 ปี ตามปีงบประมาณ พ.ศ.2568

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) จากการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และระบุปัจจัยสำคัญที่มีส่วนต่อความสำเร็จ โดยมีระเบียบวิธีวิจัยที่ประกอบด้วยสมมติฐาน รูปแบบการวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนการดำเนินงาน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัย

- 11) การลงทุนในการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ก่อให้เกิดผลตอบแทนทางสังคมเชิงบวก ซึ่งหมายความว่า ทุกๆ หนึ่งบาทที่ลงทุนไปในการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ จะสร้างมูลค่าทางสังคมที่สูงกว่าในรูปของผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชน สมมติฐานนี้มุ่งเน้นการวัดความสัมพันธ์เชิงปริมาณระหว่างทรัพยากรที่ลงทุน (Inputs) กับคุณค่าทางสังคมที่เกิดขึ้น (Social Value) โดยใช้กรอบการวิเคราะห์ SROI เพื่อประเมินว่าธรรมนูญสุขภาพสร้างผลกระทบเชิงบวกสุทธิที่คุ้มค่าต่อการลงทุนหรือไม่ โดยพิจารณาทั้งผลลัพธ์ที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้
- 12) การประยุกต์ใช้กรอบการวิเคราะห์ SROI ในการประเมินผลธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกและครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ที่มีต่อชุมชน มากกว่าการประเมินผลในรูปแบบเดิม การวิเคราะห์ SROI จะสามารถฉายภาพผลกระทบของธรรมนูญสุขภาพที่ละเอียดและเชื่อมโยงกัน ทำให้เห็นคุณค่าที่ซ่อนอยู่ (Hidden Value) และผลกระทบที่ไม่คาดคิด (Unexpected Outcomes) ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานในอนาคตได้

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยบูรณาการวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านและมีความลึกซึ้งในการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่

1) การวิจัยเชิงปริมาณ: มุ่งเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นตัวเลขเพื่อวัดผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (Inputs) ข้อมูลผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) ที่วัดผลได้ เช่น จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สถิติการเจ็บป่วยที่ลดลง มูลค่า

ทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น เป็นต้น โดยอาศัยข้อมูลจากฐานข้อมูลหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง (เช่น งบประมาณ
อปท. สถิติสาธารณสุข) เอกสารโครงการ รายงานการดำเนินงาน และการสำรวจชุมชนโดยใช้แบบสอบถาม

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ: มุ่งเน้นการทำความเข้าใจบริบท ความหมาย และกระบวนการที่ส่งผลต่อ
ผลลัพธ์ของธรรมนูญสุขภาพ รวมถึงการระบุคุณค่าทางสังคมที่อาจวัดเป็นตัวเลขได้ยาก โดยใช้การสัมภาษณ์
เชิงลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ
และการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) เพื่อให้เข้าใจมุมมอง ประสบการณ์ และคุณค่าที่ผู้เกี่ยวข้อง
ให้ความสำคัญ

การผสมผสานวิธีวิจัยนี้จะช่วยให้สามารถสร้างแบบจำลอง SROI ที่สะท้อนความเป็นจริงได้อย่าง
ครอบคลุม โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้ในการคำนวณอัตราส่วน SROI ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพจะช่วยในการ
อธิบายที่มาที่ไปของผลลัพธ์ การระบุตัวชี้วัดที่เหมาะสม การกำหนดมูลค่าตัวแทนทางการเงิน (Financial
Proxies) สำหรับผลลัพธ์ทางสังคมที่จับต้องไม่ได้ และการทำความเข้าใจปัจจัยความสำเร็จในบริบทของพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อคัดเลือกพื้นที่ศึกษาและ
ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้

1) พื้นที่ศึกษา คัดเลือกพื้นที่ที่มีการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 พื้นที่ ซึ่งเป็นตัวแทนของรูปแบบการสนับสนุนและการก่อเกิดกระบวนการที่
แตกต่างกัน ได้แก่

- ธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- ธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- ธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร
- ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

การเลือกพื้นที่เหล่านี้คำนึงถึงความหลากหลายของบริบท ประเด็นสุขภาพในธรรมนูญ ระยะเวลาใน
การดำเนินงาน และกลไกการขับเคลื่อน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลลัพธ์ ปัจจัยความสำเร็จ
และความท้าทายได้อย่างรอบด้าน

2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและ
ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ศึกษาทั้ง 4 แห่ง รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็นกลุ่มย่อยดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Key Informant Interview)

- คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดบพื้นที่ (เช่น ผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่ อปท. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการ รพ.สต. อสม. ตัวแทนภาคประชาชน ปราชญ์ชาวบ้าน) ในแต่ละพื้นที่ศึกษา
- ผู้แทนกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด หรือหน่วยงานสนับสนุนระดับจังหวัด/เขต
- ผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ (เช่น เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชน อำเภอ)
- ตัวแทนภาคธุรกิจ/เอกชนในพื้นที่ (ถ้ามีส่วนเกี่ยวข้อง)
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม สุขภาพชุมชน เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (สัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อยืนยันความถูกต้องของกรอบแนวคิดและแบบจำลอง SROI)

กลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

- กลุ่มประชาชนผู้ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพในแต่ละพื้นที่ (แบ่งกลุ่มตามประเด็นหรือกิจกรรมในธรรมนูญ)
- กลุ่มคณะทำงานฯ หรือผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ เพื่อสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)

- กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่างๆ (ตามที่ระบุในข้อ 1) เพื่อร่วมพัฒนาและให้ข้อคิดเห็นต่อกรอบและแบบจำลอง SROI
- กลุ่มคณะทำงานฯ และผู้เกี่ยวข้องจากพื้นที่ศึกษาทั้ง 4 แห่ง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับ SROI และระบุปัจจัยความสำเร็จ

เครื่องมือและการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยมีขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารอบแนวคิดและแบบจำลอง SROI สำหรับธรรมนูญสุขภาพพระดบพื้นที่

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างกรอบการวิเคราะห์และแบบจำลอง SROI ที่เหมาะสมกับบริบทของธรรมนูญสุขภาพพระดบพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เครื่องมือและกิจกรรม

- การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Literature and Document Review): ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการของ SROI งานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการทางสังคม และสุขภาพ เอกสารธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ รายงานการดำเนินงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของแบบจำลอง
- การประชุมระดมสมองและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (Expert Consultation Workshop): จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญจากสาขาที่เกี่ยวข้อง (สุขภาพ สาธารณสุข อนามัยสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วม เศรษฐศาสตร์ การประเมินผล ฯลฯ) เพื่อร่วมกันกำหนดขอบเขต ตัวชี้วัด แหล่งข้อมูล และแนวทางการกำหนดมูลค่าตัวแทนทางการเงิน (Financial Proxies) สำหรับผลลัพธ์ทางสังคมและสุขภาพที่จับต้องไม่ได้
- การรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Consultation): จัดประชุม/สัมภาษณ์คณะทำงานฯ และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่นำร่อง เพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง และความเหมาะสมของตัวชี้วัดที่สร้างขึ้น
- ร่างกรอบแนวคิดและแบบจำลอง SROI: พัฒนาร่างกรอบและแบบจำลอง SROI ที่ระบุถึงทรัพยากรที่ลงทุน (Inputs) กิจกรรม (Activities) ผลผลิต (Outputs) ผลลัพธ์ (Outcomes) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และผลกระทบ (Impacts) พร้อมแนวทางการวัดผลและการให้มูลค่า

ผลลัพธ์ กรอบแนวคิดและแบบจำลอง SROI ฉบับร่าง พร้อมคู่มือเบื้องต้น

ขั้นตอนที่ 2: การประยุกต์ใช้แบบจำลอง SROI และวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมในพื้นที่ศึกษา

วัตถุประสงค์ เพื่อนำแบบจำลอง SROI ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่ศึกษา 4 แห่ง และคำนวณอัตราส่วน SROI ของแต่ละพื้นที่

เครื่องมือและกิจกรรม

- การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research - PAR): ผู้วิจัยทำงานร่วมกับทีมงานในพื้นที่เป้าหมาย (อปท. รพ.สต. คณะทำงานฯ) ในลักษณะ "ทีมวิจัยและวิทยากรกระบวนการ" เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามองค์ประกอบของแบบจำลอง SROI
- การเก็บรวบรวมข้อมูล Input: รวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายและทรัพยากรทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ (งบประมาณ เวลาบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนจากภายนอก) จากเอกสารทางการเงิน บัญชีโครงการ และการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล Output Outcome Impact: ใช้เครื่องมือหลากหลาย ได้แก่ แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์ (เชิงลึกและกลุ่ม) การสังเกตการณ์ และการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อเก็บ

ข้อมูลผลผลิต กิจกรรม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ รวมถึงการระบุคุณค่าทางสังคมที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญ

- การกำหนดมูลค่าตัวแทนทางการเงิน (Financial Proxy Assignment): ทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญในการเลือกและกำหนดมูลค่าตัวแทนที่เหมาะสมและน่าเชื่อถือสำหรับผลลัพธ์ทางสังคมและสุขภาพที่ไม่สามารถวัดเป็นตัวเงินโดยตรงได้ โดยอ้างอิงจากงานวิจัยหรือฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- การคำนวณ SROI: วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ SROI เพื่อคำนวณมูลค่ารวมของผลกระทบทางสังคม และคำนวณอัตราส่วน SROI ($SROI \text{ Ratio} = \frac{\text{Total Present Value of Impact}}{\text{Total Present Value of Investment}}$)

ผลลัพธ์ รายงานการวิเคราะห์ SROI ของธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ศึกษาแต่ละแห่ง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเคราะห์ผล การระบุปัจจัยความสำเร็จ และการจัดทำข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์ผลการวิเคราะห์ SROI จากทั้ง 4 พื้นที่ ระบุปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลว และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ

เครื่องมือและกิจกรรม

- การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้ามกรณี (Cross-case Analysis) เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ SROI กระบวนการดำเนินงาน บริบท และปัจจัยต่างๆ ระหว่างพื้นที่ศึกษาทั้ง 4 แห่ง เพื่อหาแบบแผนร่วมและปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ
- การประชุมคืบข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Feedback and Learning Exchange Workshop) จัดเวทีนำเสนอผลการวิเคราะห์ SROI และผลการสังเคราะห์เบื้องต้นให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกพื้นที่ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) และร่วมกันระบุ/ยืนยันปัจจัยความสำเร็จ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
- การสังเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสรุปปัจจัยสำคัญที่มีส่วนต่อความสำเร็จของการพัฒนา และขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในมิติของการสร้างผลตอบแทนทางสังคม
- การจัดทำข้อเสนอแนะ พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเชิงยุทธศาสตร์ และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการสำหรับพื้นที่ในการนำกรอบ SROI ไปประยุกต์ใช้เพื่อติดตามประเมินผลและพัฒนาการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพต่อไป

ผลลัพธ์ รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ประกอบด้วย ผลการวิเคราะห์ SROI ปัจจัยความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรวจสอบความน่าเชื่อถือระหว่างกันได้ (Triangulation) ดังนี้

1) การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) รวบรวมและวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- ธรรมนูญสุขภาพพระดบพื้นที่ของทั้ง 4 แห่ง
- แผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ
- รายงานการประชุม รายงานผลการดำเนินงาน
- เอกสารงบประมาณ รายงานการเงิน
- สถิติข้อมูลด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่างๆ (อปท. รพ.สต. สาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด)
- วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ SROI และธรรมนูญสุขภาพ

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นเรื่องทรัพยากรที่ใช้ กิจกรรม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คุณค่าที่ได้รับ ปัจจัยสนับสนุน/อุปสรรค และมุมมองต่อการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ และการประเมินผล

3) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จัดกลุ่มสนทนากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ (ประชาชนผู้รับประโยชน์ คณะทำงาน) เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ มุมมอง และคุณค่าที่หลากหลายในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator)

4) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนากกรอบ SROI และเป็นเวทีให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ระบุผลลัพธ์ กำหนดมูลค่า และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมิน

5) การสำรวจ (Survey) อาจมีการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในกรณีที่ต้องการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณบางอย่างจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น การสำรวจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือความพึงพอใจ (หากจำเป็นและเหมาะสมกับกรอบ SROI)

6) การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) ผู้วิจัยเข้าร่วมกิจกรรมหรือการประชุมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษา เพื่อสังเกตการณ์กระบวนการดำเนินงาน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง และบริบทแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจข้อมูลเชิงคุณภาพได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะแยกตามประเภทของข้อมูลและบูรณาการผลลัพธ์ในขั้นตอนสุดท้าย ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 1) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม บันทึกการสังเกตการณ์ และเอกสาร
- 2) ดำเนินการถอดเทป สรุปความ จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นคำถามและตามองค์ประกอบของ SROI (Inputs Activities Outputs Outcomes Impacts)
- 3) ระบุประเด็นสำคัญ (Themes) ที่สะท้อนคุณค่าทางสังคม ปัจจัยความสำเร็จ และอุปสรรค
- 4) ใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (เอกสาร สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม) และจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปลักษณะข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทรัพยากรที่ใช้ และข้อมูลผลผลิต/ผลลัพธ์ที่วัดเป็นตัวเลขได้

การวิเคราะห์ SROI ดำเนินการตามขั้นตอนมาตรฐานของ SROI ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การกำหนดขอบเขตและระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Establishing scope and identifying stakeholders) ยืนยันขอบเขตการวิเคราะห์และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ
- 2) การสร้างแผนที่ผลกระทบ (Mapping outcomes) สร้างทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) ที่แสดงความเชื่อมโยงเชิงเหตุผลจาก Inputs -> Activities -> Outputs -> Outcomes -> Impacts โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ
- 3) การพิสูจน์ผลลัพธ์และให้คุณค่า (Evidencing outcomes and giving them a value) รวบรวมข้อมูลเพื่อพิสูจน์ว่าผลลัพธ์เกิดขึ้นจริง และกำหนดมูลค่าตัวแทนทางการเงิน (Financial Proxies) ให้กับผลลัพธ์เหล่านั้น
- 4) การสร้างผลกระทบ (Establishing impact) ประเมินว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการดำเนินงานจริงมากน้อยเพียงใด โดยพิจารณาปัจจัย Deadweight Displacement Attribution Drop-off
- 5) การคำนวณ SROI (Calculating the SROI) รวมมูลค่าของผลกระทบทั้งหมด คำนวณมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value - NPV) ของผลกระทบและการลงทุน และคำนวณอัตราส่วน SROI

- 6) การรายงาน การใช้ และการฝังลึก (Reporting using and embedding) จัดทำรายงานผลการวิเคราะห์ และสื่อสารผลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

การสังเคราะห์ข้อมูล

- 1) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมาบูรณาการเข้าด้วยกัน เพื่ออธิบายผลการคำนวณ SROI ให้มีความหมายและชัดเจนยิ่งขึ้น
- 2) เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ SROI และปัจจัยแวดล้อมระหว่างพื้นที่ศึกษาทั้ง 4 แห่ง (Cross-case Synthesis) เพื่อระบุปัจจัยความสำเร็จและข้อเสนอแนะที่มีความน่าเชื่อถือ
- 3) สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเพื่อตอบสนองมาตรฐานและวัตถุประสงค์การวิจัย

โดยการดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยนี้ คาดว่าจะได้ผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนและพัฒนากิจการดำเนินงานธรรมนุญสุภาพระดับพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) คือการรอบการประเมินที่อยู่บนพื้นฐานของหลักการ ซึ่งออกแบบมาเพื่อรวบรวมและบอกเล่าคุณค่าทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจที่ไม่ปรากฏเป็นค่าตัวเลข ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ผลกระทบและมูลค่าทางสังคม ในกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนุญสุภาพตำบล

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) หมายถึงกลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่ได้รับผลกระทบจากโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม ตั้งแต่เริ่มต้นพัฒนาธรรมนุญสุภาพพื้นที่ เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกำหนดคุณค่าที่ควรถ่วงนับและเป็นส่วนหนึ่งในการระบุทิศทางการเปลี่ยนแปลง

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change: ToC) คือเครื่องมือที่ช่วยให้เข้าใจและอธิบายเส้นทางของเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ โดยจะแสดงความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นแผนที่สำคัญในการเก็บข้อมูลและหลักฐานสำหรับผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ

ผลกระทบสุทธิ (Net Impact) หมายถึงผลลัพธ์ที่แท้จริงของโครงการหลังจากหักปัจจัยที่ไม่ได้เกิดจากโครงการออกแล้ว การคำนวณผลกระทบสุทธิจะต้องพิจารณาและหักออกใน 4 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่น่าจะเกิดขึ้นเองอยู่แล้ว (Deadweight) การเฉลี่ยเครดิตระหว่างโครงการกับปัจจัยภายนอก (Attribution) ผลกระทบที่เกิดจากการย้ายจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง (Displacement) และการลดลงของประโยชน์ตามเวลา (Drop-off)

ตัวแทนมูลค่า (Value Proxy) คือการกำหนดมูลค่าทางการเงินให้กับผลลัพธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถนำมาเปรียบเทียบกับต้นทุนได้ การเลือกตัวแทนมูลค่าควรมีเหตุผลรองรับและอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้ หรือรายได้ที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม มูลค่าของสิ่งเดียวกันอาจแตกต่างกันไปตามบริบท จึงต้องมีความโปร่งใสในการเปิดเผยที่มาและเหตุผลของการเลือก

ธรรมนูญสุขภาพ หมายถึง กลไกที่ใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากฐานรากสู่การปฏิบัติในระดับชุมชนท้องถิ่น โดยมีสถานะเป็น "กรอบทิศทาง ข้อตกลงร่วม พันธสัญญา หรือกติการ่วม" ที่คนในชุมชนพัฒนาขึ้นและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง และบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับการทำงาน

บทที่ 2

การพัฒนาเครื่องมือและการกำหนดตัวแทนทางการเงิน เพื่อการประเมินผลตอบแทนทางสังคม SROI

การดำเนินงานวิจัยที่มุ่งประเมินผลกระทบทางสังคมและสุขภาพในเชิงนโยบาย จำเป็นต้องพึ่งพากระบวนการพัฒนาเครื่องมือที่มีความถูกต้อง เที่ยงตรง และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และประเด็นที่ศึกษา การสร้างเครื่องมือและการกำหนดตัวแทนทางการเงิน (Financial Proxy) จึงมีใช้เพียงขั้นตอนทางเทคนิค หากยังเป็นหัวใจที่สะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎี แนวคิด และการปฏิบัติจริง เพื่อให้ผลการประเมินมีน้ำหนักและสามารถใช้ในการสื่อสารเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทนี้จึงนำเสนอแนวทางการพัฒนาเครื่องมือและ Financial Proxy ที่ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) การทบทวนวรรณกรรม (2) การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ (3) การสร้างและทดสอบเครื่องมือด้วยบทบาทสมมติ และ (4) การปรับแก้และนำเครื่องมือไปใช้จริงในภาคสนาม

1. การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมถือเป็นจุดตั้งต้นของการพัฒนาเครื่องมือ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้นักวิจัยได้สำรวจองค์ความรู้ ทฤษฎี และกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การประเมินผลกระทบทางสังคม (SIA) และการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) การศึกษาครั้งนี้ได้อ้างอิงวรรณกรรมทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ ครอบคลุมทั้งงานวิจัยเชิงทฤษฎีและงานประยุกต์ที่ลงพื้นที่จริง ซึ่งช่วยให้ทีมวิจัยสามารถกำหนดกรอบแนวคิดที่ชัดเจน สังเคราะห์ประเด็นที่ยังเป็นช่องว่าง และสร้างสมมติฐานเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทไทย

นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมยังเป็นกลไกสำคัญในการคัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสม และระบุรูปแบบการตีมูลค่าผลกระทบที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล เช่น แนวทางของ Social Value International (SVI) รวมถึงการเปรียบเทียบ Financial Proxy จากกรณีศึกษาที่หลากหลาย ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการปรับใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

2. การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

แม้การทบทวนวรรณกรรมจะเป็นแหล่งข้อมูลที่มีคุณค่า แต่การสร้างเครื่องมือที่ใช้ได้จริงในภาคสนาม จำเป็นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์เชิงลึกจากผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบาย การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจึงถูกออกแบบเพื่อเติมเต็มองค์ความรู้จากเอกสารและสร้างความมั่นใจว่ากรอบการประเมินมีความเหมาะสมกับสภาพจริง

การเลือกผู้เชี่ยวชาญครอบคลุมทั้งสามด้านที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อสะท้อนกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลนโยบายและโครงการ ซึ่งสามารถให้มุมมองเชิงวิชาการและวิธีวิทยาที่ถูกต้อง
- 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน SROI ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการชี้แนวทางการตีมูลค่าผลกระทบและการกำหนด Financial Proxy

การสัมภาษณ์ดำเนินการโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการตีความเชิงลึก ทั้งนี้ ทีมวิจัยได้ออกแบบให้ผู้วิจัยหลักรับผิดชอบครึ่งหนึ่งของกระบวนการ (50%) เพื่อสร้างความเข้มแข็งของฐานข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

3. การสร้างและทดสอบเครื่องมือด้วยบทบาทสมมติ

หลังจากได้กรอบแนวคิดและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ขั้นตอนถัดมาคือการสร้างและทดสอบเครื่องมือเบื้องต้น โดยใช้วิธีการบทบาทสมมติ (role play) เพื่อจำลองสถานการณ์จริงก่อนลงพื้นที่ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยตารางและแบบฟอร์มสำคัญหลายชุด เช่น

- 1) ตารางวิเคราะห์ต้นทุนตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change: ToC) ซึ่งช่วยให้มองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลลัพธ์ระยะสั้น ระยะกลาง และผลกระทบปลายทาง
- 2) ตารางบันทึกผลกระทบ (Impact Log) สำหรับบันทึกข้อมูลผลกระทบเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ
- 3) ตารางการตีมูลค่าผลกระทบ (Valuation Table) ที่ใช้ในการกำหนดตัวแทนทางการเงินของผลลัพธ์แต่ละด้าน
- 4) ตารางการปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment Table) เพื่อคำนึงถึงปัจจัยที่อาจลดทอนมูลค่าที่แท้จริง เช่น deadweight attribution displacement และ drop-off

การทดสอบด้วยบทบาทสมมติเปิดโอกาสให้ทีมวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทดลองใช้เครื่องมือในสถานการณ์จำลอง สังเกตปัญหา ความซับซ้อน และความเข้าใจของผู้ใช้งาน พร้อมทั้งเก็บข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปสู่การปรับแก้

4. การปรับแก้และนำไปใช้จริงในภาคสนาม

ขั้นตอนสุดท้ายคือการปรับแก้เครื่องมือจากผลการทดสอบ และนำไปประยุกต์ใช้จริงในภาคสนาม การดำเนินงานภาคสนามไม่เพียงแต่เป็นการตรวจสอบสมรรถนะของเครื่องมือ หากยังเป็นเวทีสำคัญในการทดสอบความเหมาะสมของ Financial Proxy ที่ได้จากการสังเคราะห์ทั้งวรรณกรรมและผู้เชี่ยวชาญ

การปรับแก้ครอบคลุมทั้งในเชิงโครงสร้าง (เช่น การจัดลำดับคำถาม การออกแบบฟอร์ม) และในเชิงเนื้อหา (เช่น การคัดเลือกตัวชี้วัดที่ใช้ในการตีมูลค่า) รวมถึงการกำหนดแนวทางการเก็บข้อมูลที่ลดความซับซ้อนและเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ ผลลัพธ์ที่ได้คือเครื่องมือที่ไม่เพียงสะท้อนความถูกต้องทางวิชาการ แต่ยังใช้งานได้ง่ายและสร้างความน่าเชื่อถือในเชิงนโยบาย

การพัฒนาเครื่องมือและ Financial Proxy ในการประเมิน SROI และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้จากหลายแหล่ง ตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรม การเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ การทดสอบด้วยบทบาทสมมติ ไปจนถึงการปรับแก้และใช้จริงในภาคสนาม ผลลัพธ์ที่ได้จึงไม่ใช่เพียงเอกสารเชิงเทคนิค แต่เป็นเครื่องมือที่สะท้อนถึงการเรียนรู้ร่วมกัน ความเหมาะสมกับบริบท และการสร้างคุณค่าที่สามารถสื่อสารต่อสาธารณะและผู้กำหนดนโยบายได้อย่างมีพลัง

1. การทบทวนวรรณกรรม

1.1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและธรรมนูญสุขภาพ

1.1.1 กำเนิดและแนวคิดของธรรมนูญสุขภาพในบริบทไทย

การเกิดขึ้นของระบบธรรมนูญสุขภาพในประเทศไทยไม่ได้เป็นเพียงการปฏิรูบนโยบายสาธารณสุข แต่เป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ในการมองเรื่อง "สุขภาพ" และการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้อง รากฐานของแนวคิดนี้เกิดจากความพยายามที่จะก้าวข้ามข้อจำกัดของระบบสาธารณสุขแบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาพยาบาล ไปสู่การสร้าง "สุขภาพะ" ที่ครอบคลุมทุกมิติของชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2566)

รากฐานทางกฎหมายในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จุดกำเนิดที่เป็นรูปธรรมของระบบธรรมนูญสุขภาพมีรากฐานมาจาก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา 2550) ซึ่งถือเป็นกฎหมายแม่บทที่วางโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้มีการจัดทำ "ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ" ขึ้นอย่างชัดเจนในมาตรา 25(1) และมาตรา 46 โดยมอบหมายให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2566) เจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้คือการสร้างเครื่องมือเชิงนโยบายที่สามารถบูรณาการทุกภาคส่วนให้เข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศร่วมกัน

นิยาม "สุขภาพ" ในฐานะแนวคิดองค์รวม หัวใจสำคัญที่ทำให้ธรรมนูญสุขภาพมีความแตกต่างจากนโยบายสาธารณสุขทั่วไป คือการนิยามคำว่า "สุขภาพ" ในมาตรา 3 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าหมายถึง "ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม

อย่างสมดุล" (ราชกิจจานุเบกษา 2550; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2550) นิยามที่กว้างขวางนี้เป็นการขยายขอบเขตของสุขภาพให้ไปไกลกว่าเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล แต่ครอบคลุมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อม การเกษตรและอาหาร การศึกษา วัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559) การนิยามเช่นนี้เป็นการสร้างความชอบธรรมทางกฎหมายให้กับการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในประเด็นที่หลากหลาย ซึ่งในอดีตอาจไม่ถูกมองว่าเป็นเรื่องของสุขภาพโดยตรง

สถานะพิเศษของธรรมนูญสุขภาพ: "พันธะทางสังคม" ที่ไม่ใช่กฎหมายแบบดั้งเดิม ประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งคือสถานะทางกฎหมายของธรรมนูญสุขภาพ แม้จะถูกบัญญัติขึ้นตามกฎหมาย แต่ตัวธรรมนูญเองกลับไม่ได้มีสถานะเป็นกฎหมายที่มีสภาพบังคับและบทลงโทษอย่างชัดเจน หากแต่มีลักษณะเป็น "พันธะทางสังคม" (Social Commitment) หรือ "เจตนารมณ์ร่วม" ของสังคม ที่ทุกภาคส่วนตกลงร่วมกันว่าจะใช้เป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

พลังของธรรมนูญสุขภาพไม่ได้มาจากอำนาจบังคับทางกฎหมาย แต่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำที่เปิดกว้างและโปร่งใส ซึ่งนำไปสู่การยอมรับและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันของทุกภาคส่วน แนวคิดนี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" ที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ใช้เป็นหลักในการทำงาน ซึ่งเน้นการสร้างพลังร่วมระหว่าง 3 ภาคส่วน คือ ภาคการเมือง (นโยบาย) ภาควิชาการ/ประชาสังคม (ความรู้) และภาคประชาชน/ประชาสังคม (สังคม) เพื่อขับเคลื่อนประเด็นนโยบายที่ซับซ้อนและท้าทาย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559) การวิเคราะห์กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพเผยให้เห็นปรัชญาทางการเมืองที่ลึกซึ้งกว่าการเป็นเพียงเครื่องมือนโยบายด้านสุขภาพ การที่กฎหมายกำหนดให้ต้องมีการรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวางผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2566) และการเปิดโอกาสให้ชุมชนสร้างกติกาของตนเอง สะท้อนถึงการเลือกใช้แนวทางการปกครองแบบปรึกษาหารือ (Deliberative Governance) แทนที่จะเป็นการกำหนดนโยบายจากบนลงล่าง (Top-down) ระบบธรรมนูญสุขภาพกลับถูกออกแบบมาเพื่อสร้างฉันทามติจากฐานราก (Bottom-up) ซึ่งตั้งอยู่บนความเชื่อที่ว่านโยบายสาธารณะที่ยั่งยืน โดยเฉพาะในเรื่องที่ซับซ้อนอย่างเรื่องสุขภาพ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อเกิดจากการพูดคุยหารือและการเป็นเจ้าของร่วมกัน ไม่ใช่การใช้อำนาจบังคับ ดังนั้น ระบบธรรมนูญสุขภาพจึงไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือด้านนโยบายสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็น "พื้นที่" ของการทดลองและปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมให้หยั่งรากลึกในสังคมไทย

ระบบสุขภาพไทยภายใต้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีรากฐานจากการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการเน้นการรักษาไปสู่การสร้าง "สุขภาพะ" ที่ครอบคลุมทุกมิติ โดย พ.ร.บ. ดังกล่าวนำมาตรา 3 ได้นิยามคำว่า "สุขภาพ" ว่าหมายถึง "ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล" (ราชกิจจานุเบกษา 2550)

ดังนั้น ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ หมายถึง กรอบทิศทาง ข้อตกลงร่วมพันธสัญญา หรือกติการ่วม ที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพในภาพรวมของพื้นที่ หรือเฉพาะบางประเด็นตามที่ชุมชนเห็นร่วมกันก็ได้ โดยมีหัวใจสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวนธรรมนูญสุขภาพร่วมกัน" เช่น ธรรมนูญสุขภาพตำบล ธรรมนูญสุขภาพอำเภอ ธรรมนูญสุขภาพจังหวัด เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2565)

1.1.2 กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาการดำเนินงานและประเมินผลนโยบายด้านสุขภาพ โดยเน้นความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคม และชุมชน เพื่อให้เกิดความโปร่งใส เป็นธรรม และสะท้อนความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานโยบายสาธารณะไม่เพียงแต่เป็นหลักการที่สำคัญในทางทฤษฎี แต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานจริง เนื่องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน สามารถแสดงความคิดเห็น และมีโอกาสในการตัดสินใจร่วมกัน ส่งผลให้นโยบายมีความชอบธรรมและได้รับการสนับสนุนจากประชาชน (สุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร อรไชย 2553)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคม กระบวนการนี้ได้รับการออกแบบให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ เข้ามามีบทบาทตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ และการติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมเครื่องมือหลักที่ สช. นำมาใช้ในการดำเนินกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2565) ได้แก่

(1) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเวทีที่สำคัญที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป สามารถร่วมกันอภิปรายปัญหาสุขภาพและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อกำหนดแนวทางและนโยบายสุขภาพร่วมกัน ซึ่งทำให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของสังคมไทย โดยกระบวนการนี้เน้นการเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างความเห็นพ้องต้องกันในระดับต่างๆ

(2) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นกรอบทิศทางสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการสุขภาพระดับชาติ โดยเน้นหลักการสำคัญคือความเป็นธรรม การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม และการมีส่วนร่วมจากประชาชนและชุมชนในการบริหารจัดการสุขภาพ กระบวนการจัดทำธรรมนูญนี้ใช้หลักการการมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการกำหนดเนื้อหา และร่วมผลักดันให้เกิดผลทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

(3) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่และเฉพาะประเด็น นอกจากระดับชาติแล้ว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ยังสนับสนุนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่และเฉพาะประเด็น เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับบริบทและ ลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่หรือกลุ่มประชากร ซึ่งธรรมนูญสุขภาพพื้นที่จะช่วยให้เกิดกลไกที่ชัดเจนในการ จัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยตรงผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่

กระบวนการเหล่านี้ล้วนสะท้อนถึงเจตนารมณ์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ใน การสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งจะนำไปสู่ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคมไทยได้อย่างแท้จริง

1.1.3 ธรรมนูญสุขภาพ: กลไกและรูปแบบการขับเคลื่อน

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นกรอบนโยบายระดับมหภาค การขับเคลื่อนให้ เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมืออีกประเภทหนึ่ง นั่นคือ ธรรมนูญสุขภาพ เฉพาะพื้นที่ (Area-Specific Health Charter) ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้แนวคิดเรื่องสุขภาพและการมีส่วนร่วม หยั่งรากลงในระดับชุมชนท้องถิ่นอย่างแท้จริง

แนวคิดและวัตถุประสงค์: การสร้าง "กติกา" เพื่อสุขภาพของชุมชน ธรรมนูญ สุขภาพเฉพาะพื้นที่ถูกนิยามว่าเป็น "กรอบทิศทาง ข้อตกลงร่วม พันธสัญญา หรือกติการ่วม" ที่คนในชุมชน พัฒนาขึ้นและเป็นเจ้าของร่วมกัน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2566; สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ 2567) เป้าหมายหลักคือการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ของตนเอง โดย อาศัยการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น ทุนทางสังคม และหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2566) หัวใจสำคัญของธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่คือการที่ชุมชนมีอิสระใน การกำหนดปัญหาและแนวทางการแก้ไขด้วยตนเอง ทำให้กติกาที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และ ความต้องการที่แท้จริงของคนในพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2566)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2566) ได้อธิบาย กระบวนการ "ก่อ-ร่าง- สร้าง-เคลื่อน": จากการวิเคราะห์ปัญหาสู่การประกาศใช้ สช. ได้ส่งเสริมและพัฒนากระบวนการจัดทำธรรมนูญ สุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่เป็นระบบแต่มีความยืดหยุ่น ซึ่งอาจสรุปเป็นขั้นตอนหลักที่เรียกว่า "ก่อ-ร่าง-สร้าง- เคลื่อน" มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นศึกษาสถานการณ์ (ก่อ) เป็นการเริ่มต้นด้วยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์สุขภาพ ปัญหา และความต้องการของชุมชน รวมถึงการค้นหา "ทุน" หรือสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่ เช่น ปรชาญชาวบ้าน กลุ่มกิจกรรมต่างๆ

ขั้นตั้งคณะทำงาน (ร่าง) จัดตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการยกร่าง ซึ่ง ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ภาคประชาสังคม ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมกันตั้งแต่ต้น

ขั้นยกร่างและรับฟังความคิดเห็น (สร้าง) คณะทำงานจะยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล จากข้อมูลที่ได้ศึกษาในเชิงพื้นที่ จากนั้นจะนำร่างดังกล่าวไปผ่านกระบวนการ "ประชาคม" ในระดับหมู่บ้านหรือชุมชนย่อยๆ เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และสร้างฉันทามติ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นกระบวนการที่ทำให้ธรรมนูญสุขภาพตำบลกลายเป็นข้อตกลงร่วมของคนทั้งพื้นที่อย่างแท้จริง และมักจะมีการเชื่อมโยงเนื้อหาเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่นที่มีอยู่เดิม

ขั้นปรับปรุงและประกาศใช้ (เคลื่อน) นำข้อคิดเห็นจากเวทีประชาคมมาปรับปรุงร่างธรรมนูญฯ จนเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย แล้วจึงจัดพิธีประกาศใช้อย่างเป็นทางการ เพื่อสร้างการรับรู้และเป็นสัญลักษณ์ของการเริ่มต้นขับเคลื่อนตามกติกาที่ตกลงร่วมกัน

ตารางที่ 2.1 กระบวนการที่เป็นมาตรฐานในการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่

ระยะ	ขั้นตอนสำคัญ	วัตถุประสงค์หลัก	ผู้มีบทบาทสำคัญ
ขั้นศึกษาสถานการณ์ (ก่อ) (Initiation)	1. ศึกษาสถานการณ์และข้อมูล 2. สร้างความเข้าใจกับผู้นำ	เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของพื้นที่ และสร้างการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก	นักวิชาการในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น
ขั้นตั้งคณะทำงาน (ร่าง): (Formation)	3. แต่งตั้งคณะทำงานยกร่าง	เพื่อสร้างกลไกการทำงานที่เป็นทางการและมีตัวแทนจากทุกภาคส่วน	ตัวแทนจาก อบต. รพ.สต. ภาควิชาสังคม ภาควิชาชน ราษฎรชาวบ้าน
ขั้นยกร่างและรับฟังความคิดเห็น (สร้าง) (Construction)	4. ยกร่างธรรมนูญฯ ฉบับแรก 5. จัดเวทีประชาคมรับฟังความคิดเห็น	เพื่อสร้างเนื้อหาที่ตอบโจทย์พื้นที่ และสร้างการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของจากประชาชน	คณะทำงานยกร่าง ประชาชนในทุกหมู่บ้าน/ชุมชน
ขั้นปรับปรุงและประกาศใช้ (ขาคเคลื่อน)	6. ปรับปรุงร่างฯ ฉบับสมบูรณ์ 7. ประกาศใช้ธรรมนูญฯ 8. ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ	เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมที่เป็นที่ยอมรับ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม	คณะกรรมการขับเคลื่อนฯ หน่วยงานภาคีในพื้นที่ ประชาชนทุกคน

ความสำเร็จของระบบธรรมนูญสุขภาพในประเทศไทยไม่ได้อยู่ที่ธรรมนูญประเภทใดประเภทหนึ่งโดยลำพัง แต่อยู่ที่ความสัมพันธ์เชิงพลวัตและการเกื้อหนุนกัน การมองภาพรวมของธรรมนูญสุขภาพในลักษณะของ "ระบบนิเวศ" (Ecosystem) จะช่วยให้เข้าใจกลไกการทำงานที่ซับซ้อนและมีประสิทธิภาพนี้ได้ดีกว่าการมองแบบแยกส่วนหรือแบบลำดับขั้นที่ตายตัว

ความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกัน ไม่ใช่แบบลำดับชั้น แม้ว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจะถูกจัดทำในระดับประเทศ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างธรรมนูญประเภทต่างๆ ไม่ได้เป็นไปในลักษณะบนลงล่าง (Top-down) อย่างสมบูรณ์ แต่เป็นความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยและส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Symbiotic Relationship) [1].

การเชื่อมโยงจากบนลงล่าง (Top-Down Linkage): ธรรมนูญแห่งชาติในฐานะกรอบชั้นนำ: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็น "พิมพ์เขียว" (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559) หรือ "เข็มทิศ" (The Coverage 2566) ที่กำหนดปรัชญา หลักการ และทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ในภาพรวม ซึ่งเป็นการสร้างความชอบธรรมและเป็นกรอบอ้างอิงให้การจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น ตัวอย่างเช่น การที่ธรรมนูญแห่งชาติฉบับที่ 3 เน้นย้ำเรื่อง "ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ" (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2566) ย่อมเป็นแรงบันดาลใจและเป็นเหตุผลสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่มุ่งเน้นการดูแลกลุ่มเปราะบาง หรือการจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการหรือผู้ด้อยโอกาส การเชื่อมโยงจากล่างขึ้นบน (Bottom-Up Linkage): ธรรมนูญพื้นที่และเฉพาะประเด็นในฐานะกลไกปฏิบัติและข้อมูลย้อนกลับ: ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นคือ "กลไกภาคปฏิบัติ" ที่แปลงนโยบายระดับชาติอันเป็นนามธรรมให้กลายเป็นรูปธรรมที่จับต้องได้และสอดคล้องกับบริบทจริง เปรียบเสมือนเป็น "เครื่องยนต์" ที่ขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับพื้นที่จริง นอกจากนี้ บทเรียน ความสำเร็จ ความล้มเหลว และนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ในระดับล่าง (เช่น รูปแบบการจัดการขยะที่ประสบความสำเร็จในตำบลหนึ่ง หรือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในวัด) จะกลายเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์และข้อเสนอแนะที่สำคัญ ซึ่งจะถูกรวบรวมและนำกลับเข้าไปในกระบวนการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติทุกๆ 5 ปี ทำให้เกิดเป็นวงจรการเรียนรู้ (Learning Loop) ที่นโยบายระดับชาติถูกปรับปรุงให้ดีขึ้นจากประสบการณ์จริงในพื้นที่

บทบาทของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงทำหน้าที่เปรียบเสมือน "สิ่งมีชีวิตหลัก" (Keystone Species) ที่คอยเชื่อมโยงและค้ำจุนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ บทบาทจึงไม่ใช่การสั่งการหรือควบคุม แต่เป็นการ อำนวยความสะดวก (Facilitate) เชื่อมประสาน (Connect) และเสริมสร้างศักยภาพ (Capacity Building) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559) ให้การสนับสนุนทางวิชาการ และกระบวนการแก้พื้นที่ที่ต้องการจัดทำธรรมนูญสุขภาพของตนเอง เป็นตัวกลางในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น (Harvard Asia n.d.) และเป็นผู้จัดการกระบวนการมีส่วนร่วมในระดับชาติผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพ

ธรรมนูญสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพชุมชน ความสำคัญของธรรมนูญสุขภาพนั้นเห็นได้ชัดในโครงการและกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ ที่ชุมชนเป็นศูนย์กลาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในแต่ละกรณีมีการนำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1) เป็นกรอบทิศทาง ธรรมนูญสุขภาพทำหน้าที่เป็นกรอบทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยระบุถึงนโยบาย ขั้นตอนและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน ธรรมนูญสุขภาพครอบคลุมแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

โดยคำนึงถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเป้าหมายด้านสุขภาพระยะยาว

2) การมีส่วนร่วมของชุมชน ความสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพนั้นส่วนใหญ่เกิดจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน แนวทางการมีส่วนร่วมนี้ช่วยให้มั่นใจได้ว่าธรรมนูญสุขภาพนั้นได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการและความเฉพาะเจาะจงของชุมชนที่มีการดำเนินการ

3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพนั้นครอบคลุมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ การนั่งสมาธิ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของบุคคลและชุมชน

4) นวัตกรรมและการปรับตัว ธรรมนูญสุขภาพสนับสนุนการนำกระบวนการทางสังคมที่เป็นนวัตกรรมมาใช้ ซึ่งรวมถึงการพัฒนากลยุทธ์และกลไกใหม่ๆ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพให้ประสบความสำเร็จในบริบทเชิงปฏิบัติ

5) สิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามธรรมนูญสุขภาพนั้นมีมากมาย ไม่เพียงแต่ส่งเสริมการปฏิบัติที่ดีด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกเป็นชุมชน ความปรองดอง และความร่วมมือระหว่างสมาชิกชุมชนด้วย

นอกจากนี้ ธรรมนูญสุขภาพยังเป็นการกรอบการทำงานที่มีโครงสร้างสำหรับการจัดการกับความท้าทายด้านสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นธรรมนูญสุขภาพควรมีการทบทวนเป็นระยะๆ การแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใดๆ สามารถดำเนินการโดยปรึกษากับสมาชิกในชุมชนเพื่อให้มั่นใจว่าธรรมนูญสุขภาพยังคงสอดคล้องกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของชุมชน

โดยสรุป ธรรมนูญสุขภาพทำหน้าที่เป็นเอกสารพื้นฐานสำหรับโครงการด้านสุขภาพชุมชน แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของธรรมนูญสุขภาพควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นช่วยให้มั่นใจได้ว่าวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพนั้นจะบรรลุผลได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ขณะที่ความท้าทายด้านสุขภาพยังคงเปลี่ยนแปลงไป ธรรมนูญสุขภาพจึงเป็นกรอบการทำงานที่แข็งแกร่งสำหรับการจัดการกับความท้าทายเหล่านั้น เพื่อให้มั่นใจถึงความเป็นอยู่ที่ดีและมีสุขภาพของชุมชน

1.1.4 กรณีศึกษาการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) กรณีศึกษาการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ

กรณีศึกษาที่ 1 ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ตัวอย่างที่ชัดเจนและประสบความสำเร็จที่สุดของธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น คือ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ซึ่งฉบับแรกประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2560 และมีการทบทวนเป็นฉบับ พ.ศ. 2566 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2566) บริบทและความต้องการ: ธรรมนูญฉบับนี้เกิดขึ้นจากข้อมูลที่ชี้ว่าพระสงฆ์ไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพ

โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ในอัตราที่น่าเป็นห่วง ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากโภชนาการที่ไม่สามารถเลือกได้ (จากการบิณฑบาต) และการขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (สำนักงานควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา 2561) นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและความเหมาะสมในการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธตามหลักพระธรรมวินัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). (2566). กระบวนการความร่วมมือหลายภาคส่วน: การจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์เป็นตัวอย่างของการทำงานแบบบูรณาการ โดยเป็นการผนึกกำลังกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (มหาเถรสมาคม) หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติสถาบันการศึกษา ได้แก่ มหาวิทยาลัยสงฆ์ องค์กรด้านส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ และภาคประชาสังคม

กรณีศึกษา 2 การส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายในชุมชน ตำบลโคกกวาง อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ ประเด็นศึกษา: การจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพผ่านการออกกำลังกายในชุมชนตำบลโคกกวาง อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ โดยเน้นการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย ในชุมชน วิธีการดำเนินงาน: ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการด้วยการจัดตั้งคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (นักวิชาการ ผู้นำชุมชน หน่วยงานรัฐ) เพื่อร่วมกันยกร่างธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น กระบวนการพัฒนาธรรมนูญประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์สุขภาพชุมชน การสร้างความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง การร่างข้อตกลงร่วม และเปิดเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากชาวบ้าน ก่อนประกาศใช้ธรรมนูญฯ อย่างเป็นทางการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น: เกิดธรรมนูญสุขภาพตำบลโคกกวางที่เป็นข้อตกลงร่วมของคนในพื้นที่ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรและทุนทางสังคมในชุมชนเข้าด้วยกันเพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนมีการประสานงานกันมากขึ้น ประชาชนให้ความสนใจและมีส่วนร่วมวิเคราะห์แก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (อรรถพล ศรีประภา 2559)

กรณีศึกษา 3 ธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอกับการจัดการขยะมูลฝอย อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ ประเด็นศึกษา: การสร้างธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ชนบท อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนแบบบูรณาการ โดยใช้ประเด็นการจัดการขยะมูลฝอยเป็นหัวข้อขับเคลื่อนหลักของธรรมนูญ วิธีการดำเนินงาน: ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2562 – เมษายน 2563 โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและประชาชน 121 คน เป็นกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนใหญ่ คือ (1) ศึกษาสถานการณ์สุขภาพชุมชน (2) จัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล (ดำเนินการ 8 ขั้นตอน เช่น สร้างความเข้าใจผู้นำ ตั้งคณะทำงาน ทบทวนปัญหา ยกร่างและจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน ประกาศใช้ธรรมนูญตำบล) (3) จัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอที่เชื่อมโยงธรรมนูญตำบลทั้งอำเภอ (ยกร่างธรรมนูญอำเภอ เปิดประชาพิจารณ์ และประกาศใช้) และ (4) ประเมินผลการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ หลังการใช้จริง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น: ได้ธรรมนูญสุขภาพอำเภอบึงคล้าที่

ประกาศใช้ ประกอบด้วย 10 หมวด 83 ข้อ โดยธรรมนูญอำเภอฉบับนี้เชื่อมโยงเป้าหมายร่วมกับธรรมนูญสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่งในพื้นที่ และบูรณาการเข้ากับแผนงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนทรัพยากรดำเนินการตามธรรมนูญฯ ผลจากการขับเคลื่อนภายใต้ประเด็นการจัดการขยะ ทำให้เกิด "หมู่บ้านต้นแบบการจัดการขยะ" ขึ้นในอำเภอ (เป็นนวัตกรรมด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน) (วงเดือน พระนคน 2564)

กรณีศึกษา 4 ธรรมนูญสุขภาพตำบลด้านโควิด-19 เขตสุขภาพที่ 10 (5 จังหวัดอีสานตอนล่าง) ประเด็นศึกษา: การประเมินประสิทธิภาพการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข คือ การระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 (ครอบคลุม 5 จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร) โดยพัฒนาธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล "ธรรมนูญตำบลสู้โรคโควิด-19" ในทุกอำเภอของทั้ง 5 จังหวัด วิธีการดำเนินงาน: ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 10 ร่วมกับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดทั้ง 5 ดำเนินงานตั้งแต่สิงหาคม 2564 เป็นต้นมา ในการศึกษาวิจัยได้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ตามกรอบทฤษฎี Community Coalition Action Theory (CCAT) โดยแบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ระยะ คือ (1) การสำรวจเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามกลุ่มแกนนำที่ธรรมนูญสุขภาพทุกระดับ (เขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบล) จำนวน 2,451 คน เพื่อประเมินการรับรู้ การมีส่วนร่วม และระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญฯ ในการเฝ้าระวังโควิด-19 และ (2) การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มแกนนำ 406 คน เพื่อวิเคราะห์กลไกการทำงานและหาแนวทางพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการรับรู้ในระดับสูงถึงบทบาทของธรรมนูญสุขภาพในการแก้ปัญหาโควิด-19 โดยข้อที่ประชาชนรับรู้สูงสุดคือ "การระบาดของโควิด-19 เป็นปัญหาที่ทุกคนต้องร่วมมือกันแก้ไข" (Mean=4.37 จาก 5) ประชาชนมีการมีส่วนร่วมสูงมากในการทำประชาคม วิเคราะห์ปัญหาและแสดงความคิดเห็นต่อมาตรการป้องกันโรค (Mean=3.93 จาก 5) ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมจากธรรมนูญฯ คือ ทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชนได้รับการรักษาทันที่ในสถานบริการของรัฐทุกคน (Mean=4.21) และเมื่อประเมินภาพรวมพบว่าการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ มีคะแนนความสำเร็จเฉลี่ย 8.34 จากเต็ม 10 คะแนน แสดงถึงประสิทธิภาพที่ค่อนข้างสูงในการจัดการปัญหาโควิดระดับพื้นที่ (ปวีณา ลิ้มปิติปรการ และคณะ 2566)

กรณีศึกษา 5 ธรรมนูญสุขภาพชุมชนฉบับแรกของประเทศไทย ตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ประเด็นศึกษา: ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล ถือเป็นธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ฉบับแรกของประเทศไทย ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อยกระดับสุขภาวะของคนในตำบลชุมชนประมงเล็กๆ แห่งนี้ และเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นๆ ในเวลาต่อมา วิธีการดำเนินงาน: ช่วงเริ่มต้นปลายปี 2551 นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ชะแล ร่วมกับทีมงานท้องถิ่นได้ริเริ่มกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ โดยได้รับแรงบันดาลใจจากแนวคิดธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติที่เพิ่งประกาศใช้ในปี 2552 อบต.ทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลักในการเชิญชวนประชาคมมีส่วนร่วมร่างข้อตกลงและกติกาด้านสุขภาพในชุมชน ครอบคลุมหลายมิติ เช่น สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สวัสดิการ เมื่อร่างเสร็จจึงจัดประชุมประชาคมให้คนในพื้นที่ร่วมกันรับรอง จากนั้นประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล

อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2552 ต่อมาหลังประกาศใช้ ได้จัดตั้ง "สำนักธรรมนูญสุขภาพ" ซึ่งเป็นองค์กรชุมชนทำหน้าที่ขับเคลื่อนงานตามธรรมนูญ โดยโครงสร้างนี้เน้นให้ภาคประชาชนเป็นเจ้าภาพดำเนินงานอย่างเต็มตัว แทนที่หน่วยงานรัฐ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น: ตำบลชะแล้มีธรรมนูญสุขภาพฉบับแรกที่ประกาศใช้อย่างเป็นทางการและเกิดการปฏิบัติจริงในชุมชน กลายเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของแนวคิด "ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่" ในประเทศไทย ต่อมาแนวคิดนี้ได้แพร่กระจายไปยังพื้นที่อื่นกว่า 40 แห่งทั่วทุกภูมิภาคภายในปี 2556 โดยธรรมนูญสุขภาพชะแล้ได้แสดงให้เห็นว่าชุมชนท้องถิ่นสามารถสร้างข้อตกลงและแนวทางพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งกฎหมายหรือคำสั่งจากส่วนกลาง (รัตนศิริ ศิระพาณิชย์กุล 2556)

กรณีศึกษา 6 ธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอต้นแบบ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ประเด็นศึกษา: ธรรมนูญสุขภาพอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ เป็นธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอบรรทัดแรกของประเทศไทย มีเป้าหมายเพื่อยกระดับสุขภาพคนทั้งอำเภอ โดยบูรณาการการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในพื้นที่เข้าสู่กรอบกติกากลางเดียวกัน วิธีการดำเนินงาน: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สูงเม่นทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการประสานงานจัดทำธรรมนูญสุขภาพ โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลสูงเม่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง ตลอดจนองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลทุกแห่งในอำเภออย่างใกล้ชิด มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานเหล่านี้เพื่อผลักดันธรรมนูญฯ ให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ธรรมนูญอำเภอสูงเม่นจัดทำแล้วเสร็จและประกาศใช้อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2552 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น: ได้เอกสารธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอที่มีเนื้อหาครอบคลุมการพัฒนาสุขภาพในทุกมิติของคนสูงเม่น โดยทุกตำบลในอำเภอมีส่วนร่วมจัดทำและปรับให้สอดคล้องกับบริบทของตน ภายหลังประกาศใช้ ธรรมนูญฯ นี้ถูกนำไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำโครงการและงบประมาณด้านสุขภาพของอำเภอ ตัวอย่างผลลัพธ์เชิงระบบ เช่น การที่โรงพยาบาลสูงเม่นและ รพ.สต. ทุกแห่งปรับบริการเชิงรุกมากขึ้นตามเป้าหมายในธรรมนูญ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดสรรทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมตามข้อตกลงของธรรมนูญอย่างต่อเนื่อง (รัตนศิริ ศิระพาณิชย์กุล 2556)

กรณีศึกษา 7 ธรรมนูญสุขภาพกับการคัดค้านเหมืองแร่ ตำบลแม่ถอด อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ประเด็นศึกษา: ธรรมนูญสุขภาพตำบลแม่ถอดจัดทำขึ้นเพื่อสร้างกรอบการพัฒนาสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชนบทของชุมชน แต่ที่โดดเด่นคือถูกใช้เป็นเครื่องมือในการต่อต้านโครงการทำเหมืองแร่เหล็กที่อาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของชุมชน เป็นกรณีที่ใช้ให้เห็นบทบาทของธรรมนูญสุขภาพในประเด็นสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ วิธีการดำเนินงาน: การจัดทำธรรมนูญฯ เริ่มต้นโดยองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ถอดเป็นแกนนำ จากนั้นจึงถ่ายโอนให้ภาคประชาชนในพื้นที่เป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก (แนวทางเดียวกับกรณีชะแล้) ได้กำหนดชื่อธรรมนูญสุขภาพว่า "อยู่ดี มีสุข ธรรมรักษา" เพื่อสื่อถึงเป้าหมายการอยู่ดีมีสุขภายใต้การปกป้องคุ้มครองโดยธรรมะหรือธรรมชาติ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2553 ซึ่งชื่อดังกล่าวถูกใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดทำเนื้อหาธรรมนูญทุกขั้นตอน ระหว่างกระบวนการ ชุมชนได้ผสมผสานความเชื่อทางศาสนาเข้ากับงาน (ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อเพิ่มความศักดิ์สิทธิ์ให้ธรรมนูญ) และเมื่อร่างธรรมนูญแล้วเสร็จ ได้มีการนำ

ธรรมนูญมาใช้เป็นฐานในการยื่นคำร้องขอให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (CHIA) ตาม มาตรา 11 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เพื่อสกัดกั้นโครงการเหมืองแร่ที่จะเกิดขึ้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น: ธรรมนูญสุขภาพ "อยู่ดี มีสุข ธรรมรักษา" ของตำบลแม่ถอดได้รับการประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปี 2553 และหลังจากนั้นไม่นาน ชุมชนสามารถใช้ธรรมนูญสุขภาพและกระบวนการ CHIA ยับยั้งการให้สัมปทานเหมืองแร่เหล็กในพื้นที่ได้สำเร็จ นับเป็นความสำเร็จเชิงรูปธรรมที่เกิดจากการใช้ธรรมนูญสุขภาพปกป้องสิทธิ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชน ผลพลอยได้คือชาวบ้านมีความตื่นตัวในเรื่องสิทธิชุมชน และการอนุรักษ์ทรัพยากรมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (รัตนศิริ ศิระพานิชกุล 2556)

กรณีศึกษา 8 ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลตลาดใหม่ อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ประเด็นศึกษา: การพัฒนาธรรมนูญสุขภาพเฉพาะด้านสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตำบลตลาดใหม่ จังหวัด สงขลา เพื่อตอบสนองสังคมชนบทไทยที่กำลังก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ธรรมนูญฉบับนี้มุ่งสร้าง สภาพแวดล้อมและระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เป็นภาระ วิธีการดำเนินงาน: ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยเริ่มจากความต้องการของคนในพื้นที่เอง นักวิจัยได้จัด สนทนา กลุ่มผู้สูงอายุ 15 คน และ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง 10 คน เพื่อเก็บข้อมูลปัญหาและความต้องการด้าน สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จากนั้นจึงจัด เวทีประชาคม 3 ครั้ง ได้แก่ (1) เวทีตั้งคณะกรรมการ (ดึงตัวแทน ผู้สูงอายุและหน่วยงานท้องถิ่นมาร่วม) (2) เวทีวางแผนอนาคตและร่างข้อตกลงของชุมชน (กำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และร่างธรรมนูญ) และ (3) เวทีประกาศธรรมนูญพร้อมคืนข้อมูลสู่ชุมชน ในแต่ละเวทีมีผู้สูงอายุ ประมาณเวทีละ 32 คนเข้าร่วมอย่างแข็งขัน ผลคือได้ร่างธรรมนูญที่ผ่านการเห็นชอบจากผู้สูงวัยเองทุกมาตรา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น: ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตลาดใหม่ ประกอบด้วย 5 หมวดหลัก รวม 23 ข้อปฏิบัติ ที่ ชุมชนตกลงร่วมกัน เนื้อหาแสดงชัดถึงความต้องการลำดับแรกของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ กาย-ใจ การสนับสนุนการอยู่ร่วมกันและความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน การส่งเสริมการศึกษาหรือการ เรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ และ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงวัย ในทาง กลับกัน หมวดที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจน้อยที่สุดคือด้านเศรษฐกิจและรายได้ โดยเฉพาะข้อที่เกี่ยวกับการ ส่งเสริมการออมเงินถูกตัดออกไป เพราะกิจกรรมส่งเสริมการออมที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ สะท้อนว่าผู้สูงวัยบางส่วนมองเรื่องเศรษฐกิจเป็นเรื่องที่ตนควบคุมได้ยาก หลังประกาศใช้ธรรมนูญ ทาง คณะทำงานได้เสนอให้นำธรรมนูญนี้เข้าสู่ที่ประชุมระดับจังหวัดและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อผลักดันเชิง นโยบายให้มีการขยายผลมาตรการดีๆ ไปสู่พื้นที่อื่น และให้มีการติดตามประเมินผลการนำธรรมนูญไปใช้จริง ในมิติสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และการเมืองต่อไป (กนิษฐา แยมโพธิ์ใช้ 2564)

รัตนศิริ ศิระพานิชกุล 2556 ได้สรุปว่า การดำรงอยู่ของธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ไม่ได้ เป็นเพียงเอกสารลอยๆ แต่ได้กลายเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ใน ระดับท้องถิ่น กระบวนการจัดทำธรรมนูญฯ บังคับให้เกิดการพูดคุยและวางแผนร่วมกันระหว่างองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (The

Coverage. (2565).; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559) ธรรมนูญสุขภาพจึงทำหน้าที่เสมือน "แผนยุทธศาสตร์กลาง" ที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ซึ่งหน่วยงานต่างๆ สามารถนำไปใช้อ้างอิงในการจัดสรรงบประมาณและดำเนินโครงการต่างๆ ให้สอดคล้องกับทิศทางที่ชุมชนได้ตกลงร่วมกันไว้ สิ่งนี้ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน สร้างพลังทวีคูณ (Synergy) และทำให้การบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นมีเอกภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธวัชชัย เคหะบาล และ นิตยา เคหะบาล. (2565). ศึกษาการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า

1.สถานการณ์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านปัจเจกบุคคล ปัญหา คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ ศักยภาพ คือ มีการผลิตอาหารปลอดภัยสำหรับบริโภคเองในครัวเรือน 2) ด้านเศรษฐกิจ ปัญหา คือ มีรายจ่ายของครัวเรือนสูงกว่ารายได้ และ ศักยภาพ คือ มีการออมและลดรายจ่ายในครัวเรือน 3) ด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหา ส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาอากาศเป็นพิษ เสียงดังรบกวน และน้ำเสีย และ ศักยภาพ คือ มีการจัดการขยะในครัวเรือน และ 4) ด้านสังคม ปัญหา คือ มีความรู้สึกปลอดภัยระดับปานกลาง และส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนน้อย และ ศักยภาพ คือ ครัวเรือนได้รับการช่วยเหลือและสวัสดิการจากชุมชนและภาครัฐ

2.การพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์แบบมีส่วนร่วม มี 9 ขั้นตอน คือ 1) จัดตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญสุขภาพชุมชน 2) กำหนดกรอบธรรมนูญสุขภาพชุมชน 3) ศึกษาสถานการณ์สุขภาพชุมชน 4) จัดทำร่างธรรมนูญสุขภาพชุมชน 5) จัดเวทีสาธารณะรับฟังความเห็นของประชาชนต่อร่างธรรมนูญสุขภาพชุมชน 6) จัดเวทีสาธารณะรับรองธรรมนูญสุขภาพชุมชน 7) แปลงธรรมนูญสุขภาพชุมชนสู่การปฏิบัติ 8) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพชุมชน และ 9) สรุปบทเรียนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพชุมชน จากการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพชุมชน ได้ก่อให้เกิด ธรรมนูญสุขภาพตำบลกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2559 เรียกว่า “ธรรมนูญ 5 ดี : ก่อร่างสร้างฝัน สร้างคน ตำบลกาฬสินธุ์” ที่ใช้เป็นทิศทาง กรอบและกติกาในการพัฒนาชุมชน ประกอบไปด้วยสาระสำคัญ 5 หมวดได้แก่ คนดี สุขภาพดี รายได้ดี สิ่งแวดล้อมดี และ สังคมดี โดยหมวดที่มีมาตรการมากที่สุด คือ สิ่งแวดล้อมดี

พฤกษา ดอกกุหลาบ และ นพพร ะรินทร์ (2566) ศึกษาการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของคนในชุมชนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษา เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนในเขตทุ่งครุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม ขยะมูลฝอย 2) ด้านสุขภาพ 3) ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และ 4) ด้านการประกอบอาชีพ การจัดทำร่างธรรมนูญสุขภาพเขตทุ่งครุ ประกอบด้วยหมวดของธรรมนูญสุขภาพ 9 หมวด ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การบริการสาธารณสุข 3) ด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม ขยะมูลฝอย 4) การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ 5) ผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบาง ผู้ด้อยโอกาส 6) ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 7) การป้องกันปัญหายาเสพติดในชุมชน 8) การส่งเสริมการประกอบอาชีพ และ 9) การ

ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเขตทุ่งครุ และการถอดบทเรียนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเขตทุ่งครุ ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ 1) กระบวนการสำคัญในการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพ 2) ปัจจัยสนับสนุนทั่วไปที่ส่งผลให้ธรรมนูญสุขภาพเกิดความสำเร็จ 3) การพัฒนาธรรมนูญสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ 4) กระบวนการ ช่องทาง และกลไกในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพให้ประสบความสำเร็จในเชิงประจักษ์ 5) ประโยชน์ของการทำธรรมนูญสุขภาพ และ 6) นวัตกรรมกระบวนการใหม่ทางสังคมที่ได้รับ

วุฒิพงศ์ บุชรากัม (2565) ศึกษาการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาธรรมนูญสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษา พบว่า ผลการวิจัยพบว่า 1) กระบวนการก่อตัวธรรมนูญสุขภาพในเขตตำบลโนนสมบูรณ์ ข้อมูลด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง แก้ไขปัญหาโดยใช้จุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรคเสนอสิ่งที่ตนมองเห็น และร่วมพิจารณาความคิดเห็นให้เกิดการเรียนรู้ทางทัศนคติของแต่ละคนเกิดเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่จะทำร่วมกันให้คนในตำบลมีสุขภาวะดี 2) การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตำบลโนนสมบูรณ์ในการกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ทรัพยากรเพื่อประชาชนต้องเข้าร่วมในแผนเพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาให้คนจนได้รับ

ประโยชน์ในการผลิต การบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ 3) กำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม 18 หมวดส่งผลต่อการรับผลประโยชน์และการประเมินผลการดำเนินการในชุมชนให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืนและควรขยายไปยังพื้นที่ตำบลอื่น ตลอดจนกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของธรรมนูญตำบลให้ชัดเจนมากขึ้น

ปภพ วงศ์จันทร์ และ กิตติ เหลาสุภาพ (2665) ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษา พบว่า ระยะที่ 1 สังเคราะห์ผลได้รูปแบบกระบวนการจัดทำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การคิดริเริ่มการเตรียมชุมชนสร้างการรับรู้ สร้างการมีส่วนร่วม การจัดทำธรรมนูญตำบล ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ประเมินผลถอดบทเรียน และปรับปรุงแก้ไขธรรมนูญตำบลโดยใช้บริบทชุมชน ปัญหาและความต้องการพัฒนาของชุมชนในการกำหนดทิศทาง ระยะที่ 2 ภายหลังใช้กระบวนการ PAOR เกิดการประกาศใช้ธรรมนูญท้องถิ่น (ธรรมนูญตำบล 7 ฉบับ และธรรมนูญอำเภอ 1 ฉบับ) และดำ

เนินการขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลสู่การปฏิบัติในประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ได้แก่ การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และระยะที่ 3 ประเมินผลความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบกระบวนการจัดทำขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและมีส่วนร่วมในระดับมาก จากการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลต้องดำเนินการภายใต้บริบทและปัญหาชุมชน โดยการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของประชาชน

บุรินทร์ จุนโกเศศ และ คณะ (2565) ศึกษากระบวนการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบงานบุญงานศรั้าเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบงานบุญ งานศรั้า เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ของชุมชนตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานีประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบทของชุมชน และสภาพปัญหาของการดำเนินงาน งานบุญงานเซิ้ง ปลอดแอลกอฮอล์ ร่วมกับประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test)2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนงาน โดยระบุกิจกรรมขั้นตอน ระยะเวลา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและร่วมออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย 2 โครงการ 10 กิจกรรม ได้แก่ โครงการประชาคมตำบลปลอดแอลกอฮอล์ และโครงการงานบุญ งานเซิ้งปลอดแอลกอฮอล์ 3) ดำเนินโครงการประชาคมตำบลปลอดแอลกอฮอล์ โดยจัดทำประชาคมในหมู่บ้าน ลงประชามติ และประกาศธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล 4) ดำเนินโครงการงานบุญ งานเซิ้ง ปลอดแอลกอฮอล์ โดยจัดตั้งเครือข่ายตำบลปลอดเหล้ามีการรับรองงานบุญ งานเซิ้งปลอดแอลกอฮอล์จากการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพและให้รางวัลครัวเรือนที่จัดงานบุญ งานเซิ้งปลอดแอลกอฮอล์ร้อยละ 5) นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ผลการ และการประเมินผลหลังการพัฒนา (Post-test)6) การประเมินผลการพัฒนา7) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบการจัดการการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ 8) การประชุมถอดบทเรียน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บทบาทหน้าที่ในการพัฒนาและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) และชุมชนหนองอ้อมีธรรมนูญสุขภาพตำบลเรื่อง ตำบลต้นแบบในการจัดการ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญ งานเซิ้งของชุมชน ที่เกิดจากความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย และเกิดรูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบงานบุญ งานเซิ้ง เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชน คือ PURIN Model ประกอบด้วย P : Policy คือ การมีนโยบายที่ชัดเจน ทุกคนยอมรับ U : Unite คือ ร่วมกันทำประโยชน์แก่ชุมชน R : Relationshipคือ สร้างความสัมพันธ์อันดีร่วมกับชุมชนและผู้นำ I : Initiative คือ การริเริ่มทำอะไรใหม่ๆ กล้าเปลี่ยนแปลง และ N : Network คือ สร้างเครือข่ายแบบครอบคลุมทุกมิติโดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบงานบุญ งานเซิ้ง เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชน ตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี คือ ULN ประกอบด้วย (Unity: U)ความสามัคคีของคนในชุมชน ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และร่วมรับผลประโยชน์ (Leadership: L) การเป็นผู้นำและต้นแบบในการลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน และ (Network: N) การเชื่อมต่อระหว่างภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง

วรลักษณ์ เวฬุ และ คณะ (2562) รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอมจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการครั้งนี้ ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ 2)ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ 4) เวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ 5) ปรับปรุงร่างธรรมนูญและจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น 6) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ 7) ดำเนินโครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ 8) นิเทศติดตาม 9)ประเมินผล 10) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 11) ถอดบทเรียน ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ บทบาทหน้าที่ การ

มีส่วนร่วม พฤติกรรมการปฏิบัติตน และความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และเกิดรูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ PROTECT Model

สรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ เป็นผลมาจากหลักการสามประการ คือ D-H-B กล่าวคือ Development: D หมายถึง การพัฒนาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมและยอมรับร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน Harmony: H หมายถึง ความสามัคคีและความสอดคล้องกันขององค์ประกอบต่างๆในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ Best Behavior: B หมายถึง การเสริมพลังให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนที่ดีอย่างต่อเนื่อง

กิตติ เหลาสุภาพ และคณะ (2564)[8] ศึกษาการพัฒนามาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า มาตรการทางสังคมที่เหมาะสมในการป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ คือ ธรรมนูญสุขภาพหมู่บ้าน โดยมีขั้นตอนการจัดทำประกอบด้วย 1) แต่งตั้งคณะทำงานระดับตำบลประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธาน ระดับหมู่บ้านมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานและกรรมการหมู่บ้านอย่างน้อย 5 คน เป็นกรรมการ 2) จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อยกร่างธรรมนูญสุขภาพ 3) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพหมู่บ้าน 4) รับฟังความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงร่าง 5) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพหมู่บ้าน มีการทบทวนทุก 1 ปีหากจะแก้ไขต้องมีการรับรองอย่างถูกต้องตามข้อบังคับและสามารถเสนอให้แก้ไขได้ทุก 1 ปีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังดำเนินการคิดเป็น ร้อยละ 29.5 และ 22.8ตามลำดับผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมในภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า การเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานยนต์ จักรยานยนต์ ยานพาหนะอื่นๆ ด้วยตัวเองหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบมากที่สุดทั้งก่อนและหลังดำเนินการ รองลงมาคือ การทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน ในภาพรวมผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนลดลงดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้มีธรรมนูญสุขภาพหมู่บ้านอย่างมีส่วนร่วมให้ครอบคลุม เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ได้จริงทำให้ช่วยป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้

สะอาด ศิริมงคล (2566) การพัฒนารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 คือ SIUDOM Model ประกอบด้วย 1) Structure & Policy : มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) Integration & Coordination : บูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน 3) Unity: การเป็นหนึ่งเดียวหรือความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน มีใจมุ่งสู่เป้าหมายอันเดียวกัน 4) Distribute: แบ่งปันความเป็นเจ้าของในงานที่ทำให้แก่ผู้รับผิดชอบหลักและถือว่าความสำเร็จเป็นของทุกคน 5) Open eyes – Open mind : คนในชุมชนเปิดการรับรู้และเปิดใจทำร่วมกัน 6) Measure monitor and motivation: กำหนดแนวปฏิบัติในการประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบท มีความต่อเนื่องและนำผลการประเมินมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์จากผลการวิจัยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพิ่ม

ศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

พระโสภณพัฒนบัณฑิต และ คณะ (2562) ศึกษาการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพชุมชนวิถีพุทธตำบลหนองตาไก่ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษา พบว่าด้านบริบทชุมชน ตำบลหนองตาไก่ เป็นตำบลที่มีประวัติความเป็นมายาวนานกว่า 100 ปี มีทุนทางสังคมที่หล่อหลอมด้วยพระพุทธศาสนา ผลจากกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้ความเป็นอยู่ของประชาชนเปลี่ยนไป ต่างคนต้องออกไปทำมาหากินต่างพื้นที่ ทำให้เด็กและคนชราต้องดูแลกันเองความสัมพันธ์ของคนในชุมชนลดลง ก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่สลับซับซ้อนและปัญหาสุขภาพตามมาการแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องมีมาตรการทางสังคม เสริมมาตรการทางวิชาการและกฎหมายของภาครัฐโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง นำจุดแข็งคือ วิถีชีวิตประเพณี และวัฒนธรรมของชุมชนวิถีพุทธมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา ยุกระดับกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะหรือมาตรการทางสังคมในรูปแบบธรรมนูญตำบลที่เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพชุมชนวิถีพุทธตำบลหนองตาไก่” ด้วยปรัชญาและแนวคิดที่ว่า “ชุมชน” เข้มแข็งด้วยจิตอาสาบนพื้นฐานศีล 5 พัฒนาตามหลักเศรษฐกิจ

วราพร วันไชยธนวงศ์ และ คณะ (2560) ศึกษาการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการขับเคลื่อนด้านสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการขับเคลื่อนแกนนำด้านสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ประกอบด้วยการประกาศนโยบาย การประกาศนโยบาย และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว กระบวนการขับเคลื่อนนักรณรงค์ด้านสุขภาพที่เชียงใหม่เริ่มต้นจากการตั้งผู้นำ การฝึกอบรม การประเมินสถานการณ์ การจัดกลุ่มความต้องการ การรำนักรณรงค์ด้านสุขภาพ การจัดประชาพิจารณ์ ประกาศนักรณรงค์ด้านสุขภาพ การติดตามและประเมินผล โดยแกนนำด้านสุขภาพประกอบด้วย 10 รายการ ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหารและเครื่องดื่มที่ถูกสุขลักษณะ การแต่งกายที่สะอาด การตรวจร่างกายประจำปี การฟังเพลง นั่งสมาธิ การเข้าห้องพระ การถวายอาหารพระและร่วมฟังพระพุทธรูปมนต์ ทำความสะอาดวิทยาลัยทุกเดือน และการแยกขยะ ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตความสัมพันธ์ที่ดี รูปร่างหน้าตาดี และมีจิตสำนึกในระยะยาว

กำพล เศรษฐสุข และ พงศ์เทพ สุธีรวิทย์ (2561) ศึกษารูปแบบการประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อประเมินธรรมนูญสุขภาพตำบลกรณีศึกษา ตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในธรรมนูญสุขภาพตำบล ดำเนินการโดยแกนนำคณะกรรมการธรรมนูญและนักวิชาการของสถาบันการศึกษา โดยมีผู้มีส่วนร่วมในการประเมินจำนวน 5 กลุ่ม ประกอบด้วย คณะกรรมการธรรมนูญ แกนนำ ตัวแทนชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนักวิชาการจากสถาบันการศึกษา ผู้เกี่ยวข้องกับการประเมินเห็นว่าควรมีการประเมินเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และ

ทบทวนธรรมนูญ ขอบเขตการประเมินใช้วิธีการให้ชุมชนเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญตามสาระทั้ง 10 หมวดของธรรมนูญ การประเมินธรรมนูญในชุมชนโดยการสอบถามและการประชุมกลุ่ม มีคณะกรรมการธรรมนูญและสถาบันวิชาการเป็นแกนนำประเมิน ส่วนการทบทวนร่างรายงานด้วยวิธีการส่งเอกสารแสดงรายละเอียดให้กับทุกครัวเรือน การตัดสินใจปรับปรุงธรรมนูญโดยวิธีการทำเวทีประชาคมในชุมชน ส่วนการติดตามและการประเมินผลได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานในการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ สามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้มีส่วนร่วมในการทบทวนธรรมนูญสุขภาพ ทำให้ชุมชนมีการรับรู้ถึงแนวทางการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของประชาชนและแกนนำ และ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ

พระสมุห์ธงชัย สุนทรจาโร และคณะ (2564) รูปแบบการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า 1. พระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา มีการส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพ ร่วมมือกันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระสงฆ์อาพาธ 2. กระบวนการในการส่งเสริม ได้แก่ การพัฒนาความรู้ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคลากรในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสามารถค้นหาได้จากสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ อินเทอร์เน็ตสื่อออนไลน์ การจัดตั้งพระสงฆ์แกนนำ การส่งเสริมสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย 3. รูปแบบการดูแลสุขภาพ คือ การบริโภคอาหารถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย การพัฒนาสภาพแวดล้อมดี การมีสุขภาพจิตที่ดี

1.2 การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน Social Return on Investment (SROI)

การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) เป็นแนวทางในการประเมินผลกระทบทางสังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ SROI สามารถใช้เพื่อวัดประโยชน์ของโครงการหรือกิจกรรมต่อสังคมในหน่วยวัดเดียวกับเงินตรา ซึ่งช่วยให้สามารถเปรียบเทียบความคุ้มค่าของโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม SROI มีประโยชน์หลายประการ เช่น ช่วยในการตัดสินใจว่าควรลงทุนในโครงการหรือกิจกรรมใด ช่วยในการติดตามและประเมินความก้าวหน้าของโครงการหรือกิจกรรม ช่วยในการสื่อสารผลลัพธ์ของโครงการหรือกิจกรรมต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ และช่วยในการระดมทุนสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม เป็นต้น

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) นับเป็นแนวทางการประเมินผลโครงการที่ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากสามารถสะท้อนคุณค่าที่แท้จริงของโครงการพัฒนาได้อย่างรอบด้าน ไม่จำกัดเพียงมิติทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย ศรีสุข มงกุฎวิสุทธิ (2565) ได้อธิบายไว้ว่า SROI เป็นกระบวนการที่ขยายขอบเขตจากการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์แบบดั้งเดิม โดยมีเป้าหมายเพื่อ

แปลงผลลัพธ์ทางสังคมที่มักเป็นนามธรรมให้กลายเป็นมูลค่าทางการเงินที่สามารถวัดผลและเปรียบเทียบได้ ทำให้สามารถแสดงให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมว่าทุก 1 บาทที่ลงทุนไปในโครงการนั้นสามารถสร้างคุณค่าทางสังคมกลับคืนมาได้เป็นมูลค่าเท่าใด

หัวใจสำคัญของการประเมิน SROI อยู่ที่การกำหนดค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy) ที่เหมาะสมสำหรับผลลัพธ์ในแต่ละมิติ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความท้าทายและต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในแนวคิดและวิธีการประเมินที่หลากหลาย การทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับตัวแปรและค่าแทนทางการเงินที่ใช้ในการประเมิน SROI จากเอกสารวิชาการและรายงานการประเมินผลโครงการต่างๆ ในบริบทประเทศไทย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนและเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินโครงการของตนเองต่อไป

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) นับเป็นแนวทางการประเมินผลโครงการที่ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากสามารถสะท้อนคุณค่าที่แท้จริงของโครงการพัฒนาได้อย่างรอบด้าน ไม่จำกัดเพียงมิติทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย ศรีสุข มงกุฎวิสุทธิ (2565) ได้อธิบายไว้ว่า SROI เป็นกระบวนการประเมินที่ขยายขอบเขตจากการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์แบบดั้งเดิม โดยมีเป้าหมายเพื่อแปลงผลลัพธ์ทางสังคมที่มักเป็นนามธรรมให้กลายเป็นมูลค่าทางการเงินที่สามารถวัดผลและเปรียบเทียบได้ ทำให้สามารถแสดงให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมว่าทุก 1 บาทที่ลงทุนไปในโครงการนั้นสามารถสร้างคุณค่าทางสังคมกลับคืนมาได้เป็นมูลค่าเท่าใด หัวใจสำคัญของการประเมิน SROI อยู่ที่การกำหนดค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy) ที่เหมาะสมสำหรับผลลัพธ์ในแต่ละมิติ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความท้าทายและต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในแนวคิดและวิธีการประเมินที่หลากหลาย การทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับตัวแปรและค่าแทนทางการเงินที่ใช้ในการประเมิน SROI จากเอกสารวิชาการและรายงานการประเมินผลโครงการต่างๆ ในบริบทประเทศไทย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนและเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินโครงการของตนเองต่อไป

1.2.1 แนวคิด และขอบเขตของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

การศึกษาในครั้งนี้ว่าด้วยการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน หรือในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Social Return on Investment (SROI) โดยยึดทั้งกรอบสากลและหลักฐานจากงานปฏิบัติในประเทศไทย จากนั้นโยงเข้ากับเจตนารมณ์นโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ โดยเฉพาะกรณี “ธรรมนูญสุขภาพตำบล/ชุมชน” ซึ่งเป็นเวทีขับเคลื่อนสุขภาวะด้วยการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ จุดมุ่งหมายของบทนำคือวางเหตุผลเชิงทฤษฎีและเชิงนโยบายว่าทำไม SROI จึงเหมาะกับการตัดสินใจเชิงพื้นที่ (Nicholls et al. 2009; Hamelmann et al., 2017; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ม.ป.ป.)

แนวคิด SROI คือกรอบวิธีบนฐานหลักการที่ออกแบบมาเพื่อให้คุณค่าทางสังคมเป็นระบบ โดยตั้งต้นจากการฟังเสียงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของโครงการหรือมาตรการ และเก็บหลักฐานของผลลัพธ์ที่มีสาระสำคัญเพื่อแปลงเป็นมูลค่าทางการเงินเท่าที่เหมาะสม ทั้งหมดนี้ทำภายใต้

หลักการ 7 ประการของ SROI ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วม 2) การเข้าใจการเปลี่ยนแปลง 3) การให้คุณค่ากับสิ่งที่สำคัญ 4) สารสำคัญ 5)การไม่กล่าวอ้างเกินจริง 6) ความโปร่งใส และ 7) การตรวจทานได้ หลักการดังกล่าวถูกวางไว้อย่างเป็นระบบใน A Guide to Social Return on Investment (Nicholls et al. 2009) องค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรปอธิบายเพิ่มเติมว่า SROI เป็นกรอบที่สอดคล้องกับกรอบ Health 2020 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะช่วยขยายขอบเขตการประเมินการลงทุนให้ครอบคลุมทั้งผลดีผลเสียต่อสุขภาวะ ความเสมอภาค และสิ่งแวดล้อม มากกว่าการอ่านผลตอบแทนทางการเงินเพียงด้านเดียว (Hamelmann et al.,2017) ในแง่ของการนิยามเชิงปฏิบัติ ของเอกสารสากลยังแจ่มแจ้งชนิดของ SROI ว่ามีทั้งแบบประเมินย้อนหลังบนผลที่เกิดขึ้นจริง และแบบคาดการณ์เพื่อใช้วางแผนและออกแบบระบบติดตาม ซึ่งทั้งสองชนิดต้องตั้งอยู่บนหลักฐานและการอธิบายสมมติฐานอย่างโปร่งใส (Nicholls et al. 2009)

นอกจากหลักคิตัววรรณกรรมสากลและงานภาคสนามเห็นพ้องกันเรื่อง “กลไกควบคุมอคติ” ที่จำเป็นต่อการแปลงผลลัพธ์เป็นมูลค่าที่น่าเชื่อถือ ซึ่งได้แก่การหักส่วนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเองอยู่แล้ว การเฉลี่ย “เครดิต” ระหว่างโครงการกับปัจจัยอื่น การกันผลที่ย้ายจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง และการพิจารณาว่าประโยชน์เสื่อมถอยลงตามเวลาเป็นอย่างไร จากนั้นจึงค่อยคิดลดมูลค่าสำหรับกระแสประโยชน์ในอนาคตเพื่อให้ได้มูลค่าปัจจุบัน แล้วสรุปออกมาเป็นอัตราส่วน SROI ควบคู่กับการทดสอบความอ่อนไหวต่อสมมติฐานสำคัญ นอกจากนี้แนวปฏิบัติของสถาบันการเงินยุโรป้าประเด็น “การให้เครดิตอย่างเป็นธรรม” ด้วยวิธีเก็บข้อมูลจากผู้รับประโยชน์หลายมิติ ใช้เทคนิคทางสถิติที่ใช้รวมผลลัพธ์เชิงปริมาณจากงานวิจัยหลายชิ้นที่มีคำถามวิจัยหรือสมมติฐานเดียวกันที่ใช้ดี (Meta-analysis) ของงานศึกษาที่ผ่านมาได้ให้คำตอบเรื่องความโปร่งใสของตัวแทนมูลค่าและความหลากหลายทางวิธีที่ทำให้การเปรียบเทียบข้ามกรณีทำได้จำกัด ดังนั้น การเปิดเผยที่มาและเหตุผลของสมมติฐานจึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ (Hamelmann et al. 2017; Grazioli et al 2020)

เมื่อวางกรอบในการศึกษาแล้ว ส่วนต่อไปจะกล่าวเกี่ยวกับเหตุผลเชิงนโยบายว่าทำไม SROI จึงเหมาะกับงานระดับตำบลหรือชุมชนในประเทศไทย โดยมีเหตุผลหลากหลายประการ ได้แก่ ประการแรก SROI ให้ความสำคัญถึง “คุณค่าสาธารณะ” ที่มักไม่ถูกนับในบัญชีการเงิน ทั้งคุณค่าด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และทุนทางสังคม ซึ่งเป็นแก่นของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายในท้องถิ่น ประการที่สอง หน่วยงานไทยได้พัฒนาแนวปฏิบัติและเครื่องมือคำนวณที่สอดคล้องกับบริบทการทำงานจริง ทั้งในรูปคู่มือที่ผสมผสานการประเมินผลกระทบทางสังคมกับ SROI และแอปพลิเคชันที่ใช้จัดระเบียบ จัดการ วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางที่เชื่อมโยงตัวชี้วัดกับการคำนวณมูลค่าปัจจุบัน อัตราผลตอบแทนทางสังคม และอัตราผลตอบแทนภายใน เพื่อให้สามารถใช้ผลลัพธ์ไปเชื่อมโยงกับการจัดทำแผนงานและงบประมาณได้โดยตรง ประการที่สาม มีหลักฐานในรูปแบบกรณีศึกษาที่หลากหลาย ตั้งแต่การจัดการขยะเมือง พื้นที่สีเขียว สุขภาพสิ่งแวดล้อม นโยบายสร้างสรรค์ ไปจนถึงการบริหารจัดการที่ดินและโครงการพัฒนาน้ำชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากออกแบบการมีส่วนร่วมและระบบข้อมูลดี ก็สามารถนับคุณค่าทางสังคมได้อย่างมีเหตุผล และนำไปสู่การตัดสินใจเชิงพื้นที่ที่รอบคอบขึ้น (กฤษณะ โชติรัตน์กมล 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2567; ณัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี และคณะ 2567)

นอกจากนี้ยังระบุว่าในคู่มือการทำ SROI ที่เป็นสากลได้มีการแปลเป็นแปดขั้นตอนสำหรับการใช้งานในประเทศตามบทเรียนจากคู่มือไทยและแนวปฏิบัติยุโรป การเชื่อมโยงกับวงจรธรรมาภิบาล และตัวอย่างกรณีศึกษาจากประเทศไทยที่สะท้อนสถานการณ์หลากหลาย ทั้งระดับเมือง ชุมชน มหาวิทยาลัย และนโยบายด้านทรัพยากรที่ดิน ตลอดจนการสังเคราะห์เชิงนโยบาย และข้อจำกัดที่ควรระวังเมื่อใช้ SROI ในการตัดสินใจสาธารณะ เพื่อรักษาคุณภาพระหว่างความถูกต้องทางวิชาการกับความเป็นประโยชน์เชิงปฏิบัติ (Nicholls J et al. 2009; Hamelmann C et al. 2017; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2565; ฤกษ์ ชัยรัตน์กุล 2567; ณัฐวิมล พันธวงศ์ภักดี 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562; เกตุกุล สรรกวี และคณะ ม.ป.ป.; วีรบุรณ วิสารทสกุล และคณะ ม.ป.ป.; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ม.ป.ป.; วงเดือน พรนคร 2564)

ท้ายที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมนี้ยืนยันจุดยืนสำคัญสองประการ ได้แก่ 1) SROI ไม่ใช่เพียงตัวเลขอัตราส่วน แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่ทำให้ “เรื่องเล่าของการเปลี่ยนแปลง” มีหลักฐานรองรับและตรวจสอบได้ 2) การประยุกต์ SROI กับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ต้องให้ความสำคัญกับความเสมอภาคและคุณค่าที่ไม่สามารถแปลงเป็นเงินได้ทั้งหมด ควบคู่กับความโปร่งใสของสมมติฐานและการทดสอบความอ่อนไหว เพื่อไม่ให้เกิดการสื่อสารผลตอบแทนทางสังคมกลายเป็นการกล่าวอ้างเกินจริง

ในหัวข้อถัดไปจะลงรายละเอียดขั้นตอน วิธีการ และกรณีศึกษา โดยยึดหลักฐานจากแหล่งที่กำหนดไว้เท่านั้น และรักษามาตรฐานการอ้างอิงแบบเดียวกันตลอดทั้งฉบับ (Nicholls et al. 2009; Hamelmann C et al. 2017; Grazioli R et al 2020)

1.2.2 หลักการและความหมายของ SROI

ความหมายของ SROI อยู่ภายใต้กรอบการวัดและบัญชีคุณค่าทางสังคมที่ใช้งานได้จริง ทั้งในเชิงหลักการ นิยาม วิธีทำให้เป็นเงิน และข้อควรระวังทางวิธีวิทยา โดยยึดแกนจาก A Guide to Social Return on Investment ซึ่งวางโครงสร้างและขั้นตอนมาตรฐานไว้ครบถ้วน เสริมด้วยกรอบคิดด้านสุขภาพขององค์กร อนามัยโลก วิธีเก็บข้อมูลจากผู้รับประโยชน์หลายมิติ ใช้เทคนิคทางสถิติที่ใช้รวมผลลัพธ์เชิงปริมาณจากงานวิจัยหลายชิ้นที่มีคำถามวิจัยหรือสมมติฐานเดียวกันที่ประเมินคุณภาพงาน SROI ตลอดจนคู่มือภาษาไทย และตัวอย่างภาคสนามในประเทศ เพื่อให้เห็นภาพ “รวม” ที่เชื่อมโยงกันจากมาตรฐานสากลสู่การปฏิบัติในบริบทไทย (Krlev G. 2013; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2565; Grazioli R et al 2020)

SROI คือกรอบที่ช่วย “นับและเล่า” คุณค่าทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจที่ปกติไม่ปรากฏในบัญชีการเงิน โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงและแผนที่เส้นทางผลกระทบ เพื่อคัดผลลัพธ์ที่มีสาระสำคัญ แล้วจึงแปลงคุณค่านั้นเป็นตัวเงินด้วยตัวแทนมูลค่าที่มี

เหตุผลรองรับ จากนั้นจึงปรับให้เหลือ “ผลกระทบสุทธิ” คัดลดกระแสประโยชน์ตามเวลา และสรุปเป็นอัตราส่วน SROI เพื่อนำไปใช้ตัดสินใจ สื่อสารความรับผิดชอบ และบริหารคุณค่าร่วมอย่างโปร่งใสในระดับนโยบายสาธารณะ SROI สอดคล้องกับกรอบ Health 2020 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะช่วยเปิดเผยคุณค่าที่อยู่ “นอกสมุดบัญชี” ของรัฐและสังคม เช่น สุขภาวะ ความเสมอภาค และสิ่งแวดล้อม (Nicholls et al. 2009; Hamelmann C. 2017)

การศึกษาค้างนี้จะแบ่งประเภทของ SROI ออกเป็น 2 ลักษณะสำคัญคือ 1) การประเมินย้อนหลังบนผลที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเหมาะกับการสะท้อนผลสำเร็จและความรับผิดชอบ และ 2) การคาดการณ์เพื่อใช้วางแผนและออกแบบระบบติดตามในอนาคต ทั้งสองแบบต้องอธิบายขอบเขต ช่วงเวลา และสมมติฐานอย่างโปร่งใส เพื่อให้ผู้อ่านตีความผลได้ถูกต้อง (Nicholls et al. 2009)

คู่มือสากลเสนอหลักการของงาน SROI ตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ซึ่งปรากฏในแนวทางการทำ SROI ของหน่วยงานไทย (Krlev G. 2013; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2565; Grazioli R et al 2020) ซึ่งได้อธิบายไว้ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดว่าคุณค่าใดควรถูกลบและนับอย่างไร
- 2) การเข้าใจการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงและแผนที่ผลกระทบเป็นตัวนำ
- 3) การให้คุณค่ากับสิ่งที่สำคัญ เลือกเฉพาะผลลัพธ์ที่มีสาระสำคัญต่อการตัดสินใจ
- 4) วัตถุประสงค์สำคัญ แยกแยะสัญญาณจากเสียงรบกวนและระบุขอบเขตอย่างมีเหตุผล
- 5) การไม่กล่าวอ้างเกินจริง บันทึกและหักส่วนที่ไม่ได้เกิดจากโครงการ
- 6) ความโปร่งใส เปิดเผยที่มา วิธีคำนวณ และสมมติฐานที่ใช้
- 7) การตรวจทานได้ เปิดโอกาสให้มีการทวนสอบภายในและภายนอก

คู่มือของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน และคู่มือของ OR ที่ร่วมกับวิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ล้วนหยิบหลักการเหล่านี้ไปใช้ และได้ลงมือทำได้จริงในหน่วยงานและพื้นที่เพื่อให้เกิดการคำนวณสะท้อน “คุณค่าที่แท้จริง” งาน SROI ที่มีองค์ประกอบที่มีคุณภาพพร้อมกัน ซึ่งได้ พบว่า

- 1) การเริ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงได้ทำเพื่อกำหนดเส้นทางเหตุและผล ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ ไปจนถึงผลกระทบ และคัดผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจ
- 2) การกำหนดตัวชี้วัดและหลักฐานสำหรับผลลัพธ์แต่ละรายการ แล้วเลือกตัวแทนมูลค่าทางการเงินที่เหมาะสม โดยตระหนักว่ามูลค่าเป็นเรื่องของมุมมองและบริบท จึงไม่มีค่าถูกต้องเพียงหนึ่งเดียว ความโปร่งใสของที่มา วิธีคิดราคา และเหตุผลในการเลือกจึงสำคัญมาก

3) การระบุผลกระทบสุทธิ โดยหักส่วนที่ควรตัดออก เช่น สิ่งที่น่าจะเกิดขึ้นเองอยู่แล้ว การเฉลี่ยเครดิตกับปัจจัยภายนอก ผลที่ย้ายมาจากที่อื่น และการเสื่อมถอยของผลประโยชน์เมื่อเวลาผ่านไป แนวปฏิบัติในยุโรปมักใช้แบบสอบถามหลายมิติและข้อมูลเศรษฐกิจมหภาคประกอบ เพื่อให้การให้เครดิตเป็นธรรมและตั้งอยู่บนข้อมูล แทนการคาดเดา

4) การคิดลดกระแสประโยชน์ตามเวลา เพื่อหามูลค่าปัจจุบัน และสรุปเป็นมูลค่าปัจจุบันสุทธิ อัตราส่วน SROI และตัวชี้วัดทางการเงินที่เกี่ยวข้อง พร้อมทดสอบความอ่อนไหวต่อสมมติฐานสำคัญ เช่น สัดส่วนเครดิต อัตราคิดลด การเสื่อมถอยของผล และตัวแทนมูลค่า การทดสอบนี้ทำให้รู้ว่าตัวแปรใด “วิกฤต” ต่อผลลัพธ์และควรถูกบริหารจัดการ

5) การรายงานและการผลักดันเข้าสู่ระบบ โดยจัดทำรายงานที่อธิบายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เส้นทางผลกระทบ วิธีเก็บข้อมูล วิธีระบุผลกระทบ วิธีการเงิน ผลการทดสอบความอ่อนไหว และร่องรอยการตรวจสอบ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานใช้ผลไปปรับปรุงงานและวางแผนรอบต่อไปได้จริง (Nicholls et al. 2009 Hamelmann C et al. 2017; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2565; กฤษณะ โชติรัตนกมล 2567; ณัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562; เกศกุล สระกวี และคณะ ม.ป.ป.; วีรบุรณ วิสารทสกุล และคณะ ม.ป.ป.; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ม.ป.ป; วงเดือน พระนคร 2564)

SROI เป็นเครื่องมือจัดการคุณค่าและสื่อสารผลลัพธ์สาธารณะที่ไม่ใช่เพียงตัวเลข “เพื่อโชว์” ตามจังหวะงบประมาณ SROI จึงควรถูกใช้ควบคู่กับการประเมินผลกระทบทางสังคม การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล และข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้การตัดสินใจไม่หลงเหลือแต่สิ่งที่ดีเป็นเงินได้เท่านั้น (Nicholls et al. 2009; Hamelmann C. 2017) ทั้งยังระบุด้วยว่า การยึดติดการทำให้เป็นเพียงเงินเท่านั้นจะทำให้งาน “บาง” ลง และลดความน่าเชื่อถือเมื่อเทียบกับงานที่อธิบายบริบท กระบวนการ และข้อจำกัดควบคู่กัน (Krlev G. et al. 2013)แนวทางขององค์การอนามัยโลกจึงย้ำการเล่า “เรื่องของการเปลี่ยนแปลง” พร้อมตัวเลขและการให้ความสำคัญกับความเสมอภาคและผลลัพธ์ที่ไม่เป็นตัวเงิน (Hamelmann C et al. 2017)

นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่ควรตระหนัก ประเด็นแรกคือความโปร่งใสของตัวแทนมูลค่า ในการศึกษากรณีศึกษาที่หลากหลายไม่ได้อธิบายแหล่งและวิธีตีมูลค่าชัดเจนทำให้มีการศึกษาเปรียบเทียบแบบข้ามโครงการได้จำกัด การบันทึกที่มาและเหตุผลของการเลือกจึงสิ่งที่สำคัญและจำเป็น (Krlev G. et al. 2013) ประเด็นที่สองคือการให้เครดิต งานภาคสนามพบว่า สัดส่วนเครดิตของโครงการเปลี่ยนไปตามแต่ละประเทศ สาขา และช่วงเวลา ดังนั้นจึงต้องเก็บข้อมูลจริง ไม่ใช่ค่าคงที่แบบสากล และทำการทดสอบความอ่อนไหวเป็นมาตรฐาน (Grazioli R. 2020) ประเด็นที่สามคืออัตราการคิดลด หากตั้งสูงเกินไป ประโยชน์ระยะยาวด้าน

สิ่งแวดล้อมและสุขภาพจะถูกกดต่ำกว่าความจริง ต้องอธิบายเหตุผลเชิงจริยธรรมและทดสอบผลกระทบของทางเลือกที่ต่างกัน ประเด็นที่สี่คือการหลีกเลี่ยงการนับซ้ำ โดยเฉพาะในโครงการพหุภาคีระดับพื้นที่ ต้องระบุขอบเขตความรับผิดชอบและการเชื่อมโยงระหว่างมาตรการอย่างชัดเจน (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2565)

1.2.3 การประเมิน SROI ในประเทศไทย

การศึกษาในงานภาคสนามในไทยได้ช่วยยืนยันเรื่อง “ความหมายเชิงการใช้งาน” ของ SROI อย่างเป็นรูปธรรม โครงการจัดการขยะเมืองของกรุงเทพมหานครแสดงให้เห็นความสำคัญของช่วงเวลาและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เมื่อประเมินย้อนหลังในช่วงสั้นผลตอบแทนยังต่ำเพราะลงทุนเริ่มต้นสูง แต่เมื่อคาดการณ์ระยะยาว ผลตอบแทนทางสังคมค่อยๆ เพิ่มขึ้น และการเปิดเผยสมมติฐานและตัวแทนมูลค่าช่วยให้ตีความผลได้ถูกต้อง (กฤษณะ โชติรัตน์กมล 2567) โครงการพื้นที่สีเขียวข้างทางกะเจ้าเสนอกรอบการประเมินที่รวมบริการระบบนิเวศ รายได้ชุมชน และคุณภาพชีวิต ซึ่งล้วนเป็นมิติที่บัญชีการเงินปกติไม่ได้สะท้อน แต่สามารถแปลงเป็นมูลค่าอย่างมีเหตุผล เมื่อมีเส้นทางผลกระทบและข้อมูลท้องถิ่นรองรับ (Setthapoom Buathong et al. 2023) ชุดโครงการของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี แสดงวิธีทำ SROI ทั้งเชิงคาดการณ์และย้อนหลัง โดยได้รายงานตัวชี้วัดทางการเงินควบคู่กับอัตราส่วน SROI และอธิบายสมมติฐานอย่างเป็นระบบ ส่วนในการศึกษาของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ตอกย้ำว่า SROI ใช้ติดตาม “คุณค่าที่เกิดขึ้นจริง” จากการวิจัยและถ่ายทอดเทคโนโลยีได้ หากวางระบบติดตามผลและการให้เครดิตที่เหมาะสม (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562) ในขณะที่โครงการเมืองสร้างสรรค์และธนาคารที่ดินชี้ให้เห็นว่า SROI ใช้กับนโยบายเชิงทรัพย์สินสาธารณะได้ แต่ต้องระวังการนับซ้ำ การกำหนดช่วงเวลาประโยชน์ และการให้เครดิตระหว่างหลายฝ่าย หลักฐานทั้งหมดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ และสนับสนุนการนับคุณค่าที่ยืดหยุ่นมีส่วนได้ส่วนเสียเป็นศูนย์กลาง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ม.ป.ป; วังเดือน พระนคร 2564)

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น ความหมายของ SROI ในบริบทงานวิจัยและนโยบายสาธารณะไทยจึงพบว่า SROI ไม่ได้หมายถึงอัตราส่วนเพียงตัวเดียว หากแต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่เริ่มจากเสียงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้แผนที่เส้นทางผลกระทบคุ้มครองเหตุและผล เก็บหลักฐานของผลลัพธ์สำคัญให้ครบถ้วน ทำให้เป็นการใช้เงินเท่าที่จำเป็นและโปร่งใส สร้างผลกระทบสุทธิอย่างเป็นธรรม รวมทั้งคิดการลดกระแสประโยชน์สู่มูลค่าปัจจุบัน ทดสอบความอ่อนไหว และรายงานผลเพื่อการตัดสินใจและความรับผิดชอบต่อสาธารณะ ดังนั้นในความหมายนี้ SROI จึงเป็น “เครื่องมือจัดการคุณค่า” ของสังคม ที่ช่วยให้การลงทุนภาครัฐ เอกชน และชุมชนเพื่อตอบโจทย์สุขภาวะ ความเสมอภาค และความยั่งยืนได้อย่างมีหลักฐานรองรับ (Nicholls et al. 2009 Hamelmann C et al. 2017; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2565; กฤษณะ โชติรัตน์กมล 2567; ญัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562; เกศกุล สรร

กวี และคณะ ม.ป.ป.; วีรบุรุษ วิสารทสกุล และคณะ ม.ป.ป.ว; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ม.ป.ป; วังเดือน พระนคร 2564)

1.2.4 ขั้นตอน SROI

ในการศึกษาการใช้ SROI ในบริบทของไทยโดยอยู่ภายใต้การศึกษาในเรื่อง A Guide to SROI ขั้นตอนทำ SROI ให้เป็นแกนปฏิบัติเดียวที่ลงมือทำได้จริงในบริบทไทย โดยอาศัยโครงกระยะจาก A Guide to SROI เป็นหลัก เสริมด้วยกรอบคิดด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก หลักฐานเชิงปฏิบัติของ EIF และ คู่มือภาษาไทยจาก OR กฟผ. และ อพท. พร้อมตัวอย่างสนามจริง เช่น BKK Zero Waste OUR-คังบางกะเจ้า PSU KU มทร.ธัญบุรี โครงการ CEIS และโครงการพื้นที่สร้างสรรค์ เพื่อให้เห็นทั้ง “วิธีทำ” และ “ข้อควรระวัง” ในแต่ละช่วงของงาน (Nicholls et al. 2009; Hamelmann C et al. 2017; Krlev G. et al. 2013; Grazioli R. et al. 2020; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2565; กฤษณะ โชติรัตนกมล 2567; ณัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562; เกศกุล สระกวี และคณะ ม.ป.ป.; วีรบุรุษ วิสารทสกุล และคณะ ม.ป.ป.; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ม.ป.ป; วังเดือน พระนคร 2564)

1) การกำหนดขอบเขต วัตถุประสงค์ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เริ่มจากการนิยาม “กรอบงาน” ให้ชัดเจนที่สุด เพราะสิ่งที่กำหนดในช่วงต้นจะเป็นทิศทางให้กับทุกขั้นตอนถัดไปได้อย่างมีเหตุผล ในเอกสารทบทวนวรรณกรรมสากลแนะนำให้ระบุประเภทการประเมินตั้งแต่ต้นว่าเป็นแบบประเมินย้อนหลังจากผลที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นแบบคาดการณ์เพื่อใช้วางแผนและออกแบบการติดตาม ในเวลาเดียวกันต้องระบุช่วงเวลาที่สนใจ ผล กระบวนการจะเก็บข้อมูลจากที่ใด และใครคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อม [1] ในโครงการสาธารณสุขและนโยบายพื้นที่ หลักขององค์การอนามัยโลกย้ำให้วงกรอบที่สอดคล้องกับเป้าหมายสุขภาพ ความเสมอภาค และความยั่งยืน เพื่อให้สิ่งที่เรานับมีน้ำหนักเชิงนโยบาย ไม่ใช่เพียงสิ่งที่วัดได้ง่าย (Nicholls et al. 2009; Hamelmann C. 2017)

ในงานของประเทศไทย คู่มือ กฟผ. และ อพท. แนะนำให้วาง “แผนการมีส่วนร่วม” ควบคู่กับการกำหนดขอบเขตตั้งแต่วันแรก ทั้งการเชิญผู้แทนชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน วัด ภาครัฐกิจ และกลุ่มเฉพาะที่ได้รับผลกระทบ เข้าร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมและระบุบทบาทหน้าที่ในการให้ข้อมูลและตรวจทานผลภายหลัง (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566) คู่มือ OR เสริมให้กำหนด “สถานการณ์ฐาน” ว่าหากไม่มีโครงการ สิ่งต่าง ๆ น่าจะเดินไปอย่างไร เพื่อใช้เป็นฉากหลังในการคำนวณผลกระทบสุทธิในขั้นตอนต่อไป (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2565)

ตัวอย่างเชื่อมโยงสนามจริงอย่าง BKK Zero Waste สะท้อนว่าการนิยามขอบเขตพื้นที่ โครงสร้างกิจกรรม และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย เช่น ชุมชน โรงเรียน ตลาด ภาคเอกชนรีไซเคิล และฝ่ายเขต มี

ผลโดยตรงต่อสิ่งที่จะถูกรวบรวมเป็นผลลัพธ์ในภายหลัง และทำให้การสื่อสารผลต่อกรุงเทพมหานครทำได้ตรงประเด็นขึ้น (กฤษณะ โชติรัตนกมล 2567) ในการทำงานกับ “ธรรมนูญสุขภาพตำบล” การวางแผนร่วมตั้งแต่ต้นช่วยให้ตัวชี้วัดสะท้อน “คุณค่าที่ชุมชนเห็นว่าสำคัญ” ไม่ใช่เฉพาะตัวเลขที่ตั้งจากภายนอก [2][15][16] (Hamelmann C et al. 2017; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ม.ป.ป; วงเดือน พระนคร 2564)

2) สร้างแผนที่ผลลัพธ์/ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Impact Map/ToC)

เมื่อขอบเขตชัดเจน งานถัดมาคือการทำแผนที่ผลลัพธ์ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเล่าเส้นทางเหตุและผลตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า ผ่านกิจกรรม ไปสู่ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ แผนที่นี้ควรบันทึกให้ครบทั้งชื่อกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง การเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม ระยะเวลาที่ประโยชน์คงอยู่ ตัวแทนมูลค่าที่จะใช้ และที่มาหลักฐานที่จะอ้างอิงในภายหลัง หลักการขององค์การอนามัยโลกเน้นให้พิจารณาทั้งผลทางบวกและผลทางลบ ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เพื่อหลีกเลี่ยงมุมมองด้านเดียว (Nicholls et al. 2009; Hamelmann C. 2017)

คู่มือไทยทั้ง กฟผ. อพท. และ OR จัดโครงสร้าง “Social Impact Pathway” ไว้ชัดเจนและมีแบบฟอร์มที่นำไปใช้ในเวทีชุมชนได้ทันที จุดแข็งคือช่วยแปลงแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงให้กลายเป็นรายการผลลัพธ์ที่ตรวจสอบได้ และเชื่อมโยงไปสู่การคำนวณในสเปรดชีตได้อย่างเป็นระเบียบ [4][5][6] ในสนามจริง เช่น OUR-คังบางกะเจ้า ทีมประเมินใช้แผนที่ผลลัพธ์เพื่อเชื่อมกิจกรรมดูแลพื้นที่สีเขียว กิจกรรมเศรษฐกิจชุมชน และการใช้ประโยชน์ของประชาชนเมือง เข้าเป็นผลลัพธ์ด้านรายได้ สุขภาวะ และบริการระบบนิเวศ ก่อนจะหาตัวแทนมูลค่าที่เหมาะสม (Setthapoom Buathong et al. 2023)

3) เก็บหลักฐานผลลัพธ์และกำหนดมูลค่า (ตัวชี้วัดและตัวแทนมูลค่า)

หลังได้แผนที่ผลลัพธ์แล้ว ต้องกำหนดตัวชี้วัดและวิธีเก็บข้อมูลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละกลุ่ม และให้ความสำคัญกับ “ระยะเวลาประโยชน์” ว่าผลลัพธ์นั้นคงอยู่ยาวนานเพียงใด จากนั้นจึงพิจารณาแปลงผลลัพธ์ให้เป็นมูลค่าโดยใช้ตัวแทนมูลค่าทางการเงินที่มีเหตุผลรองรับ โดยเปิดเผยที่มาและวิธีตีราคาอย่างโปร่งใส เพราะมูลค่าของสิ่งเดียวกันอาจแตกต่างกันตามบริบทและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Nicholls et al. 2009; Krlev G. 2013)

EIF เสนอแนวทางการเลือกตัวแทนมูลค่าที่อิงทั้งต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้ รายได้ที่เพิ่มขึ้น มูลค่าคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ โดยพยายามใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการสำรวจและการสัมภาษณ์ เพื่อให้การตีราคาไม่ลอยจากความจริง (Krlev G. et al. 2013) ในงานไทย รายงาน BKK Zero Waste ใช้รายได้จากการขายวัสดุรีไซเคิล ต้นทุนอาหารสัตว์ที่ลดลงจากการจัดการขยะอินทรีย์ และมูลค่าการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นตัวแทนมูลค่าหลัก ขณะที่ OUR-คังบางกะเจ้าใช้มูลค่าบริการระบบนิเวศควบคู่กับรายได้ชุมชนและ

คุณภาพชีวิต ส่วนชุดโครงการของ PSU และ KU ใช้ต้นทุนสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ รายได้จากการใช้เทคโนโลยี และเวลาของผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการ เป็นฐานสำคัญของการตีมูลค่า (กฤษฎิ์ โชติรัตน์กมล 2567; ญัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562)

ข้อควรระวังเชิงวิชาการคือ การใช้ตัวแทนมูลค่าต่างกันทำให้การเทียบข้ามโครงการทำได้จำกัด จึงต้องบันทึกที่มาและเหตุผลอย่างชัดเจน และควรทำการทดสอบความอ่อนไหวในภายหลังเพื่อให้เห็นว่าผลสุดท้ายไวต่อการเลือกตัวแทนมูลค่ามากน้อยเพียงใด (Nicholls et al. 2009; Krlev G. 2013; Grazioli R. et al. 2020)

4) การระบุผลกระทบสุทธิ (deadweight attribution displacement drop-off)

ส่วนนี้คือการเปลี่ยนผลลัพธ์ที่วัดได้ให้กลายเป็น “ผลกระทบสุทธิ” โดยปรับออกสี่รายการสำคัญ ได้แก่ ส่วนที่น้ำจะเกิดขึ้นเองอยู่แล้ว ส่วนเครดิตที่ต้องแบ่งให้ปัจจัยภายนอก ผลที่แท้จริงคือการย้ายจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง และการเสื่อมลงของผลลัพธ์เมื่อเวลาผ่านไป หลักการสากลแนะนำให้บันทึกค่านี้นี้ไว้คู่กับผลลัพธ์แต่ละรายการในแผนที่ผลลัพธ์ แล้วค่อยรวมเป็นผลกระทบรวมทีหลัง เพื่อให้ตรวจสอบย้อนกลับได้ (Nicholls et al. 2009)

แนวปฏิบัติของ EIF ใช้การเก็บข้อมูลเชิงสำรวจเพื่อประเมินสัดส่วนเครดิตหลายมิติ เช่น บทบาทของโครงการในการจุตประกาย การขยายผล และผลต่อชีวิตเทียบกับปัจจัยอื่น พร้อมอ้างอิงตัวแปรเศรษฐกิจมหภาคในบางกรณี เพื่อหลีกเลี่ยงการให้เครดิตเกินจริง ในทางปฏิบัติจึงควรจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบ เพื่อร่วมกันประเมินค่าสี่ตัวนี้บนฐานเหตุผลร่วม (Grazioli R. et al. 2020)

คู่มือ กพผ. และ อพท. แนะนำให้ใช้ค่าสมเหตุผลในกรณีที่ข้อมูลยังจำกัด แต่ต้องบันทึกเหตุผลและวางแผนติดตามเพื่อปรับค่าให้แม่นยำขึ้นในรอบประเมินถัดไป (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2565)

ตัวอย่างภาคสนามชี้ให้เห็นผลของขั้นตอนนี้ชัดเจน เช่น รายงาน BKK Zero Waste ที่เปิดเผยการหักส่วนต่าง ๆ อย่างโปร่งใส ทำให้เข้าใจได้ว่าทำไมผลตอบแทนช่วงสั้นจึงยังไม่สูง และทำให้การคาดการณ์ระยะยาวน่าเชื่อถือขึ้น ขณะที่กรณีของ OUR คึงบางกะเจ้าเน้นการรักษาความต่อเนื่องของกิจกรรมเพื่อลดการเสื่อมของผลลัพธ์ในแต่ละปี (กฤษฎิ์ โชติรัตน์กมล 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562)

5) คีลคมูลค่าเวลาและค่านวมอัตราส่วน SROI/NPV/IRR

เมื่อได้ผลกระทบสุทธิในแต่ละปีแล้ว จึงนำมาคีลคดด้วยอัตราคีลคดที่เหมาะสมเพื่อสะท้อนคูลค่าของประโยชน์ตามเวลา จากนั้นจึงรวมเป็นมูลค่าปัจจุบันของประโยชน์ เปรียบเทียบกับมูลค่าการลงทุน เพื่อสรุปเป็นอัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมต่อการลงทุน และรายงานมูลค่าปัจจุบันสุทธิในทางการเงิน หากโครงการมีลักษณะการลงทุนต่อเนื่อง คู่มือไทยยังนิยมรายงานตัวชี้วัดทางการเงินอื่น เช่น อัตราผลตอบแทนภายใน

และระยะเวลาคืนทุนทางการเงินควบคู่ เพื่อให้ผู้นโยบายและฝ่ายงบประมาณอ่านผลได้คล่องขึ้น [1][4][5][6] (Nicholls et al. 2009; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566)

ประเด็นสำคัญคือการเลือกอัตราคิดลด ซึ่งมีมิติทางจริยธรรมอยู่ด้วย เพราะอัตราที่สูงเกินไปจะกดทับประโยชน์ระยะยาวด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ชี้แจงเหตุผลอย่างโปร่งใสและทดสอบผลกระทบของทางเลือกต่าง ๆ ส่วนงาน EIF ใช้อัตราที่สอดคล้องกับแนวทางยุโรปในเวลานั้น และบันทึกไว้ในรายงานอย่างชัดเจน ในการศึกษาของงานในประเทศไทย รายงาน BKK Zero Waste KU และ PSU แสดงตัวอย่างการคำนวณที่ครบถ้วน ทั้งมูลค่าปัจจุบัน อัตราส่วนและช่วงเวลาผลประโยชน์ที่ใช้พิจารณา (กฤษณะ โชติรัตน์กมล 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562)

6) ทดสอบความอ่อนไหวและช่วงผลลัพธ์ (sensitivity scenario payback)

หลังได้ผลคำนวณแล้ว ต้องทดสอบความอ่อนไหวต่อสมมติฐานสำคัญ เพื่อแยกให้เห็นว่าตัวแปรใดเป็น “จุดเปราะบาง” ของผลลัพธ์ เช่น หากสัดส่วนเครดิตลดลงเท่าใดผลจะต่ำกว่าจุดคุ้มทุน หรือหากอัตราการเสื่อมของผลลัพธ์เร็วขึ้น ผลจะเปลี่ยนไปเพียงใด การทดสอบนี้ควรทำทั้งในรูปแบบเปลี่ยนค่าทีละตัว และในรูปแบบฉากทัศน์ที่จัดชุดสมมติฐานสัมพันธ์กัน เช่น ฉากฐาน ฉากดี และฉากแย่ นอกจากนี้ การคำนวณระยะเวลาคืนทุนทางสังคมช่วยสื่อสารความเสี่ยงด้านเวลาแก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจ (Nicholls et al. 2009)

รายงานไทยจำนวนหนึ่งดำเนินการส่วนนี้อย่างเป็นระบบ ตัวอย่างจาก BKK Zero Waste นำเสนอสมมติฐานที่มีผลต่อผลลัพธ์อย่างชัด เช่น ปริมาณวัสดุที่แยกได้จริงต่อปี ราคาตลาดรองรับ และประสิทธิภาพการทำงานของระบบภายในเขต ขณะที่ OUR-คุ้งบางกะเจ้าจัดทำกรณีต่อเนื่องหรือหยุดภารกิจหลังปีแรก เพื่อชี้ให้เห็นความหมายของ “ความสม่ำเสมอ” ต่อผลตอบแทนทางสังคม ส่วนโครงการของ PSU และ มทร.ธัญบุรี รายงานผลทางการเงินควบคู่กับอัตราส่วนทางสังคม ทำให้การประเมินความเสี่ยงและผลตอบแทนมองเห็นจากหลายมุม (ณัฐวิกรม พันธุวงศ์ภักดี 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562)

7) รายงานผล ใช้งานผล และฝังเข้าสู่ระบบ (Reporting Using Embedding Assurance)

โครงรายงานที่มีมาตรฐานประกอบด้วยส่วนแนะนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง วิธีเก็บข้อมูลและตัวชี้วัด วิธีระบุผลกระทบสุทธิ วิธีการเงินและช่วงเวลาที่ใช้ ผลการคำนวณและการทดสอบความอ่อนไหว และส่วนบันทึกร่องรอยตรวจสอบ ทั้งรายการสมมติฐาน แหล่งตัวแทนมูลค่า และสเปรดชีต (spread sheet) คำนวณที่ตรวจทานได้ (Nicholls et al. 2009; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566)

องค์การอนามัยโลกเสนอให้รายงานเชื่อมตรงกับคำถามนโยบาย เช่น ผลต่อความเสมอภาค ผลประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงิน และข้อแลกเปลี่ยนสำคัญ เพื่อช่วยให้การตัดสินใจตั้งอยู่บนคุณค่าที่กว้างกว่าเรื่องการเงิน คู่มือของประเทศไทยแนะนำให้จัดการ “การรับรองคุณภาพ” ทั้งจากคณะทำงานภายในและผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และใช้ผลการประเมินกลับไปปรับปรุงแบบจำลองกิจกรรม การจัดสรรงบประมาณ และระบบ

เก็บข้อมูลในปีถัดไป ไม่ใช่จบลงที่การเผยแพร่รายงานเพียงอย่างเดียว (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ม.ป.ป; วงเดือน พระนคร 2564)

ตัวอย่างในการศึกษาภาคสนามพบว่า เมื่อรายงานมีโครงสร้างดังกล่าว ผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้ผลไปปรับปรุงวิธีดำเนินงานได้ทันที เช่น ใน BKK Zero Waste ผลลัพธ์ชี้ว่าตัวแปรเชิงระบบอย่างแหล่งรับซื้อและระบบข้อมูลจุดทิ้ง-รับวัสดุเป็นปัจจัยชี้ขาด ทำให้การวางแผนปีต่อไปเน้นแก้จุดคอขวดดังกล่าวใน OUR-คั้งบางกะเจ้า การสื่อสารผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นภาพรวม ช่วยสร้างความต่อเนื่องของกิจกรรมเพื่อลดการเสื่อมของผลในระยะยาว (Setthapoom Buathong et al. 2023)

8) วงจรเรียนรู้และอัปเดตพารามิเตอร์ (Learning Loop)

SROI จะกลายเป็น “เครื่องมือจัดการคุณค่า” ได้จริง ก็ต่อเมื่อองค์กรตั้งวงจรเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ได้แก่ การอัปเดตตัวแทนมูลค่าตามข้อมูลล่าสุด การปรับค่าสัดส่วนเครดิตเมื่อมีหลักฐานใหม่ การติดตามผลลัพธ์รายปีเพื่อประเมินการเชื่อมโยงของผลลัพธ์อย่างแท้จริง และการทบทวนอัตราคิดลดเมื่อบริบทนโยบายเปลี่ยนแปลง หลักฐานทบทวนชี้ว่าการทำรอบถัดไปบนสเปรตซ์ิตและแบบฟอร์มเดิมที่ได้รับการปรับปรุง จะทำให้ผลลัพธ์มีความเที่ยงตรงขึ้น และทำให้การเทียบข้ามเวลาในโครงการเดียวกันมีความหมายมากกว่าการเทียบข้ามโครงการที่มีบริบทต่างกันมาก (Nicholls et al. 2009; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566)

ในทางปฏิบัติการผสาน SROI กับกระบวนการประเมินผลกระทบทางสังคมตั้งแต่ต้น ซึ่งคู่มือการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) และ องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) (อพท.) ใช้เป็นโครงหลักจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะไม่พลาดผลลัพธ์สำคัญ และเพิ่มความเป็นเจ้าของข้อมูลของชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่ เมื่อทำเช่นนั้นต่อเนื่อง SROI จะค่อย ๆ เปลี่ยนจาก “การคำนวณรายปี” ไปเป็น “วัฒนธรรมการตัดสินใจบนคุณค่าร่วม” ขององค์กรและพื้นที่ (ณัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2562)

ส่วนในบริบทนโยบายระดับพื้นที่อย่างธรรมนูญสุขภาพตำบล การตั้งวงจรเรียนรู้ร่วมระหว่าง คณะทำงานธรรมนูญ กองทุนสุขภาพท้องถิ่น หน่วยบริการ และชุมชน จะทำให้ตัวชี้วัดและตัวแทนมูลค่าสะท้อน “ความสำคัญเชิงสังคม” ตามที่ผู้คนในพื้นที่ให้ค่า และทำให้ SROI เป็นเครื่องมือสนับสนุนการปรับปรุงกติกาชุมชนและการจัดสรรทรัพยากรในทุกปีงบประมาณ (Hamelmann C. 2009; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ม.ป.ป; วงเดือน พระนคร 2564)

1.2.5 การปรับใช้กับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ธรรมนูญสุขภาพตำบล/ชุมชน

ในส่วนนี้อธิบายอย่างเป็นระบบว่า จะนำ SROI ไปใช้กับธรรมนูญสุขภาพตำบล ชุมชนได้อย่างไร โดยยึดหลักการสากลของ SROI และกรอบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ควบคู่กับแนวปฏิบัติไทยจากคู่มือและกรณีศึกษาที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้หน่วยงานท้องถิ่นและคณะทำงานธรรมนูญสามารถลงมือทำได้จริงและตรวจสอบได้ (Nicholls et al. 2012; วงเดือน พระนคร 2564;)

SROI เป็นกรอบการวัดและ “บัญชีคุณค่า” ที่ตั้งต้นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง จึงรับมือกับมิติสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ธรรมนูญสุขภาพให้ความสำคัญได้ครบถ้วน ไม่จำกัดอยู่แค่ผลทางการเงินอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับ Sustainable Development Goals (SDGs) ที่เน้นความเสมอภาคและความยั่งยืน ด้านบริบทไทย ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่คือกติกากลางที่ชุมชนร่วมกำหนดและขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วมอยู่แล้ว จึงเชื่อมเข้ากับ SROI ได้เป็นธรรมชาติ ทั้งในชั้นนิยามผลลัพธ์และการเลือกตัวแทนมูลค่า (Nicholls et al. 2012; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ม.ป.ป; วงเดือน พระนคร 2564)

1) การเชื่อมโยง “วงจรธรรมนูญ” กับ “ขั้นตอน SROI” ให้ทำงานร่วมกัน

การเชื่อมโยง “วงจรธรรมนูญ” กับ “ขั้นตอน SROI” ให้ทำงานร่วมกัน **ช่วงจัดทำธรรมนูญ** เทียบได้กับขั้นตอนกำหนดขอบเขต วัตถุประสงค์ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงการร่างแผนที่ผลลัพธ์หรือทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในเวทีชุมชน นี่คือช่วงที่จะคัด “ผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ” ให้ตรงกับสิ่งที่ชุมชนให้คุณค่า โดยใช้แบบฟอร์ม Social Impact Pathway จากคู่มือไทยช่วยจัดระเบียบความคิด (เศรษฐภูมิ บัวทอง 2566; เศรษฐภูมิ บัวทอง 2565) **ช่วงขับเคลื่อนตามธรรมนูญ** คือการเก็บหลักฐานผลลัพธ์และกำหนดมูลค่าอย่างเป็นระบบ เช่น เก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการ การจัดการขยะ การรวมกลุ่มอาสา แล้วจับคู่กับตัวแทนมูลค่าที่เหมาะสมตามชุมชนและแหล่งข้อมูลที่มี พร้อมบันทึกช่วงเวลาทีผลประโยชน์ยังคงอยู่ (Nicholls et al. 2012; เศรษฐภูมิ บัวทอง 2565) **ช่วงประเมินและทบทวนธรรมนูญ** ตรงกับการระบุผลกระทบสุทธิ การคำนวณมูลค่าปัจจุบันและอัตราส่วน SROI ตลอดจนการทดสอบความอ่อนไหว และการเตรียมรายงานที่โปร่งใสเพื่อนำผลไปใช้ตัดสินใจปรับยุทธศาสตร์ประจำปีและการจัดสรรงบประมาณท้องถิ่น (Nicholls et al. 2012; เศรษฐภูมิ บัวทอง 2565)

2) ชุดผลลัพธ์และตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับธรรมนูญสุขภาพตำบล

ด้านสุขภาพ อาทิ การลดอัตราเจ็บป่วยเรื้อรังและเหตุฉุกเฉิน วันที่ไม่ต้องหยุดงานจากการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายรักษาที่หลีกเลี่ยงได้ และเวลาผู้ดูแลที่ลดลง ข้อมูลเหล่านี้แปลงเป็นมูลค่าได้ด้วยต้นทุนสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้และมูลค่าเวลาของผู้ดูแล (Hamelmann C. 2017; เศรษฐภูมิ บัวทอง 2567)

ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพิบาล เช่น ปริมาณขยะที่ลดลง พื้นที่สีเขียวที่เพิ่มขึ้น น้ำเสียที่ได้รับการบำบัด กรณีกรุงเทพฯ แสดงวิธีใช้ข้อมูลจุดรับซื้อและจุดคัดแยกในเมืองเพื่อผลักดันพฤติกรรมแยกขยะ แล้วค่อยแปลงเป็นมูลค่าจากรายได้รีไซเคิล ต้นทุนจัดการขยะที่ลดลง และมูลค่าการลดก๊าซเรือนกระจก (กฤษฎิ์โชติรัตนกมล 2567)

ด้านสังคมและธรรมาภิบาล อาทิ จำนวนอาสาสมัคร ชั่วโมงจิตอาสา ความเข้มแข็งเครือข่าย และอัตราการปฏิบัติตามกติกาธรรมนูญ ค่าเหล่านี้ดีเป็นเงินได้โดยใช้ค่าจ้างขั้นต่ำหรือค่าจ้างเฉลี่ยเป็นฐานของมูลค่าเวลา และยังคงบรรยายเชิงคุณภาพควบคู่ (Nicholls et al. 2012)

ด้านเศรษฐกิจชุมชน เช่น รายได้เพิ่มของวิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการท้องถิ่น หรือกิจกรรมท่องเที่ยวและวัฒนธรรม หลายพื้นที่ของไทยใช้ตัวชี้วัดรายได้ การจ้างงาน และการลดต้นทุนเป็นตัวแทนมูลค่าสำคัญ (เศรษฐกิจ บัวทอง 2567; ญวัณวิคม พันธวงศ์ภักดี 2567)

3) ตัวแทนมูลค่าและคลังข้อมูลที่ใช้ในบริบทไทย

แนวทางคือเรียงลำดับความน่าเชื่อถือของตัวแทนมูลค่า เริ่มจากข้อมูลปฐมภูมิในพื้นที่ ตามด้วยฐานข้อมูลทางการของรัฐ และค่อยใช้ฐานสากลเมื่อจำเป็น พร้อมระบุปีฐานและเหตุผลประกอบทุกครั้ง ทั้งคู่มือไทยและงานภาคสนามสนับสนุนแนวทางนี้ เพื่อให้ตัวเลขเข้าใจได้และตรวจทานได้ งานในประเทศไทยให้ตัวอย่างการใช้ตัวแทนมูลค่าหลากหลาย ตั้งแต่รายได้ไร่ไซเคิล ต้นทุนอาหารสัตว์ที่ลดลง ไปจนถึงมูลค่าบริการระบบนิเวศในพื้นที่สีเขียว การพัฒนาคลังตัวแทนมูลค่าไทยร่วมกันระหว่างหน่วยงานท้องถิ่น มหาวิทยาลัย และหน่วยงานกลาง จะช่วยยกระดับคุณภาพและทำให้เปรียบเทียบข้ามพื้นที่ได้อย่างเป็นธรรม (เศรษฐกิจ บัวทอง 2567)

4) การระบุผลกระทบสุทธิให้ยุติธรรมในบริบทชุมชน

การหักสิ่งที่เกิดขึ้นเอง (Dead weight) ส่วนเครดิตของโครงการ ผลที่ย้ายจากที่อื่น (Attribution) และการเสื่อมลงของผลลัพธ์ตามเวลา (Drop-off) เป็นขั้นที่ต้องอาศัยเหตุผลเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของพื้นที่ งานภาคสนามยุโรปเสนอให้ประเมินส่วนเครดิตหลายมิติด้วยแบบสอบถามและหลักฐานร่วม ตัวอย่างเช่น แหล่งเงินทุนเดิม ผลจากนโยบายอื่น และการประเมินความเปลี่ยนแปลงโดยผู้ได้รับผล (Grazioli R. 2020) คู่มือไทยแนะนำให้ตั้งค่าที่อนุรักษ์นิยมเมื่อข้อมูลยังน้อย และบันทึกแผนติดตามผลเพื่อปรับปรุงค่าเหล่านี้ในรอบถัดไป ในโครงการเมือง การประกาศค่าตัวปรับเหล่านี้อย่างโปร่งใสจะทำให้สังคมเข้าใจว่าช่วงเริ่มต้นอาจยังไม่คุ้มค่า แต่แนวโน้มระยะกลางถึงยาวดีขึ้นเมื่อระบบทำงานเต็มที่ (กฤษณะ โชติรัตนกมล 2567)

5) การผลักดันผลของ SROI สู่การตัดสินใจงบประมาณท้องถิ่นและกองทุนสุขภาพตำบล

ธรรมนูญสุขภาพจะเกิดผลจริงเมื่อผลการประเมิน SROI ถูกผูกเข้ากับตารางงบประมาณท้องถิ่นและกองทุนสุขภาพตำบล ตั้งแต่การกำหนดชุดกิจกรรมที่คุ้มค่า การจัดลำดับความสำคัญ ไปจนถึงการรายงานผลประจำปีต่อสภาท้องถิ่นและเวทีประชาคม แนวทางของ WHO ชี้ให้สื่อสารทั้งประโยชน์ที่เป็นตัวเงินและคุณค่าที่ไม่อาจตีเป็นเงิน เช่น ความไว้วางใจและทุนทางสังคม เพื่อไม่ให้ตัวเลขเดียวครอบงำการตัดสินใจ กรณีไทยอย่างเมืองสร้างสรรค์ เพชรบุรี และเชียงรายได้แสดงให้เห็นว่าเมื่อเชื่อม SROI กับเป้าหมายพื้นที่และแผนพัฒนาท้องถิ่น การสื่อสารคุณค่าและการจัดลำดับลงทุนจะชัดเจนขึ้น (Grazioli R. 2020)

6) หลักการเชิงปฏิบัติสำหรับคณะทำงานธรรมนูญ

- 1) ในการตั้งระบบข้อมูลตั้งแต่วันแรกขอให้ระบุแหล่งข้อมูลประจำและช่วงเวลาติดตามสำหรับแต่ละผลลัพธ์ เพื่อรองรับการประเมินย้อนหลังในอีกหนึ่งถึงสองปี (Nicholls et al. 2012)

- 2) ทำแผนที่ผลลัพธ์ร่วมกันในเวทีชุมชน แล้วแปลงเป็นสเปรดชีตคำนวณที่บันทึกตัวชี้วัด ตัวแทนมูลค่า และตัวปรับผลกระทบครบถ้วน (เศรษฐภูมิ บัวทอง 2567; เศรษฐภูมิ บัวทอง 2566)
- 3) กำหนดอัตราคิดลดและช่วงเวลาประเมินอย่างมีเหตุผล พร้อมรายงานผลการทดสอบความอ่อนไหวต่ออัตรานี้ เพื่อเป็นธรรมต่อผลประโยชน์ระยะยาวด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Hamelmann C. 2017; Grazioli R. 2020)
- 4) จัดทำรายงานที่อ่านออกในภาคปฏิบัติ มีตารางสมมติฐาน แหล่งตัวแทนมูลค่า ไฟล์คำนวณ และข้อจำกัด เพื่อให้สภาท้องถิ่นและประชาคมใช้ตัดสินใจได้จริง (Nicholls et al. 2012)
- 5) เชื่อมผล SROI เข้ากับรอบทบทวนธรรมนูญและงบท้องถิ่น เช่น ใช้เป็นหลักฐานประกอบการจัดลำดับกิจกรรมปีถัดไป และใช้เป็นเงื่อนไขการเพิ่มงบประมาณให้มาตรการที่คุ้มค่าตามหลักฐาน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ม.ป.ป; วงเดือน พระนคร 2564)
- 6) เริ่มจากการประเมินแบบคาดการณ์เพื่อวางรากข้อมูล แล้วขยับสู่การประเมินย้อนหลังเมื่อฐานข้อมูลสุกงอม เพื่อสร้างวงจรเรียนรู้และยกระดับความแม่นยำที่รอบ (Nicholls et al. 2012; เศรษฐภูมิ บัวทอง 2567)

6) ความเสี่ยงที่ต้องระวังและการลดความเสี่ยงการนับซ้ำมูลค่า

ความเสี่ยงที่ต้องระวังและการลดความเสี่ยงการนับซ้ำมูลค่า แก่ด้วยการจัดชั้นผลลัพธ์แยกตามกลุ่มผู้รับประโยชน์และตรวจวัดความซ้ำในขั้นตอนทบทวนรายงาน (Nicholls et al. 2012)

1) อคติต่อผลลัพธ์ระยะ ลดด้วยการเลือกอัตราคิดลดอย่างมีจริยธรรมและรายงานทางเลือกของผลลัพธ์ตามระยะเวลา (Hamelmann C. 2017)

2) ตัวแทนมูลค่าไม่สอดคล้องบริบท ลดด้วยการใช้ข้อมูลปฐมภูมิในพื้นที่และฐานข้อมูลภาครัฐไทยก่อนเสมอ พร้อมบันทึกเหตุผลการยืมค่าต่างประเทศเมื่อจำเป็น (เศรษฐภูมิ บัวทอง 2567)

3) อ้างเหตุและผลเกินจริง ใช้การประเมินส่วนเครดิตหลายมิติและบันทึกข้อจำกัดไว้อย่างโปร่งใส (Grazioli R. 2020)

7) ผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อใช้ SROI ในกระบวนการธรรมนูญ

เมื่อทำอย่างครบวงจร ธรรมนูญสุขภาพจะมี “สมุดบัญชีคุณค่าร่วม” ที่แสดงให้เห็นว่าแต่ละกิจกรรมสร้างประโยชน์ต่อคนในพื้นที่อย่างไร ในช่วงเวลาเท่าใด ภายใต้เงื่อนไขอะไร และคุ้มค่าเพียงใด ทั้งในเชิงตัวเงินและคุณค่าที่เงินไม่ครอบคลุม ผลที่ได้ไม่ใช่เพียงตัวเลขอัตราส่วน แต่คือความสามารถของพื้นที่ในการจัดลำดับลงทุน ปรับบริการสาธารณะ และสื่อสารความคุ้มค่ากับสังคมอย่างโปร่งใส ซึ่งเป็นไปตามหลักการสากลและสอดคล้องกับเป้าหมายสุขภาวะที่ยั่งยืน (Nicholls et al. 2012; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ม.ป.ป; วงเดือน พระนคร 2564)

1.2.6 การใช้ SROI ในประเทศไทยและบทเรียนจากกรณีศึกษา

ในส่วนนี้รวบรวม 12 กรณีจากงานภาคสนามและรายงานในคลังความรู้ของเรา เพื่อให้เห็น “วิธีทำจริง” ของ SROI ในบริบทไทยที่หลากหลาย ทั้งเมือง ชุมชน ทรัพยากรธรรมชาติ นวัตกรรมสุขภาพ และเศรษฐกิจสร้างสรรค์ โดยคงโครงคร่งร่วมกันคือ เริ่มจากการระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำแผนที่ผลลัพธ์ เก็บข้อมูลผลลัพธ์ เลือกตัวแทนมูลค่าตามเหตุผลเชิงหลักฐาน ปรับผลลัพธ์ให้เป็น “ผลกระทบสุทธิ” และคำนวณมูลค่าปัจจุบันสุทธิและอัตราส่วน SROI พร้อมการทดสอบความอ่อนไหว จากนั้นนำผลไปใช้ตัดสินใจและสื่อสารต่อสาธารณะตามแนวคู่มือสากลและแนวปฏิบัติไทยที่สอดคล้องกัน (Nicholls et al. 2012; เศรษฐภูมิ บัวทอง 2567)

โครงการพัฒนาเขตนาร่องการจัดการขยะที่ต้นทางในกรุงเทพมหานคร

โครงการในเขตปทุมวัน พญาไท และหนองแขมมีเป้าหมายสร้างต้นแบบการจัดการขยะที่ต้นทาง ครอบคลุมการพัฒนาเว็บไซต์และแผนที่จุดรับวัสดุ การฝึกอบรมเครือข่าย และการสาธิตการเลี้ยงหนอนแมลง ทหารด้าเพื่อลดขยะอินทรีย์และสร้างมูลค่า รายงานระบุผลผลิตสำคัญ เช่น แหล่งกำเนิดขยะที่เข้าร่วมกว่าสิบ ค่าสปีแ่ง และการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และครู ก่อนเชื่อมสู่ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและระบบจัดการขยะ ในพื้นที่ การเลือกตัวแทนมูลค่าพึงรายได้รีไซเคิลที่เกิดขึ้นจริงในปีประเมิน รายได้สุทธิจากการขายวัสดุรีไซเคิล ต่อปี การลดต้นทุนอาหารสัตว์จากการเลี้ยงหนอน และมูลค่าการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่ประเมินด้วย อัตราภาษีคาร์บอนที่กำหนดไว้ในฐานกรณี รายงานสรุปว่าช่วงประเมินย้อนหลังระยะสั้นยังเห็นมูลค่าปัจจุบัน สุทธิติดลบและอัตราส่วน SROI ต่ำกว่าหนึ่ง เนื่องจากต้นทุนตั้งต้นสูงและผลประโยชน์เพิ่งเริ่มเกิด ขณะที่ภาพ คาดการณ์ห้าปีมีอัตราส่วนสูงขึ้นมา เพราะระบบแยกขยะและตลาดรองรับเริ่มทำงาน รายงานยังจัดทำตัว ปรับสำคัญ เช่น สัดส่วนสิ่งที่จะเกิดขึ้นเอง สัดส่วนเครดิตของโครงการ ผลที่ย้ายจากที่อื่น และ อัตราการเสื่อม ของผลลัพธ์ เพื่อให้ผลลัพธ์สุทธิสะท้อนความเป็นจริงมากขึ้น ตามหลักไม่กล่าวเกินจริงและโปร่งใส (กฤษณะ โชติรัตนกมล 2567)

OUR คู่บางกะเจ้า: พื้นที่สีเขียวและทุนสังคมเมือง

โครงการนี้ขับเคลื่อนการฟื้นฟูและจัดการพื้นที่สีเขียวร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ภาคเอกชน เป้าหมายคือยกระดับบริการระบบนิเวศ เศรษฐกิจชุมชน และคุณภาพชีวิตเมือง รายงานนำ แนวคิดการทำแผนที่ผลกระทบมาจัดโครงผลลัพธ์ตั้งแต่กิจกรรมดูแลเส้นทางสีเขียว กิจกรรมชุมชนและ ท้องเที่ยวอย่างยั่งยืน ไปจนถึงผลต่อสุขภาพกายใจและความเหนียวแน่นทางสังคม การเลือกตัวแทนมูลค่ายิด สิ่งที่ชุมชนให้คุณค่าเป็นหลัก เช่น รายได้และความมั่นคงอาชีพจากกิจกรรมสีเขียวและท่องเที่ยว ความสะดวก จากพื้นที่สาธารณะ ตลอดจนบริการระบบนิเวศที่แปลงเป็นมูลค่าได้ด้วยแนวการประเมินคุณค่าบริการระบบ นิเวศ ผลการคำนวณสะท้อนว่าการลงทุนให้ผลตอบแทนทางสังคมมากกว่าทุนตั้งต้น โดยกรณีพื้นฐานที่ ปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้งบประมาณมีค่าประมาณใกล้เคียงต่อหนึ่ง ส่วนกรณีหยุดภารกิจหลังปีแรกต่ำกว่า

นั้น แสดงว่าความต่อเนื่องของกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของพื้นที่เป็นตัวกำกับอัตราการเสื่อมของผลลัพธ์โดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ SROI ที่ให้ความสำคัญกับช่วงเวลาผลประโยชน์และการรักษาผลลัพธ์ (เศรษฐภูมิ บัวทอง, 2566)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อาหารพื้นผิวพิเศษสำหรับผู้สูงอายุกลืนลำบาก

นวัตกรรมอาหารสำหรับผู้สูงอายุกลืนลำบากตั้งใจลดความเสี่ยงการสำลักและภาวะขาดสารอาหาร รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายระบบสุขภาพ ทีมงานเริ่มจากการระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลสถานพยาบาล และผู้ผลิต จากนั้นทำแผนที่ผลลัพธ์และกำหนดตัวชี้วัดเชิงสุขภาพและเชิงเศรษฐกิจ วิธีตีมูลค่าพึงค่าใช้จ่ายการรักษาที่หลีกเลี่ยงได้ มูลค่าเวลาของผู้ดูแล และความยินดีจะจ่ายของหน่วยบริการอาหารผู้ป่วย หลังปรับตัวด้วยตัวปรับผลกระทบสี่ตัวและคำนึงอัตราการเสื่อมลงของผลลัพธ์ รายงานประเมินว่าการลงทุนให้ผลตอบแทนทางสังคมมากกว่าทุนในระดับหนึ่งในกรณีฐาน ข้อเสนอเชิงนโยบายคือควรเร่งสร้างระบบนำไปใช้ในสถานพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผลประโยชน์ที่คาดการณ์เกิดขึ้นจริงในวงกว้าง กระบวนการและผลดังกล่าวสะท้อนการใช้ SROI เป็นเครื่องมือออกแบบการขยายผลมากกว่าการรายงานตัวเลขเพียงอย่างเดียว (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2567)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: เซ็นเซอร์ตรวจไนโตรฟูแรนในอาหารทะเล

โจทย์มาจากความปลอดภัยอาหารและความเสี่ยงทางการค้าจากการส่งออกอาหารทะเลที่ถูกตีกลับ ทีมงานระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่ห้องปฏิบัติการ ผู้ส่งออก ผู้บริโภค ไปจนถึงหน่วยงานกำกับ ผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วยการลดความเสี่ยงการถูกปฏิเสธสินค้า การลดต้นทุนการทดสอบ การเพิ่มความเชื่อมั่นของตลาด และผลต่อสุขภาพผู้บริโภค การตีมูลค่าส่วนใหญ่ยึดต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้ของห่วงโซ่อุตสาหกรรมและสังคม หลังปรับตัวด้วยสัดส่วนสิ่งที่เกิดขึ้นเองและสัดส่วนเครดิตของโครงการ แล้วคิดลดมูลค่าเวลา ผลที่ได้บ่งชี้ว่าการลงทุนวิจัยและพัฒนาเซ็นเซอร์มีความคุ้มค่าเชิงสังคม และจะยิ่งคุ้มค่ามากขึ้นเมื่อเกิดการยอมรับใช้จริงในเครือข่ายห้องปฏิบัติการรับรองมาตรฐานและผู้ส่งออก ข้อเสนอเพิ่มเติมคือสร้างฐานข้อมูลความสูญเสียในอดีตเพื่อทวนสอบสมมติฐาน และวางแผนติดตามผลย้อนหลังในระยะต่อไป (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2567)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: ต้นแบบสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพช่วงไฟฟ้าและหมอกควัน

ต้นแบบแพลตฟอร์มสื่อสารความเสี่ยงมุ่งลดผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในฤดูไฟฟ้า โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังคือพฤติกรรมลดเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น เช่น การใช้หน้ากาก การป้องกันในอาคาร และการเข้าถึงข้อมูลเตือนภัยทันเวลา ทีมประเมินใช้ตัวแทนมูลค่าจากค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้ การสูญเสียผลิตภาพแรงงานที่ลดลง และเวลาและค่าเดินทางของผู้ดูแลที่ลดลง เมื่อปรับตัวด้วยตัวปรับผลกระทบและคิดลดตามช่วงเวลาผลประโยชน์ ผลการคำนวณสะท้อนอัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมที่สูงมาก เทียบกับต้นทุนการพัฒนาแพลตฟอร์มและการสื่อสาร สิ่งนี้ตอกย้ำว่ามาตรการเชิงป้องกันในสาธารณสุขสามารถให้ผลคุ้มค่ามากหากเข้าถึงประชากรเสี่ยงได้จริง และมีระบบข้อมูลสนับสนุนที่ละเอียดทันการณ์ (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2567)

องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) เมือง สร้างสรรค์เชียงราย

การขับเคลื่อนเชียงรายสู่เครือข่ายเมืองสร้างสรรค์ของยูเนสโกมุ่งเสริมระบบนิเวศเศรษฐกิจสร้างสรรค์และการท่องเที่ยววัฒนธรรม กิจกรรมหลักประกอบด้วยการทำงานที่ทาง กลไกบ่มเพาะผู้ประกอบการ และกิจกรรมพื้นที่สร้างสรรค์ แนวการประเมินทำทั้งย้อนหลังและคาดการณ์ โดยกรณีคาดการณ์ปีเป้าหมายระบุว่าการลงทุนก่อให้เกิดมูลค่าปัจจุบันของประโยชน์สูงกว่าต้นทุนอย่างชัดเจน อัตราส่วนผลตอบแทนสะท้อนผลคุณเชิงวัฒนธรรมและเศรษฐกิจจากฐานกิจกรรมที่เข้มแข็งอยู่เดิมและเครือข่ายเอกชนกับชุมชนที่พร้อมขยายผลข้อเรียนรู้สำคัญคือความพร้อมของระบบนิเวศพื้นที่ทำให้ช่วงเวลาสร้างผลลัพธ์สั้นลง และลดความเสี่ยงจากการเสื่อมของผลลัพธ์ตามเวลา (เกศกุล สระกวี และคณะ ม.ป.ป.)

องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) เมือง สร้างสรรค์เพชรบุรี

แผนขับเคลื่อนเพชรบุรีในสาขาอาหารสร้างสรรค์มีโครงการกิจกรรมคล้ายเชียงราย แต่ฐานอุตสาหกรรมสร้างสรรค์และเครือข่ายเอกชนยังต้องการเวลาเติบโต รายงานที่ต่างชุดกันให้ตัวเลขที่ต่างกันตามขอบเขตและสมมติฐาน บางตารางสรุปประมูออัตราส่วนคาดการณ์ระดับสูงสำหรับชุดกิจกรรมเฉพาะ ขณะที่ภาพรวมขั้นต่ำของปีเป้าหมายอยู่ใกล้จุดคุ้มทุน และการประเมินย้อนหลังระยะแรกสะท้อนต้นทุนเริ่มต้นที่สูงกว่าและผลประโยชน์ที่ยังไม่ทันสะสม ความต่างนี้ไม่ได้ขัดกัน หากอ่านคู่กับคำอธิบายช่วงเวลาผลประโยชน์และฐานกรณี การสื่อสารผลจึงควรเน้นช่วงของผลลัพธ์และเหตุผลเชิงบริบท เช่น เส้นเรียนรู้ของผู้ประกอบการ ระบบตลาด และการสร้างอัตลักษณ์เมืองในเวทีนานาชาติ (เกศกุล สระกวี และคณะ ม.ป.ป.)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี: การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมวัดปัญญาบันฑิตาราม

โครงการขับเคลื่อนการท่องเที่ยวรอบวัดเน้นการเพิ่มรายได้ชุมชนและการจ้างงานท้องถิ่น โดยจัดการพื้นที่ค้าขาย ผลิตภัณฑ์ชุมชน และกิจกรรมการเรียนรู้ ทีมงานทำแผนที่ผลลัพธ์ร่วมกับชุมชน ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และติดตามผลผลิตสำคัญ เช่น จำนวนนักท่องเที่ยว พื้นที่ค้าขาย และรายได้ชุมชน การตีมูลค่าใช้รายได้เพิ่มของชุมชน การจ้างงาน และต้นทุนโอกาสที่ลดลง ผลคำนวณรวมระยะห้าปีสะท้อนความคุ้มค่าทางสังคม โดยมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิระดับล้นบาท และอัตราผลตอบแทนภายในที่ดี ขณะที่ในปีแรกบางชุดกิจกรรมยังใกล้จุดคุ้มทุน แสดงเส้นเรียนรู้ในช่วงตั้งต้น ข้อเสนอคือแยกทุนตั้งต้นโครงสร้างพื้นฐานออกจากต้นทุนปฏิบัติการประจำในการสื่อสารผล เพื่อไม่ให้เกิดการตีความผิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพของมาตรการ (ณัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี และคณะ 2567)

มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร: อุปกรณ์ต่อพ่วงรถไฟตัดอ้อยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

โครงการนี้เกิดจากโจทย์แรงงานขาดแคลน ต้นทุนสูง และการเผาอ้อยที่สร้างมลพิษ ทีมพัฒนาต้นแบบอุปกรณ์ตัดอ้อยโดยใช้ความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลลัพธ์ที่ต้องการคือเวลาตัดอ้อยที่ลดลง ต้นทุนการเก็บเกี่ยวที่ลดลง รายได้สุทธิที่เพิ่มขึ้น และมลพิษที่ลดลงซึ่งส่งผลต่อสุขภาพชุมชน การตีมูลค่าจึงใช้ทั้งรายได้

เกษตรกรที่เพิ่มขึ้น ต้นทุนสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ และมูลค่าการลดมลพิษ หลังประเมินย้อนหลังช่วงปีแรกพบ อัตราส่วนต่ำกว่าหนึ่งและมูลค่าปัจจุบันสุทธิติดลบ ซึ่งสอดคล้องกับสถานะต้นแบบที่ยังใช้ประโยชน์จำกัด แต่เมื่อคาดการณ์การขยายการใช้และการยอมรับของชุมชน อัตราส่วนและอัตราผลตอบแทนภายในเพิ่มขึ้น ชัดเจน แสดงศักยภาพหากสามารถขยายการใช้ประโยชน์และปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะกับบริบทได้มากขึ้น (วีรบูรณ์ วิจารณ์กุล และคณะ 2564)

การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนบ้านทุ่งบ่อ

กรณีศึกษาจากคู่มือของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยเสนอวิธีทำงานในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม ตั้งแต่ประชุมชี้แจง สำรวจ กลุ่มย่อย ไปจนถึงการยืนยันผลร่วมกันของชุมชน กิจกรรมเชื่อมเศรษฐกิจชุมชนกับการท่องเที่ยววัฒนธรรมและบริการชุมชน การทำ SROI ในกรณีนี้จึงเริ่มจากการแยกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หลัก ระบุตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านรายได้ การจ้างงาน ต้นทุนโลจิสติกส์และการตลาด และคุณค่าทางวัฒนธรรมที่สามารถตีมูลค่าผ่านความยินดีจะจ่ายและมูลค่าเวลา คู่มือได้ให้ตัวอย่างแบบฟอร์มเก็บข้อมูลและขั้นตอนคำนวณอย่างเป็นระบบ ทำให้ชุมชนสามารถพัฒนาทักษะการประเมินด้วยตนเอง สื่อสารความคุ้มค่าทางสังคมต่อผู้กำหนดนโยบายท้องถิ่นได้อย่างโปร่งใส และลดความเสี่ยงจากการตีความตัวเลขเกินจริง (เศรษฐกิจ วิจารณ์กุล และคณะ 2564)

ธนาคารที่ดิน โครงการนำร่องเพิ่มการเข้าถึงที่ดินทำกินและที่อยู่อาศัย

กลไกธนาคารที่ดินช่วยให้ครัวเรือนเปราะบางเข้าถึงที่ดินทำกินและที่อยู่อาศัยผ่านทางเลือกเช่นการกู้ การจัดซื้อ การเช่าซื้อ และโอนกรรมสิทธิ์ โครงสร้างผลลัพธ์ครอบคลุมรายได้จากการใช้ที่ดินที่มั่นคง ลดภาระค่าเช่า และดอกเบี้ย การเพิ่มมูลค่าทรัพย์สิน และความมั่นคงทางอาหาร รายงานระบุว่าภายใต้สถานการณ์พื้นฐานหลายพื้นที่อัตราผลตอบแทนทางสังคมมากกว่าหนึ่ง โดยบางกรณีอยู่ราวหนึ่งจุดสองห้าต่อหนึ่ง สะท้อนความคุ้มค่าระดับหนึ่งเมื่อรวมทั้งมูลค่าที่ดินและภาระทางการเงิน ข้อควรระวังคือการกำหนดสัดส่วนเครดิต และสิ่งที่จะเกิดขึ้นเองให้รัดกุม เนื่องจากปัจจัยภายนอกด้านตลาดที่ดินและนโยบายอื่นอาจมีอิทธิพลสูง รายงานยังอธิบายช่องทางผลประโยชน์อย่างละเอียด เช่น โอกาสสร้างรายได้จากที่อยู่อาศัยและกิจกรรมขนาดเล็ก และตัวอย่างการใช้การเพิ่มขึ้นของราคาที่ดินเฉลี่ยเป็นตัวแทนมูลค่าหนึ่งในหลายตัว (วีรบูรณ์ วิจารณ์กุล และคณะ ม.ป.ป.)

โครงการบริหารจัดการน้ำชุมชนแบบ Quick Win ในภาคเหนือ

โครงการนี้ตั้งใจเพิ่มความมั่นคงน้ำเพื่อการเกษตรและอุปโภค ลดความเสี่ยงภัยแล้ง และเสริมรายได้ในระดับหมู่บ้าน วิธีทำ SROI เน้นตัวชี้วัดรายได้เกษตรกรที่เพิ่มขึ้นจากผลผลิตและราคา ต้นทุนซ่อมแซมและขนส่งน้ำที่ลดลง และคุณภาพชีวิตจากเวลาที่ประหยัดได้ ตารางผลลัพธ์ในจังหวัดเชียงใหม่ชี้ว่าบางพื้นที่มีอัตราส่วนสูงมากกว่าสามสิบต่อหนึ่งสำหรับโครงการขนาดเล็ก สะท้อนผลตอบแทนของโครงสร้างพื้นฐานน้ำระดับชุมชนที่ปลดล็อกศักยภาพการผลิตทั้งฤดูกาล รายงานยังยกตัวอย่างจังหวัดอื่นที่มีอัตราส่วนสูงเช่นกันในกรอบเวลาและสมมติฐานที่ใกล้เคียง แสดงให้เห็นว่าการลงทุนด้านน้ำเป็น “โครงสร้างพื้นฐานสังคม” ที่ให้ผลคุ้มค่า

ในบริบทของบริบท อย่างไรก็ตาม การสื่อสารผลการอธิบายขอบเขตพื้นที่ ระยะเวลาผลประโยชน์ และตัวปรับผลกระทบให้ชัด เพื่อหลีกเลี่ยงการเทียบข้ามพื้นที่โดยไม่คำนึงความต่างของบริบท (จารึก สิงห์ปรีชา และคณะ 2565)

บทสรุปเชิงระบบจากทั้งสิบสองกรณี

- 1) ระบบข้อมูลและแผนที่ผลลัพธ์ที่ชัดเจนตั้งแต่ต้น ทำให้การเลือกตัวแทนมูลค่าและการคำนวณโปร่งใสขึ้น
- 2) ช่วงเวลาผลประโยชน์และความต่อเนื่องของการดำเนินงานเป็นตัวกำกับอัตราการเสื่อมของผลลัพธ์ จึงอธิบายความต่างระหว่างการประเมินย้อนหลังระยะสั้นกับการคาดการณ์ระยะยาว
- 3) ตัวแทนมูลค่าควรเรียงลำดับความน่าเชื่อถือจากข้อมูลปฐมภูมิในพื้นที่ ฐานข้อมูลทางการของรัฐ ไปจนถึงฐานสากลเมื่อจำเป็น พร้อมบันทึกเหตุผลทุกครั้ง
- 4) การประกาศตัวปรับผลกระทบอย่างโปร่งใสและการทดสอบความอ่อนไหวคือหัวใจของความน่าเชื่อถือ
- 5) การเชื่อมผลลัพธ์ SROI กับการตัดสินใจงบประมาณและการทบทวนธรรมนูญหรือแผนพัฒนาท้องถิ่น ช่วยให้ตัวเลขกลายเป็นเครื่องมือปรับปรุงงานมากกว่าตัวเลขโชว์ผลการดำเนินงาน

1.2.7 ข้อจำกัดและช่องว่างความรู้

ส่วนนี้รวบรวม “สิ่งที่ยังไม่รู้” จากทั้งวรรณกรรมสากลและบทเรียนปฏิบัติของไทย โดยอิงคู่มือสากลและงานทบทวนควบคู่กับคู่มือและรายงานกรณีศึกษาในประเทศ เพื่อชี้ให้เห็นข้อจำกัดเชิงข้อมูล เทคนิค ตลอดจนทิศทางการวิจัยและพัฒนาที่ควรระวังและพัฒนาต่อ

1) ความไม่เป็นมาตรฐานของ “การตีมูลค่า” และตัวแทนมูลค่า

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เน้นตรงกันว่า “คุณค่าทางสังคม” กลายเป็นตัวเงินต้องพึ่งตัวแทนมูลค่า ซึ่งขึ้นกับบริบทและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงไม่มีค่าจริงแท้หนึ่งเดียว (Nicholls et al. 2012) งานทบทวนเชิงเมตาเตือนว่า การเลือกตัวแทนมูลค่ามักไม่โปร่งใสพอ และมีสัดส่วนไม่น้อยที่ไม่ทำการทดสอบความอ่อนไหว ทำให้เทียบผลข้ามโครงการได้จำกัด (Krlev et al. 2013) ในภาคปฏิบัติไทย เราเห็นความแปรผันของตัวแทนมูลค่าตั้งแต่รายได้ไร้ชีเคิลและการลดต้นทุนอาหารสัตว์ในโครงการขยะเมือง (BKK Zero Waste) ไปจนถึงบริการระบบนิเวศและความสะอาดจากพื้นที่สาธารณะในพื้นที่สีเขียวเมือง (อพท. OUR เมืองสร้างสรรค์) และต้นทุนสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ในงานสาธารณสุขและคุณภาพอากาศ ความหลากหลายนี้ถูกต้องในเชิงบริบท แต่ทำให้ความสามารถในการเปรียบเทียบและการอ้างอิงข้ามต่ำลง หากไม่เปิดเผยแหล่งที่มาและเหตุผลอย่างละเอียด (เกศกุล สระแก้ว และคณะ ม.ป.ป.; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566)

2) ตัวปรับผลกระทบสี่ตัวและการสร้าง “ฐานเปรียบเทียบ”

การปรับ “ผลลัพธ์ที่วัดได้” ให้เป็น “ผลกระทบสุทธิ” ต้องหักสิ่งที่เกิดขึ้นเอง ส่วนเครดิตของโครงการ ผลที่ย้ายมาจากที่อื่น และอัตราการเสื่อมของผลลัพธ์ การกำหนดค่าทั้งสี่ตัวมักยากในบริบทจริงที่ไม่มี

การทดลองแบบสุ่ม และจำเป็นต้องอาศัยแบบสอบถาม หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือสถิติมาประกอบ ในกรณีประเทศไทย การกำหนดฐานกรณีและตัวแปรเหล่านี้ปรากฏในคู่มือและรายงาน แต่ยังมีพื้นที่พัฒนา มาตรฐานการเขียนเหตุผลและหลักฐานที่ใช้หาค่าให้ตรวจทานได้ง่ายขึ้น (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2567)

อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรเพิ่มเติม คือการสร้างแนวทางหา “ฐานเปรียบเทียบ” ที่สอดคล้องบริบทไทย เช่น การใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่ของจังหวัด เทศบาล หรือกลุ่มประชากรเทียบเคียง และแบบจำลองการอนุมานเชิง สาเหตุเมื่อทำการทดลองจริงไม่ได้ รวมทั้งแบบฟอร์มบันทึกเหตุผลของตัวแปรที่ตัวที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3) อัตราคิดลด ระยะเวลาประโยชน์

การเลือกอัตราคิดลดมีผลอย่างมากกับผลระยะยาว โดยเฉพาะในมิติสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คู่มือสากลอ้างแนวทางภาครัฐสหราชอาณาจักร ส่วนงานยุโรปใช้อัตราประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์ (Nicholls et al. 2012) หากใช้อัตราสูงเกินไป ประโยชน์ระยะยาวจะถูกกดต่ำเกินสมควร ขณะที่โครงการไทยจำนวนมากมี “ช่วงเวลาสะสมผล” นาน เช่น งานท่องเที่ยวสร้างสรรค์ พื้นที่สีเขียวหรืองานน้ำชุมชน จึงทำทนายการเลือก อัตราคิดลดและการสื่อสารเหตุผล

อย่างไรก็ตามยังไม่มีอัตราคิดลดอ้างอิงระดับชาติสำหรับโครงการสังคมและสิ่งแวดล้อมที่พิจารณา ประเด็นความยุติธรรมระหว่างรุ่น และแนวปฏิบัติที่กำหนดระยะเวลาประโยชน์และอัตราเสื่อมของผลลัพธ์ แบบมีหลักฐานรองรับในบริบทไทย

4) ดุลยภาพระหว่างการคาดการณ์กับการประเมินย้อนหลัง

หลายกรณีของไทยเป็นการคาดการณ์ เพื่อใช้วางแผนและกำหนดสิ่งที่จะเก็บข้อมูลในอนาคต ซึ่ง เหมาะกับการเริ่มต้นระบบ แต่ย่อมมีความไม่แน่นอนสูง หากไม่พัฒนาระบบติดตามผลหลังเริ่มดำเนินงานจริง (Nicholls et al. 2012) ความต่างระหว่างผลย้อนหลังช่วงสั้นกับผลคาดการณ์ช่วงยาวเห็นได้ชัดในโครงการ ชยะเมืองที่ภาพคาดการณ์ระยะห้าปีดีกว่าผลย้อนหลังปีแรกเพราะต้นทุนตั้งต้นสูงและระบบยังไม่เดินเต็มที่ (BKK Zero Waste) กรณีท่องเที่ยวสร้างสรรค์ก็ขึ้นกับความพร้อมของระบบนิเวศพื้นที่อย่างมาก ทำให้ผล คาดการณ์มีความแปรผันตามเส้นเรียนรู้และตลาด (เกศกุล สระกวี และคณะ ม.ป.ป.)

นอกจากนั้นในเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ คือการออกแบบระบบ “ติดตามระยะยาว” สำหรับผลลัพธ์ สำคัญ พร้อมแบบจำลองปรับสมมติฐานอัตโนมัติเมื่อมีข้อมูลจริงเข้ามา เช่น การใช้แดชบอร์ดสเปรดชีตที่เชื่อม กับฐานข้อมูลท้องถิ่น และการกำหนดรอบทบทวนเพื่อแปลงการคาดการณ์ให้เป็นการประเมินย้อนหลังอย่าง เป็นระบบ (Krivev G. et al 2013; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2567)

5) การให้คุณค่าที่ไม่ใช้ตัวเงินให้สมเหตุสมผล

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เตือนว่าการมุ่งเน้นตัวเลขเพียงอย่างเดียวอาจทำให้คุณค่าที่เล้าไม่ได้ ด้วยเงิน เช่น ความไว้วางใจ ความเหนียวแน่นของเครือข่าย การให้อำนาจกับชุมชน และศักดิ์ศรีของผู้ใช้บริการ โดยการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ชี้ว่า รายงานจำนวนมากให้ความสำคัญกับการตีมูลค่าเกินไปโดยไม่เล้าวิธีเก็บ

หลักฐานเชิงคุณภาพและบริบทของการเปลี่ยนแปลงอย่างเพียงพอ (Krlev et al. 2013) ดังนั้นสิ่งที่ควรตระหนักถึง คือ แนวปฏิบัติมาตรฐานในการบันทึกและสังเคราะห์ผลลัพธ์เชิงคุณภาพให้คู่ขนานกับตัวเลข SROI เช่น รูปแบบเรื่องเล่าการเปลี่ยนแปลงที่ตรวจสอบได้ การใช้แบบจำลองเหตุผล-ผลลัพธ์ร่วมกับการให้คะแนนคุณค่าโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการผูกคุณค่าไม่ใช่ตัวเงินเข้ากับตัวชี้วัดธรรมาภิบาลและความเสมอภาค

6) คุณภาพการมีส่วนร่วมและความลำเอียงเชิงเลือก

แม้หลักการ SROI จะให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นศูนย์กลางแต่ในภาคปฏิบัติมักเผชิญข้อจำกัดด้านเวลา งบประมาณ และทักษะ ทำให้การมีส่วนร่วมไม่ครอบคลุมหรือเอนเอียงไปยังกลุ่มที่เข้าถึงง่าย ส่งผลให้ผลลัพธ์บางมิติถูกละเลยหรือให้น้ำหนักน้อยเกินไป (Nicholls et al. 2012) โครงการในประเทศไทยหลายกรณีชี้ว่าคุณภาพของเวทีชุมชนและการทำแผนที่ผลลัพธ์ตั้งแต่ต้นเป็นตัวกำกับความครบถ้วนของผลลัพธ์ที่ตามมา ดังนั้นการศึกษาจึงควรมีเครื่องมือช่วยออกแบบการมีส่วนร่วมที่ลดอคติ เช่น เทคนิคคัดเลือกตัวแทนแบบวงน้ำหนัก การจัดเวทีแยกกลุ่มที่เปราะบาง การใช้แบบสอบถามประกอบการสนทนากลุ่ม และเทมเพลต “ตรวจทานผลลัพธ์ที่อาจตกหล่น” สำหรับบริบทในประเทศไทย

7) ความเสี่ยง “นับซ้ำ” และการเชื่อมโยงในระดับระบบ

เมื่อผลลัพธ์หลายรายการเชื่อมโยงกัน เช่น รายได้เพิ่มจากท่องเที่ยวสร้างสรรค์ที่สะท้อนมาทั้งรายได้ครัวเรือน การจ้างงาน และการหมุนเวียนทางเศรษฐกิจ มีความเสี่ยงที่จะนับซ้ำหากไม่ได้ทำแผนที่เหตุผล-ผลลัพธ์ที่ละเอียดพอ และไม่ได้กำหนดกติกาการรวมมูลค่าอย่างชัดเจน (Nicholls et al. 2012) คู่มือไทยพยายามลดความเสี่ยงนี้ด้วยการกำหนด Social Impact Pathway ให้ชัดและแยกชั้นผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ แต่ยังคงการตัวอย่าง “เช็กलिस्टนับซ้ำ” ที่ใช้ได้ข้ามสาขา โดยเฉพาะงานนโยบายพื้นที่ที่ผลลัพธ์ซ้อนทับกันมาก โดยอาจใช้วิธีการตรวจสอบการนับซ้ำเชิงระบบ เช่น การใช้ตารางเชื่อมโยงผลลัพธ์กับตัวแปรมหภาค การกำหนดลำดับความสำคัญของผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง และแนวทางการกระทบยอดกับแบบจำลองเศรษฐกิจชุมชนที่หลีกเลี่ยงการซ้ำซ้อน

8) ความสามารถของหน่วยงานและโครงสร้างข้อมูล

การทำ SROI ที่ดีต้องใช้ทั้งทักษะด้านระเบียบวิธี เศรษฐศาสตร์สุขภาพ สิ่งแวดล้อม การอำนวยความสะดวก และการจัดการข้อมูลในภาคสนามประเทศไทยหลายโครงการเป็น “รอบแรก” ของหน่วยงาน ทำให้ยังขาดระบบข้อมูลพื้นฐานและการเชื่อมต่อฐานข้อมูลของ องค์การบริหารส่วนตำบล (อปท.) โรงพยาบาล สถานศึกษา และชุมชน การสร้างระบบติดตามและการจัดทำบันทึกตรวจสอบที่เป็นระบบจึงยังเป็นความท้าทาย (ณัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี และคณะ 2567) ดังนั้นการทำ SROI จึงอาจต้องมีแนวปฏิบัติ “ข้อมูลขั้นต่ำที่จำเป็น” สำหรับแต่ละหมวดผลลัพธ์และบทเรียนการทำคลังข้อมูลท้องถิ่นที่เชื่อมกับสเปกตรัมขีดคำนวณ รวมถึงแนวทางกำกับคุณภาพข้อมูลและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

9) ความเที่ยงตรงเชิงเวลาและการเลือกช่วงวัดผล

หลายกรณีชี้ชัดว่าช่วงเวลาที่ยาวเกินไปจะเห็นเพียง “ต้นทุนเริ่มต้น” มากกว่าผลประโยชน์ที่ค่อยเป็นค่อยไป เช่น โครงการจัดการขยะเมืองและกิจกรรมบ่มเพาะผู้ประกอบการ เมืองสร้างสรรค์ ซึ่งตรงกันข้ามกับงานโครงสร้างพื้นฐานชุมชนด้านน้ำอาจให้ผลเร็วและสูงมากเมื่อปลดล็อกการผลิตทั้งฤดู จึงต้องระบุเหตุผลของการเลือกช่วงเวลาประเมินอย่างชัด และทดสอบความไวของผลลัพธ์ต่อช่วงเวลาดังกล่าว (Nicholls et al. 2012)

ดังนั้นการดำเนินงานจึงอาจต้องมีเกณฑ์การเลือกห้วงเวลาที่แตกต่างกันตามประเภทโครงการ เพื่อสื่อสารความเสี่ยงเรื่องเวลาให้ผู้กำหนดนโยบายเข้าใจง่ายขึ้น รวมทั้งมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดระยะเวลาดำเนินทุนทางสังคมอีกด้วย

10) ความสมดุลระหว่าง “การสื่อสารเพื่อโน้มน้าว” กับ “การเรียนรู้เพื่อปรับปรุง”

SROI มักถูกใช้ในการสื่อสารคุณค่าเพื่อตัดสินใจงบประมาณหรือตอบโต้ความรับผิดชอบต่อสังคม แต่หากเน้นตัวเลขมากเกินไป อาจลดทอนบทบาทของ SROI ในฐานะเครื่องมือเรียนรู้และปรับปรุงการออกแบบนโยบายหรือโครงการ (เกศกุล สระกวี และคณะ ม.ป.ป.) ซึ่งอาจต้องใช้แนวทางปฏิบัติในการมีแนวคิด SROI เข้าสู่ระบบของหน่วยงานท้องถิ่น ตั้งแต่โครงร่างงานมาตรฐาน แบบฟอร์มเปิดเผยสมมติฐาน และผลตรวจทาน ไปจนถึงบทบาทของผู้ประกันคุณภาพภายนอก

11) กรณีธรรมนูญสุขภาพตำบล/ชุมชน

ในการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการประเมิน SROI ที่ทำกับ “ธรรมนูญสุขภาพตำบล/ชุมชน” โดยตรง จำเป็นต้องอาศัยอนุมานจากกรณีใกล้เคียง เช่น โครงการสิ่งแวดล้อมเมือง นวัตกรรมสุขภาพ และการจัดการทรัพยากรชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็น “ความเป็นไปได้” และ “เงื่อนไขสำคัญ” แต่ยังไม่ตอบคำถามเชิงสถาบันและการกำกับคุณภาพที่เฉพาะกับวงจรธรรมนูญ (จารึก สิงห์ปรีชา และคณะ 2565) ซึ่งอาจจะทำ SROI แบบนำร่องสำหรับธรรมนูญสุขภาพอย่างน้อยสองถึงสามพื้นที่ที่พัฒนาชุดตัวชี้วัดร่วม คลังตัวแทนมูลค่าเฉพาะ และแบบฟอร์มเปิดเผยตัวปรับผลกระทบ เพื่อสังเคราะห์ “มาตรฐานขั้นต่ำ” ที่ใช้ซ้ำได้ในระดับประเทศ

12) การพัฒนาเพื่ออุดช่องว่าง

- 1) การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติ SROI ฉบับประเทศไทยที่รวมเกณฑ์อัตราคิดลดอ้างอิง แนวทางการกำหนดระยะเวลาประโยชน์และอัตราเสื่อมของผลลัพธ์ แบบฟอร์มเปิดเผยตัวปรับผลกระทบ และข้อกำหนดการทำความเข้าใจอย่างน้อยหนึ่งรอบต่อพารามิเตอร์หลัก
- 2) จัดทำคลังตัวแทนมูลค่าไทยที่มี metadata ครบถ้วน และระบบอัปเดตรายปี โดยอาศัยฐานข้อมูลของรัฐและข้อมูลภาคสนามจากโครงการนำร่อง (Krlev et al. 2013)

- 3) สร้างขีดความสามารถของหน่วยงานท้องถิ่นและมหาวิทยาลัยเครือข่าย ทั้งทักษะระเบียบวิธีเครื่องมือสเปรดชีต และการบันทึกตรวจสอบ เพื่อให้สามารถประเมินย้อนหลังและคาดการณ์ได้อย่างต่อเนื่อง
- 4) ทำการประเมินแบบผานวิธี ระหว่างตัวเลข SROI กับเรื่องเล่าการเปลี่ยนแปลงที่ตรวจสอบได้เพื่อให้สะท้อนคุณค่าที่เงินไม่ครอบคลุม และรายงานผลโดยชี้ช่วงของผลลัพธ์ไม่ใช่ค่าจุดเดียว
- 5) เชื่อมผล SROI เข้ากับกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายของ อบต. และกองทุนสุขภาพท้องถิ่น โดยแปลงผลให้เป็นภาษางบประมาณและตั้งเกณฑ์ “ใช้ข้อมูลก่อน-เพิ่มงบหลัง” เพื่อขับเคลื่อนวงจรเรียนรู้และความรับผิดชอบต่อสาธารณะ

โดยสรุป ข้อจำกัดสำคัญของ SROI ไม่ได้ทำให้วิธีนี้ใช้การไม่ได้ ตรงกันข้าม การทบทวนวรรณกรรมชี้ว่าความเข้มของกระบวนการ การมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพ การเปิดเผยสมมติฐาน และการทำความเข้าใจอย่างเป็นระบบ คือปัจจัยชี้ขาดความน่าเชื่อถือและประโยชน์ใช้สอยของ SROI เมื่อเติมเต็มช่องว่างที่กล่าวมา SROI จะยิ่งทำหน้าที่เป็น “เครื่องมือจัดการคุณค่า” ที่ทำให้การลงทุนสาธารณะและโครงการชุมชนโปร่งใส เทียบเคียงได้พอประมาณ และมุ่งสู่ความยั่งยืนได้จริง (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; กฤษณะ โชติรัตนกุล 2567; ญัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี 2567; เกศกุล สระกวี และคณะ ม.ป.ป.; วีรบุรณ วิสารทสกุล และคณะ ม.ป.ป.; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ม.ป.ป.; วงเดือน พระนคร 2564)

1.2.8 ตัวแทนมูลค่า (Financial Proxy) สำหรับ SROI

การระบุตัวแทนมูลค่าสำหรับ SROI ตามแนวทางสากลย้ำว่าการให้มูลค่าต้องตั้งอยู่บนผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงจริงและมีนัยสำคัญจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และต้องเปิดเผยเหตุผล แหล่งข้อมูล และข้อจำกัดอย่างโปร่งใส การให้มูลค่าไม่ใช่การเสาะหาราคาจริงแท้หนึ่งเดียวแต่เป็นการเลือกตัวแทนมูลค่าทางการเงิน (Financial Proxies) ที่สมเหตุสมผลในบริบท และควรรายงานผลเชิงคุณภาพควบคู่สำหรับผลลัพธ์ที่ไม่เหมาะแก่การทำให้เป็นเงิน เพื่อคงชั้นคุณค่าที่เงินไม่ครอบคลุม (Hamelmann C. et al. 2017; Krlev G. et al. 2013)

การศึกษาในประเทศไทย ตัวแทนมูลค่าที่พบใช้บ่อยแบ่งได้เป็นสี่หมวด ได้แก่ 1) ราคาตลาดและรายได้สุทธิ (เช่น รายได้ไร่ไร่เคล รายได้ธุรกิจสร้างสรรค์และการท่องเที่ยวชุมชน) ซึ่งต้องอ้างอิงราคาปัจจุบันของพื้นที่และปีฐานที่กำหนด 2) ต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลและความสูญเสียผลิตภาพแรงงานที่ลดลงในมิติสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 3) ความเต็มใจจะจ่ายเมื่อไม่มีราคาตลาด (เช่น คุณค่าพื้นที่สีเขียว คุณภาพอากาศ) ซึ่งต้องออกแบบวิธีประเมินและรายงานวิธีคำนวณอย่างโปร่งใส และ 4) มูลค่าเวลาและแรงงานอาสาสมัคร ที่มักประเมินด้วยอัตราค่าจ้างขั้นต่ำหรือค่าแรงเฉลี่ยของพื้นที่ งานทบทวนเชิงวิชาการเตือนว่าความแตกต่างของตัวแทนมูลค่าทั้งด้านแหล่งที่มา ปีฐาน และวิธีทำให้เป็นเงินทำให้ “การเปรียบเทียบข้ามโครงการ” มีข้อจำกัด จึงต้องกำกับด้วยการเปิดเผยสมมติฐานและการทดสอบความอ่อนไหวเสมอ (Nicholls et al. 2012; Hamelmann C et al. 2017; Krlev G. et al. 2013; Grazioli R. et al. 2020;

เศรษฐกิจ บัวทอง และคณะ 2566; กฤษณะ โชติรัตน์กมล 2567; ณัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี 2567; เกศกุล สระ
กวี และคณะ ม.ป.ป.; วีรบุรณ วิสารทสกุล และคณะ 2564)

1) นิยามและบทบาทของ Financial Proxy

ใน SROI “ตัวแทนมูลค่า” คือค่าประมาณเชิงการเงินที่ใช้แทนผลลัพธ์ซึ่งไม่ได้มีราคาตลาดโดยตรง
เช่น คุณภาพชีวิต เวลาที่ประหยัดได้ หรือคุณค่าของพื้นที่สีเขียว แนวทางสากลวางหลักไว้ชัดว่า ตัวแทนมูลค่า
ต้องสะท้อน “สิ่งที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นว่ามีคุณค่า” มีเหตุผลของที่มา โปร่งใส ตรวจสอบได้ และต้องรายงาน
ควบคู่กับหลักฐานเชิงคุณภาพเสมอ เพื่อไม่ให้ตัวเลขกลบความหมายของผลลัพธ์จริง (เศรษฐกิจ บัวทอง และ
คณะ 2566; เศรษฐกิจ บัวทอง และคณะ 2565)

2) ลำดับความน่าเชื่อถือของตัวแทนมูลค่า (Hierarchy of Evidence)

การศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อให้เทียบเคียงได้และลดอคติแนะนำให้ลำดับความน่าเชื่อถือดังนี้ เรียง
จากน่าเชื่อถือสูงไปต่ำ และควรบันทึกเหตุผลทุกครั้งทีลดระดับลง

1) ข้อมูลปฐมภูมิในพื้นที่ของโครงการ เช่น ราคาขายไร่ไซเคิลที่เกิดจริง รายได้ใหม่ของครัวเรือน หลัง
เริ่มกิจกรรม

2) ฐานข้อมูลของหน่วยงานรัฐไทยหรือมาตรฐานทางการที่เทียบได้ เช่น อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ อัตราค่า
รักษายาบาลเฉลี่ยของกองทุนสุขภาพ

3) ฐานข้อมูลสากลหรือการทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบ พร้อมปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศ
ไทยอย่างรอบคอบ

4) การประเมินเชิงสมมติฐานด้วยวิธี stated preference หรือการเทียบเคียงโครงการใกล้เคียง โดย
ต้องทำการทดสอบความอ่อนไหวประกอบ

แนวคิดนี้สอดคล้องกับคำเตือนในงานทบทวนเชิงวิชาการว่าการเลือกตัวแทนมูลค่ามีผลต่ออัตราส่วน
SROI อย่างมาก จึงต้องเปิดเผยที่มาค่า อธิบายปีฐาน และทดสอบความอ่อนไหวเป็นมาตรฐาน (Krlev G. et
al. 2013)

3) ประเภทตัวแทนมูลค่าที่ใช้บ่อย และวิธีคำนวณ

จากการทบทวนวรรณกรรมสากลและคู่มือของประเทศไทย ตัวแทนมูลค่าที่ใช้บ่อยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม
โดยแต่ละกลุ่มควรกำกับด้วยที่มา วิธีปรับราคา และข้อจำกัด (Nicholls et al. 2012; Hamelmann C et al.
2017) ได้ดังนี้

1) ราคาตลาดและรายได้สุทธิ ใช้เมื่อผลลัพธ์ก่อรายได้จริง เช่น รายได้ไร่ไซเคิล รายได้ท่องเที่ยวชุมชน
รายได้ธุรกิจสร้างสรรค์ ข้อมูลควรมาจากยอดขายจริงของพื้นที่ในปีฐานเดียวกัน

2) ต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้ ใช้ในมิติสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ค่ารักษาพยาบาลที่ลดลง ความสูญเสียผลิตภาพแรงงานที่ลดลง ค่าโลจิสติกส์หรือค่าอาหารสัตว์ที่ลดลงเมื่อมีนวัตกรรม ขอนี้พบในงานไทยหลายกรณี เช่น โครงการเลี้ยงหอนแมลงทหารดำเพื่อลดต้นทุนอาหารสัตว์ และโครงการที่ลดการตีกลับสินค้าส่งออก

3) มูลค่าจากความยินดีจ่ายเมื่อไม่มีราคาตลาด เช่น คุณค่าพื้นที่สีเขียว คุณภาพอากาศ ความปลอดภัยอาหาร ควรอธิบายวิธีประเมินอย่างชัดเจน และในไทยนิยมใช้วิธีเทียบเคียงที่ระมัดระวังหรือวิธีที่หน่วยงานรัฐยอมรับ (Setthapoom Buathong 2023)

4) มูลค่าเวลาของประชาชนและอาสาสมัคร มักใช้ค่าแรงขั้นต่ำหรือค่าจ้างเฉลี่ยในพื้นที่ คูณจำนวนชั่วโมงที่ประหยัดได้หรือชั่วโมงจิตอาสา ต้องระบุแหล่งอัตราค่าจ้างและปีฐานให้ชัด

5) ราคาหรือมูลค่าร่มเงาในนโยบาย เช่น ค่าเงื่อนไขคาร์บอนที่ใช้กะประมาณมูลค่าการลดก๊าซเรือนกระจก ซึ่งในกรณีไทยมีการใช้ค่าที่สะท้อนบริบทนโยบายปัจจุบันเพื่อประเมินผลประโยชน์ด้านสิ่งแวดล้อมในระดับที่สื่อสารเชิงนโยบายได้ (Setthapoom Buathong 2023)

ทุกตัวแทนมูลค่าต้องเชื่อมกับผลลัพธ์เฉพาะบนแผนที่ผลลัพธ์ ระบุสูตรแปลงให้ชัดว่ามาจากปริมาณผลลัพธ์คูณราคาต่อหน่วยใด และระบุการตั้งค่าปรับแก้ผลกระทบที่ตัวที่ใช้หาผลกระทบสุทธิในภายหลัง

4) กติกาการใช้ตัวแทนมูลค่าในบริบทไทย

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กติกาการใช้ตัวแทนมูลค่าในบริบทของประเทศไทย สามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

1) ปีฐานราคาเดียวกัน สำหรับรายได้ ต้นทุน และตัวแทนมูลค่าทั้งหมด พร้อมอธิบายการปรับเงินเพื่อและหากอ้างอิงต่างประเทศต้องแปลงเป็นเงินบาทด้วยอัตราแลกเปลี่ยนปีฐานเดียวกัน และพิจารณาความแตกต่างค่าครองชีพอย่างระมัดระวัง

2) การแยกเงินลงทุนเริ่มต้นออกจากค่าใช้จ่ายประจำ เพื่อสะท้อนภาพต้นทุนที่แท้จริง โดยเฉพาะโครงการที่ผลลัพธ์สะสมทีละน้อยตามเวลา เช่น งานสิ่งแวดล้อมและเปลี่ยนพฤติกรรม

3) การกันการนับซ้ำ ต้องตรวจว่าไม่มีการจับผลเดียวกันสองครั้ง เช่น รายได้ธุรกิจที่เพิ่มกับรายได้ครัวเรือนในพื้นที่เดียวกัน ซึ่งอาจเป็นภาพสะท้อนซ้ำของเหตุการณ์เดียวกัน

4) เอกสารกำกับที่มาและเหตุผล ควรแนบตารางตัวแทนมูลค่า รายละเอียดแหล่งข้อมูล และข้อจำกัดในภาคผนวก เพื่อรองรับการรับรองภายนอก (Nicholls et al. 2012; Hamelmann C et al. 2017; Krlev G. et al. 2013; Grazioli R. et al. 2020; เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566; กฤษณะ โชติรัตนกุล 2567; ณัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี 2567; เกศกุล สระแก้ว และคณะ ม.ป.ป.; วีรบูรณ์ วิสารทสกุล และคณะ 2564)

5) ตัวอย่างตัวแทนมูลค่าและการคำนวณเชิงบรรยายจากกรณีไทย

กรณีจัดการขยะเมือง กรุงเทพมหานคร จุดตั้งต้นคือการแยกขยะ การเข้าถึงจุดรับซื้อ และการนำขยะอินทรีย์ไปเลี้ยงหอนแมลงทหารดำ สิ่งที่ได้คือรายได้จากการขายรีไซเคิลต่อปี ต้นทุนอาหารสัตว์ที่ลดลง

จากการผลิตโปรตีนจากหนอน และการลดก๊าซเรือนกระจกที่ตีมูลค่าด้วยค่าเงื่อนไขคาร์บอนที่กำหนดไว้ในรายงาน ปีฐานราคาเดียวกันใช้กับทั้งสามรายการ นำปริมาณผลลัพธ์คุณราคาต่อหน่วย แล้วจึงปรับหักส่วนที่เกิดขึ้นเองอยู่แล้ว ส่วนแบ่งเครดิตของโครงการ ผลที่ย้ายจากพื้นที่อื่น และการเสื่อมลงของประโยชน์ในปีถัดไป หลังจากนั้นกระจายประโยชน์ตามช่วงเวลาที่ยังเกิดอยู่ แล้วคิดมูลค่าปัจจุบันรวม เพื่อคำนวณอัตราส่วน SROI โดยเปรียบเทียบกับเงินลงทุนจริงของโครงการ (กฤษณะ โชติรัตนกมล 2567)

กรณีพัฒนาพื้นที่สีเขียวในเขตเมือง วัดผลลัพธ์ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นว่ามีความหมาย เช่น รายได้จากการท่องเที่ยวชุมชนและกิจกรรมสีเขียว ความสะอาดและคุณภาพชีวิตจากพื้นที่สาธารณะ และบริการระบบนิเวศ ตัวแทนมูลค่าอาจมาจากรายได้จริงของผู้ประกอบการท้องถิ่น ประกอบกับวิธีประเมินคุณค่าของบริการระบบนิเวศที่ยอมรับในเชิงนโยบาย นำผลลัพธ์แต่ละกลุ่มคูณตัวแทนมูลค่า หักส่วนที่มีใช้ผลของโครงการ และคำนวณมูลค่าปัจจุบันตามเวลาที่ประโยชน์ยังคงอยู่ (Setthapoom Buathong 2023)

กรณีสุขภาพและความปลอดภัยอาหาร ในงานตรวจไนโตรฟูแรนในอาหารทะเล ตัวแทนมูลค่าหลักคือความสูญเสียจากการถูกปฏิเสธสินค้าส่งออกที่หลีกเลี่ยงได้ ต้นทุนทดสอบที่ลดลง และความเชื่อมั่นตลาดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนผ่านรายได้และต้นทุนของผู้ประกอบการ นำปริมาณเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงได้หรือค่าใช้จ่ายที่ลดลงคูณราคาต่อหน่วย แล้วหักค่าปรับผลกระทบที่รายการก่อนคิดมูลค่าปัจจุบัน (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2567)

กรณีเศรษฐกิจสร้างสรรค์และการท่องเที่ยว ตัวแทนมูลค่ามาจากรายได้ธุรกิจสร้างสรรค์ การจ้างงาน และมูลค่าทางสังคมของกิจกรรมพื้นที่สร้างสรรค์ โดยใช้ข้อมูลรายได้จริงของผู้เข้าร่วม โครงสร้างการจ้างงานในท้องถิ่น และหลักฐานจากการดำเนินงานตามแผนที่นำทางพื้นที่ เมื่อนำผลลัพธ์คูณตัวแทนมูลค่าแล้ว ให้ปรับด้วยค่าปรับผลกระทบและคิดมูลค่าปัจจุบันตามระยะเวลาที่ตั้งไว้ในแผน (เกศกุล สระกวี และคณะ ม.ป.ป.)

กรณีทรัพยากรที่ดินและน้ำ โครงการเพิ่มการเข้าถึงที่ดินทำกินและระบบน้ำชุมชน ใช้ตัวแทนมูลค่าอย่างรายได้เกษตรกรที่เพิ่มขึ้นทั้งฤดู ต้นทุนขนส่งน้ำที่ลดลง มูลค่าทรัพย์สินหรือความมั่นคงทางที่อยู่อาศัย และเวลาชุมชนที่ประหยัดได้ เมื่อนำผลลัพธ์คูณตัวแทนมูลค่าและปรับด้วยค่าปรับผลกระทบแล้ว ให้กระจายประโยชน์ตามปีที่ระบบน้ำหรือสิทธิในที่ดินยังสร้างผลอยู่ และคำนวณอัตราส่วน SROI เทียบกับเงินลงทุนที่ใช้ (วีรบูรณ์ วิสารทสกุล และคณะ ม.ป.ป.)

กรณีนวัตกรรมเกษตรและลดมลพิษ โครงการต้นแบบอุปกรณ์ตัดอ้อยแบบไม่เผา ใช้ตัวแทนมูลค่าอย่างเวลาที่ประหยัดได้ ต้นทุนแรงงานที่ลดลง รายได้สุทธิที่เพิ่มขึ้น และผลประโยชน์ด้านสุขภาพจากการลดฝุ่นละออง ตัวเลขเหล่านี้คำนวณจากปริมาณผลลัพธ์คุณราคาต่อหน่วย หักส่วนที่มีใช้ผลของโครงการ และกระจายประโยชน์ตามช่วงเวลาขยายการใช้จริงในชุมชน (วีรบูรณ์ วิสารทสกุล และคณะ ม.ป.ป.)

6) การเลือกตัวแทนมูลค่าให้สอดคล้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ทุกตัวแทนมูลค่าต้องผูกกลับไปยังผลลัพธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ระบุไว้ในแผนที่ผลลัพธ์ เช่น หากผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากอาหารพื้นผิวพิเศษ ตัวแทนมูลค่าอาจเป็นค่ารักษาที่หลีกเลี่ยงได้ของภาวะแทรกซ้อนและมูลค่าเวลาของผู้ดูแล หากผู้ประกอบการท้องถิ่นได้รับโอกาสใหม่ ตัวแทนมูลค่าคือรายได้สุทธิที่เพิ่มขึ้น ไม่ใช่รายได้รวมทั้งระบบที่อาจไปทับกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น การจัดเรียงเช่นนี้ช่วยกันการนับซ้ำและทำให้เครดิตของโครงการเป็นธรรม (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2567)

7) การปรับพื้นฐาน อัตราแลกเปลี่ยน และค่าครองชีพ

หากใช้ตัวแทนมูลค่าจากต่างประเทศ ต้องแปลงค่าเป็นเงินบาทปีฐานเดียวกัน อธิบายอัตราแลกเปลี่ยนที่ใช้ และพิจารณาความแตกต่างด้านค่าครองชีพอย่างรอบคอบ โดยอาจใช้วิธีเปรียบเทียบเชิงอัตราส่วนกับรายได้เฉลี่ยหรือค่าจ้างขั้นต่ำของพื้นที่ เพื่อไม่ให้ตัวเลขสูงหรือต่ำผิดปกติในบริบทไทย ทั้งหมดนี้ควรถูกตรวจสอบความไวต่อผลลัพธ์ (Nicholls et al. 2012; Hamelmann C et al. 2017; Krlev G. et al. 2013; Grazioli R. et al. 2020)

8) การรายงานความไม่แน่นอนและผลการทดสอบความอ่อนไหว

ควรรายงานช่วงผลของตัวแทนมูลค่าสำคัญอย่างน้อยหนึ่งช่วง เช่น ค่าฐาน ค่าที่ระมัดระวัง และค่าที่คาดว่าจะเกิดเมื่อระบบดำเนินได้เต็มที่ พร้อมบอกว่าเมื่อเปลี่ยนค่าดังกล่าวเท่าไร อัตราส่วน SROI จึงลดลงถึงหนึ่งต่อหนึ่ง สิ่งนี้ทำให้ผู้กำหนดนโยบายเห็นจุดเสี่ยงและประเด็นที่ต้องจัดการก่อนขยายผล (เกศกุล สระกวี และคณะ ม.ป.ป.)

9) คำโครง “คลังตัวแทนมูลค่าไทย” ที่ใช้งานได้ทันที

ควรมีการออกแบบคลังตัวแทนมูลค่าแบบเวอร์ชัน โดยแต่ละรายการมีชื่อผลลัพธ์ คำอธิบายหน่วยราคาอ้างอิง ปีฐาน แหล่งที่มา วิธีคำนวณ ข้อจำกัด และช่วงค่าที่ใช้ในความอ่อนไหว เริ่มจากกลุ่มสุขภาพสิ่งแวดล้อม เวลาและแรงงานอาสา เศรษฐกิจฐานชุมชน และทรัพยากรที่ดิน-น้ำ โดยเติมรายการจากกรณีไทยที่มีหลักฐานชัด เช่น รายได้ไร่เคิลและต้นทุนอาหารสัตว์ที่ลดลงในโครงการขยะเมือง คุณค่าพื้นที่สีเขียวในคุ้งบางกะเจ้า ต้นทุนสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ในงานไฟฟ้า รายได้ธุรกิจสร้างสรรค์ในเมืองสร้างสรรค์ และรายได้เกษตรจากระบบน้ำชุมชน (ฤกษ์ชัย โชติรัตน์กุล 2567).

10) ข้อควรระวังก่อนการคำนวณและแปลผล

- 1) ตัวแทนมูลค่าผูกกับผลลัพธ์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ระบุไว้ในแผนที่ผลลัพธ์ครบทุกข้อ
- 2) ปีฐานราคาเดียวกัน และอธิบายการปรับเงินเพื่อ อัตราแลกเปลี่ยน และเหตุผลการเลือกอัตราคิดลด
- 3) ระบุและหักค่าปรับผลกระทบทั้งสี่รายการผลลัพธ์ พร้อมเหตุผลและแหล่งข้อมูล
- 4) ทดสอบความอ่อนไหวต่อตัวแปรสำคัญและรายงานช่วงผล

- 5) แบนตารางตัวแทนมูลค่าเต็มฉบับและร่องรอยการคำนวณในภาคผนวก เพื่อรองรับการตรวจและการรับรอง

2. การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้านประเมินผล และ ด้านการประเมิน SROI

การพัฒนาเครื่องมือเพื่อการประเมินผลกระทบทางสังคมและสุขภาพ โดยเฉพาะในกรอบของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) มิใช่เพียงการออกแบบเชิงเทคนิคหรือการอ้างอิงจากตำราทางวิชาการเท่านั้น หากแต่ยังต้องอาศัย “องค์ความรู้เชิงประสบการณ์” และ “มุมมองเชิงวิชาชีพ” ที่สั่งสมจากผู้ปฏิบัติจริงและผู้ที่มีบทบาทกำหนดนโยบาย การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจึงเป็นขั้นตอนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากสามารถเติมเต็มข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรม และช่วยสร้างเครื่องมือที่มีทั้งความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง และความเหมาะสมกับสภาพจริงในสังคมไทย

ประการแรก การสัมภาษณ์ช่วยให้การพัฒนาเครื่องมือเชื่อมโยงกับ “บริบทการเมืองและสังคมไทย” ได้อย่างเป็นรูปธรรม วรรณกรรมหรืองานวิจัยสากลอาจให้แนวทางที่ดี แต่หลายครั้งยังไม่สอดคล้องกับโครงสร้างการมีส่วนร่วมและวัฒนธรรมทางนโยบายของประเทศไทย การได้รับฟังจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจึงมีคุณค่า เพราะสามารถชี้ให้เห็นช่องทาง กลไก และข้อท้าทายที่เกิดขึ้นจริงในกระบวนการสร้างนโยบายที่ประชาชนมีส่วนร่วม

ประการที่สอง การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลมีความสำคัญต่อการทำให้เครื่องมือมีความเข้มแข็งทางวิชาการและมีมาตรฐาน วิธีวิทยาการประเมินผลเป็นศาสตร์ที่ต้องอาศัยทั้งทฤษฎีเชิงประจักษ์ และเทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงซับซ้อน การได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจึงช่วยให้ทีมวิจัยสามารถกำหนดตัวชี้วัด วิธีเก็บข้อมูล และเกณฑ์การวิเคราะห์ที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงในการตีความที่คลาดเคลื่อน และทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

ประการที่สาม การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้าน SROI มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการตีมูลค่าผลกระทบทางสังคมต้องอาศัยการเลือก Financial Proxy ที่มีเหตุผลรองรับและได้รับการยอมรับในระดับสากล แต่ขณะเดียวกันก็ต้องปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทไทย การได้แลกเปลี่ยนกับผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้จะช่วยให้ทีมวิจัยสามารถพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้ตัวแทนทางการเงินที่บิดเบือน และสร้างความมั่นใจว่าผลการคำนวณมีความสมเหตุสมผล ทั้งต่อผู้กำหนดนโยบายและต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญช่วยให้กระบวนการประเมินมีความเชื่อมโยงกับทฤษฎีสอดคล้องกับบริบท และมีความน่าเชื่อถือทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ ผลลัพธ์จากการสัมภาษณ์จะทำให้เครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นไม่เพียงเป็นชุดคำถามหรือแบบฟอร์ม แต่เป็นกลไกที่สะท้อนคุณค่าและความเป็นจริง

ของสังคม พร้อมต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างแท้จริง

2.1 ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ และแนวทางในการประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นเรื่องการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่และกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชน/ท้องถิ่น การประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน/ท้องถิ่น และการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) มีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จัดกลุ่มสนทนากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ (ประชาชนผู้รับประโยชน์ คณะทำงาน) เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ มุมมองในการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในพื้นที่ศึกษา และการประชุมระดมสมองระหว่างคณะผู้วิจัย ผู้เชี่ยวชาญ และผู้แทนคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในพื้นที่ศึกษา ผลการศึกษามีดังนี้

ผู้บริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ การประเมินผล 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลและการพัฒนาชุมชน/สังคม 5 ท่าน ผู้มีประสบการณ์การพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ 3 ท่าน ผู้บริหารท้องถิ่นและมีประสบการณ์ในการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ 2 ท่าน ผู้นำชุมชน และมีประสบการณ์ในการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ 1 ท่าน และ บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่และมีประสบการณ์ในการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ 2 ท่าน รวม 17 ท่าน โดยมีแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ และแนวทางในการประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

จากการประมวลข้อมูลการสัมภาษณ์ สามารถสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การประเมินผล และการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ได้ดังนี้

หลักการพื้นฐานและกระบวนการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่มีรากฐานมาจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 2] แต่เป็นกรอบทิศทางระบบสุขภาพที่ถูกย่อให้กระชับและเน้นความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติสำหรับพื้นที่นั้นๆ มากขึ้น [ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] หัวใจสำคัญของการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่คือ **การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน** ในการร่วมกันกำหนดกรอบทิศทางหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาที่พวกเขาเผชิญ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 2 ผู้ให้สัมภาษณ์ 4 ผู้ให้สัมภาษณ์ 17] ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้

ไม่ได้จำกัดอยู่แค่การให้ข้อมูล แต่ครอบคลุมถึงการร่วมตัดสินใจ ร่วมเสนอแนะ ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล ด้วย [ผู้ให้สัมภาษณ์ 9 ผู้ให้สัมภาษณ์ 4]

โดยทั่วไป กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การเตรียมการ การจัดทำธรรมนูญ การนำไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล [ผู้ให้สัมภาษณ์ 2] ในขั้นเตรียมการ การศึกษา ข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่และการจัดตั้งคณะทำงานถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 2 ผู้ให้สัมภาษณ์ 17] ขั้นตอนการจัดทำธรรมนูญต้องเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลักในการกำหนดทิศทาง [ผู้ให้สัมภาษณ์ 2 ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] ขณะที่การนำธรรมนูญไปปฏิบัติให้เกิดผลจริงก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] และสุดท้าย การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องจะช่วยสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและเป็นข้อมูล สำหรับวางแผนการดำเนินงานต่อไป [ผู้ให้สัมภาษณ์ 12 ผู้ให้สัมภาษณ์ 4]

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพให้เกิดผล สำเร็จนั้น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง [ผู้ให้ สัมภาษณ์ 17] การสร้างให้เกิด การยอมรับ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และการเห็นประโยชน์ ที่ชัดเจนในหมู่คน ในชุมชน คือหัวใจที่จะนำไปสู่การนำธรรมนูญไปปฏิบัติจริงและสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] ดังนั้น การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักอย่างรอบด้าน และการนำข้อมูลรวมถึงความคิดเห็นของพวกเขามา ประกอบการพิจารณาในทุกขั้นตอนจึงเป็นสิ่งจำเป็น [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1 ผู้ให้สัมภาษณ์ 2 ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] แม้ว่าในทางทฤษฎีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือทุกคนในพื้นที่ แต่ในการประเมินผล อาจจำเป็นต้องเลือก กลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนจากมุมมองของพวกเขา [ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] โดยทั่วไป ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในการทำธรรมนูญพื้นที่มักประกอบด้วย ประชาชนในพื้นที่ องค์กรรัฐและท้องถิ่น (โดยเฉพาะ อบท.) หน่วยบริการสุขภาพ (รพ.สต.) สถานศึกษา ผู้นำชุมชน องค์กรภาคเอกชน และภาคี เครือข่ายต่างๆ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 15 ผู้ให้สัมภาษณ์ 2]

กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นเครื่องมือขึ้น สำคัญของ กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในระดับพื้นที่ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] กระบวนการนี้เน้นหลักการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ และร่วมรับผลประโยชน์ รวมถึงผลกระทบที่อาจ เกิดขึ้น [ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] ภาพที่พึงประสงค์คือการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของนโยบายสาธารณะ [ผู้ให้ สัมภาษณ์ 4] การเริ่มต้นกระบวนการโดยหยิบยกปัญหาที่คนในชุมชนเผชิญอยู่จริงมาเป็นจุดตั้งต้นในการจัดทำ ธรรมนูญ ถือเป็นแนวทางการทำงานที่สำคัญและได้รับการยอมรับ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 16]

การนำธรรมนูญสุขภาพไปใช้ประโยชน์และการเชื่อมโยงกับหน่วยงาน เพื่อให้ธรรมนูญสุขภาพเกิด ประโยชน์สูงสุด ควรถูกนำไปใช้เป็น กรอบทิศทางในการพัฒนาแผนงานและโครงการ ของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบจ. หรือ อบท. [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] เนื่องจากธรรมนูญเป็น ผลึกความคิดร่วมของคนในชุมชน จึงควรใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจและออกแบบระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

[ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] การเชื่อมโยงธรรมนูญสุขภาพเข้ากับ **ข้อบัญญัติ หรือเทศบัญญัติ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** จะเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม [ผู้ให้สัมภาษณ์ 16] นอกจากนี้ สช. อาจพิจารณาแนวทางในการทำให้ธรรมนูญเชื่อมโยงกับงานของแต่ละหน่วยงานที่สนใจเรื่องการจัดทำแผนชุมชน เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น [ผู้ให้สัมภาษณ์ 8]

การประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายฯ และการพัฒนาระบบสุขภาพ การประเมินผลเป็นกระบวนการที่สำคัญ เพราะช่วยสะท้อนภาพการทำงานและเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแก้ไข [ผู้ให้สัมภาษณ์ 5] [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] การประเมินธรรมนูญสุขภาพควรดำเนินการทั้งใน **เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ** [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] [ผู้ให้สัมภาษณ์ 8] การแสดงให้เห็นคุณค่าที่เป็นรูปธรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงของอายุเฉลี่ยหรือตัวชี้วัดสุขภาพอื่นๆ ที่เป็นผลมาจากการมีธรรมนูญ จะช่วยเพิ่มการยอมรับและการนำไปใช้ประโยชน์ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] ดังนั้น ควรมีการแสดงผลเชิงปริมาณที่ชัดเจนควบคู่ไปกับข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะการแสดงผลเป็นตัวเลขที่บ่งบอกขนาดของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1]

การประเมินสามารถทำได้ในหลายระดับ ตั้งแต่การประเมินว่าธรรมนูญถูกนำไปใช้เป็นทิศทางนโยบายหรือไม่ หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ในการจัดทำโครงการหรือตั้งงบประมาณอย่างไร ไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น ปัจจัยกำหนดสุขภาพในชุมชนลดลงหรือไม่ การเข้าถึงบริการสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นหรือไม่ และในระดับที่สูงขึ้นคือการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม (SROI) [ผู้ให้สัมภาษณ์ 2] ตัวแปรสำคัญในการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบ ได้แก่ ประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วม กระบวนการ ประสิทธิผล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับคนในพื้นที่ รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ และหลักฐานยืนยันผลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 11]

การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) แนวคิด SROI มีความสำคัญในการช่วย **แปลงคุณค่าทางสังคม** ซึ่งบางครั้งจับต้องได้ยาก ให้เป็นมูลค่าที่สามารถวัดผลและสื่อสารได้ เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลตอบแทนทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการลงทุน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 3] การประเมิน SROI ควรมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้หรือกลุ่มเป้าหมายหลังจากมีการนำธรรมนูญสุขภาพไปปฏิบัติ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 10] อย่างไรก็ตาม มุมมองต่อ SROI อาจแตกต่างกันไป หากมองว่าเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ดำเนินโครงการได้ทบทวนว่ามีใครเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรขึ้นจริง และมีอุปสรรคหรือข้อควรระวังใดบ้าง วัตถุประสงค์ในการใช้เครื่องมือก็จะแตกต่างกันไป [ผู้ให้สัมภาษณ์ 10]

ความท้าทายหนึ่งของ SROI คือ **การตีมูลค่าทางสังคมให้เป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจ** การให้ผู้มีส่วนร่วมเข้ามาประเมินคุณค่าร่วมกันจะช่วยสะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จไม่ได้มาจากเม็ดเงินสนับสนุนเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยนำเข้าที่ไม่ใช่ตัวเงินอื่นๆ อีกมาก [ผู้ให้สัมภาษณ์ 10] ข้อควรระวังสำคัญคือต้องมีข้อมูลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามาสนับสนุนโครงการอย่างครบถ้วน เพื่อหลีกเลี่ยงการเคลมผลงานเกินจริง [ผู้ให้สัมภาษณ์

10] นอกจากนี้ การกำหนดค่าน้ำหนักความสำเร็จในการวิเคราะห์ SROI สำหรับประเด็นสาธารณะเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากแต่ละพื้นที่อาจมีต้นทุนทางสังคมหรือความเข้มแข็งเดิมที่แตกต่างกัน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 11]

หัวใจสำคัญของ SROI คือ **การทำแผนที่การเปลี่ยนแปลง (Mapping Outcomes)** ให้ครอบคลุมและเชื่อมโยงเหตุผลให้ได้มากที่สุดว่าเกิดอะไรขึ้นเพราะอะไร ซึ่งการรับฟังมุมมองที่หลากหลายจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะช่วยเติมเต็มภาพการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] อย่างไรก็ตาม การพยายามตีค่าเป็นตัวเงินในสิ่งที่ยังไม่มีความชัดเจนหรือยอมรับกันในวงกว้าง อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการประเมินได้ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] [ผู้ให้สัมภาษณ์ 10] ผลลัพธ์ SROI สำหรับประเด็นเดียวกันในแต่ละพื้นที่จึงอาจแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับบริบท กระบวนการจัดทำ การนำไปใช้ และการขับเคลื่อนหลังการประกาศใช้ธรรมนูญ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 4]

ปัจจัยสู่ความสำเร็จและความยั่งยืน ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ได้แก่ การมีกรอบนโยบายที่ชัดเจน การมีข้อมูลสถานการณ์ที่ดี การสำรวจความต้องการของชุมชน การเข้าใจบริบทพื้นที่ การมีงบประมาณสนับสนุน และการได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย [ผู้ให้สัมภาษณ์ 17] การบริหารจัดการที่ดีและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจะช่วยลดอุปสรรคในการดำเนินงาน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] การมีหน่วยงานภายนอกที่คอย "รองรับ" หรือสนับสนุน เช่น รพ.สต. หรือกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในระดับพื้นที่ ก็เป็นปัจจัยสำคัญเช่นกัน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 16] นอกจากนี้ การทบทวนธรรมนูญเป็นระยะ เช่น ทุก 5 ปี [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] และความต่อเนื่องในการดำเนินการ รวมถึงการปลูกกระแสให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ ก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความยั่งยืน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 17]

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อให้ธรรมนูญสุขภาพมีพลวัตและเกิดประโยชน์สูงสุด ควรมีการปรับตัวในรูปแบบใหม่ๆ และนำเสนอผลการประเมินทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] การประเมินควรมีลักษณะที่เสริมพลังผู้ปฏิบัติงานและแสดงให้เห็นผลประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม รวมถึงการพยายามตีค่าผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] ควรมีการออกแบบเครื่องมือประเมินที่ยืดหยุ่น สามารถนำไปใช้วิเคราะห์และประเมินคุณค่าของธรรมนูญสุขภาพที่หลากหลายได้ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] ในด้านการสื่อสาร ควรปรับเปลี่ยนจากการเน้นคู่มือวิชาการไปสู่การเล่าเรื่องราวความสำเร็จและบทเรียนจากพื้นที่จริงในรูปแบบที่น่าสนใจและเข้าถึงง่าย [ผู้ให้สัมภาษณ์ 9] และควรมีช่องทางหรือระบบที่ชัดเจนในการสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับพื้นที่ที่ต้องการนำเครื่องมือหรือกระบวนการเหล่านี้ไปใช้ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 9]

การพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ รวมถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนแต่มีความสำคัญ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน การประเมินผลอย่างรอบด้าน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยเฉพาะการนำแนวคิด SROI มาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม จะช่วยสะท้อนคุณค่าและผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นให้มีความยั่งยืนได้

ตัวแปรสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือ SROI สำหรับธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

จากการสัมภาษณ์พบรายละเอียดสำคัญหลายประการที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการระบุตัวแปรต่างๆ เพื่อนำไปพัฒนาเครื่องมือประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) สำหรับธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายและความซับซ้อนของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ด้วย SROI ซึ่งการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ดีจะต้องคำนึงถึงมิติต่างๆ เหล่านี้อย่างรอบด้าน โดยเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วม กระบวนการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงต่อชุมชน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ รายละเอียดมีดังนี้

หลักการสำคัญและมุมมองต่อการประเมิน หัวใจสำคัญของการสร้างธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ไม่ได้อยู่ที่การมีเอกสาร แต่คือการสร้างกระบวนการที่ทำให้ผู้คน "เอาด้วย" ซึ่งประกอบด้วยการสร้าง **การยอมรับ (acceptance) ความเป็นเจ้าของ (ownership) และการเห็นหรือเกิดประโยชน์ (benefit)** อย่างแท้จริง [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] การทำให้เห็นคุณค่าที่เป็นรูปธรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงของอายุเฉลี่ยหรือตัวชี้วัดสุขภาพอื่นๆ จะยิ่งช่วยส่งเสริมการยอมรับและการนำธรรมนูญไปใช้ประโยชน์มากขึ้น [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] ในส่วนของการประเมินผลนั้น ควรมีเป้าหมายเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ไม่ใช่การตัดสินถูกผิด [ผู้ให้สัมภาษณ์ 3]

สำหรับแนวคิด SROI นั้น หลักการคือการพยายาม **แปลงคุณค่าทางสังคมที่อาจจับต้องได้ยากให้เป็นมูลค่าที่สามารถวัดผลได้** [ผู้ให้สัมภาษณ์ 3] อย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่าการตีมูลค่าทางสังคมให้เป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจนั้นมีความซับซ้อนและค่อนข้างยาก [ผู้ให้สัมภาษณ์ 10] การประเมินจึงควรครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม [ผู้ให้สัมภาษณ์ 3] ผู้ให้สัมภาษณ์ 7] โดยผสมผสานทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจะเข้ามาช่วยอธิบายและให้ความหมายแก่ข้อมูลเชิงปริมาณได้ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 11]

ตัวแปรสำคัญในการประเมิน ในการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มีตัวแปรสำคัญหลายด้านที่ต้องพิจารณา ได้แก่ **ประสิทธิภาพของการทำงาน ระดับการมีส่วนร่วม คุณภาพของกระบวนการ ประสิทธิผลที่เกิดขึ้น และการเปลี่ยนแปลง** ที่เกิดขึ้นกับคนในพื้นที่ ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม รวมถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 11] นอกจากนี้ บริบทของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน ก็เป็นตัวแปรที่ควรให้ความสำคัญไม่แพ้กัน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 7]

การระบุ **ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)** หลัก และการนำข้อมูลความคิดเห็นของพวกเขามาประกอบการพิจารณาเป็นสิ่งจำเป็นตั้งแต่ขั้นตอนการสร้างธรรมนูญ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1] ในการประเมิน SROI ควรมุ่งเน้นไปที่ผู้รับประโยชน์และผู้มีบทบาทสำคัญในระดับตำบล [ผู้ให้สัมภาษณ์ 8] การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินจะช่วยสะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จไม่ได้เกิดจากเม็ดเงินสนับสนุนเพียงอย่างเดียว [ผู้ให้สัมภาษณ์ 10]

กระบวนการ (Process) และการมีส่วนร่วม ถือเป็นหัวใจสำคัญ กระบวนการสร้างธรรมนูญที่เน้นการมีส่วนร่วม การสร้างการยอมรับ ความเป็นเจ้าของ และการเห็นประโยชน์ของชุมชน จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1 ผู้ให้สัมภาษณ์ 4] ดังนั้น การประเมินควรรวมถึงระดับของการมีส่วนร่วม และกลไกหรือบุคคลที่มีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมด้วย [ผู้ให้สัมภาษณ์ 11]

ผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการวัดผล โดยผลผลิตอาจเป็นสิ่งที่จับต้องได้ เช่น การเกิดเล่มธรรมนูญ หรือแผนงานโครงการที่มารองรับ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 8 ผู้ให้สัมภาษณ์ 9] ส่วนผลลัพธ์คือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะสั้นถึงกลาง เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สภาพแวดล้อมที่ดีขึ้น ความร่วมมือในการทำงาน ทักษะและความรู้ที่เพิ่มขึ้น ความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน และความตระหนักในการมีส่วนร่วม [ผู้ให้สัมภาษณ์ 11 ผู้ให้สัมภาษณ์ 9] สำหรับผลกระทบคือการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว เช่น การพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 11 ผู้ให้สัมภาษณ์ 14 ผู้ให้สัมภาษณ์ 17] ตัวชี้วัดความสำเร็จอาจเป็นตัวเลขที่ชัดเจน เช่น การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา การปรับปรุงภาวะโภชนาการเด็ก หรือร้อยละของเด็กที่ได้รับการดูแล [ผู้ให้สัมภาษณ์ 15]

ข้อมูลและการวัดผล SROI ในการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ SROI นอกจากตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับโครงการโดยตรงแล้ว ควรเก็บข้อมูล **ส่วนสนับสนุนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ** ด้วย เพื่อให้การประเมินผลสะท้อนความเป็นจริงและไม่เกิดการกล่าวอ้างผลงานเกินควร [ผู้ให้สัมภาษณ์ 10 ผู้ให้สัมภาษณ์ 7] ข้อควรระวังสำคัญในการทำ SROI คือ ต้องสามารถ **ตรวจสอบได้ว่าตัวเลขความคุ้มค่าที่น่าเสนอนั้นเป็นจริง** และไม่กล่าวอ้างเกินจริง [ผู้ให้สัมภาษณ์ 10] การกำหนด **ค่าน้ำหนักความสำเร็จ** ในประเด็นสาธารณะจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาถึงต้นทุนทางสังคมหรือความเข้มแข็งเดิมที่อาจมีอยู่แล้วในพื้นที่ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 11]

การเชื่อมโยงกับนโยบายและความยั่งยืน เพื่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง ธรรมนูญสุขภาพควรถูกนำไปใช้เป็น **กรอบทิศทางการพัฒนาแผนงานโครงการ** ของหน่วยงานต่างๆ และเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงนโยบาย [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1 ผู้ให้สัมภาษณ์ 5] การนำธรรมนูญไป **บรรจุในข้อบัญญัติของ อบท.** จะเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดผลในทางปฏิบัติและสร้างความต่อเนื่อง [ผู้ให้สัมภาษณ์ 16] นอกจากนี้ การนำธรรมนูญไปใช้ผ่านกลไกที่มีอยู่แล้วในสังคมจะช่วยส่งเสริมความยั่งยืนได้ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 1 ผู้ให้สัมภาษณ์ 17]

ข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ แนวคิดการประเมินผลกระทบอื่นๆ เช่น การประเมินผลกระทบทางสังคม (SIA) หรือการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) ก็มีหลักการคล้ายคลึงกับ SROI ในแง่ของการพูดคุยกับคนในพื้นที่เกี่ยวกับผลกระทบทั้งบวกและลบ และการพยายามเชื่อมโยงสาเหตุของผลกระทบเหล่านั้น [ผู้ให้สัมภาษณ์ 4 ผู้ให้สัมภาษณ์ 6] การสื่อสารผลการประเมินก็มีความสำคัญ ควรทำให้เข้าใจง่าย

และมีการเผยแพร่กรณีศึกษาที่ดีเพื่อการเรียนรู้ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 7 ผู้ให้สัมภาษณ์ 9] ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม ควรมีการสร้างการเข้าใจและความต้องการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเป้าหมายก่อน [ผู้ให้สัมภาษณ์ 5 ผู้ให้สัมภาษณ์ 16] และอาจพิจารณาการเปรียบเทียบผลลัพธ์กับพื้นที่ที่ไม่มีธรรมาภิบาล เพื่อวัดประสิทธิผลของแนวทางที่ใช้ [ผู้ให้สัมภาษณ์ 15 ผู้ให้สัมภาษณ์ 7]

2.2 ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ การระบุด้านทุนและการระบุตัวแทนมูลค่าทางการเงิน (Financial Proxy) ในการประเมิน SROI ธรรมาภิบาลพื้นที่

2.2.1 การระบุด้านทุนธรรมาภิบาลพื้นที่

จากการสังเคราะห์และประมวลข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนธรรมาภิบาลพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถวิเคราะห์โครงสร้างต้นทุนและทรัพยากร ใช้ในการดำเนินงานได้อย่างละเอียด โดยพบว่าการลงทุนไม่ได้จำกัดอยู่เพียงมิติทางการเงิน แต่ครอบคลุมถึงทุนมนุษย์ ทุนทางสังคม และการลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งสามารถจำแนกและอธิบายในเชิงบรรยายได้ดังนี้

นิยาม “การลงทุน” ในบริบทธรรมาภิบาล

ในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ของการจัดทำธรรมาภิบาลระดับพื้นที่นั้น การทำความเข้าใจองค์ประกอบของ “การลงทุน” (Investment) ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอย่างยิ่ง จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่าต้นทุนและทรัพยากรที่ใช้ในการขับเคลื่อนธรรมาภิบาลมีลักษณะเป็นพลวัตและซับซ้อน ไม่สามารถวัดได้จากงบประมาณที่สนับสนุนโดยตรงจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการบูรณาการทรัพยากรจากหลากหลายแหล่งที่มา ทั้งในรูปแบบตัวเงิน (In-Cash) และทรัพยากรที่ไม่ใช่ตัวเงิน (In-Kind) โดยมีลักษณะสำคัญคือ การใช้งบประมาณตั้งต้นจำนวนไม่มากเพื่อทำหน้าที่เป็น “ทุนจุดประกาย” (Seed Fund) ในการระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ให้เขามาร่วมลงทุน ซึ่งทำให้มูลค่าการลงทุนที่แท้จริงสูงกว่างบประมาณที่ปรากฏในเอกสารโครงการหลายเท่าตัว ดังนั้น การวิเคราะห์ต้นทุนจึงต้องพิจารณาโครงสร้างการลงทุนใน 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) ช่องทางการสนับสนุนทางการเงิน 2) การลงทุนในทุนมนุษย์และทุนทางสังคม และ 3) การลงทุนเชิงยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาศักยภาพ

2.2.1.1 โครงสร้างและช่องทางการสนับสนุนทางการเงิน

งบประมาณที่ใช้ในการขับเคลื่อนธรรมาภิบาลมาจาก 3 ช่องทางหลัก ซึ่งแต่ละช่องทางมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกันไปในการสนับสนุนกระบวนการ

ทุนสนับสนุนโดยตรงจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สข. ทำหน้าที่เป็นผู้ริเริ่มและสนับสนุนงบประมาณตั้งต้นให้กับพื้นที่เป้าหมาย อย่างไรก็ตาม งบประมาณส่วนนี้มีจำนวนไม่สูงนัก โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้ในการจัดกระบวนการพื้นฐาน เช่น การจัดเวทีประชุม การสร้างความเข้าใจ ค่าอาหารและเครื่องดื่มในเวทีประชาคม จากข้อมูลพบว่า งบประมาณที่สนับสนุนโดยตรงอาจอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อตำบล หรือในบางกรณีอาจสูงถึง 30,000 บาทต่อพื้นที่ สำหรับกรณีพิเศษอย่างการจัดทำธรรมนูญโควิด-19 ซึ่งต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน อาจมีการสนับสนุนประมาณ 2,000 บาทต่อแห่ง

ลักษณะสำคัญของทุนสนับสนุนจาก สข. คือไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่ทำหน้าที่เป็นกลไกกระตุ้นให้พื้นที่เริ่มต้นกระบวนการ และเป็นเครื่องมือในการสร้างความชอบธรรมให้แก่นำในพื้นที่สามารถประดมทรัพยากรเพิ่มเติมจากแหล่งทุนอื่นต่อไปได้ อาจกล่าวได้ว่าทุนส่วนนี้เป็นเพียงส่วนเล็กๆ ของการลงทุนทั้งหมด แต่มีความสำคัญในเชิงยุทธศาสตร์อย่างยิ่ง

ทุนสนับสนุนผ่านกลไกและภาคีเครือข่าย

นอกเหนือจากงบประมาณโดยตรง สข. ยังสนับสนุนการทำธรรมนูญผ่านกลไกการทำงานอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว ซึ่งทำให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

การสนับสนุนผ่านกลไกของ สข. เอง: งบประมาณบางส่วนถูกจัดสรรผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด หรืองบประมาณของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ซึ่งกลไกเหล่านี้สามารถนำงบประมาณส่วนหนึ่งมาสนับสนุนการจัดทำธรรมนูญในพื้นที่ของตนได้

การร่วมลงทุนจากหน่วยงานภาคี: หน่วยงานภาคีมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยเฉพาะในเขต 8 ซึ่งสนับสนุนให้พื้นที่ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (กปท.) ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ งบ กปท. ถือเป็นแหล่งทุนสำคัญที่พื้นที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีความยืดหยุ่นในการนำมาใช้จัดกระบวนการต่างๆ นอกจากนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) อาจมีส่วนร่วมลงทุนทางอ้อม โดยโครงการบางโครงการของ สสส. กำหนดให้ชุมชนต้องสร้างข้อตกลงหรือกติการ่วมกัน ซึ่งหลายพื้นที่ได้นำกระบวนการของธรรมนูญสุขภาพไปปรับใช้เพื่อตอบโจทย์ดังกล่าว

ทุนสมทบจากพื้นที่ (Local Co-investment)

ทุนสมทบจากพื้นที่ถือเป็นการลงทุนที่มีสัดส่วนสูงที่สุดและมีความสำคัญต่อความสำเร็จและความยั่งยืนของโครงการอย่างยิ่ง ทุนส่วนนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นเจ้าของของคนในพื้นที่ และสามารถจำแนกได้ดังนี้

งบประมาณจากหน่วยงานท้องถิ่น: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มักจะใช้งบประมาณปกติของหน่วยงานตนเองในการสนับสนุนกิจกรรม เช่น การจัด

ประชุม การจัดทำเอกสาร หรือการประสานงาน บางพื้นที่สามารถบูรณาการกระบวนการจัดทำธรรมนูญเข้ากับการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นหรือแผนสุขภาพชุมชน ทำให้สามารถใช้งบประมาณจากแผนงานเหล่านั้นได้โดยตรง

การระดมทุนในชุมชน: ในบางกรณี ชุมชนอาจมีการระดมทุนกันเอง หรือได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนในพื้นที่เพื่อดำเนินกิจกรรม

จากการวิเคราะห์โครงสร้างทางการเงิน จะเห็นว่าโมเดลการลงทุนของธรรมนูญสุขภาพเป็นการทำงานแบบ "ลงขัน" ที่อาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยมี สข. เป็นผู้จัดประกาย และมีหน่วยงานภาคีกับชุมชนเป็นผู้ร่วมลงทุนหลัก ซึ่งทำให้โครงการสามารถดำเนินไปได้แม้จะมีงบประมาณเริ่มต้นที่จำกัด

2.2.1.2 การลงทุนในทุนมนุษย์และทุนทางสังคม

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ ต่างให้ความเห็นสอดคล้องกันว่าต้นทุนที่สำคัญยิ่งกว่าตัวเงินคือ “คน” และ “ความสัมพันธ์เชิงเครือข่าย” ซึ่งถือเป็นหัวใจของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ

บุคลากร สข. ต้นทุนด้านเวลาและการจัดการกระบวนการ

แม้ สข. จะไม่ได้ลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่โดยตรง แต่เวลาและการทำงาน (Man-day) ของบุคลากร สข. ที่เกี่ยวข้องถือเป็นต้นทุนหลักที่สำคัญ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การออกแบบกระบวนการ การพัฒนาเครื่องมือและองค์ความรู้ การลงพื้นที่เพื่อพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยง การเป็นที่ปรึกษา และการติดตามสนับสนุนกระบวนการ ต้นทุนในส่วนนี้มักถูกมองข้ามไปในการคำนวณงบประมาณโครงการ แต่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาทิศทางและคุณภาพของการดำเนินงาน

กลไกพี่เลี้ยงระดับจังหวัด: พันเพื่องหลักในการขับเคลื่อน

กลไกพี่เลี้ยงระดับจังหวัด หรือแกนนำสมัชชาสุขภาพจังหวัด ถือเป็น “ต้นทุนมนุษย์” ที่สำคัญที่สุดในกระบวนการ คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรจาก สสจ. ภาคประชาสังคม หรือสถาบันการศึกษาในพื้นที่ ที่มีความเข้าใจในบริบทและมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง การลงทุนของคนกลุ่มนี้ประกอบด้วย:

- 1) **เวลาและความทุ่มเท:** พี่เลี้ยงต้องสละเวลาจำนวนมากในการลงพื้นที่เพื่อประสานงาน จัดกระบวนการ และให้คำปรึกษาแก่ชุมชน ซึ่งมักจะต้องลงพื้นที่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อ 1 ธรรมนูญ โดยที่หลายครั้งไม่ได้รับค่าตอบแทนโดยตรง
- 2) **องค์ความรู้และทักษะ:** พี่เลี้ยงทำหน้าที่เป็น "ครู ก" หรือวิทยากรกระบวนการ ถ่ายทอดหลักการและขั้นตอนการทำธรรมนูญให้กับแกนนำในระดับตำบล ซึ่งต้องอาศัยทักษะการสื่อสาร การจัดการกระบวนการ และความเข้าใจในเครื่องมือเป็นอย่างดี

- 3) **ทรัพยากรส่วนตัว:** ในหลายกรณี พี่เลี้ยงต้องใช้ทรัพยากรส่วนตัว เช่น ค่าเดินทาง ค่าโทรศัพท์ หรือ แม้แต่งบประมาณของหน่วยงานตนเองในการสนับสนุนการทำงานเบื้องต้น

อาจกล่าวได้ว่า หากขาดกลไกพี่เลี้ยงระดับจังหวัดที่มีความเข้มแข็ง การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในระดับตำบลให้เกิดขึ้นจริงจะเป็นไปได้อย่างยากอย่างยิ่ง

แกนนำชุมชนและจิตอาสา: พลังการขับเคลื่อนจากฐานราก

ในระดับพื้นที่ การลงทุนส่วนใหญ่มาจากพลังของแกนนำชุมชนและจิตอาสา เช่น ผู้นำท้องถิ่น (นายก อบท. ปลัด) ผู้อำนวยการ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนทั่วไปที่มีจิตอาสา การลงทุนของคนกลุ่มนี้มีหลากหลายมิติ:

- 1) **เวลาและแรงงาน:** เป็นการลงทุนที่ประเมินมูลค่าได้ยากแต่มีปริมาณมหาศาล ตั้งแต่การเข้าร่วมประชุม การช่วยประสานงาน ไปจนถึงการลงทุนแรงในกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะ อสม. ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นกลไกเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานรัฐกับชาวบ้าน
- 2) **ทุนทางสังคมและเครือข่าย:** แกนนำในพื้นที่ใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวและเครือข่ายที่มีอยู่ในการระดมคนและทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรม
- 3) **ภูมิปัญญาและความรู้ท้องถิ่น:** องค์ความรู้และภูมิปัญญาของคนในชุมชนเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการกำหนดเนื้อหาของธรรมนูญให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตจริง

2.2.1.3 การพัฒนาศักยภาพ: การลงทุนเชิงยุทธศาสตร์เพื่อความยั่งยืน

สข. และภาคีเครือข่ายไม่ได้มองการลงทุนเป็นเพียงการใช้งบประมาณ แต่ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการลงทุนเพื่อ “พัฒนาศักยภาพคน” ซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งสร้างความยั่งยืนในระยะยาว

- 1) **การอบรมพัฒนาพี่เลี้ยง:** สข. มีการลงทุนจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสำหรับแกนนำระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง โดยจัดเป็นหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการที่เข้มข้น (เช่น หลักสูตร 3 วัน) เพื่อสร้างความเข้าใจในหลักคิดและกระบวนการของธรรมนูญอย่างลึกซึ้ง การลงทุนในส่วนนี้เปรียบเสมือนการสร้าง “วิทยากร” ที่สามารถไปขยายผลต่อในพื้นที่ได้
- 2) **การสร้างนักรบพลังนโยบายสาธารณะ (นนส.):** โครงการอบรมนักรบพลังนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (นนส.) เป็นอีกหนึ่งรูปแบบการลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้ที่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรนี้ เช่น ผู้นำชุมชนจากตำบลพระลับและตำบลนิคมสงเคราะห์ ได้กลายเป็นแกนหลักในการกลับไปริเริ่มและขับเคลื่อนธรรมนูญในพื้นที่ของตนเอง โดย

ต้นทุนการอบรมต่อคนอาจสูงถึงประมาณ 30,000 - 55,000 บาท ซึ่งเป็นการลงทุนที่สร้างผลตอบแทนสูงในแง่ของการสร้างผู้นำที่มีศักยภาพไปประดมทรัพยากรและขับเคลื่อนงานต่อได้เอง

- 3) **การพัฒนาเครื่องมือและองค์ความรู้:** สช. ลงทุนในการพัฒนาคู่มือ เอกสารวิชาการ และเครื่องมือต่างๆ เช่น รูปแบบบันไดงู เพื่อให้กระบวนการจัดทำธรรมนูญง่ายขึ้นและเป็นระบบ ซึ่งช่วยลดต้นทุนในการ "ลองผิดลองถูก" ของพื้นที่ และทำให้พื้นที่สามารถนำไปปรับใช้ได้สะดวกขึ้น

ต้นทุนและทรัพยากรในฐานะภาพสะท้อนของการบูรณาการ

สรุปได้ว่า ต้นทุนและทรัพยากรในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นภาพสะท้อนของกระบวนการทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การลงทุนไม่ได้มาจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง แต่เป็นการผสมผสานทรัพยากรจาก สช. หน่วยงานภาคี และที่สำคัญที่สุดคือจากตัวชุมชนเอง งบประมาณจำนวนไม่มากจากส่วนกลางทำหน้าที่เพียงเป็นตัวกระตุ้นและอำนวยความสะดวกในระยะเริ่มต้น แต่พลังขับเคลื่อนหลักมาจากต้นทุนที่ไม่ใช่ตัวเงิน อันได้แก่ เวลา ความรู้ ความทุ่มเท และเครือข่ายทางสังคมของคนในพื้นที่ ตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงระดับหมู่บ้าน

โมเดลการลงทุนลักษณะนี้มีข้อดีคือสร้างความเป็นเจ้าของที่สูงและสามารถขับเคลื่อนงานไปได้ในวงกว้างด้วยงบประมาณที่จำกัด อย่างไรก็ตาม ก็มีความท้าทายในเรื่องความยั่งยืน โดยเฉพาะการพึ่งพิงผู้นำและจิตอาสาเป็นหลัก ดังนั้น การทำความเข้าใจโครงสร้างต้นทุนที่ซับซ้อนนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการออกแบบนโยบายและกลไกการสนับสนุนที่จะช่วยให้การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

2.2.2 การประเมินผลลัพธ์และตัวชี้วัด (Proxies) ในมิติต่างๆ

จากการสังเคราะห์และประมวลข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ของการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถวิเคราะห์และจำแนกผลลัพธ์ (The "R" in SROI: Return) ที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งนำเสนอแนวทางการกำหนดตัวชี้วัดทางการเงิน (Financial Proxies) เพื่อแปลงคุณค่าทางสังคมให้เป็นมูลค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ได้อย่างเป็นระบบ โดยสามารถแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 4 มิติหลัก ดังนี้

กรอบแนวคิดและความท้าทายในการประเมินผลตอบแทนจากธรรมนูญสุขภาพ

การประเมินผลตอบแทนที่เกิดจากการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่นับเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนอย่างยิ่ง เนื่องจากผลลัพธ์ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นผลกระทบทางสังคม (Social Impact) และสุขภาวะซึ่งเป็นนามธรรมและเกิดขึ้นในระยะยาว ทำให้การวัดผลและการแปลงให้เป็นมูลค่าทางการเงินทำได้ยาก การวิจัยนี้จึงได้พัฒนารอบการประเมินโดยแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 4 มิติสำคัญ ได้แก่ 1) มิติด้านคนและสังคม 2) มิติด้านสุขภาพ 3) มิติด้านเศรษฐกิจ และ 4) มิติด้านสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ความท้าทายหลักที่พบจากการสัมภาษณ์คือการขาดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ก่อนเริ่มโครงการ ทำให้การเปรียบเทียบการ

เปลี่ยนแปลงทำได้ลำบาก และการพิสูจน์ความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุ (Causality) ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากธรรมณานุสสุภาพแต่เพียงอย่างเดียวนั้นเป็นเรื่องที่ทำหายอย่างยิ่ง เนื่องจากมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องจำนวนมาก ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์ท่านหนึ่งกล่าวว่า แม้จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการลดใช้สารเคมีกับสุขภาพที่ดีขึ้น แต่บุคลากรทางการแพทย์มักลังเลที่จะยืนยันผลกระทบโดยตรงหากไม่มีงานวิจัยรองรับที่ชัดเจน โดยระบุว่า "เวลาไปถามหมอถามอะไร คำจะไม่ค่อยมีความมั่นใจ ก็กลัวว่าถ้าเป็นความคิดเห็น คำเอา...ข้อมูลอะไรมาประกอบ...คำก็จะ ไม่กล้าฟันธง" ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการกำหนดตัวชี้วัดที่สมเหตุสมผลและสามารถเก็บข้อมูลได้จริง แม้จะไม่สามารถพิสูจน์เชิงสาเหตุได้สมบูรณ์ก็ตาม

2.2.2.1 มิติด้านคนและสังคม (Human and Social Dimension)

ผลลัพธ์ในมิตินี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ชุมชน และโครงสร้างทางสังคม ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน สามารถประเมินผลลัพธ์และกำหนดตัวชี้วัดได้ดังนี้

1) การพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติ (Knowledge Skills and Attitude) ผลลัพธ์ที่สำคัญประการแรกคือ การที่แกนนำและคนในชุมชนมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปในเชิงบวก สามารถจัดการปัญหาสุขภาพและสังคมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกกลุ่มเป้าหมายในระดับเดียวกัน โดยต้องมีการจำแนกกลุ่มผู้รับผลประโยชน์ เช่น กลุ่มผู้นำ อสม. หรือชาวบ้านทั่วไป เนื่องจากแต่ละกลุ่มมีฐานความรู้และการรับรู้ที่ไม่เท่ากัน

ตัวชี้วัด (Proxy):

- **มูลค่าจากการเทียบเคียงค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม (Training Cost Proxy):** ประเมินจากค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมหลักสูตรอบรมที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกัน เช่น คอร์สการเป็นวิทยากร หรือการทำเกษตรอินทรีย์ โดยอาจคำนวณจากจำนวนผู้เข้าร่วม คูณกับค่าคอร์สที่เทียบเคียง

- **มูลค่าจากการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (Benefit Realization Proxy):** ประเมินจากรายได้ที่เพิ่มขึ้นหรือรายจ่ายที่ลดลงจากการนำทักษะไปปฏิบัติจริง เช่น การนำความรู้เรื่องการตอนกิ่งไปสร้างรายได้เสริม หรือการทำปุ๋ยหมักใช้เองเพื่อลดค่าใช้จ่าย

- **มูลค่าจากการเป็นวิทยากรหรือผู้ถ่ายทอดความรู้:** เมื่อแกนนำมีความรู้ความชำนาญมากขึ้น สามารถไปเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ให้พื้นที่อื่น มูลค่าส่วนนี้สามารถคำนวณจากค่าตอบแทนวิทยากรตามมาตรฐาน โดยนับจากจำนวนครั้งที่ไปบรรยายและระยะเวลาที่ใช้

2) การผลักดันนโยบายและแผนงานท้องถิ่น (Policy Adoption) ธรรมณานุสสุภาพที่ประสบความสำเร็จมักถูกนำไปบรรจุไว้ในแผนงาน โครงการ หรือข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความยั่งยืนและการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อสังเกตที่สำคัญว่า การถูกบรรจุอยู่ใน "แผนพัฒนา" เพียงอย่างเดียวไม่ได้รับประกันว่าจะเกิดการปฏิบัติจริง ความยั่งยืนที่แท้จริงจะเกิดขึ้นเมื่อถูกยกระดับไปสู่ "เทศบัญญัติ" หรือ "ข้อบัญญัติ" ซึ่งมีผลผูกพันทางกฎหมายและนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณ

ตัวชี้วัด (Proxy):

◦ **มูลค่างบประมาณที่เกิดขึ้นจริง (Actual Budget Allocation Proxy):** ประเมินจากจำนวนงบประมาณที่ อปท. หรือหน่วยงานภาคีจัดสรรให้กับโครงการหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการผลักดันของธรรมนูญ ซึ่งสะท้อนถึงการนำไปสู่การปฏิบัติจริง

3) การเป็นพื้นที่ต้นแบบและแหล่งเรียนรู้ (Learning Center and Model Site) หลายพื้นที่ที่ขับเคลื่อนธรรมนูญได้สำเร็จได้กลายเป็นพื้นที่ต้นแบบให้ชุมชนอื่นเข้ามาศึกษาดูงาน ซึ่งก่อให้เกิดมูลค่าทั้งทางตรงและทางอ้อม

ตัวชี้วัด (Proxy):

◦ **รายได้จากการศึกษาดูงาน (Study Visit Income Proxy):** ประเมินจากรายได้ที่ชุมชนได้รับโดยตรง เช่น ค่าอาหาร ค่าของที่ระลึก หรือผลิตภัณฑ์ชุมชนที่จำหน่ายให้กับผู้มาดูงาน

◦ **มูลค่าจากการประหยัดค่าใช้จ่ายของพื้นที่อื่น (Cost-Saving for Others Proxy):** การเป็นแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่ใกล้เคียงช่วยให้ชุมชนอื่นประหยัดค่าเดินทางและเวลาในการไปศึกษาดูงานในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งสามารถคำนวณเป็นมูลค่าได้

4) การทำงานจิตอาสาและการมีส่วนร่วมทางสังคม (Volunteerism and Social Participation) ธรรมนูญสุขภาพช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำงานของจิตอาสาและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการลงทุนของจิตอาสาไม่ได้มีเพียงแค่แรงงาน แต่ยังรวมถึงภูมิปัญญาและเงินบริจาคด้วย

ตัวชี้วัด (Proxy):

◦ **มูลค่าเวลาของจิตอาสา (Volunteer Time Value Proxy):** คำนวณจากจำนวนชั่วโมงการทำงานของจิตอาสาทั้งหมดคูณกับอัตราค่าจ้างขั้นต่ำของพื้นที่

◦ **มูลค่าจากทักษะเฉพาะทางและทรัพยากรอื่น ๆ (Specialized Skills and Other Resources Proxy):** การประเมินควรคำนึงถึงทักษะเฉพาะทาง (ภูมิปัญญา) ของจิตอาสา เช่น ช่างฝีมือ ซึ่งมีมูลค่าสูงกว่าค่าแรงขั้นต่ำ รวมถึงมูลค่าของเงินหรือสิ่งของที่ได้รับการบริจาค

◦ **ระดับการมีส่วนร่วม (Level of Participation):** ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่าไม่ควรนับแค่จำนวนคน แต่ควรพิจารณา "ระดับ" ของการมีส่วนร่วมด้วย ตั้งแต่การรับฟัง การร่วมวางแผน การร่วมตัดสินใจ ไปจนถึงการลงมือปฏิบัติ ซึ่งแต่ละระดับมีคุณค่าที่แตกต่างกัน

5) การสร้างเครือข่ายและความสัมพันธ์ในชุมชน ผลลัพธ์ที่สำคัญอีกประการคือการเกิดเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งขึ้น และความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชนมากขึ้น

ตัวชี้วัด (Proxy):

◦ **มูลค่าของเครือข่ายที่เกิดขึ้นใหม่:** ประเมินจากจำนวนเครือข่ายหรือภาคีใหม่ๆ ที่เข้ามาร่วมทำงานหลังจากมีธรรมนูญ ซึ่งสะท้อนถึงทุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น

2.2.2.2 มิติด้านสุขภาพ (Health Dimension)

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายหลักของธรรมนูญจำนวนมาก แต่ก็เป็มิติที่วัดผลกระทบได้ยากและต้องใช้เวลายาวนานที่สุด

1) การลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หลายพื้นที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน

ตัวชี้วัด (Proxy):

- การลดการบริโภคเค็ม: จากกรณีศึกษาในพื้นที่นาร่อง พบว่าการใช้ "เครื่องวัดความเค็ม" เป็นเครื่องมือที่สร้างความตระหนักรู้และติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เช่น กลุ่มเสี่ยงลดลง และความดันโลหิตลดลง มูลค่าสามารถประเมินได้จากปริมาณการซื้อเครื่องปรุงรสเค็ม (เช่น น้ำปลา เกลือ ปลา-ร้า) ที่ลดลงในระดับครัวเรือน

- การลดการบริโภคหวานและมัน: การประเมินทำได้ยากกว่าความเค็ม แต่สามารถประเมินจากค่าใช้จ่ายในการซื้อน้ำตาล หรืออาหารทอดและปิ้งย่างที่ลดลงได้

- ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes Proxy): การเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางสุขภาพ เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด หรือดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ดีขึ้น ข้อมูลเหล่านี้สามารถเชื่อมโยงไปสู่การลดค่ารักษาพยาบาลในระยะยาวได้ และเป็นข้อมูลที่สามารถตรวจสอบย้อนหลังได้จากฐานข้อมูลของ รพ.สต.

- การเพิ่มการออกกำลังกาย: มูลค่าเกิดจากการที่สุขภาพดีขึ้น ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มโอกาสในการสร้างรายได้เนื่องจากร่างกายแข็งแรง

2) การลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีเกษตร ประเด็นนี้มีความเชื่อมโยงอย่างซับซ้อนกับโรค NCDs โดยเฉพาะโรคไตและมะเร็ง แต่การพิสูจน์เชิงสาเหตุทำได้ยากมากเนื่องจากขาดงานวิจัยรองรับ

ตัวชี้วัด (Proxy):

- การลดค่ารักษาพยาบาลจากอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง (Medical Cost Reduction Proxy): ประเมินจากค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารเคมี เช่น แผลเรื้อรังที่รักษายากกว่าปกติ หรือโรคผิวหนัง ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่มักสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงได้

- ข้อจำกัดเชิงข้อมูล: ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านชี้ให้เห็นถึงปัญหาใหญ่คือ การที่หน่วยงานภาครัฐไม่ได้มีการเก็บข้อมูลการใช้สารเคมี และระบบการวินิจฉัยโรคไม่ได้เชื่อมโยงกับการสัมผัสสารเคมีอย่างเป็นทางการ ทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบและพิสูจน์ผลกระทบ

3) การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (Maternal and Child Health) กรณีศึกษาจากจังหวัดยโสธร แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนในประเด็นนี้

ตัวชี้วัด (Proxy):

- ตัวชี้วัดบริการสุขภาพ: อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน

- ตัวชี้วัดพัฒนาการเด็ก: คะแนนพัฒนาการทางสติปัญญาและอารมณ์ (IQ/EQ) ที่ดีขึ้น

- การลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Junk Food Reduction Proxy): มูลค่าที่ประหยัดได้จากการลดการซื้อน้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยวของเด็กและแม่ตั้งครรภ์

4) การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Increased Access to Healthcare) ธรรมนูญบางประเด็นนำไปสู่การพัฒนากลไกที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการคัดกรองและรักษาได้สะดวกขึ้น โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการเชิงรุก

ตัวชี้วัด (Proxy):

- อัตราการเข้ารับบริการคัดกรอง (Screening Service Utilization Rate Proxy):

จำนวนหรือสัดส่วนของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองโรค NCDs เพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนถึง ความตระหนักรู้และการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น

2.2.2.3 มิติด้านเศรษฐกิจ (Economic Dimension)

มิตินี้เป็นการรวบรวมผลลัพธ์ที่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้ค่อนข้างตรงไปตรงมา ซึ่งสะท้อนความคุ้มค่าของการลงทุนได้อย่างเป็นรูปธรรม

3.1 การลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้ในครัวเรือน (Household Expense Reduction and Income Generation)

• ตัวชี้วัด (Proxy):

- มูลค่ารายจ่ายที่ลดลง: คำนวณจากเงินที่ประหยัดได้จากการลดการซื้อปัจจัยการผลิตที่ไม่ยั่งยืน (เช่น ปุ๋ยเคมี) หรือสินค้าที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ และอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ

- มูลค่ารายได้ที่เพิ่มขึ้น: ประเมินจากรายได้ส่วนเพิ่มที่เกิดจากกิจกรรมที่ธรรมนูญส่งเสริม เช่น การขายผลผลิตอินทรีย์ และการขายขยะรีไซเคิล

- มูลค่าจากการลดหนี้สินและการเพิ่มการออม: เมื่อรายจ่ายลดลงและรายได้เพิ่มขึ้น ครัวเรือนอาจมีศักยภาพในการลดหนี้สินและเพิ่มการออมได้

3.2 การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Healthcare Cost Saving) เป็นผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจที่สำคัญที่สุด ซึ่งครอบคลุมทั้งในระดับบุคคลและระดับภาครัฐ

• ตัวชี้วัด (Proxy):

- ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคลที่ลดลง (Out-of-Pocket Expenditure Reduction Proxy): คำนวณจากค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและญาติประหยัดได้ เช่น ค่ายานอกบัญชี ค่าเดินทาง ค่าอาหารระหว่างไปโรงพยาบาล และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องซื้อเอง เช่น แพนเพิร์ส

- มูลค่าจากการไม่สูญเสียโอกาสในการทำงาน (Opportunity Cost Saving Proxy): คำนวณจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องหยุดงานเพื่อไปรักษาพยาบาล คูณกับอัตราค่าจ้าง

◦ **ค่าใช้จ่ายภาครัฐที่ลดลง (Government Expenditure Reduction Proxy):** ประเมินจากต้นทุนของรัฐในการรักษาโรค NCDs และภาวะแทรกซ้อนที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การฟอกไต ซึ่งมีต้นทุนสูงมากและส่งผลกระทบต่อระบบงบประมาณสาธารณสุขโดยรวม ข้อมูลส่วนนี้สามารถอ้างอิงจากฐานข้อมูลของ รพ.สต. หรือ สปสช. ได้

4. มิติด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Dimension)

ผลลัพธ์ในมิตินี้เชื่อมโยงโดยตรงกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของคนในชุมชน

1) การจัดการขยะและทรัพยากร (Waste and Resource Management) พื้นที่ตำบลพระลับ จังหวัดขอนแก่น เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการจัดการขยะที่สร้างผลตอบแทนหลายมิติ

ตัวชี้วัด (Proxy):

◦ **การลดต้นทุนกำจัดขยะของ อบท. (Waste Disposal Cost Reduction Proxy):** ประเมินจากค่าใช้จ่ายในการเก็บขนและกำจัดขยะของ อบท. ที่ลดลงตามปริมาณขยะที่ลดลงจากต้นทาง

◦ **รายได้จากการจัดการขยะ (Income from Waste Proxy):** มูลค่าที่เกิดจากการขายขยะรีไซเคิล หรือการนำขยะอินทรีย์ไปทำปุ๋ยเพื่อขายหรือใช้เอง ซึ่งช่วยลดรายจ่าย ผู้ให้สัมภาษณ์ตั้งข้อสังเกตว่ารายได้ส่วนนี้มักจะเข้า "กองทุนขยะ" ของชุมชนมากกว่าจะเป็นรายได้โดยตรงของ อบท. เนื่องจากอาจผิดระเบียบ

2) การเพิ่มพื้นที่สีเขียวและการลดมลพิษทางอากาศ (Green Space Expansion and Air Pollution Reduction)

ตัวชี้วัด (Proxy):

◦ **มูลค่าจากผลิตภัณฑ์จากป่า (Forest Product Value Proxy):** ในพื้นที่ที่มีป่าชุมชนสามารถประเมินมูลค่าจากของป่าที่ชาวบ้านเก็บหาได้ เช่น เห็ด หรือพืชสมุนไพร

◦ **การลดการเผาและ PM2.5 (Burning and PM2.5 Reduction Proxy):** การลดการเผาในพื้นที่เกษตรส่งผลโดยตรงต่อการลดฝุ่น PM2.5 ซึ่งสามารถประเมินผลตอบแทนได้จากค่ารักษาพยาบาลโรคระบบทางเดินหายใจที่ลดลง และการลดค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย หรือเครื่องฟอกอากาศ

◦ **มูลค่าคาร์บอนเครดิต (Carbon Credit Proxy):** การเพิ่มพื้นที่ป่าสามารถประเมินเป็นมูลค่าคาร์บอนเครดิตได้ แต่เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีต้นทุนในการประเมินสูง อาจไม่เหมาะสมกับทุกพื้นที่

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในธรรมนุญสุขภาพพื้นที่ต้องอาศัยการมองอย่างรอบด้านและบูรณาการในทุกมิติ การกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมและสามารถเก็บข้อมูลได้จริงเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการ แม้จะมีความท้าทายในการแปลงคุณค่าทางสังคมและสุขภาพให้เป็นตัวเลขทางการเงิน แต่การ

พยายามประเมินผลลัพธ์เหล่านี้จะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าที่แท้จริงและความคุ้มค่าของการลงทุนในการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนผ่านกระบวนการธรรมนูญสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.2.3 ความท้าทายและปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

จากการสังเคราะห์และประมวลข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถวิเคราะห์ถึงความท้าทายและปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของกระบวนการดังกล่าวได้อย่างรอบด้าน โดยพบว่าความสำเร็จในระยะยาวของธรรมนูญสุขภาพไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการที่ต้องเผชิญและก้าวข้ามอุปสรรคเชิงโครงสร้างหลายประการ ตั้งแต่ปัญหาด้านข้อมูล การพิสูจน์ผลลัพธ์ ไปจนถึงการสร้างกลไกที่สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้นำหรือสิ้นสุดงบประมาณสนับสนุนจากภายนอก ดังนั้น การทำความเข้าใจประเด็นเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการออกแบบนโยบายและกลไกการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพในอนาคต

ความท้าทายหลักในการขับเคลื่อนและประเมินผลธรรมนูญสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถจำแนกความท้าทายที่สำคัญออกเป็น 3 ประการหลัก ซึ่งแต่ละประการมีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบซึ่งกันและกันอย่างมีนัยสำคัญ

1. ความท้าทายด้านข้อมูลและการพิสูจน์ผลลัพธ์ (The Challenge of Data and Proof)

อุปสรรคประการแรกและเป็นปัญหาที่ถูกกล่าวถึงบ่อยครั้งที่สุด คือความยากลำบากในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิสูจน์ความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุระหว่างการมีอยู่ของธรรมนูญสุขภาพกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในมิติด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การขาดข้อมูลพื้นฐาน (Lack of Baseline Data): อุปสรรคสำคัญในการประเมินการเปลี่ยนแปลงคือการไม่มีข้อมูลพื้นฐานที่ชัดเจนก่อนเริ่มดำเนินโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเคมีเกษตรในระดับพื้นที่ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐ เช่น หน่วยงานด้านการเกษตร ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ทำให้เมื่อชุมชนริเริ่มโครงการลดการใช้สารเคมี จึงไม่สามารถเปรียบเทียบได้อย่างชัดเจนว่าปริมาณการใช้ลดลงจริงหรือไม่และมากน้อยเพียงใด เช่นเดียวกันกับข้อมูลด้านสุขภาพ แม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะมีระบบฐานข้อมูลอยู่ แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่มีการบันทึกข้อมูลบางประเภทอย่างสม่ำเสมอ หรือข้อมูลที่มีอยู่อาจเป็นข้อมูลภาพรวมของทั้งตำบล ซึ่งไม่สามารถแยกแยะผลกระทบที่เกิดจากธรรมนูญ โดยเฉพาะได้

ความยากในการพิสูจน์ความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุ (Difficulty in Proving Causality): การยืนยันว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ลดลง เป็นผลโดยตรงมาจากการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ถือเป็นเรื่องที่ทำหายอย่างยิ่ง เนื่องจากโรค NCDs เป็นผลจากปัจจัยที่ซับซ้อนและใช้เวลานานในการแสดงอาการ ผู้ทรงคุณวุฒิสายสาธารณสุขได้ให้ข้อสังเกตว่า บุคลากรทาง

การแพทย์มักจะมีพลังที่จะยืนยันหรือ "พิสูจน์" ถึงความเชื่อมโยงดังกล่าว หากไม่มีงานวิจัยทางคลินิกที่หนักแน่นมารองรับ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเคมีเกษตรกับโรคเนื้องอกหรือโรคไต แม้ในระดับปฏิบัติงานของ รพ.สต. จะสังเกตเห็นความสัมพันธ์ เช่น ผู้ป่วยที่ใช้สารเคมีมีแผลเรื้อรังที่รักษายากกว่าปกติ แต่ในเชิงระบบกลับไม่มีการชักประวัติหรือวินิจฉัยโรคที่เชื่อมโยงกับการสัมผัสสารเคมีอย่างเป็นทางการ ทำให้การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันผลกระทบของธรรมนูญทำได้จำกัด

การวัดผลลัพธ์ที่เป็นนามธรรม (Measuring Intangible Outcomes): ผลลัพธ์ทางสังคมหลายประการที่เกิดขึ้นจากธรรมนูญสุขภาพเป็นสิ่งที่เป็นามธรรมและวัดเป็นตัวเงินได้ยาก เช่น "ครอบครัวอบอุ่น" หรือ "ความสุขที่เพิ่มขึ้น" การนิยามและการหาตัวชี้วัด (Proxy) ที่เหมาะสมสำหรับผลลัพธ์เหล่านี้จึงเป็นความท้าทายสำคัญในการประเมิน SROI ซึ่งต้องอาศัยการตีความและการให้คุณค่าที่อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท

2. ความท้าทายด้านการนำไปสู่การปฏิบัติและความต่อเนื่อง (The Challenge of Implementation and Continuity)

แม้จะมีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพแล้ว แต่การนำข้อตกลงไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ

ช่องว่างระหว่างแผนและการปฏิบัติ: มีข้อสังเกตว่าการที่ธรรมนูญถูกบรรจุเข้าไปใน "แผนพัฒนาท้องถิ่น" เพียงอย่างเดียว ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะเกิดการปฏิบัติจริง เนื่องจากแผนจำนวนมากอาจไม่ได้ถูกนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณหรือการดำเนินโครงการที่เป็นรูปธรรม ความยั่งยืนที่แท้จริงจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อธรรมนูญถูกยกระดับไปสู่ "ข้อบัญญัติ" หรือ "เทศบัญญัติ" ซึ่งมีผลในทางปฏิบัติและมีสถานะเป็นกฎหมายของท้องถิ่น

การขับเคลื่อนแบบกิจกรรมเฉพาะกิจ (Project-Based vs. Process-Based): การขับเคลื่อนธรรมนูญในหลายพื้นที่ยังมีลักษณะเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น ประชุมหนึ่งครั้งแล้วจบไป ซึ่งไม่เพียงพอที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการที่ต่อเนื่อง การติดตามกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ และการทำงานอย่างจริงจังของกลไกในพื้นที่ หากขาดความต่อเนื่อง การดำเนินงานก็อาจหยุดชะงักและไม่เกิดผลกระทบที่ชัดเจนพอที่จะวัดผลได้

3. ความท้าทายด้านการพึ่งพิงตัวบุคคลและโครงสร้างการสนับสนุน (The Challenge of Dependency and Support Structure)

ความสำเร็จและความต่อเนื่องของธรรมนูญสุขภาพในหลายพื้นที่มักผูกติดอยู่กับตัวบุคคลและโครงสร้างการสนับสนุนที่ยังไม่ยั่งยืน

การพึ่งพิงผู้นำที่เข้มแข็ง: ความสำเร็จในการขับเคลื่อนธรรมนูญมักขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งและความมุ่งมั่นของผู้นำไม่กี่คนในพื้นที่ เช่น นายก อบต. ปลัด หรือผู้อำนวยการ รพ.สต. ปรากฏการณ์นี้สร้างความ

เพราะบางอย่างยิ่ง เพราะหากผู้นำเหล่านี้ย้ายออกจากพื้นที่หรือหมดวาระทางการเมืองไป โครงการธรรมนูญก็อาจจะหยุดชะงักหรือสิ้นสุดลงได้

ภาระงานของจิตอาสาและกลไกพี่เลี้ยง: กระบวนการธรรมนูญพึงพิงพลังของจิตอาสา โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลไกพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเป็นอย่างมาก คนกลุ่มนี้ต้องสละเวลาและทรัพยากรส่วนตัวในการขับเคลื่อนงาน ซึ่งการทำงานที่เพิ่มขึ้นโดยไม่มีค่าตอบแทนหรือสวัสดิการที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟและทำให้การขับเคลื่อนงานในระยะยาวเป็นไปได้ยาก

การขาดการรับรู้ในวงกว้าง: แม้จะมีการขับเคลื่อนมาระยะหนึ่ง แต่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพหรือสมัชชาสุขภาพยังคงจำกัดอยู่ในวงของแกนนำหรือผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ชาวบ้านโดยทั่วไปอาจยังไม่รู้จักหรือไม่เข้าใจกระบวนการเหล่านี้มากนัก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันของคนทั้งชุมชน

ปัจจัยสู่ความยั่งยืนของธรรมนูญสุขภาพ

แม้จะมีความท้าทายหลายประการ แต่จากการสัมภาษณ์ก็ได้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญและแนวทางที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในระยะยาวได้เช่นกัน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การบูรณาการเข้ากับระบบงานและนโยบายที่เป็นทางการ (Integration into Formal Systems)

ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างความยั่งยืนคือ การผลักดันให้ธรรมนูญสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงโครงการที่แยกส่วนออกมา แต่ต้องถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของ "ระบบงานปกติ" (Routine Work) ของหน่วยงานในพื้นที่

การยกระดับข้อบัญญัติท้องถิ่น: ดังที่กล่าวไปข้างต้น การบรรจุธรรมนูญไว้ในข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติของ อบต. ถือเป็นหลักประกันความยั่งยืนที่ดีที่สุด เพราะทำให้ข้อตกลงนั้นมีสถานะเป็นกติกายของท้องถิ่นที่ต้องปฏิบัติตาม และเป็นกรอบในการจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าผู้บริหารจะเปลี่ยนไปกี่คนก็ตาม

การฝังตัวในกระบวนการทำงาน (Embedding in the Process): แนวทางที่ยั่งยืนคือการทำให้หลักการและกิจกรรมของธรรมนูญกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการทำงานปกติ เช่น การนำกระบวนการรับฟังความคิดเห็นไปใช้ในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (กปท.) หรือการที่โรงเรียนนำประเด็นในธรรมนูญไปบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอน การฝังตัวในลักษณะนี้จะทำให้ธรรมนูญมีชีวิตและถูกขับเคลื่อนไปข้างหน้าผ่านกลไกที่มีอยู่แล้วโดยธรรมชาติ

2. การสร้างทุนมนุษย์และทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง (Building Human and Social Capital)

การลงทุนที่สำคัญที่สุดไม่ใช่ตัวเงิน แต่คือการลงทุนใน "คน" และ "เครือข่าย"

การสร้างความเป็นเจ้าของร่วม: ความยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อคนในชุมชนรู้สึกเป็น "เจ้าของ" ธรรมนูญร่วมกัน กระบวนการนี้ต้องเน้นการมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ และการลงมือทำ เพื่อให้ธรรมนูญเป็นผลผลิตของคนทั้งชุมชน ไม่ใช่ของนายก อบต. หรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

การสร้าง "DNA" ของการมีส่วนร่วม: แม้ว่าธรรมนูญบางฉบับอาจไม่ประสบความสำเร็จเป็นรูปธรรม แต่กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นระหว่างทางมีความสำคัญอย่างยิ่ง การที่แกนนำและชุมชนได้เรียนรู้ทักษะการทำงานร่วมกัน การวิเคราะห์ปัญหา และการสร้างข้อตกลง จะเป็นการปลูกฝัง "DNA" ของการมีส่วนร่วม ซึ่งจะกลายเป็นทักษะติดตัวที่พวกเขาสามารถนำไปใช้จัดการกับปัญหาอื่น ๆ ในอนาคตได้

บทบาทของกลไกพี่เลี้ยง (Mentorship): กลไกพี่เลี้ยงระดับจังหวัดที่มาจากเครือข่ายสมาชิกสุขภาพจังหวัดถือเป็นฟันเฟืองที่ขาดไม่ได้ในการขับเคลื่อนงาน การลงทุนพัฒนาศักยภาพคนกลุ่มนี้ให้เป็น "ครู ก" ที่สามารถไปขยายผลและสนับสนุนพื้นที่ต่อไปได้ ถือเป็นยุทธศาสตร์การลงทุนที่สร้างผลตอบแทนสูงและนำไปสู่ความยั่งยืน

3.การระดมทรัพยากรและการสนับสนุนที่ยั่งยืน (Sustainable Resource Mobilization and Support)

โมเดลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพไม่ได้พึ่งพิงงบประมาณจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการระดมทรัพยากรจากหลายภาคส่วน

โมเดลการลงทุนแบบ "ลงขัน": สข. ทำหน้าที่ให้ "ทุนจุดประกาย" (Seed Fund) จำนวนไม่มาก เพื่อกระตุ้นให้พื้นที่สามารถไปแสวงหาทุนสมทบจากแหล่งอื่น ๆ เช่น งบประมาณของ อบต. เอง งบ กปท. จาก สปสช. หรือทรัพยากรที่ไม่ใช่ตัวเงิน (In-Kind) จากคนในชุมชน โมเดลนี้ช่วยสร้างความเป็นเจ้าของและทำให้โครงการสามารถขยายผลได้ในวงกว้างด้วยงบประมาณที่จำกัด

การสร้างกลไกสนับสนุนจิตอาสา: เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟของจิตอาสา จำเป็นต้องมีการออกแบบระบบการทำงานที่ยั่งยืน เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและจัดการได้ หรือการจัดหาสวัสดิการบางอย่างเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ เช่น การสนับสนุนค่าอาหารหรือค่าเดินทางเมื่อต้องปฏิบัติงาน

4. การสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และปรับตัว (Fostering a Culture of Learning and Adaptation)

การสร้างวงจรข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback Loop): เพื่อให้ชุมชนเห็นผลลัพธ์จากการกระทำของตนเองและเกิดกำลังใจในการทำต่อ การสร้างวงจรข้อมูลสะท้อนกลับเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การใช้เครื่องวัดความเค็มเพื่อแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคที่ชัดเจน หรือการที่ชาวบ้านเป็นผู้สื่อสารผลกระทบด้วยตนเองผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น Line กลุ่มของชุมชน ซึ่งจะมีพลังมากกว่าการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่

ความท้าทายและความยั่งยืนในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเป็นสองด้านของเหรียญเดียวกัน การจะก้าวไปสู่ความยั่งยืนได้นั้น จำเป็นต้องมีการออกแบบกระบวนการที่สามารถรับมือกับความท้าทายเชิงโครงสร้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ หัวใจสำคัญอยู่ที่การเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการมองธรรมนูญสุขภาพเป็น

เพียง "โครงการ" ที่ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและงบประมาณสนับสนุน ไปสู่การมองว่ามันเป็น "กระบวนการ" และ "เครื่องมือ" ในการสร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมและฝังกลไกการจัดการตนเองของชุมชนลงในระบบงานและโครงสร้างของท้องถิ่นอย่างถาวร ความสำเร็จที่แท้จริงไม่ได้วัดกันที่จำนวนธรรมนูญที่ประกาศใช้ แต่วัดจากความสามารถของชุมชนในการนำหลักการและข้อตกลงร่วมไปปรับใช้เพื่อยกระดับสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเป็นอิสระในระยะยาว

3. การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยใช้ทั้งวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะเก็บรวบรวมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น ฐานข้อมูลภาครัฐ บันทึกสถิติของสถานบริการสาธารณสุข และค่า SROI ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับเขตสุขภาพตำบล เช่น ข้าราชการหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และตัวแทนภาคธุรกิจ

การวิจัยนี้ใช้พื้นที่ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ 4 พื้นที่ที่เป็นตัวแทนธรรมนูญที่เกิดขึ้นจากวิธีการสนับสนุนและการก่อเกิดกระบวนการในรูปแบบต่างๆ ในการดำเนินงานพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ 1) ต.นาโพธิ์กลาง อ.โขงเจียม จ.อุบลราชธานี 2) ต.เชียงเพ็ง อ.ป่าดัว จ.ยโสธร 3) ต.พระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น และ 4) ต.นิคมสงเคราะห์ อ.เมือง จ.อุดรธานี โดยมีรายละเอียดการพัฒนาเครื่องมือและทดสอบเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

3.1 เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

1) ตารางวิเคราะห์ต้นทุน (Cost Table) เครื่องมือนี้ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลต้นทุนทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งต้นทุนที่เป็นตัวเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายในการประชุม ค่าเดินทาง ค่าเอกสาร และต้นทุนที่ไม่เป็นตัวเงิน เช่น เวลาที่ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม

2) ตารางวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment : SIA) เครื่องมือนี้ใช้ในการระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า (Inputs) กิจกรรม (Activities) ผลผลิต (Outputs) ผลลัพธ์ (Outcomes) และผลกระทบ (Impacts) ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพ จะช่วยให้สามารถเชื่อมโยงกิจกรรมที่ทำกับผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาวได้อย่างเป็นระบบ

3) ตารางการบันทึกผลกระทบ (Impact Record) เครื่องมือนี้ใช้สำหรับบันทึกและจำแนกผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงจากธรรมนูญสุขภาพ โดยผู้วิจัยจะใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเพื่อระบุว่าใครได้รับผลกระทบอะไรบ้าง และผลกระทบนั้นมีลักษณะเชิงบวกหรือเชิงลบอย่างไร

4) ตารางการตีมูลค่าผลกระทบ (Financial Proxy) เนื่องจากผลกระทบทางสังคมส่วนใหญ่ไม่ใช่ตัวเงินโดยตรง ตารางนี้จึงใช้ในการกำหนดมูลค่าทางการเงินของผลกระทบเหล่านั้น โดยจะระบุดัชนีชี้วัดทาง

การเงิน (Financial Proxy) ที่สามารถเทียบเคียงได้ เช่น มูลค่าของเวลาของการเป็นจิตอาสา การเสียสละเวลา เข้าร่วมกิจกรรม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ลดลง หรือมูลค่าทางเศรษฐกิจจากอาชีพใหม่ที่เกิดขึ้น เป็นต้น

5) ตารางการปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment) เครื่องมือนี้ใช้สำหรับให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้พิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การลดทอน (Deadweight) คือผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นอยู่แล้วโดยไม่ต้องมีโครงการ การหักล้าง (Displacement) คือผลกระทบจากกลุ่มหนึ่งไปอีกรวมกลุ่มหนึ่ง และการสมทบ (Attribution) คือการพิจารณาว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลจากโครงการเพียงอย่างเดียวหรือไม่ มีใครเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องบ้าง

3.2 การทดสอบเครื่องมือก่อนลงพื้นที่จริง

เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและประสิทธิภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบเครื่องมือด้วยบทบาทสมมติ (Role-playing) กับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ โดยจำลองสถานการณ์การเก็บข้อมูลจริงตามที่วางแผนไว้ ซึ่งกระบวนการนี้ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถระบุจุดอ่อนของเครื่องมือ เช่น คำถามที่ไม่ชัดเจน หรือข้อมูลที่ยังขาดหายไป เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนการลงพื้นที่จริงในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3.3 การปรับแก้เครื่องมือในการวิจัยและการนำไปใช้จริงในการเก็บข้อมูล

ภายหลังการทดสอบเครื่องมือก่อนลงพื้นที่ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับแก้เครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการปรับปรุงภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามและตารางต่างๆ ให้มีความเข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่วิจัย จากนั้นจึงนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสามารถนำไปคำนวณผลตอบแทนทางสังคมได้อย่างแม่นยำต่อไป

3.4 เครื่องมือ SROI สำหรับธรรมนูญสุขภาพ

ในส่วนนี้อธิบายขั้นตอนการทำ SROI (Social Return on Investment) โดยมีการอธิบายหลักการ วิธีการ และตารางฟอร์มเปล่าที่สามารถนำไปใช้งานได้ทันที เหมาะสำหรับงานประเมินธรรมนูญสุขภาพ

1. การกำหนดขอบเขตและระบุเงินลงทุน (Scoping & Inputs)

หลักการ:

- เป็นขั้นตอนตั้งต้น ต้องตอบว่าเราประเมินเรื่องอะไร เพื่ออะไร และใช้ต้นทุนเท่าไร
- รวมทั้งต้นทุนตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน
- ใช้เป็นตัวหารในการคำนวณ SROI

วิธีการ:

1. กำหนดโครงการ/ธรรมนูญที่จะประเมิน

2. ระบุช่วงเวลา
3. จัดเก็บข้อมูลต้นทุนจากทุกแหล่ง
4. แปลงต้นทุนที่ไม่ใช่เงินให้เป็นค่าเงิน เช่น เวลาอาสาสมัคร x ค่าแรงขั้นต่ำ

ประเภทต้นทุน	คำอธิบาย	จำนวนเงิน (บาท)
...	...	...
...	...	...
...	...	...

2. การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change – ToC / SIA)

หลักการ:

- แสดงให้เห็นว่า Input → Activities → Output → Outcome → Impact เชื่อมโยงกันอย่างไร
- เป็นเหมือนแผนที่เส้นทางการเปลี่ยนแปลงที่ตรวจสอบได้

วิธีการ:

1. ระบุ Input
2. ลิสต์กิจกรรม (Activities)
3. ผลผลิต (Outputs)
4. ผู้ใช้ประโยชน์ (Users)
5. ผลลัพธ์ (Outcomes)
6. ตัวชี้วัด (Indicators)
7. ผลกระทบ (Impact)

Input	Activities	Output	User	Outcome	Indicators	Impact
...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...

3. การวัดผลและตีมูลค่าผลกระทบ (Impact Measurement & Valuation)

หลักการ:

- นำผลลัพธ์จาก ToC มาใส่ตัวชี้วัดและเก็บข้อมูลก่อน-หลังเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง
- ตีมูลค่าการเปลี่ยนแปลงเป็นเงิน โดยใช้ Financial Proxy

วิธีการ:

1. ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)
2. Outcomes และ Indicators
3. เก็บข้อมูลก่อน-หลัง
4. คำนวณผลต่างและตีค่าเงิน

ตาราง Impact Ledger:

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	Outcome	Indicator	จำนวนผู้ได้รับผล	ฐานข้อมูลก่อนเริ่ม	ข้อมูลหลังเริ่ม	การเปลี่ยนแปลง
...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...

ตาราง Financial Proxy:

Outcome	ผลการเปลี่ยนแปลง	วิธีการคำนวณ Proxy	มูลค่าผลประโยชน์ (บาท)
...	...	...	...
...	...	...	...

4. การปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment)

หลักการ:

- ลดผลลัพธ์เกินจริงด้วย Deadweight Attribution Drop-off

วิธีการ:

1. ระบุผลลัพธ์ที่ประเมินค่าแล้ว
2. ประเมินการเปอร์เซ็นต์ Deadweight Attribution Drop-off
3. คำนวณมูลค่าผลประโยชน์สุทธิ

Outcome	มูลค่าผลประโยชน์รวม (บาท)	Deadweight (%)	Attribution (%)	Drop-off (%)	มูลค่าสุทธิ (บาท)
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...

5. การคำนวณอัตราส่วน SROI (SROI Ratio)

หลักการ:

- สูตรมูลค่าผลกระทบสุทธิ ÷ เงินลงทุนรวม
- แสดงค่าอัตราส่วน เช่น 1:3 หมายถึง ลงทุน 1 บาท ได้ผลประโยชน์ทางสังคม 3 บาท

สูตร:

$SROI = \text{มูลค่าผลกระทบสุทธิทั้งหมด} \div \text{เงินลงทุนรวม}$

ทางผู้วิจัยได้นำเครื่องมือข้างต้นมาใช้ในการประเมิน SROI ในพื้นที่กรณีศึกษาทั้ง 4 กรณีฯ

บทที่ 3

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ในพื้นที่กรณีศึกษา

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) เป็นเครื่องมือสำคัญในการสะท้อนให้เห็นถึง “คุณค่า” ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานธรรมาภิบาล โดยมิได้พิจารณาเพียงต้นทุนทางการเงินเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงผลลัพธ์เชิงสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพที่สร้างขึ้นต่อประชาชนและชุมชน กระบวนการประเมินนี้ช่วยให้สามารถมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างการลงทุนกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม พร้อมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการพัฒนาในอนาคต

ในบทนี้จะนำเสนอผลการประเมิน SROI จากพื้นที่กรณีศึกษา 4 แห่ง ซึ่งสะท้อนบริบทการขับเคลื่อนธรรมาภิบาลสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่

- 1) ธรรมาภิบาลสุขภาพตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- 2) ธรรมาภิบาลสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- 3) ธรรมาภิบาลสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร
- 4) ธรรมาภิบาลสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

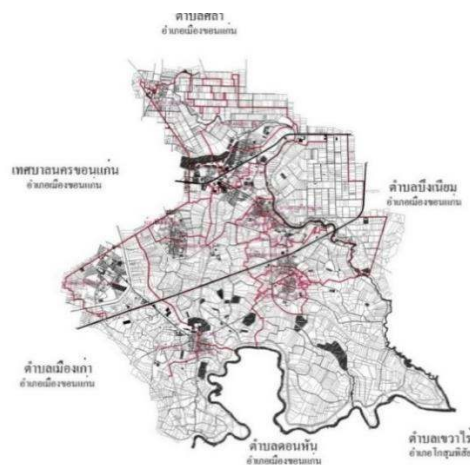
ทั้ง 4 กรณีเป็นตัวแทนที่สะท้อนความหลากหลายของการพัฒนา ทั้งในด้านบริบทพื้นที่ กระบวนการมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การนำเสนอผลการประเมิน SROI จะช่วยให้เห็นถึงความคุ้มค่าและความหมายของธรรมาภิบาลสุขภาพต่อการสร้างสุขภาวะและความเข้มแข็งของชุมชนในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญต่อการขยายผลไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในระดับที่กว้างขึ้นต่อไป

3.1 ผลการประเมินผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) ธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

3.1.1 บทนำและข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่

การประเมินผลกระทบทางสังคมจากธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบทางสังคมและสุขภาพและวัดผลกระทบของผลตอบแทนทางสังคมของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมประกอบด้วย คณะที่วิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนธรรมนูญในระดับพื้นที่ ได้แก่ ผอ.รพสต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม มีประเด็นในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการขับเคลื่อนธรรมนูญในพื้นที่ ประวัติและพัฒนาการธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ ประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment : SIA) รายละเอียดงบประมาณที่ดำเนินโครงการ

ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นตำบลที่มีรากฐานทางประวัติศาสตร์และชุมชนที่ยาวนาน พื้นที่แห่งนี้เดิมเป็นหมู่บ้านดั้งเดิมซึ่งกระจายตัวอยู่รอบลุ่มน้ำพองและใกล้แม่น้ำชี มีทั้งหมด 23 หมู่บ้าน ก่อนที่บางส่วนจะถูกผนวกเข้ามาในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่นเมื่อปี พ.ศ. 2511 และอีกส่วนหนึ่งแยกออกไปตั้งเป็นตำบลบึงเนียมเมื่อปี พ.ศ. 2528 พัฒนาการทางการปกครองดังกล่าวสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของชุมชนที่ค่อย ๆ ปรับตัวให้สอดคล้องกับการขยายตัวของเมือง และในที่สุดองค์การบริหารส่วนตำบลพระลับได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลพระลับเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ทำให้ตำบลมีศักยภาพในการจัดการตนเองมากขึ้นทั้งในด้านการบริหารและการพัฒนา



ภาพที่ 3.1 แผนที่กายภาพตำบลพระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น

พื้นที่ของตำบลพระลับมีขนาดประมาณ 36 ตารางกิโลเมตร หรือราว 22,500 ไร่ ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่ม มีความสูงเฉลี่ยราว 160 เมตรจากระดับน้ำทะเล พื้นที่ทิศใต้ถูกกั้นด้วยแม่น้ำชีและมีลำ

ห้วยหนองน้ำกระจายอยู่ทั่วตำบล จึงเหมาะแก่การเกษตรกรรม พื้นที่ส่วนใหญ่ราวร้อยละ 80 ใช้ประโยชน์เพื่อการเกษตร นอกนั้นเป็นพื้นที่อยู่อาศัยและโครงสร้างพื้นฐานอื่น ๆ สภาพภูมิประเทศที่เปิดกว้างและอยู่นอกเขตป่าสงวนแห่งชาติหรืออุทยานแห่งชาติ ทำให้ตำบลมีความยืดหยุ่นในการวางแผนพัฒนาพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

ภูมิอากาศของตำบลพระลับจัดอยู่ในเขตมรสุมเขตร้อน มี 3 ฤดูชัดเจน ได้แก่ ฤดูร้อนตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม ฤดูฝนตั้งแต่พฤษภาคมถึงตุลาคม และฤดูหนาวตั้งแต่ตุลาคมถึงกุมภาพันธ์ ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยรายปีประมาณ 1,139 มิลลิเมตร โดยเดือนกันยายนมีฝนตกชุกที่สุด ส่วนเดือนมกราคมแทบไม่มีฝนตกเลย อุณหภูมิสูงสุดอยู่ที่ราว 38 องศาเซลเซียสในเดือนเมษายน และต่ำสุดประมาณ 19 องศาเซลเซียสในเดือนธันวาคม อุณหภูมิเฉลี่ยทั้งปีประมาณ 26 องศาเซลเซียส ข้อมูลด้านภูมิอากาศนี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการทำเกษตร โดยเฉพาะการทำนาที่สามารถอาศัยฝนหล่อเลี้ยงได้ในช่วงครึ่งปี และมีระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการเพาะปลูกพืชหลากหลายชนิด

เศรษฐกิจของตำบลพระลับยังคงยึดโยงกับภาคเกษตรเป็นแกนหลัก โดยครัวเรือนส่วนใหญ่ทำการทำนาข้าว ซึ่งเป็นพืชเศรษฐกิจสำคัญของพื้นที่ เนื่องจากมีพื้นที่ลุ่มน้ำและดินค่อนข้างอุดมสมบูรณ์ นอกจากข้าวแล้ว ยังมีการปลูกพืชไร่ เช่น มันสำปะหลังและอ้อย รวมถึงการปลูกพืชผักสวนครัวเพื่อบริโภคและขายในท้องถิ่น การเลี้ยงสัตว์ เช่น โค กระบือ สุกร และสัตว์ปีก เป็นอาชีพเสริมที่เพิ่มรายได้ให้ครัวเรือน อย่างไรก็ตาม การขยายตัวของเมืองขอนแก่นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเชิงเศรษฐกิจมากขึ้น ประชาชนบางส่วนหันไปประกอบอาชีพนอกภาคเกษตร เช่น การค้าขาย ร้านอาหาร การบริการขนาดเล็ก ตลอดจนการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมหรือธุรกิจในเมือง รายได้ของครัวเรือนจึงมีความหลากหลายและไม่ผูกพันอยู่กับภาคเกษตรเพียงด้านเดียว

โครงสร้างพื้นฐานในตำบลพระลับมีความพร้อมในหลายมิติ การคมนาคมสะดวกเพราะมีทางหลวงหมายเลข 209 ผ่านกลางตำบล เชื่อมต่อโดยตรงกับตัวเมืองขอนแก่นภายในเวลาเพียงไม่กี่นาที ถนนสายรองและถนนหมู่บ้านจำนวนมากได้รับการพัฒนาเป็นถนนคอนกรีตและถนนลาดยาง น้ำประปาครอบคลุมแทบทุกครัวเรือน ขณะที่ไฟฟ้าและการสื่อสารโทรคมนาคมเข้าถึงได้ทั่วถึง ประชาชนส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงเพื่อการสื่อสารและการทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้ประกอบการรายย่อยที่เริ่มพึ่งพาช่องทางออนไลน์ในการค้าขาย

การศึกษาของตำบลพระลับมีความก้าวหน้าและเข้าถึงง่าย โรงเรียนประถมและมัธยมต้นกระจายอยู่ในหลายหมู่บ้าน รวมถึงมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ช่วยดูแลการศึกษาปฐมวัย ทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงการศึกษาภาคบังคับได้สะดวกยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ความใกล้ชิดกับมหาวิทยาลัยขอนแก่นและสถาบันการศึกษาในตัวเมืองยังเป็นข้อได้เปรียบสำคัญที่เปิดโอกาสให้เยาวชนในตำบลสามารถศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นได้โดยไม่ต้องย้ายถิ่นฐานไปไกล ส่งผลให้ตำบลมีทรัพยากรบุคคลที่มีการศึกษาและสามารถนำความรู้กลับมาพัฒนาชุมชน

ด้านสาธารณสุข ตำบลพระลับมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานอนามัยที่ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างใกล้ชิด ครอบคลุมการรักษาเบื้องต้น การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ แม้ประชาชนที่เจ็บป่วยรุนแรงจะยังต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นหรือโรงพยาบาลเอกชนในเมือง แต่ความสะดวกด้านการเดินทางทำให้การเข้าถึงบริการไม่เป็นอุปสรรคมากนัก อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่สำคัญคือปัญหาโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะมลพิษทางอากาศและฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ที่เริ่มเป็นปัญหาในภูมิภาค

ในด้านสังคมและวัฒนธรรม ตำบลพระลับยังคงรักษาวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมที่ผูกพันกับชุมชนและศาสนา วัดวาอารามยังคงเป็นศูนย์กลางของการประกอบกิจกรรมทางศาสนาและประเพณีสำคัญ เช่น งานบุญ ประเพณีฮีตสิบสอง คองสิบสี่ ที่สะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมอีสาน ประชาชนยังคงให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่ช่วยค้ำจุนความเข้มแข็งของท้องถิ่น

แม้จะมีศักยภาพหลายด้าน แต่ตำบลพระลับก็เผชิญปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขยายตัวของเมืองที่รุกล้ำพื้นที่เกษตร การใช้สารเคมีทางการเกษตรที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปัญหามลพิษจากฝุ่นละออง รวมถึงการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวที่ทำให้ชุมชนขาดกำลังคนรุ่นใหม่ อย่างไรก็ตาม ตำบลก็มีโอกาสมากมายจากทำเลที่ตั้งที่ติดกับเมืองขอนแก่น การเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัล และการมีสถาบันการศึกษาชั้นนำอยู่ใกล้เคียง สิ่งเหล่านี้สามารถใช้เป็นฐานในการพัฒนาเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ ทั้งด้านเกษตรสมัยใหม่ การค้าขายออนไลน์ การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการพัฒนาทุนมนุษย์ในท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

เมื่อมองโดยภาพรวม ตำบลพระลับจึงเป็นพื้นที่ที่กำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากความเป็นชนบทสู่การเป็นชุมชนกึ่งเมืองที่เชื่อมโยงกับตัวเมืองขอนแก่นอย่างใกล้ชิด จุดแข็งของตำบลอยู่ที่ทรัพยากรธรรมชาติ วิถีชีวิตชุมชนที่เข้มแข็ง และทำเลที่ตั้งซึ่งเอื้อต่อการพัฒนา ขณะที่จุดอ่อนและปัญหาที่ต้องจัดการคือสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม หากสามารถรักษาสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม รวมถึงสร้างโอกาสให้คนรุ่นใหม่กลับมามีส่วนร่วม ตำบลพระลับก็จะสามารถก้าวไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนและมั่นคงได้ในอนาคต

3.1.2 เนื้อหาในธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น โดยสังเขป

"ธรรมนูญคนตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น" ถือเป็น กรอบแนวทางปฏิบัติ ที่สำคัญซึ่งได้ถือกำเนิดขึ้นจากความเชื่อมั่นใน ศักยภาพ ของชุมชนท้องถิ่นในการบริหารจัดการตนเอง เพื่อสร้างสรรค์สังคมที่เข้มแข็งและยั่งยืนอย่างแท้จริง ธรรมนูญฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีเป้าหมายหลักในการส่งเสริม สุขภาวะที่ดีของประชาชนในพื้นที่ 19 หมู่บ้าน ผ่าน การมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพ ซึ่งเทศบาลตำบลพระลับได้มีระบบการจัดทำข้อมูลและแผนงานเพื่อสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมาตั้งแต่ปี 2562

หลักการและเหตุผลสำคัญ ในการจัดทำธรรมนูญฯ มาจากความตระหนักว่าปัญหาด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีต้นตอมาจากพฤติกรรมส่วนบุคคลและปัจจัยหลายด้านที่ผสมผสานกัน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิต ดังนั้น การแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องใช้กลวิธีที่หลากหลายและต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ธรรมนูญฯ จึงเป็น มาตรการทางสังคม ที่เข้ามาเป็นกรอบในการกำหนดกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะ องค์กรรวม ครอบคลุมทั้งการ สร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งทางกาย จิต และสังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่มุ่งเน้น "พระลับปลอดภัยาเสพติดอบายมุข สร้างสุขวิถี 19 พอเพียง คู่เคียงสาธารณสุขมูลฐาน ผลิตภัณฑ์อาหารปลอดภัย ใส่ใจผู้สูงอายุและคุณค่า ฟื้นฟูภูมิปัญญาวัฒนธรรม น้อมนำจิตอาสา ร่วมรักษาสิ่งแวดล้อม พร้อมร่วมพัฒนา"

วัตถุประสงค์ ของธรรมนูญฉบับนี้คือการสร้าง การมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้เกิดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวคิดและนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และนำไปสู่การ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ดังกล่าว นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการสนับสนุนกระบวนการจัดทำธรรมนูญฯ โดยการเสริมพลังการเรียนรู้และการร่วมตัดสินใจทางความคิดจนเกิดการยอมรับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการกองทุนฯ เครือข่ายสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนตำบลพระลับ เป็น ผู้มีส่วนร่วมสำคัญ ในการขับเคลื่อน

สาระสำคัญของธรรมนูญ ครอบคลุมหลายหมวดที่สะท้อนถึงวิถีชีวิตและการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวม เริ่มตั้งแต่หมวดที่ 2 "พระลับปลอดภัยาเสพติดอบายมุข" ซึ่งเน้นการรณรงค์ลด ละ เลิก บุหรี่ สุรา การพนัน และยาเสพติด โดยมีกฎหมายบ้านและมาตรการทางสังคมรองรับ หมวดที่ 3 "สร้างสุขวิถี 19 พอเพียง" สนับสนุนการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อลดค่าใช้จ่าย สร้างวินัยการออม และพัฒนาสู่การพึ่งตนเอง หมวดที่ 4 "คู่เคียงสาธารณสุขมูลฐาน" ส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารมีคุณค่า และการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมวดที่ 5 "ผลิตภัณฑ์อาหารปลอดภัย" ให้ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย ลดการใช้สารเคมีในการผลิต และส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวอินทรีย์ หมวดที่ 6 "ใส่ใจผู้สูงอายุและคุณค่า" ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมการรวมกลุ่มและกิจกรรมสร้างสรรค์ หมวดที่ ๗ "ฟื้นฟูภูมิ

ปัญญาวัฒนธรรม" สนับสนุนการสืบสานและพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน หมวดที่ 8 "น้อมนำจิตอาสา" ส่งเสริมให้ประชาชนมี จิตอาสา บำเพ็ญประโยชน์เพื่อสาธารณะโดยไม่หวังผลตอบแทน หมวดที่ 9 "ร่วมรักษาสืบสาน" เน้นการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ การจัดการขยะ และการลดปัญหามลภาวะ และสุดท้ายคือหมวด "พร้อมร่วมพัฒนา" โดยมี สำนักกรรมนุญคนพระลับ เป็นกลไกหลักในการกำกับดูแลและขับเคลื่อนธรรมนุญนี้ให้เป็นรูปธรรม

กระบวนการจัดทำ ธรรมนุญฯ เน้น การมีส่วนร่วม อย่างแท้จริง ผ่านการจัดทำโครงการประชามเพื่อจัดทำแผนสุขภาพและขับเคลื่อนนโยบายด้านสาธารณสุข เริ่มจากการสำรวจความต้องการของประชาชน กำหนดวิสัยทัศน์ จัดทำร่างธรรมนุญ และจัด เวทีประชาคมทุกหมู่บ้าน เพื่อรับฟังความคิดเห็น ก่อนที่จะมีการลงประชามติในระดับตำบล และจัดพิมพ์เป็นเล่มสมบูรณ์เพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนรับทราบและนำไปปฏิบัติ เทศบาลตำบลพระลับได้ให้การรับรองและประกาศใช้ธรรมนุญนี้ตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม 2562 เป็นต้นไป ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของชุมชนในการสร้างอนาคตสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง

3.1.3 การกำหนดขอบเขตและระบุเงินลงทุน (Scoping & Identifying Inputs)

ขั้นตอนนี้เปรียบเสมือนการตั้งหลักของการประเมินทั้งหมด เราต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าเรากำลังจะประเมิน "อะไร" "เพื่ออะไร" และ "มีต้นทุนเท่าไร" ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็รากฐานสำคัญในการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปทั้งหมด การระบุเงินลงทุนหรือต้นทุนทั้งหมดให้ครบถ้วนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนี่คือตัวหารในการคำนวณค่า SROI ในขั้นตอนสุดท้าย

ข้อมูลทั่วไปของธรรมนุญสุขภาพ

- ชื่อธรรมนุญสุขภาพ: ธรรมนุญสุขภาพพื้นที่ตำบลพระลับ
- พื้นที่ดำเนินการ: เทศบาลตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- ระยะเวลาที่ประเมิน: ตั้งแต่ปี 2562 ถึงปี 2564
- ประเด็นขับเคลื่อนหลัก: การจัดการขยะ ยาเสพติด และผู้สูงอายุ

การระบุเงินลงทุนทั้งหมด (Total Investment)

คือการรวบรวม "ต้นทุน" หรือ "เงินลงทุน" ทั้งหมดที่ใช้ในการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพตลอดระยะเวลาที่ประเมิน ซึ่งประกอบด้วยสองส่วนหลักคือ ส่วนที่เป็นตัวเงิน และส่วนที่ไม่ใช่ตัวเงิน

ตารางที่ 3.3 แสดงเงินลงทุนทั้งหมดจำแนกตามประเภท

ประเภทของเงินลงทุน (Inputs)	คำอธิบาย	จำนวนเงิน (บาท)
1. งบประมาณที่เป็นตัวเงิน (Financial Contributions)		
งบประมาณจาก อปท./ ภาครัฐ	เงินที่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติใน การพัฒนาธรรมนูญสุขภาพตำบล	30,000
งบประมาณจาก สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ	การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ จำนวน 1 คน x 1 ครั้ง x 4,500 บาท (วิทยาลัยการศึกษาตลอดชีวิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564)	4,500
2. ทรัพยากรที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-Financial Contributions)		
เวลาของอาสาสมัคร/ คณะกรรมการ (Volunteer Time) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของ ผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือการยอมรับว่านี่คือ "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อนภาพความพยายามที่แท้จริง ทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) คณะกรรมการยกร่าง 19 คน x 12 ครั้ง x 340 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัด ขอนแก่น ปี 2565)	77,520
เข้าร่วมเวทีประชาคม รับรองธรรมนูญสุขภาพ ตำบล	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของ ผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือการยอมรับว่านี่คือ "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อนภาพความพยายามที่แท้จริง ทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) ประชาชนที่มาร่วมประชาคม 100 คน x 4 ครั้ง x 340 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัด ขอนแก่น ปี 2565)	136,000
ประชุมทบทวน	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของ ผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือการยอมรับว่านี่คือ "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อนภาพความพยายามที่แท้จริง ทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) ประชุมทบทวน 19 คน x 1 ครั้ง x 340 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดขอนแก่น ปี 2565)	6,460
เข้าร่วมเวทีประกาศใช้ ธรรมนูญสุขภาพตำบล	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของ ผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือการยอมรับว่านี่คือ	26,860

	"การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อนภาพความพยายามที่แท้จริงทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) ประกาศใช้ 79 คน x 1 ครั้ง x 340 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดขอนแก่น ปี 2565)	
รวมเงินลงทุนทั้งหมด (Total Investment)		281,340

ขั้นตอนต่อไป ตัวเลข "รวมเงินลงทุนทั้งหมด" นี้ คือตัวหารสำคัญที่จะถูกนำไปใช้ เพื่อคำนวณอัตราส่วน SROI

3.1.4 การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change - ToC)

(ประยุกต์จากเศรษฐภูมิ บัวทอง, เกศกุล สระแก้ว, และบุญฤทธิ์ พานิชเจริญ, 2564)

ถ้าชุมชนพระลับพัฒนาธรรมานุสสุภาพตำบลผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลาย จัดทำข้อตกลงร่วมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และมีกลไกขับเคลื่อนที่เข้มแข็งโดยใช้หลักบรร (บ้าน วัด โรงเรียน) เป็นแกนนำแล้วจะเกิดการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อม และยาเสพติดอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ตารางที่ 3.4 ผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment : SIA) ธรรมนูญตำบลพระลับ

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
ปี 2559-ปัจจุบัน ปี 59 คือบ่งชี้ชัดเจนได้รางวัล	- คนในหมู่บ้านมีขยะ - ประชาชน - คณะทำงาน - เครือข่าย - นโยบายระเบียบข้อบังคับ	โครงการจัดการขยะมูลฝอย (แต่ละบ้านจะมีการจัดการขยะ ถ้าเป็นเศษอาหารจะมีถังขยะเลย) เศษอาหารลงถัง 1-2 เดือนเวียนออกมา ถูพลาสติกย่อยสลายไม่ได้เอาไปขาย กระดาษรองเท้ากระดาษฟอยล์สำหรับทำเชื้อเพลิงให้เกิดไฟปลูกผักใส่กระถางสร้างความเข้าใจให้กับคนในชุมชน	- ชุมชนมีการจัดการขยะ - ชุมชนได้ปุ๋ยหมัก 20 ครั้วเรือน - บางครั้วเรือนมีการปลูกผักขายโดยใช้ปุ๋ยหมักจากขยะ กวตึงได้ 3,000 - 4,000 บาท - ได้มิติชุมชนสังคม	- ชาวบ้าน ประชาชน - เทศบาลได้บริการสาธารณะ	- ขยะที่เทศบาลจัดการมีปริมาณน้อยลง - พื้นที่ในชุมชนสะอาด - เกิดโครงการธนาคารขยะ (ลดการเผา ชุมชนแยกขยะ ครั้วเรือนมีรายได้ 1600 ครอบครัว เรื่องขยะรวบรวมมาส่งเทศบาล ขยะมากน้อยแยกเป็นกิโ ขยะอันตราย แต่ละหมู่บ้านจะมีถังแดงกำจัดปีละครั้ง)	- ปริมาณของขยะที่เทศบาลต้องดำเนินการจาก 24 ต้นต่อเดือนเหลือ 14 ต้น (ก่อนใช้ธรรมนูญแบบมีการจัดการขยะ 24 ต้นต่อเดือน หลังจากดำเนินโครงการเหลือ 13 - 14 ต้น สองล้านต่อปี ตัวเลขไม่ได้ขยับมาก 500 ต่อต้น)	- ปริมาณขยะที่เทศบาลต้องดำเนินการลดลง - พื้นที่สะอาด อากาศดีขึ้น ลดกลิ่นปริมาณมลพิษในอากาศ
ปี 60-ปัจจุบัน	- นโยบายภาครัฐ - คนในชุมชน	- “โครงการหมู่บ้านสีขาว” มีการมอบธง มีการ	- หมู่บ้านปลอดยาเสพติด จำนวนผู้ติดยาลดลง เหลือ	- ประชาชน - ผู้นำชุมชน	- ผู้เสพถูกนำตัวไปบำบัด	- จ ำ น ว น อาชญากรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน	- สังคมสงบสุข - ครอบครัวสดใส

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
	- ผู้นำ - ท้องถิ่น - ยาเสพติด - นโยบายประเทศ - พร้อมอยู่ใน - ธรรมนูญ	เอ็กซ์เรย์ยาเสพติดในพื้นที่ ฝ่ายปกครอง อสม. ศูนย์ CI เป็นงบจากชุมชน ขอบริจาคจากเสียงตามสาย - ค้นหาผู้เสพเพื่อไปทำการบำบัดรักษา - หางานให้ทำหลังบำบัด	ในศูนย์ CI ศูนย์ฟื้นฟูบำบัดยาเสพติด ค ห รื อ CI ประมาณ 40 คน - ปปส. ให้คนละ 20,000 บาท ซึ่งไม่ได้ให้เป็นจำนวนเงิน กำลังรอเคลส 12 คน คนมีงานทำแล้วประมาณ 5 คน (ทั้งอำเภอ)	- เอกชน - ปกครอง - ชุมชน - ครอบครัว - ประชาชนในพื้นที่ - อสม.	- มีผู้เสพที่ได้รับการบำบัด 40 คน - ไม่เสพยาซ้ำครบ 3 เดือน และมีงานทำ 5 คน อยู่ระหว่างรอการอนุมัติงบจาก ปปส. 12 คน คนละ 20000 บาท	ลดลง (กรณีไฟไหม้บ้าน อาละวาด ลักเล็กขโมยน้อย) (ปี 66 ปี 67 200 คน โดยพระลับเป็นตำบลเป้าหมาย เป็นกลุ่มเป้าหมาย คนติดยาเสพติด โครงการ CBTx Community Based Treatment คือ การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีกระทรวงมหาดไทย ปปส. งบ 400,000 บาท)	- ปัญหาอาชญากรรมลดลง (ปีแรก 3 ครั้ง เคยมีเผาบ้าน ตอนนี้ไม่มี)

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
ปี 60 – ปัจจุบัน	- ประชาชน - ผู้ท้องถิ่น (เริ่มจากชาวชุมชนรู้สึกว่าการเปลี่ยนค่าใช้จ่ายงบการซื้อของแพง จากนั้นไปทำความเข้าใจกับเจ้าภาพแต่ละราย มีการมอบน้ำดื่มให้ในกรณีไม่มีแอลกอฮอล์ มีป้ายที่เราจะติดไว้ว่างานศพปลอดเหล้า เพื่อให้ชาวบ้านรู้ว่างานนี้ไม่มีปลอดเหล้า)	“งานศพปลอดเหล้า” เป็นของ ผอ.กองสาธารณสุข “งานมงคลและอวมงคล” ปลอดเหล้า	- เจ้าภาพงานบุญลดค่าใช้จ่ายในการจัดงานประมาณงานละ 10,000 บาท - ลดอุบัติเหตุ - ลดการทะเลาะวิวาท	- เจ้าภาพงาน - คนในชุมชน - คนเข้าร่วมงานได้สุขภาพดี	- งานรื่นเริงไร้อบายมุข - ลดค่าใช้จ่ายต่อการจัดงาน	- ปริมาณการขายเหล้าของร้านค้าในชุมชนลดลง (คนในชุมชนตระหนักรู้ด้วยตนเองทำให้ไม่ต้องใช้ป้ายปลอดเหล้า)	- สังคมสงบสุข มาเกิดการทะเลาะวิวาทระหว่างคนในชุมชน (ในหมู่บ้านร้านของชำขายเหล้าสุราตามเวลา)

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
ปี 60 - ปัจจุบัน	พระลัภเป็น สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ ประมาณ 23.33% - เทศบาล - อสม. - ประชาชน	การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง - ติดสังคม กิจกรรมหลัก 1. มีการ สร้างเสริมสุขภาพ การ ออกกำลังกาย หมู่บ้านละ 30,000 บาท 2. กิจกรรมโรงเรียน ผู้สูงอายุ สมุนไพร ภูมิ ปัญญา และอาชีพ ปิละ 150,000 บาท (งบจากเทศบาล ปิละ 800,000 บาท) สร้างเสริม สุขภาพ หมู่บ้านละ 30,000 บาท โรงเรียนผู้สูงอายุ อาชีพ งบ 150,000 ต่อปีตำบล	- กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ	กลุ่ม CG กลุ่ม CM ผู้ดูแลผู้ป่วย รพสต โรงพยาบาล ขอนแก่น อสม. ญาติ พัฒนาสังคม	- มีความสามารถในการ ดูแลตนเองได้ สุขภาพดี อย่างยั่งยืน เนื่องจากมี กิจกรรมต่างให้ทำอย่าง สม่ำเสมอ - ลดค่าใช้จ่ายใน ครอบครัว ตัวผู้ป่วยดีขึ้น	- ลดค่าใช้จ่ายใน ครัวเรือน - ผู้ป่วยดีขึ้นและได้ นำออกจาก Long- term care - ลดภาระการร่อ หมอ โดยใช้ผลจาก อสม. ไปเลย โดย อสม. มีการเจาะทุก วันจันทร์ เครื่อง เจาะน้ำตาลถ้า อสม. ไหนมีไม่พอแสดงว่า ไม่มีประสิทธิภาพ เดือนละ 10 เคส	- อายุยืนขึ้น - มีการรวมกลุ่มเพื่อ พูดคุยกัน แลกเปลี่ยน เรียนรู้กัน - มีการทำกาย อุปกรณ์ไปฝากกัน - ได้การปฏิบัติตัว ได้ อาชีพ - ระบบสุขภาพตำบล เราดีขึ้น

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
	- อสม. - รพสต. - พม. - ญาติผู้ป่วย	สมุนไพรรักษา ภูมิปัญญา) ติดบ้าน กลุ่มผู้ทุพพลภาพระดับ 1 และ 2 งบนี้มาจาก สปสช. ต่อปี รายละเอียด 10,442 บาท มี 250 ราย กิจกรรมหลัก ดูแล ให้คำปรึกษา ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ติดเตียง กองทุน Long-term care ของ สปสช. ปีละ 700,000 บาท กิจกรรมหลัก	- ภาวะผู้ทุพพลภาพระดับ 1-2 สามารถดูแลตนเองได้		- สามารถนำผู้ป่วย		

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
	- CG (Care Giver) - CM (Care Manager) - อสม. - รพสต. - พม. - ญาติผู้ป่วย	ออกเยี่ยม สนับสนุนค่าทำแผล มีระบบบริการผู้มีภาวะพึ่งพิงโดย CG (Care Giver)/CM (Care Manager)	- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้		- ออกจากระบบ Long-term Care ได้ประมาณ 19 คน - ลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว - ตัวผู้ป่วยดีขึ้น		

จากตารางที่ 3.4 ช่างต้นสามารถสรุปการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมณูสุขภาพตำบลพระลับได้ดังต่อไปนี้

ในส่วนของปัจจัยนำเข้า (Inputs) คือทรัพยากรที่ใช้ในการขับเคลื่อนโครงการ ซึ่งไม่จำกัดแค่ตัวเงินแต่รวมถึงความร่วมมือและองค์ความรู้ของคนในพื้นที่ด้วย สำหรับตำบลพระลับ ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายจากภาครัฐ งบประมาณจากกองทุนต่างๆ ความร่วมมือของผู้นำชุมชนและประชาชน และความเชี่ยวชาญของบุคลากรในพื้นที่ เช่น อสม. และเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ปัจจัยเหล่านี้เป็นรากฐานที่ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมหลัก (Activities) คือการดำเนินการตามประเด็นที่ธรรมณูสุขภาพกำหนดไว้ ในตำบลพระลับ กิจกรรมจะเน้นไปที่ 3 ประเด็นหลัก คือ: การจัดการขยะ: มีโครงการจัดการขยะบุญและธนาคารขยะ โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคัดแยกและนำขยะเปียกไปทำปุ๋ยหมัก การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด: มีการดำเนินงานภายใต้โครงการ "หมู่บ้านสีขาว" โดยมีการค้นหาและบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูบำบัด (CI) การดูแลผู้สูงอายุ: มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง

ผลลัพธ์ (Outputs) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและสามารถวัดผลเชิงปริมาณได้ทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรม ตัวอย่างผลลัพธ์ที่สำคัญของตำบลพระลับ ได้แก่: ด้านการจัดการขยะ: การมีคณะทำงานและเครือข่ายด้านขยะที่ชัดเจน การเกิดโครงการธนาคารขยะ ด้านยาเสพติด: การมีศูนย์ฟื้นฟูบำบัดยาเสพติด (CI) ที่รองรับผู้ป่วยได้ประมาณ 40 คน ด้านผู้สูงอายุ: การมีกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ผู้ใช้ประโยชน์ (Users) คือกลุ่มบุคคลที่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากโครงการ ซึ่งครอบคลุมทุกภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ ชาวบ้านและประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่เทศบาล รพ.สต. อสม. และผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวของพวกเขา

ผลลัพธ์ (Outcomes) คือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้ประโยชน์ในระยะกลาง สำหรับตำบลพระลับ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความหลากหลายและเชื่อมโยงกัน: ด้านเศรษฐกิจ: ชุมชนมีรายได้เสริมจากการคัดแยกขยะขายและการปลูกผักโดยใช้ปุ๋ยหมัก รวมถึงเจ้าภาพงานบุญลดค่าใช้จ่ายจากการจัดงานปลอดเหล้า ด้านสังคม: ชุมชนเกิดความสามัคคีและมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ปัญหาอาชญากรรมในชุมชนลดลง และครอบครัวมีความสุขมากขึ้น ด้านสุขภาพ: ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้เสพยาที่ไม่เสพยาอีกเพิ่มขึ้น ด้านสิ่งแวดล้อม: ปริมาณขยะที่เทศบาลต้องจัดการลดลงอย่างชัดเจนจาก 24 ตันต่อเดือน เหลือ 13-14 ตัน ทำให้พื้นที่ในชุมชนสะอาดและมีคุณภาพอากาศที่ดีขึ้น

ตัวชี้วัด (Indicators) เพื่อประเมินความสำเร็จของผลลัพธ์เหล่านี้ มีการใช้ตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม เช่น ปริมาณขยะที่ลดลงเป็นต้นต่อเดือน จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดและไม่เสพยา จำนวน อาชญากรรมที่ลดลง และรายได้ที่เพิ่มขึ้นของครัวเรือนจากการปลูกผักและขายขยะ

ผลกระทบ (Impact) คือการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวที่เป็นผลมาจากโครงการ ธรรมนูญสุขภาพ ตำบลพระลับได้ก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญ ได้แก่ การสร้าง มิติชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง การมีระบบสุขภาพ ชุมชนที่ดีขึ้น และการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนที่ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างยั่งยืน

3.1.5 การวัดผลและตีมูลค่าผลกระทบ (Impact Measurement and Valuation)

นี่คือขั้นตอนที่เป็นหัวใจของการคำนวณ SROI เราจะนำ "ผลลัพธ์ (Outcomes)" ที่ระบุไว้ใน ToC มา หา "ตัวชี้วัด (Indicators)" ที่จับต้องได้ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูล "ก่อน" และ "หลัง" การดำเนินงาน จากนั้น เรา จะทำการ "ตีมูลค่า (Valuation)" การเปลี่ยนแปลงนั้นให้เป็นตัวเงิน โดยใช้สิ่งที่เรียกว่า "ค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy)"

การวัดผลกระทบ: การระบุตัวชี้วัดและรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนนี้ให้ท่านนำผลลัพธ์ (Outcomes) จาก ToC มากำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดผลได้ จากนั้นรวบรวมข้อมูลเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 3.5 แสดงบันทึกผลกระทบ (Impact Ledger) ตำบลพระลับ

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูล ปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)	หมายเหตุ
ประชาชน	คุณภาพชีวิตดี ขึ้น รายได้เพิ่ม มากขึ้น	รายได้จาก การขายขยะ	150 ครัวเรือน	0 บาท/ เดือน	60 บาท/ เดือน	60บ.×12ครั้ง ×150 ครัวเรือน = เพิ่มขึ้น 60 บาท/เดือน	คิดบน สมมติฐานว่า ความรู้ของ กลุ่มเป้าหมาย เท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ ข้อมูลจากฐาน ร้อยละของ ความรู้ที่มีอยู่ เดิมซึ่งได้ข้อมูล
		รายได้จาก การปลูกผัก ขาย	95 ครัวเรือน	0 บาท/ เดือน	300 บาท/ เดือน	เพิ่มขึ้น 300 บาท/เดือน	

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูล ปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)	หมายเหตุ
							จากการ สัมภาษณ์
อสม.	มีความรู้ เพิ่มขึ้น	ได้รับความรู้ การจัดการ ขยะเพิ่มขึ้น	375 คน	75 คน	375 คน	300 คน	คิดบน สมมติฐานว่า ความรู้ของ กลุ่มเป้าหมาย เท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ ข้อมูลจากฐาน ร้อยละของ ความรู้ที่มีอยู่ เดิมซึ่งได้ข้อมูล จากการ สัมภาษณ์
	จัดทำธรรมนูญ	ได้รับความรู้ เกี่ยวกับการ จัดทำ ธรรมนูญ เพิ่มขึ้น	375 คน	75 คน	375 คน	300 คน	คิดบน สมมติฐานว่า ความรู้ของ กลุ่มเป้าหมาย เท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ ข้อมูลจากฐาน ร้อยละของ ความรู้ที่มีอยู่ เดิมซึ่งได้ข้อมูล จากการ สัมภาษณ์
	ผู้สูงอายุ	มีความรู้ เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น	23 คน	7 คน	23 คน	16 คน	คิดบน สมมติฐานว่า ความรู้ของ กลุ่มเป้าหมาย เท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ ข้อมูลจากฐาน ร้อยละของ ความรู้ที่มีอยู่

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูล ปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)	หมายเหตุ
							เดิมซึ่งได้ข้อมูล จากการ สัมภาษณ์
ผู้นำ	มีความรู้ เพิ่มขึ้น	ได้รับความรู้ การจัดการ ขยะเพิ่มขึ้น	27 คน	19 คน	27 คน	8 คน	คิดบน สมมติฐานว่า ความรู้ของ กลุ่มเป้าหมาย เท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ ข้อมูลจากฐาน ร้อยละของ ความรู้ที่มีอยู่ เดิมซึ่งได้ข้อมูล จากการ สัมภาษณ์
เจ้าหน้าที่ เทศบาล	จัดทำธรรมนูญ	ได้รับความรู้ เกี่ยวกับการ จัดทำ ธรรมนูญ เพิ่มขึ้น	5 คน	2 คน	5 คน	3 คน	คิดบน สมมติฐานว่า ความรู้ของ กลุ่มเป้าหมาย เท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ ข้อมูลจากฐาน ร้อยละของ ความรู้ที่มีอยู่ เดิมซึ่งได้ข้อมูล จากการ สัมภาษณ์
รพ.สต.	จัดทำธรรมนูญ	ได้รับความรู้ เกี่ยวกับการ จัดทำ ธรรมนูญ เพิ่มขึ้น	4 คน	1 คน	4 คน	3 คน	คิดบน สมมติฐานว่า ความรู้ของ กลุ่มเป้าหมาย เท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ ข้อมูลจากฐาน ร้อยละของ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูล ปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การเปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)	หมายเหตุ
							ความรู้ที่มีอยู่เดิมซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
คณะทำงานเกี่ยวกับยาเสพติด	ยาเสพติด	ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นในการป้องกันปัญหา ยาเสพติด	136 คน	41 คน	136 คน	95 คน	คิดบนสมมติฐานว่าความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ข้อมูลจากฐานร้อยละของความรู้ที่มีอยู่เดิมซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
เยาวชน	ยาเสพติด	ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นในการป้องกันปัญหา ยาเสพติด	25 คน	3 คน	25 คน	22 คน	คิดบนสมมติฐานว่าความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ข้อมูลจากฐานร้อยละของความรู้ที่มีอยู่เดิมซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
	สุขภาพ	ได้ความรู้เรื่อง การดูแล สุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชน	15 คน	0 คน	15 คน	15 คน	คิดบนสมมติฐานว่าความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเท่ากันแล้ว คำนวณให้ได้ข้อมูลจากฐานร้อยละของความรู้ที่มีอยู่เดิมซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูล ปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)	หมายเหตุ
							ร้อยละของ ความรู้ที่มีอยู่ เดิมซึ่งได้ข้อมูล จากการ สัมภาษณ์
ป่าชุมชน	ป่าชุมชน	พื้นที่ป่าใน ชุมชนเพิ่มขึ้น	150 ต้น	45 ต้น	150 ต้น	105 ต้น	สัมภาษณ์ คณะกรรมการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ
ประชาชน	โครงการบ้าน น่ายุ่นามอง	การจัดการ ขยะและ สิ่งแวดล้อมดี ขึ้น	200,000 บาท	100,000 บาท	200,000 บาท	100,000 บาท	สัมภาษณ์ คณะกรรมการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ
ประชาชน	โครงการ To be Number One	สุขภาพดีขึ้น	380,000 บาท	190,000 บาท	380,000 บาท	190,000 บาท	สัมภาษณ์ คณะกรรมการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ
ประชาชน	โครงการงาน ศพปลอดเหล้า	สุขภาพดีขึ้น	130,000 บาท	65,000 บาท	130,000 บาท	65,000 บาท	สัมภาษณ์ คณะกรรมการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ
เยาวชน	โครงการ ป้องกันยาเสพติด ในเยาวชน	เยาวชน ห่างไกลยา เสพติด	50,000 บาท	25,000 บาท	50,000 บาท	25,000 บาท	สัมภาษณ์ คณะกรรมการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ
ผู้สูงอายุ	โครงการสร้าง สุขผู้สูงวัย	ผู้สูงอายุมี ความสุข	100,000 บาท	50,000 บาท	100,000 บาท	50,000 บาท	สัมภาษณ์ คณะกรรมการ ขับเคลื่อน

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูล ปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)	หมายเหตุ
							ธรรมนูญ สุขภาพ
อสม.	ทำงานการมี ส่วนร่วมทาง สังคมมากขึ้น	มีจิตอาสา มากขึ้น	144 ชม.	100.8 ชม.	144 ชม.	43.2 ชม.	สัมภาษณ์ คณะกรรมการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ
เงินบริจาค	อุปกรณ์ การแพทย์	มีอุปกรณ์ การแพทย์ เพิ่มขึ้น	95,000 บาท	0 บาท	95,000 บาท	0 บาท	สัมภาษณ์ คณะกรรมการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ
	อุปกรณ์ทำ ปุ๋ยหมัก	มีอุปกรณ์ทำ ปุ๋ยหมัก เพิ่มขึ้น	42,000 บาท	0 บาท	42,000 บาท	0 บาท	สัมภาษณ์ คณะกรรมการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ

การตีมูลค่าผลกระทบ: คู่มือการเลือกใช้ค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy)

หลังจากที่เราเห็น "การเปลี่ยนแปลง" ที่เกิดขึ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการแปลงการเปลี่ยนแปลงนั้นให้เป็นมูลค่าทางการเงิน การเลือกใช้ค่าแทนทางการเงินที่เหมาะสมและมีที่มาที่น่าเชื่อถือ เป็นสิ่งที่ทำให้ผลการประเมิน SROI ของท่านได้รับการยอมรับ

ในกรณีของการอบรมเพิ่มความรู้ของแต่ละรายการเป็นราคากลางที่เทียบเคียงกับช่วงเวลาในการดำเนินการธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งแม้ความเป็นจริงแล้วการส่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าอบรมจะไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ในการดำเนินการของเจ้าของงบประมาณจะมีค่าดำเนินการต่าง ๆ เช่น ค่าวิทยากร ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร ซึ่งในส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการนั้น แต่ยังถือว่าเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้น จึงปรากฏในตาราง

ขั้นตอนต่อไป: เมื่อท่านคำนวณมูลค่าของผลกระทบแต่ละรายการแล้ว ให้รวมมูลค่าทั้งหมด เราจะได้ "มูลค่าผลกระทบรวม" ซึ่งจะถูกนำไปปรับค่าต่อไป

ตารางที่ 3.6 แสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	จำนวน	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่า (บาท)
1	ประชาชนคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ขายขยะ)	1 5 0 ครัวเรือน	150 ครัวเรือน x 720 บาท/ปี (Cost Savings) = 108,000 บาท x 3 ปี (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคม ธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ 2568)	324,000
2	ประชาชนคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ปลูกผัก)	9 5 ครัวเรือน	95 ครัวเรือน x 300 บาท/เดือน x 12 เดือน (Market Price) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคม ธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ 2568)	342,000
3	อสม. มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	16 คน	16 คน x 3,000 บาท/คน (Basic Care Training) (สภาวิชาชีพไทย มปป.)	48,000
4	ผู้นำมีความรู้เพิ่มขึ้น (จัดการขยะ)	8 คน	8 คน x 800 บาท/คน (Basic Training) (สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2566)	6,400
5	เจ้าหน้าที่เทศบาลจัดทำธรรมนูญ (จัดการขยะ)	3 คน	3 คน x 800 บาท/คน (Basic Training) (สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2566)	2,400
6	รพ.สต.จัดทำธรรมนูญ (จัดการขยะ)	3 คน	3 คน x 800 บาท/คน (Basic Training) (สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2566)	2,400
7	คณะทำงานเกี่ยวกับยาเสพติดยาเสพติด	95 คน	95 คน x 2,000 บาท/คน (Drug Prevention Training) (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) 2565)	190,000
8	เยาวชนมีความรู้เรื่องยาเสพติด	22 คน	22 คน x 2,000 บาท/คน (Youth Training) (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) 2565)	44,000

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	จำนวน	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่า (บาท)
9	เยาวชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ	15 คน	15 คน x 3,000 บาท/คน (Basic Care Training) (สภาวิชาชีพไทย มปป.)	45,000
10	การเพิ่มพื้นที่ป่าชุมชน	105 ต้น	105 ต้น x 500 บาท/ต้น (Carbon Credit) (เศรษฐกิจ บัณฑิต และคณะ. 2567)	52,500
11	โครงการบ้านนอญน้อมอง	1 โครงการ	200,000 บาท (Direct Benefit) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ 2568)	200,000
12	โครงการ To be Number One	1 โครงการ	380,000 บาท (Direct Benefit) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ 2568)	380,000
13	โครงการงานศพปลอดเหล้า	1 โครงการ	130,000 บาท (Direct Benefit) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ 2568)	130,000
14	โครงการป้องกันยาเสพติดในเยาวชน	1 โครงการ	50,000 บาท (Direct Benefit) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ 2568)	50,000
15	โครงการสร้างสุขผู้สูงอายุ	1 โครงการ	100,000 บาท (Direct Benefit) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ 2568)	100,000
16	อสม.ทำงานการมีส่วนร่วมทางสังคม	375 คน	144 ชม/ปี x 45 บ. x 375 คน = 2,430,000 บาท มีผู้มาปฏิบัติงานจริงโดยเฉลี่ย 70% ของจำนวน อสม. และชั่วโมงทำงานทั้งหมด 375 คน เดือนละ 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชม. (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับ 2568)	729,000
รวม				2,645,700

3.1.6 การปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment)

เพื่อให้การประเมินมีความน่าเชื่อถือและไม่กล่าวอ้างเกินจริง เราจำเป็นต้องปรับลดมูลค่าผลกระทบรวมที่คำนวณได้จากส่วนที่ 4 ด้วยปัจจัย 4 ประการ ซึ่งเป็นหลักการมาตรฐานของ SROI เพื่อให้ได้มูลค่าผลกระทบที่เกิดจากธรรมเนียมสุขภาพของเรา "จริงๆ"

ตารางที่ 3.7 แสดงการคำนวณการปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment)

	รายการผลประโยชน์	(A) มูลค่าผลประโยชน์ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัยอื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหักอัตรา การลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการลดลงของ ประโยชน์)	(E=A-(B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ (บาท)	แหล่งอ้างอิง
1.	ประชาชนคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ขายขยะ)	150 คริวเรือน x 720 บาท/ปี = 108,000 บาท	ความรู้และทักษะเดิมที่มี 30%	-สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคสิบ 28% -เครือข่ายธรรมนูญสุขภาพตำบล 42%	45,360 ต่อปี คำนวณที่ 3 ปี ต่อเนื่อง	ปีที่ 1 45,360 ปีที่ 2 45,360-5% = 43,092 ปีที่ 3 43,092-5% = 40,937	45,360 +43,092 +40,937 = 129,389	จากการสนทนากลุ่มตัวแทนชุมชน
2	ประชาชนคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ปลูกผัก)	95 คริวเรือน x 300 บาท/เดือน x 12 เดือน = 342,000 บาท	ความรู้และทักษะเดิมที่มี 50%	-สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคสิบ 20% -เครือข่ายธรรมนูญสุขภาพตำบล 30%	102,600 ต่อปี คำนวณที่ 3 ปี ต่อเนื่อง	ปีที่ 1 102,600 ปีที่ 2 102,600-5% = 97,470 ปีที่ 3 97,470-5% = 92,597	102,600 +97,470 +92,597 = 292,667	จากการสนทนากลุ่มตัวแทนชุมชน
3	อสม.มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	16 คน x 3,000 บาท/คน = 48,000 บาท	ความรู้และทักษะเดิมที่มี 30%	-เครือข่ายธรรมนูญสุขภาพตำบล 35% -สสจ. 14% -สสอ. 7%	16,800		16,800	จากการสนทนากลุ่มตัวแทนอสม.

	รายการ ผลประโยชน์	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผล จากปัจจัยอื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหักอัตรา การลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ (บาท)	แหล่ง อ้างอิง
				-พมจ. 14%				
4	ผู้นำมีความรู้ เพิ่มขึ้น (จัดการขยะ)	8 คน x 800 บาท/คน = 6,400 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 70%	- สำนักงาน สิ่งแวดล้อมและ ควบคุมมลพิษภาค สิบ (สศพ.) 9% - สำนักงาน ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม จังหวัดขอนแก่น 6% - เครือข่าย ธรรมนูญสุขภาพ ตำบล 15%	960		960	จากการ สนทนา กลุ่ม ตัวแทน ชุมชน
5	เจ้าหน้าที่ เทศบาล จัดทำ ธรรมนูญ (จัดการขยะ)	3 คน x 800 บาท/คน = 2,400 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 30%	-เครือข่ายธรรมนูญ สุขภาพตำบล 35% -สช. (ประสาน พลัง) 14% -นักวิชาการอิสระ 14% -สมัชชาสุขภาพ จังหวัด 7%	840		840	จากการ สนทนา กลุ่ม ตัวแทน เทศบาล
6	รพ.สต.จัดทำ ธรรมนูญ	3 คน x 800 บาท/คน = 2,400 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 30%	-เครือข่ายธรรมนูญ สุขภาพตำบล 35%	840		840	จากการ สนทนา

	รายการ ผลประโยชน์	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผล จากปัจจัยอื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหักอัตรา การลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ (บาท)	แหล่ง อ้างอิง
	(จัดการขยะ)			-สช. (ประสาน พลัง) 14% -นักวิชาการอิสระ 14% -สมัชชาสุขภาพ จังหวัด 7%				กลุ่ม ตัวแทน รพ.สต.
7	คณะทำงาน เกี่ยวกับยา เสพติด เสพติด	95 คน x 2,000บาท/ คน = 190,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 30%	-ตำรวจ 21% -สำนักงานป้องกัน และปราบปรามยา เสพติด (ปปส.) 7% -สสอ. 7% -เครือข่ายธรรมนูญ สุขภาพตำบล 35%	66,500		66,500	จากการ สนทนา กลุ่ม ตัวแทน คณะทำงาน
8	เยาวชนมี ความรู้เรื่อง ยาเสพติด	22 คน x 2,000 บาท/ คน = 44,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 10%	-เครือข่ายธรรมนูญ สุขภาพตำบล 54% - ตำรวจ สภอ.เมือง 18% -สาธารณสุขอำเภอ 18%	23,760		23,760	จากการ สนทนา กลุ่ม ตัวแทน เยาวชน
9	เยาวชนมี ความรู้ใน การดูแล สุขภาพ	15 คนx 3,000 บาท/ คน = 45,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 0%	-เครือข่ายธรรมนูญ สุขภาพตำบล 70%	31,500		31,500	จากการ สนทนา กลุ่ม

	รายการ ผลประโยชน์	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผล จากปัจจัยอื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหักอัตรา การลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ (บาท)	แหล่ง อ้างอิง
				-รพ.ศูนย์ขอนแก่น 15% -เครือข่ายเฮลท์เน็ต 15%				ตัวแทน เยาวชน
10	ป่าชุมชน	105 ต้นx 500 บาท/ต้น = 52,500 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 30%	-สำนักงาน สิ่งแวดล้อมภาค ลือ 21% -เครือข่ายธรรมนูญ สุขภาพตำบล 42% - ชกส. 7%	22,050		22,050	จากการ สนทนา กลุ่ม ตัวแทนผู้นำ
11	โครงการ บ้านนออยู่หน้า มอ	200,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 50%	-เครือข่ายธรรมนูญ สุขภาพตำบล 50%	100,000		100,000	จากการ สนทนา กลุ่ม
12	ประชาชน โครงการ To be Number One	380,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 50%	-เครือข่ายธรรมนูญ สุขภาพตำบล 50%	190,000		190,000	จากการ สนทนา กลุ่ม
13	ประชาชน โครงการงาน ศพพลด เหล่า	130,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 50%	-เครือข่ายธรรมนูญ สุขภาพตำบล 50%	65,000		65,000	จากการ สนทนา กลุ่ม

	รายการ ผลประโยชน์	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผล จากปัจจัยอื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหักอัตรา การลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ (บาท)	แหล่ง อ้างอิง
14	เยาวชน โครงการ ป้องกันยา เสพติดใน เยาวชน	50,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 50%	-เครือข่ายธรรมนุญ สุขภาพตำบล 50%	25,000		25,000	จากการ สนทนา กลุ่ม
15	ผู้สูงอายุ โครงการ สร้างสุขผู้สูง วัย	100,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 50%	-เครือข่ายธรรมนุญ สุขภาพตำบล 50%	50,000		50,000	จากการ สนทนา กลุ่ม
16	อสม.ทำงาน การมีส่วน ร่วมทาง สังคม	43.2 ชม/ ปีx45 บ. x112.5 คน = 218,700 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิมที่มี 70%	-เครือข่ายธรรมนุญ สุขภาพตำบล 15% -สำนักงาน สิ่งแวดล้อม 15%	32,805		32,805	จากการ สนทนา กลุ่มกับ ตัวแทน อส ม.
	รวม	1,919,400					1,048,111	

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) เป็น วิธีการวิเคราะห์ที่ช่วยให้เห็นทั้งคุณค่าทางเศรษฐกิจและสังคมของโครงการหรือกิจกรรม โดยเฉพาะงานด้าน สาธารณสุขและการพัฒนาชุมชนที่มีหลายปัจจัยซับซ้อน จุดเด่นของ SROI คือ การปรับค่าผลลัพธ์ (Adjustment) เพื่อตัดส่วนที่ไม่ได้เกิดจากโครงการโดยตรง เช่น

Deadweight คือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเองอยู่แล้ว

Attribution คือผลลัพธ์ที่เป็นผลงานของหน่วยงานหรือปัจจัยอื่น

Drop - off คือการลดลงของผลลัพธ์เมื่อเวลาผ่านไป

การปรับค่าทั้งหมดนี้ทำให้ตัวเลขมูลค่าผลกระทบสุทธิ (Net Impact) ที่คำนวณได้มีความน่าเชื่อถือ และสะท้อนความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริง

ในกรณีศึกษาตำบลพระลับ มีกิจกรรมหลากหลายภายใต้ธรรมนูญสุขภาพ ครอบคลุมทั้งสิ่งแวดล้อม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น การขายขยะ การปลูกผัก การเสริมความรู้ให้กับ อสม. ผู้นำ เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น รวมถึงกิจกรรมเชิงวัฒนธรรม เช่น งานศพปลอดเหล้า และกิจกรรมเยาวชน ทุกกิจกรรมมีการคำนวณ SROI พร้อมการปรับ Deadweight Attribution และ Drop-off อย่างเป็นระบบ ทำให้เราสามารถเห็นทั้ง “ภาพรวม” และ “ข้อจำกัด” ของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพจากแนวคิดไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนขึ้น

อภิปรายผล: การตีความ Adjustment

1) Deadweight – ภาพสะท้อนของความซ้ำซ้อน หลายกิจกรรมมีค่า Deadweight สูง เช่น การปลูกผัก บ้านน่าอยู่น่ามอง งานศพปลอดเหล้า และการทำงานของ อสม. ค่า Deadweight 50–70% แสดงว่าผลลัพธ์ส่วนใหญ่สามารถเกิดขึ้นเองจากศักยภาพเดิมของชุมชนหรือจากนโยบายอื่นที่มีอยู่แล้ว การลงทุนของธรรมนูญจึงมีส่วนเพิ่มคุณค่าเพียงบางส่วน ไม่ได้สร้างผลลัพธ์ใหม่เต็มที่ ตรงกันข้ามกิจกรรมที่มี Deadweight ต่ำมาก เช่น เยาวชนเรียนรู้สุขภาพ (0%) หรือเยาวชนเรียนรู้ยาเสพติด (10%) สะท้อนการสร้างคุณค่าใหม่โดยตรงและชี้ให้เห็นว่าธรรมนูญมีศักยภาพในการผลิตผลลัพธ์ที่แตกต่างจากสิ่งที่มีอยู่

2) Attribution – ความหมายของการบูรณาการ หลายกิจกรรมสะท้อนว่า ผลลัพธ์ส่วนใหญ่เกิดจากการบูรณาการหลายหน่วยงาน เช่น การจัดทำธรรมนูญโดยเทศบาลและ รพ.สต. ที่มี Attribution เกิน 70% การทำงานเชิงบูรณาการเช่นนี้ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของผลลัพธ์ แต่ในมุมมองการประเมิน SROI ก็ทำให้ผลลัพธ์ที่นับเป็น “เครดิตของธรรมนูญ” ลดลง

อย่างไรก็ตาม กิจกรรมหลายรายการ เช่น เยาวชนเรียนรู้สุขภาพ (Attribution ธรรมนูญ 70%) และการป้องกันยาเสพติด (Attribution ธรรมนูญ 54–50%) แสดงถึงบทบาทเชิงนำของธรรมนูญ ซึ่งเป็นจุดแข็งที่ควรถูกต่อยอด

3) Drop-off – ความต่อเนื่องและความยั่งยืน ข้อมูลหลายกิจกรรมมี Drop-off 5% ต่อปี แสดงว่าผลลัพธ์ยังคงอยู่แต่จะค่อย ๆ ลดลง การรักษาความยั่งยืนจึงต้องอาศัยกลไกติดตาม เช่น กองทุนหมุนเวียน ระบบชมรม หรือศูนย์เรียนรู้ที่จะช่วยยึดโยงกิจกรรมกับชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ลด Deadweight ด้วยการสร้างนวัตกรรมเฉพาะ ควรออกแบบกิจกรรมใหม่ที่ไม่ซ้ำกับสิ่งที่ชุมชนทำอยู่แล้ว เช่น การเชื่อมโยงปลูกผักกับตลาดชุมชน หรือการพัฒนา “บ้านต้นแบบสุขภาวะ” เพื่อลดความซ้ำซ้อน

2) เพิ่ม Attribution ของธรรมนูญในฐานะผู้นำ ใช้ธรรมนูญเป็นเครื่องมือกำหนดวาระชุมชนและสร้างการยึดโยงกับนโยบายท้องถิ่น เพื่อให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นถูกยอมรับว่าเป็นผลของธรรมนูญอย่างชัดเจน

3) จัดการ Drop-off ด้วยการสร้างกลไกสถาบัน เช่น กองทุนสิ่งแวดล้อมชุมชน ระบบเครือข่ายเยาวชน หรือศูนย์เรียนรู้ผู้สูงวัย เพื่อให้ผลลัพธ์ไม่หายไปเมื่อหมดโครงการ

4) ยกกระตักกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นต้นแบบ เช่น โครงการ To Be Number One บ้านน่านอยู่ร่มเงา เยาวชนเรียนรู้สุขภาพ กระจายผลเป็นนโยบายตำบลหรือนำไปเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาท้องถิ่น

5) เสริมกลไกวัฒนธรรมและทุนสังคม กิจกรรมเช่น งานศพปลอดเหล้า หรือการมีส่วนร่วมของ อสม. เป็นทุนสังคมที่ทรงพลัง แม้จะมี Deadweight สูง แต่สามารถพัฒนาเป็น “มาตรฐานชุมชน” ที่ฝังรากลึกได้ การวิเคราะห์ adjustment ของกิจกรรมในตำบลพระลับสะท้อนทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน Deadweight สูงในหลายกิจกรรมบ่งชี้ถึงการลงทุนซ้ำซ้อน ขณะที่ Attribution ที่กระจายหลายหน่วยงานสะท้อนพลังการบูรณาการ แต่ก็ทำให้ผลลัพธ์ที่นับเป็นเครดิตของธรรมนูญลดลง ส่วน Drop-off แสดงความจำเป็นของการสร้างกลไกสถาบันเพื่อความยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม กิจกรรมที่มี Deadweight ต่ำและบทบาทธรรมนูญสูง เช่น กิจกรรมเยาวชน และโครงการเชิงสังคมขนาดใหญ่ เช่น To Be Number One แสดงให้เห็นว่าธรรมนูญสุขภาพตำบลสามารถสร้างคุณค่าใหม่และมีบทบาทเชิงนำได้จริง หากมีการปรับปรุงการออกแบบกิจกรรมให้เน้นคุณค่าเฉพาะ ลดการซ้ำซ้อน และสร้างกลไกยั่งยืน ผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนธรรมนูญก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นทั้งในเชิงตัวเลข SROI และในเชิงความเข้มแข็งของชุมชน

3.1.7 การคำนวณและนำเสนอผล SROI

ขั้นตอนสุดท้ายของการคำนวณ คือการนำมูลค่าผลกระทบสุทธิที่ได้จากส่วนที่ 5 มาเปรียบเทียบกับเงินลงทุนทั้งหมดจากส่วนที่ 1 เพื่อให้ได้อัตราส่วน SROI ที่จะบอกเราว่าการลงทุนในธรรมนูญสุขภาพครั้งนี้มีความคุ้มค่าเพียงใด

การคำนวณอัตราส่วน SROI (2)

อัตราส่วน SROI = มูลค่าผลกระทบสุทธิรวม (จากส่วนที่ 5) ÷ รวมเงินลงทุนทั้งหมด (จากส่วนที่ 1)

- มูลค่าผลกระทบสุทธิรวม = 1,048,111 บาท
- รวมเงินลงทุนทั้งหมด = 281,340 บาท
- อัตราส่วน SROI = $1,048,133 \div 281,340 = 3.725$

การตีความผล: อัตราส่วน SROI เท่ากับ 3.725 หมายความว่า "ทุกๆ 1 บาทที่ลงทุนในธรรมนุญ สุขภาพพื้นที่นี้ สามารถสร้างคุณค่าทางสังคมกลับคืนมาได้ 3.725 บาท"

การวิเคราะห์ผลตอบแทนตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เพื่อแสดงให้เห็นว่าคุณค่าที่เกิดขึ้นกระจายไปสู่ใครบ้าง เราควรแจกแจงมูลค่าผลกระทบสุทธิตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จัดลำดับสัดส่วนมาก-น้อย เพื่อให้เห็นจุดคานงัดสำคัญที่พื้นที่ที่สามารถนำธรรมนุญสุขภาพไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อพื้นที่ได้)

ตารางที่ 3.8 การวิเคราะห์ผลตอบแทนตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	มูลค่าผลกระทบสุทธิที่ได้รับ (บาท)	สั ต ส' ว น (%)
ประชาชนในพื้นที่	874,106	83.40 %
ผู้นำชุมชนและอสม.	172,325	16.44 %
หน่วยงานในพื้นที่เช่น อปท.,รพสต. วัด โรงพยาบาล อำเภอ	1,680	0.16 %
รวม	1,048,111	100%

3.1.8 การตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (Verification)

**ผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากการดำเนินงานตามธรรมนุญสุขภาพตำบลที่สะท้อนผ่านการวิเคราะห์
ผลตอบแทนทางสังคม (SROI)**

การดำเนินงานตามธรรมนุญสุขภาพตำบลพระลับส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและคุณค่าทางสังคมที่วัดผลได้ ซึ่งสะท้อนผ่านการประเมิน SROI ผลลัพธ์ที่สำคัญจำแนกตามด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านเศรษฐกิจ ชุมชนมีรายได้เสริมจากการคัดแยกขยะขายและการปลูกผักโดยใช้ปุ๋ยหมัก เจ้าภาพงานบุญลดค่าใช้จ่ายจากการจัดงานปลอดเหล้า มีการประเมินว่า 150 ครั้วเรือนมีรายได้จากการขายขยะเพิ่มขึ้น 60 บาท/เดือน และ 95 ครั้วเรือนมีรายได้จากการปลูกผักขายเพิ่มขึ้น 300 บาท/เดือน

2) ด้านสังคม ชุมชนเกิดความสามัคคีและมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ปัญหาอาชญากรรมในชุมชนลดลง ครอบครัวมีความสุขมากขึ้น เกิดโครงการหมู่บ้านสีขาว มีการค้นหาผู้เสพเพื่อบำบัดรักษา และหา

งานให้ทำหลังบำบัด มีผู้เสพที่ได้รับการบำบัด 40 คน และมี 5 คนไม่เสพยาซ้ำและมีงานทำ งานบุญลดค่าใช้จ่าย และลดอุบัติเหตุและการทะเลาะวิวาท

3) ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้เสพยาไม่เสพยาซ้ำมีงานทำเพิ่มขึ้น มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย โรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ สุขภาพดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว และระบบสุขภาพตำบลดีขึ้น เยาวชนได้รับความรู้เรื่องยาเสพติดและการดูแลสุขภาพ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ปริมาณขยะที่เทศบาลต้องจัดการลดลงอย่างชัดเจน จาก 24 ตันต่อเดือน เหลือ 13-14 ตัน ทำให้พื้นที่ในชุมชนสะอาดและมีคุณภาพอากาศที่ดีขึ้น ชุมชนมีการจัดการขยะบุญ และมีธนาคารขยะ พื้นที่ป่าในชุมชนเพิ่มขึ้น 105 ตัน

การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

ปัจจัยภายในชุมชน

1) การมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด โดยเน้นที่ "การมีส่วนร่วมร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมิน" และการเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง เพื่อให้เกิดประชาติและความเห็นร่วมกัน ทุกคนต้องเข้าใจกระบวนการและมีแนวทางความคิดเห็นเป็นเรื่องเดียวกัน

2) ความเข้มแข็งของกลไกชุมชน การมีกลไกขับเคลื่อนที่เข้มแข็งโดยใช้หลักบรร (บ้าน วัด โรงเรียน) เป็นแกนนำ รวมถึงการมีคณะทำงานด้านการจัดการขยะและเครือข่าย

3) บทบาทของผู้นำชุมชนและ อสม. ความร่วมมือของผู้นำชุมชนและประชาชน รวมถึงความเชี่ยวชาญของ อสม. และเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

4) ความทุ่มเทด้วยเวลาและแรง การลงทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินที่สำคัญที่สุดคือ "เวลา" และ "แรง" ของผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งสะท้อนถึงความพยายามที่แท้จริงของชุมชน

5) การกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม การสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในระดับหมู่บ้าน โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นสำคัญและความต้องการของตนเอง

ปัจจัยภายนอกชุมชน

1) นโยบายและงบประมาณจากภาครัฐ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ นโยบายจากภาครัฐ และงบประมาณจากกองทุนต่างๆ เช่น งบประมาณจาก อปท./ภาครัฐ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่ง สช. เป็นเจ้าภาพร่วมกับคณะวิจัยในการประเมิน SROI ด้วย

2) การสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น การที่เทศบาลสนับสนุนงบประมาณสำหรับครัวเรือนตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ และนโยบายของท้องถิ่นที่สอดคล้องกับประเด็นต่างๆ

3) การทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ ปปส. สสอ. รพ.สต. พมจ. และเครือข่ายธรรมนูญสุขภาพตำบล ซึ่งช่วยเสริมแรงขับเคลื่อนในประเด็นที่ซับซ้อน เช่น ปัญหายาเสพติด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการขยายผลสู่พื้นที่อื่น

1) ส่งเสริมการใช้ธรรมนูญสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ควรผลักดันให้ธรรมนูญสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของชุมชน และมีการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอในทุกประเด็น ไม่ว่าจะเล็กน้อยเพียงใด

2) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากฐานราก การสร้างแรงกระตุ้นให้คนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้สูงอายุ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นและความต้องการของตนเองตั้งแต่ต้น จะนำไปสู่ผลประโยชน์ที่ยั่งยืน

3) สร้างความเข้าใจและสื่อสารเป้าหมายที่ชัดเจน การสื่อสารทำความเข้าใจกับทุกภาคส่วนเพื่อให้มีแนวทางและความคิดเห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันปัญหาและการต่อต้าน

4) สนับสนุนการประเมินผลและถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่อง: การประเมินผลอย่างต่อเนื่องและการถอดบทเรียนจะช่วยให้เห็นผลลัพธ์และแนวทางการดำเนินงานต่อไป และเป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงและขยายผล

5) ใช้ข้อมูล SROI เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและการสนับสนุน ผลการประเมิน SROI ที่แสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุน และการแจกแจงคุณค่าที่เกิดขึ้นให้กับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการนำเสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับการสนับสนุนและขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

6) สร้างความเข้มแข็งของคนในชุมชนเพื่อความยั่งยืน การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจะช่วยสร้างความเข้มแข็งให้คนในชุมชน และส่งต่อความยั่งยืนไปสู่คนรุ่นหลังได้ ดังนั้นนโยบายควรส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และสร้างผู้นำในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

7) บูรณาการปัญหาเข้ากับการดูแลแบบองค์รวม เช่น กรณีปัญหายาเสพติด ควรเน้นกระบวนการดูแลตั้งแต่การนำเข้าสู่การบำบัด การพักฟื้นในศูนย์ CI การติดตามผล และการส่งเสริมอาชีพเพื่อป้องกันการกลับไปเสพติด รวมถึงการเชื่อมโยงผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมเข้าด้วยกัน

เปรียบเสมือนกับการปลูกต้นไม้ ธรรมนูญสุขภาพก็คือดินที่อุดมสมบูรณ์และเมล็ดพันธุ์แห่งความตั้งใจของชุมชน ส่วนปัจจัยภายในและภายนอกชุมชนคือแสงแดด น้ำ และการดูแลเอาใจใส่จากทุกภาคส่วน เมื่อทุก

อย่างเกื้อหนุนกัน ต้นไม้ก็จะเติบโตแข็งแรง ออกดอกออกผลที่หอมหวานและเป็นประโยชน์แก่ทุกคน และผลผลิตที่วัดค่าได้จาก SROI ก็คือหลักฐานยืนยันว่าการลงทุนดูแลต้นไม้ต้นนี้คุ้มค่ายิ่งนัก

3.1.9 ข้อค้นพบจากกรณีศึกษาตำบลพระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น

1) กระบวนการทำงานร่วมกับชุมชน: อธิบายขั้นตอนการจัดเวทีชี้แจง เวทีเก็บข้อมูล และโดยเฉพาะ "เวทีคืนข้อมูล" ในแต่ละพื้นที่

กระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนในการจัดทำและประเมินธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับมีลักษณะเป็นวัฏจักรที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่มุ่งให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีบทบาทร่วมกันทั้งในด้านการคิด วิเคราะห์ ดำเนินการ และตรวจสอบผล โดยกระบวนการนี้สามารถแบ่งออกเป็นสามขั้นตอนสำคัญ คือ เวทีชี้แจง เวทีเก็บข้อมูล และเวทีคืนข้อมูล

(1) เวทีชี้แจง ขั้นตอนแรกเป็นการจัดประชุมชี้แจงกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับแก่ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยมุ่งสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับทิศทางและแนวทางการทำงาน วัตถุประสงค์หลักคือเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายได้ร่วมคิดและร่วมวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ รวมถึงร่วมกำหนดแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพในระดับชุมชน อีกทั้งยังเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวคิดและนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

(2) เวทีเก็บข้อมูล ภายหลังการชี้แจง ทีมงานดำเนินการสำรวจความต้องการของประชาชนในมิติสำคัญ ได้แก่ มิติด้านกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม/สิ่งแวดล้อม จากนั้นจึงสรุปและจัดลำดับความต้องการของประชาชนในตำบลพระลับ กระบวนการนี้ยังเชื่อมโยงกับการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) โดยใช้วิธีสัมภาษณ์คณะทำงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ การสนทนากลุ่มกับตัวแทนประชาชน เช่น ผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน เยาวชน และเจ้าหน้าที่เทศบาล เพื่อระบุตัวชี้วัดและประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อันถือเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างความรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายและชุมชน

(3) เวทีคืนข้อมูลและกระบวนการตรวจสอบ การคืนข้อมูลเป็นขั้นตอนสำคัญที่เกิดขึ้นหลายครั้งในหลายรูปแบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถร่วมตรวจสอบ ยืนยัน หรือเสนอแนะเพิ่มเติมได้

การรับฟังความคิดเห็นต่อร่างธรรมนูญ มีการจัดเวทีประชาคมทุกหมู่บ้านเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นต่อร่างธรรมนูญสุขภาพ

การเผยแพร่ร่างและการแก้ไขเพิ่มเติม คณะกรรมการยกร่างจะนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขและจัดพิมพ์ธรรมนูญฉบับร่างแจกจ่ายให้ประชาชน เพื่อให้เกิดการพิจารณาและเสนอแก้ไขเพิ่มเติมอีกครั้ง

การพิจารณาและลงประชามติ มีการจัดเวทีประชาคมตำบลทั้ง 19 หมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนร่วมพิจารณาและลงประชามติรับรองธรรมนูญสุขภาพฉบับสมบูรณ์

การตรวจสอบและยืนยันผลการประเมิน SROI ในขั้นตอนสุดท้ายของการประเมิน SROI มีการนำร่างรายงานผลการประเมินกลับไปให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตรวจสอบและให้ความเห็น เพื่อยืนยันความถูกต้องและความสอดคล้องกับประสบการณ์ของพวกเขา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีการจัดเวทีคืนข้อมูลกับตัวแทนประชาชนในพื้นที่เพื่อยืนยันผลการประเมิน พร้อมทั้งมีการประชุมกลุ่มย่อยกับคณะทำงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ และการนำเสนอในที่ประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สรุปกระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนในลักษณะนี้ไม่เพียงแต่เป็นการรวบรวมข้อมูลหรือจัดทำธรรมนูญสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างพื้นที่สาธารณะเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูล การเสนอความคิดเห็น การตัดสินใจ ไปจนถึงการตรวจสอบและประเมินผล กระบวนการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่เชื่อมโยงทั้งความรู้ทางวิชาการและภูมิปัญญาของชุมชนเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

2) มุมมองและปฏิริยาของชุมชนต่อผลการประเมิน SROI

มุมมองและปฏิริยาของชุมชนต่อผลการประเมิน SROI และการดำเนินงานโดยรวมสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของของชุมชนอย่างแท้จริง กระบวนการนี้ไม่เพียงแต่เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงปริมาณเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการร่วมกันตีความและเติมเต็มคุณค่าที่อาจไม่ถูกนับในตัวเลขอีกด้วย

(1) การยอมรับค่า Deadweight และ Attribution ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการกำหนดค่า Deadweight (ผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นเองจากปัจจัยเดิม) และ Attribution (สัดส่วนผลลัพธ์ที่เกิดจากปัจจัยอื่นนอกเหนือจากโครงการ) ในการประเมิน SROI โดยค่าเหล่านี้ได้มาจากกระบวนการสนทนากลุ่มกับตัวแทนชุมชน ซึ่งบ่งชี้ว่าค่าที่ใช้ในการประเมินมิได้ถูกกำหนดโดยทีมวิจัยเพียงฝ่ายเดียว แต่เกิดจากความเห็นร่วมและการเห็นพ้องต้องกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จึงไม่พบการโต้แย้งต่อค่า Deadweight และ Attribution ที่กำหนดขึ้น ผลการประเมินจึงมีความน่าเชื่อถือและสะท้อนบริบทของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

(2) การยอมรับและการยืนยันผลการประเมิน ผลการประเมิน SROI ได้รับการยอมรับในระดับต่าง ๆ ของชุมชนและภาคีเครือข่าย คณะทำงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเห็นด้วยกับผลลัพธ์ส่วนใหญ่ที่ปรากฏในรายงานการประเมิน ตัวแทนประชาชนในพื้นที่ยืนยันว่าพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจริง และรู้สึกว่าคุณชนมีความน่าอยู่มากขึ้นหลังจากเข้าร่วมเวทีคืนข้อมูล ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยอมรับผลการประเมินและแสดงความสนใจที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาชุมชนในปีต่อไป การตอบสนองเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความไว้วางใจที่ชุมชนมีต่อกระบวนการประเมิน และสะท้อนถึงการรับรู้ว่าคุณชนที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อเนื่องได้จริง

(3) ข้อมูลเชิงลึกที่ชุมชนให้เพิ่มเติม นอกเหนือจากการยืนยันผลการประเมิน ชุมชนยังให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีความสำคัญต่อการตีความของทิมวิจัย เช่น คณะทำงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเสนอให้เพิ่ม “ผลกระทบด้านความภาคภูมิใจในชุมชน” เข้าไปในกรอบการประเมิน ข้อเสนอแนะนี้มีความสำคัญเพราะเป็นการขยายขอบเขตของการประเมินผลกระทบทางสังคมให้ครอบคลุมมิติทางจิตใจและคุณค่าที่ไม่ใช่ตัวเงิน ซึ่งอาจไม่ได้ถูกรวมอยู่ในกรอบการประเมินเริ่มต้น แต่มีความหมายอย่างลึกซึ้งต่อชุมชน แสดงถึงคุณค่าที่เกิดจากการรวมกลุ่มทำงานร่วมกัน การสร้างอัตลักษณ์ของพื้นที่ และการเสริมสร้างทุนทางสังคมที่ยั่งยืน

สรุป ปฏิบัติการและข้อเสนอแนะของชุมชนต่อผลการประเมิน SROI ไม่เพียงเป็นการ “รับรอง” ตัวเลขหรือผลลัพธ์เชิงปริมาณเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มพูนมิติของคุณค่าทางสังคมและจิตใจที่สะท้อนความเป็นจริงในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนจึงทำให้ผลการประเมินมีความสมบูรณ์และมีความหมายในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติการมากขึ้น

3) บทเรียนของทิมวิจัย ความท้าทายและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างความรู้ร่วมกับชุมชน

การดำเนินงานในตำบลพระลับเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนบทเรียนสำคัญในการสร้างความรู้ร่วม (co-creation of knowledge) กับชุมชนตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งเป็นหัวใจของการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพตำบล บทเรียนดังกล่าวสามารถจำแนกออกเป็นสองประเด็นหลัก ได้แก่ ความท้าทาย และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

(1) ความท้าทายในการสร้างความรู้ร่วม แม้เอกสารจะไม่ได้ระบุความท้าทายโดยตรง แต่การทำงานที่ละเอียดอ่อน ครอบคลุมทั้ง 19 หมู่บ้าน ย่อมเผชิญกับอุปสรรคหลากหลายประการ

การรวบรวมและการสร้างความเข้าใจในข้อมูลที่หลากหลาย: ทิมวิจัยต้องรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากหลายภาคส่วนและหลายประเด็น เช่น การจัดการขยะ ปัญหายาเสพติด และการดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ซับซ้อนเหล่านี้จำเป็นต้องผ่านกระบวนการวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปที่ทุกฝ่ายยอมรับ ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย

การประเมินคุณค่าที่ไม่ใช่ตัวเงิน: การตีมูลค่า “เวลา” และ “แรง” ของอาสาสมัครและคณะทำงาน รวมถึงการกำหนดค่า Deadweight และ Attribution จำเป็นต้องอาศัยการปรึกษาหารืออย่างรอบคอบ และการใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ยืดหยุ่น เพื่อให้ได้ค่าที่สะท้อนความเป็นจริงและได้รับการยอมรับจากชุมชน

การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วน: การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือจากภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน การรักษาโมเมนตัมและการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจากทุกภาคจึงเป็นความท้าทายสำคัญ

(2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างความรู้ร่วม แม้จะมีความท้าทาย แต่การดำเนินงานในตำบลพระลับยังแสดงให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้การสร้างความรู้ร่วมประสบความสำเร็จ

การยึดมั่นในหลักการ “ของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน”: ธรรมนูญสุขภาพตำบลพระลับถูกออกแบบให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคิด ค้นหา เรียนรู้ กำหนดทิศทาง จัดกิจกรรม และรับผลประโยชน์ หลักการนี้เป็นแกนแท้ของ PAR ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความมุ่งมั่นในการขับเคลื่อน

กระบวนการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องและหลากหลาย: การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การชี้แจง การสำรวจข้อมูล การยกย่อง การประชุม ไปจนถึงการคืนข้อมูล (รวมถึงการประเมิน SROI) ทำให้เกิด “การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ” (learning through action) และการตกผลึกทางความคิดร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความรู้ที่ได้รับการยอมรับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

การเปิดรับและให้คุณค่าข้อมูลเชิงลึกจากชุมชน: ทีมวิจัยเปิดรับข้อเสนอแนะของชุมชน เช่น การเพิ่มผลกระทบด้านความภาคภูมิใจในชุมชน ข้อเสนอแนะนี้ช่วยขยายขอบเขตการประเมินผลกระทบทางสังคมให้ครอบคลุมมิติทางจิตใจและคุณค่าที่ไม่ใช่ตัวเงิน ทำให้ผลการศึกษาไม่เพียงแม่นยำทางวิชาการ แต่ยังสมบูรณ์และมีความหมายต่อบริบทของพื้นที่

การสร้างกลไกและคณะทำงานที่เข้มแข็ง: การมีคณะทำงานระดับตำบลที่ประกอบด้วยจิตอาสาจากสามภาคส่วน (ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน) และได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนและการสร้างความรู้ร่วมอย่างยั่งยืน

การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาคีเครือข่าย: กระบวนการ PAR ยังช่วยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคเอกชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาในระยะยาว

(3) สรุปบทเรียน กระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนในตำบลพระลับไม่ได้เป็นเพียงการเก็บข้อมูลหรือจัดทำรายงาน แต่เป็นการเดินทางร่วมกันในการสร้าง กำหนดทิศทาง และยืนยันความรู้ ทำให้เกิดธรรมนูญสุขภาพที่เป็นของชุมชนอย่างแท้จริง และผลการประเมิน SROI ที่ได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วน ตลอดจนสะท้อนถึงพลังของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่

3.2 ผลการประเมินผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) ธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

3.2.1 บทนำและข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่

การประเมินผลกระทบทางสังคมจากธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบทางสังคมและสุขภาพและวัดผลกระทบของผลตอบแทนทางสังคมของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมประกอบด้วย คณะที่วิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนธรรมนูญในระดับพื้นที่ ได้แก่ ผอ.รพสต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม มีประเด็นในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการขับเคลื่อนธรรมนูญในพื้นที่ ประวัติและพัฒนาการธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ ประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment : SIA) รายละเอียดงบประมาณที่ดำเนินโครงการ

ตำบลนิคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งใน 21 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เดิมบริหารในรูปแบบสภาตำบล ก่อนจะยกฐานะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 โดยมีผลตามประกาศกระทรวงมหาดไทยเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2539 การยกระดับดังกล่าวช่วยให้ท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการตนเองได้คล่องตัวมากขึ้น สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่ การบริการสาธารณะ และการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสงเคราะห์มีพื้นที่ประมาณ 26,828 ไร่ หรือราว 43 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ในแนวเชื่อมต่อเมืองหลักของจังหวัด ทำให้การคมนาคมสะดวกและสัมพันธ์กับระบบเศรษฐกิจเมืองโดยรอบ พื้นที่มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลเชียงพิณทางทิศเหนือ ตำบลหนองไฮทางทิศใต้ ตำบลนาดีทางทิศตะวันออก และตำบลโคกสะอาดทางทิศตะวันตก ภายในตำบลประกอบด้วยหมู่บ้านรวม 12 หมู่ โดยหมู่ที่ 10 และบางส่วนของหมู่ที่ 7 อยู่ในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลนิคมสงเคราะห์ ส่วนหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลประกอบด้วยบ้านปากดง หนองขุ่น นาแวง นิคม 1 โนนบุญมี หนองหลัก โนนสง่า นิคมพัฒนา ส่งเสริมธรรม ศรีชมชื่น และใหม่ศรีวิไล ระยะทางจากตัวอำเภอเมืองถึงแต่ละหมู่บ้านอยู่ในช่วงประมาณ 10-19 กิโลเมตร ซึ่งเอื้อต่อการเข้าถึงบริการภาครัฐและตลาดกลางของจังหวัด

ลักษณะภูมิประเทศโดยรวมเป็นที่ราบลุ่มสลับที่ราบสูง พื้นที่โดยรอบเป็นทุ่งนาและป่าโปร่ง มีแหล่งน้ำธรรมชาติประเภทห้วย หนอง คลอง บึงกระจายอยู่ทั่วไป แต่หลายจุดตื้นเขินและกักเก็บน้ำได้ไม่นาน ส่งผลให้พื้นที่บางส่วนขาดแคลนน้ำในฤดูแล้ง ดินโดยมากเป็นดินร่วนปนทรายหรือกรวดลูกรัง ความอุดมสมบูรณ์ไม่สูงนัก แต่ยังเหมาะสมต่อการใช้ประโยชน์เพื่อการทำนา ทำไร่ ทำสวน และเป็นที่อยู่อาศัย สภาพป่าเป็นป่าโปร่ง มีไม้ขนาดเล็กขึ้นกระจาย ไม่หนาแน่น พืชพื้นล่างพบโจดและหญ้าเพ็ก รวมถึงไผ่หลายชนิด เช่น ไผ่ป่า ไผ่บง ไผ่รวก และไผ่ไร่ ซึ่งสะท้อนระบบนิเวศแห่งล่างของที่ราบสูงอีสาน

ภูมิอากาศของตำบลขึ้นกับอิทธิพลมรสุม 2 ช่วงสำคัญ กล่าวคือ มรสุมตะวันออกเฉียงเหนือในช่วงกลางตุลาคมถึงกุมภาพันธ์ ทำให้อากาศหนาวเย็นและแห้ง และมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ในช่วงกลางพฤษภาคมถึงกลางตุลาคม ทำให้เกิดฝนตกชุก ฤดูกาลแบ่งชัดเจนเป็นฤดูหนาว ฤดูร้อน และฤดูฝน โดยเดือนเมษายนมีร้อนอบอ้าวที่สุด ส่วนเดือนสิงหาคมโดยทั่วไปเป็นช่วงที่มีฝนหนาแน่น อุณหภูมิเฉลี่ยทั้งปีราว 26.8 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยประมาณ 22.0 องศาเซลเซียส และสูงสุดเฉลี่ยราว 32.4 องศาเซลเซียส ลักษณะอากาศดังกล่าวเหมาะแก่การพึ่งพาน้ำฝนเพื่อการเพาะปลูกเป็นหลัก และกำหนดปฏิทินเกษตรของพื้นที่อย่างชัดเจน

ด้านทรัพยากรน้ำเพื่อการอุปโภคและบริโภค ประชาชนส่วนใหญ่ใช้น้ำประปาหมู่บ้านและน้ำใต้ดินเป็นหลัก สำหรับการดื่มบริโภคนิยมใช้น้ำฝนและน้ำดื่มบรรจุขวด แหล่งน้ำเพื่อการเกษตรสำคัญ ได้แก่ หนองขุน หนองแวง และลำห้วยต่าง ๆ โดยคลองชลประทานผ่านเฉพาะพื้นที่บ้านศรีชมชื่นและบ้านนาแวง จึงทำให้หลายชุมชนยังประสบปัญหาขาดแคลนน้ำเพื่อการเพาะปลูกในช่วงนอกฤดูฝน ประเด็นการบริหารจัดการแหล่งน้ำ การขุดลอกหนองน้ำตื้นเขิน และการเพิ่มประสิทธิภาพกักเก็บน้ำจึงเป็นโจทย์สำคัญของพื้นที่

ข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลมีทั้งสิ้น 8,513 คน จำนวนครัวเรือน 3,284 ครัวเรือน โครงสร้างประชากรชาย 4,216 คน และหญิง 4,297 คน สะท้อนสมดุลทางเพศที่ใกล้เคียงกัน และฐานประชากรในระดับตำบลที่มีขนาดปานกลาง เมื่อกระจายตามหมู่บ้าน พบว่าหมู่บ้านขนาดใหญ่มีครัวเรือนมากกว่า 400 ครัวเรือน เช่น บ้านศรีชมชื่น ขณะที่หมู่บ้านขนาดเล็กบางแห่งมีครัวเรือนไม่ถึง 250 ครัวเรือน ความหลากหลายดังกล่าวส่งผลต่อการจัดสรรบริการสาธารณะและทรัพยากรชุมชนให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่

เศรษฐกิจท้องถิ่นพึ่งพาการเกษตรเป็นหลัก ประชาชนประมาณ 70% ประกอบอาชีพทำนา นอกนั้นทำสวนและทำไร่ ผลผลิตสำคัญได้แก่ ข้าว อ้อย และมันสำปะหลัง รวมทั้งพืชผักสวนครัว สำหรับข้อมูลเชิงผลิตและต้นทุนพบว่า การทำนาทั้งในและนอกเขตชลประทานมีผลผลิตเฉลี่ยประมาณ 450 กิโลกรัมต่อไร่ ต้นทุนเฉลี่ยราว 2,500 บาทต่อไร่ และราคาขายเฉลี่ยคิดเป็นรายได้ราว 6,750 บาทต่อไร่ ส่วนไร่อ้อยมีผลผลิตเฉลี่ยประมาณ 18,000 กิโลกรัมต่อไร่ ต้นทุนราว 7,000 บาทต่อไร่ และรายได้เฉลี่ยประมาณ 16,200 บาทต่อไร่ ขณะที่ไร่มันสำปะหลังให้ผลผลิตเฉลี่ยราว 4,000 กิโลกรัมต่อไร่ ต้นทุนราว 2,300 บาทต่อไร่ และรายได้เฉลี่ยประมาณ 8,000 บาทต่อไร่ ภาคปศุสัตว์ส่วนใหญ่เลี้ยงเพื่อบริโภคในครัวเรือนเป็นหลัก ร้อยละ 80 ของผู้เลี้ยง ส่วนการเลี้ยงเพื่อจำหน่ายพบในบางชนิด เช่น โค กระบือ สุกร ไก่ ปลา และกบ เศรษฐกิจฐานชุมชนยังมีกลุ่มอาชีพและวิสาหกิจชุมชน 12 กลุ่ม ครอบคลุมการแปรรูปสินค้าเกษตร งานหัตถกรรมทอผ้า การตัดเย็บผลิตภัณฑ์ ผ้า และผลิตภัณฑ์จากผ้า สมุนไพรพื้นบ้าน ขนมไทยและขนมพื้นถิ่น ช่วยเพิ่มมูลค่าผลผลิตและสร้างรายได้เสริมให้ครัวเรือน

ระบบบริการพื้นฐานมีความพร้อมและครอบคลุม การคมนาคมของตำบลตั้งอยู่ติดทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 210 ทั้งสองฝั่ง เชื่อมโยงระหว่างหมู่บ้านด้วยถนนลาดยางและคอนกรีตเสริมเหล็ก ทำให้การสัญจร สะดวก รวดเร็ว ยานพาหนะที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นรถยนต์ส่วนตัวและรถจักรยานยนต์ ไฟฟ้าจากการไฟฟ้าส่วน ภูมิภาคเข้าถึงทุกหมู่บ้านและทุกครัวเรือน แม้ไฟฟ้าเพื่อการเกษตรยังอยู่ระหว่างการขยายเขต น้ำประปา ครอบคลุมทั้งจากประปาส่วนภูมิภาคบางพื้นที่และระบบประปาขององค์การบริหารส่วนตำบล ทั้งจากแหล่งผิวดิน (หนองแวง หนองขุ่น) และระบบน้ำใต้ดิน บริการโทรคมนาคมเข้าถึงเกือบทั้งหมด ครัวเรือนที่มีโทรศัพท์ บ้านหรือโทรศัพท์เคลื่อนที่คิดเป็นประมาณร้อยละ 98 ครัวเรือนมีเครื่องรับโทรทัศน์หรือวิทยุร้อยละ 99.28 และมีคอมพิวเตอร์ร้อยละ 25.4 มีหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย 11 แห่ง และได้รับบริการไปรษณีย์จาก ไปรษณีย์อุตรธานี

ด้านการศึกษา มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง โรงเรียนระดับประถมศึกษา 14 แห่ง (ตามข้อมูลตาราง) และมีศูนย์การศึกษานอกระบบ ห้องสมุดประชาชน และที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้านรองรับการเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง ระบบสาธารณสุขมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หมู่บ้าน 1 แห่ง อัตราการมีและใช้ส้วมราด น้ำครอบคลุมร้อยละ 100 สะท้อนมาตรฐานสุขภาพในระดับครัวเรือนที่ดี ด้านความปลอดภัยในชุมชน พบสถิติ คดีอาชญากรรมทรัพย์สิน 10 คดี และคดีอาชญากรรมทางร่างกาย 1 คดีในปี 2559 ส่วนปัญหาอาชญากรรมมี ผู้ค้ายาบ้ารายย่อย 8 ราย และผู้เสพยาที่เข้าสู่กระบวนการบำบัด 20 ราย ซึ่งเป็นประเด็นที่ชุมชนและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องยังคงต้องเฝ้าระวังและจัดการอย่างต่อเนื่อง

ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99 มีศาสนาอื่นร่วมอยู่ด้วย ได้แก่ คริสต์และอิสลาม วิถี ชีวิตและวัฒนธรรมสืบทอดตามชนบอีสาน โดยเฉพาะประเพณีฮีตสิบสอง-คลองสิบสี่ และประเพณีสู่ขวัญ บายศรีที่ผูกโยงกับโอกาสสำคัญของชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่นปรากฏเด่นในงานจักสานเครื่องใช้ การทอผ้าและ เสื่อกก ส่วนสินค้าพื้นเมืองและของที่ระลึก ได้แก่ ผ้าขาวม้า ผ้าทอมือ และผ้ามัดหมี่ แหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญ ในพื้นที่ อาทิ หนองขุ่น หนองแวง หนองปุดา รวมถึงสระน้ำและลำห้วยต่าง ๆ เป็นฐานทรัพยากรที่หล่อเลี้ยง วิถีเกษตรของชุมชน

โดยภาพรวม ตำบลนิคมสงเคราะห์เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีฐานเกษตรเข้มแข็ง เชื่อมโยงกับ เครือข่ายเศรษฐกิจเมืองผ่านโครงสร้างพื้นฐานที่พร้อมพอสมควร จุดแข็งอยู่ที่ทุนสังคม วัฒนธรรม และ เครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ขณะที่ความท้าทายสำคัญคือการจัดการน้ำเพื่อการเกษตรในฤดูแล้ง การยกระดับ ผลผลิตและมูลค่าเพิ่มทางการเกษตร การขยายไฟฟ้าเพื่อการเกษตร และการเฝ้าระวังปัญหาสังคมสมัยใหม่ หากสามารถขับเคลื่อนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานน้ำและพลังงานควบคู่กับการยกระดับทักษะอาชีพและการ แปรรูปเพิ่มมูลค่า ตำบลนิคมสงเคราะห์ย่อมมีศักยภาพเติบโตอย่างสมดุลและยั่งยืน โดยยังคงรักษาอัตลักษณ์ วัฒนธรรมอีสานที่เป็นรากฐานของชุมชนไว้ได้อย่างแข็งแรง

3.2.2 เนื้อหาในธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ อ.เมือง จ.อุดรธานี

ธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ จัดทำโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสงเคราะห์ จังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นเครื่องมือดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนที่แม้จะเป็น "ชุมชนเข้มแข็ง" แต่ยังมีปัญหาโรคที่ป้องกันได้ โรคไม่ติดต่อ และสารเสพติด ธรรมนูญนี้อ้างอิงพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 โดยเน้น หลักการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเอง ของทุกภาคส่วน มีเป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาพที่ดีของชาวตำบลนิคมสงเคราะห์ใน 5 ปีข้างหน้า ภายใต้ปรัชญา "ชาวตำบลนิคมสงเคราะห์ร่วมสามัคคีมุ่งมั่น สร้างสรรค์พัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อยกระดับชาวประชาสู่อาเซียน" และมี "สำนักธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์" เป็นองค์กรขับเคลื่อน

ธรรมนูญนี้เป็นกรอบและแนวทางสำหรับทุกภาคส่วนในตำบลในการกำหนดนโยบายและดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยครอบคลุมหมวดสำคัญ เช่น ปรัชญาและเป้าหมาย (คนมีสุขภาพสมดุลทั้งกาย จิต ปัญญา สัมพันธภาพ ภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียง) การจัดหลักประกันคุ้มครองสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคาม การบริการสาธารณสุข การส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น/การแพทย์แผนไทยและทางเลือก (รวมถึงการปลูกกัญชาทางการแพทย์ในครัวเรือน) การคุ้มครองผู้บริโภค และการสนับสนุนด้านการเงินการคลังจาก อบต. ในทุกปี

คำสำคัญที่นิยามไว้ในธรรมนูญนี้ประกอบด้วย "สุขภาพ" (ภาวะสมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม) "สุขภาพะ" (การมีชีวิตที่ดีมีคุณธรรม) "การมีส่วนร่วม" (ประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ร่วมคิด วางแผน ดำเนินการ และรับผิดชอบ) "ธรรมาภิบาล" (การบริหารจัดการที่ดี มีความโปร่งใสและรับผิดชอบ) "เศรษฐกิจพอเพียง" (ความพอประมาณ มีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกัน) และ "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" (การทำงานข้ามภาคส่วนเพื่อสุขภาพ) มาตรการที่เป็นรูปธรรมและเน้นการปฏิบัติ เช่น การห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานศพและวันพระใหญ่ ห้ามใช้สารเคมีเกษตรอันตราย (ไกลโฟเซต คลอร์ไพริฟอส พาราควอต) ควบคุมความเร็วรถในหมู่บ้านไม่เกิน 30 กม./ชม. ห้ามเผาอ้อย และการคัดแยกขยะต้นทางในทุกครัวเรือน ผู้ฝ่าฝืนมีบทลงโทษ ตั้งแต่ว่ากล่าวตักเตือน การบำเพ็ญประโยชน์ หรือปรับ 500 บาท ในกรณีฝ่าฝืนข้อห้ามเผาอ้อย

การแก้ไขธรรมนูญต้องมีประชาชนในพื้นที่หรือคณะกรรมการฯ เสนอ และต้องผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากสาธารณะ คณะกรรมการสำนักธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ ซึ่งมีนายก อบต. เป็นผู้อำนวยการ และมีผู้แทนจากหลายภาคส่วน อาทิ ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้แทนผู้สูงอายุ เยาวชน คนพิการ พระภิกษุ อสม. ภาคประชาชน และผู้ใหญ่บ้าน ทำหน้าที่ขับเคลื่อนธรรมนูญนี้ โดยมีวาระ 4 ปี

3.2.3 การกำหนดขอบเขตและระบุเงินลงทุน (Scoping & Identifying Inputs)

ขั้นตอนนี้เปรียบเสมือนการตั้งหลักของการประเมินทั้งหมด เราต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าเรากำลังจะประเมิน "อะไร" "เพื่ออะไร" และ "มีต้นทุนเท่าไร" ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็รรากฐานสำคัญในการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปทั้งหมด การระบุเงินลงทุนหรือต้นทุนทั้งหมดให้ครบถ้วนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนี่คือตัวหารในการคำนวณค่า SROI ในขั้นตอนสุดท้าย

ข้อมูลทั่วไปของธรรมนูญสุขภาพ

- **ชื่อธรรมนูญสุขภาพ:** ธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์
- **พื้นที่ดำเนินการ:** องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสงเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- **ระยะเวลาที่ประเมิน:** ตั้งแต่ปี 2564 ถึงปี 2566
- **ประเด็นขับเคลื่อนหลัก:** การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

การระบุเงินลงทุนทั้งหมด (Total Investment)

ตารางที่ 3.13 แสดงเงินทุนทั้งหมดแยกตามประเภท

ประเภทของเงินลงทุน (Inputs)	คำอธิบาย	จำนวนเงิน (บาท)
1. งบประมาณที่เป็นตัวเงิน (Financial Contributions)		
งบประมาณจาก อบท./ภาครัฐ	เงินที่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพตำบล	30,000
งบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ จำนวน 1 คน x 1 ครั้ง x 4,500 บาท (วิทยาลัยการศึกษาดลลตชีวิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564)	4,500
2. ทรัพยากรที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-Financial Contributions)		
เวลาของอาสาสมัคร/คณะทำงาน (Volunteer Time) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือการยอมรับว่านี่คือ "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อนภาพความพยายามที่แท้จริงทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) คณะกรรมการยกร่าง 60 คน x 3 ครั้ง x 328 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดอุดรธานี ปี 2564)	59,040

ประเภทของเงินลงทุน (Inputs)	คำอธิบาย	จำนวนเงิน (บาท)
เข้าร่วมเวทีประชาคมรับรอง ธรรมนูญสุขภาพตำบล	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือ การยอมรับว่าเป็น "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อน ภาพความพยายามที่แท้จริงทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) ประชาชนที่มาร่วมประชาคม 80 คน x 12 ครั้ง x 328 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำ จังหวัดอุดรธานี ปี 2564)	314,880
ประชุมทบทวน	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือ การยอมรับว่าเป็น "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อน ภาพความพยายามที่แท้จริงทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) ประชุมทบทวน 60 คน x 1 ครั้ง x 328 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดอุดรธานี ปี 2564)	19,680
เข้าร่วมเวทีประกาศใช้ ธรรมนูญสุขภาพตำบล	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือ การยอมรับว่าเป็น "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อน ภาพความพยายามที่แท้จริงทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) ประกาศใช้ 60 คน x 1 ครั้ง x 328 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดอุดรธานี ปี 2564)	19,680
รวมเงินลงทุนทั้งหมด (Total Investment)		447,780

ขั้นตอนต่อไป ตัวเลข "รวมเงินลงทุนทั้งหมด" นี้ คือตัวหารสำคัญที่จะถูกนำไปใช้ เพื่อคำนวณ
อัตราส่วน SROI

3.2.4 การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change - ToC)

(ประยุกต์จากเศรษฐภูมิ บัวทอง, เกศกุล สระแก้ว, และบุญฤทธิ์ พานิชเจริญ, 2564)

ถ้าชุมชนตำบลนิคมสงเคราะห์ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพในพื้นที่แล้วพัฒนาธรรมนุญสุขภาพตำบลจนเกิดเป็นข้อตกลงร่วมและกลไกขับเคลื่อนที่เข้มแข็ง จะทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและทันทั่วทั้งที่ ระบบการดูแลระยะยาวมีประสิทธิภาพ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างราบรื่นแล้วนั้น ชุมชนก็จะสามารถจัดการปัญหาสุขภาพและลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ นำไปสู่การเป็นตำบลแห่งสุขภาวะที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ตารางที่ 3.14 แสดงผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment : SIA) ธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
ปี 2564	-องค์ความรู้ของธรรมนูญสุขภาพ มองเห็นความหวังในการดูแลผู้ป่วย -งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน 1. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 20,000 X12 หมู่บ้าน 2. กองทุนหลักประกันสุขภาพ 300,000 บ. 3. งบต่อหัวประชากร 6,000/หัว -การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก งบพระราชดำริ งบกองทุน	-การเตรียมความพร้อมพื้นที่ รับฟัง -ประเมิน ลงเยี่ยม -รวบรวมข้อมูล ADL เกณฑ์วัดผู้ป่วย ให้ความรู้ -ธรรมนูญสุขภาพ ผ่านหอกระจายข่าว	บริบทที่ยอมรับกันได้ -มาตรการในการดำเนินการ -เอกสาร แผนในการดำเนินการ -ประกาศของ อบต. -เครือข่าย ศึกษาดูงาน -ความสามัคคี -อุปกรณ์ที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลสุขภาพ (ศูนย์	-ชาวบ้าน เกิดการป้องกัน -ผู้ป่วย -ญาติ ต้องพาไปหาหมอ ชื่อของ มี CG บริบาลที่ อบต.จ้าง มี CM ผู้จัดการ ผู้ป่วยติดเตียง รพ.อุดร ต้องตรวจติดตาม แบ่งเบา รายจ่าย - อบต. - ผู้ใหญ่บ้าน -ภาคเอกชนของชุมชน	-ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ LTC (กองทุนหลักประกันสุขภาพ) 63=300,000 64=100,000 65=100,000) หาตัวเลขบ LTC ผู้ป่วย 67=90 คน 68=65 คน	-ชาวบ้านมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้น -ลดค่าใช้จ่ายจากหลายพัน -เบิกอุปกรณ์มาเพื่อทำการดูแลระยะใช้ หนึ่งเดือน -จำนวนผู้ป่วยที่ลดลง -ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น -ลดความแออัดของโรงพยาบาล -ความพึงพอใจของประชาชนต่อธรรมนูญสุขภาพ -ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพมากขึ้น	-มีความสุขมากขึ้น มีความเอื้อเฟื้อสามัคคีมากขึ้น -ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในรพ. -เพิ่มความสนใจให้กับอบสม.ในพื้นที่ในการสื่อสารให้ความช่วยเหลือ ปชช.ในพื้นที่ -มีนโยบายและแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ -สุขภาพผู้คนในพื้นที่ดีขึ้น -เจ็บจนทนเอา ปัจจุบัน กล้าคิดกล้า

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
	หลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น หัวละ 6,000 บ. ปชก. กองทุนหลักประกัน สุขภาพ -เครื่องมือและวิธีการ สถานการณ์ยาเสพติด เรื่องการเผา ขยะ -บุคลากรที่สำคัญในการ เคลื่อนขบวนสุขภาพ มี ผู้นำที่ดี - ได้สร้างศูนย์ LQ สถาน กักกันโรคท้องถิ่น ค่าอาหารผู้ป่วย ผู้ดูแล ค่า ไฟ ค่าจัดการขยะติดเชื้อ นำยาฆ่าเชื้อ ประมาณ 5,000,000 บาท		สาธารณสุขมูล ฐาน)		-ประชาชนเข้าถึงบริการ สุขภาพได้มากขึ้นทั่วถึง ขึ้น เตียง 10 หมุนเวียนและ ผู้ป่วยติดเตียงได้ 20-35 คนต่อปี พัฒนาระบบดูแล สุขภาพของชุมชน -ทุกคนมีส่วนร่วม ผู้นำ (คิดโครงการ จัดหาของ ที่ขาดแคลน ถึง อ็อกซิเจน ขอ		ทำกล้าแสดงออกกล้า สเรียกร้องและ ปกป้องสิทธิของ ตนเองมากขึ้น -ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ที่และค่านิยมในการ ดูแลสุขภาพคนใน ชุมชน

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
	ชุดตรวจ ATK /ถุงแดง/ ถุงมือ/ชุด PPE งบหมู่บ้าน พระราชดำริ สสส การจัดการขยะ 100,000 / ออกกำลังกาย หมู่บ้านละ 30,000x2 หมู่บ้าน สปสช. กองทุนตำบล มีทุก ปี พอช. ฝึกปลอดภัย 35,000 บ.				งบประมาณเพิ่มเติม 8,000x12หมู่บ้าน) อสม. (คณะกรรมการก่อ ทุนหมู่บ้านของบ หลักประกันสุขภาพ) บริบาล ต่างๆ มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหา สุขภาพผู้ป่วย -จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการที่ รพสต.ลดลง 40 คนต่อวัน =1200 คน โรคเรื้อรังจำนวนคงเดิม ผู้ป่วยใหม่ไม่เพิ่มขึ้น -วัสดุอุปกรณ์ ยาและสิ่ง สนับสนุนสำหรับการ ดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (เดิม-		

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
					ไม่ทั่วถึง เข้าไม่ถึงบริการ สุขภาพ ต้องไปรพ.อย่าง เดียว หลังมีธรรมนูญ - บริการอสม.มีให้ ชาวบ้านมากขึ้น จาก 1 เป็น 5 อย่าง ผ่านการ คัดกรอง อสม. อังคาร ละ 60 คน เดือนละ 240 คน//อสม.1คน สัปดาห์ละ 10 คน เดือน=40 คน) จากเดิม 0 เป็น 240 คนต่อเดือน -เพิ่มคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในพื้นที่ -ความพึงพอใจของ ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยPRT ปีละ 20 คน		

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
					-ชุมชนพึ่งพิงตนเองใน ด้านสุขภาพมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยประคับ คองในพื้นที่มากขึ้น		
ปี 2565	ชุมชนนำอยู่ ประเด็นขยะ หมู่ 4 และหมู่ที่ 7	-การเตรียมความ พร้อมพื้นที่ รับฟัง -ประเมิน ลงเยี่ยม ให้ความรู้ -ธรรมนูญสุขภาพ ผ่านหอกระจายข่าว	- ชุมชนมี มาตรการในการ จัดการขยะที่ ถูกต้อง - ประชาชน ได้รับความรู้ใน การจัดการขยะ เช่น การคัดแยก ขยะ - ประชาชน ทราบถึง ประโยชน์ในการ จัดการขยะ	- คนในชุมชน - ผู้นำ - องค์การบริหารส่วน ตำบล (อบต.)	-ชุมชนเกิดการจัดการ ขยะที่ถูกต้อง - สิ่งแวดล้อมในชุมชนดี ขึ้น เพราะมีการบริหาร จัดการขยะที่ถูกต้อง - คนในชุมชนเกิด ความรู้สึกรักเป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วมในการ ดูแลรักษาชุมชนของตน	-ชาวบ้านมีความเข้าใจในการ จัดการขยะ -ลดขยะในชุมชน -ความพึงพอใจของประชาชน ต่อชุมชนในการจัดการ สิ่งแวดล้อม -ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับ ขยะเพิ่มมากขึ้น	- ประชาชนมี ความสุขในการอยู่ ร่วมกันในชุมชน -คนในชุมชนมี สุขภาพกายและ สุขภาพจิตที่ดีจาก สิ่งแวดล้อมที่ดีใน ชุมชน

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
			พร้อมกับสร้างรายได้ -มีการสร้างเครือข่าย ศึกษา ดูงาน -ชุมชนเกิดความสามัคคี				
ปี 2566	ภาคเอกชน มอบเครื่องวัดความดัน รถกู้ชีพพร้อมอุปกรณ์ น้ำ อาหาร อุปกรณ์จำเป็น	-ชุมชนเตรียมความพร้อมในการรับมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในพื้นที่โดยประสานหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ที่มีความเกี่ยวข้อง	-ชุมชนมีรถกู้ชีพเพื่อใช้ประโยชน์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ในชุมชน	- ชาวบ้าน - ผู้ป่วย - ญาติผู้ป่วย - อบต. - ผู้ใหญ่บ้าน - ภาคเอกชน	- ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในชุมชน - ประชาชนเข้าถึงบริการจากชุมชนผ่านรถกู้ชีพได้ - เกิดการพัฒนาการดูแลสุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้น -เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่	- มีรถกู้ชีพในชุมชน - ชุมชนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น - ลดความช่วยเหลือของโรงพยาบาล	- ชุมชนมีความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตมากขึ้น - พื้นที่ได้มีการประสานงานกับโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อตรวจสอบดูแลรถกู้ชีพ -ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่และค่านิยมในการ

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
					- ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมี ความพึงพอใจในการ ดูแลของชุมชน		ดูแลสุขภาพคนใน ชุมชน

จากตารางที่ 3.14 สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ส่วนนี้หมายถึงสิ่งที่ถูกลงทุนหรือใส่เข้าไป เช่น ความรู้เรื่องธรรมนูญสุขภาพงบประมาณจากหน่วยงานรัฐและท้องถิ่น เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากรผู้นำ และพลังของชุมชน การมีทุนเหล่านี้ถือเป็นจุดตั้งต้นของการดำเนินการ

กิจกรรมหลัก (Activities) จากปัจจัยนำเข้า ได้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเตรียมพื้นที่ การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การประชุมชุมชน การประกาศใช้ธรรมนูญผ่านช่องทางต่าง ๆ ตลอดจนการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการจัดการขยะอันตราย กิจกรรมเหล่านี้คือสิ่งที่ทำจริงในพื้นที่

ผลผลิต (Outputs) สิ่งที่เกิดขึ้นตรงหน้าในระยะสั้น เช่น มีแผนงานและเอกสารที่ชัดเจน เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกัน มีศูนย์โฮมฮักรองรับผู้ป่วยโควิด มีมาตรการและประกาศอย่างเป็นทางการ รวมถึงอุปกรณ์และทรัพยากรสำหรับดูแลผู้ป่วยที่ครบถ้วน

ผู้ใช้ประโยชน์ (Users) ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อสม. องค์การบริหารส่วนตำบล รวมถึงภาคเอกชน ซึ่งทุกกลุ่มต่างได้รับประโยชน์ในรูปแบบที่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์ (Outcomes) คือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากผลผลิต เช่น ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและความยุ่งยาก ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและทั่วถึงมากขึ้น ระบบดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ชุมชนมีความสามัคคีและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น ลดการแพร่กระจายโรค ลดขยะอันตราย และลดความแออัดของโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (Indicators) ใช้ตัวเลขหรือข้อมูลที่ตรวจสอบได้ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ลดลง จำนวนเตียงและอุปกรณ์ที่หมุนเวียนใช้งานได้ จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประเมินค่าใช้จ่ายที่ลดลง รวมถึงระดับความพึงพอใจของประชาชน

ผลกระทบ (Impacts) ในระยะยาว การดำเนินงานส่งผลให้สุขภาพของคนในพื้นที่ดีขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวและระบบสาธารณสุข เกิดความภาคภูมิใจและความร่วมมือของชุมชนมากขึ้น และที่สำคัญคือทำให้ประชาชนกล้าที่จะปกป้องสิทธิด้านสุขภาพของตนเอง

การวัดผลและตีมูลค่าผลกระทบ (Impact Measurement and Valuation)

นี่คือขั้นตอนที่เป็นหัวใจของการคำนวณ SROI เราจะนำ "ผลลัพธ์ (Outcomes)" ที่ระบุไว้ใน ToC มาหา "ตัวชี้วัด (Indicators)" ที่จับต้องได้ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูล "ก่อน" และ "หลัง" การดำเนินงาน จากนั้น เราจะทำ "ตีมูลค่า (Valuation)" การเปลี่ยนแปลงนั้นให้เป็นตัวเงิน โดยใช้สิ่งที่เรียกว่า "ค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy)"

การวัดผลกระทบ: การระบุตัวชี้วัดและรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนนี้ ให้ท่านนำผลลัพธ์ (Outcomes) จาก ToC มากำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดผลได้ จากนั้นรวบรวมข้อมูลเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 3.15 แสดงบันทึกผลกระทบ (Impact Ledger) ตำบลนิคมสงเคราะห์

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การเปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)	หมายเหตุ
อสม.	การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง	ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น	116 คน	70 คน	116 คน	46 คน	คิดบนสมมติฐานว่าความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเท่ากันแล้วคำนวณให้ได้ข้อมูลจากฐานร้อยละของความรู้ที่มีอยู่เดิมซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
กลุ่มผู้นำ	ความรู้เรื่องธรรมนูญสุขภาพ	มีความรู้การจัดทำธรรมนูญสุขภาพเพิ่มขึ้น	68 คน	34 คน	68 คน	34 คน	คิดบนสมมติฐานว่าความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเท่ากันแล้วคำนวณให้ได้ข้อมูลจากฐานร้อยละของความรู้ที่มีอยู่เดิมซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
ญาติผู้ป่วย	การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง	ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น	60 คน	30 คน	60 คน	30 คน	คิดบนสมมติฐานว่าความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเท่ากันแล้วคำนวณให้ได้ข้อมูลจากฐานร้อยละของความรู้ที่มีอยู่เดิมซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การเปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)	หมายเหตุ
	ค่าเสียเวลา (กรณีที่ให้ญาติพาไป)	ค่าเสียเวลาน้อยลง	314,880 บาท (160 คน x 6 ครั้ง x 328 บาท ต่อปี)	157,440 บาท (160 คน x 3 ครั้ง x 328 บาท ต่อปี)	314,880 บาท (160 คน x 6 ครั้ง x 328 บาท ต่อปี)	157,440 บาท (160 คน x 3 ครั้ง x 328 บาท ต่อปี)	
	ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	ค่าเสียเวลาน้อยลง	1,482,000 บาท (65 คน x 1,900 บาท x 1 ครั้ง x 12 เดือน)	0	1,482,000 บาท (65 คน x 1,900 บาท x 1 ครั้ง x 12 เดือน)	0	
อาสาสมัครบริหาร	การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง	ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น	2 คน	1 คน	2 คน	1 คน	สัมภาษณ์อาสาสมัครบริหาร
ผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง (NCD)	ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเอง	ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองได้ดีขึ้น	240 คน	120 คน	240 คน	120 คน	สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตัวเอง
รพ.สต.	ภาพรวมค่ายาของ รพ.สต. ที่ลดลงจากการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพดีขึ้น	ค่ายาของ รพ.สต. ลดลง	1,151,168.70 บาท (ข้อมูล ปี 2565)	913,298.70 บาท (ข้อมูล ปี 2566)	1,151,168.70 บาท (ข้อมูล ปี 2565)	237,870 บาท	ข้อมูลจากสถิติผู้ป่วย รพ.สต. นิคมสงเคราะห์

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การเปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)	หมายเหตุ
ผู้ป่วยที่มารักษา	การลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย	ค่าเดินทางที่ลดลง	120,000 บาท (200 คน x 600 บาท ต่อปี)	60,000 บาท (200 คน x 300 บาท ต่อปี)	120,000 บาท (200 คน x 600 บาท ต่อปี)	60,000 บาท (200 คน x 300 บาท ต่อปี)	สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองและญาติผู้ป่วย
รถกู้ชีพ	พื้นที่มีรถกู้ชีพสำหรับประชาชน	มีรถกู้ชีพในพื้นที่	950,000 บาท	0	950,000 บาท	0	ข้อมูลจาก รพ.สต. นิคมสงเคราะห์
ประชาชน	ศูนย์โฮมฮักพื้นที่เกิดศูนย์โฮมฮักเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด 19	เกิดศูนย์โฮมฮักเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด 19	5,000,000 บาท	0	5,000,000 บาท	0	ข้อมูลจาก รพ.สต. นิคมสงเคราะห์
การจัดการขยะอันตราย	ประชาชนมีความรู้ในการจัดการขยะอันตราย	ประชาชนมีความรู้ในการจัดการขยะอันตรายเพิ่มขึ้น	100,000 บาท	10,000	100,000 บาท	10,000	คิดบนสมมติฐานว่าความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเท่ากันแล้วคำนวณให้ได้ข้อมูลจากฐานร้อยละของความรู้ที่มีอยู่เดิมซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
รถขยะติดเชื้อ	พื้นที่มีรถเก็บขยะติดเชื้อ	มีรถเก็บขยะติดเชื้อ	1,050,000 บาท	157,500	1,050,000 บาท	157,500	ข้อมูลจาก รพ.สต. นิคมสงเคราะห์

3.2.5 การตีมูลค่าผลกระทบ

หลังจากที่เราเห็น "การเปลี่ยนแปลง" ที่เกิดขึ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการแปลงการเปลี่ยนแปลงนั้นให้เป็นมูลค่าทางการเงิน การเลือกใช้ค่าแทนทางการเงินที่เหมาะสมและมีที่มาที่น่าเชื่อถือ เป็นสิ่งที่จะทำให้ผลการประเมิน SROI ของท่านได้รับการยอมรับ

ในกรณีของการอบรมเพิ่มความรู้ของแต่ละรายการเป็นราคากลางที่เทียบเคียงกับช่วงเวลาในการดำเนินการ ธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งแม้ความเป็นจริงแล้วการส่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าอบรมจะไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ในการดำเนินการของเจ้าของงบประมาณจะมีค่าดำเนินการต่าง ๆ เช่น ค่าวิทยากร ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร ซึ่งในส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับภาระนั้น แต่ยังคงถือว่าเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้น จึงปรากฏในตาราง

ขั้นตอนต่อไป: เมื่อท่านคำนวณมูลค่าของผลกระทบแต่ละรายการแล้ว ให้รวมมูลค่าทั้งหมด เราจะได้ "มูลค่าผลกระทบรวม" ซึ่งจะถูกนำไปปรับค่าใน ส่วนที่ 5 ต่อไป

ตารางที่ 3.16 การตีมูลค่าผลกระทบ

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	จำนวน	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่าผลประโยชน์
1	อสม.มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	46 คน	46 คน x 3,000 บาท/คน (Basic Care Training) (สภาวิชาชีพไทย มปป.)	138,000 บาท
2	กลุ่มผู้นำมีทักษะความรู้ในการทำธรรมนูญเพิ่มขึ้น	34 คน	34 คน x 4,500 บาท (วิทยาลัยการศึกษาตลอดชีวิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564)	153,000 บาท
3	ญาติผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง	30 คน	30 คน x 3,000 บาท/คน (Basic Care Training) (สภาวิชาชีพไทย มปป.)	90,000 บาท
4	ญาติผู้ป่วยประหยัดค่าเสียเวลาเพิ่มขึ้น	157,440 บาท/ปี	157,440 บาท (Opportunity Cost Savings) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ 2568)	157,440 บาท/ปี
5	ญาติผู้ป่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	1,482,000 บาท/ปี	1,482,000 บาท (Direct Care Cost Savings) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ 2568)	1,482,000 บาท

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	จำนวน	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่าผลประโยชน์
6	อาสาสมัครบริหารมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	1 คน	5,000 บาท/คน (Volunteer Care Training) x 1 คน x 12 เดือน (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ 2568)	60,000 บาท
7	ผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ลดลงและมีสุขภาพดีขึ้น	120 คน	120 คน x 1,200 บาท/คน/ปี (Avoided Medical Cost) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2567)	144,000 บาท
8	ภาพรวมค่ายาของ รพ.สต. ลดลงจากการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น	237,870 บาท	237,870 บาท (Direct Cost Savings) ข้อมูลจากเอกสารของ รพ.สต.	237,870 บาท
9	ผู้ป่วยที่มารักษาสามารถลดค่าใช้จ่ายของตนเองได้	60,000 บาท/ปี	60,000 บาท/ปี (Direct Transport Savings) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ 2568)	60,000 บาท/ปี
10	พื้นที่มีรถกู้ชีพบริการสำหรับประชาชน	950,000 บาท	950,000 บาท/ปี (Direct Transport Savings) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ 2568)	950,000 บาท
11	พื้นที่เกิดศูนย์โฮมฮักเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด 19	5,000,000 บาท	5,000,000 บาท/ปี (Direct Transport Savings) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ 2568)	5,000,000 บาท
12	การจัดการขยะอันตราย	100,000 บาท	100,000 บาท/ปี (Direct Transport Savings)	100,000 บาท

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	จำนวน	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่า ผลประโยชน์
			(สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมกรรมนุญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ 2568)	
13	รถขยะติดเชื้อ	1,050,000 บาท	1,050,000 บาท/ปี (Direct Transport Savings) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมกรรมนุญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ 2568)	1,050,000 บาท
รวม				9,622,310

3.2.6 การปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment)

เพื่อให้การประเมินมีความน่าเชื่อถือและไม่กล่าวอ้างเกินจริง เราจำเป็นต้องปรับลดมูลค่าผลกระทบรวมที่คำนวณได้จากส่วนที่ 4 ด้วยปัจจัย 4 ประการ ซึ่งเป็นหลักการมาตรฐานของ SROI เพื่อให้ได้มูลค่าผลกระทบที่เกิดจากกรรมนุญสุขภาพของเรา "จริงๆ"

ตารางที่ 3.17 แสดงผลการปรับค่าผลกระทบ

ลำดับ	รายการผลกระทบ	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัย อื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหัก อัตราการ ลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจากปรับ ค่าผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
1	อสม.มีความรู้ ในการดูแล ผู้ป่วย	46 คน x 3,000 บาท/ คน (Care Training Cost) = 138,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิม 60%	-สสส. 2% (งบประมาณ) -สสจ. 2% (ความรู้) -สปสช. 4%	44,160		44,160	(สภาประชา ชาติไทย มปป.)

ลำดับ	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัย อื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหัก อัตราการ ลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจากปรับ ค่าผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
				-เครือข่าย ธรรมนุญ สุขภาพ 32%				
2	กลุ่มผู้นำมี ทักษะความรู้ เพิ่มขึ้น	34 คน x 4,500 บาท = 153,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิม 50%	-สสส. 5% - ฝ่ายปกครอง และ พช. 10% -พอช. 5% -พมจ. 5% อุดรธานี -เครือข่าย ธรรมนุญ สุขภาพ 25%	38,250		38,250	(วิทยาลัย การศึกษา ตลอดชีวิต มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. 2564)
3	ญาติผู้ป่วยมี ความรู้ในการ ดูแลผู้ป่วย ภาวะพึ่งพิง	30 คนx 3,000 บาท/ คน = 90,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิม 50%	-เครือข่าย ธรรมนุญ สุขภาพตำบล 40% -สื่อออนไลน์ 5% -รพ.ศูนย์ อุดรธานี 5%	36,000		36,000	(สภากาชาด ไทย มปป.)
4	ญาติผู้ป่วย (ค่าเสียเวลา)	157,440 บาท/ปี	ความรู้และ ทักษะเดิม 50%	-เครือข่าย ธรรมนุญ	62,976		62,976	(สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง

ลำดับ	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัย อื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหัก อัตราการ ลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจากปรับ ค่าผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
				สุขภาพต่ำบล 40% - พม. 5% -รพ. ศูนย์อุดร 5%				สังคม ธรรมนุญ สุขภาพ ต่ำบลนิคม สงเคราะห์ 2568)
5	ญาติผู้ป่วยลด ค่าใช้จ่ายใน การดูแลผู้ป่วย	1,482,000 บาท/ปี	ความรู้และ ทักษะเดิม 50%	-เครือข่าย ธรรมนุญ สุขภาพต่ำบล 40% -รพ.ศูนย์ อุดรธานี 5% -สสส. 5%	592,800		592,800	(สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคม ธรรมนุญ สุขภาพ ต่ำบลนิคม สงเคราะห์ 2568)
6	อาสาสมัคร บริบาล	1 คน x 5,000 บ. X 12 เดือน = 60,000 บาท	สิ่งที่ต้อง ดำเนินการอยู่ แล้ว 40%	-เครือข่าย ธรรมนุญ สุขภาพต่ำบล 42% -พม. 9% -รพ.ศูนย์ อุดรธานี 9%	25,200		25,200	(สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคม ธรรมนุญ สุขภาพ ต่ำบลนิคม สงเคราะห์ 2568)

ลำดับ	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัย อื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหัก อัตราการ ลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจากปรับ ค่าผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
7	ผู้ป่วยที่ไม่เป็น โรคติดต่อ เรื้อรัง (NCD)	120 คน x 1,200 บาท = 144,000 บาท	สิ่งที่ต้อง ดำเนินการอยู่ แล้ว 50%	-เครือข่าย ธรรมนูญ สุขภาพตำบล 40% -รพ.ศูนย์ อุดรธานี 5% -สสส. 5%	57,600		57,600	(สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคม ธรรมนูญ สุขภาพ ตำบลนิคม สงเคราะห์ 2568)
8	ภาพรวมค่ายา ของ รพ.สต. ลดลงจากการ ที่ผู้ป่วย สามารถดูแล สุขภาพได้ดีขึ้น	237,870 บาท			237,870 บาท		237,870	(สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคม ธรรมนูญ สุขภาพ ตำบลนิคม สงเคราะห์ 2568)
9	ผู้ป่วยที่มา รักษา	60,000 บาท/ ปี	สิ่งที่ต้อง ดำเนินการอยู่ แล้ว 50%	-เครือข่าย ธรรมนูญ สุขภาพตำบล 40% -รพ.ศูนย์ อุดรธานี 5% -สสส. 5%	24,000		24,000	จากการ สนทนากลุ่ม ตัวแทนญาติ ผู้ป่วย

ลำดับ	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัย อื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหัก อัตราการ ลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจากปรับ ค่าผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
10	รถกู้ชีพ	950,000 บาท	ความรู้และ ทักษะเดิม 0	-เครือข่าย ธรรมนูญ ตำบล 100%	950,000		950,000	(สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคม ธรรมนูญ สุขภาพ ตำบลนิคม สงเคราะห์ 2568)
11	ศูนย์โฮมฮัก (เวรยาม ค่าอาหาร วัสดุควบคุม โรค ทำความ สะอาด ขยะ ติดเชื้อ น้ำไฟ สาธารณสุขปึก ปรับปรุง โครงสร้าง พื้นฐานเพื่อ รองรับผู้ป่วย)	5,000,000 บาท	สถานการณ์โค วิด 19 =70%	-เครือข่าย ธรรมนูญ ตำบล 25.5% -จังหวัด 1.5% -ประชาชน 1.5% -กระทรวง สาธารณสุข 1.5%	1,275,000		1,275,000	(สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคม ธรรมนูญ สุขภาพ ตำบลนิคม สงเคราะห์ 2568)
12	การจัดการ ขยะอันตราย	100,000 บาท	สถานการณ์โค วิด 19 = 80%	-เครือข่าย ธรรมนูญ ตำบล 10% -อบจ. 10%	10,000		10,000	(สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคม

ลำดับ	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่า ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัย อื่น)	มูลค่าสุทธิ ก่อนหัก อัตราการ ลดลงของ ผลประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่าสุทธิ หลังจากปรับ ค่าผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
								ธรรมนูญ สุขภาพ ตำบลนิคม สงเคราะห์ 2568)
13	รถขยะติดเชื้อ	1,050,000 บาท	สถานการณ์โค วิด 19 = 70%	-เครือข่าย ธรรมนูญ ตำบล 15% -กระทรวง สาธารณสุข 15%	157,500		157,500	(สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคม ธรรมนูญ สุขภาพ ตำบลนิคม สงเคราะห์ 2568)
รวม		9,622,310					3,511,356	

3.2.7 การคำนวณและนำเสนอผล SROI

ขั้นตอนสุดท้ายของการคำนวณ คือการนำมูลค่าผลกระทบสุทธิที่ได้จากส่วนที่ 5 มาเปรียบเทียบกับเงินลงทุนทั้งหมด เพื่อให้ได้อัตราส่วน SROI ที่จะบอกเราว่าการลงทุนในธรรมนูญสุขภาพครั้งนี้มีความคุ้มค่าเพียงใด

การคำนวณอัตราส่วน SROI

อัตราส่วน SROI = มูลค่าผลกระทบสุทธิรวม (จากส่วนที่ 5) ÷ รวมเงินลงทุนทั้งหมด (จากส่วนที่ 1)

- มูลค่าผลกระทบสุทธิรวม = 3,511,356 บาท

- รวมเงินลงทุนทั้งหมด = 447,780 บาท
- อัตราส่วน SROI = $3,511,356 \div 447,780 = 7.842$

การตีความผล: อัตราส่วน SROI เท่ากับ 7.842 หมายความว่า "ทุก ๆ 1 บาทที่ลงทุนในธรรมนุญสุขภาพพื้นที่นี้ สามารถสร้างคุณค่าทางสังคมกลับคืนมาได้ 7.842 บาท"

การวิเคราะห์ผลตอบแทนตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เพื่อแสดงให้เห็นว่าคุณค่าที่เกิดขึ้นกระจายไปสู่ใครบ้าง เราควรแจกแจงมูลค่าผลกระทบสุทธิตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จัดลำดับสัดส่วนมาก-น้อย เพื่อให้เห็นจุดคานงัดสำคัญที่พื้นที่ที่สามารถนำธรรมนุญสุขภาพไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อพื้นที่ได้)

ตารางที่ 3.18 วิเคราะห์ผลตอบแทนตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	มูลค่าผลกระทบสุทธิที่ได้รับ (บาท)	สั ต ส' ว น (%)
หน่วยงานในพื้นที่ เช่น อบต. อปท., รพ.สต. , วัด โรงพยาบาลอำเภอ	2,630,370	74.92%
ประชาชนในพื้นที่	737,376	20.99%
ผู้นำชุมชนและอสม.	143,610	4.09%
รวม	3,511,356	100%

3.2.8 การตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (Verification)

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากการดำเนินงานตามธรรมนุญสุขภาพตำบลที่สะท้อนผ่านการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (SROI)

การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการดำเนินงานตามธรรมนุญสุขภาพตำบลเผยให้เห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่มีนัยสำคัญต่อชุมชนและระบบบริการสุขภาพ

1) การดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ศูนย์ LTC) ตำบลนิคมสงเคราะห์ประสบความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์ LTC ซึ่งถือเป็นแห่งแรกที่สามารถดำเนินการได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือการขับเคลื่อนงานเป็นรูปธรรม การพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการดูแล (CM) และผู้ดูแลผู้ป่วย (CG) ทั้งในด้านความรู้และทักษะ ซึ่งนำไปสู่การได้รับการยอมรับทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน การเกิดระบบกลไกการทำงาน และการสร้างความเป็นเจ้าของ

ร่วมกันในหมู่ประชาชน นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการดูแลซึ่งกันและกัน และกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ลดการป่วยแทรกซ้อน อีกทั้งยังกระตุ้นให้หน่วยงานระดับประเทศให้ความสำคัญและปรับนโยบาย เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนการดูแล LTC และการพัฒนาบุคลากรใน อบต. ให้มีความรู้ด้าน LTC

2) ศูนย์ควบคุมโควิด-19 (ศูนย์ LQ) ในช่วงเริ่มต้นของการระบาด ศูนย์ LQ เฝ้าระวังกับการต่อต้านและความหวาดกลัวจากชาวบ้าน อย่างไรก็ตาม ด้วยความมุ่งมั่นของคณะทำงานและการสร้างการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทำให้สามารถขับเคลื่อนงานได้สำเร็จ ผลลัพธ์ที่ตามมาคือการมีศูนย์พักพิงที่ช่วยเหลือกัน การสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน การเกิดสังคมเกื้อกูลช่วยเหลือกัน เช่น การรับบริจาคจากภาคเอกชน รวมถึงการได้รับรถรับส่งผู้ป่วย และยังส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในการทำงานในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

3) ความคุ้มค่าของการลงทุน การประเมิน SROI แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานเหล่านี้เป็นการลงทุนที่คุ้มค่า แม้จะต้องใช้ทุนในพื้นที่ค่อนข้างสูง แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและไม่สูญเปล่า นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนว่างานเชิงคุณภาพ เช่น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและความรู้สึกเป็นเจ้าของของประชาชน เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญนอกเหนือจากตัวเลขเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

ปัจจัยภายในชุมชน

(1) ปัจจัยด้านคนและผู้นำ (Human Factor and Leadership)

- การมีผู้ก่อการดีและแกนนำ การมีบุคคลที่มีอุดมการณ์ร่วมกัน มีความรู้ความสามารถ และพร้อมที่จะนำการเปลี่ยนแปลง (เช่น ผอ.กองสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ที่มีทัศนคติเชิงบวก) เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน บุคคลเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมและกระตุ้นให้เกิดการร่วมมือ

- การสร้างความร่วมมือและทัศนคติที่สอดคล้องกัน (Mindset) การสร้างความเข้าใจร่วมกันในหมู่ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้มีทิศทางการทำงานเดียวกันเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งแตกต่างจากสถานการณ์เดิมที่แต่ละหน่วยงานทำงานตามภาระหน้าที่ของตนเอง

(2) ปัจจัยด้านข้อมูล (Data-Driven Approach) การใช้ข้อมูลจริงจากพื้นที่: การสำรวจและใช้ข้อมูลปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจและกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนงาน รวมถึงการนำเสนอข้อมูลอย่างเข้าใจง่ายและมีความโปร่งใส

(3) ปัจจัยด้านกลไกและระบบ (Mechanism and System)

- ความชัดเจนของธรรมนูญ ธรรมนูญสุขภาพตำบลมีการระบุบทบาทและหน้าที่ของภาคส่วนต่างๆ อย่างชัดเจน ทำให้ทุกคนสามารถเรียนรู้และเข้าใจบทบาทของตนในการขับเคลื่อน

- การกระจายทรัพยากร มีการกระจายงบประมาณ ความรู้ บุคลากร และอุปกรณ์ต่างๆ ลงสู่ชุมชนผ่านศูนย์ ศสมช. ในแต่ละหมู่บ้าน ทำให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากรอย่างทั่วถึงและเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน

- การสร้างเวทีสาธารณะ การจัดเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน การปรับปรุงกระบวนการ และการแก้ไขปัญหาได้อย่างทัน่วงที

- การทำงานต่อเนื่องและการปรับตัว การติดตามและทบทวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการปรับปรุงกระบวนการและเพิ่มเติมประเด็นปัญหาความต้องการของชาวบ้านให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ธรรมนูญมีชีวิตและไม่หยุดนิ่ง

ปัจจัยภายนอกชุมชน

(1) การบูรณาการกับภาคีเครือข่าย (Partnership and Collaboration):

- การเชื่อมโยงกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภายนอก เช่น สสส. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรภาคเอกชนอื่นๆ ช่วยหนุนเสริมทั้งงบประมาณ ความรู้ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์

- การสร้างความสัมพันธ์แนวราบ การบริหารงานแบบแนวราบโดยอาศัยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับส่วนงานต่างๆ เข้ามาช่วย ทำให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

(2) นโยบายและงบประมาณจากภายนอก (External Policy and Funding):

- นโยบายที่สอดคล้อง การดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติหรือระดับพื้นที่ เช่น นโยบายแม่และเด็ก หรือ LTC ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้บริหารให้ความสนใจ

- งบประมาณสนับสนุนจากภายนอก การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งภายนอก เช่น สปสช. หรือโครงการพระราชดำริ ช่วยให้การดำเนินงานมีงบประมาณเพียงพอ

(3) การได้รับการยอมรับและเรียนรู้ (Recognition and Learning):

- การได้รับการยอมรับระดับประเทศ ผลงานที่ประสบความสำเร็จสามารถสะท้อนไปถึงระดับกรม กระทรวง หรือรัฐบาล นำไปสู่การปรับปรุงนโยบายและการสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น

- การศึกษาดูงานและการเรียนรู้ การศึกษาดูงานจากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จเป็นแรงบันดาลใจและจุดประกายความคิดในการนำแนวทางปฏิบัติมาประยุกต์ใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการขยายผลสู่พื้นที่อื่น

(1) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือหลัก ควรส่งเสริมให้ทุกพื้นที่นำกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนมาเป็นหัวใจสำคัญในการทำงาน โดยจัดให้มีเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง

(2) ใช้ข้อมูลพื้นฐานและความต้องการเป็นฐานในการตัดสินใจ พื้นที่อื่นควรเริ่มต้นด้วยการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข ปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของชุมชน เพื่อกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนที่ตรงจุดและเกิดประโยชน์สูงสุด

(3) สร้างความเข้าใจและระบубทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำเป็นต้องมีการสร้างความเข้าใจให้กับผู้นำและประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับประโยชน์ของการทำธรรมนูญสุขภาพ และวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

(4) พัฒนาศักยภาพผู้ก่อการดีและแกนนำ ค้นหาและพัฒนา "ผู้ก่อการดี" หรือแกนนำในพื้นที่ โดยเน้นการสร้างความร่วมมือและทัศนคติที่สอดคล้องกันในการขับเคลื่อนงาน

(5) บูรณาการและกระจายทรัพยากร สนับสนุนให้มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชนรวมถึงการกระจายผลประโยชน์และทรัพยากร (งบประมาณ ความรู้ คน อุปกรณ์) ลงสู่ชุมชนอย่างทั่วถึง

(6) ส่งเสริมการถอดบทเรียนและปรับปรุงกระบวนการ ควรมีการสรุปบทเรียนการทำงานเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินผล พัฒนากิจกรรมการทำงาน และแก้ไขข้อติดขัดต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

(7) สนับสนุนจากภาครัฐระดับสูง หน่วยงานภาครัฐระดับประเทศ เช่น สวช. หรือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรเข้ามามีบทบาทในการเผยแพร่และกระตุ้นให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นยอมรับและใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลเป็นเครื่องมือในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเข้าใจแก่ผู้บริหารระดับท้องถิ่น ซึ่งมีข้อจำกัดด้านระเบียบหรือกฎหมาย การสนับสนุนจากระดับนโยบายจะช่วยลดแรงต้านและส่งเสริมให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

3.2.9 ข้อค้นพบจากกรณีศึกษาตำบลนิคมสงเคราะห์

1) กระบวนการทำงานร่วมกับชุมชน: อธิบายขั้นตอนการจัดเวทีชี้แจง เวทีเก็บข้อมูล และโดยเฉพาะ "เวทีคืนข้อมูล" ในแต่ละพื้นที่

(1) กระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนในการจัดทำและประเมินธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ กระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อจัดทำและประเมินธรรมนูญสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์ เป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอน โดยมุ่งให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ความโปร่งใส และการตรวจสอบถ่วงดุลของข้อมูลอย่างมีระบบ การดำเนินงานประกอบด้วยสาม

ช่วงสำคัญ คือ การจัดเวทีชี้แจงและรับฟังความคิดเห็น การเก็บข้อมูลจากพื้นที่ และการคืนข้อมูลเพื่อปรับปรุงและยืนยันผลการประเมิน ซึ่ง**"รับฟังเสียงประชาชน"** ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมหลัก

(2) **การจัดเวทีชี้แจงและรับฟังความคิดเห็น** ขั้นตอนแรกของกระบวนการคือการจัดเวทีชี้แจงและเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง จุดมุ่งหมายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการทำงาน และสร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นสำคัญของธรรมนูญสุขภาพ การจัดเวทีดังกล่าวยังช่วยระบุและทำความเข้าใจบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการให้ผู้นำและประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงประโยชน์ของธรรมนูญสุขภาพ ตลอดจนการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อกำหนดหน้าที่และขอบเขตการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม และให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันระดมสมองเพื่อสะท้อนการใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่นั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (ToC) ซึ่งในพื้นที่ตำบลนิคมสงเคราะห์

“ถ้าชุมชนตำบลนิคมสงเคราะห์ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพในพื้นที่แล้วพัฒนาธรรมนูญสุขภาพตำบลจนเกิดเป็นข้อตกลงร่วมและกลไกขับเคลื่อนที่เข้มแข็ง จะทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและทันทั่วถึง ระบบการดูแลระยะยาวมีประสิทธิภาพ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างราบรื่นแล้วนั้น

ชุมชนก็จะสามารถจัดการปัญหาสุขภาพและลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ นำไปสู่การเป็นตำบลแห่งสุขภาพที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน”

ทั้งนี้ การดำเนินการในช่วงเริ่มต้นอาศัยข้อมูลเชิงวิชาการและการจัดการความรู้เป็นฐานสำคัญ เพื่อให้การพัฒนาธรรมนูญสุขภาพมีเป้าหมายที่ครอบคลุมและประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

(3) **การเก็บข้อมูลจากพื้นที่** ในขั้นต่อมา ทีมวิจัยและผู้ดำเนินงานได้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงจากพื้นที่เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจและกำหนดทิศทางการดำเนินงาน โดยการสำรวจปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่อย่างเป็นระบบ ข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงแต่ช่วยสร้างภาพรวมของสถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ แต่ยังถูกนำไปใช้ประกอบการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากหลายแหล่ง เช่น การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มผู้นำท้องถิ่น ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครบริบาลผู้ป่วย และผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลทางสถิติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ข้อมูลเหล่านี้ถูกจัดเตรียมและนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและโปร่งใส เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถตรวจสอบได้ นอกเหนือจากนั้น การที่ประชาชนในพื้นที่ มี **"คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น"** และ **"ความรู้สึกเป็นเจ้าของ"** ล้วนเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม

(4) การคืนข้อมูลและการสนทนากลุ่ม ขั้นตอนสุดท้ายคือการจัด “เวทีคืนข้อมูล” ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment) ให้การประเมินมีความน่าเชื่อถือและสะท้อนสภาพความเป็นจริง โดยในเวทีนี้จะมีการสนทนากลุ่มกับตัวแทนจากชุมชน เช่น ตัวแทนอสม. ตัวแทนผู้นำ ตัวแทนญาติผู้ป่วย และตัวแทนจาก รพ.สต. รวมทั้งอาสาสมัครบริหารและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลรถกู้ชีพ ศูนย์โฮมฮัก การจัดการขยะอันตราย และรถขยะติดเชื้อ การสนทนากลุ่มดังกล่าวช่วยให้สามารถกำหนดค่า Deadweight (ผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นเอง) และ Attribution (ผลลัพธ์ที่เกิดจากปัจจัยอื่น) ได้อย่างรอบคอบและไม่กล่าวอ้างเกินจริง อีกทั้งยังเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ชุมชนตรวจสอบและยืนยันข้อมูลและตัวเลขที่ใช้ในการประเมินอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งสะท้อนถึงความโปร่งใสและความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่างภาควิชาการและภาคประชาชน ในอีกด้านคือ ปัจจัยด้านคนและผู้นำ “ผู้ก่อการดี” การมีบุคคลที่มีอุดมการณ์ร่วมกัน มีความรู้ความสามารถ และพร้อมที่จะนำการเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน บุคคลเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมและกระตุ้นให้เกิดการร่วมมือ การค้นหาและพัฒนาผู้นำ โดยเน้นการสร้างความรู้ความพร้อมและทัศนคติที่สอดคล้องกันจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการขับเคลื่อนให้ธรรมณูสุขภาพประสบความสำเร็จ

มุมมองและปฏิกิริยาของชุมชน: ชุมชนมีมุมมองต่อผลการประเมิน

1) มุมมองและปฏิกิริยาของชุมชน: ชุมชนมีมุมมองต่อผลการประเมิน SROI อย่างไร? พวกเขายอมรับ/โต้แย้งค่า Deadweight และ Attribution หรือไม่? มีข้อมูลเชิงลึกอะไรที่ชุมชนให้เพิ่มเติมซึ่งส่งผลต่อการตีความของทีมวิจัย?

ผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของธรรมณูสุขภาพตำบลนิคมสงเคราะห์สะท้อนให้เห็นถึงมุมมองและปฏิกิริยาของชุมชนที่มีต่อการดำเนินงานเชิงสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยชุมชนมองว่าการดำเนินงานตามธรรมณูสุขภาพตำบลถือเป็นการลงทุนที่ “คุ้มค่า” แม้จะต้องอาศัยทรัพยากรในพื้นที่ค่อนข้างสูง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่สูญเปล่าแต่กลับสร้างคุณค่าเชิงสังคมและเชิงจิตใจควบคู่ไปกับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ชุมชนยังให้ความสำคัญกับผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่ไม่สามารถวัดได้ด้วยตัวเลข เช่น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ผลลัพธ์เหล่านี้ตอกย้ำว่าชุมชนมองคุณค่าทางสังคมเป็นส่วนสำคัญของความสำเร็จของโครงการ

ในประเด็นการกำหนดค่า Deadweight และ Attribution ชุมชนมิได้มีท่าทีโต้แย้งผลการประเมิน แต่กลับมีส่วนร่วมอย่างจริงจังผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มและเวทีคืนข้อมูล โดยการที่เอกสารประเมินอ้างอิงถึง “จากการสนทนากลุ่ม” หรือ “จากการเวทีคืนข้อมูล” ในการระบุค่าต่าง ๆ ชี้ให้เห็นว่าค่าเหล่านี้เป็นผลมาจากข้อมูลและมติที่ได้จากชุมชนเอง ไม่ใช่การกำหนดโดยฝ่ายวิจัยเพียงฝ่ายเดียว การมีส่วนร่วมนี้จึงเป็นกระบวนการตรวจสอบและปรับค่าเพื่อให้ข้อมูลการประเมินสะท้อนสภาพจริงมากที่สุด

ชุมชนยังได้ให้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมที่มีผลต่อการตีความของทีมวิจัยในหลายกรณี ตัวอย่างเช่น ในกรณีศูนย์ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (LTC) ชุมชนให้ข้อมูลว่านี่เป็นศูนย์แห่งแรกในตำบลนิคมสงเคราะห์ที่สามารถ

ดำเนินการได้จริงและเป็นรูปธรรม นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านความรู้ และทักษะ สร้างการยอมรับทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ เกิดระบบกลไกการทำงานที่ชัดเจนและความเป็นเจ้าของร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลที่เหมาะสมและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ในทำนองเดียวกัน กรณีศูนย์ควบคุมโควิด-19 (ศูนย์ LQ) ชุมชนให้ข้อมูลว่าในช่วงแรกของการระบาด ศูนย์ LQ เผชิญกับการต่อต้านและความหวาดกลัวจากชาวบ้าน อย่างไรก็ตาม ด้วยความมุ่งมั่นของคณะทำงานและการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง จึงสามารถขับเคลื่อนงานได้สำเร็จและสร้างศูนย์พักพิงที่ช่วยเหลือกัน เกิดสังคมเกื้อกูลและการมีส่วนร่วม เช่น การได้รับบริจาคจากภาคเอกชน การมีรถรับส่งผู้ป่วย และการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

มุมมองและข้อมูลเชิงลึกเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างทีมวิจัยและชุมชน ซึ่งช่วยให้การตีความผลการประเมิน SROI มีความถูกต้อง ครบคลุม และน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังแสดงถึงศักยภาพของชุมชนในการเป็นเจ้าของกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบผลลัพธ์ด้วยตนเองอย่างมีส่วนร่วม

บทเรียนของทีมวิจัย: สะท้อนความท้าทายและปัจจัยแห่ง

การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลนครสวรรค์ใต้สะท้อนบทเรียนสำคัญเกี่ยวกับความท้าทายและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการ “สร้างความร่วมมือ” ระหว่างทีมวิจัยกับชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจหลักของกระบวนการ PAR

ในด้านความท้าทาย ทีมวิจัยพบว่า การสร้างความร่วมมือต้องเผชิญกับการต่อต้านและความกลัวของประชาชนในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงาน ตัวอย่างเช่น กรณีการจัดตั้งศูนย์ควบคุมโควิด-19 (ศูนย์ LQ) ที่ในระยะแรกประชาชนมีความหวาดระแวงและต่อต้านการจัดตั้งศูนย์ จึงจำเป็นต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความเข้าใจร่วม เพื่อคลายความกังวลและเอาชนะอุปสรรคดังกล่าว อีกทั้งโครงสร้างการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เดิมทำงานแยกส่วนตามภารกิจของตนเอง ก็เป็นอีกหนึ่งความท้าทายที่ต้องแก้ไขโดยการสร้างกลไกให้หน่วยงานต่าง ๆ มาทำงานร่วมกันภายใต้ทัศนคติและทิศทางเดียวกัน

ในด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และหน่วยงานต่าง ๆ ช่วยให้เกิดทิศทางการทำงานที่สอดคล้องกัน รวมทั้งสามารถบูรณาการทรัพยากรจากภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ข้อมูลจากพื้นที่จริงเป็นฐานสำหรับการตัดสินใจและกำหนดทิศทางการทำงานก็มีบทบาทสำคัญ เพราะเป็นการสร้างความรู้ที่สะท้อนสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ทั้งยังนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและโปร่งใส จึงสร้างความน่าเชื่อถือและการยอมรับในกระบวนการ

ปัจจัยด้านบุคคลและผู้นำหรือ “ผู้ก่อการดี” ก็เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนความรู้ร่วม โดยเฉพาะบุคคลที่มีอุดมการณ์ร่วม มีความรู้ความสามารถ และพร้อมที่จะนำการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน หรือสม. ที่มีทัศนคติเชิงบวก บุคคลเหล่านี้เป็นตัวเชื่อมสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือและสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้อื่น การค้นหาและพัฒนาแกนนำเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น

นอกจากนี้ การจัดเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดความเข้าใจร่วม ปรับปรุงกระบวนการ และแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที ขณะที่ความชัดเจนของธรรมนูญและกลไกการทำงานซึ่งระบุบทบาทและหน้าที่ของภาคส่วนต่าง ๆ อย่างชัดเจน ก็ทำให้ทุกฝ่ายเรียนรู้และเข้าใจบทบาทของตนในการขับเคลื่อน อีกทั้งการกระจายงบประมาณ ความรู้ บุคลากร และอุปกรณ์ลงสู่ชุมชนผ่านศูนย์ ศสมช. ในแต่ละหมู่บ้าน เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกท้องถิ่น

กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องและการปรับตัวตามสถานการณ์เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ การติดตามและทบทวนการทำงานเป็นระยะช่วยให้ประเมินผล พัฒนากระบวนการ และแก้ไขข้อจำกัดได้ทันท่วงที รวมถึงการเพิ่มประเด็นปัญหาหรือความต้องการของชาวบ้านให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกัน การสร้างความรู้ด้านสุขภาพผ่านการปฏิบัติ การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการศึกษาวิจัยเชิงสังเคราะห์ เป็นหัวใจสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็งและยั่งยืน

บทเรียนทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้น “การสร้างความรู้ร่วม” โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในการระบุปัญหา รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล และตัดสินใจ ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงและยั่งยืนในระดับพื้นที่

3.3 รายงานผลการประเมิน SROI ธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร

3.3.1 บทนำและข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่

ปี พ.ศ. 2563 เป็นครั้งแรกนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 ที่จำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยลดต่ำกว่า 600,000 คนต่อปี และยังมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับปัญหาความผิดปกติเมื่อแรกเกิด สัดส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ลดต่ำลง และปัญหาการเลี้ยงดูที่เพิ่มขึ้น เช่น เด็กกำพร้าพ่อแม่หรือต้องอยู่ในการดูแลของปู่ย่าตายายหรือญาติ

ผลสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยปี 2564 ของกรมสุขภาพจิต พบค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา (IQ) เด็กนักเรียนไทยระดับประเทศเท่ากับ 102.78 (ค่าเฉลี่ยปกติ 90-109) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ โดยเด็กนักเรียนไทยถึงร้อยละ 42.51 มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ ต่ำกว่า 100) เขตสุขภาพที่ 10 มีค่าเฉลี่ย IQ เด็กนักเรียนเท่ากับ 98.44 ในขณะที่จังหวัดยโสธร จากการสุ่มสำรวจในอำเภอไทยเจริญและอำเภอลำทะเมนชัย พบค่าเฉลี่ย IQ เด็กนักเรียนเท่ากับ 97.11 ซึ่งต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 การศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วย แม่ขณะตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงร้อยละ 21.8 หญิงตั้งครรภ์มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตรร้อยละ 65 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 10.7 ทารกแรกเกิดถึงอายุ 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวเพียงร้อยละ 25.8 เด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสัดส่วนเพียงร้อยละ 44 เด็กปฐมวัยเลี้ยงดูโดยพ่อแม่เพียงร้อยละ 36.6 และการปล่อยให้เด็กใช้เวลาดูโทรทัศน์และเล่นเกมสูงถึงร้อยละ 77.7

สถานการณ์เด็กปฐมวัยอำเภอป่าต้วปี 2564 พบว่า เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) จำนวน 1,220 คน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 95.50 พัฒนาการสมวัยร้อยละ 93.69 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 24.53 มีจำนวนศูนย์เด็ก 25 ศูนย์ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดี 3 แห่ง (ร้อยละ 12) และระดับพื้นฐาน 22 แห่ง (ร้อยละ 88) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ป่าต้ว กำหนดวาระแก้ไขปัญห สุขภาพอนามัยแม่และเด็กภายใต้แนวทาง "เด็กป่าต้ว ไอคิวเกิน 100" โดยมอบหมายให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

ข้อมูลพื้นฐานตำบลเชียงเพ็ง

ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ห่างจากตัวจังหวัด 33 กิโลเมตร ห่างจากตัวอำเภอ 11 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองเป็น 7 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านเชียงเพ็งหมู่ 1 บ้านเซมหมู่ 2 บ้านโนนม่วงหมู่ 3 บ้านเซ่งหมู่ 4 บ้านโนนตูมหมู่ 5 บ้านท่าลาดหมู่ 6 และบ้านเชียงเพ็งหมู่ 7 เขตติดต่อ ทิศเหนือติดตำบลโคกนาโก ทิศตะวันออกติดตำบลน้ำปลีกจังหวัดอำนาจเจริญ ทิศใต้ติดตำบลเหล่าไฮ ทิศตะวันตกติดตำบลโพธิ์ ลักษณะ

ภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีแหล่งน้ำสำคัญคือ หนองหัวควาย หนองบุงฮี หนองบัวแดง หนองวังบัว และ หนองหล่ม ลักษณะดินเป็นดินร่วนปนทรายและดินเค็ม

ประชากรทั้งหมด 2,911 คน (ชาย 1,464 คน หญิง 1,447 คน) มีหลังคาเรือน 815 หลังคา ประชาชน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ยกเว้นบ้านเซ่งหมู่ 4 ที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 60 รับจ้างร้อยละ 15 และมีอาชีพเสริมอื่นๆ

มีโรงเรียน 4 แห่ง (ประถมศึกษา 3 แห่ง ประถมศึกษาขยายโอกาส 1 แห่ง) นักเรียนทั้งหมด 251 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 แห่ง มีเด็ก 56 คน ครูผู้ดูแล 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 72 คน มีสถานบริการ สาธารณสุข 1 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเซ่งหมู่ มีทีมสุขภาพ 3 คน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน) อัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร 1:971

ยึดหลักฮิดลิบสองครองสิบสี่ตามแบบวัฒนธรรมอิสาน มีประเพณีสำคัญ เช่น บุญปีใหม่ วันมาฆบูชา บุญเดือนสี่ สงกรานต์ บุญบั้งไฟ เข้าพรรษา บุญข้าวประดับดิน บุญข้าวสาก บุญออกพรรษา บุญกฐิน และวัน คริสต์มาส (เฉพาะบ้านเซ่งหมู่)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด (ปี 2565-2567) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 81.82 84.62 100) การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (ร้อยละ 81.82 84.62 100) การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกครบทุกรายร้อยละ 100 ไม่มีทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกแรกเกิดถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 100

กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 (ปี 2566-2567) เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 (ปี 2567) เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าลดลงเหลือร้อยละ 22.66 เด็กสูงตีสมส่วนร้อยละ 82.08 (ปี 2567) เด็กภาวะเตี้ยร้อยละ 4.67 เด็กภาวะผอมร้อยละ 1.87 เด็ก ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 6.54

ปัญหาและอุปสรรค คือ การติดตามหญิงตั้งครรภ์บางรายล่าช้าเนื่องจากฝากครรภ์ที่อื่นแล้วกลับมา ตอนใกล้คลอด การเดินทางออกนอกพื้นที่ของเด็กทำให้ไม่สามารถติดตามได้ครบ ปัญหาภาวะโภชนาการเกิน ในเด็กจากการบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วน ดื่มน้ำอัดลม ขาดการออกกำลังกาย และไม่รับประทานอาหารเช้า แนวทางการพัฒนา ตำบลเชียงเพ็งนำประเด็นวาระของ พชอ.ปาดัว มาขับเคลื่อนผ่าน พชต. โดยเฉพาะ ประเด็น "เด็กเชียงเพ็งสุขภาพดี ไอคิวเกิน 100" เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กอย่าง ครอบคลุมและยั่งยืน

3.3.2 เนื้อหาในธรรมนูญสุขภาพ

สรุปธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ตำบลเชียงเพ็ง ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2565

ภาพรวมและขอบเขต ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ตำบลเชียงเพ็ง ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ครอบคลุมพื้นที่ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร ทั้ง 7 หมู่บ้าน ธรรมนูญฉบับนี้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และเด็ก 0-12 ปี ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคเครือข่าย

ปรัชญาและแนวคิด ธรรมนูญยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมแก้ไขปัญหา เป้าหมายการพัฒนาตามหลัก "4 ดี" คือ คนดี สุขภาพดี รายได้ดี และสิ่งแวดล้อมดี เพื่อสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนรักกัน และส่งเสริมคุณธรรมในการดำเนินชีวิต

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก

1. การเตรียมความพร้อมหญิงวัยเจริญพันธุ์ กำหนดให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีน 1 เม็ดต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ และตั้งครรภ์เมื่อมีความพร้อม (อายุมากกว่า 20 ปี ไม่ใช่สารเสพติด)

2. การดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ประกอบด้วย การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งคุณภาพ การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน การจัดตั้งธนาคารนมแม่ และการจัดระบบดูแลช่วยเหลือกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม

3. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การปฏิบัติตามมาตรการ "กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน รู้ทัน IT" การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน 4D พร้อมสนามเด็กเล่นและอุปกรณ์เสริมพัฒนาการด้าน EF การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กด้อยโอกาส และกลไกประเมินติดตามพัฒนาการเด็กไม่สมวัย

4. การสนับสนุนด้านโภชนาการ จัดตั้งกองทุนอาหารเสริม (นม ไข่ วิตามิน เกลือไอโอดีน) สำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย การจัดอาหารตามหลักโภชนาการที่ปลอดภัย การให้นมและอาหารกลางวัน 5 หมู่ที่มีคุณภาพ

5. การเฝ้าระวังและป้องกัน การประเมินภาวะโภชนาการเด็กทุก 3 เดือน การให้วัคซีนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข การจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็ก 6 เดือน-12 ปี ทุกสัปดาห์ และการควบคุมการจำหน่ายนมผงสำหรับทารก

โครงสร้างการบริหารจัดการ หน่วยงานหลักประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเซ่งองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงเพ็ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยงานการศึกษา และผู้นำชุมชน โดยมีคณะกรรมการสำนักธรรมนูญสุขภาพเป็นคณะทำงาน

กลไกการบังคับใช้และการแก้ไข กรณีละเมิดธรรมนูญจะนำเข้าปรึกษาหารือในสมัชชาสุขภาพพื้นที่ตำบลเชียงเพ็งประจำปี และใช้มาตรการทางสังคม การแก้ไขเพิ่มเติมต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ

มีการรับฟังความคิดเห็นสาธารณะไม่น้อยกว่า 30 วัน และต้องได้รับการเห็นชอบเกินกึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมเวที

3.3.3 การกำหนดขอบเขตและระบุเงินลงทุน (Scoping & Identifying Inputs)

ขั้นตอนนี้เปรียบเสมือนการตั้งหลักของการประเมินทั้งหมด เราต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าเรากำลังจะประเมิน "อะไร" "เพื่ออะไร" และ "มีต้นทุนเท่าไร" ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปทั้งหมด การระบุเงินลงทุนหรือต้นทุนทั้งหมดให้ครบถ้วนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนี่คือตัวหารในการคำนวณค่า SROI ในขั้นตอนสุดท้าย

ข้อมูลทั่วไปของธรรมนูญสุขภาพ

- **ชื่อธรรมนูญสุขภาพ:** ธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง
- **พื้นที่ดำเนินการ:** ตำบล/อำเภอ/จังหวัด: ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร
- **ระยะเวลาที่ประเมิน:** ตั้งแต่ปี 2565 ถึงปี 2567
- **ประเด็นขับเคลื่อนหลัก:** การส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก

การระบุเงินลงทุนทั้งหมด (Total Investment)

คือการรวบรวม "ต้นทุน" หรือ "เงินลงทุน" ทั้งหมดที่ใช้ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตลอดระยะเวลาที่ประเมิน ซึ่งประกอบด้วยสองส่วนหลักคือ ส่วนที่เป็นตัวเงิน และส่วนที่ไม่ใช่ตัวเงิน

ตารางที่ 3.19 แสดงเงินลงทุนทั้งหมดจำแนกตามประเภท

ประเภทของเงินลงทุน (Inputs)	คำอธิบาย	จำนวนเงิน (บาท)
1. งบประมาณที่เป็นตัวเงิน (Financial Contributions)		
งบประมาณจาก อปท.ภาครัฐ	เงินที่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากเทศบาล อบต. หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ	20,000
งบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ จำนวน 5 คน x 1,500 บาท x 2 ครั้ง	15,000
2. ทรัพยากรที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-Financial Contributions)		
เวลาของอาสาสมัคร/คณะทำงาน (Volunteer Time) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือการ	42,210

ประเภทของเงินลงทุน (Inputs)	คำอธิบาย	จำนวน เงิน (บาท)
	ยอมรับว่าเป็นคือ "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อนภาพความพยายามที่แท้จริงทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) 20 คน x 9 ครั้ง x 335 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดยโสธรปี 2565) x 0.7	
เวลาของอาสาสมัคร/ คณะทำงาน (Volunteer Time) เข้าร่วมเวทีประชาคม รับรองธรรมนูญสุขภาพตำบล	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือการยอมรับว่าเป็นคือ "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อนภาพความพยายามที่แท้จริงทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) 30 คน x 7 ครั้ง x 335 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดยโสธรปี 2565) x 0.7	49,245
เวลาของอาสาสมัคร/ คณะทำงาน (Volunteer Time) เข้าร่วมเวทีประกาศใช้ ธรรมนูญสุขภาพตำบล	คำอธิบาย: หนึ่งในต้นทุนที่สำคัญที่สุดของงานชุมชนคือ "เวลา" และ "แรง" ของผู้คนที่ทุ่มเทให้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การตีมูลค่าส่วนนี้คือการยอมรับว่าเป็นคือ "การลงทุน" ที่สำคัญจากชุมชน และจะช่วยสะท้อนภาพความพยายามที่แท้จริงทั้งหมด (ดูวิธีการคำนวณในส่วนที่ 4.2) 100 คน x 1 ครั้ง x 335 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดยโสธรปี 2565) x 0.7	23,450
รวมเงินลงทุนทั้งหมด (Total Investment)		149,905

ขั้นตอนต่อไป ตัวเลข "รวมเงินลงทุนทั้งหมด" นี้ คือตัวหารสำคัญที่จะถูกนำไปใช้ เพื่อคำนวณอัตราส่วน SROI

3.3.4 การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change - ToC)

(ประยุกต์จากเศรษฐภูมิ บัวทอง เกศกุล สระกวี และบุญฤทธิ์ พานิชเจริญ, 2564)

“ถ้าชุมชนตำบลเชียงเพ็งร่วมกันขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลผ่านการส่งเสริมโภชนาการแม่และเด็ก ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เสริมสร้างความรู้ทักษะการดูแลสุขภาพแก่ครอบครัว แล้วจะส่งผลให้ ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก เด็กเติบโตอย่างมีคุณภาพ และมีพัฒนาการสมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน”

ตารางที่ 3.20 ผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment : SIA) ธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรม Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
2565	-ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและปัญหาสุขภาพในพื้นที่ -ทรัพยากรบุคคล (แกนนำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข ครู) -งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน -การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ได้แก่ สช. -วัสดุ อุปกรณ์ -เครือข่ายและภาคีความร่วมมือในพื้นที่	1. สำรวจและรวบรวมข้อมูล 2. แต่งตั้งผู้นำชุมชนให้คำปรึกษาและเตรียมความพร้อม 3. คัดเลือกข้อมูลแก่ชุมชน 4. ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ 5. จัดประชาคม 6. ประกาศใช้	- ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการ -เกิดกลไกการขับเคลื่อน - เล่มธรรมนูญ	- ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - รพ.สต. - ผู้นำชุมชน - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (3 ศูนย์)	-ความเข้มแข็งของกลไกสุขภาพภาคประชาชน -การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน - แนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพ การพัฒนาการ IQ เด็ก และส่งเสริมโภชนาการแม่และเด็ก	-ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ -จำนวนภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ -ร้อยละของประชาชนที่รับรู้และเข้าใจเรื่องธรรมนูญสุขภาพ	-การเกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เกิดกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ - เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรม Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
	ได้แก่ อบต.ผู้นำชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก						
2565- 2567	- บุคลากรสาธารณสุข - อสม. - ผู้นำชุมชน - อุปกรณ์ตรวจ สุขภาพ - งบประมาณ	- การคัดกรอง พัฒนาการเด็ก ปฐมวัย - ประเมิน IQ	- เอกสารธรรมณูญ สุขภาพพื้นที่ - เด็กได้รับการ ตรวจคัดกรองสุขภาพ และพัฒนาการเด็ก - ปี 2565 จำนวนเด็ก ปฐมวัย 106 คน ได้รับการคัดกรอง 104 คิดเป็นร้อยละ 98.11 - ปี 2566 จำนวนเด็ก ปฐมวัย 95 คน ได้รับ การคัดกรองจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 100 - ปี 2567 จำนวนเด็ก ปฐมวัย 97 คน ได้รับ	- กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็กปฐมวัย - ผู้ปกครอง - อสม. - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	- เด็กที่มีพัฒนาการ ล่าช้าได้รับการช่วยเหลือ อย่างทันท่วงที ส่งผลให้ พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น	ร้อยละของเด็กที่ได้รับ การคัดกรองและได้รับ การดูแล	ลดจำนวนเด็กที่มี พัฒนาการล่าช้า เพิ่ม คุณภาพชีวิต

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรม Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
			การคัดกรอง 97 คน คิดเป็นร้อยละ 100				
2565- 2566	งบประมาณจาก อบต. สปสช. รพ.สต.	การส่งเสริม พัฒนาการเด็ก ปฐมวัย	- ปี 2565 จำนวนเด็ก ปฐมวัย 107 คน มี พัฒนาการสมวัย 77 คน คิดเป็นร้อยละ 72.64% - ปี 2566 จำนวน เด็ก ปฐมวัย 98 คน พัฒนาการสมวัย 94 คน คิดเป็นร้อยละ 95.92 - ปี 2567 จำนวนเด็ก ปฐมวัย 97 คน พัฒนาการสมวัย 97 คน คิดเป็นร้อยละ 100	เด็กปฐมวัย ครู ผู้ปกครอง บุคลากรทาง สาธารณสุข	- เด็กพัฒนาการสมวัย เพิ่มขึ้น - ลดอัตราการขาด สารอาหารและเพิ่ม โอกาสในการ เจริญเติบโตที่เหมาะสม	ร้อยละของเด็ก พัฒนาการสมวัย	ลดอัตราเด็กพัฒนาการ ล่าช้าในชุมชน

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรม Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
2565- 2567	บุคลากรทาง สาธารณสุข อุปกรณ์	ส่งเสริมภาวะ โภชนาการ เด็ก ปฐมวัย	ในปี 2565-2567 ร้อย ละของเด็กอายุ 0-5 ปี (ที่ได้รับการวัด) สูงดี สมส่วน พบว่า เด็กใน พื้นที่ที่ได้รับการวัด ส่วนสูง และชั่งน้ำหนัก มีความครอบคลุมมาก ขึ้น โดยในปี 2567 พบว่า มีเด็กสูงดีสม ส่วนมากถึงร้อยละ 82.08 แต่ยังคงพบว่า มีเด็กอายุ 0 – 5 ปี (ที่ ได้รับการวัด) มีภาวะ เตี้ย ถึง 5 ราย เด็ก อายุ 0 – 5 ปี (ที่รับ การวัด) มีภาวะผอม 2 ราย และพบเด็กอายุ 0 – 5 ปี (ที่ได้รับการ วัด) มีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนมีแนวโน้ม ลดลง โดยในปี 2567	เด็กปฐมวัย (0-5 ปี)	เด็กในพื้นที่ที่ได้รับการ ติดตามการเจริญเติบโต วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก ภาวะอ้วน ภาวะผอม มี ความครอบคลุมมากขึ้น	ร้อยละของเด็กปฐมวัย สูงดีสมส่วน	เด็กในชุมชนได้รับการ ดูแลที่ดีขึ้น

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรม Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
			มีเด็กภาวะเริ่มอ้วน และอ้วน 7 ราย คิด เป็นร้อยละ 6.54				
2566	บุคลากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ครู	โครงการสร้างแม่ เสริมเด็ก สู่เด็กเชียง เพ็ง 3 ดี	ผู้ปกครองได้รับความรู้ และแนวทางปฏิบัติที่ ช่วยส่งเสริมพัฒนาการ ของเด็ก	หญิงตั้งครรภ์ / หญิงวัยเจริญพันธุ์ อสม. กศน.	ความรู้เกี่ยวกับการดูแล เด็กเพิ่มขึ้น สุขภาพแม่ดีขึ้น	ความรู้ผู้ปกครอง ปฏิบัติตามแนวทาง "กิน กอด เล่น เล่า นอน"	เด็กในชุมชนได้รับการ ดูแลที่ดีขึ้น
2566	บุคลากร	คลินิกส่งเสริมการมี บุตร โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเซ่ง 1.สำรวจและ รวบรวมข้อมูล กลุ่มเป้าหมาย 2.แจ้งผู้นำชุมชน และอสม. ประชาสัมพันธ์ใน ชุมชนเตรียมความ	หญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้รับยาเสริมธาตุ เหล็ก คิดเป็นร้อยละ 25.83	หญิงตั้งครรภ์/หญิง วัยเจริญพันธุ์	หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับ การดูแลเตรียมความ พร้อมก่อนการตั้งครรภ์	ร้อยละหญิงวัยเจริญ พันธุ์ได้รับยาเสริมธาตุ เหล็ก	- หญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้รับการเตรียมความ พร้อมก่อนตั้งครรภ์ ลด ความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนระหว่าง การตั้งครรภ์และการ คลอด - ทารกแรกเกิดมีสุขภาพ แข็งแรง ลดอัตราการ คลอดก่อนกำหนดและ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรม Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
		พร้อม ก่อนการ ตั้งครรภ์ 3.จนท.ให้คำปรึกษา เตรียมความพร้อม ก่อนการตั้งครรภ์ 4. รณรงค์การจ่าย ยา Folic / Ferrous ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ 13-45 ปี (52 เม็ด/ ปี) 5.พยาบาลให้ คำแนะนำการดูแล ตัวเอง 6.ส่งต่อ รพ.ป่าติ้ว					
2567	การสนับสนุนจาก รพ. สต. และโรงเรียน งบประมาณจาก สปสช.	การส่งเสริม โภชนาการเด็กและ หญิงตั้งครรภ์	- ส่งเสริมสิทธิการเก็บ นมแม่ให้ถูกวิธีและ ถูกต้อง 100 %	เด็กเล็กปฐมวัย โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	- เพิ่มอัตราเด็กที่ได้รับ สารอาหารครบถ้วน -หญิงที่สิ้นสุดการ ตั้งครรภ์ในเขต	- อัตราการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ 6 เดือน แรก	สุขภาพแม่และเด็กดีขึ้น ลดภาวะขาดสารอาหาร

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรม Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
			-อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนแรก 100%	หญิงหลังคลอด	รับผิตชอบได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ 100% - หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	- ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิตชอบได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีนขณะตั้งครรภ์	
2567	ความร่วมมือระหว่างอปท. โรงเรียน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	โครงการพัฒนาโรงเรียนอนามัยแม่และเด็ก	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 4D จำนวน 3 ศูนย์	โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครู ผู้ปกครอง เด็ก	- เด็กได้รับการดูแลสุขภาพและโภชนาการดีขึ้น - เมนูอาหารเพื่อสุขภาพกาย และเสริมสร้างสติปัญญาตามมาตรฐาน	- จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านมาตรฐาน 4D	ยกระดับคุณภาพการศึกษาปฐมวัยและสุขภาพของเด็ก
2567	- ความรู้ - บุคลากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ จิตอาสา ผู้นำชุมชน พาอ่านหนังสือ	โครงการส่งเสริมการอ่านในเด็กปฐมวัย	ได้รับการพัฒนาส่งเสริมการอ่านในเด็กปฐมวัย	เด็กปฐมวัย ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง	- เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการดีขึ้น - ผู้ปกครองมีความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กอย่างเหมาะสม	ร้อยละ/จำนวนเด็กมีพัฒนาการดีขึ้น	-เด็กมีพัฒนาการสมวัยลดปัญหาด้านพัฒนาการล่าช้า - เด็กมีโอกาสด้านการศึกษาเพิ่มขึ้น

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรม Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
	- ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ได้แก่ กศน. (สนับสนุนหนังสือ) สำนักงานพัฒนาชุมชน อบต. ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์พัฒนาเด็ก - งบประมาณ ได้แก่ รพ.สต. อบต.			อสม. กศน. ผู้นำชุมชน	- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนได้รับการพัฒนาให้ได้มาตรฐานมากขึ้น		
2566-2567	- งบประมาณ ได้แก่ รพ.สต. อบต. - บุคลากร ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง ครู - สร้างการมีส่วนร่วม	สร้างความปลอดภัยทางสมองด้วย “กองทุนหมวกกันน็อค” และเสริมสร้างวินัยจราจรให้กับเด็ก	สถิติและรายงานการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสวมใส่หมวกกันน็อค /การเกิดอุบัติเหตุ	- เด็กและเยาวชนในพื้นที่ - ผู้ปกครอง - ผู้นำชุมชน	ลดอัตราการบาดเจ็บทางสมองจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กที่ขี่จักรยานหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ	ลดปัจจัยเสี่ยงความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

3.3.5 สรุปการประเมินผลกระทบทางสังคม

จากตารางที่ 3.20 สามารถสรุปเนื้อหาสำคัญได้ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า (Input)

ธรรมชาติสภาพตำบลว่าด้วยเรื่องส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กชุมชนเชียงเพ็งมีการระดมทรัพยากรที่หลากหลายและครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินงาน ในด้านทรัพยากรบุคคล ชุมชนได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรหลักที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกำลังสำคัญในการเข้าถึงครอบครัวในชุมชน แกนนำชุมชน และผู้นำท้องถิ่นที่มีอิทธิพลและเป็นที่ยอมรับของคนในพื้นที่ รวมถึงครูและบุคลากรการศึกษาที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัย

งบประมาณสำหรับการดำเนินงานมาจากหลายแหล่งทุน ทำให้โครงการมีความมั่นคงทางการเงินและสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้ การสนับสนุนด้านระบบสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นหน่วยบริการหลัก และสำนักงานสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนด้านเทคนิคและวิชาการ

อุปกรณ์และวัสดุที่ใช้ในโครงการครอบคลุมทุกกิจกรรม ตั้งแต่อุปกรณ์ตรวจสุขภาพและคัดกรอง พัฒนาการที่จำเป็นสำหรับการประเมินสภาพเด็ก วัสดุการศึกษาและหนังสือส่งเสริมการอ่านที่ช่วยพัฒนาทักษะการเรียนรู้ ไปจนถึงยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น กรดโฟลิก ธาตุเหล็ก และไอโอดีนที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและปัญหาสุขภาพในพื้นที่ยังเป็นปัจจัยนำเข้าสำคัญที่ช่วยให้การวางแผนและการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรม (Activities)

การดำเนินกิจกรรมของโครงการมีความครอบคลุมและเป็นระบบ เริ่มต้นจากการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของความสำเร็จ กระบวนการนี้เริ่มจากการสำรวจและรวบรวมข้อมูลชุมชนอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน จากนั้นจึงมีการคืนข้อมูลแก่ชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ขั้นตอนที่สำคัญคือการยกย่องและประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการจัดประชาคมสุขภาพเพื่อสร้างความเข้าใจและข้อตกลงร่วมกัน

ด้านการบริการสุขภาพ โครงการมีการพัฒนาระบบการดูแลที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ การคัดกรอง พัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นกิจกรรมหลักที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มีการประเมิน IQ เด็กเพื่อติดตามพัฒนาการทางสติปัญญา การส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ครอบคลุมทั้งการติดตามการเจริญเติบโต การ

ให้คำแนะนำด้านอาหาร และการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ รวมถึงการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมการมีบุตรเพื่อดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม

กิจกรรมด้านการศึกษาและพัฒนาที่มีความโดดเด่นในหลายโครงการ โครงการ "สร้างแม่ เสริมเด็ก สู่เด็กเชียงใหม่ 3 ดี" เป็นการพัฒนาศักยภาพของมารดาและเด็กอย่างเป็นระบบ โครงการพัฒนาโรงเรียนอนามัยแม่และเด็กมุ่งเน้นการยกระดับมาตรฐานสถานศึกษา โครงการส่งเสริมการอ่านในเด็กปฐมวัยเพื่อพัฒนาทักษะพื้นฐานที่สำคัญ และการสร้างความปลอดภัยทางสมองด้วยกองทุนหมวกกันน็อกที่แสดงให้เห็นถึงการดูแลเด็กอย่างรอบด้าน

ผลผลิต (Output)

ผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานมีความหลากหลายและเป็นรูปธรรม ในด้านเอกสารและข้อมูลชุมชนได้เลื่อมธรรมเนียมสุขภาพพื้นที่ที่เป็นผลงานจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ธรรมเนียมนี้ไม่เพียงแต่เป็นเอกสารแต่ยังเป็นข้อตกลงร่วมกันที่จะเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังมีรายงานข้อมูลสุขภาพและพัฒนารเด็กที่เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการติดตามและประเมินผล

การให้บริการที่เกิดขึ้นมีความครอบคลุมและมีคุณภาพสูง เด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้รับการคัดกรองครบถ้วนโดยมีอัตราการให้บริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 98.11% ในปี 2565 เป็น 100% ในปี 2566-2567 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กในอัตรา 25.83% ซึ่งเป็นการเริ่มต้นที่ดีสำหรับการดูแลสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่บรรลุเป้าหมาย 100% ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าภาคภูมิใจและแสดงถึงความสำเร็จของการให้ความรู้และการสนับสนุน

การพัฒนาสถานที่ที่เป็นอีกหนึ่งผลผลิตที่สำคัญ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 3 ศูนย์ในพื้นที่สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 4D ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาเด็กในทุกมิติ ทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การบรรลุมาตรฐานนี้แสดงให้เห็นถึงการยกระดับคุณภาพการศึกษาและการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน

ผู้ใช้ประโยชน์ (User)

ผู้ใช้ประโยชน์จากโครงการมีความหลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มในชุมชน กลุ่มเป้าหมายหลักคือเด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี ซึ่งมีจำนวนประมาณ 95-107 คนต่อปี เด็กเหล่านี้ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการคัดกรองสุขภาพ การติดตามพัฒนาการ การส่งเสริมโภชนาการ และการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่จะเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการเจริญเติบโตในอนาคต หญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์เป็นอีกกลุ่มที่ได้รับประโยชน์สำคัญ โดยได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด ผู้ปกครองและครอบครัว

ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลลูกอย่างถูกต้อง ทำให้สามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาของเด็กได้ดีขึ้น

หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ในชุมชนก็ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 3 ศูนย์ได้รับการพัฒนาให้มีมาตรฐานสูงขึ้น โรงเรียนในพื้นที่ได้รับการยกระดับให้เป็นโรงเรียนอนามัยแม่และเด็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เรียนรู้และพัฒนากระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้พัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะ อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาให้มีความสามารถในการให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพชุมชน ครูและบุคลากรการศึกษาได้เพิ่มพูนความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้นำชุมชนได้เรียนรู้กระบวนการบริหารจัดการชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมและใช้ข้อมูลเป็นฐาน

ผลลัพธ์ (Outcome)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน ในด้านพัฒนาการเด็ก ผลลัพธ์ที่โดดเด่นที่สุดคือการเพิ่มขึ้นของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยอย่างก้าวกระโดด จากเพียง 72.64% ในปี 2565 เป็น 100% ในปี 2567 การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานและความสำเร็จในการสร้างระบบดูแลที่ครอบคลุม นอกจากนี้ เด็กสูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 82.08% ในปี 2567 และมีการลดลงของภาวะอ้วนในเด็กเหลือเพียง 6.54% ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงภาวะโภชนาการโดยรวม

ความเข้มแข็งของระบบเป็นอีกหนึ่งผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้น ชุมชนสามารถสร้างกลไกการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชนที่มีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่ทำงานเป็นเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง และเกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง การมีธรรมนูญสุขภาพทำให้ชุมชนมีกรอบการทำงานที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย

ความรู้และทักษะของคนในชุมชนได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ผู้ปกครองมีความรู้การดูแลเด็กตามแนวทาง "กิน กอด เล่น เล่า นอน" ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างครอบคลุม บุคลากรต่างๆ มีทักษะการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กที่เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลโครงการมีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินงาน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าที่เป็นรูปธรรม ร้อยละของเด็กที่ได้รับการคัดกรองและดูแลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึง 100% ร้อยละของเด็กพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจาก 72.64% เป็น 100%

ร้อยละของเด็กปฐมวัยสูงที่สุดมีส่วนอยู่ที่ 82.08% อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนแรกบรรลุ 100% และจำนวนภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการและความสัมพันธ์ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงความเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกันของคนในชุมชน ร้อยละของประชาชนที่รับรู้และเข้าใจเรื่องธรรมนูญสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านมาตรฐาน 4D ครบทั้ง 3 ศูนย์ แสดงให้เห็นถึงการยกระดับคุณภาพการศึกษาและการดูแลเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ

ผลกระทบ (Impact)

ผลกระทบของโครงการมีทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ครอบคลุมหลายมิติของการพัฒนาชุมชน

ระยะสั้น ผลกระทบที่เห็นได้ชัดคือการลดจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการคัดกรองและการแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตเด็กและครอบครัวเกิดจากการได้รับการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม และการลดอัตราเด็กพัฒนาการล่าช้าในชุมชนโดยรวมแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบที่สร้างขึ้น

ระยะกลาง ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความลึกซึ้งและกว้างขวางมากขึ้น การยกระดับคุณภาพการศึกษาปฐมวัยและสุขภาวะเด็กสร้างรากฐานที่แข็งแกร่งสำหรับการพัฒนาในอนาคต สุขภาพแม่และเด็กดีขึ้นและการลดภาวะขาดสารอาหารส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เด็กมีโอกาสด้านการศึกษาเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีพัฒนาการที่เหมาะสมและได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดี

ผลกระทบระยะยาวมีความสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน การลดปัจจัยเสี่ยงความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนผ่านโครงการหมวกกันน็อกสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่จะคงอยู่ต่อไป การลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดจากการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์อย่างเป็นระบบจะส่งผลต่อคุณภาพประชากรในอนาคต และที่สำคัญที่สุดคือการสร้างชุมชนที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งมีกลไกการทำงาน ความรู้ ทักษะ และความร่วมมือที่จะสามารถดำเนินการพัฒนาต่อไปได้โดยไม่ต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากภายนอกเพียงอย่างเดียว

3.3.6 การวัดผลและตีมูลค่าผลกระทบ (Impact Measurement and Valuation)

เป็นขั้นตอนที่เป็นหัวใจของการคำนวณ SROI เราจะนำ "ผลลัพธ์ (Outcomes)" ที่ระบุไว้ใน ToC มาหา "ตัวชี้วัด (Indicators)" ที่จับต้องได้ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูล "ก่อน" และ "หลัง" การดำเนินงาน จากนั้น เรา จะทำการ "ตีมูลค่า (Valuation)" การเปลี่ยนแปลงนั้นให้เป็นตัวเงิน โดยใช้สิ่งที่เรียกว่า "ค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy)"

การวัดผลกระทบ: การระบุตัวชี้วัดและรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนนี้ ให้ท่านนำผลลัพธ์ (Outcomes) จาก ToC มากำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดผลได้ จากนั้นรวบรวมข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 3.21 บันทึกผลกระทบ (Impact Ledger)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)
เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) จำนวน 101 คน	ลดอัตราเด็ก พัฒนาการล่าช้าใน ชุมชน (พัฒนาการ สมวัย) ตาม แนวทาง “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน รู้ทัน IT.”	ร้อยละของเด็ก พัฒนาการ สมวัย	จำนวน 101 คน	จำนวน 12 คน	จำนวน 101 คน	89 คน
เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) จำนวน	เด็กในพื้นที่ได้รับ การติดตามการ เจริญเติบโต วัด ส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก ภาวะอ้วน ภาวะ ผอม มีความ ครอบคลุมมากขึ้น	ร้อยละของเด็ก ปฐมวัยสูงดีสม ส่วน	จำนวน 114 คน	จำนวน 28 คน	จำนวน 114 คน	86 คน
หญิงตั้งครรภ์/ หญิงวัยเจริญ พันธุ์	หญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้รับการเตรียม ความพร้อมก่อน ตั้งครรภ์ ลดความ เสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการ	ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์ได้รับ ยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุ เหล็ก และกรด โฟลิก	จำนวน 10 คน	จำนวน 0 คน	จำนวน 10 คน	10 คน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)
	ตั้งครุฑและการ คลอด - ทารกแรกเกิดมี สุขภาพแข็งแรง ลด อัตราการคลอด ก่อนกำหนดและ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ					
ผู้ปกครอง	ผู้ปกครองได้รับ ความรู้และแนวทาง ปฏิบัติที่ช่วย ส่งเสริมพัฒนาการ ของเด็ก และเด็กใน ชุมชนได้รับการ ดูแลที่ดีขึ้น	อัตราการ เพิ่มขึ้นของ ความรู้และ ทักษะ	จำนวน 50 คน	จำนวน 31 คน	จำนวน 50 คน	19 คน
อสม. จำนวน 72 คน	มีความรู้และทักษะ ด้านโภชนาการเด็ก และทักษะการใช้ อุปกรณ์ทาง การแพทย์ เช่น เครื่องตรวจความ เค็ม	อัตราการ เพิ่มขึ้นของ ความรู้และ ทักษะ	จำนวน 72 คน	จำนวน 28 คน	จำนวน 72 คน	44 คน
ครูศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก	มีความรู้และทักษะ การพัฒนา โภชนาการเด็ก เกิดทักษะการ สื่อสาร	อัตราการ เพิ่มขึ้นของ ความรู้และ ทักษะ	จำนวน 8 คน	จำนวน 7 คน	จำนวน 8 คน	1 คน
ผู้นำชุมชน	มีความรู้การแก้ไข ปัญหา/ไกล่เกลี่ย ข้อมูลการเสนอ	อัตราการ เพิ่มขึ้นของ	จำนวน 14 คน	จำนวน 8 คน	จำนวน 14 คน	6 คน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)
	นโยบายและทักษะ การสื่อสาร	ความรู้และ ทักษะ				
บุคลากรทาง สาธารณสุข (รพ.สต.เซเซ่ง)	มีความรู้การ ส่งเสริม IQ เด็ก การดูแลแม่ ตั้งครรภ์โรคที่เกิด ระหว่างตั้งครรภ์ พัฒนาโภชนาการ เด็ก พฤติกรรมเด็กติด เกมส์ สุขภาพจิตเด็ก ทักษะการสื่อสาร และประสานงาน	อัตราการ เพิ่มขึ้นของ ความรู้และ ทักษะ	จำนวน 8 คน	จำนวน 5 คน	จำนวน 8 คน	3 คน
เจ้าหน้าที่/ครู สกร.	มีความรู้การจัด กิจกรรมให้ เหมาะสมตามวัย การเลือกใช้สื่อที่ เหมาะสมตามวัย จิตวิทยาเด็กและ คุณแม่ตั้งครรภ์และ การทำวิจัย	อัตราการ เพิ่มขึ้นของ ความรู้และ ทักษะ	จำนวน 12 คน	จำนวน 8 คน	จำนวน 12 คน	4 คน
บุคลากร อบต.	มีความรู้ทักษะ โภชนาการแม่และ เด็กการจัดทำ ธรรมนูญทักษะการ ประสานงานกับ ชุมชน	อัตราการ เพิ่มขึ้นของ ความรู้และ ทักษะ	จำนวน 5 คน	จำนวน 3 คน	จำนวน 5 คน	2 คน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การเปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)
ผู้ปกครอง	คนมาทำงาน เสียสละจิตอาสา	จำนวนคนที่มา เสียสละจิต อาสาเพิ่มขึ้น	จำนวน 82 คน	จำนวน 25 คน	จำนวน 82 คน	57 คน
สกร.	การบริจาคเงินและ สิ่งของเพื่อ ช่วยเหลือกันใน พื้นที่ ส่งเสริม พัฒนาการเด็ก	จำนวนมูลค่า จากการบริจาค	เด็กนักเรียน ในชุมชน	0 บาท	10,000 บาท	10,000 บาท
อบจ.	การบริจาคเงินและ สิ่งของเพื่อ ช่วยเหลือกันใน พื้นที่ ส่งเสริม พัฒนาการเด็ก	จำนวนมูลค่า จากการบริจาค	เด็กนักเรียน ในชุมชน	0 บาท	1,750 บาท	1,750 บาท
กองทุน หลักประกัน สุขภาพท้องถิ่น	สนับสนุน งบประมาณ สนับสนุนการสร้าง แม่เสริมเด็กสู่เด็ก เชียงใหม่ 3 ดี (IQ ดี EQ ดี สุขภาพดี)	จำนวน งบประมาณ สนับสนุนการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ	ปี 2565 =20,000 บาท ปี 2566 = 36,000 บาท ปี 2567 = 45,800 บาท	0 บาท	ปี 2565 =20,000 บาท ปี 2566 = 36,000บาท ปี 2567 = 45,800 บาท	ปี 2565 =20,000 บาท ปี 2566 = 36,000บาท ปี 2567 = 45,800 บาท
อบต.	สนับสนุน งบประมาณ โครงการ พระราชดำริ	จำนวน งบประมาณ สนับสนุนการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ	ปี 2565 =28,000 บาท ปี 2566 = 28,000 บาท	0 บาท	ปี 2565 =28,000 บาท ปี 2566 = 28,000 บาท	ปี 2565 =28,000 บาท ปี 2566 = 28,000 บาท

ผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)
อบต.	สนับสนุน งบประมาณ สาธารณสุขมูลฐาน (7 หมู่บ้าน)	จำนวน งบประมาณ สนับสนุนการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ	ปี 2565 =52,500 บาท ปี 2566 = 52,500 บาท	0 บาท	ปี 2565 =52,500 บาท ปี 2566 = 52,500 บาท	ปี 2565 =52,500 บาท ปี 2566 = 52,500 บาท
อบต.	สนับสนุน งบประมาณ ปรับปรุงโภชนาการ แม่และสุขภาพเด็ก	จำนวน งบประมาณ สนับสนุนการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ	ปี 2566 = 54,250 บาท ปี 2567 = 35,000 บาท	0 บาท	ปี 2566 = 54,250 บาท	ปี 2566 = 54,250 บาท ปี 2567 = 35,000 บาท
รพสต.	สนับสนุน งบประมาณ โครงการพัฒนาเด็ก ปฐมวัยในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก	จำนวน งบประมาณ สนับสนุนการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ	ปี 2565 =35,000 บาท	0 บาท	ปี 2565 =35,000 บาท	ปี 2565 =35,000 บาท
โรงงานน้ำตาล มิตรผล โอพา เวอร์ อำนาจเจริญ	ซื้อสนับสนุน อุปกรณ์ตรวจวัด ส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก	จำนวน งบประมาณ สนับสนุนการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ	ปี 2565 =14,000 บาท	0 บาท	ปี 2565 =14,000 บาท	ปี 2565 =14,000 บาท

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การ เปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)
สสส.	สนับสนุน งบประมาณ โครงการสร้างสุข ภาวะแม่และเด็ก	จำนวน งบประมาณ สนับสนุนการ ขับเคลื่อน ธรรมนูญ สุขภาพ	ปี 2566 = 50,000 บาท	0 บาท	ปี 2566 = 50,000 บาท	ปี 2566 = 50,000 บาท

การตีมูลค่าผลกระทบ: คู่มือการเลือกใช้ค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy)

หลังจากที่เราเห็น "การเปลี่ยนแปลง" ที่เกิดขึ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการแปลงการเปลี่ยนแปลงนั้นให้เป็นมูลค่าทางการเงิน การเลือกใช้ค่าแทนทางการเงินที่เหมาะสมและมีที่มาที่น่าเชื่อถือ เป็นสิ่งที่จะทำให้ผลการประเมิน SROI ของท่านได้รับการยอมรับ

ตารางที่ 3.22 การตีมูลค่าผลกระทบ

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ผลการ เปลี่ยนแปลง	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่า ผลประโยชน์
1	เด็กปฐมวัยลดอัตราเด็ก พัฒนาการล่าช้าในชุมชน	89 คน	ประมาณการจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ย Early Intervention ประเทศไทย 10,000 บาท/คน (Cost Avoidance ค่าการฟื้นฟูและแทรกแซงเร็ว) × 89 คน (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2567)	890,000
2	เด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้รับ การติดตามการ เจริญเติบโต	86 คน	ค่าเฉลี่ยการตรวจสุขภาพเด็กปฐมวัยต่อปี 3,000 บาท/คน (Health Monitoring Value จากค่าตรวจสุขภาพเด็กปกติ) × 86 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2567)	258,000
3	หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ด เสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก	10 คน	ค่าเฉลี่ยการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระบบสาธารณสุข 5,000 บาท/คน (Maternal Health Value จากค่าดูแลครรภ์พื้นฐาน) × 10 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2567)	50,000

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ผลการเปลี่ยนแปลง	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่าผลประโยชน์
4	ผู้ปกครองได้รับความรู้และแนวทางปฏิบัติส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	19 คน	ค่าเฉลี่ยการฝึกอบรมผู้ปกครอง 1 วัน 1,500 บาท/คน (Parent Education Value จากค่าการฝึกอบรม) × 19 คน (กองบริหารการสาธารณสุข 2564)	28,500
5	อสม.มีความรู้และทักษะด้านโภชนาการเด็กและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์	44 คน	ค่าเสียโอกาสจากการเข้าอบรมและต้นทุนเพิ่มเติม 1,179 บาท/คน (Opportunity Cost การเข้าอบรม) × 44 คน (คณะกรรมการค่าจ้าง 2567)	51,876
6	ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความรู้และทักษะการพัฒนาโภชนาการเด็ก	1 คน	ค่าเฉลี่ยการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษา 3,000 บาท/คน (Professional Development Value) × 1 คน (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2567)	3,000
7	ผู้นำชุมชนมีความรู้การแก้ไขปัญหา/ไกล่เกลี่ยและทักษะการสื่อสาร	6 คน	ค่าเฉลี่ยการอบรมผู้นำชุมชน 2,000 บาท/คน (Leadership Training Value) × 6 คน (กรมการพัฒนาชุมชน 2567)	12,000
8	บุคลากรทางสาธารณสุขมีความรู้การส่งเสริม IQ เด็ก การดูแลแม่ตั้งครรภ์	3 คน	ค่าเฉลี่ยการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข 2,500 บาท/คน (Professional Training Value) × 3 คน (กระทรวงสาธารณสุข 2567)	7,500
9	เจ้าหน้าที่/ครู สกร.มีความรู้การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมตามวัย	4 คน	ค่าเฉลี่ยการอบรมบุคลากรการศึกษานอกระบบ 2,000 บาท/คน (Training Value) × 4 คน (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย 2567))	8,000
10	บุคลากร อบต.มีความรู้ทักษะโภชนาการแม่และเด็ก	2 คน	ค่าเฉลี่ยการอบรมเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น 1,500 บาท/คน (Basic Training Value) × 2 คน (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 2567)	3,000
11	ผู้ปกครองมาทำงานเสียสละจิตอาสา	57 คน	ค่าเสียโอกาสในการทำงานตามค่าจ้างขั้นต่ำ 1 วัน 343 (Social Value) × 57 คน (คณะกรรมการค่าจ้าง 2567)	19,551

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ผลการเปลี่ยนแปลง	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่าผลประโยชน์
12	การบริจาคเงินและสิ่งของจาก สกร.	10,000 บาท	10,000 บาท (Direct Market Value) อ้างอิง: ข้อมูลจากเอกสาร	10,000
13	การบริจาคเงินและสิ่งของจาก อบจ.	1,750 บาท	1,750 บาท (Direct Market Value) อ้างอิง: ข้อมูลจากเอกสาร	1,750
14	กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณสนับสนุนการสร้างแม่เสริมเด็กสู่เด็กเลี้ยงเพ็ง 3 ดี (IQ ดี EQ ดี สุขภาพดี)	ปี 2565 = 20,000 บาท ปี 2566 = 36,000 บาท ปี 2567 = 45,800 บาท	101,800 บาท (Direct Market Value) อ้างอิง: ข้อมูลจากเอกสาร	ปี 2565 = 20,000 บาท ปี 2566 = 36,000 บาท ปี 2567 = 45,800 บาท
15	อบต.สนับสนุนงบประมาณโครงการพระราชดำริ	ปี 2565 = 28,000 บาท ปี 2566 = 28,000 บาท	56,000 บาท (Direct Market Value) อ้างอิง: ข้อมูลจากเอกสาร	ปี 2565 = 28,000 บาท ปี 2566 = 28,000 บาท
16	อบต.สนับสนุนงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน (7 หมู่บ้าน)	ปี 2565 = 52,500 บาท ปี 2566 = 52,500 บาท	105,000 บาท (Direct Market Value) อ้างอิง: ข้อมูลจากเอกสาร	ปี 2565 = 52,500 บาท ปี 2566 = 52,500 บาท
17	อบต.สนับสนุนงบประมาณปรับปรุงโภชนาการแม่และสุขภาพเด็ก	ปี 2566 = 54,250 บาท ปี 2567 = 35,000 บาท	89,250 บาท (Direct Market Value) อ้างอิง: ข้อมูลจากเอกสาร	ปี 2566 = 54,250 บาท ปี 2567 = 35,000 บาท

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ผลการเปลี่ยนแปลง	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่าผลประโยชน์
18	รพสต.สนับสนุน งบประมาณโครงการ พัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก	ปี 2565 =35,000 บาท	35,000 บาท (Direct Market Value)อ้างอิง: ข้อมูลจาก เอกสาร	ปี 2565 =35,000 บาท
19	โรงงานน้ำตาลมิตรผล โอ ปาวเวอร์ อำนาจเจริญซื้อ สนับสนุนอุปกรณ์ตรวจวัด ส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก	ปี 2565 =14,000 บาท	14,000 บาท (Direct Market Value)อ้างอิง: ข้อมูลจาก เอกสาร	ปี 2565 =14,000 บาท
20	สสส.สนับสนุน งบประมาณโครงการสร้าง สุขภาวะแม่และเด็ก	ปี 2566 = 50,000 บาท	50,000 บาท (Direct Market Value)อ้างอิง: ข้อมูลจาก เอกสาร	ปี 2566 = 50,000 บาท
รวม				1,794,227

3.3.7 การปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment)

เพื่อให้การประเมินมีความน่าเชื่อถือและไม่กล่าวอ้างเกินจริง เราจำเป็นต้องปรับลดมูลค่าผลกระทบรวมที่คำนวณได้จากส่วนที่ 4 ด้วยปัจจัย 4 ประการ ซึ่งเป็นหลักการมาตรฐานของ SROI เพื่อให้ได้มูลค่าผลกระทบที่เกิดจากธรรมนูญสุขภาพของเรา "จริงๆ"

ตารางที่ 3.23 การปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment)

ที่	รายการผลกระทบ	(A) มูลค่าของผลประโยชน์ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่าสุทธิก่อนหักอัตรา การลดลงของประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการลดลงของประโยชน์)	(E=A-(B+C+D)) มูลค่าผลกระทบสุทธิ หลังจากปรับค่าผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
1	เด็กปฐมวัยลดอัตราเด็กพัฒนาการล่าช้าในชุมชน	890,000	ต้นทุนเดิมพื้นที่ 60%	- เครือข่าย อีกอ่าน สำหรับเด็ก ปฐมวัย 6% - สสอ. 9% - สกร. 10%			133,500	สนทนากลุ่ม การประเมินผลกระทบทางสังคม ธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง (2568)
2	เด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้รับการติดตามการเจริญเติบโต	258,000	ต้นทุนเดิมพื้นที่ 60%	- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10% - โรงพยาบาลป่าดัว 10%			51,600	สนทนากลุ่ม การประเมินผลกระทบทางสังคม ธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง (2568)
3	หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและกรดโฟลิก	50,000	ต้นทุนเดิมพื้นที่ 60%	- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10% - โรงพยาบาลป่าดัว 10%			10,000	สนทนากลุ่ม การประเมินผลกระทบทางสังคม ธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง (2568)

ที่	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่าของ ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจาก ปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่า สุทธิก่อน หักอัตรา การลดลง ของ ประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่า ผลกระทบ สุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
4	ผู้ปกครอง ได้รับความรู้ และ แนวทาง ปฏิบัติ ส่งเสริม พัฒนาการ เด็ก	28,500	มี ประสบการณ์ เลี้ยงเด็กมา ก่อน 60 %	สกร. 28% สนับสนุนสื่อ การอ่าน มี กิจกรรม ต่อเนื่อง			3,420	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
5	อสม.มี ความรู้และ ทักษะด้าน โภชนาการ เด็กและการ ใช้อุปกรณ์ ทาง การแพทย์	51,876	ต้นทุนเดิม ของ อสม. 40 %	-สมัชชา สุขภาพ จังหวัด 12% -สกร. 6% -โรงพยาบาล ปาดัว 6%			18,675.36	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
6	ครูศูนย์ พัฒนาเด็ก เล็กมีความรู้ และทักษะ การพัฒนา โภชนาการ เด็ก	3,000	ต้นทุนเดิม 70%	- เครือข่าย อัครา สำหรับเด็ก ปฐมวัย 12% -โรงพยาบาล ปาดัว 9%			270	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
7	ผู้นำชุมชนมี ความรู้การ	12,000	มีประสบ การณ์ในการ	สมัชชา สุขภาพ			2,400	สนทนากลุ่ม การ

ที่	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่าของ ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจาก ปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่า สุทธิก่อน หักอัตรา การลดลง ของ ประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่า ผลกระทบ สุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
	แก้ไข ปัญหา/ใกล้ เกลี้ยและ ทักษะการ สื่อสาร		ทำงานมาก่อน 60%	จังหวัด 20%				ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
8	บุคลากร ทาง สาธารณสุข มีความรู้การ ส่งเสริม IQ เด็ก การ ดูแลแม่ ตั้งครรภ์	7,500	บุคลากรทาง สาธารณสุขมี ความรู้เดิม 60%	- สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด 14 % - สกร.4 % - โรงพยาบาล ป่าต้ว 6%			1,200	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
9	เจ้าหน้าที่/ ครู สกร.มี ความรู้การ จัดกิจกรรม ให้เหมาะสม ตามวัย	8,000	เจ้าหน้าที่/ครู สกร.มีความรู้ เดิม 70%	- เครือข่าย อีกอ่าน สำหรับเด็ก ปฐมวัย 6% - สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ 15%			720	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
10	บุคลากร อบต.มี ความรู้	3,000	บุคลากร อบต.มีความรู้	- สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ 6%			840	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล

ที่	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่าของ ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจาก ปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่า สุทธิก่อน หักอัตรา การลดลง ของ ประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่า ผลกระทบ สุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
	ทักษะ โภชนาการ แม่และเด็ก		ทักษะเดิม 60%	- สกร. 6%				กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
11	ผู้ปกครอง มาทำงาน เสียสละจิต อาสา	19,551					19,551	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
12	การบริจาค เงินและ สิ่งของจาก สกร.	10,000					10,000	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
13	การบริจาค เงินและ สิ่งของจาก อบจ.	1,750					1,750	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ

ที่	รายการผลกระทบ	(A) มูลค่าของผลประโยชน์ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่าสุทธิก่อนหักอัตรา การลดลงของ ประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการลดลงของ ประโยชน์)	(E=A-(B+C+D)) มูลค่าผลกระทบสุทธิ หลังจากปรับค่าผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
								สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
14	กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น. สนับสนุนงบประมาณสนับสนุนการสร้างแม่เสริมเด็กสู่เด็กเชียงเพ็ง 3 ดี (IQ ดี EQ ดี สุขภาพดี)	ปี 2565 =20,000 บาท ปี 2566 = 36,000บาท ปี 2567 = 45,800 บาท	มีนโยบาย จังหวัดอยู่แล้ว 60%	กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น. 16%	ปี 2565 =4,800 บาท ปี 2566 = 8,640 บาท ปี 2567 = 10,922 บาท	ปี 2565 =4,800 บาท ปี 2566 (ลด5%) = 8,208 บาท ปี 2567(ลด10%) = 9,829.8 บาท	22,837.80	สนทนากลุ่ม การประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง (2568)
15	อบต. สนับสนุนงบประมาณโครงการพระราชดำริ	ปี 2565 =28,000 บาท ปี 2566 = 28,000 บาท	งบประมาณต่อเนื่อง แต่นำมาปรับใช้ตามมาตรการธรรมนูญตำบล60%	อบต. 16%	ปี 2565 = 6,720 บาท ปี 2566 = 6,720 บาท	ปี 2565 = 6,720บาท ปี 2566 (ลด5%) = 6,384 บาท	13,104	สนทนากลุ่ม การประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง (2568)

ที่	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่าของ ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจาก ปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่า สุทธิก่อน หักอัตรา การลดลง ของ ประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่า ผลกระทบ สุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
16	อบต. สนับสนุน งบประมาณ สาธารณสุข มูลฐาน (7 หมู่บ้าน)	ปี 2565 =52,500 บาท ปี 2566 = 52,500 บาท	งบประมาณ ต่อเนื่อง แต่ นำมาปรับใช้ ตามมาตรการ ธรรมณูญ ตำบล60%	อบต. 16%	ปี 2565 = 12,600 บาท ปี 2566 = 12,600	ปี 2565 = 12,600 บาท ปี 2566 (ลด5%) = 11,970 บาท	24,570	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมณูญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
17	อบต. สนับสนุน งบประมาณ ปรับปรุง โภชนาการ แม่และ สุขภาพเด็ก	ปี 2566 = 54,250 บาท ปี 2567 = 35,000 บาท	งบประมาณ ต่อเนื่อง แต่ นำมาปรับใช้ ตามมาตรการ ธรรมณูญ ตำบล60%	อบต. 16%	ปี 2566= 13,020 บาท ปี 2567 = 13,020 บาท	ปี 2565(ลด5%) = 12,369 บาท ปี 2566 (ลด10%) = 11,718 บาท	24,087	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมณูญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
18	รพสต. สนับสนุน งบประมาณ โครงการ พัฒนาเด็ก ปฐมวัยใน ศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก	ปี 2565 =35,000 บาท	งบประมาณ ต่อเนื่อง แต่ นำมาปรับใช้ ตามมาตรการ ธรรมณูญ ตำบล60%	อบต. 16%	8,400	8,400	8,400	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมณูญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)

ที่	รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่าของ ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจาก ปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่า สุทธิก่อน หักอัตรา การลดลง ของ ประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการ ลดลงของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่า ผลกระทบ สุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
19	โรงงาน น้ำตาลมิตร ผล โอพาว เวอร์ อำนาจเจริญ ซื้อ สนับสนุน อุปกรณ์ ตรวจวัด ส่วนสูง ชั่ง น้ำหนัก	ปี 2565 =14,000 บาท	70% ได้รับ สนับสนุนตาม งบประมาณ ประจำปี	โรงงานนำ ตาลมิตรผล 9%	2,940	2,940	2,940	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
20	สสส. สนับสนุน งบประมาณ โครงการ สร้างสุข ภาวะแม่ และเด็ก	ปี 2566 = 50,000 บาท	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่ 50%	สสส. 20%	ปี 2566 = 15,000	ปี 2566(ลด5%) = 14,290 บาท	14,290	สนทนากลุ่ม การ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบล เชียงเพ็ง (2568)
	รวม	1,794,227					364,155	

3.3.8 การคำนวณและนำเสนอผล SROI

ขั้นตอนสุดท้ายของการคำนวณ คือการนำมูลค่าผลกระทบสุทธิที่ได้จากส่วนที่ 5 มาเปรียบเทียบกับเงินลงทุนทั้งหมดจากส่วนที่ 1 เพื่อให้ได้อัตราส่วน SROI ที่จะบอกเราว่าการลงทุนในธรรมนูญสุขภาพครั้งนี้มีความคุ้มค่าเพียงใด

การคำนวณอัตราส่วน SROI

อัตราส่วน SROI = มูลค่าผลกระทบสุทธิรวม (จากส่วนที่ 5) ÷ รวมเงินลงทุนทั้งหมด (จากส่วนที่ 1)

- มูลค่าผลกระทบสุทธิรวม = 364,155 บาท
- รวมเงินลงทุนทั้งหมด = 149,905 บาท
- อัตราส่วน SROI = $364,155 \div 149,905 = 2.43$

การตีความผล อัตราส่วน SROI เท่ากับ 2.43 หมายความว่า "ทุกๆ 1 บาทที่ลงทุนในธรรมนูญสุขภาพพื้นที่นี้สามารถสร้างคุณค่าทางสังคมกลับคืนมาได้ 2.43 บาท"

การวิเคราะห์ผลตอบแทนตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เพื่อแสดงให้เห็นว่าคุณค่าที่เกิดขึ้นกระจายไปสู่ใครบ้าง เราควรแจกแจงมูลค่าผลกระทบสุทธิตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จัดลำดับสัดส่วนมาก-น้อย เพื่อให้เห็นจุดความสำคัญที่พื้นที่ที่สามารถนำธรรมนูญสุขภาพไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อพื้นที่ได้)

สรุปกิจกรรมและผลกระทบสุทธิ (Net Impact)

จากการวิเคราะห์กิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการภายใต้ธรรมนูญสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง สามารถสรุปผลกระทบสุทธิได้ดังนี้

กลุ่มกิจกรรมเด็กและแม่ลูกอ่อน

การลดอัตราการพัฒนาล่าช้าในเด็กปฐมวัยเป็นกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนสูงที่สุดในกลุ่มนี้ โดยเริ่มจากมูลค่า 890,000 บาท และให้คุณค่าสุทธิ 133,500 บาท แม้จะมีค่า Deadweight สูงถึง 60 เปอร์เซ็นต์เนื่องจากเด็กส่วนใหญ่สามารถพัฒนาได้ตามปกติอยู่แล้ว และต้องแบ่งเครดิตให้เครือข่ายอีกอ่าน สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครอบครัว และส่วนราชการอื่นๆ ทำให้ค่า Attribution อยู่ที่ 25 เปอร์เซ็นต์

การติดตามการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัยมีมูลค่าเริ่มต้น 258,000 บาท และให้คุณค่าสุทธิ 51,600 บาท ค่า Deadweight ที่ 60 เปอร์เซ็นต์สะท้อนว่าระบบติดตามพื้นฐานมีอยู่แล้วในระบบสุขภาพ ส่วนค่า Attribution ที่ 20 เปอร์เซ็นต์เกิดจากการทำงานร่วมกับสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครอบครัวและโรงพยาบาล

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมมีมูลค่าเริ่มต้น 50,000 บาท และให้คุณค่าสุทธิ 10,000 บาท เนื่องจาก Deadweight อยู่ที่ 60 เปอร์เซ็นต์ เพราะระบบบริการสุขภาพมีการแจกยาเม็ดเสริมให้หญิงตั้งครรภ์อยู่แล้ว ตามปกติ และมี Attribution 20 เปอร์เซ็นต์จากการบริการร่วมกับระบบสุขภาพ

ผู้ประกอบการที่ได้รับความรู้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีมูลค่าเริ่มต้น 28,500 บาท แต่ให้คุณค่าสุทธิเพียง 3,420 บาท เนื่องจาก Deadweight สูงถึง 60 เปอร์เซ็นต์ เพราะผู้ประกอบการมีประสบการณ์พื้นฐานในการเลี้ยงดูเด็กอยู่แล้ว และมี Attribution ค่อนข้างสูงที่ 28 เปอร์เซ็นต์เนื่องจากการทำงานร่วมกับส่วนราชการและหน่วยงานอื่นๆ

กลุ่มกิจกรรมพัฒนาบุคลากร

อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ทักษะโภชนาการและการใช้อุปกรณ์การแพทย์ให้ผลตอบแทนสูงที่สุดในกลุ่มนี้ จากมูลค่าเริ่มต้น 51,876 บาท ให้คุณค่าสุทธิ 18,675 บาท ด้วยค่า Deadweight เพียง 40 เปอร์เซ็นต์ซึ่งเป็นค่าต่ำที่สุดในกลุ่มนี้ แสดงความต้องการทักษะเฉพาะทางสูง และมี Attribution 24 เปอร์เซ็นต์จากการทำงานร่วมกับหลายภาคส่วน

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้ทักษะด้านโภชนาการมีมูลค่าเริ่มต้นเพียง 3,000 บาท และให้คุณค่าสุทธิเพียง 270 บาท เนื่องจากมี Deadweight สูงที่สุดในกลุ่มที่ 70 เปอร์เซ็นต์ เพราะครูมีความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการอยู่แล้วในระดับสูง และมี Attribution 21 เปอร์เซ็นต์จากการร่วมงานกับเครือข่ายอีกอ่านและโรงพยาบาล

ผู้นำชุมชนที่ได้ทักษะการไกล่เกลี่ยและการสื่อสารมีมูลค่าเริ่มต้น 12,000 บาท และให้คุณค่าสุทธิ 2,400 บาท ด้วย Deadweight 60 เปอร์เซ็นต์เนื่องจากผู้นำชุมชนมีประสบการณ์ภาวะผู้นำพื้นฐานอยู่แล้ว และมี Attribution 20 เปอร์เซ็นต์จากการร่วมงานกับสมาคมสุขภาพจังหวัด

บุคลากรภาครัฐจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนราชการ และองค์การบริหารส่วนตำบล ให้คุณค่าสุทธิในช่วง 720-1,200 บาท ซึ่งค่อนข้างต่ำเนื่องจากมี Deadweight สูงถึง 60-70 เปอร์เซ็นต์ เพราะกลุ่มนี้มีความรู้พื้นฐานอยู่แล้วในระดับสูง และมี Attribution ระหว่าง 12-24 เปอร์เซ็นต์จากการร่วมงานกับหลายหน่วยงาน

กลุ่มกิจกรรมชุมชน

ผู้ประกอบการที่อาสาทำงานจิตอาสาเป็นกิจกรรมที่โดดเด่นที่สุด โดยมีมูลค่า 19,551 บาท และให้คุณค่าสุทธิเต็มจำนวน 19,551 บาท คิดเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากไม่มีค่า Deadweight Attribution หรือ Drop-off เลย เพราะเป็นกิจกรรมที่เกิดจากจิตสำนึกชุมชนล้วนๆ โดยไม่มีปัจจัยภายนอกใดมาช่วยเหลือหรือผลักดัน

การบริจาคเงินและสิ่งของจากชุมชนเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่แสดงการมีส่วนร่วมและการช่วยเหลือกันเองของชุมชนอย่างแท้จริง สะท้อนถึงความเข้มแข็งและการพึ่งพาตนเองของชุมชนในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

การวิเคราะห์ปัจจัยปรับแก้ (Adjustment Analysis)

1. Deadweight ภาพสะท้อนความซ้ำซ้อน ระดับ Deadweight ที่สูงถึง 60-70% ในกิจกรรมส่วนใหญ่ บ่งชี้ว่าผลลัพธ์เหล่านี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้เองจากระบบบริการปกติหรือความรู้เดิมที่มีอยู่ การลงทุนผ่านธรรมนูญจึงสร้างคุณค่าเพิ่มได้เพียงบางส่วนในทางตรงข้าม กิจกรรมที่มี Deadweight ต่ำ เช่น การพัฒนา อสม. (40%) และการทำงานจิตอาสาของผู้ปกครอง (0%) แสดงให้เห็นว่า เมื่อกิจกรรมตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่ ผลกระทบสุทธิจะสูงและยั่งยืนกว่า

2. Attribution การแบ่งเครดิตและความร่วมมือ กิจกรรมหลายรายการมี Attribution สูง เช่น การอบรมผู้ปกครอง (28%) หรือการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข (24%) สะท้อนให้เห็นว่าผลลัพธ์ส่วนใหญ่ต้องแบ่งเครดิตกับหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่ใช่สิ่งผิด แต่แสดงให้เห็นบทบาทของธรรมนูญในฐานะ "ตัวเสริม" มากกว่า "ตัวนำ" อย่างไรก็ตาม กิจกรรมจิตอาสาผู้ปกครองที่ไม่มี Attribution เลย กลับสะท้อนแก่นแท้ของธรรมนูญสุขภาพว่า เมื่อชุมชนเป็นเจ้าของกิจกรรมอย่างแท้จริง ผลลัพธ์ที่ได้คือของแท้ที่ไม่ต้องแบ่งให้ใคร

3. Drop-off ความต่อเนื่องของผลลัพธ์ แม้ว่าเอกสารจะไม่ได้ระบุ Drop-off อย่างชัดเจนในหลายกิจกรรม แต่สามารถตีความได้ว่า กิจกรรมการฝึกอบรมหากไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ย่อมลดลงตามกาลเวลา ในขณะที่กิจกรรมที่เกิดจากพลังภายในชุมชน เช่น การทำจิตอาสาและการบริจาค มีแนวโน้มคงอยู่ได้นานกว่า เพราะฝังตัวอยู่ในวัฒนธรรมของพื้นที่

บทเรียนสำคัญจากการเปรียบเทียบ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบแนวโน้มที่น่าสนใจ ชุมชนเหนือกว่าระบบราชการ กิจกรรมที่ชุมชนเป็นแกนกลาง เช่น จิตอาสา ให้ผลตอบแทนสูงสุด ขณะที่การอบรมบุคลากรมีอาชีพรูปแบบซ้ำๆ บริการเหนือกว่าการถ่ายทอดความรู้: กิจกรรมที่เน้นการให้บริการโดยตรง เช่น ติดตามการเจริญเติบโตหรือการให้ยาเม็ดเสริม คุ่มค่ากว่าการอบรมเชิงความรู้ที่อาจซ้ำซ้อน และ กลุ่มฐานความรู้ต่ำให้ผลดีกว่า การพัฒนา อสม. ให้ผลตอบแทนสูงกว่าครูศูนย์เด็กเล็กหรือบุคลากร สกร. ที่มีพื้นฐานความรู้สูงอยู่แล้ว

ข้อเสนอแนะ

- 1) จัดลำดับการลงทุนใหม่ เพิ่มงบประมาณ สำหรับกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนสูง เช่น การพัฒนา อสม. และการเสริมพลังจิตอาสา และ ลดหรือปรับรูปแบบ กิจกรรมที่ผลตอบแทนต่ำ เช่น การอบรมครูศูนย์เด็กเล็กหรือเจ้าหน้าที่ สกร.
- 2) สร้างระบบสนับสนุนความยั่งยืน จัดให้มีกลไกติดตามหลังการอบรม เช่น กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง หรือการวัดผลที่เน้น Outcome แทนการนับจำนวนผู้เข้าร่วม
- 3) เสริมบทบาทของชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นเจ้าของกิจกรรมมากขึ้น โดยให้พวกเขาออกแบบกิจกรรมเอง ลดการพึ่งพาการสนับสนุนจากภายนอก
- 4) ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ คัดเลือกกิจกรรมที่มีหลักฐานรองรับว่าคุ้มค่าและสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ เช่น กิจกรรมพัฒนาการเด็กแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว

- 5) ยกระดับกิจกรรมจิตอาสาเป็นต้นแบบ สร้างระบบสนับสนุน เช่น เครือข่ายอาสาสมัคร การยกย่องเชิดชูเกียรติ เพื่อรักษาแรงขับของชุมชนให้ดำเนินต่อไป

สรุปการวิเคราะห์ปัจจัยปรับแก้ใน SROI ของตำบลโยธะเผยให้เห็นภาพที่ชัดเจนว่า กิจกรรมที่เน้นการอบรมบุคลากรหรือการทำงานแบบราชการ มี Deadweight และ Attribution สูง จนทำให้คุณค่าผลกระทบสุทธิต่ำ ในขณะที่กิจกรรมที่ชุมชนเป็นแกนกลาง เช่น จิตอาสาของผู้ปกครองหรือการพัฒนา อสม. กลับสร้างคุณค่าใหม่ที่ชัดเจนและยั่งยืน นี่คือนวัตกรรมสำคัญสำหรับการแปลงธรรมนูญสุขภาพสู่การปฏิบัติ ที่ควรลงทุนกับกิจกรรมที่เสริมพลังชุมชนอย่างแท้จริง ลดความซ้ำซ้อน และมีกลไกติดตามอย่างต่อเนื่อง หากสามารถปรับแผนการลงทุนในลักษณะนี้ได้ ธรรมนูญสุขภาพตำบลจะกลายเป็นเครื่องมือที่สร้างคุณค่าทางสังคมสูงสุดอย่างแท้จริง

3.3.9 การตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (Verification)

1) ผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพตำบลที่สะท้อนผ่านการ

วิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (SROI)

การดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพตำบลได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกที่มีนัยสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปแบบของผลตอบแทนทางสังคมที่วัดได้และเป็นรูปธรรม การวิเคราะห์ผลกระทบดังกล่าวสามารถจำแนกออกเป็นมิติต่างๆ ดังนี้

- **การพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองและครอบครัว** ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนความสำเร็จของนโยบายสุขภาพตำบล การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่มารดาและผู้ปกครองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก การให้อาหารที่เหมาะสม และการกระตุ้นพัฒนาการ ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กในระยะยาว

- **ผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็ก** ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานประกอบด้วย การพัฒนาทางปัญญา (IQ) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการเจริญเติบโตทางร่างกายที่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานตามวัย ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของประสิทธิผลของนโยบายสาธารณะในระดับชุมชน

- **กลไกการดำเนินงานแบบบูรณาการ** ได้แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนผ่านการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และสาธารณสุขมูลฐาน การทำงานแบบเครือข่ายนี้ได้สร้างความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการที่ทั่วถึง

- **การเสริมสร้างศักยภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์** เป็นอีกหนึ่งผลสำเร็จที่โดดเด่น โดยสตรีตั้งครรภ์และสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

ตั้งแต่การรับประทานอาหารเสริม การเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นมารดา จนถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรลดลงอย่างเห็นได้ชัด

- **โครงสร้างพื้นฐานและเครื่องมือมาตรฐาน** ที่ได้รับการจัดหาและพัฒนา ประกอบด้วย ชุดเครื่องมือประเมินพัฒนาการที่ได้มาตรฐาน อุปกรณ์วัดสัดส่วนร่างกาย และสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กแรกเกิด โดยเฉพาะการจัดหาหนังสือนิทานให้กับเด็กแรกเกิดในอัตรา 5 เล่มต่อคน ซึ่งเป็นการลงทุนในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเยาว์

2) การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานสุขภาพแม่และเด็กในบริบทชุมชน

ปัจจัยภายในชุมชน

- **ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** เป็นรากฐานสำคัญของความสำเร็จ โดยเฉพาะการที่ผู้บริหารท้องถิ่น บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชนมีแนวคิด (Mindset) ที่สอดคล้องกันในการมุ่งเน้นสุขภาพของประชาชนเป็นเป้าหมายสูงสุด การปรับเปลี่ยนทัศนคติและวิธีการทำงานของผู้บริหารจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของนโยบาย

- **การกำหนดกติกาและเป้าหมายร่วม** ได้สร้างกรอบการทำงานที่ชัดเจนและมีทิศทางเดียวกัน ธรรมนูญสุขภาพตำบลทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการระบุบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริง

- **ระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผล** ที่มีความถูกต้อง เป็นจริง และทันสมัย เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย การสร้างกลไกป้อนกลับ (Feedback Loop) ระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

- **ความพร้อมทางการเงินและทรัพยากร** จากแหล่งทุนหลากหลาย ได้แก่ กองทุนสุขภาพ โครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล และทรัพยากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การมีแหล่งทุนที่เพียงพอและหลากหลายช่วยให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนและต่อเนื่อง

- **ศักยภาพบุคลากรและการทำงานเป็นทีม** โดยการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะของบุคลากรในทีมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างกลไกสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานอื่นๆ เพื่อเติมเต็มช่องว่างที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินงาน

ปัจจัยภายนอกชุมชน

- การสนับสนุนจากเครือข่ายองค์กร ระดับจังหวัดและระดับชาติ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด และพื้นที่นวัตกรรมสุขภาพชุมชน (พชอ.) ได้ให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ เครื่องมือ และแนวทางการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐาน

- การเชื่อมโยงนโยบายระดับมหภาค โดยที่นโยบายสุขภาพแม่และเด็กเป็นประเด็นที่ได้รับการยอมรับในระดับชาติ จังหวัด และอำเภอ ทำให้เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่สามารถเชื่อมต่อและสร้างพลังร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- แหล่งทุนภายนอก จากองค์กรต่างๆ เช่น บริษัท มิตรผล จำกัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานศึกษาธิการภาค 14 ได้ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางการเงินและขยายขอบเขตการดำเนินงาน

3) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการขยายผลสู่พื้นที่อื่น

- การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วม เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดในการขยายผลนโยบาย การจัดกระบวนการสื่อสารและสร้างความเข้าใจให้กับผู้นำชุมชน ประชาชน และผู้ปกครองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะช่วยสร้างฐานการยอมรับและการมีส่วนร่วมที่แข็งแกร่ง

- การระบุและพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในแต่ละพื้นที่เป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จ การค้นหาบุคคลที่มีจิตวิญญาณการให้บริการ ความกระตือรือร้น และอิทธิพลในชุมชน จากหลากหลายกลุ่ม ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำทางความคิดในชุมชน แล้วพัฒนาให้เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนนโยบาย

- การจัดการองค์ความรู้และระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพเป็นรากฐานของการตัดสินใจที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาระบบการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลสถิติที่น่าเชื่อถือ รวมถึงการสร้างกลไกการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพกับชุมชน จะช่วยสร้างความเข้าใจและการยอมรับในนโยบาย

- การจัดหาและบริหารจัดการทรัพยากร อย่างยั่งยืน ผ่านการระดมทุนจากแหล่งทุนหลากหลาย ทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรบริหารส่วนตำบล ภาคเอกชน และกองทุนชุมชน เช่น เงินจากการจัดงานทำบุญของชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและไม่ขึ้นอยู่กับแหล่งทุนเดียว

- การเรียนรู้จากแนวปฏิบัติที่ดี ผ่านการศึกษาดูงานจากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ โดยต้องวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำแนวทางดังกล่าวมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และสามารถบูรณาการเข้ากับแผนงานที่มีอยู่แล้วได้อย่างเป็นระบบ

- **การพัฒนากระบวนการบริหารและธรรมาภิบาล** ที่มีประสิทธิภาพผ่านการสร้างเวทีการมีส่วนร่วมทั้งในระดับทางการและไม่เป็นทางการ การจัดประชุมคณะกรรมการอย่างเป็นระบบ การสร้างกลไกการลอบบี้เชิงนโยบาย และการใช้ประโยชน์จากพื้นที่สังคมต่างๆ เช่น วัด งานบุญ เพื่อสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การบริหารแบบนี้จะช่วยสร้างความยั่งยืนในการดำเนินนโยบายและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

การขยายผลธรรมาณูสุขภาพตำบลสู่พื้นที่อื่นๆ จำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์บริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่อย่างรอบคอบ และการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในท้องถิ่นนั้นๆ เพื่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพของแม่และเด็กอย่างยั่งยืนและครอบคลุม

3.3.10 ข้อค้นพบจากกรณีศึกษา

1) กระบวนการทำงานร่วมกับชุมชน : การสร้างพื้นที่การเรียนรู้ร่วม

การทำงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการประเมิน SROI ต้องเริ่มจากการทำความเข้าใจว่าแนวคิดการวัดผลตอบแทนทางสังคมเป็นเรื่องที่ซับซ้อนสำหรับชุมชน การจัดเวทีชี้แจงจึงต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย โดยแปลง "Deadweight" เป็น "สิ่งที่เกิดขึ้นได้เองแต่ไม่มีธรรมาณู" และ "Attribution" เป็น "ผลงานที่ต้องแบ่งเครดิตให้หน่วยงานอื่น" การใช้ตัวอย่างเปรียบเทียบจากชีวิตประจำวัน เช่น การปลูกข้าวที่ต้องคิดต้นทุนและผลผลิต ช่วยให้ชุมชนเข้าใจแนวคิดได้ดีขึ้น เวทีเก็บข้อมูลไม่ได้เป็นการสัมภาษณ์เชิงเดียวอย่างเดียว แต่เป็นกระบวนการสร้างความรู้ร่วมกัน จากการสนทนากลุ่มที่มีผู้เข้าร่วม จากหลากหลายภาคส่วน ได้ข้อมูลที่เสริมกันจากมุมมองที่แตกต่าง เช่น อสม.ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้นำชุมชนชี้ให้เห็นความร่วมมือใหม่ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลรูปแบบการทำงานใหม่

เวทีค้นข้อมูลเป็นช่วงเวลาทีละเยียดอ่อน เมื่อต้องนำเสนอผลการประเมินที่แสดงอัตราส่วน SROI แต่หลังปรับคำปัจจัยต่างๆ คุณค่าสุทธิลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การนำเสนอต้องระมัดระวังไม่ให้ชุมชนรู้สึกงานถูกลดค่า แต่อธิบายให้เห็นว่าเป็นวิธีการประเมินที่เป็นธรรมและเป็นมาตรฐานสากล

2) มุมมองและปฏิกิริยาของชุมชน : ระหว่างการยอมรับและการต่อรอง

ชุมชนแสดงปฏิกิริยาที่น่าสนใจต่อผลการประเมิน โดยส่วนใหญ่ยอมรับค่า Deadweight ที่สูง เช่น อสม.เห็นด้วยว่าเด็กส่วนหนึ่งจะพัฒนาได้เองตามธรรมชาติ (60%) และบุคลากรสาธารณสุขยอมรับว่าระบบบริการพื้นฐานมีอยู่แล้วก่อนธรรมาณู อย่างไรก็ตาม ผู้นำชุมชนโต้แย้งและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณค่าที่ยากวัด เช่น "ความร่วมมือ" ที่เกิดขึ้นใหม่ การเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพอย่าง "การรวมตัวทำกิจกรรมร่วมกันของเด็กและเยาวชน" และ "การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน จากเดิมต่างคนต่างทำงานของตัวเอง"

ข้อมูลเชิงลึกที่ชุมชนให้เพิ่มเติมครอบคลุมด้านความยั่งยืน เช่น การมีทิศทางการทำงานที่ชัดเจน การพัฒนาโครงการทำงานที่ชุมชนสามารถดำเนินการต่อไปได้เอง และการเสนอให้ปรับปรุงการประเมิน โดยเฉพาะการพิจารณา Drop-off rate ที่ต่ำกว่าสำหรับกิจกรรมที่เกิดจากจิตสำนึกชุมชน

3) บทเรียนของทีมวิจัย: การเรียนรู้จากความท้าทายและความสำเร็จ

ความท้าทายหลักคือช่องว่างด้านภาษาและแนวคิด การแปล SROI ให้เป็นภาษาชุมชนต้องใช้เวลาและความอดทน ความขัดแย้งระหว่างตัวเลขกับความภาคภูมิใจของชุมชนต้องจัดการอย่างระมัดระวัง และการสมดุลระหว่างมาตรฐานวิชาการกับความเป็นจริงของชุมชนเป็นความท้าทายต่อเนื่อง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การสร้างบรรยากาศแบบเปิดโดยจัดเวทีในพื้นที่คุ้นเคยและเริ่มต้นด้วยการรับฟังเรื่องราวความสำเร็จ การใช้แกนนำชุมชน (ผอ.รพสต.เซเซ่ง) เป็นสื่อกลางระหว่างทีมวิจัยกับชุมชน และการยืนยันคุณค่าของงานชุมชนควบคู่กับการให้ข้อมูลป้อนกลับ

การทำ PAR ในการประเมิน SROI ต้องการมากกว่าการรวบรวมข้อมูลเพื่อใส่ในสูตรคำนวณ แต่เป็นกระบวนการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับคุณค่าของการทำงานเพื่อสังคม ความสำเร็จวัดจากการที่ชุมชนเข้าใจและใช้ประโยชน์จากผลการประเมินในการพัฒนางานต่อไป ไม่ใช่แค่การได้ตัวเลขที่แม่นยำ ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคตคือ การเตรียมตัวก่อนลงพื้นที่อย่างรอบคอบ การออกแบบกระบวนการแบบยืดหยุ่น และการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพให้สมดุล เพื่อให้ได้ภาพรวมของผลกระทบทางสังคมที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างแท้จริง

3.4 ผลการประเมินผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

3.4.1 บทนำและข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่

ตำบลนาโพธิ์กลางได้รับการสนับสนุนจากทีมงานศูนย์ประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานีในการพัฒนาศักยภาพและให้แนวคิดในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2562 ตำบลนาโพธิ์กลางมีแผนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพในประเด็นโรคไข้เลือดออก เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวมีการแพร่ระบาดของโรคนี้ในพื้นที่และมีประชาชนเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2563 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้ทวีความรุนแรงขึ้นทั้งในระดับประเทศและทั่วโลก จึงการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงาน เนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 มีผลกระทบโดยตรงต่อประชาชนในตำบลนาโพธิ์กลาง โดยเฉพาะกรณีที่ลูกหลานของชาวบ้านซึ่งทำงานอยู่ในจังหวัดอื่นและต่างประเทศเดินทางกลับภูมิลำเนา ทำให้เกิดข้อกังวลเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรค ทางตำบลจึงปรับแนวทางการจัดทำธรรมนูญสุขภาพจากโรคไข้เลือดออกเป็นมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโควิด-19 ปี พ.ศ. 2563 ตำบลนาโพธิ์กลางได้ดำเนินการสร้างมาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือในการจัดการระบบการทำงานภายในชุมชน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของการป้องกันโรค จึงมีการปรับปรุงเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2564 เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและเพื่อให้มาตรการป้องกันโรคมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลางจึงได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2564 โดยเน้นให้ความสำคัญกับการปฏิบัติร่วมกันของชุมชน การเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การดำเนินการจัดทำธรรมนูญสุขภาพของตำบลนาโพธิ์กลางสะท้อนถึงความสามารถในการปรับตัวของชุมชนต่อสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่มุ่งเน้นการป้องกันโรคไข้เลือดออก ไปสู่การจัดทำมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อสร้างความปลอดภัยให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อมูลพื้นฐาน

ตำบลนาโพธิ์กลางมีประชากรทั้งหมด 8,528 คน (ชาย 4,303 คน หญิง 4,225 คน) โครงสร้างอายุแบ่งเป็น ต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 2,272 คน (26.6%) อายุ 21-40 ปี จำนวน 2,544 คน (29.8%) อายุ 41-59 ปี จำนวน 2,419 คน (28.4%) และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,293 คน (15.2%) แสดงโครงสร้างประชากรวัยแรงงานสูง อัตราการเกิด 24 คน อัตราการเสียชีวิต 51 คน และอัตราการย้ายถิ่น 182 คน แสดงการขยายตัวของประชากรที่ลดลงและมีการย้ายถิ่นสูง ระดับการศึกษาประชากรส่วนใหญ่จบประถมศึกษา 2,764 คน

รองลงมามีมัธยมศึกษาตอนต้น 1,033 คน และมีมัธยมศึกษาตอนปลาย 596 คน ผู้จบอุดมศึกษามีจำนวนน้อย โดยปริญญาตรี 131 คน และสูงกว่าปริญญาตรีเพียง 7 คน

ประชากรมีต้นกำเนิดจาก 4 เผ่า คือ ขอม ส่วย ข่า และกูไท ปัจจุบันผสมผสานเป็นวัฒนธรรมไทย-ลาว (อีสาน) ยึดถือประเพณีฮีตสิบสอง ตั้งแต่บุญข้าวกรรม (เดือนอ้าย) ถึงบุญกฐิน (เดือนสิบสอง) สะท้อนการดำรงชีวิตที่ผูกพันกับวัฒนธรรมล้านช้าง

อาชีพและรายได้ ประชากรประกอบอาชีพหลักเกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ ทำสวน) อาชีพรองรับราชการ จากการสำรวจ 1,545 ครัวเรือน พบรายได้ประชากรเฉลี่ย 53,240.61 บาท/คน/ปี และรายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 167,165.18 บาท/ปี โครงสร้างหนี้สินครัวเรือนแสดงว่า มีหนี้สิน 291 ครัวเรือน ไม่มีหนี้สิน 1,254 ครัวเรือน หนี้สินรวม 40,438,004 บาท คิดเป็นหนี้สินเฉลี่ยต่อครัวเรือนที่มีหนี้ประมาณ 138,998 บาท

ด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ มีขนาดพื้นที่ประมาณ 163,125 ไร่ ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูงล้อมรอบด้วยภูเขา มีแม่น้ำโขงเป็นแนวเขตแดนกับลาว มี 3 ฤดู คือ ฤดูฝน (พฤษภาคม-ตุลาคม) ฤดูหนาว (ตุลาคม-มกราคม) และฤดูร้อน (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม)

การใช้ประโยชน์ที่ดินแบ่งเป็น พื้นที่ป่าไม้ 68,643 ไร่ (42%) พื้นที่เบ็ดเตล็ด 57,554 ไร่ (35.3%) พื้นที่ไร่ 14,527 ไร่ (8.9%) ไม้ยืนต้น 14,294 ไร่ (8.8%) พื้นที่นา 12,520 ไร่ (7.7%) และพื้นที่น้ำ 5,603 ไร่ (3.4%) แหล่งน้ำประกอบด้วย แม่น้ำโขง ห้วยแซะ ห้วยโพธิ์ ห้วยทราย ห้วยใหญ่ ฝาย 13 แห่ง บ่อน้ำตื้น 12 แห่ง อ่างเก็บน้ำ 7 แห่ง และระบบประปา 10 แห่ง ปัญหาสิ่งแวดล้อมสำคัญ ได้แก่ น้ำเน่าเสียจากการทิ้งขยะลงแหล่งน้ำ การขาดสถานที่กำจัดขยะ และมลพิษทางเสียงจากการจราจร

ด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยและการเสียชีวิต โรคที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง 4,724 คน (หญิง 2,976 คน ชาย 1,748 คน) ปอดบวม 4,484 คน (ชาย 2,454 คน หญิง 2,030 คน) และเบาหวาน 3,052 คน (หญิง 2,035 คน ชาย 1,017 คน) สาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ ได้แก่ โรคภัยไข้เจ็บ 1,483 คน (หญิง 832 คน ชาย 651 คน) หัวใจล้มเหลว 915 คน (ชาย 554 คน หญิง 361 คน) และการติดเชื้อในกระแสเลือด 647 คน (ชาย 357 คน หญิง 290 คน) การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีสถานบริการ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันท่าเกวียน และสถานบริการสาธารณสุขชุมชนปากลา

3.4.2 เนื้อหาในธรรมนูญสุขภาพ

ธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลางเรื่องการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงวิธีการจัดการภาวะวิกฤตระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยมีการพัฒนาและปรับปรุงจากฉบับแรกในปี 2563 มาเป็นฉบับปรับปรุงในปี 2564 เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ในช่วงเริ่มต้นของการระบาดโควิด-19 ตำบลนาโพธิ์กลางได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการมีกฎเกณฑ์ท้องถิ่นเป็นของตนเอง เนื่องจากพื้นที่แต่ละแห่งมีบริบทและความเสี่ยงที่แตกต่างกัน ธรรมนูญฉบับแรกจึงเกิดขึ้นด้วยความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นไปที่มาตรการพื้นฐาน เช่น การสวมหน้ากาก การเว้นระยะห่าง และการควบคุมการเดินทางเข้า-ออกพื้นที่ เมื่อเวลาผ่านไป สถานการณ์การแพร่ระบาดมีความซับซ้อนมากขึ้น ชุมชนจึงต้องพัฒนากลไกการจัดการที่ละเอียดและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ธรรมนูญฉบับปรับปรุงในปี 2564 จึงเพิ่มเติมมาตรการใหม่หลายประการ โดยเฉพาะการจัดตั้งศูนย์พักคอยระดับตำบล ซึ่งเป็นนวัตกรรมสำคัญที่ทำให้ชุมชนสามารถจัดการผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดและทันท่วงที

การกักกันตัวที่บ้านก็เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่สะท้อนถึงความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงของชุมชนชนบท ที่ไม่สามารถส่งผู้ป่วยทุกรายไปรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ ดังนั้นการดูแลที่บ้านจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยมีระบบสนับสนุนจากคณะกรรมการหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สิ่งที่น่าสนใจคือการให้อำนาจผู้นำหมู่บ้านในการตัดสินใจปิดหมู่บ้านเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปสู่ระดับรากหญ้า ทำให้การตอบสนองต่อวิกฤตเป็นไปอย่างรวดเร็วและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ในด้านการบังคับใช้กฎหมาย ธรรมนูญนี้แสดงให้เห็นถึงการสร้างสมดุลระหว่างการให้อำนาจแก่ขั้วกับการลงโทษ โดยเริ่มจากการตักเตือน ลดเครดิตของหมู่บ้าน การให้บำเพ็ญประโยชน์ และสุดท้ายคือการดำเนินคดีตามกฎหมาย การไล่ระดับการลงโทษแบบนี้สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่เน้นการให้อภัยและโอกาสในการแก้ไข

การปรับปรุงธรรมนูญจากฉบับแรกมาเป็นฉบับปรับปรุงสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้และปรับตัวของชุมชน มิใช่การยึดติดกับกฎเกณฑ์ที่ตายตัว แต่เป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามประสบการณ์และความต้องการที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการจัดการสาธารณสุขชุมชนที่ยั่งยืน โดยรวมแล้ว ธรรมนูญนี้เป็นตัวอย่างที่ดีของการจัดการวิกฤตสาธารณสุขระดับท้องถิ่นที่ผสมผสานระหว่างการมีส่วนร่วมของประชาชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น และหลักการสาธารณสุขสมัยใหม่ เข้าด้วยกันอย่างลงตัว ทำให้เกิดเป็นแบบจำลองที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4.3 การกำหนดขอบเขตและระบุเงินลงทุน (Scoping & Identifying Inputs)

ขั้นตอนนี้เปรียบเสมือนการตั้งหลักของการประเมินทั้งหมด เราต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าเรากำลังจะประเมิน "อะไร" "เพื่ออะไร" และ "มีต้นทุนเท่าไร" ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปทั้งหมด การระบุเงินลงทุนหรือต้นทุนทั้งหมดให้ครบถ้วนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนี่คือตัวหารในการคำนวณค่า SROI ในขั้นตอนสุดท้าย

ข้อมูลทั่วไปของธรรมนูญสุขภาพ

- ชื่อธรรมนูญสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลาง
- พื้นที่ดำเนินการ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี
- ระยะเวลาที่ประเมิน ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปี 2565
- ประเด็นขับเคลื่อนหลัก “ธรรมนูญสู้ภัยโควิด 19” ว่าด้วยมาตรการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019

การระบุเงินลงทุนทั้งหมด (Total Investment)

คือการรวบรวม "ต้นทุน" หรือ "เงินลงทุน" ทั้งหมดที่ใช้ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตลอดระยะเวลาที่ประเมิน ซึ่งประกอบด้วยสองส่วนหลักคือ ส่วนที่เป็นตัวเงิน และส่วนที่ไม่ใช่ตัวเงิน

ตารางที่ 3.24 แสดงเงินลงทุนทั้งหมดจำแนกตามประเภท

ประเภทของเงินลงทุน (Inputs)	คำอธิบาย	จำนวนเงิน (บาท)
1. งบประมาณที่เป็นตัวเงิน (Financial Contributions)		
งบประมาณจาก อปท.ภาครัฐ	เงินที่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากเทศบาล อบต. หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ	20,000
งบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ จำนวน 3 คน x 1,500 บาท x 2 ครั้ง	9,000
งบประมาณจาก รพสต.	ค่าวัสดุทางการแพทย์	200,000
2. ทรัพยากรที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-Financial Contributions)		
เวลาของอาสาสมัคร/คณะทำงาน (Volunteer Time) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ	14 คน x 5 ครั้ง x 325 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดอุบลราชธานีปี 2563)	22,750

ประเภทของเงินลงทุน (Inputs)	คำอธิบาย	จำนวนเงิน (บาท)
เวลาของอาสาสมัคร/คณะทำงาน (Volunteer Time) เข้าร่วมเวทีประชาคมรับรองธรรมนูญสุขภาพตำบล	30 คน x 10 ครั้ง x 325 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดอุบลราชธานีปี 2563)	99,750
เวลาของอาสาสมัคร/คณะทำงาน (Volunteer Time) เข้าร่วมเวทีประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล	40 คน x 1 ครั้ง x 325 บาท (ค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดอุบลราชธานีปี 2563)	13,000
รวมเงินลงทุนทั้งหมด (Total Investment)		364,500

ขั้นตอนต่อไป ตัวเลข "รวมเงินลงทุนทั้งหมด" นี้ คือตัวหารสำคัญที่จะถูกนำไปใช้ใน ส่วนที่ 5 เพื่อคำนวณอัตราส่วน SROI

3.4.4 การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change - ToC)

(ประยุกต์จากเศรษฐกิจ บัณฑิต เกศกุล สระกวี และบุญฤทธิ์ พานิชเจริญ 2564)

ถ้ามีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลที่สร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและการจัดการตนเองในการต่อสู้กับโควิด-19 แล้วจะทำให้ ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่ ลดการแพร่ระบาดของโรค ลดการสูญเสีย และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความสุขที่ทุกคนในชุมชนสร้างได้

ตารางที่ 3.25 ผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment : SIA) ธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง “ธรรมนูญสู้ภัยโควิด 19” ว่าด้วยมาตรการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
2563- 2565	-ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและปัญหาสุขภาพในพื้นที่ -องค์ความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพและการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ -ทรัพยากรบุคคล (แกนนำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข ครู และพระสงฆ์) -งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน -การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ได้แก่ สช.	-การเปิดพื้นที่สาธารณะและสร้างความเข้าใจ - การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ -การยกย่องธรรมนูญสุขภาพ -การรับฟังความคิดเห็นต่อร่างธรรมนูญ -การประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ	- ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรคอย่างถูกต้องและทั่วถึง - มีระบบติดตามและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในพื้นที่ - ลดจำนวนกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อ	-ประชาชนในพื้นที่/ชุมชน - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ - โรงเรียนในพื้นที่ - ผู้นำชุมชน/ปราชญ์ชาวบ้าน/อสม. -กลุ่มและองค์กรชุมชน -ภาคธุรกิจ ร้านค้าในพื้นที่	- ระบบเฝ้าระวังและการควบคุมโรคในตำบลมีประสิทธิภาพมากขึ้น - อัตราการติดเชื้อในตำบลลดลง เนื่องจากการควบคุมการเดินทางและกิจกรรมเสี่ยง -การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เพิ่มมากขึ้น -การตระหนักรู้ด้านสุขภาพในชุมชน -พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น -การลดลงของปัญหาสุขภาพในพื้นที่	-ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ -จำนวนภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ -ร้อยละของประชาชนที่รับรู้และเข้าใจเรื่องธรรมนูญสุขภาพ -จำนวนแผนงาน/โครงการที่เกิดขึ้นจากธรรมนูญสุขภาพ -จำนวนข้อบัญญัติท้องถิ่นที่ออกตามข้อตกลงในธรรมนูญสุขภาพ	-การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างระบบสุขภาพในระดับตำบล -การสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน -การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในพื้นที่ตำบล -การพัฒนาศักยภาพการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบล -การสร้างสำนึกความเป็นเจ้าของระบบสุขภาพโดยชุมชนท้องถิ่น

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
	-วัสดุ อุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย เจล แอลกอฮอล์ - วิธีการในการรวบรวมข้อมูลและการมีส่วนร่วม -เครือข่ายและภาคีความร่วมมือในพื้นที่ ได้แก่ อบต.ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน	- การแปลง ธรรมนูญสู่การปฏิบัติ -การติดตามและ ประเมินผล - การปรับปรุง และพัฒนา ต่อเนื่อง	-เกิดกลไกการ ขับเคลื่อน -ข้อบัญญัติ ท้องถิ่น -มาตรการทาง สังคม -ระบบข้อมูล สุขภาพ -นวัตกรรม สุขภาพชุมชน ได้แก่ นวัตกรรม กล้องกันป้องกันโควิด 19 ใน รพ.สต. -ผลิตเฟซบุ๊ก Mask ใช้เองใน ชุมชนขอสม.แก้ บสงยาผู้ป่วย	-วัด -พื้นที่อื่นๆ ที่ ต้องการศึกษ เรียนรู้ - กลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการ ดูแลเป็นพิเศษ	-การแก้ไขปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพ -การพัฒนาาระบบ สุขภาพชุมชน -ความเข้มแข็งของกลไก สุขภาพภาคประชาชน -การบูรณาการความ ร่วมมือระหว่าง หน่วยงาน -การลดค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพระยะยาว -ชุมชนพึ่งตนเองด้าน สุขภาพได้มากขึ้น -ต้นแบบนโยบาย สาธารณะที่เกิดจาก ชุมชน	-อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ -อัตราการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชน -ระดับการลดลงของปัจจัย เสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน -จำนวนนวัตกรรมสุขภาพที่ เกิดขึ้นในชุมชน -ร้อยละของการจัดสรร งบประมาณท้องถิ่นเพื่อ สนับสนุนการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพ -จำนวนกลไกการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพที่มีการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	-การเกิดนโยบายสาธารณะที่ เอื้อต่อสุขภาพในระดับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น -การเปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อ สุขภาพของคนในตำบล -การพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท และวิถีชีวิตของชุมชน -การเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับ การพัฒนาในมิติอื่นๆ ของ ตำบล เช่น เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม - ชุมชนมีความสามารถในการ รับมือกับวิกฤตสุขภาพใน อนาคต - ตำบลนาโพธิ์กลางเป็น ต้นแบบของการจัดการภัย สุขภาพระดับชุมชน

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
			เบาหวาน ความดันโลหิตสูง -สื่อเผยแพร่ความรู้			-ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพ -จำนวนพื้นที่หรือองค์กรที่มาศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ -จำนวนครั้งของการทบทวนและปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพ -ระดับคุณภาพชีวิตและความสุขของประชาชนในพื้นที่ - จำนวนประชาชนที่ได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวัง - จำนวนกิจกรรมที่มีการควบคุมและปฏิบัติตามมาตรการ - จำนวนจิตอาสา	

พ.ศ.	ปัจจัยนำเข้า Input	กิจกรรมหลัก Activities	ผลผลิต Output	ผู้ใช้ประโยชน์ User	ผลลัพธ์ Outcome	ตัวชี้วัด	ผลกระทบ Impact
						- ยอดการบริจาค/ค่าสถิติ การบริจาคสิ่งของเพื่อ ช่วยเหลือในยววิฤต	

สรุปผลการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมนูญสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลาง

จากตารางที่ 3.25 สามารถสรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า (Input)

ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลางในการต่อสู้กับโควิด-19 มีการระดมทรัพยากรที่หลากหลายและครอบคลุม เริ่มจากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผน ร่วมกับองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพและการจัดทำธรรมนูญสุขภาพที่เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ทรัพยากรบุคคลที่มีบทบาทสำคัญประกอบด้วยแกนนำชุมชนที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างหน่วยงานกับประชาชน ผู้นำท้องถิ่นที่มีอำนาจในการตัดสินใจและขับเคลื่อนนโยบาย บุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญทางวิชาการ ครูที่มีบทบาทในการเผยแพร่ความรู้ และพระสงฆ์ที่เป็นที่เคารพนับถือและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานมาจากหลายแหล่งทุน พร้อมด้วยการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกโดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุข วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ วิธีการในการรวบรวมข้อมูลและการสร้างการมีส่วนร่วม รวมถึงเครือข่ายและภาคีความร่วมมือในพื้นที่ที่ประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน วัด และโรงเรียน

กิจกรรมหลัก (Activities)

การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามลำดับขั้นตอนที่เป็นระบบและมีส่วนร่วม เริ่มต้นด้วยการเปิดพื้นที่สาธารณะและสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนเกี่ยวกับความสำคัญของการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ตามด้วยการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างละเอียดเพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน กระบวนการยกร่างธรรมนูญสุขภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การรับฟังความคิดเห็นต่อร่างธรรมนูญเป็นกระบวนการประชาธิปไตยที่ให้โอกาสประชาชนได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ การประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นการแสดงเจตจำนงร่วมกันของชุมชน การแปลงธรรมนูญสู่การปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่ทำทนาย เนื่องจากต้องการการประสานงานและความร่วมมือจากหลายฝ่าย การติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ทราบความก้าวหน้าและปัญหาในการดำเนินงาน และการปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่องเป็นการเรียนรู้และพัฒนาาระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลผลิต (Output)

ผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานมีความหลากหลายและเป็นรูปธรรม ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรคอย่างถูกต้องและทั่วถึง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและป้องกันการติดเชื้อ มีระบบติดตามและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ และมีการลดจำนวนกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อ เกิดกลไกการขับเคลื่อนที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ มีข้อบัญญัติท้องถิ่นที่สนับสนุนการดำเนินงาน มาตรการทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และระบบข้อมูลสุขภาพ

ที่ครอบคลุมและทันสมัย นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่โดดเด่นได้แก่ กล้องกันป้องกันโควิด-19 ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล การผลิตหน้ากากป้องกันละอองเชื้อโรค (Face Shield) และหน้ากากผ้าใช้เองในชุมชน การจัดระบบการส่งยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การนำแอปพลิเคชัน นาฬิกาพร้อม มาใช้ในการลดการสัมผัสและการจัดการข้อมูลผู้ป่วย และสื่อเผยแพร่ความรู้ที่หลากหลาย

ผู้ใช้ประโยชน์ (User)

ผู้ใช้ประโยชน์จากโครงการมีความครอบคลุมและหลากหลาย เริ่มจากประชาชนในพื้นที่และชุมชนซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์โดยตรง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลางที่ได้รับการพัฒนาระบบบริการ โรงเรียนในพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชน ราษฎรชาวบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะ กลุ่มและองค์กรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน ภาคธุรกิจและร้านค้าในพื้นที่ที่ได้รับแนวทางในการปรับตัวและดำเนินธุรกิจอย่างปลอดภัย วัดมีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้และสร้างวินัย พื้นที่อื่นๆ ที่ต้องการศึกษาเรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ และกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างครอบคลุม

ผลลัพธ์ (Outcome)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในหลายมิติ ระบบเฝ้าระวังและการควบคุมโรคในตำบลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อในตำบลลดลงเนื่องจากการควบคุมการเดินทางและกิจกรรมเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นถึงความเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกัน การตระหนักรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การลดลงของปัญหาสุขภาพในพื้นที่และการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งและยั่งยืน ความเข้มแข็งของกลไกสุขภาพภาคประชาชนและการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเป็นรากฐานสำคัญของความสำเร็จ การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระยะยาวและการที่ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น รวมถึงการเป็นต้นแบบนโยบายสาธารณะที่เกิดจากชุมชน

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลมีความครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ จำนวนภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ร้อยละของประชาชนที่รับรู้และเข้าใจเรื่องธรรมนูญสุขภาพ จำนวนแผนงานและโครงการที่เกิดขึ้นจากธรรมนูญสุขภาพ จำนวนข้อบัญญัติท้องถิ่นที่ออกตามข้อตกลงในธรรมนูญสุขภาพ อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ อัตราการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ระดับการลดลงของปัจจัย

เสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน จำนวนนวัตกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร้อยละของการจัดสรรงบประมาณท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ จำนวนกลไกการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพ จำนวนพื้นที่หรือองค์กรที่มาศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ จำนวนครั้งของการทบทวนและปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิตและความสุขของประชาชนในพื้นที่ ตัวชี้วัดเฉพาะช่วงโควิด-19 ได้แก่ จำนวนประชาชนที่ได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวัง จำนวนกิจกรรมที่มีการควบคุมและปฏิบัติตามมาตรการ จำนวนจิตอาสา และยอดการบริจาคหรือสถิติการบริจาคสิ่งของเพื่อช่วยเหลือในยามวิกฤต

ผลกระทบ (Impact)

ผลกระทบของโครงการมีความลึกซึ้งและกว้างขวาง สร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างระบบสุขภาพในระดับตำบล การสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในพื้นที่ตำบล การพัฒนาศักยภาพการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบล การสร้างสำนึกความเป็นเจ้าของระบบสุขภาพโดยชุมชนท้องถิ่น การเกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของคนในตำบล การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน การเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับการพัฒนาในมิติอื่นๆ ของตำบล เช่น เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ชุมชนมีความสามารถในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพในอนาคต และตำบลนาโพธิ์กลางเป็นต้นแบบของการจัดการภัยสุขภาพระดับชุมชนที่ประสบความสำเร็จและสามารถนำไปขยายผลได้

3.4.5 การวัดผลและตีมูลค่าผลกระทบ (Impact Measurement and Valuation)

ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจของการคำนวณ SROI เราจะนำ "ผลลัพธ์ (Outcomes)" ที่ระบุไว้ใน ToC มาหา "ตัวชี้วัด (Indicators)" ที่จับต้องได้ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูล "ก่อน" และ "หลัง" การดำเนินงาน จากนั้น เราจะทำ "การตีมูลค่า (Valuation)" การเปลี่ยนแปลงนั้นให้เป็นตัวเงิน โดยใช้สิ่งที่เรียกว่า "ค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy)"

การวัดผลกระทบ: การระบุตัวชี้วัดและรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนนี้ ให้ท่านนำผลลัพธ์ (Outcomes) จาก ToC มากำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและ

วัดผลได้ จากนั้นรวบรวมข้อมูลเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 3.26 บันทึกผลกระทบ (Impact Ledger)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การเปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)
อสม.	มีความรู้และทักษะการป้องกันและควบคุมโรคระบาด และการถ่ายทอดความรู้ได้	อัตราการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะ	119 คน	36 คน	119 คน	83 คน
ผู้นำชุมชน	มีความรู้และทักษะการประสานงาน การสื่อสารการควบคุมโรคในชุมชน และกฎหมายในอำนาจหน้าที่ การปฏิบัติงานควบคุมโรคในชุมชน	อัตราการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะ	42 คน	13 คน	42 คน	29 คน
บุคลากรทางด้านสาธารณสุข	มีความรู้และทักษะการใช้เทคโนโลยีในการทำงาน การสื่อสาร การพัฒนาระบบการทำงาน และข้อกำหนดในอำนาจหน้าที่ การปฏิบัติงาน	อัตราการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะ	10 คน	7 คน	10 คน	3 คน
เจ้าหน้าที่ อบต.	มีความรู้และทักษะในการเขียนกฎหมายของหน่วยงานราชการว่ามีหลักเกณฑ์อย่างไร -กระบวนการบังคับใช้กฎหมาย ข้อบังคับ เพื่อให้มีความเป็นสากล -การกำหนดกรอบทิศทางสุขภาพ	อัตราการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะ	6 คน	2 คน	4 คน	2 คน
ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19	ลดลงภาวะแทรกซ้อน	จำนวนคนที่มีภาวะแทรกซ้อน	109 คน	0 คน	109 คน	109 คน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การเปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)
		ของโรคติดเชื้อโควิด 19 ลดลง				
อาสาสมัครช่วยสร้างศูนย์พักคอย	คนมาทำงานจิตอาสาเพิ่มขึ้น	จำนวนคนที่มาทำงานเสียสละจิตอาสาที่เพิ่มขึ้น	30 คน	18 คน	30 คน	12 คน
อาสาสมัครเย็บหน้ากากผ้าอนามัย	คนมาทำงานจิตอาสาเพิ่มขึ้น	จำนวนคนที่มาทำงานเสียสละจิตอาสาที่เพิ่มขึ้น	30 คน	18 คน	30 คน	12 คน
อาสาสมัครจัดทำถุงยังชีพ	คนมาทำงานจิตอาสาเพิ่มขึ้น	จำนวนคนที่มาทำงานเสียสละจิตอาสาที่เพิ่มขึ้น	10 คน	8 คน	10 คน	2 คน
อาสาสมัครเวรทำงานศูนย์พักคอย	คนมาทำงานจิตอาสาเพิ่มขึ้น	จำนวนคนที่มาทำงานเสียสละจิตอาสาที่เพิ่มขึ้น	24 คน	0 คน	24 คน	24 คน
คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพ	คนมาทำงานจิตอาสาเพิ่มขึ้น	จำนวนคนที่มาทำงานเสียสละจิตอาสาที่เพิ่มขึ้น	10 คน	0 คน	10 คน	10 คน
ผู้ประกอบการและประชาชนในพื้นที่	การบริจาคเสียสละเงินและสิ่งของเพื่อช่วยเหลือกันในพื้นที่	จำนวนมูลค่าเงินบริจาค	ประชาชนในพื้นที่ 6,731 คน กลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อโควิด 19	0 บาท/ปี	370,000 บาท/ปี	270,000 บาท/ปี

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จากส่วนที่ 3)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (จาก ToC)	ตัวชี้วัด (Indicator)	จำนวนผู้ได้รับผล	ข้อมูลฐาน (ก่อนเริ่ม)	ข้อมูลปัจจุบัน (หลังเริ่ม)	การเปลี่ยนแปลง (ผลต่าง)
หน่วยงานในตำบล สส.และโรงพยาบาล	การบริจาคเสียสละเงินและสิ่งของเพื่อช่วยเหลือกันในพื้นที่	จำนวนมูลค่าเงินบริจาค	ประชาชนในพื้นที่ 6,731 คน กลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อโควิด 19	0 บาท/ปี	30,000 บาท/ปี	30,000บาท/ปี
ชาวบ้านและญาติของผู้ป่วย	การบริจาคเสียสละเงินและสิ่งของเพื่อช่วยเหลือกันในพื้นที่	จำนวนมูลค่าเงินบริจาค	ประชาชนในพื้นที่ 6,731 คน กลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อโควิด 19	0 บาท/ปี	100,000 บาท/ปี	100,000 บาท/ปี
วัดและประชาชนในพื้นที่	การบริจาคเสียสละสิ่งของเพื่อช่วยเหลือกันในพื้นที่	จำนวนมูลค่าเงินบริจาค	ผู้ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 109 คน	0 บาท/ปี	44,000 บาท/ปี	44,000บาท/ปี
อบต.	สมทบงบประมาณซื้อวัสดุอุปกรณ์	จำนวนเงินงบประมาณ	ผู้ติดเชื้อโควิด 19 และประชาชนกลุ่มเสี่ยง	0	200,000	200,000
อบต.	จัดงบประมาณค่าน้ำมันขนส่งผู้ป่วย	จำนวนเงินงบประมาณ	ผู้ติดเชื้อโควิด 19 และญาติผู้ป่วย	0	20,000	20,000

การตีมูลค่าผลกระทบ: คู่มือการเลือกใช้ค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy)

หลังจากที่เราเห็น "การเปลี่ยนแปลง" ที่เกิดขึ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการแปลงการเปลี่ยนแปลงนั้นให้เป็นมูลค่าทางการเงิน การเลือกใช้ค่าแทนทางการเงินที่เหมาะสมและมีที่มาที่น่าเชื่อถือ เป็นสิ่งที่ทำให้ผลการประเมิน SROI ของท่านได้รับการยอมรับ **ขั้นตอนต่อไป** เมื่อท่านคำนวณมูลค่าของผลกระทบแต่ละรายการแล้ว ให้รวมมูลค่าทั้งหมด เราจะได้ **"มูลค่าผลกระทบรวม"** ซึ่งจะถูกนำไปปรับค่าใน ส่วนต่อไป

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	จำนวน	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่า (บาท)
1	อสม.มีความรู้และทักษะการป้องกันและควบคุมโรคระบาด	83 คน	ค่าเสียโอกาสจากการเข้าอบรมและต้นทุนเพิ่มเติม 1,200 บาท/คน (Opportunity Cost 3 วันอบรม) × 83 คน (คณะกรรมการค่าจ้าง 2567)	99,600
2	ผู้นำชุมชนมีความรู้และทักษะการประสานงาน การสื่อสาร	29 คน	ค่าเฉลี่ยการอบรมผู้นำชุมชน 2,000 บาท/คน (Leadership Training Value) × 29 คน (กรมการพัฒนาชุมชน 2567)	58,000
3	บุคลากรทางสาธารณสุขมีความรู้และทักษะการใช้เทคโนโลยี	3 คน	ค่าเฉลี่ยการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข 2,500 บาท/คน (Professional Training Value) × 3 คน (กองบริหารการสาธารณสุข 2564)	7,500
4	เจ้าหน้าที่ อบต.มีความรู้กฎหมายและการบังคับใช้	2 คน	ค่าเฉลี่ยการอบรมเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น 1,500 บาท/คน (Basic Training Value) × 2 คน (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 2567)	3,000
5	ลดลงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19	109 คน	การป้องกันไม่ให้เกิดต้นทุนการรักษาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต 3,000 บาท/ราย (Cost Avoidance การรักษา) × 109 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2567)	327,000

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	จำนวน	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่า (บาท)
6	เกิดอาสาสมัครมาทำงานจิตอาสา ช่วยสร้างศูนย์พักคอย (งานช่าง/ งานก่อสร้าง)	30 คน	ค่าเสียโอกาสในการทำงาน 1 วัน ค่าจ้างขั้นต่ำ 325 บาท/วัน × 30 คน × 7 วัน (กระทรวงแรงงาน 2563)	68,250
7	เกิดอาสาสมัครช่วยเย็บหน้ากาก ผ้าอนามัย	30 คน	ค่าเสียโอกาสในการทำงาน 1 วัน ตาม ค่าจ้างขั้นต่ำ 325 บาท/คน × 30 คน × 7 วัน (กระทรวงแรงงาน 2563)	68,250
8	เกิดอาสาสมัครมาทำงานจิตอาสา จัดทำถุงยังชีพ	10 คน	ค่าเสียโอกาสในการทำงาน 1 วัน ตาม ค่าจ้างขั้นต่ำ 325 บาท/คน × 10 คน × 12 วัน (กระทรวงแรงงาน 2563)	39,000
9	อาสาสมัครทำงานจิตอาสาเข้าเวร ทำงานศูนย์พักคอย	24 คน	ค่าเสียโอกาสในการทำงาน 1 วัน ตาม ค่าจ้างขั้นต่ำ 325 บาท/คน × 24 คน × 30 วัน (กระทรวงแรงงาน 2563)	234,000
10	ผู้ประกอบการและประชาชนใน พื้นที่ที่มีการบริจาคเสียสละเงินและ สิ่งของ	370,000 บาท/ปี	370,000 บาท (Direct Market Value) (สนทนากลุ่มการประเมินผล กระทบทางสังคมธรรมาภิบาล ตำบลนาโพธิ์กลาง 2568)	370,000
11	หน่วยงานในตำบล สส. และ โรงพยาบาลมีการบริจาคเสียสละ เงินและสิ่งของ	30,000 บาท/ปี	30,000 บาท (Direct Market Value) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบ ทางสังคมธรรมาภิบาลตำบลนาโพธิ์ กลาง 2568)	30,000
12	ชาวบ้านและญาติของผู้ป่วยมีการ บริจาคเสียสละเงินและสิ่งของ	100,000 บาท/ปี	100,000 บาท (Direct Market Value) (สนทนากลุ่มการประเมินผล กระทบทางสังคมธรรมาภิบาล ตำบลนาโพธิ์กลาง 2568)	100,000
13	วัดและประชาชนในพื้นที่มีการ บริจาคเสียสละสิ่งของ	44,000 บาท/ปี	44,000 บาท (Direct Market Value) (สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบ ทางสังคมธรรมาภิบาลตำบลนาโพธิ์ กลาง 2568)	44,000
14	อบต.สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกัน รักษาและงบประมาณค่าน้ำมัน ใน การป้องกันและดูแลประชาชน	220,000	220,000 บาท (Direct Market Value) (สุวัณชัย รอดจะเชิญ (สัมภาษณ์) ,2568)	220,000

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	จำนวน	วิธีการคำนวณ Financial Proxy	มูลค่า (บาท)
รวม				1,668,600

3.4.6 การปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment)

เพื่อให้การประเมินมีความน่าเชื่อถือและไม่กล่าวอ้างเกินจริง เราจำเป็นต้องปรับลดมูลค่าผลกระทบรวมที่คำนวณได้จากส่วนที่ 4 ด้วยปัจจัย 4 ประการ ซึ่งเป็นหลักการมาตรฐานของ SROI เพื่อให้ได้มูลค่าผลกระทบที่เกิดจากธรรมณูญสภาพของเรา "จริงๆ"

ตารางที่ 3.27 การปรับค่าผลกระทบ (Impact Adjustment)

รายการผลกระทบ	(A) มูลค่าของผลประโยชน์ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจากปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่าสุทธิก่อนหักอัตราการลดลงของประโยชน์	(D) Drop-off (อัตราการลดลงของประโยชน์)	(E=A-(B+C+D)) มูลค่าผลกระทบสุทธิหลังจากปรับค่าผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
อสม.มีความรู้และทักษะการป้องกันและควบคุมโรคระบาด	99,600	ต้นทุนเดิมของพื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย 70%	องค์ความรู้จากสสอ. 6%			23,904	สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมณูญสภาพตำบลนาโพธิ์กลาง (2568)
ผู้นำชุมชนมีความรู้และทักษะการประสานงานการสื่อสาร	58,000	ต้นทุนเดิมของพื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย 30%	องค์ความรู้จากสสอ. 10% องค์ความรู้และระบบกลไกของฝ่ายปกครอง			20,300	สนทนากลุ่มการประเมินผลกระทบทางสังคมธรรมณูญสภาพตำบลนาโพธิ์กลาง (2568)

รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่าของ ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลกระทบต่อ ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจาก ปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่า สุทธิก่อน หักอัตรา การลดลง ของ ประโยชน์	(D) Drop-off (อัตรา การลดลง ของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่า ผลกระทบ สุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
			อำเภอโขง เจียม 25%				
บุคลากรทาง สาธารณสุขมี ความรู้และ ทักษะการใช้ เทคโนโลยี	7,500	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 60%	สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอโขง เจียม 10% พี่เลี้ยง สมัชชา จังหวัด 10%			1,500	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)
เจ้าหน้าที่ อบต.มีความรู้ กฎหมายและ การบังคับใช้	3,000	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 25%	สสอ.20% รพสต.นา โพธิ์ใต้ 25%			900	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)
ผู้ป่วยติดเชื้อ โควิด 19 ภาวะแทรกซ้อน ของโรคโควิด 19 ลดลง	327,000		สื่อสารมวลชน 30% หน่วยงาน ด้าน สาธารณสุข ส่วน20%			163,500	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)

รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่าของ ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attributio n (ผลจาก ปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่า สุทธิก่อน หักอัตรา การลดลง ของ ประโยชน์	(D) Drop- off (อัตรา การลดลง ของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่า ผลกระทบ สุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
อาสาสมัคร ช่วยสร้างศูนย์ พักคอยคนมา ทำงานจิต อาสาที่เพิ่มขึ้น	68,250	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 60%	สสอ.10%			20,475	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)
อาสาสมัคร เย็บหน้ากาก ผ้าอนามัยคน มาทำงานจิต อาสาที่เพิ่มขึ้น	68,250	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 60%	สสอ.10%			20,475	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)
อาสาสมัคร จัดทำถุงยังชีพ คนมาทำงาน จิตอาสาที่ เพิ่มขึ้น	39,000	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 80%				7,800	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)
อาสาสมัครเวร ทำงานศูนย์ พักคอยคนมา ทำงานจิต อาสาที่เพิ่มขึ้น	234,000	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 60%				93,600	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา

รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่าของ ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพท์ ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attribution (ผลจาก ปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่า สุทธิก่อน หักอัตรา การลดลง ของ ประโยชน์	(D) Drop-off (อัตรา การลดลง ของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่า ผลกระทบ สุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
							โพธิ์กลาง (2568)
ผู้ประกอบการ และประชาชน ในพื้นที่การ บริจาด เสียสละเงิน และสิ่งของ	370,000	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 60%	ผู้ประกอบการ ในพื้นที่ 20%			74,000	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)
หน่วยงานใน ตำบล สมาชิกสภาผู้ แทนราษฎร และ โรงพยาบาล มี การบริจาด เสียสละเงิน และสิ่งของ	30,000	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 50%	สส.ในพื้นที่ 20% (มอบ ยาสมุนไพรร และเจล แอลกอฮอล์) โรงพยาบาล 10%			6,000	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)
ชาวบ้านและ ญาติของ ผู้ป่วยการ บริจาด เสียสละเงิน และสิ่งของ	100,000	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 60%				40,000	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)

รายการ ผลกระทบ	(A) มูลค่าของ ผลประโยชน์ ทั้งหมด (บาท)	(B) Deadweight (ผลลัพธ์ ส่วนเกิน) (ร้อยละ)	(C) Attributio n (ผลจาก ปัจจัยอื่น) (ร้อยละ)	มูลค่า สุทธิก่อน หักอัตรา การลดลง ของ ประโยชน์	(D) Drop- off (อัตรา การลดลง ของ ประโยชน์)	(E=A- (B+C+D)) มูลค่า ผลกระทบ สุทธิ หลังจาก ปรับค่า ผลกระทบ	แหล่งอ้างอิง
วัดและ ประชาชนใน พื้นที่การ บริจา เสียสละ สิ่งของ	44,000	ต้นทุนเดิม ของพื้นที่/ กลุ่มเป้าหมาย 60%				17,600	สนทนากลุ่มการ ประเมินผล กระทบทาง สังคมธรรมนุญ สุขภาพตำบลนา โพธิ์กลาง (2568)
อบต. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ป้องกัน รักษา และ งบประมาณ ค่าน้ำมัน ใน การป้องกัน และดูแล ประชาชน	220,000					220,000	สุวัณชัย รอดจะ เจริญ(สัมภาษณ์) (2568)
รวม	1,668,60 0					710,054	

3.4.7 การคำนวณและนำเสนอผล SROI

ขั้นตอนสุดท้ายของการคำนวณ คือการนำมูลค่าผลกระทบสุทธิที่ได้จากส่วนที่ 5 มาเปรียบเทียบกับ
เงินลงทุนทั้งหมดจากส่วนที่ 1 เพื่อให้ได้อัตราส่วน SROI ที่จะบอกเราว่าการลงทุนในธรรมนุญสุขภาพครั้งนี้มี
ความคุ้มค่าเพียงใด

การคำนวณอัตราส่วน SROI

อัตราส่วน SROI = มูลค่าผลกระทบสุทธิรวม (จากส่วนที่ 5) ÷ รวมเงินลงทุนทั้งหมด

(จากส่วนที่ 1)

มูลค่าผลกระทบสุทธิรวม = 710,054 บาท

รวมเงินลงทุนทั้งหมด = 364,500 บาท

อัตราส่วน SROI = $710,054 \div 364,500 = 1.95$

การตีความผล: อัตราส่วน SROI เท่ากับ 1.95 หมายความว่า "ทุกๆ 1 บาทที่ลงทุน

ในธรรมนูญสุขภาพพื้นที่นี้ สามารถสร้างคุณค่าทางสังคมกลับคืนมาได้ 1.95 บาท"

การวิเคราะห์ผลตอบแทนตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เพื่อแสดงให้เห็นว่าคุณค่าที่เกิดขึ้นกระจายไปสู่ใครบ้าง เราควรแจกแจงมูลค่าผลกระทบสุทธิตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จัดลำดับสัดส่วนมาก-น้อย เพื่อให้เห็นจุดความสำคัญที่พื้นที่สามารถนำธรรมนูญสุขภาพไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อพื้นที่ได้)

สรุปกิจกรรมและผลกระทบสุทธิ (Net Impact)

จากการวิเคราะห์กิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการภายใต้ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลาง สามารถสรุปผลกระทบสุทธิได้ดังนี้

1.1) กลุ่มกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร

- การพัฒนา อสม. ด้านการป้องกันควบคุมโรค เนื่องจากชุมชนมีพื้นฐานศักยภาพอยู่แล้ว ทำให้มีค่า Deadweight สูงถึง 70% ส่งผลให้ Net Impact เหลือเพียง 23,904 บาท จากมูลค่าเริ่มต้นเกือบหนึ่งแสนบาท

- การพัฒนาผู้นำชุมชนด้านการประสานงานและการสื่อสาร มีค่า Deadweight 30% และ Attribution สูง (35%) สะท้อนการบูรณาการที่เข้มแข็ง โดยมี Net Impact 20,300 บาท

- การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขด้านเทคโนโลยี เนื่องจากบุคลากรมีทักษะพื้นฐานอยู่เดิม จึงมี Deadweight สูงถึง 60% ส่งผลให้ Net Impact เพียง 1,500 บาท

- การพัฒนาเจ้าหน้าที่ อบต. ด้านกฎหมายและการบังคับใช้ แม้ Net Impact จะอยู่ที่ 900 บาท แต่มีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ เนื่องจากมี Deadweight ต่ำสุด (25%) และ Attribution สูง (45%)

1.2) กลุ่มกิจกรรมบริการและดูแลสุขภาพ

- การลดภาวะแทรกซ้อนโควิด-19 ในผู้ป่วย กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในด้านสุขภาพ โดยมี Net Impact 163,500 บาท และไม่มี Deadweight เลย

- การจัดตั้งศูนย์พักคอยและจิตอาสา – มี Deadweight 60% และ Attribution ต่ำ (10%) ส่งผลให้ Net Impact อยู่ที่ 20,475 บาท

1.3) กลุ่มกิจกรรมอาสาสมัคร

- การเย็บหน้ากากผ้า มี Deadweight 60% และ Attribution 10% โดยสร้าง Net Impact 20,475 บาท

- การจัดทำถุงยังชีพ เป็นกิจกรรมที่มี Net Impact ต่ำสุดเพียง 7,800 บาท เนื่องจาก Deadweight สูงถึง 80% และ Attribution เป็น 0%

- การเวรทำงานศูนย์พักคอย แม้จะมี Deadweight 60% แต่สร้าง Net Impact สูงถึง 93,600 บาท สะท้อนคุณค่าของการบริการอย่างต่อเนื่อง

1.4) กลุ่มกิจกรรมการระดมทรัพยากร

- การบริจาคจากภาคเอกชน มีมูลค่าสูงสุดถึง 370,000 บาท แต่ Net Impact เพียง 74,000 บาท หรือคิดเป็น 20%

- การบริจาคจากหน่วยงานราชการในพื้นที่ มูลค่า 30,000 บาท สร้าง Net Impact 6,000 บาท (20%) โดยมี Attribution 30%

- การบริจาคจากชาวบ้านและญาติผู้ป่วย มีประสิทธิภาพสูงกว่าภาคอื่น ด้วยมูลค่า 100,000 บาท สร้าง Net Impact 40,000 บาท (40%)

- การบริจาคจากวัดและประชาชนในพื้นที่ มูลค่า 44,000 บาท สร้าง Net Impact 17,600 บาท (40%)

- การสนับสนุนจาก อบต. เป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ด้วย Net Impact 200,000 บาท จากมูลค่าเริ่มต้น 220,000 บาท หรือคิดเป็น 91%

ข้อสังเกตสำคัญ กิจกรรมเหล่านี้สะท้อนความหลากหลายของการดำเนินงานในสามมิติหลัก ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดบริการในภาวะวิกฤต และการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วน โดยผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการดูแลสุขภาพโดยตรงมีประสิทธิภาพสูงสุด

อภิปรายผลการวิเคราะห์ Adjustment

ค่า Deadweight การสะท้อนการลงทุนที่ซ้ำซ้อนและออกนอกเป้าหมาย จากการวิเคราะห์ค่า Deadweight พบว่ากิจกรรมหลายรายการมีค่าสูงมาก โดยเฉพาะการเย็บหน้ากากและการจัดทำถุงยังชีพที่มีค่าระหว่าง 60–80% และการพัฒนา อสม. ที่มีค่าถึง 70% ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการลงทุนดังกล่าวไม่ได้สร้างคุณค่าใหม่ให้กับพื้นที่ แต่กลับไปทำในสิ่งที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอยู่แล้ว

การจัดถุงยังชีพเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของ การแทรกแซงที่ส่งผลในทางตรงกันข้าม (Counter-productive Intervention) ซึ่งอาจไปบั่นทอนความคิดริเริ่มและศักยภาพของชุมชนเอง ในทางตรงข้าม กิจกรรมที่มีค่า Deadweight ต่ำ เช่น การพัฒนาเจ้าหน้าที่ อบต. (25%) และการลดภาวะแทรกซ้อนจากโควิด-19 (0%) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมเหล่านี้ตอบสนองความจำเป็นที่แท้จริงของพื้นที่ และควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นต้นแบบ เนื่องจากทรัพยากรที่ลงทุนไปสามารถสร้างผลลัพธ์สุทธิได้เกือบครบถ้วน

การวิเคราะห์ค่า Attribution ช่วยให้เราเข้าใจว่ากิจกรรมใดต้องอาศัยการบูรณาการจากหลายภาคส่วนมากหรือน้อยเพียงใด การพัฒนาผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ อบต. เป็นตัวอย่างของระบบงานแบบเครือข่ายที่แข็งแกร่ง โดยได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาคสาธารณสุขและฝ่ายปกครอง จนส่งผลให้มีค่า Attribution สูงถึง 35–45% ในขณะเดียวกัน กิจกรรมที่เป็นลักษณะการช่วยเหลือหรือบริจาคบางประเภท เช่น การบริจาคจากชาวบ้านหรือวัด กลับมีค่า Attribution = 0% แม้ว่าจะสร้างผลลัพธ์สุทธิที่สูงกว่าการบริจาคจากภายนอก แต่การขาดการเชื่อมโยงกับระบบราชการและสาธารณสุขทำให้โอกาสในการขยายผลลดลง นอกจากนี้ ค่า Attribution ยังเผยให้เห็นจุดเปราะบางของบางกิจกรรม ตัวอย่างเช่น ศูนย์พักคอยที่สร้างผลกระทบสุทธิสูงแต่ยังขาดการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น หากสามารถปรับปรุงในจุดนี้ได้ จะช่วยเพิ่มคุณภาพของผลลัพธ์และลดการสูญเสียของทรัพยากรได้อย่างมีนัยสำคัญ

แม้ว่าเอกสารจะไม่ได้รายงานค่า Drop-off ของทุกกิจกรรม แต่ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาศักยภาพบุคคล เช่น การพัฒนา อสม. หรือผู้นำชุมชน หากขาดระบบเสริมแรงที่เหมาะสม อาทิ การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ การติดตามพฤติกรรมหลังการอบรม หรือการเปิดโอกาสให้นำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ผลลัพธ์ที่ได้จะค่อยๆ เสื่อมลงและสูญหายไปในที่สุด ในทางตรงข้าม กิจกรรมเชิงบริการ เช่น การลดภาวะแทรกซ้อนจากโควิด-19 หรือการสนับสนุนโดยตรงจาก อบต. มีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่มั่นคงกว่า เนื่องจากมีโครงสร้างและระบบสนับสนุนที่ชัดเจน การเชื่อมต่อกับระบบราชการและกลไกระดับท้องถิ่นช่วยให้ผลลัพธ์เหล่านี้มีความคงทนและยั่งยืนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำธรรมเนียมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

1) การลดการลงทุนที่ซ้ำซ้อน (Deadweight) จำเป็นต้องจัดทำแผนที่ศักยภาพชุมชน (Community Asset Mapping) เพื่อประเมินความสามารถที่ชุมชนมีอยู่เดิมเปลี่ยนทิศทางการลงทุนไปสู่นวัตกรรมหรือกิจกรรมใหม่ที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง เช่น แพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลหรือระบบเตือนภัยล่วงหน้า แทนการจัดอบรมหรือแจกถุงยังชีพซ้ำซ้อน

2) การเสริมสร้างการทำงานร่วมกัน (Attribution) ออกแบบกิจกรรมทุกรายการให้มีหลายฝ่ายร่วมรับผิดชอบ หลีกเลี่ยงการทำงานแบบแยกส่วนพัฒนาเวทีการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรต่างๆ (Multi-stakeholder Collaboration Platform) ที่เชื่อมโยง อบต. รพสต. สำนักงานสาธารณสุข วัด และภาคเอกชน เพื่อสร้างคุณค่าเพิ่มร่วมกัน

3) การจัดการความต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืน (Drop-off) พัฒนากลไกติดตามผลหลังสิ้นสุดกิจกรรม เช่น การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน หรือระบบการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องผสมผสานผลลัพธ์เข้ากับแผนงานประจำของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการฝังตัวในระบบงานอย่างถาวร (Institutionalization)

4) การยกระดับแบบอย่างที่ได้ประสบผลสำเร็จให้เป็นมาตรฐาน นำกรณีการสนับสนุนโดยตรงจาก อบต. และการลดภาวะแทรกซ้อนจากโควิด-19 มาเป็นแบบอย่างมาตรฐาน (Gold Standard) สำหรับการนำธรรมเนียมไปปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้แสดงให้เห็นการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงและสร้างผลลัพธ์ที่จับต้องได้อย่างชัดเจน

5) การปฏิรูประบบการระดมทรัพยากร ลดการพึ่งพิงการบริจาคจากภายนอกซึ่งมีค่า Deadweight สูง สร้างกองทุนที่ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ (Community-led Fund) หรือกองทุนสมทบที่เชื่อมโยงทรัพยากรภายในและภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษาจากตำบลนาโพธิ์กลางชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การใช้เครื่องมือ SROI ที่มีการปรับค่าต่างๆ (Adjustment) สามารถสะท้อนความเป็นจริงของผลกระทบได้ดีกว่าการวัดผลแบบทั่วไป ค่า Deadweight ที่สูงในหลายกิจกรรมสะท้อนถึงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน ขณะที่ค่า Attribution ที่ต่ำในบางกรณีแสดงให้เห็นการขาดการประสานงาน และความเสียหายจาก Drop-off ชี้ให้เห็นปัญหาความยั่งยืน อย่างไรก็ตาม กรณีที่ประสบความสำเร็จ เช่น การสนับสนุนโดยตรงจาก อบต. และการลดภาวะแทรกซ้อนจากโควิด-19 ชี้ให้เห็นว่า หากการลงทุนตรงจุด ไม่ซ้ำซ้อน และมีโครงสร้างรองรับที่เหมาะสม ผลลัพธ์ที่ได้จะมีคุณค่าและความยั่งยืนอย่างมาก การนำบทเรียนเหล่านี้ไปใช้ปรับปรุงการแปลงธรรมเนียมสุขภาพสู่การปฏิบัติจะช่วยให้ทรัพยากรที่ลงทุนสร้างผลกระทบที่แท้จริง ลดการสูญเสีย และเสริมสร้างความเชื่อมั่นของชุมชนต่อบทบาทของธรรมเนียมสุขภาพในฐานะกลไกนโยบายระดับพื้นที่ที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

3.4.8 การตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (Verification)

ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมจากการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล

- 1) การพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน เกิดการก่อตั้งคณะทำงานและกลไกการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยทีมปฏิบัติงานมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบของตนเองอย่างชัดเจน ผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจร่วม ผลจากการมีกลไกที่ชัดเจน ทุกภาคีสามารถปฏิบัติตามภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อการบูรณาการงานในประเด็นอื่น ๆ เช่น การป้องกันโรคไข้เลือดออก การแก้ไขปัญหายาเสพติด
- 2) ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสาธารณสุข การลดค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลการลดอัตราการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน
- 3) การพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนทั่วไป มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
- 4) การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน เกิดระบบการประสานงานที่มีความคล่องตัวและประสิทธิภาพ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง และการขยายผลการดำเนินงานไปยังประเด็นสุขภาพอื่น ๆ
- 5) การเสริมสร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่ที่มีการตระหนักรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม พร้อมทั้งมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ปัจจัยเชิงกลยุทธ์ที่นำไปสู่ความสำเร็จ

- 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างครบถ้วน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน หน่วยงานราชการ สถาบันทางศาสนา สถานศึกษา และหน่วยงานในพื้นที่
- 2) ระบบการสื่อสารและการรับรู้ การสื่อสารอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การใช้ช่องทางสื่อที่หลากหลาย เช่น สื่อสังคมออนไลน์ (Facebook LINE TikTok) เพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย
- 3) ฐานข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ การมีข้อมูลสนับสนุนที่มีความน่าเชื่อถือและมีหลักวิชาการรองรับในการขับเคลื่อนนโยบาย
- 4) ความเข้าใจในบทบาทภาคี การมีความเข้าใจที่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของแต่ละระบบ
- 5) การติดตามและประเมินผล การรายงานผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลไปยังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างสม่ำเสมอ

6) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

7) การสนับสนุนขององค์กรและภาวะผู้นำ การสนับสนุนจากหน่วยงาน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ภาวะผู้นำในการขับเคลื่อนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในพื้นที่อื่น

- 1) การมีส่วนร่วมแบบองค์รวม (Holistic Participation) เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานท้องถิ่น
- 2) การบูรณาการเข้าสู่ระบบการวางแผน การผลักดันให้ธรรมนูญสุขภาพตำบล บูรณาการเข้าสู่แผนพัฒนาของหน่วยงาน เช่น ข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล
- 3) ระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การจัดทำระบบการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อนำมาพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 4) กลไกการบูรณาการภาคีเครือข่าย การจัดวางกลไกการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานให้มีความชัดเจน
- 5) โครงสร้างการประกาศใช้และการบริหารจัดการ การกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพในการประกาศใช้โดยพิจารณาผู้ถือครองงบประมาณเพื่อความสะดวกในการขอรับการสนับสนุน การกำหนดหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนแต่ละประเด็น
- 6) กลยุทธ์การขับเคลื่อนเชิงพื้นที่ การขับเคลื่อนในระดับตำบลแบบบูรณาการจากนั้นจึงประเมินผลลัพธ์ในระดับหมู่บ้าน เพื่อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จที่จะเป็นต้นแบบและแผนการปฏิบัติ
- 7) การสร้างทีมงานและเครือข่าย การสร้างทีมงานที่เข้มแข็งและการหาพันธมิตรในการทำงานร่วมกัน
- 8) การพัฒนาเชิงประเด็น (Issue-Based Development) การพัฒนาประเด็นการทำงานจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่

- 9) หลักการเริ่มต้นด้วยจิตอาสาการเน้นความสำคัญของการมีจิตสำนึกและความเสียสละ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาแหล่งงบประมาณภายนอกเป็นหลัก แต่เริ่มต้นด้วยการมีจิตอาสาและความตั้งใจในการทำงานเพื่อสังคม
- 10) การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการบูรณาการของทุกภาคส่วน การมีกลไกที่ชัดเจน และการดำเนินงานที่ยั่งยืนบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชนและหลักฐานเชิงวิชาการ

3.4.9 บทเรียนและข้อค้นพบจากการใช้เครื่องมือ SROI ในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ตำบล

การทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ในการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลเป็นประสบการณ์ที่เปิดให้เห็นทั้งศักยภาพและข้อจำกัดของการสร้างความรู้ร่วมกับชุมชน จากงานวิจัยในตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี สามารถสกัดบทเรียนสำคัญได้หลายประการ

1) กระบวนการทำงานร่วมกับชุมชน: ศิลปะของการสร้างพื้นที่สาธารณะ

เวทีชี้แจง การวางรากฐานความเข้าใจร่วม การเริ่มต้นงานวิจัยในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์กลางเผยให้เห็นความสำคัญของการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับแนวคิด SROI ที่ซับซ้อน ทีมวิจัยใช้เวลาอย่างมากในการอธิบายว่า "ผลตอบแทนทางสังคม" หมายถึงอะไร และทำไมการวัดมูลค่าทางสังคมในรูปของตัวเงินจึงมีความจำเป็น สิ่งที่น่าสนใจคือ ชุมชนเข้าใจแนวคิดเรื่อง "คุณค่า" ได้ดีกว่าแนวคิดเรื่อง "มูลค่า" เมื่อทีมวิจัยเปลี่ยนจากการถามว่า "มูลค่าของการบริจาคเท่าไร" เป็น "การบริจาคนี้สร้างคุณค่าอะไรให้กับชุมชน" การสนทนากลุ่มจึงมีชีวิตชีวามากขึ้น การแปลภาษาวิชาการให้เป็นภาษาชุมชนไม่ใช่เพียงการแปลคำ แต่เป็นการแปลความคิด

เวทีเก็บข้อมูล การขุดเจาะประสบการณ์ร่วม การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ เมื่อชุมชนได้เล่าเรื่องราวของตนเองผ่านโครงสร้าง Input-Activity-Output-Outcome-Impact ความเข้าใจร่วมเริ่มก่อตัวขึ้น ผู้เข้าร่วม ประกอบด้วยผู้อำนวยการพสต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทน อบต. มีมุมมองที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน บุคลากรทางการแพทย์มองการลดภาวะแทรกซ้อนจากโควิด-19 เป็นผลลัพธ์สำคัญที่สุด ขณะที่ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับการสร้างจิตสำนึกและการมีส่วนร่วม

เวทีคืนข้อมูล ความจริงแบบหลายมิติ เวทีคืนข้อมูลเป็นช่วงเวลาที่เปิดเผยความซับซ้อนของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมมากที่สุด เมื่อทีมวิจัยนำเสนอผลการคำนวณ SROI และค่าปรับต่างๆ เช่น Deadweight 25-80% และ Attribution 0-45% ปฏิกริยาแรกของชุมชนคือความสงสัยและการตั้งคำถาม การที่กิจกรรมจัดทำถูกยักยักมีค่า Deadweight สูงถึง 80% ถูกโต้แย้งอย่างหนักจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมกิจกรรม พวกเขาเห็นว่า

การจัดทำถ้อยคำยังเป็น "สัญลักษณ์ของความเอื้ออาทร" ไม่ใช่เพียงการแจกของ การอภิปรายในประเด็นนี้ใช้เวลานานและต้องการการไกล่เกลี่ยอย่างระมัดระวัง

2) มุมมองและปฏิกิริยาของชุมชน: การเจรจาต่อรองความหมาย

การยอมรับและการต่อรอง ชุมชนยอมรับผลการประเมิน SROI ในภาพรวม โดยเฉพาะตัวเลขผลตอบแทน ที่แสดงว่าการลงทุนในธรรมนุญสุขภาพคุ้มค่า อย่างไรก็ตาม พวกเขาต่อรองในรายละเอียดของการปรับค่า การกำหนดค่า Attribution ของการพัฒนาผู้นำชุมชนที่ 35% ถูกตั้งคำถามว่า "ทำไมต้องลดทอนบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น" ชุมชนเห็นว่าการทำงานแบบบูรณาการเป็นจุดแข็ง ไม่ใช่จุดที่ต้องหักลบคุณค่า

ข้อมูลเชิงลึกจากชุมชน สิ่งที่ชุมชนให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลต่อการตีความของทีมวิจัยมีหลายประการ:

การให้ความหมายใหม่กับ "ต้นทุน" ชุมชนไม่เห็นเวลาของอาสาสมัครเป็น "ต้นทุน" แต่เห็นเป็น "การลงทุนทางสังคม" ที่สร้างคุณค่าในตัวเอง การเชื่อมโยงกับบริบทวัฒนธรรม ชุมชนชี้ให้เห็นว่าธรรมนุญสุขภาพไม่ใช่เพียงเครื่องมือจัดการวิกฤต แต่เป็นการต่อยอดประเพณี "ฮักแพงแบ่งปัน" (ช่วยเหลือกัน) ของสังคมอีสาน การจัดการโควิด-19 เป็นเพียงการทดสอบกลไกที่มีอยู่เดิม

การมองการเปลี่ยนแปลงแบบองค์รวม แทนที่จะมองผลกระทบเป็นรายการแยกส่วน ชุมชนมองเป็นระบบที่เชื่อมโยงกัน การพัฒนาศักยภาพ อสม. ไม่แยกจากการสร้างระบบเฝ้าระวัง และไม่แยกจากการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

3. บทเรียนของทีมวิจัย: การสร้างความรู้ร่วมในโลกแห่งความไม่แน่นอน

ความท้าทายในการสร้างความรู้ร่วม ความท้าทายด้านระเบียบวิธี การนำเครื่องมือ SROI ที่พัฒนาในบริบทตะวันตกมาใช้กับชุมชนไทยเผยให้เห็นความขัดแย้งของแนวคิด แนวคิดเรื่อง Deadweight ที่เน้นการแยกแยะ "ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงจากโครงการ" กับ "ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว" ขัดต่อการมองโลกแบบองค์รวมของชุมชน ความท้าทายด้านข้อมูล การขาดข้อมูลพื้นฐาน (baseline data) ที่เชื่อถือได้ทำให้การเปรียบเทียบ "ก่อน-หลัง" เป็นไปได้ยาก การพึ่งพาข้อมูลเชิงอัตวิสัยจากการสนทนากลุ่มทำให้ผลการประเมินมีความไม่แน่นอนสูง ความท้าทายด้านการสื่อสาร การแปลผลการคำนวณที่ซับซ้อนให้ชุมชนเข้าใจและยอมรับเป็นงานที่ต้องใช้ทักษะการอำนวยความสะดวก (facilitation) มากกว่าความรู้ทางเทคนิค

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การสร้างความไว้วางใจ การใช้เวลา 3 เดือนในการสร้างความสัมพันธ์ก่อนเก็บข้อมูลเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ความไว้วางใจทำให้ชุมชนเปิดเผยข้อมูลที่ละเอียดอ่อนและแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างได้อย่างสร้างสรรค์ การปรับกรอบการคิด การยืดหยุ่นในการตีความแนวคิด SROI ให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น เช่น การนับ "การเรียนรู้ร่วมกัน" เป็นผลลัพธ์หนึ่งแม้จะไม่สามารถตีมูลค่าเป็นตัวเงินได้ การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การเปลี่ยนจาก "Social Return on Investment" เป็น "ผลตอบแทนทางสังคมจากการ

ลงทุน" และการใช้การเปรียบเทียบที่ชุมชนคุ้นเคย เช่น "เหมือนการลงทุนทำนาแล้วได้ข้าวมากกว่าเมล็ดพันธุ์ที่หว่าน"

การสะท้อนวิธีคิดของนักวิจัย การทำงานนี้เปลี่ยนมุมมองของทีมวิจัยจาก "ผู้ประเมิน" เป็น "ผู้อำนวยความสะดวกในการสร้างความรู้ร่วม" การที่ชุมชนได้แย่งผลการคำนวณไม่ใช่ปัญหา แต่เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ร่วมกัน ข้อค้นพบสำคัญคือ การประเมิน SROI ในบริบทชุมชนไทยไม่ควรมุ่งหาความจริงแบบสมบูรณ์ แต่ควรเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการสะท้อนคิดและการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ค่าตัวเลขที่ได้จึงมีความหมายน้อยกว่ากระบวนการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับคุณค่าของการทำงานร่วมกัน

การวิจัยนี้เผยให้เห็นว่า PAR ในการประเมินผลกระทบทางสังคมต้องการความอดทนของนักวิจัย ความเข้าใจในบริบทท้องถิ่น และสำคัญที่สุดคือ ความพร้อมที่จะปล่อยวางความเป็น "ผู้รู้" เพื่อเข้าสู่บทบาท "ผู้เรียนรู้ร่วม" อย่างแท้จริง

บทที่ 4

สังเคราะห์ผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนจากกรณีศึกษา และปัจจัยการขับเคลื่อนธรรมณูสุขภาพพื้นที่

4.1 บทสังเคราะห์รวม 4 กรณีศึกษา

บทวิเคราะห์สังเคราะห์ผลการขับเคลื่อนธรรมณูสุขภาพพื้นที่ผ่านกรอบการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ถอดรหัสคุณค่าที่แท้จริงจาก 4 กรณีศึกษา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้จัดทำธรรมณูสุขภาพพื้นที่ขึ้นในฐานะนวัตกรรมการอภิบาลระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมุ่งแปลงเจตนารมณ์เชิงนโยบายให้เป็นการปฏิบัติในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การประเมินประสิทธิภาพที่แท้จริงของกลไกดังกล่าวยังคงเป็นความท้าทาย บทนี้จึงวิเคราะห์เชิงลึกและสังเคราะห์ผลการขับเคลื่อนธรรมณูสุขภาพจาก 4 กรณีศึกษา ได้แก่ 1) ตำบลนิคมสงเคราะห์ อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 2) ตำบลพระลับ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 3) ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร และ 4) ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กรอบการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) เป็นเครื่องมือหลักในการวิเคราะห์ โดยเฉพาะการตีความผ่านมิติการปรับค่าผลกระทบ (Adjustment) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์มาอภิปรายเปรียบเทียบกับเอกสารทบทวนวรรณกรรมหลัก เพื่อสกัดข้อค้นพบเชิงนโยบายที่สำคัญ

ข้อค้นพบหลักจากการประเมินสะท้อนว่า “คุณค่าที่ซ้อนทับกัน” (The Overlapping Value Phenomenon) ปรากฏในทุกกรณีศึกษา กล่าวคือ ผลลัพธ์และคุณค่าที่เกิดขึ้นมิได้เป็นผลโดยตรงจากธรรมณูสุขภาพเพียงลำพัง แต่เกิดจากการเชื่อมโยง การเสริมแรง และการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายในระบบ เมื่อวัดค่า Deadweight และ Attribution จึงพบว่ามีค่าค่อนข้างสูง ซึ่งบ่งชี้ว่าธรรมณูสุขภาพทำหน้าที่เป็น “ตัวเร่งและผู้ประสานงานของระบบนิเวศ” (Ecosystem Catalyst and Coordinator) มากกว่าเป็น “ผู้สร้างคุณค่าใหม่โดยลำพัง” (Prime Mover)

การวิเคราะห์เชิงลึกยังเผยให้เห็นมิติที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น เช่น “ข้อย้อนแย้งเรื่องการลงทุนพัฒนาคน” (The Paradox of Human Capital Development) ซึ่งสะท้อนว่าการลงทุนพัฒนาบุคลากรมีอาชีวะกลับให้ผลตอบแทนต่ำกว่าการลงทุนในบุคลากรระดับชุมชนที่ใกล้ชิดกับพื้นที่และสร้างผลลัพธ์ได้ชัดเจนกว่า อีกประเด็นสำคัญคือ “หลักความใกล้ชิดของผลกระทบทางสังคม” (The Proximity Principle of Social

Impact) ซึ่งชี้ว่ากิจกรรมที่ชุมชนริเริ่มและขับเคลื่อนเองมักให้ประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งในแง่ความคุ้มค่าและความยั่งยืน

กรณีที่ประสบความสำเร็จสูงสุดคือการลงทุนใน “ทุนมนุษย์ระดับชุมชน” (Community-based Human Capital) โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกิจกรรมที่ใช้พลังของชุมชนอย่างแท้จริง เช่น กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมเหล่านี้ไม่เพียงสร้างผลลัพธ์เชิงสุขภาพ แต่ยังเสริมสร้างทุนทางสังคม ความไว้วางใจ และการเรียนรู้ร่วมกัน

ดังนั้น บทนี้จึงเสนอให้ “ปฏิรูปสัดส่วนการลงทุน” (Portfolio Investment Reform) จากรูปแบบการลงทุนที่หลากหลาย กระจุกกระจาย และมุ่งปริมาณกิจกรรม ไปสู่การลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ที่เน้นคุณค่าเพิ่มเติมที่แท้จริง (Additionality) พร้อมเสริมด้วยกลไกเชิงสถาบันที่รักษาความต่อเนื่องและความยั่งยืน หากทำได้สำเร็จ ธรรมนูญสุขภาพจะไม่เป็นเพียงเครื่องมือเชิงกระบวนการ แต่จะพัฒนาเป็นกลไกเชิงนโยบายที่สร้างผลกระทบระดับสูงต่อสุขภาวะของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

4.1.1 สรุปภาพรวมและข้อค้นพบสำคัญจากการวิเคราะห์การปรับค่าผลกระทบ (Adjustment)

หัวใจของการประเมิน SROI ที่ทำให้กรอบการวิเคราะห์นี้แตกต่างจากการประเมินผลลัพธ์ทั่วไปคือกระบวนการ “ปรับค่าผลกระทบ” (Adjustment) ซึ่งเป็นกลไกเชิงวิเคราะห์ที่บังคับให้ผู้ประเมินต้องตั้งคำถามอย่างเข้มงวดว่า “คุณค่าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลจากการลงทุนของเราจริงมากน้อยเพียงใด” การปรับค่านี้นำมาผ่านตัวแปรหลัก 3 ตัว ได้แก่ Deadweight Attribution และ Drop-off (Nicholls et al. 2009) ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลเชิงลึกจากกรณีศึกษาทั้ง 4 พื้นที่ (นิคมสงเคราะห์ พระลับ นาโพธิ์กลาง และเชียงเพ็ง) แล้วสังเคราะห์ข้อค้นพบสำคัญซึ่งสะท้อน “ความเป็นจริง” ของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ได้อย่างชัดเจนดังนี้

4.1.1.1 Deadweight ภาวะ "การลงทุนซ้ำซ้อน" และภาพสะท้อนศักยภาพแฝงของชุมชน

ผลลัพธ์ส่วนเกิน (Deadweight) หมายถึงสัดส่วนของผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ไม่มีการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566) ตัวแปรนี้ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือตรวจสอบ “คุณค่าเพิ่มเติมที่แท้จริง” (Additionality) ของการลงทุน การวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 4 แห่งพบปรากฏการณ์ร่วมที่ชัดเจนคือ ค่า Deadweight สูงอย่างมีนัยสำคัญในกิจกรรมส่วนใหญ่ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 80

ในตำบลนาโพธิ์กลาง กิจกรรมการจัดทำถังขยะชีวะมี Deadweight สูงถึงร้อยละ 80 และกิจกรรมพัฒนาทักษะ อสม. ด้านการควบคุมโรคระบาดมี Deadweight ร้อยละ 70 สะท้อนว่าชุมชนมีศักยภาพและ

ความรู้พื้นฐานในการจัดการเรื่องเหล่านี้อยู่แล้วในระดับสูง การลงทุนของธรรมนูญจึงเป็นการ “ทำซ้ำ” มากกว่า “สร้างใหม่”

ในตำบลพระลับ กิจกรรม “บ้านน่าอยู่น่ามอง” และ “งานศพปลอดเหล้า” มี Deadweight ร้อยละ 50 และการทำงานของ อสม. มี Deadweight สูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีปฏิบัติหรือความสามารถดั้งเดิมของชุมชนอยู่แล้ว

ในตำบลนิคมสงเคราะห์ กิจกรรมพัฒนาความรู้ อสม. มี Deadweight ร้อยละ 60 และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โควิด-19 เช่น การจัดการขยะอันตราย (ร้อยละ 80) และรถขยะติดเชื้อ (ร้อยละ 70) ก็มีค่า Deadweight สูงเช่นกัน สะท้อนว่ากิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ต้องดำเนินการอยู่แล้วตามระบบปกติ

ในตำบลเชียงเพ็ง กิจกรรมเกือบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยมี Deadweight คงที่ที่ร้อยละ 60 และสูงถึงร้อยละ 70 ในกรณีการพัฒนาครูศูนย์เด็กเล็กและบุคลากรสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ (สกร.) ซึ่งเป็นสัญญาณที่ชัดเจนว่าระบบบริการสาธารณสุขและการศึกษาในพื้นที่มีศักยภาพในการดำเนินงานพื้นฐานเหล่านี้อยู่แล้ว

ข้อค้นพบสำคัญจาก Deadweight มีดังนี้

- **การลงทุนที่ขาดการประเมินความต้องการที่แท้จริง (Needs Assessment)** ค่า Deadweight ที่สูงเป็นดัชนีชี้วัดเชิงประจักษ์ว่าการออกแบบกิจกรรมจำนวนมากไม่ได้เริ่มจากการวิเคราะห์ “ช่องว่าง” (Gap Analysis) หรือ “สินทรัพย์ชุมชน” (Community Asset Mapping) อย่างละเอียด จึงเกิดการลงทุนในสิ่งที่ชุมชนทำได้เองอยู่แล้ว หรือสิ่งที่ระบบราชการปกติให้บริการอยู่แล้ว
- **ธรรมนูญสุขภาพในบทบาท “ผู้เสริมแรง” ไม่ใช่ “ผู้ริเริ่ม”** แทนที่จะสร้างนวัตกรรมหรือบริการใหม่ที่ชุมชนขาดแคลน กิจกรรมจำนวนมากกลับทำหน้าที่เพียง “เสริมแรง” หรือ “ขัดเกลา” สิ่งที่มีอยู่เดิม แม้จะมีประโยชน์ แต่ก็ทำให้ประสิทธิภาพของการลงทุนต่อหน่วยลดลง
- **ข้อยกเว้นที่น่าสนใจ กิจกรรมที่ Deadweight ต่ำคือ “คุณค่าที่แท้จริง”** ในทางกลับกัน กิจกรรมที่มีค่า Deadweight ต่ำหรือเป็นศูนย์คือตัวอย่างความสำเร็จในการสร้างคุณค่าใหม่ที่แท้จริง เช่น กรณี “รถกู้ชีพ” ในตำบลนิคมสงเคราะห์ และ “การลดภาวะแทรกซ้อนโควิด-19” ในตำบลนาโพธิ์กลาง ซึ่งมี Deadweight ร้อยละ 0 สะท้อนว่ากิจกรรมเหล่านี้ตอบสนองความต้องการที่ชุมชนไม่สามารถจัดการเองได้ และเป็นผลโดยตรงจากการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ หรือกรณี “กิจกรรมจิตอาสาของผู้ปกครอง” ในตำบลเชียงเพ็ง ซึ่งไม่มี Deadweight เลย แสดงถึงการดึงศักยภาพที่มีอยู่แล้วในชุมชนออกมาใช้ ซึ่งจะไม่เกิดขึ้นหากไม่มีกลไกของธรรมนูญมาเป็นจุดเริ่มต้น

4.1.1.2 Attribution "การบูรณาการร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ" และบทบาทตัวกลางของธรรมนูญสุขภาพ

Attribution หมายถึงสัดส่วนของผลลัพธ์ที่ต้องให้เครดิตแก่องค์กรหรือปัจจัยอื่นที่มีส่วนร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลงนั้น (Grazioli et al. 2020) ตัวแปรนี้ช่วยให้เข้าใจธรรมนูญสุขภาพทำงานโดยลำพังหรือทำงานในลักษณะเครือข่าย การวิเคราะห์พบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่มีค่า Attribution สูงและมาจากหลากหลายภาคี ซึ่งนำไปสู่ข้อค้นพบที่ซับซ้อน

ในตำบลพระลับ กิจกรรมการจัดการขยะได้รับอิทธิพลจากสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคฯ และเครือข่ายธรรมนูญสุขภาพตำบลรวมร้อยละ 70 ขณะที่การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นการบูรณาการระหว่างตำรวจสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเครือข่ายธรรมนูญสุขภาพตำบล

ในตำบลนิคมสงเคราะห์ ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงต้องแบ่งปันผลประโยชน์ให้ทั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และเครือข่ายธรรมนูญ

ในตำบลเชียงเพ็ง ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นผลจากความร่วมมือของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัด โรงพยาบาลอำเภอป่าติ้ว สมัชชาสุขภาพจังหวัด และเครือข่ายฮักการอ่าน

ข้อค้นพบสำคัญจาก Attribution มีดังนี้

ธรรมนูญสุขภาพคือ “ผู้ประสานงานของระบบนิเวศ” (Ecosystem Coordinator) ค่า Attribution ที่สูงและหลากหลายไม่ใช่ความล้มเหลว แต่สะท้อนธรรมชาติของการทำงานของธรรมนูญสุขภาพได้ชัดเจนที่สุด กล่าวคือ ธรรมนูญไม่ได้ทำงานแบบโดดเดี่ยว แต่ทำหน้าที่เป็น “แพลตฟอร์ม” หรือ “พื้นที่กลาง” ที่ดึงทรัพยากร ความรู้ และพลังของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อเป้าหมายสุขภาวะของชุมชน สิ่งนี้สอดคล้องกับแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” และการอภิบาลแบบปรึกษาหารือ (Deliberative Governance) ซึ่งเป็นหัวใจของธรรมนูญสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559)

ภาวะพึ่งพิงเชิงบูรณาการ (Integrative Dependency) ในมุมมองของการประเมินผล ค่า Attribution ที่สูงหมายความว่า “เครดิต” ที่ธรรมนูญสุขภาพอ้างได้โดยตรงมีขนาดเล็กลง ผลกระทบสุทธิ

(Net Impact) ที่เกิดจากตัวธรรมนุญเองจึงมีจำกัด สิ่งนี้ชี้ให้เห็นความท้าทายในการพิสูจน์คุณค่าที่เป็นเอกลักษณ์ของธรรมนุญฯ

ข้อยกเว้นที่ควรพิจารณา กิจกรรมที่ Attribution ต่ำหรือเป็นศูนย์ กรณีศึกษาจากนาโพธิ์กลางและเชียงเพ็งแสดงกิจกรรมที่น่าสนใจ เช่น “การบริจาคจากชาวบ้าน/วัด” และ “การทำงานจิตอาสา” ซึ่งมีค่า Attribution เป็นศูนย์ ดีความได้สองทาง ด้านหนึ่งสะท้อนพลังของชุมชน (Community-driven Solidarity) ที่เป็นอิสระจากระบบภายนอก และเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจาก “ความเป็นเจ้าของ” อย่างแท้จริง แต่อีกด้านหนึ่งก็อาจสะท้อน “การทำงานแบบแยกส่วน” ที่ขาดการเชื่อมโยงกับระบบสนับสนุนอื่น ซึ่งอาจเป็นความเปราะบางในระยะยาว

4.1.1.3 Drop-off: ความท้าทายด้าน "ความยั่งยืน" และความจำเป็นของกลไกเชิงสถาบัน

Drop-off คือการลดลงหรือเสื่อมค่าของผลประโยชน์เมื่อเวลาผ่านไป (Nicholls et al. 2009) แม้เอกสารกรณีศึกษาจะไม่ได้ระบุค่า Drop-off ของทุกกิจกรรมอย่างชัดเจน แต่จากลักษณะของกิจกรรมและการวิเคราะห์ เช่นในตำบลพระลับ สามารถอนุมานข้อค้นพบได้ดังนี้

กิจกรรมเชิง “ทักษะและความรู้” มีความเสี่ยง Drop-off สูง การฝึกอบรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น อสม. ผู้นำ หรือเยาวชน หากขาดกลไกติดตาม การทบทวน หรือเวทีใช้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์จากการอบรมย่อมลดน้อยลงตามกาลเวลา

กิจกรรมเชิง “โครงสร้างและระบบ” มี Drop-off ต่ำ การลงทุนที่เปลี่ยนแปลงโครงสร้าง เช่น การจัดการกู้ชีพ (นิคมสงเคราะห์) หรือการสร้างระบบที่นำไปสู่การลดค่ายาของ รพ.สต. (นิคมสงเคราะห์) มีแนวโน้มสร้างผลประโยชน์ที่ยั่งยืนและมีค่า Drop-off ต่ำกว่า เพราะผลลัพธ์ถูก “ฝัง” (embedded) เข้าไปในระบบบริการของชุมชนแล้ว

กิจกรรมที่ขับเคลื่อนด้วยพลังชุมชนสามารถสร้างความยั่งยืนได้ กิจกรรมอย่างงานศพปลอดเหล้า (พระลับ) หรือการทำงานจิตอาสา (เชียงเพ็ง) แม้ดูเหมือนไม่มีโครงสร้างรองรับ แต่หากแปรเปลี่ยนเป็น “บรรทัดฐานทางสังคม” (Social Norm) หรือวัฒนธรรมองค์กรของชุมชนได้สำเร็จ ก็จะมีคามยั่งยืนสูงและมี Drop-off ต่ำมาก

ข้อค้นพบสำคัญจาก Drop-off คือ การขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพจำเป็นต้องก้าวข้ามการทำงานแบบ “โครงการ” (Project-based) ที่มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุด ไปสู่การสร้าง “กลไกเชิงสถาบัน” (Institutional Mechanism) ที่ทำให้ผลลัพธ์คงอยู่ต่อไป เช่น การบรรจุกิจกรรมเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียน หรือการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ที่ทำงานต่อเนื่อง

4.1.1.4 ข้อสรุปจากการประมวลผล Adjustment

ข้อสรุปจากการประมวลผล Adjustment ชี้ว่า “คุณค่าที่แท้จริง” ของธรรมนูญสุขภาพคือบทบาท “ตัวเร่งปฏิกิริยา” เมื่อนำภาพจาก Deadweight Attribution และ Drop-off มาประกอบกัน พบว่ามูลค่าผลกระทบสุทธิ (Net Impact) ที่เกิดจากธรรมนูญสุขภาพโดยตรงมีขนาดเล็กกว่ามูลค่าผลประโยชน์รวมเริ่มต้นอย่างมาก ดังเห็นได้จากตำบลนิคมสงเคราะห์ที่มูลค่าเริ่มต้น 9.5 ล้านบาท เหลือมูลค่าสุทธิเพียง 3.49 ล้านบาท หรือตำบลเชียงเพ็งที่มูลค่าเริ่มต้น 1.79 ล้านบาท เหลือสุทธิเพียง 3.6 แสนบาท

สิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่าธรรมนูญสุขภาพล้มเหลว แต่เป็นการชี้ให้เห็นบทบาทที่แท้จริงของธรรมนูญ กล่าวคือ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ไม่ได้ทำหน้าที่เป็น “ผู้ผลิต” หรือ “ผู้ให้บริการ” หลัก แต่ทำหน้าที่เป็น “ตัวเร่งปฏิกิริยา” (Catalyst) ที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อเนื่องในระบบนิเวศสุขภาพของชุมชน กล่าวคือธรรมนูญสุขภาพเป็นกลไกที่

- ดึงศักยภาพที่มีอยู่แล้วในชุมชนออกมาใช้ จัดระบบและยกระดับสิ่งที่ชุมชนทำได้เองอยู่แล้ว (Deadweight) ให้มีทิศทางมากขึ้น
- เชื่อมร้อยพลังของภาคีเครือข่าย: นำทรัพยากรและความเชี่ยวชาญของหน่วยงานต่าง ๆ (Attribution) มาใช้เพื่อเป้าหมายร่วมกันของชุมชนอย่างบูรณาการ
- สร้างจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน: วางรากฐานสำหรับการสร้างกลไกเชิงสถาบันที่จะลดปัญหา Drop-off ในระยะยาว

การเข้าใจบทบาทนี้มีความสำคัญต่อการออกแบบและประเมินผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในอนาคต เพราะจะเปลี่ยนคำถามจาก “ธรรมนูญทำอะไรได้บ้าง?” ไปสู่ “ธรรมนูญช่วยให้ระบบนิเวศสุขภาพของชุมชนทำงานได้ดีขึ้นอย่างไร?” ซึ่งเป็นคำถามเชิงยุทธศาสตร์ที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนกว่าเดิม

4.1.2 ลักษณะการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสู่การปฏิบัติ: การอภิปรายผ่านมุมมองทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์ Adjustment ในส่วนที่ 1 เผยให้เห็น “ผลลัพธ์สุทธิ” ของการดำเนินงาน ส่วนนี้จะวิเคราะห์เชิงลึกเพื่ออธิบายว่า “กระบวนการ” และ “ลักษณะ” ของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพที่นำไปสู่ผลลัพธ์เหล่านั้นเป็นอย่างไร โดยเชื่อมโยงหลักฐานเชิงประจักษ์จาก 4 กรณีศึกษาเข้ากับกรอบแนวคิดในเอกสารทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เห็นภาพพลวัตของการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น

4.1.2.1 ธรรมนูญสุขภาพในฐานะ "กฎหมายอย่างอ่อน" (Soft Law) และ "พื้นที่ของการปรึกษาหารือ" (Deliberative Space)

เอกสารทบทวนวรรณกรรมวางกรอบไว้ชัดเจนว่าธรรมนูญสุขภาพมิได้มีสถานะเป็นกฎหมายแบบดั้งเดิม (Hard Law) ที่มีการบังคับใช้และบทลงโทษ แต่มีลักษณะเป็น “กฎหมายอย่างอ่อน” (Soft Law) หรือ “พันธะทางสังคม” (Social Commitment) ที่พลังของมันมิได้มาจากอำนาจบังคับ แต่เกิดจาก “กระบวนการมีส่วนร่วม” ที่นำไปสู่การยอมรับและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2550) หลักฐานจากกรณีศึกษาทั้ง 4 แห่งยืนยันและให้มิติที่ลึกซึ้งแก่แนวคิดนี้

คำ Attribution ที่สูงและหลากหลาย คือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนที่สุดของความเป็น Soft Law ในทางปฏิบัติ ธรรมนูญสุขภาพไม่สามารถ “สั่ง” ให้หน่วยงานใดทำอะไรได้ แต่สร้าง “พื้นที่” (Space) และ “ความชอบธรรม” (Legitimacy) ให้ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เข้ามาทำงานร่วมกัน การที่ผลลัพธ์ในตำบลพระลับและนิคมสงเคราะห์ต้องแบ่งเครดิตให้ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต.) องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานความมั่นคง (ตำรวจ ป.ป.ส.) หน่วยงานส่วนกลาง (สข. สสส.) และภาคประชาสังคม สะท้อนว่าธรรมนูญทำหน้าที่เป็นเวทีของการอภิบาลแบบปรึกษาหารือ (Deliberative Governance) ได้จริง ธรรมนูญได้เปลี่ยนเป้าหมายด้านสุขภาพให้กลายเป็น “พันธกิจร่วม” ที่ทุกฝ่ายรู้สึกเป็นเจ้าของ

การวิเคราะห์ยังชี้ให้เห็นความท้าทายของการเป็น Soft Law ด้วยเช่นกัน นั่นคือ **ความไม่สม่ำเสมอในการบูรณาการ** ขณะที่บางกิจกรรม (เช่น การแก้ไขปัญหาเสพติด) สามารถดึงภาคีเข้ามาได้อย่างครบถ้วน แต่กิจกรรมอีกหลายอย่างกลับมี Attribution จำกัดหรือมาจากหน่วยงานไม่กี่แห่ง เช่น ในตำบลนาโพธิ์กลาง กิจกรรมศูนย์พักคอยและเย็บหน้ากากมี Attribution เพียงร้อยละ 10 จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และบางกิจกรรมการบริจาคไม่มี Attribution เลย สิ่งนี้แสดงว่าการเป็น “พื้นที่กลาง” ของธรรมนูญไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ขึ้นอยู่กับประเด็น บริบท และที่สำคัญที่สุดคือ “ศักยภาพในการประสานงาน” ของคณะทำงานธรรมนูญในพื้นที่นั้น ๆ

4.1.2.2 บทบาท "ผู้จัดหาบริการ" (Provider) และ "ผู้เอื้ออำนวยการกระบวนการ" (Facilitator)

การวิเคราะห์กิจกรรมใน 4 พื้นที่จำแนกรูปแบบการขับเคลื่อนได้เป็น 2 ลักษณะหลัก ซึ่งสะท้อนความตึงเครียด (Tension) ในการตีความบทบาทของธรรมนูญสุขภาพ

บทบาท “ผู้จัดหาบริการ” (Provider-centric Model) คือการที่คณะทำงานใช้ธรรมนูญเป็นกลไก “ทำ” หรือ “จัดหา” กิจกรรม/บริการโดยตรงให้ชุมชน ตัวอย่างที่ชัดเจนคือตำบลเชียงเพ็ง (ยโสธร) ที่กิจกรรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้บริการด้านสุขภาพแม่และเด็ก เช่น การให้ยาเม็ดเสริม การติดตามการเจริญเติบโต หรือการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง กิจกรรมเหล่านี้มักมี Deadweight สูง เพราะเป็นการทำงานที่ทับซ้อนกับบริการ

ปกติของระบบสาธารณสุข แม้วัดผลได้ง่าย แต่สร้าง “คุณค่าเพิ่ม” ได้น้อย และมักพึ่งพิงงบประมาณและบุคลากรจากภายนอกสูง

บทบาท “ผู้อำนวยความสะดวก” (Facilitator-centric Model) คือการที่ธรรมนุญทำหน้าที่เป็น “ตัวกระตุ้น” และ “เชื่อมโยง” ให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายลุกขึ้นมาจัดการปัญหาด้วยตนเอง ตัวอย่างที่โดดเด่นคือตำบลพระลับ ซึ่งขับเคลื่อนประเด็นที่หลากหลาย ตั้งแต่สิ่งแวดล้อม (จัดการขยะ) สังคม (ยาเสพติด) ไปจนถึงวัฒนธรรม (งานศพปลอดเหล้า) โดยมี Attribution จากหลายภาคส่วนสูง และมีกิจกรรมที่เกิดจากพลังชุมชนเอง เช่น การปลูกผัก การขายขยะ กิจกรรมลักษณะนี้อาจวัดผลกระทบโดยตรงได้ยากกว่า แต่สร้าง “ความเป็นเจ้าของ” (Ownership) และมีแนวโน้มยั่งยืนกว่า

การวิเคราะห์ SROI ชี้ว่าโมเดล “ผู้อำนวยความสะดวก” มีแนวโน้มสร้างผลตอบแทนทางสังคมสุทธิที่สูงกว่าในระยะยาว แม้ในทางบัญชี SROI เครดิตของธรรมนุญอาจดูน้อยลงเพราะต้องแบ่งให้ภาคีอื่น แต่ผลกระทบโดยรวมต่อ “ระบบนิเวศ” ทั้งหมดกลับมีมากกว่า การที่ “กิจกรรมจิตอาสาของผู้ปกครอง” ในตำบลเชียงเพ็งมีประสิทธิภาพร้อยละ 100 (ไม่มี Deadweight และ Attribution) เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนว่า เมื่อธรรมนุญกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนจากฐานรากได้สำเร็จ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะมีคุณค่าสูงสุด

4.1.2.3 วงจรการเรียนรู้การเชื่อมโยงจากล่างขึ้นบนที่ไม่สมบูรณ์

เอกสารทบทวนวรรณกรรมอธิบายความสัมพันธ์ของธรรมนุญสุขภาพ 3 ระดับ (ชาติ พื้นที่ เฉพาะประเด็น) ว่าเป็น “ระบบนิเวศ” ที่เชื่อมโยงทั้งจากบนลงล่าง (Top-down) และล่างขึ้นบน (Bottom-up) โดยนำบทเรียนและนวัตกรรมจากระดับพื้นที่กลับไปปรับปรุงนโยบายระดับชาติในกระบวนการทบทวนทุก 5 ปี (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2566) อย่างไรก็ตาม หลักฐานจาก 4 กรณีศึกษาชี้ว่า **วงจรการเรียนรู้ในส่วนการเชื่อมโยงจาก “ล่างขึ้นบน” (Bottom-up Linkage) ยังคงเป็นจุดอ่อน** การวิเคราะห์ SROI ในแต่ละพื้นที่เป็นการประเมินผล ณ จุดเวลาหนึ่ง แต่ยังไม่ปรากฏกลไกเป็นระบบในการ “ถอดบทเรียน” จากข้อมูล SROI เพื่อนำไปปรับปรุง “การออกแบบ” กิจกรรมในรอบต่อไปอย่างชัดเจน ดังนี้

- **การทำซ้ำกิจกรรมที่มี Deadweight สูง** การที่หลายพื้นที่ยังคงจัดกิจกรรมฝึกอบรมซึ่งมี Deadweight สูงต่อไป สะท้อนการขาดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนรูปแบบการลงทุน
- **การขาดการขยายผลโมเดลที่ประสบความสำเร็จ** กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพสูงและ Deadweight ต่ำ เช่น รถกู้ชีพ หรือการลดค่ายา ควรได้รับการถอดบทเรียนและยกระดับเป็น “แนวปฏิบัติที่ดี” (Best Practice) เพื่อขยายผลไปยังพื้นที่อื่น แต่กระบวนการดังกล่าวยังไม่ชัดเจน
- **การประเมิน SROI ที่ยังเป็น “เหตุการณ์” ไม่ใช่ “กระบวนการ”** การทำ SROI ยังมีลักษณะเป็นการประเมินโดยทีมวิจัยภายนอกเป็นครั้งคราว ไม่ได้ฝังเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวงจรการวางแผน-ปฏิบัติ-

ประเมิน-ปรับปรุง (PDCA Cycle) ของคณะกรรมการธรรมนูญในพื้นที่ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสร้างวัฒนธรรมการตัดสินใจบนฐานข้อมูล (Data-driven Decision Making)

ดังนั้น แม้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่จะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ แต่กลไกที่จะนำบทเรียนจากการปฏิบัติในพื้นที่กลับไปปรับปรุงนโยบายและการออกแบบในระดับที่สูงขึ้น ยังต้องได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็งกว่าที่เป็นอยู่

4.1.3 ข้อค้นพบเชิงลึกและวิพากษ์จากการวิเคราะห์ข้ามกรณีศึกษา

นอกเหนือจากภาพรวมข้างต้น การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดยังเผยให้เห็นข้อค้นพบเชิงลึกที่ซับซ้อนและบางครั้งย้อนแย้ง ซึ่งช่วยให้เข้าใจพลวัตของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4.1.3.1 ข้อย้อนแย้งเรื่องการลงทุนพัฒนาคน (The Paradox of Human Capital Development)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิภาพการลงทุน (ROI) ในกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาคนของกรณีศึกษาตำบลเชียงเพ็ง จังหวัดยโสธร พบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ นั่นคือ **ประสิทธิภาพของการลงทุนฝึกอบรมมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับระดับความเป็นมืออาชีพหรือความรู้พื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย** กล่าวคือ ยิ่งกลุ่มเป้าหมายมีความรู้และทักษะดั้งเดิมสูงเท่าใด ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนฝึกอบรมกลับยิ่งต่ำลงเท่านั้น ดังนี้

- **กลุ่มที่ให้ผลตอบแทนสูงสุด** การพัฒนาศักยภาพ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรระดับชุมชน (Community Health Workers) ให้ผลตอบแทนสูงสุดถึงร้อยละ 36 โดยมี Deadweight ค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 40) สะท้อนว่าการลงทุนนี้เป็นการเติมเต็มช่องว่างความรู้และทักษะที่ขาดหายไปอย่างแท้จริง
- **กลุ่มที่ให้ผลตอบแทนปานกลาง** การพัฒนาทักษะผู้นำชุมชนให้ผลตอบแทนร้อยละ 20 และการให้ความรู้ผู้ประกอบการให้ผลตอบแทนร้อยละ 12
- **กลุ่มที่ให้ผลตอบแทนต่ำที่สุด** การลงทุนฝึกอบรมบุคลากรมืออาชีพ เช่น บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 16) ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ร้อยละ 9) และเจ้าหน้าที่/ครู สกร. (ร้อยละ 9) กลับให้ผลตอบแทนต่ำที่สุด โดยมี Deadweight สูงถึงร้อยละ 60-70

ข้อค้นพบนี้ท้าทายสมมติฐานดั้งเดิมที่ว่า การลงทุนในบุคลากรมืออาชีพจะสร้างผลกระทบสูงเสมอไปในบริบทของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ การลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดไม่ใช่การ “ขัดเกลา” ผู้เชี่ยวชาญ แต่คือการ “เสริมสร้าง” ศักยภาพของคนในชุมชนที่ใกล้ชิดกับปัญหามากที่สุดอย่าง อสม. เพราะเป็นการสร้างคุณค่าใหม่ (Additionality) ที่ระบบปกติยังให้ไม่ได้

4.1.3.2 หลักความใกล้ชิดของผลกระทบทางสังคม (The Proximity Principle of Social Impact)

เมื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของกิจกรรมโดยจำแนกตาม “แหล่งที่มา” ของความคิดริเริ่ม แรงงาน และทรัพยากร พบรูปแบบชัดเจนว่า ยิ่งแหล่งที่มาของกิจกรรมใกล้ชิดกับชุมชนมากเท่าใด ประสิทธิภาพและความเป็นเจ้าของของผลลัพธ์ก็ยิ่งสูงขึ้นตามไปด้วย แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- **ระดับชุมชน (Community-driven)** กิจกรรมที่ขับเคลื่อนโดยพลังของชุมชนเอง เช่น “การทำงานจิตอาสาของผู้ปกครอง” (เชียงใหม่) และ “การบริจาคจากชาวบ้าน/วัด” (นาโพธิ์กลาง) มีประสิทธิภาพสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ (ร้อยละ 40-100) โดยมี Attribution จากหน่วยงานภายนอกเป็นศูนย์หรือน้อยมาก นี่คือผลกระทบที่เกิดจากทุนทางสังคมและความเป็นเจ้าของของชุมชนอย่างแท้จริง
- **ระดับท้องถิ่น (Local Government-led)** การสนับสนุนโดยตรงจาก อบต./อบจ. ให้ผลลัพธ์หลากหลายแต่มีศักยภาพสูง โดยเฉพาะในภาวะวิกฤต เช่น การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ของ อบต.นาโพธิ์กลาง ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 91
- **ระดับชาติ/จังหวัด/ภาคเอกชน (External Agency-led)** การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกมักปรากฏในรูปของ Attribution หรือมี Deadweight สูง สะท้อนบทบาท “ผู้สนับสนุน” หรือการลงทุนที่ซ้ำซ้อน

ธรรมนูญสุขภาพจะประสบความสำเร็จสูงสุดเมื่อทำหน้าที่ดังศักยภาพของฐานรากออกมาใช้ ไม่ใช่การ “นำเข้า” โครงการจากภายนอก ดังนั้น ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนควรเปลี่ยนจากการแสวงหาการสนับสนุนจากภายนอกเป็นหลัก ไปสู่การสร้างสถานะแวดล้อมที่เอื้อให้ชุมชนริเริ่มและจัดการโครงการได้ด้วยตนเอง

4.1.3.3 บทบาทสองด้านของธรรมนูญสุขภาพในภาวะวิกฤต: ความซ้ำซ้อนปะทะความจำเป็น (The Dual Role in Crisis: Redundancy vs. Essentiality)

กรณีศึกษาในช่วงการระบาดของโควิด-19 เผยให้เห็นบทบาทที่แตกต่างกันชัดเจนของธรรมนูญสุขภาพในภาวะวิกฤต

- **บทบาทที่ซ้ำซ้อน (Redundant Role)** กิจกรรมจำนวนมาก เช่น การจัดตั้งศูนย์พักคอย หรือการเย็บหน้ากาก มีค่า Deadweight สูงมาก (ร้อยละ 70-80) เนื่องจากเป็นมาตรการที่หน่วยงานสาธารณสุขและชุมชน “ต้องทำอยู่แล้ว” เพื่อรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน
- **บทบาทที่จำเป็น (Essential Role)** ในทางกลับกัน การลงทุนบางอย่างกลับมีประสิทธิภาพสูงมาก เช่น กรณี อบต.นาโพธิ์กลาง ที่สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและค่าน้ำมันขนส่งผู้ป่วย ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 91 โดยมี Deadweight เป็นศูนย์ เพราะนี่คือ “ช่องว่างวิกฤต” (Critical Gap) ที่ชุมชนและระบบปกติไม่สามารถตอบสนองได้ทันที่ ดังนั้น ในภาวะวิกฤต บทบาทของ

ธรรมาณูสุขภาพต้องเปลี่ยนจาก “ผู้ประสานงานในสภาวะปกติ” ไปเป็น “ผู้ตอบสนองต่อช่องว่างวิกฤต” (Acute Gap Responder) โดยต้องมีความสามารถประเมินสถานการณ์อย่างรวดเร็วเพื่อระบุ “คอขวด” ที่แท้จริง และทุ่มทรัพยากรไปแก้ปัญหานั้น

4.1.3.4 ลำดับชั้นของการสร้างคุณค่าทางสังคม (The Hierarchy of Social Value Creation)

เมื่อพิจารณา “ประเภท” ของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จะเห็นลำดับชั้นของการสร้างคุณค่าที่น่าสนใจ ซึ่งอาจบ่งชี้ลำดับความสำคัญในการลงทุนเพื่อสร้างความยั่งยืน ได้แก่

- **ฐานราก – ทูทางสังคม (Social Capital)** กิจกรรมที่สร้างความไว้วางใจ บรรทัดฐานร่วม และเครือข่ายความร่วมมือ (เช่น โครงการ “งานศพปลอดเหล้า” หรือเครือข่าย “จิตอาสา”) เปรียบเสมือน “โครงสร้างพื้นฐานทางสังคม” ที่เป็นเงื่อนไขสำคัญให้กิจกรรมอื่นประสบความสำเร็จ
- **ระดับกลาง – ทูมนุษย์ (Human Capital)** กิจกรรมที่สร้างทักษะและความรู้ให้คนในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. และผู้นำชุมชน เป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนสูงและมี “ผลคูณ”
- **ระดับบน – ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจและโครงสร้างพื้นฐาน (Economic & Infrastructure Outcomes)** กิจกรรมที่สร้างผลลัพธ์เป็นตัวเงินโดยตรงหรือโครงสร้างพื้นฐาน เป็นผลลัพธ์ที่จับต้องได้ แต่บ่อยครั้งความสำเร็จของกิจกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยฐานทุนทางสังคมและทุนมนุษย์ที่เข้มแข็งมาก่อน

การขับเคลื่อนธรรมาณูสุขภาพที่ยั่งยืนอาจต้องให้ความสำคัญกับการลงทุนที่ฐานรากของพีระมิดก่อน คือการสร้างทุนทางสังคมและความเป็นเจ้าของของชุมชน เพราะสิ่งนี้คือรากฐานที่จะทำให้การลงทุนในมิติอื่นเติบโตและงอกงามได้อย่างยั่งยืน

4.1.4 ปัจจัยการขับเคลื่อนธรรมาณูสุขภาพและข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ SROI ไม่เพียงช่วยให้เข้าใจผลลัพธ์และลักษณะการดำเนินงาน แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการชี้บ่ง “ปัจจัยแห่งความสำเร็จ” และ “จุดคานงัด” (Leverage Points) ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพในอนาคต

4.1.4.1 การสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ: พลังของ “คน” และ “กระบวนการ”

การวิเคราะห์ปัจจัยจาก 4 พื้นที่และข้อมูลเชิงลึกในแต่ละกรณีศึกษาสามารถสกัดปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วมออกมาได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ซึ่งสะท้อนว่าความสำเร็จไม่ได้ขึ้นอยู่กับ “เงิน” แต่ขึ้นอยู่กับ “คน” และ “กระบวนการ”

ปัจจัยภายในชุมชน (Internal Factors)

- การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Genuine Participation) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในทุกพื้นที่ ไม่ใช่เพียงการเข้าร่วมประชุม แต่เป็นการ “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมิน”
- ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง (Strong Leadership) บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น และแกนนำ อสม. เป็นตัวแปรชี้ขาดในการเริ่มต้นและรักษาความต่อเนื่องของกระบวนการ
- ความเข้มแข็งของกลไกชุมชน (Robust Community Mechanisms) การมีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน เช่น คณะทำงาน เครือข่าย หรือการใช้กลไก “บวร” (บ้าน วัด ราชการ)

ปัจจัยภายนอกชุมชน (External Factors)

- การสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณ (Policy and Financial Support) การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ทั้ง อปท. สช. สสส. จำเป็นต่อการสร้างความชอบธรรมและจัดหาทรัพยากรเริ่มต้น
- การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย (Multi-stakeholder Collaboration) การเชื่อมโยงกับภาคีที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านช่วยนำทรัพยากรและความรู้จากภายนอกเข้ามาเสริมความแข็งแกร่ง

4.1.4.2 ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ

จากข้อค้นพบทั้งหมด สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ได้ 4 ประการ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ปฏิรูปการลงทุนสู่ “การบริหารจัดการพอร์ตโฟลิโอเชิงกลยุทธ์” (Strategic Portfolio Management) กรณีศึกษาทั้งหมดแสดงภาพการลงทุนที่กระจุกกระจายในกิจกรรมซึ่งให้ผลตอบแทน (ROI) แตกต่างกันไป การดำเนินงานเช่นนี้ใช้ทรัพยากรได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ดังนั้น คณะทำงานธรรมนูญสุขภาพควรเปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้จัดกิจกรรม” (Activity Organizer) ไปเป็น “ผู้จัดการกองทุนทางสังคม” (Social Fund Manager) ที่ใช้ข้อมูล SROI ตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรอย่างมีกลยุทธ์ ได้แก่

- จัดลำดับความสำคัญและปรับสมดุลพอร์ตโฟลิโอ (Prioritize and Rebalance) ทุ่มทรัพยากรไปยังกิจกรรมที่พิสูจน์แล้วว่าให้ผลตอบแทนสูงและมี Deadweight ต่ำ เช่น การพัฒนาศักยภาพ อสม. หรือการสร้างและสนับสนุนกลไกจิตอาสา
- ลด ละ เลิก (Divest) ตัดสินใจยกเลิกกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนต่ำและมี Deadweight สูง แล้วนำทรัพยากรที่ประหยัดได้ไปลงทุนในส่วนที่มีศักยภาพสูงกว่า

- สร้างนวัตกรรม (Innovate) ลงทุนใน “การวิจัยและพัฒนา” (R&D) เพื่อออกแบบกิจกรรมใหม่ที่มุ่งแก้ปัญหาใน “ช่องว่าง” ที่ยังไม่มีใครทำ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เปลี่ยนกระบวนทัศน์จาก “การทำซ้ำ” สู่ “การสร้างคุณค่าเพิ่มที่แท้จริง” (Shift from Redundancy to Additionality) ปัญหา Deadweight สูงในทุกพื้นที่เป็นอาการของ “การลงทุนซ้ำซ้อน” ซึ่งลดทอนประสิทธิภาพของธรรมาภิบาล ดังนั้น ทุกกิจกรรมที่ริเริ่มภายใต้ธรรมาภิบาลต้องผ่านการตรวจสอบ “คุณค่าเพิ่ม” อย่างรอบคอบ ได้แก่

- บังคับใช้ “การประเมินสินทรัพย์ชุมชน” (Mandatory Community Asset Mapping) ก่อนออกแบบกิจกรรมใด ๆ ต้องสำรวจและทำแผนที่ศักยภาพ ทรัพยากร องค์ความรู้ และกิจกรรมที่ชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ทำอยู่แล้ว เพื่อระบุ “ช่องว่าง” ที่แท้จริง
- ออกแบบกิจกรรมเพื่อ “ลด Deadweight” ตั้งคำถามเสมอว่า “ถ้าไม่มีเรา สิ่งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่?” กิจกรรมของธรรมาภิบาลควรเน้นการสร้างนวัตกรรม การเชื่อมต่อสิ่งที่ขาดหาย หรือการยกระดับสิ่งที่ทำอยู่เดิมให้มีคุณภาพสูงขึ้น
- ใช้ SROI แบบคาดการณ์ (Forecast SROI) นำ SROI มาใช้ในขั้นตอน “การวางแผน” เพื่อประเมินศักยภาพของกิจกรรมต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจลงทุนจริง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยกระดับบทบาทจาก “ผู้ประสานงาน” สู่ “ผู้สร้างกลไกเชิงสถาบัน” (Level up from Coordinator to Institution Builder) แม้ธรรมาภิบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) ได้ดี แต่ยังคงมีความท้าทายในการทำให้ผลลัพธ์ยั่งยืน (ความเสี่ยง Drop-off) ดังนั้น เป้าหมายสูงสุดของธรรมาภิบาลไม่ควรอยู่ที่ความสำเร็จของกิจกรรม แต่ควรอยู่ที่การสร้าง “กลไกเชิงสถาบัน” ที่จะขับเคลื่อนงานสุขภาวะต่อไปได้อย่างยั่งยืน ได้แก่

- ฝังผลลัพธ์เข้าสู่แผนและงบประมาณท้องถิ่น ผลักดันให้ข้อตกลงและผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จเข้าสู่ “แผนพัฒนาท้องถิ่น” หรือ “ข้อบัญญัติของ อบต.”
- สร้างองค์กรชุมชนเพื่อความยั่งยืน (Community-based Organizations) ส่งเสริมการจัดตั้งกลไกที่ชุมชนเป็นเจ้าของเพื่อขับเคลื่อนงานต่อ เช่น กองทุนสุขภาพชุมชน หรือวิสาหกิจเพื่อสังคม
- พัฒนาระบบการจัดการความรู้ สร้างแพลตฟอร์มสำหรับ “ถอดบทเรียน” และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ เพื่อสร้างวงจรการเรียนรู้จากล่างขึ้นบนที่สมบูรณ์

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างวัฒนธรรม “การตัดสินใจบนฐานข้อมูล” โดยฝัง SROI เข้าสู่วงจรการทำงาน การประเมิน SROI ที่ผ่านมามีลักษณะเป็น “โครงการวิจัย” ที่ทำโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอก จึงไม่เกิด

การเรียนรู้และนำไปใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ในระดับพื้นที่ ดังนั้น ต้องทำให้ SROI กลายเป็นเครื่องมือ “ประจำ” ของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพ ได้แก่

- พัฒนาชุดเครื่องมือ SROI ฉบับง่าย (SROI Toolkit for Community) พัฒนาคู่มือ แบบฟอร์ม และ โปรแกรมคำนวณที่ง่ายต่อการใช้งานสำหรับคนในพื้นที่
- สร้างขีดความสามารถ (Capacity Building) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพ และแกนนำชุมชนเกี่ยวกับหลักการและวิธีการทำ SROI แบบง่าย
- บูรณาการ SROI เข้ากับวงจรการทบทวนธรรมนูญประจำปี กำหนดให้การรายงานผล SROI เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทบทวนและวางแผนงานธรรมนูญสุขภาพในทุกปี

การวิเคราะห์ผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่จาก 4 กรณีศึกษาผ่าน SROI ให้บทเรียนเชิงนโยบายที่สำคัญ โดยเผยให้เห็นว่าคุณค่าที่แท้จริงของธรรมนูญสุขภาพไม่ได้อยู่ที่ “มูลค่ารวม” ของกิจกรรมที่จัดขึ้น แต่อยู่ที่ “มูลค่าสุทธิ” ที่เกิดจากการเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาในระบบนิเวศสุขภาพของชุมชน การเผชิญหน้ากับความจริงที่ว่ากิจกรรมจำนวนมากเป็นการลงทุนซ้ำซ้อน (High Deadweight) และต้องพึงพิงภาคีอื่นอย่างสูง (High Attribution) ไม่ใช่การตีตราความล้มเหลว แต่เป็นการเปิดทางสู่การปฏิรูปเชิงยุทธศาสตร์ อนาคตของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพจึงอยู่ที่การเปลี่ยนผ่านจากการเป็นเพียง “ผู้จัดกิจกรรม” ที่ทำงานหนักแต่สร้างคุณค่าเพิ่มได้น้อย ไปสู่การเป็น “ผู้จัดการการลงทุนทางสังคม” ที่ใช้ข้อมูลเป็นฐานในการตัดสินใจเพื่อให้ทุกบาท ทุกแรง และทุกเวลาที่ลงทุนไปสามารถสร้างผลตอบแทนทางสังคมที่ยั่งยืน และเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนได้อย่างแท้จริง

4.2 อภิปรายผลการศึกษา

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) และแนวคิดธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ต่างตั้งอยู่บนรากฐานปรัชญาเดียวกัน คือให้ความสำคัญกับคุณค่าทางสังคม การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน เอกสารทบทวนวรรณกรรมนำเสนอภาพในอุดมคติและกรอบการทำงานเชิงทฤษฎีของเครื่องมือทั้งสองไว้อย่างครอบคลุม โดยชี้ว่า SROI คือกระบวนการนับและอธิบายคุณค่าทางสังคมอย่างเป็นระบบ (Nicholls et al. 2009) ขณะที่ธรรมนูญสุขภาพคือ “พันธะทางสังคม” ที่เกิดจากกระบวนการอภิบาลแบบปรึกษาหารือ (Deliberative Governance) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559) อย่างไรก็ตาม เมื่อนำกรอบคิดเชิงทฤษฎีเหล่านี้มาเทียบกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพใน 4 กรณีศึกษาจริง ย่อมเผยให้เห็นภาพความเป็นจริงที่ซับซ้อน ซึ่งมีทั้งความสอดคล้อง การเบี่ยงเบน และช่องว่างที่ท้าทายต่อการนำทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ

บทอภิปรายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการศึกษาจากการประเมิน SROI ใน 4 พื้นที่ โดยเปรียบเทียบอย่างละเอียดกับกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อตอบคำถามสำคัญ 3 ประการ คือ 1) หลักการสำคัญของ SROI โดยเฉพาะการปรับค่าผลกระทบ (Adjustment) สะท้อนความเป็นจริงของการขับเคลื่อนธรรมณูสุขภาพในทางปฏิบัติอย่างไร 2) ลักษณะการขับเคลื่อนธรรมณูสุขภาพที่ปรากฏในพื้นที่สอดคล้องหรือแตกต่างจากเจตนารมณ์เชิงนโยบายที่วรรณกรรมนำเสนอไว้อย่างไร และ 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบทเรียนจากการปฏิบัติสามารถนำมาต่อยอดหรือท้าทายข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎีได้อย่างไร การอภิปรายนี้จะนำไปสู่ข้อสรุปเชิงนโยบายที่ชัดเจนยิ่งขึ้นสำหรับการยกระดับประสิทธิภาพของธรรมณูสุขภาพพื้นที่ ในฐานะเครื่องมือสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืนของสังคมไทย

4.2.1 ความเป็นจริงที่ปรากฏผ่านการปรับค่าผลกระทบ (Adjustment): การยืนยันเชิงประจักษ์และความซับซ้อนที่ท้าทายทฤษฎี

เอกสารทบทวนวรรณกรรมวางกรอบการปรับค่าผลกระทบ (Adjustment) ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์ส่วนเกิน (Deadweight) ส่วนแบ่งเครดิตปัจจัยอื่น (Attribution) การย้ายที่ของผลกระทบ (Displacement) และอัตราการเสื่อมของผลประโยชน์ (Drop-off) ในฐานะ “กลไกควบคุมอคติ” (Bias Control Mechanism) ที่จำเป็นต่อการสร้างความน่าเชื่อถือและหลีกเลี่ยงการกล่าวอ้างเกินจริง (Nicholls et al. 2009) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาจาก 4 พื้นที่ที่ระดับความหมายของตัวแปรเหล่านี้ จากขั้นตอนทางเทคนิคให้กลายเป็น “เครื่องมือวินิจฉัยเชิงยุทธศาสตร์” (Strategic Diagnostic Tool) ที่ช่วยเปิดเผยจุดแข็ง จุดอ่อน และธรรมชาติที่แท้จริงของการขับเคลื่อนธรรมณูสุขภาพได้อย่างละเอียด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.1.1 Deadweight : จาก "ผลลัพธ์ส่วนเกิน" ในตำราสู่ "ดัชนีชี้วัดความซ้ำซ้อน" ในทางปฏิบัติ

ในเชิงทฤษฎี ผลลัพธ์ส่วนเกิน (Deadweight) คือผลลัพธ์ที่ “จะเกิดขึ้นอยู่แล้ว” แม้ไม่มีโครงการ (เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ 2566) แต่ในทางปฏิบัติที่ปรากฏใน 4 กรณีศึกษา Deadweight ทำหน้าที่เป็น “ดัชนีชี้วัดความซ้ำซ้อนเชิงกลยุทธ์” (Index of Strategic Redundancy) ที่สะท้อนการลงทุนซึ่งขาดการประเมินความต้องการที่แท้จริง (Needs Assessment) อย่างชัดเจน ปรากฏการณ์ Deadweight สูงต่อเนื่องในหลายกิจกรรม (ร้อยละ 50-80) ทั้งในตำบลนิคมสงเคราะห์ ตำบลนาโพธิ์กลาง ตำบลพระลับ และโดยเฉพาะตำบลเชียงเพ็ง ยืนยันข้อค้นพบจากรายงานการประเมิน SROI ในต่างประเทศที่เตือนว่าโครงการจำนวนมากมักลงทุนในสิ่งที่ผู้รับประโยชน์สามารถทำได้เองอยู่แล้ว (Krlev G. et al. 2013)

สิ่งที่น่าสนใจคือปรากฏการณ์นี้ให้มิติเพิ่มเติมแก่ทฤษฎี โดยชี้ว่าธรรมณูสุขภาพในหลายพื้นที่ยังดำเนินงานภายใต้กระบวนทัศน์ “ผู้จัดหาบริการ” (Provider-centric) ซึ่งทำกิจกรรมที่ทับซ้อนกับศักยภาพเดิมของชุมชนหรือภารกิจปกติของหน่วยงานรัฐ มากกว่ามุ่งสร้าง “คุณค่าเพิ่มที่แท้จริง” (Additionality) ซึ่ง

เป็นหัวใจสำคัญของ SROI (Hamelmann et al. 2017) กรณีศึกษาตำบลเชียงเพ็งเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุด กล่าวคือ การลงทุนฝึกอบรมบุคลากรมีอาชีพที่มีความรู้พื้นฐานสูงอยู่แล้ว (ครู เจ้าหน้าที่ สกร.) ก่อให้เกิด Deadweight สูงถึงร้อยละ 70 และให้ผลตอบแทนต่ำมาก นี่คือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่า หากขาดการออกแบบกิจกรรมที่มุ่งอุด “ช่องว่าง” ที่แท้จริง ธรรมนูญสุขภาพก็อาจกลายเป็นการใช้ทรัพยากรที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ในทางกลับกัน กิจกรรมที่มี Deadweight ต่ำหรือเป็นศูนย์ เช่น “รถกู้ชีพ” (ตำบลนิคมสงเคราะห์) หรือ “การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในภาวะวิกฤตโดย อบต.” (ตำบลนาโพธิ์กลาง) แสดงให้เห็นศักยภาพของธรรมนูญสุขภาพในการเป็นกลไกตอบสนองความต้องการที่จำเป็นซึ่งระบบปกติไม่สามารถจัดการได้ทันทั่วทั้งกรณีศึกษาเหล่านี้ทำให้แนวคิดเรื่อง “คุณค่าเพิ่ม” ในทางทฤษฎีมีความหมายที่จับต้องได้และเป็นรูปธรรม

4.2.1.2 Attribution: การยืนยันบทบาท "ผู้ประสานงานของระบบนิเวศ" และความท้าทายในการสร้างคุณค่าที่เป็นเอกลักษณ์

แนวคิดของธรรมนูญสุขภาพนำเสนอภาพของกลไกนี้ในฐานะ “พื้นที่ของการปรึกษาหารือ” ที่อาศัยการอภิบาลแบบมีส่วนร่วม (Deliberative Governance) เพื่อสร้าง “พันธะทางสังคม” (Social Commitment) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559) ผลการศึกษาจาก 4 พื้นที่ โดยเฉพาะค่าส่วนแบ่งเครดิตปัจจัยอื่น (Attribution) ที่สูงและมาจากหลากหลายภาคี ยืนยันเชิงประจักษ์ต่อแนวคิดนี้อย่างชัดเจน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแทบทุกกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นการแก้ไขปัญหาเสพติดในตำบลพระลับ หรือการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในตำบลนิคมสงเคราะห์ ล้วนเป็นผลผลิตจากการทำงานร่วมกันของ “ระบบนิเวศ” ที่ประกอบด้วยหน่วยงานรัฐ (อปท. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต.) องค์กรส่วนกลาง (สช. สสส.) และภาคประชาสังคม สิ่งนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าพลังของธรรมนูญสุขภาพมาจากการสร้างพลังร่วมตามยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2559) ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้เปลี่ยนแนวคิด “การบูรณาการ” จากคำที่เป็นนามธรรมให้กลายเป็นภาพจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยธรรมนูญสุขภาพทำหน้าที่เป็น “ตัวเร่งปฏิกิริยา” (Catalyst) หรือ “ผู้ประสานงานของระบบนิเวศ” (Ecosystem Coordinator) ได้จริง

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์ยังเผยให้เห็น “ความซับซ้อนและความท้าทาย” ที่ทฤษฎีอาจไม่ได้เน้นย้ำมากนัก นั่นคือ “ภาวะพึ่งพิงเชิงบูรณาการ” (Integrative Dependency) การที่ค่า Attribution สูงหมายความว่าผลกระทบสุทธิ (Net Impact) ที่ให้เครดิตแก่ตัวธรรมนูญสุขภาพโดยตรงมีขนาดเล็กลง ซึ่งสร้างความท้าทายในการสื่อสารและพิสูจน์ “คุณค่าที่เป็นเอกลักษณ์” ของธรรมนูญสุขภาพเอง สิ่งนี้สอดคล้องกับ

ข้อกังวลในวรรณกรรม SROI สากสกลที่ว่ากำหนัดค่า Attribution อย่างเป็นธรรมเป็นหนึ่งในขั้นตอนที่ท้าทายที่สุด (Grazioli et al. 2020) นอกจากนี้ การที่บางกิจกรรมมีค่า Attribution เป็นศูนย์ เช่น กิจกรรมจิตอาสาหรือการบริจาคภายในชุมชน ยังชี้ให้เห็นการทำงานที่อาจ “แยกส่วน” ออกจากระบบสนับสนุนหลัก ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งจุดแข็งในแง่ความเป็นอิสระ และจุดอ่อนในแง่ความยั่งยืนและการขยายผล

4.2.2 ธรรมเนียมสุภภาพในทางปฏิบัติ: การเติมเต็มและทำทหายเจตนารมณืเชิงนโยบาย

เมื่อนำผลการศึกษามาอภิปรายกับเอกสารทบทวนวรรณกรรมซึ่งให้ภาพรวมเชิงนโยบายของระบบธรรมเนียมสุภภาพ จะเห็นว่าการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่มีพลวัตที่ทั้งเติมเต็มและทำทหายเจตนารมณืดั้งเดิม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.2.1 ธรรมเนียมสุภภาพในฐานะกลไกขับเคลื่อนจากฐานราก

เจตนารมณืสำคัญของพระราชบัญญัติสุภภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการกำหนัดนโยบายจากบนลงล่าง (Top-down) ไปสู่การสร้างฉันทามติจากฐานราก (Bottom-up) (ราชกิจจานุเบกษา 2550) [1] ผลการศึกษาจาก 4 พื้นที่ยืนยันการบรรลุเจตนารมณืข้อนี้อย่างชัดเจนผ่าน “หลักความใกล้เคียงของผลกระทบทางสังคม” (The Proximity Principle of Social Impact) ที่ค้นพบจากการวิเคราะห์

กิจกรรมที่แสดงประสิทธิภาพสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญคือกิจกรรมที่ชุมชนริเริ่มและขับเคลื่อนด้วยพลังของตนเอง ไม่ว่าจะเป็น “การทำงานจิตอาสาของผู้ปกครอง” (ROI ร้อยละ 100 ที่เชียงเพ็ง) หรือ “การบริจาคจากชาวบ้านและวัด” (ROI ร้อยละ 40 ที่นาโพธิ์กลาง) ซึ่งสูงกว่ากิจกรรมที่นำเข้าไปโดยหน่วยงานภายนอกหรือแม้แต่ภาคเอกชนอย่างชัดเจน ข้อค้นพบนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า เมื่อธรรมเนียมสุภภาพทำหน้าที่เพียง “ผู้อำนวยความสะดวก” (Facilitator) เพื่อดึงศักยภาพของชุมชนออกมาใช้ได้สำเร็จ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะมีความเป็นเจ้าของและสร้างคุณค่าได้สูงสุด ซึ่งทำให้แนวคิด “การสร้างนโยบายสาธารณะที่ยั่งยืนผ่านพลังของการมีส่วนร่วม” (ทบทวนเอกสารเติมอ้างอิง.docx) กลายเป็นความจริงที่พิสูจน์ได้

4.2.2.2 วงจรการเรียนรู้ที่ไม่สมบูรณ์และช่องว่างในการเชื่อมโยงกลไกจากล่างขึ้นบน

ในทางทฤษฎี ระบบธรรมเนียมสุภภาพได้รับการออกแบบให้เป็น “ระบบนิเวศ” ที่เรียนรู้และเกื้อหนุนกันระหว่าง 3 ระดับ โดยนำบทเรียนและนวัตกรรมจาก “ธรรมเนียมสุภภาพพื้นที่” กลับไปเป็นข้อมูลย้อนกลับ (Feedback Loop) เพื่อปรับปรุง “ธรรมเนียมสุภภาพด้วยระบบสุภภาพแห่งชาติ” ทุก 5 ปี (สำนักงานคณะกรรมการสุภภาพแห่งชาติ 2566) ทว่าผลการศึกษาจาก 4 พื้นที่ชี้ว่า กลไกการเชื่อมโยงจากล่างขึ้นบน (Bottom-up Linkage) ในทางปฏิบัติยังคงอ่อนแอและไม่เป็นระบบ การประเมิน SROI ที่เกิดขึ้นยังมีลักษณะเป็น “เหตุการณ์” (Event) ที่นักวิจัยภายนอกดำเนินการ มากกว่าเป็น “กระบวนการ” (Process) ที่ฝังอยู่ใน

ทำงานของคณะทำงานในพื้นที่ ทำให้ไม่มีการรวบรวม สังเคราะห์ และนำเสนอบทเรียนจากการวิเคราะห์ (เช่น ปัญหา Deadweight สูงในกิจกรรมฝึกอบรม หรือความสำเร็จของโมเดลจิตอาสา) เพื่อปรับปรุงยุทธศาสตร์ การขับเคลื่อนในภาพรวมอย่างเป็นรูปธรรม การที่หลายพื้นที่ยังคงทำซ้ำกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนต่ำเป็น อาการที่ชัดเจนของวงจรการเรียนรู้ที่ไม่สมบูรณ์นี้ ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญที่ท้าทายต่อการพัฒนา ระบบนิเวศ ธรรมนุญสุขภาพให้มีพลวัตและตอบสนองอย่างทันท่วงที

4.2.2.3 "ข้อถกเถียงเรื่องการลงทุนพัฒนาคน": ข้อค้นพบใหม่ที่ท้าทายแนวปฏิบัติเดิม

วรรณกรรมด้านการพัฒนาโดยทั่วไปมักให้ความสำคัญกับการลงทุนใน “ทุนมนุษย์” โดยเฉพาะการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แนะนำให้เสนอข้อค้นพบใหม่ที่อาจท้าทายและเพิ่มมิติให้แนวคิด ดังกล่าว นั่นคือ “ข้อถกเถียงเรื่องการลงทุนพัฒนาคน” (The Paradox of Human Capital Development) ดังที่อธิบายไปแล้วว่า การลงทุนในบุคลากรมีอาชีพที่มีความรู้พื้นฐานสูงอยู่แล้วกลับให้ผลตอบแทนต่ำที่สุด ขณะที่การลงทุนในบุคลากรระดับชุมชนอย่าง อสม. ให้ผลตอบแทนสูงสุด ข้อค้นพบนี้ไม่ได้ขัดแย้งกับ ความสำคัญของทุนมนุษย์ แต่ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการ “กำหนดเป้าหมายการลงทุน” อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น กล่าวคือ ในบริบทของการสร้างสุขภาวะชุมชน “ทุนมนุษย์” ที่สำคัญที่สุดอาจไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่คือ “คน กลาง” (Intermediaries) ที่เชื่อมประสานระหว่างระบบบริการสุขภาพกับวิถีชีวิตของชาวบ้านอย่าง อสม. การ ลงทุนในคนกลุ่มนี้จึงเป็นการลงทุนที่ให้ผลคุ้มค่าที่สุด เพราะสามารถสร้างผลกระทบแบบทวีคูณได้ ซึ่งเป็น ประเด็นที่วรรณกรรมด้านธรรมนุญสุขภาพควรให้ความสำคัญและศึกษาเชิงลึกต่อไป

4.2.3 ปัจจัยขับเคลื่อนและข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์: สังเคราะห์บทเรียนจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

เมื่อสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จจาก 4 พื้นที่ และอภิปรายร่วมกับข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎีจาก วรรณกรรม สามารถถกเถียงกันกรองเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนธรรมนุญ สุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

4.2.3.1 ยืนยันความสำคัญของ "คน" และ "กระบวนการ"

ผลการศึกษาภาคสนามยืนยันตรงกับข้อสรุปในวรรณกรรมว่า ปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จไม่ใช่ทรัพยากร ทางการเงิน แต่คือปัจจัยด้านคนและกระบวนการ ปัจจัยภายในที่สำคัญที่สุดคือ “การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง” และ “ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง” ขณะที่ปัจจัยภายนอกที่สำคัญคือ “การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย” (ตาราง วิเคราะห์ปัจจัย 4 พื้นที่) สิ่งนี้สอดคล้องกับหลักการ 7 ประการของ SROI ที่เริ่มต้นด้วยการมีส่วนร่วมของผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย (Involve Stakeholders) และหลักการของธรรมนุญสุขภาพที่เน้นกระบวนการปรึกษาหารือ บทเรียนจากภาคปฏิบัติจึงยืนยันว่า การลงทุนที่สำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพคือการลงทุนใน “กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม” และ “การพัฒนาผู้นำ” ในพื้นที่

4.2.3.2 ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์: จาก "ผู้จัดการกิจกรรม" สู่ "ผู้จัดการการลงทุนทางสังคม"

จากบทเรียนและช่องว่างที่ค้นพบทั้งหมด ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดคือการปฏิรูป กระบวนทัศน์และบทบาทของคณะทำงานธรรมาภิบาล จากการเป็นเพียง “ผู้จัดการกิจกรรม” (Activity Organizer) ไปสู่การเป็น “ผู้จัดการการลงทุนทางสังคมเชิงสัดส่วนการลงทุน” (Strategic Social Investment Portfolio Manager) ซึ่งต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงใน 4 มิติสำคัญ ได้แก่

- **การบริหารจัดการสัดส่วนการลงทุนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Portfolio Management)** ต้องนำ ข้อมูล SROI มาใช้ “จัดลำดับความสำคัญ” และ “ปรับสมดุล” การลงทุนอย่างต่อเนื่อง ทุ่มทรัพยากร ไปยังกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนสูงและมี Deadweight ต่ำ (เช่น พัฒนา อสม. สนับสนุนจิตอาสา) และ “ลด ละ เลิก” กิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนต่ำและซ้ำซ้อน
- **การมุ่งสร้างคุณค่าเพิ่มเติมที่แท้จริง (Focusing on Additionality)** ต้องเปลี่ยนจากการทำกิจกรรม ตามความคุ้นเคย ไปสู่การออกแบบกิจกรรมบนฐาน “การประเมินสินทรัพย์ชุมชน” (Community Asset Mapping) เพื่อให้ทุกการลงทุนมุ่งอุด “ช่องว่าง” ที่แท้จริง และลดปัญหา Deadweight ให้ได้ มากที่สุด
- **การยกระดับสู่การสร้างสถาบัน (Moving towards Institution Building)** ต้องเปลี่ยนเป้าหมาย จากการจัดกิจกรรมให้สำเร็จเป็นครั้งคราว ไปสู่การสร้าง “กลไกเชิงสถาบัน” ที่ยั่งยืนเพื่อลดปัญหา Drop-off เช่น การผลักดันข้อตกลงในธรรมาภิบาลเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น หรือการจัดตั้งองค์กรชุมชน เพื่อขับเคลื่อนงานต่อ
- **การฝังวัฒนธรรมการตัดสินใจบนฐานข้อมูล (Embedding Data-driven Culture)** ต้องทำให้ การประเมิน SROI (ในรูปแบบที่ง่ายขึ้น) กลายเป็นเครื่องมือ “ประจำ” ของคณะทำงาน ไม่ใช่ กิจกรรมพิเศษของนักวิจัยภายนอก เพื่อสร้างวงจรการเรียนรู้ที่สมบูรณ์และทำให้การขับเคลื่อน ธรรมาภิบาลมีพลวัตและปรับตัวได้ต่อเนื่อง

การอภิปรายผลการศึกษาจากการขับเคลื่อนธรรมาภิบาลใน 4 พื้นที่โดยเทียบกับกรอบ ทฤษฎี สะท้อนความเป็นจริงที่ซับซ้อนของการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ผลการศึกษาค้นพบยืนยันเชิง ประจักษ์แก่หลักการสำคัญหลายประการ ทั้งบทบาทของธรรมาภิบาลในฐานะ “กฎหมายอย่างอ่อน” ที่ทำ หน้าที่เป็น “ผู้ประสานงานของระบบนิเวศ” และความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากฐานราก ขณะเดียวกันก็ เผยให้เห็นช่องว่างและความท้าทายที่สำคัญ โดยเฉพาะปัญหาการลงทุนซ้ำซ้อนที่สะท้อนผ่านค่า Deadweight ที่สูง และวงจรการเรียนรู้จากล่างขึ้นบนที่ยังไม่สมบูรณ์

ข้อค้นพบใหม่ที่สำคัญ เช่น “ข้อถกเถียงเรื่องการลงทุนพัฒนาคน” และ “หลักความใกล้ชิดของ ผลกระทบทางสังคม” เพิ่มมิติความเข้าใจและท้าทายต่อแนวปฏิบัติเดิม ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ที่มุ่งปฏิรูป

บทบาทของคณะทำงานไปสู่ “ผู้จัดการการลงทุนทางสังคม” จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะยกระดับประสิทธิภาพของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ให้สร้างคุณค่าทางสังคมที่แท้จริงและยั่งยืน สมดังเจตนารมณ์ที่ตั้งไว้ในกฎหมายและในชุมชน

4.3 การวิเคราะห์ผลกระทบในมิติอื่น ๆ

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในสี่กรณีศึกษาสะท้อนผลลัพธ์หลักในสี่มิติ คือ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และทุนมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเคราะห์ข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องชี้ชัดว่าผลกระทบที่เกิดจากกระบวนการธรรมนูญสุขภาพมีความกว้างขวางและซับซ้อนกว่านั้นมาก หลายประเด็นไม่สามารถสะท้อนออกมาได้ครบถ้วนผ่านตัวเลข SROI หรืออัตราส่วนผลตอบแทนทางการเงิน แต่กลับเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพมีความหมายและยั่งยืนต่อชุมชน

ส่วนนี้จึงนำเสนอการวิเคราะห์ผลกระทบในมิติอื่นที่มักถูกมองข้าม ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การเรียนรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจครัวเรือน ทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วม และการลงทุนในทุนมนุษย์เชิงยุทธศาสตร์ โดยเชื่อมโยงกับข้อค้นพบจากภาคสนามและคำสะท้อนของผู้ให้ข้อมูล

4.3.1 ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม

หลายพื้นที่ศึกษาดำเนินมาตรการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน เช่น การรณรงค์ลดการเผาในที่โล่ง การจัดการขยะในครัวเรือน และการส่งเสริมสมุนไพรร้องถิ่นเพื่อลดการพึ่งพาสารเคมี ผลลัพธ์ดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ แต่ยังลดต้นทุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในระยะยาวของท้องถิ่นด้วย ประชาชนบางรายกล่าวว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมธรรมนูญสุขภาพ “ครอบครัวหันมาแยกขยะอินทรีย์ทำปุ๋ย และลดการเผาในที่โล่ง” ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพอากาศในหมู่บ้านโดยตรง

ตัวอย่างในกรณีตำบลพระลับ (จ.ขอนแก่น) การมีส่วนร่วมของ อสม. และชาวบ้านนำไปสู่การเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพและผู้สูงอายุและผู้ป่วย รวมถึงการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารเค็มหรือมันเกินไป นอกจากนี้ยังมีการขับเคลื่อนกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การลดการเผาในที่โล่งและการจัดการขยะ กิจกรรมเหล่านี้แม้ไม่ได้นับรวมในค่า SROI แต่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะในระยะยาว

ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมเช่นนี้ แม้ไม่ได้สะท้อนในอัตราส่วน SROI แต่ถือเป็นคุณค่าที่แท้จริงของการพัฒนาเชิงป้องกัน (preventive development) และควรพิจารณาให้เป็นมิติหลักของการประเมินในอนาคต

4.3.2 การเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การสัมภาษณ์สะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่จับต้องได้ในชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น การเลิกบุหรี่ยาลดการดื่มน้ำอัดลม และหันมากินอาหารพื้นบ้าน สิ่งนี้แสดงถึงบทบาทของธรรมนูญสุขภาพในฐานะพื้นที่ปลูกฝังความรู้และสร้างแรงบันดาลใจให้ชุมชนดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ให้สัมภาษณ์คนหนึ่งกล่าวว่า “เมื่อก่อนติดบุหรี่จัดจนตรวจเจอเบาหวาน แต่พอเข้าร่วมเวทีธรรมนูญ รู้สึกว่าไม่อยากให้ตัวเองเป็นภาระ เลยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ”

บทสัมภาษณ์ในตำบลนิคมสงเคราะห์ (จ.อุดรธานี) พบการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยบางรายเลิกบุหรี่ยาลดการดื่มน้ำอัดลม และหันมากินผักพื้นบ้านหรือปลาร้าหมักเองที่ต้มสุก การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าธรรมนูญสุขภาพมีบทบาทมากกว่ากลไกเชิงนโยบาย แต่สามารถสร้างการปรับวิถีชีวิตที่ยั่งยืนได้จริง แม้การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้อาจไม่ถูกนับในเชิงตัวเลข แต่ก็เป็ผลลัพธ์ที่ยืนยันว่าธรรมนูญสุขภาพมีอิทธิพลต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนมากกว่ามาตรการภายนอกใด ๆ

4.3.3 ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจครัวเรือน

นอกจากลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ธรรมนูญสุขภาพยังส่งผลต่อเศรษฐกิจครัวเรือนในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น ลดค่าใช้จ่ายและเวลาเดินทางไปโรงพยาบาลเมื่อมีบริการใกล้บ้าน ลดจำนวนวันลาหยุดงานของสมาชิกครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย และเพิ่มเวลาและโอกาสในการทำกิจกรรมสร้างรายได้

จากการสัมภาษณ์ ชาวบ้านสะท้อนว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและจำนวนครั้งในการไปโรงพยาบาล ประหยัดเวลาของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงลดวันลาหยุดงาน และในบางกรณีเปิดโอกาสให้สร้างอาชีพเสริม ซึ่งส่งผลชัดเจนต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจครัวเรือน ผลลัพธ์เหล่านี้คือคุณค่าที่เพิ่มขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจไม่มีตัวเลขชัดเจน แต่เป็นเหตุผลที่ชาวบ้านรู้สึกว่าการธรรมนูญสุขภาพจับต้องได้

4.3.4 การมีส่วนร่วมและการสร้างทุนทางสังคม

หัวใจของธรรมนูญสุขภาพคือการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ หรือการประเมิน สิ่งนี้ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ (sense of ownership) และเสริมสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น

ข้อมูลจากหลายพื้นที่ เช่น พระลับและเชียงเพ็ง ยืนยันตรงกันว่าหัวใจของธรรมนูญสุขภาพคือ **การมีส่วนร่วมของประชาชน** ที่ไม่ได้จำกัดเพียงการให้ข้อมูล แต่รวมถึงการตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผล

การมีส่วนร่วมเช่นนี้สร้างทุนทางสังคม ทั้งในแง่ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความเข้มแข็งของเครือข่าย และการเชื่อมโยงกับองค์กรภายนอก

ทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นมีทั้งมิติ bonding (ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและชุมชน) bridging (การเชื่อมโยงกับองค์กรท้องถิ่น) และ linking (การประสานกับหน่วยงานภาครัฐ/วิชาการ) สิ่งเหล่านี้ทำให้ธรรมณูสุขภาพมีคุณค่าเกินกว่าจะวัดด้วยตัวเลข SROI เพียงอย่างเดียว

4.3.5 การลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ในทุนมนุษย์และทุนสังคม

การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญชี้ว่าการลงทุนในธรรมณูสุขภาพไม่ได้จำกัดเพียงงบประมาณทางการเงิน แต่รวมถึงการสร้างทุนมนุษย์ (เช่น การฝึกอบรม อสม. และแกนนำ) และการสร้างทุนสังคม (เช่น ความร่วมมือเครือข่าย) ซึ่งเป็นการลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ที่สร้างผลลัพธ์ในระยะยาว

การสังเคราะห์ในบทที่ 3 และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญพบว่า “การลงทุน” ภายใต้ธรรมณูสุขภาพไม่ได้จำกัดเพียงงบประมาณ แต่ครอบคลุมถึง **ทุนมนุษย์** (เช่น อสม. ผู้นำชุมชน) และ **ทุนสังคม** (เช่น ความร่วมมือเครือข่ายในและนอกพื้นที่)

การลงทุนเชิงยุทธศาสตร์เช่นนี้สร้างผลกระทบที่ยั่งยืนต่อศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชน หากมองในเชิง SROI ผลตอบแทนในรูปตัวเลขอาจยังไม่สะท้อนชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติ สิ่งนี้คือการวางรากฐานของระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน

สังเคราะห์เชิงภาพรวม

ผลกระทบในมิติอื่นข้างต้นแสดงให้เห็นว่าธรรมณูสุขภาพคือกลไกที่สร้างคุณค่ามากกว่าที่ตัวเลข SROI จะอธิบายได้ สรุปเป็นข้อสังเกตสำคัญ 3 ประการ ดังนี้:

- **คุณค่าเชิงระบบนิเวศ** ธรรมณูสุขภาพไม่เพียงสร้างผลลัพธ์ต่อบุคคล แต่ยังส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมครัวเรือน และสังคมในภาพรวม
- **ความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง** การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเสริมทุนทางสังคม เป็นตัวขับเคลื่อนที่ยั่งยืนยิ่งกว่ากิจกรรมเชิงโครงการ
- **ช่องว่างของการประเมิน** กรอบ SROI แบบดั้งเดิมยังไม่สามารถสะท้อนมิติที่จับต้องยาก เช่น วัฒนธรรม ความเสมอภาค และทุนสังคม จึงควรพัฒนาเครื่องมือเสริมเพื่อให้การประเมินครอบคลุมมากขึ้น

4.4 บทเรียนและข้อค้นพบจากการใช้เครื่องมือ SROI ในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมธรรมาภิบาล

การนำเครื่องมือประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) มาใช้ศึกษาธรรมาภิบาลพื้นที่ตำบลถือเป็นก้าวสำคัญในการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนทั้งคุณค่าและผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นจริง อย่างไรก็ตาม กระบวนการประเมินในเชิงปฏิบัติยังเผชิญข้อจำกัดและความท้าทายหลายประการ ซึ่งมีผลต่อความแม่นยำ ความน่าเชื่อถือ และการตีความผลลัพธ์ที่ได้

ข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ต้องอาศัยการประมาณการจากข้อมูลทุติยภูมิ ขณะเดียวกัน การจัดเก็บข้อมูลที่ไม่เป็นระบบและขาดการวางแผนล่วงหน้าทำให้ข้อมูลที่ได้มีลักษณะเป็นอัตวิสัยมากกว่าวัตถุวิสัย อีกทั้งกรอบเวลาการดำเนินงานและการติดตามผลยังไม่ชัดเจน จึงทำให้การระบุผลลัพธ์ เช่น Drop-off หรือผลกระทบระยะยาว เป็นไปได้ยาก

ในเชิงเทคนิคยังพบความซับซ้อนในการกำหนด Deadweight และ Attribution ซึ่งขาดเกณฑ์มาตรฐานที่ชัดเจน ตลอดจนการคำนวณต้นทุนที่แท้จริงซึ่งไม่สามารถสะท้อนต้นทุนแอบแฝงได้ครบถ้วน ปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น การโยกย้ายบุคลากรในพื้นที่ ก็ส่งผลกระทบต่อต่อเนื่องของการสนับสนุนงบประมาณและนโยบาย นอกจากนี้ยังมีประเด็นการเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เหมาะสม รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อลดอคติและเพิ่มความน่าเชื่อถือ

การศึกษานี้พบบทเรียนและข้อค้นพบจากการใช้เครื่องมือ SROI ในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมธรรมาภิบาลพื้นที่ ดังนี้

- **ข้อจำกัดด้านข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)** การขาดแคลนข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ อาทิ สถานะสุขภาพของประชากร สภาพแวดล้อมในพื้นที่ ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคม ทำให้การเปรียบเทียบและการประเมินผลลัพธ์ขาดความแม่นยำ เช่น กรณีธรรมาภิบาลโควิด-19 ขาดข้อมูลฐานเรื่องค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลและสถานะสุขภาพก่อนดำเนินโครงการ ทำให้การประเมินผลลัพธ์ “ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโควิด-19” ต้องอาศัยการประมาณการจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ
- **ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ** เนื่องจากขาดการวางแผนการประเมินผลไว้ล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จึงมีลักษณะเป็นอัตวิสัย โดยอาศัยการรับรู้และความรู้สึกเป็นหลัก ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นรูปธรรม เช่น การประเมินผลการพัฒนา IQ ของเด็กอาศัยการรับรู้ของผู้ปกครอง และครุมากกว่าการทดสอบมาตรฐาน จึงขาดความเป็นวัตถุวิสัย

- **ความจำเป็นในการกำหนดกรอบเวลาที่ชัดเจน** การดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพเป็นกระบวนการต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องระบุช่วงเวลาและกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ธรรมนูญโควิด-19 มีระยะเวลาประเมิน พ.ศ. 2563-2565 แต่ไม่ระบุช่วงเวลาเฉพาะของแต่ละกิจกรรม เช่น การอบรม อสม. จัดขึ้นเมื่อใด ใช้เวลานานเท่าใด
- **ความยุ่งยากในการระบุ Drop-off** การขาดระบบจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานทำให้การติดตามและระบุ Drop-off เป็นไปได้ยาก เช่น การอบรม อสม. ด้านการป้องกันโรค ไม่มีการติดตามว่าทักษะที่ได้รับยังคงใช้ได้ผลหลังการระบาดคลี่คลายหรือไม่
- **ความซับซ้อนในการกำหนด Attribution และ Deadweight** ยังขาดกรอบแนวคิดและคำอธิบายที่ชัดเจนในการกำหนดสัดส่วนดังกล่าวอย่างเหมาะสม เช่น การพัฒนา อสม. ตั้ง Deadweight ที่ร้อยละ 70 โดยสันนิษฐานว่าชุมชนมีศักยภาพอยู่แล้ว และตั้ง Attribution ที่ร้อยละ 6-25 แบ่งให้หน่วยงานอื่น โดยไม่มีเกณฑ์ชัดเจนในการกำหนด
- **ความท้าทายในการระบุต้นทุนที่แท้จริง** ด้วยลักษณะโครงการที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ การคำนวณต้นทุนให้ครอบคลุมทุกด้านจึงเป็นเรื่องท้าทาย การมองข้ามต้นทุนแอบแฝง (Hidden Cost) อาจทำให้การคำนวณ SROI สูงเกินความเป็นจริง
- **ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบุคลากร** การโยกย้ายและการเปลี่ยนแปลงบุคลากรในพื้นที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการประเมินผล เช่น การโยกย้ายนายก อบต. หรือหัวหน้า รพ. สต. ระหว่างดำเนินโครงการส่งผลต่อความต่อเนื่องของการสนับสนุนงบประมาณและนโยบาย การเปลี่ยนผู้นำหลักอาจทำให้ต้องเริ่มสร้างความเข้าใจใหม่ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน
- **การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการประเมิน** ผู้ให้ข้อมูลในกระบวนการประเมิน SROI ต้องเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง เพื่อให้การประเมินมีความเที่ยงตรงและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงมากที่สุด การเลือกผู้ให้ข้อมูลผิดกลุ่มเป้าหมายอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สะท้อนผลกระทบที่แท้จริง
- **การตรวจสอบข้อมูลผลการประเมิน** ต้องตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อยืนยันความถูกต้องและลดอคติ เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วยควรตรวจสอบจากทั้ง รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และกรมควบคุมโรค ไม่ใช่อาศัยข้อมูลจากแหล่งเดียว เพราะการใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียวอาจก่อให้เกิดอคติ การตรวจสอบไขว้จากหลายแหล่งช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการประเมิน

ข้อจำกัดและความท้าทายเหล่านี้มิได้เป็นเพียงอุปสรรคเชิงวิธีวิทยา หากแต่เป็นบทเรียนสำคัญที่ช่วยชี้แนวทางพัฒนากระบวนการประเมิน SROI ให้มีความเป็นระบบ เที่ยงตรง และตอบสนองต่อพลวัตของการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. ภาพรวมของผลกระทบที่เกิดขึ้น

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) ของ ธรรมนูญสุขภาพในสี่พื้นที่ที่รณรงค์ศึกษา ได้แก่ ตำบลนิคมสงเคราะห์ จังหวัดอุดรธานี ตำบลพระลับ จังหวัดขอนแก่น ตำบลเชียงเพ็ง จังหวัดยโสธร และตำบลนาโพธิ์กลาง จังหวัดอุบลราชธานี พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่าธรรมนูญสุขภาพมิได้เป็นเพียงเครื่องมือเชิงเอกสาร แต่เป็นกระบวนการที่สร้างผลลัพธ์เชิงบวกต่อสังคมอย่างหลากหลาย ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และทุนมนุษย์ อีกทั้งยังส่งผลต่อมิติอื่นที่มักถูกมองข้าม เช่น สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และการเสริมสร้างศักยภาพการจัดการเงินนโยบายท้องถิ่น

ผลการคำนวณอัตราส่วน SROI ($SROI \text{ Ratio} = \text{มูลค่าผลกระทบสุทธิ} \div \text{เงินลงทุนรวม}$) แสดงชัดว่าทุกพื้นที่ศึกษามีค่า SROI มากกว่า 1 ซึ่งหมายความว่า การลงทุน 1 บาทในกระบวนการธรรมนูญสุขภาพสร้างผลประโยชน์ทางสังคมกลับคืนมากกว่าที่ลงทุนไป

การที่ผลลัพธ์ทุกกรณีชี้ไปในทิศทางเดียวกันเช่นนี้ ยืนยัน “ความคุ้มค่าเชิงผลลัพธ์” ของการดำเนินงาน และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างมั่นใจ

ผลการศึกษารั้ครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้งสองประการ กล่าวคือ การลงทุนในธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ให้ผลตอบแทนทางสังคมเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอในทุกกรณีศึกษา ($SROI \text{ Ratio}$ มากกว่า 1) และกรอบ SROI ให้ความเข้าใจเชิงลึกกว่าการประเมินแบบเดิมที่อาศัยการถอดบทเรียนเชิงคุณภาพเพียงอย่างเดียว เพราะสามารถเปิดเผยกลไกเบื้องหลังความสำเร็จ เช่น บทบาทของ Deadweight และ Attribution ซึ่งการประเมินแบบเดิมไม่อาจแสดงให้เห็นได้

อย่างไรก็ตาม ตัวเลข SROI เพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายความซับซ้อนของผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและเวทีคืนข้อมูลในชุมชนแสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพมิได้เกิดจาก “เงิน” หากแต่เกิดจาก “คน” และ “กระบวนการ” ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้ผลกระทบเชิงตัวเลขเกิดขึ้นจริง

1.1 ผลลัพธ์หลักที่สะท้อนความคุ้มค่าเชิงผลลัพธ์

ผลการคำนวณ SROI ยืนยันว่าโครงการธรรมนูญสุขภาพในทุกพื้นที่สร้างผลประโยชน์ทางสังคมสูงกว่าทุนที่ใช้ลงทุน แยกวิเคราะห์ได้ดังนี้

- **ด้านสุขภาพ** ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลดลงจากการที่ประชาชนเข้าถึงการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านของ อสม. และการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยง
- **ด้านเศรษฐกิจครัวเรือน** ครอบครัวลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล ลดการสูญเสียวันทำงาน และมีเวลาไปประกอบอาชีพมากขึ้น บางพื้นที่ยังเกิดกิจกรรมสร้างรายได้ใหม่ ๆ จากการปลูกพืชผักปลอดสารและการแปรรูปผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- **ด้านสังคมและทุนมนุษย์** การรวมตัวในกระบวนการธรรมนูญช่วยเสริมสร้างความสามัคคีในชุมชน เกิดแกนนำท้องถิ่นและอาสาสมัครที่มีศักยภาพในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง
- **ด้านสิ่งแวดล้อม** กิจกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การลดการเผาในที่โล่ง การจัดการขยะครัวเรือน และการฟื้นฟูสมุนไพรรักษาพื้นบ้าน ช่วยลดต้นทุนการจัดการสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่นในระยะยาว และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมลภาวะ แม้ผลลัพธ์เหล่านี้จะไม่ถูกนับรวมในตัวเลข SROI โดยตรง แต่ถือเป็นคุณค่าสำคัญของการพัฒนาเชิงป้องกันที่เกิดขึ้นควบคู่กับมิติอื่น

เมื่อรวมผลลัพธ์เหล่านี้แล้ว จึงได้ค่า SROI มากกว่า 1 อย่างต่อเนื่องในทั้งสี่พื้นที่ ยืนยันว่าการลงทุนในธรรมนูญสุขภาพคุ้มค่าและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่จับต้องได้จริง

1.2 คน ในฐานะหัวใจของความสำเร็จ

การสังเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จพบว่า **พลังของคนในพื้นที่** คือกลไกที่ทำให้กิจกรรมธรรมนูญสุขภาพขับเคลื่อนได้อย่างแท้จริง ไม่ว่าจะเป็น อสม. แกนนำชุมชน หรือประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรม สิ่งเหล่านี้สร้างแรงขับเคลื่อนที่เงินทุนไม่สามารถทดแทนได้

อสม. ทำหน้าที่เป็น “สะพานเชื่อม” ระหว่างระบบสุขภาพทางการกับชีวิตประจำวันของคนในชุมชน พวกเขาไม่เพียงถ่ายทอดความรู้ แต่ยังเฝ้าระวังและให้กำลังใจแก่เพื่อนบ้าน ทำให้มาตรการด้านสุขภาพถูกนำไปปฏิบัติจริง ตัวอย่างเช่น ในตำบลนิคมสงเคราะห์ ชาวบ้านบางคนเลิกบุหรี่ได้จากคำแนะนำและแรงสนับสนุนของ อสม.

บทบาทของ “คน” ยังรวมถึงผู้นำท้องถิ่นและจิตอาสาที่ร่วมกันสร้างกิจกรรมและกลไกใหม่ เช่น การจัดเวทีประชาคม การรณรงค์สิ่งแวดล้อม และการฟื้นฟูสมุนไพรรักษาพื้นบ้าน ผลลัพธ์เช่นนี้สะท้อนว่าความเข้มแข็งของคนในพื้นที่มีส่วนโดยตรงต่อความสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพ

1.3 “กระบวนการ” ที่สร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ

นอกจากตัวบุคคลแล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมคืออีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ธรรมนูญสุขภาพมีผลลัพธ์จริง การจัดเวทีพูดคุย เวทีเก็บข้อมูล และโดยเฉพาะ “เวทีคืนข้อมูล” ทำให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดและตรวจสอบทิศทางการพัฒนา

กระบวนการมีส่วนร่วมไม่เพียงสร้างข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แต่ยังเสริมสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ (sense of ownership) ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสนับสนุนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างจากตำบลพระลับพบว่าชาวบ้านภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการวางมาตรการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

กล่าวได้ว่า “กระบวนการ” มีใช้เพียงขั้นตอนในการเก็บข้อมูลหรือสร้างเอกสาร แต่เป็นกลไกที่สร้างพลังทางสังคม และทำให้ผลลัพธ์เชิงตัวเลขของ SROI เกิดขึ้นจริง

1.4 ความหมายของผลลัพธ์เชิงบวก

การที่ธรรมนูญสุขภาพสร้างผลตอบแทนเชิงบวก ($SROI > 1$) มีความหมายเชิงนโยบายและเชิงวิชาการในหลายมิติ ดังนี้

- **เชิงนโยบาย** เป็นหลักฐานที่ใช้ยืนยันความคุ้มค่าของการลงทุนภาครัฐและท้องถิ่น ทำให้การสนับสนุนงบประมาณและการบูรณาการเข้าสู่แผนพัฒนามีความชอบธรรมมากขึ้น
- **เชิงสังคม** ชุมชนตระหนักว่าการร่วมแรงร่วมใจสามารถสร้างผลลัพธ์จริง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการทำงานต่อเนื่อง
- **เชิงวิชาการ** ยืนยันว่ากรอบ SROI สามารถประยุกต์ใช้ในบริบทของธรรมนูญสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในขณะเดียวกันก็เผยให้เห็นข้อจำกัดที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม

1.5 ข้อสังเกตเชิงสังเคราะห์

การสังเคราะห์ภาพรวมของผลกระทบที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นประเด็นสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

- **SROI เป็นตัวชี้วัดความคุ้มค่าเชิงผลลัพธ์ที่จับต้องได้** ตัวเลข SROI ที่มากกว่า 1 ในทุกพื้นที่ยืนยันเชิงประจักษ์ว่าการลงทุนในธรรมนูญสุขภาพไม่สูญเปล่า แต่ก่อให้เกิดผลตอบแทนกลับคืนแก่สังคม
- **“คน” และ “กระบวนการ” คือรากฐานของความสำเร็จ** ความเข้มแข็งของบุคคลและความร่วมมือในกระบวนการคือเงื่อนไขหลักที่ทำให้ผลลัพธ์เกิดขึ้นจริง มากกว่าปัจจัยเชิงเงินทุน

- **ผลกระทบมีความซับซ้อนเกินกว่าตัวเลข** แม้อัตราส่วน SROI จะสะท้อนความคุ้มค่าเชิงตัวเลข แต่คุณค่าที่แท้จริงยังรวมถึงสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความเสมอภาค และทุนสังคม ซึ่งต้องการการวิเคราะห์เพิ่มเติมในอนาคต

ภาพรวมของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าธรรมณูสุขภาพเป็นการลงทุนที่สร้างผลตอบแทนทางสังคมเชิงบวกอย่างชัดเจน ทั้งในเชิงตัวเลขและเชิงคุณภาพ ค่า SROI ที่มากกว่า 1 ในทุกพื้นที่คือเครื่องยืนยันความคุ้มค่าเชิงเศรษฐกิจและสังคม ขณะที่การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตอกย้ำว่าหัวใจของความสำเร็จอยู่ที่ “คน” และ “กระบวนการ” ซึ่งทำให้ธรรมณูสุขภาพมิใช่เพียงเอกสารเชิงนโยบาย แต่เป็นเครื่องมือสร้างการเปลี่ยนแปลงที่จับต้องได้ในชีวิตจริงของประชาชน

2. การเปรียบเทียบบริบทพื้นที่: เมือง vs ชนบท และทรัพยากรเริ่มต้น

การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เมืองและชนบทในสี่กรณีศึกษาของธรรมณูสุขภาพแสดงให้เห็นความแตกต่างเชิงโครงสร้างที่ส่งผลโดยตรงต่อ “รูปแบบของกิจกรรม” และ “พอร์ตโฟลิโอของผลลัพธ์” ที่เกิดขึ้น การทำความเข้าใจมิติความต่างเหล่านี้มีความสำคัญ เพราะธรรมณูสุขภาพเป็นเครื่องมือที่ออกแบบให้ยืดหยุ่นตามบริบท หากละเลยความแตกต่างดังกล่าว อาจทำให้การประเมินผลหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายขาดความแม่นยำ

2.1 ลักษณะบริบทของพื้นที่เมือง

ในกรณีตำบลนิคมสงเคราะห์ (อุดรธานี) และตำบลพระลับ (ขอนแก่น) ซึ่งตั้งอยู่ในอำเภอเมือง บริบทมีลักษณะดังนี้

- **ทรัพยากรเริ่มต้น** พื้นที่เมืองมีโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขเข้มแข็งกว่า เช่น มีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัดอยู่ในรัศมีใกล้เคียง ทำให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกและรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานรัฐและองค์กรท้องถิ่นที่มีงบประมาณและบุคลากรพร้อมสนับสนุนการดำเนินงาน
- **ทุนมนุษย์และทุนสังคม** เมืองมีบุคลากรสาธารณสุขมืออาชีพจำนวนมาก เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งเข้ามาหนุนเสริมกระบวนการได้ แต่ในอีกด้านหนึ่ง ความสัมพันธ์ในชุมชนเมืองมักหลวมกว่า ทำให้การระดมพลังจิตอาสาไม่ต่อเนื่องเท่าชนบท
- **รูปแบบกิจกรรม** ธรรมณูสุขภาพในเมืองมักเน้นกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพทางการ เช่น การป้องกันโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ความดัน) การจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน และการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านอาหารและบุหรื

ตัวอย่างที่สะท้อนภาพนี้คือ ชุมชนในพระลัับเน้นจัดโครงการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงร่วมกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งมีทรัพยากรและองค์ความรู้พร้อม ขณะที่นิคมสงเคราะห์ชูเรื่องการปรับปรุงภูมิทัศน์สภาพ เช่น เลิกบุหรี ลดน้ำอัดลม และหันมากินผักพื้นบ้าน

2.2 ลักษณะบริบทของพื้นที่ชนบท

ตำบลเชียงเพ็ง (ยโสธร) และตำบลนาโพธิ์กลาง (อุบลราชธานี) เป็นตัวแทนพื้นที่ชนบทที่สะท้อนเงื่อนไขต่างออกไป

- **ทรัพยากรเริ่มต้น** พื้นที่ชนบทขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขระดับสูง โรงพยาบาลมักอยู่ห่างไกล และงบประมาณจากท้องถิ่นมีจำกัด การพึ่งพาหน่วยงานสนับสนุนภายนอก (เช่น สข. หรือโครงการพิเศษ) จึงมีความสำคัญมาก
- **ทุนมนุษย์และทุนสังคม** แม้บุคลากรมีอาสาสมัครน้อย แต่ความสัมพันธ์ในชุมชนชนบทแน่นแฟ้นกว่า มีเครือข่ายและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เข้มแข็ง จึงระดมพลังจิตอาสาได้อย่างกว้างขวาง
- **รูปแบบกิจกรรม** ธรรมเนียมสุขภาพในชนบทมักเน้นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เช่น การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การลดการเผาในไร่นา และการจัดการขยะครัวเรือน

ตัวอย่างคือ ตำบลเชียงเพ็งจัดทำธรรมนูญสุขภาพที่เน้นการพึ่งพาทุนทางธรรมชาติและภูมิปัญญาชุมชน เช่น การใช้พืชสมุนไพรแทนยาปฏิชีวนะเบื้องต้น ขณะที่ตำบลนาโพธิ์กลางขับเคลื่อนประเด็นสิ่งแวดล้อม เช่น การลดการเผาอ้อยและการสร้าง “ศูนย์เรียนรู้ Zero Waste”

2.3 ความต่างเชิงโครงสร้าง: เมือง vs ชนบท

เมื่อนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบ พบความแตกต่างชัดเจนในสามมิติหลัก ดังนี้

ทิศทางการลงทุน

- **เมือง:** การลงทุนโน้มเอียงไปที่การเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับจังหวัดและการใช้บุคลากรมืออาชีพ
- **ชนบท:** การลงทุนมุ่งเสริมพลัง อสม. และเครือข่ายชุมชน โดยใช้ทุนวัฒนธรรมและทุนสิ่งแวดล้อมเป็นฐาน

รูปแบบกิจกรรม

- เมือง: กิจกรรมมีลักษณะ “ตอบโจทย์เชิงระบบ” เช่น ลดภาระโรค NCDs พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการกับโรงพยาบาล
- ชนบท: กิจกรรมมีลักษณะ “ตอบโจทย์วิถีชีวิต” เช่น การลดการเผา การฟื้นฟูสมุนไพร การจัดการอาหารพื้นบ้าน

ผลลัพธ์เชิงพอร์ตโฟลิโอ

- เมือง: พอร์ตโฟลิโอผลลัพธ์โน้มไปว่าการลดค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนและการเสริมระบบบริการสุขภาพ
- ชนบท: พอร์ตโฟลิโอผลลัพธ์ขยายไปสู่สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม เช่น คุณภาพอากาศที่ดีขึ้น ความเข้มแข็งของชุมชน และการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น

2.4 บทเรียนจากการเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เมืองและชนบทชี้ให้เห็นว่าทรัพยากรเริ่มต้นมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดทิศทางของธรรมนูญสุขภาพ แต่ไม่ใช่ตัวแปรเดียวที่กำหนดความสำเร็จ

เมืองมีทรัพยากรบุคลากรและงบประมาณมากกว่า แต่ความสัมพันธ์ทางสังคมที่หลวมอาจทำให้การระดมพลังชุมชนไม่ต่อเนื่อง ชนบทมีทรัพยากรจำกัด แต่กลับสร้างผลกระทบได้กว้างขวางผ่านทุนสังคมและวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง สะท้อนข้อเท็จจริงว่า “ความสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพไม่ได้เกิดจากเงินลงทุนเพียงอย่างเดียว หากแต่อยู่ที่การจัดวางกลยุทธ์การใช้ทุนมนุษย์และทุนสังคมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่”

5. สรุปเชิงวิเคราะห์

ภาพรวมจากการศึกษาเปรียบเทียบบริบทเมืองและชนบทแสดงให้เห็นบทเรียนสำคัญ ดังนี้

- **ความยืดหยุ่นของเครื่องมือ** ธรรมนูญสุขภาพทำงานได้ทั้งในเมืองและชนบท แต่ต้องออกแบบกิจกรรมให้เหมาะกับทุนที่มี
- **การลงทุนเชิงยุทธศาสตร์** เมืองควรมุ่งเสริม “การบูรณาการกับระบบสุขภาพ” ส่วนชนบทควรมุ่งเสริม “ทุนชุมชนและสิ่งแวดล้อม”
- **ข้อเสนอเชิงนโยบาย** การสนับสนุนในอนาคตควรพิจารณา “ความแตกต่างของบริบท” เป็นตัวกำหนด ไม่ใช่ใช้แนวทางเดียวกันในทุกพื้นที่

3. ข้อค้นพบเชิงทฤษฎี

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ของธรรมนูญสุขภาพในสัณฐานศึกษามีได้เพียงยืนยันว่าธรรมนูญสุขภาพสร้างผลลัพธ์เชิงบวก แต่ยังเผยให้เห็น “ข้อค้นพบเชิงทฤษฎี” ที่สะท้อนพลวัตซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสุขภาพในระดับพื้นที่ ข้อค้นพบเหล่านี้ช่วยเปิดมุมมองใหม่ต่อบทบาทของธรรมนูญสุขภาพในฐานะเครื่องมือพัฒนาสุขภาวะ สังเคราะห์ได้เป็นสามประเด็นสำคัญ คือ คุณค่าที่ซ้อนทับกัน (Overlapping Value Phenomenon) ข้อย้อนแย้งเรื่องการลงทุนพัฒนาคน (Paradox of Human Capital Development) และหลักความใกล้ชิดของผลกระทบทางสังคม (The Proximity Principle of Social Impact)

3.1 คุณค่าที่ซ้อนทับกัน (Overlapping Value Phenomenon)

ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นเมื่อการประเมินพบว่าค่า Deadweight (ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอยู่แล้วแต่ไม่มีโครงการ) และ Attribution (ผลลัพธ์ที่ต้องแบ่งให้ผู้มีส่วนร่วมอื่น) มีสัดส่วนสูงกว่าที่คาด ธรรมนูญสุขภาพจึงมิใช่ “ผู้สร้างคุณค่าใหม่โดยตรง” (Prime Mover) แต่ทำหน้าที่เป็น “ตัวเร่งและผู้ประสานงานของระบบนิเวศ” (Ecosystem Catalyst and Coordinator) กล่าวคือ คุณค่าหลักที่เกิดขึ้นในพื้นที่จำนวนมากเป็นผลจากการเสริมแรง เชื่อมโยง และจัดระเบียบพลังที่มีอยู่เดิม

ในตำบลพระลับและนิคมสงเคราะห์ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เช่น การเลิกบุหรี่และการลดการบริโภคน้ำอัดลม พบว่ามีส่วนที่เป็น Deadweight สูง เพราะประชาชนบางส่วนมีแนวโน้มจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากปัจจัยอื่นอยู่แล้ว เช่น ความรู้ที่ได้จากโรงพยาบาลจังหวัดหรือการรณรงค์สาธารณะ แต่ธรรมนูญสุขภาพเข้ามาช่วยให้การเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดเร็วขึ้นและมั่นคงขึ้น

ขณะเดียวกัน ค่า Attribution ก็สูงเช่นกัน เพราะหลายกิจกรรมเกิดจากการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น รพ.สต. สปสช. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงต้องแบ่งเครดิตผลลัพธ์ออกไป แต่สิ่งนี้ไม่ได้ลดคุณค่าของธรรมนูญสุขภาพ ตรงกันข้าม กลับยืนยันว่าบทบาทหลักของธรรมนูญคือการเชื่อมโยงและบูรณาการ ไม่ใช่การสร้างผลลัพธ์อย่างโดดเดี่ยว

สิ่งนี้สะท้อนว่าไม่ควรมองธรรมนูญสุขภาพเป็น “โครงการ” แต่ควรมองเป็น “โครงสร้างเชิงนิเวศ” ที่รวมพลังงานทางสังคมที่กระจัดกระจายให้กลายเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีทิศทางเดียวกัน

3.2 ข้อย้อนแย้งเรื่องการลงทุนพัฒนาคน (Paradox of Human Capital Development)

ข้อค้นพบนี้เกิดขึ้นเมื่อการลงทุนในบุคลากรมีอาชีพ เช่น แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ กลับให้ผลตอบแทนเชิงสังคมต่ำกว่าการลงทุนในบุคลากรระดับชุมชน เช่น อสม. แกนนำ หรือจิตอาสา นี่คือ “ความย้อนแย้ง” เพราะโดยสามัญสำนึกมักคิดว่าบุคลากรมีอาชีพที่มีทักษะสูงจะสร้างผลลัพธ์ได้มากกว่า

ในตำบลเชียงเพ็งและนาโพธิ์กลาง การลงทุนอบรมและเสริมศักยภาพ อสม. ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต่อเนื่องและแพร่กระจาย เพราะ อสม. เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับชุมชน เข้าใจวิถีชีวิตและวัฒนธรรม จึงสื่อสารและกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริง ในทางกลับกัน กิจกรรมที่พึ่งพาผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก แม้มีความรู้ลึกซึ้ง แต่กลับไม่สร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืน เพราะไม่สามารถเกาะเกี่ยวกับวิถีชีวิตประจำวันของคนในพื้นที่

ตัวอย่างเช่น ในโครงการอบรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พระลับ การบรรยายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญช่วยเพิ่มความรู้ แต่สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริงคือการติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องของ อสม. สิ่งนี้ยืนยันว่าการลงทุนเชิงทุนมนุษย์ที่คุ้มค่าที่สุดคือการลงทุนในระดับชุมชน

ข้อค้นพบนี้ท้าทายแนวคิดดั้งเดิมที่ว่าทุนมนุษย์ต้องหมายถึงความรู้เชิงวิชาชีพระดับสูง ตรงกันข้าม การพัฒนาสุขภาวะชุมชนต้องอาศัยทุนมนุษย์ที่ฝังตัวอยู่ในชีวิตประจำวันของชาวบ้านจึงจะสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนได้

3.3 หลักความใกล้ชิดของผลกระทบทางสังคม (Proximity Principle of Social Impact)

หลักการนี้อธิบายว่าผลลัพธ์ที่ยั่งยืนที่สุดมักเกิดจากกิจกรรมที่ชุมชนริเริ่มและขับเคลื่อนเอง ความใกล้ชิดทั้งทางภูมิศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม ทำให้กิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับชีวิตจริงมากกว่า จึงสร้างผลกระทบที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง

ในนาโพธิ์กลาง กิจกรรมการจัดการขยะและการลดการเผาอ้อยเกิดจากการประชุมของชาวบ้านเอง ไม่ใช่คำสั่งจากหน่วยงานภายนอก ผลที่ได้คือการปฏิบัติที่ต่อเนื่องแม้โครงการสนับสนุนจะสิ้นสุดไปแล้ว ในเชียงเพ็ง การใช้สมุนไพรและอาหารพื้นบ้านเป็นผลจากการรื้อฟื้นภูมิปัญญาท้องถิ่น จึงถูกนำไปใช้จริงในครัวเรือนอย่างแพร่หลาย

ตรงกันข้าม กิจกรรมที่ริเริ่มจากหน่วยงานภายนอก เช่น การนำโครงการตรวจสุขภาพเชิงลึกเข้ามา แม้มีประโยชน์ในระยะสั้น แต่เมื่อสิ้นสุดการสนับสนุนก็ไม่ถูกสานต่อ สิ่งนี้ยืนยันว่ากิจกรรมที่มี “ความใกล้ชิด” มากกว่าจะมีอัตราการหย่อนร้างสูงกว่าและมี Drop-off ต่ำกว่าในระยะยาว

หลักการแห่งความใกล้ชิดทำให้เห็นว่าความสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพไม่ได้ขึ้นกับขนาดงบประมาณหรือความซับซ้อนของโครงการ แต่อยู่ที่ระดับการมีส่วนร่วมและการเป็นเจ้าของของชุมชน หากชุมชนเป็นเจ้าของจริง กิจกรรมจะดำรงอยู่ได้แม้ไม่มีการสนับสนุนจากภายนอก

3.4 การสังเคราะห์ภาพรวม

เมื่อพิจารณาทั้งสามข้อค้นพบร่วมกัน จะเห็นภาพดังนี้

- **คุณค่าที่ซ้อนทับกัน (Overlapping Value Phenomenon)** เชื่อว่าธรรมนูญสุขภาพไม่ใช่ผู้สร้างคุณค่าใหม่ แต่เป็นตัวเร่งและผู้ประสานที่ทำให้คุณค่าเดิมเกิดประสิทธิผล
- **ข้อย้อนแย้งเรื่องการลงทุนพัฒนาคน (Paradox of Human Capital Development)** เชื่อว่าการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดไม่ใช่การทุ่มทรัพยากรไปที่ผู้เชี่ยวชาญ แต่คือการเสริมพลังคนในชุมชน
- **หลักความใกล้ชิดของผลกระทบทางสังคม (The Proximity Principle of Social Impact)** ยืนยันว่าผลลัพธ์ที่ยั่งยืนเกิดจากความใกล้ชิดของกิจกรรมและการมีส่วนร่วมโดยตรงของชุมชน

ข้อค้นพบทั้งสามจึงทำให้มองธรรมนูญสุขภาพไม่ใช่เพียงเครื่องมือเชิงกระบวนการ แต่เป็น “กลไกเชิงระบบนิเวศ” (ecosystem mechanism) ที่มีบทบาทจัดระเบียบพลังทางสังคมและสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

3.5 นโยบายและวิชาการ

เชิงนโยบาย

- การสนับสนุนธรรมนูญสุขภาพควรเน้นที่การสร้างกลไกบูรณาการ มากกว่าการมุ่งให้เครดิตหรือผลลัพธ์เฉพาะกิจกรรม
- ควรจัดสรรงบประมาณไปยังการพัฒนาศักยภาพ อสม. และแกนนำชุมชน มากกว่าการลงทุนเชิงโครงสร้างที่ไม่ต่อเนื่อง
- การออกแบบนโยบายควรให้พื้นที่และความยืดหยุ่นแก่ชุมชนในการริเริ่มกิจกรรมเอง

เชิงวิชาการ

- ข้อค้นพบนี้ช่วยต่อยอดทฤษฎี SROI ให้เห็นข้อจำกัดของการตีมูลค่าที่เน้นผลลัพธ์เชิงตัวเลขเพียงอย่างเดียว
- เสนอให้พัฒนารอบประเมินที่สะท้อน “คุณค่าที่ซ้อนทับ” และ “คุณค่าทางสังคมที่ไม่สามารถตีราคาได้”
- ยืนยันความสำคัญของการใช้วิธีการแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ที่รวมการคำนวณเชิงตัวเลขกับการสะท้อนเชิงคุณภาพของชุมชน

ข้อค้นพบเชิงทฤษฎีทำให้เข้าใจว่าธรรมนูญสุขภาพไม่ใช่เครื่องมือที่สร้างคุณค่าโดยตรงอย่างโดดเดี่ยว แต่เป็นกลไกทางสังคมที่ซ้อนทับ เชื่อมโยง และเสริมพลัง ความสำเร็จมิได้มาจากการทุ่มงบประมาณหรือการใช้ผู้เชี่ยวชาญเพียงอย่างเดียว หากแต่อยู่ที่การเสริมพลังคนในชุมชนและการสร้างกิจกรรมที่ใกล้ชิดกับชีวิตจริง

ดังนั้น หากจะผลักดันธรรมณูสุภาพให้เป็นกลไกเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องออกแบบทั้งกระบวนการสนับสนุนและการประเมินผล โดยคำนึงถึงคุณค่าที่ซ่อนทับ ความคุ้มค่าของทุนมนุษย์ระดับชุมชน และความใกล้ชิดของผลกระทบอย่างรอบด้าน

4. ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการตีความผลการวิจัย ดังนี้

ประการแรก การศึกษาครอบคลุมกรณีศึกษาเพียง 4 พื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังธรรมณูสุภาพพื้นที่ในภูมิภาคอื่นที่มีบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมแตกต่างออกไปได้ทั้งหมด

ประการที่สอง ข้อมูลบางส่วนที่ใช้ในการคำนวณตัวแทนมูลค่าทางการเงิน (Financial Proxy) และการปรับค่าผลกระทบต้องอาศัยการประมาณการจากข้อมูลทุติยภูมิและการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากพื้นที่ศึกษาไม่มีการเก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ ความแม่นยำของตัวเลข SROI ในบางกิจกรรมจึงอาจมีความคลาดเคลื่อนอยู่บ้าง

ประการที่สาม การกำหนดสัดส่วน Deadweight และ Attribution ในบางกิจกรรมอาศัยดุลยพินิจของผู้วิจัยร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เนื่องจากยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่เป็นสากลสำหรับบริบทของธรรมณูสุภาพพื้นที่ไทยโดยเฉพาะ

ประการที่สี่ การศึกษานี้ประเมินผลกระทบ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional) จึงยังไม่สามารถยืนยันแนวโน้มของ Drop-off ในระยะยาวได้อย่างสมบูรณ์

5. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อยอด

จากข้อจำกัดข้างต้น การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาแนวทางต่อไปนี้

- ขยายขอบเขตการศึกษาไปยังธรรมณูสุภาพพื้นที่ในภูมิภาคอื่น เพื่อเปรียบเทียบว่าปัจจัยความสำเร็จและรูปแบบผลกระทบที่ค้นพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะเฉพาะภูมิภาคหรือเป็นรูปแบบร่วมในระดับประเทศ
- พัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ของพื้นที่ก่อนเริ่มกิจกรรมธรรมณูสุภาพ เพื่อให้การคำนวณ SROI ในรอบถัดไปมีความแม่นยำมากขึ้น และลดการพึ่งพาการประมาณการจากข้อมูลทุติยภูมิ

- ศึกษาติดตามผลระยะยาว (longitudinal study) เพื่อตรวจสอบค่า Drop-off ของกิจกรรมแต่ละประเภทอย่างเป็นระบบ แทนการอนุมานจากลักษณะกิจกรรมเพียงอย่างเดียว
- พัฒนาเครื่องมือหรือตัวชี้วัดเสริมที่สามารถตีมูลค่ามิติที่จับต้องยาก เช่น ทุนทางสังคม วัฒนธรรม และความเสมอภาค ให้สอดคล้องกับกรอบ SROI มากขึ้น เพื่อให้การประเมินสะท้อนคุณค่าที่แท้จริงของธรรมณูสุภาพได้ครบถ้วนยิ่งขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และหน่วยงานระดับชาติ

- ปฏิรูปแนวทางการจัดสรรทรัพยากรจาก “กระจาย” เป็น “เชิงยุทธศาสตร์” ปัจจุบันการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรด้านสุขภาพในพื้นที่มีลักษณะกระจายหลายโครงการดำเนินไปแบบขนานกัน ขาดการเชื่อมโยง และบางครั้งซ้ำซ้อน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรต่ำ ข้อเสนอเชิงนโยบายจึงควรมุ่งปรับแนวทางสู่การจัดสรรเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Investment) โดยเน้นการลงทุนในกิจกรรมที่มี Additionality สูง หรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดคุณค่าเพิ่มจริง (ไม่ใช่สิ่งที่จะเกิดขึ้นอยู่แล้ว) เช่น การสร้างศักยภาพ อสม. หรือการพัฒนากลไกชุมชนจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งงานวิจัยนี้ชี้ว่าให้ผลตอบแทนทางสังคมสูงกว่าการดำเนินงานเชิงกิจกรรมแบบกระจาย
- ผลักดันให้ธรรมณูสุภาพกลายเป็น “เครื่องมือเชิงนโยบาย” มากกว่าเครื่องมือเชิงกระบวนการ ในหลายพื้นที่ ธรรมณูสุภาพถูกมองว่าเป็นเพียงกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเอกสารฉบับหนึ่ง แต่ผลการศึกษาชี้ยืนยันว่าธรรมณูสุภาพทำหน้าที่เสมือน Policy Instrument ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศได้ ข้อเสนอคือควรรับรองและบรรจุธรรมณูสุภาพเข้าไปในกลไกทางการเมืองและแผนงานราชการท้องถิ่น เพื่อให้ธรรมณูไม่หยุดอยู่แค่เวทีชุมชน แต่ถูกใช้เป็นฐานในการจัดสรรงบประมาณและนโยบายอย่างเป็นทางการ
- บูรณาการธรรมณูสุภาพเข้ากับยุทธศาสตร์ชาติและนโยบายท้องถิ่น ควรออกแบบธรรมณูสุภาพให้เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาท้องถิ่นของ อบต./เทศบาล เพื่อให้การขับเคลื่อนมีความยั่งยืนและต่อเนื่อง หน่วยงานระดับชาติจึงควรกำหนดแนวทางและกลไกสนับสนุนการบูรณาการ เช่น การให้กรอบนโยบายกลาง การพัฒนาตัวชี้วัดร่วม และการสร้างระบบติดตามผลที่เชื่อมโยงระหว่างพื้นที่กับส่วนกลาง

ต่อหน่วยงานสนับสนุนและภาคีเครือข่าย

- ใช้ผลการศึกษานี้เป็นกรณีอ้างอิงในการสนับสนุนพื้นที่อื่น งานวิจัย SROI ครั้งนี้สร้างองค์ความรู้ใหม่ทั้งเชิงตัวเลขและเชิงทฤษฎีที่ยืนยันว่าธรรมณูสุภาพสร้างผลตอบแทนเชิงสังคมได้จริง หน่วยงาน

สนับสนุน เช่น สสส. สปสช. มูลนิธิภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายวิชาการ จึงควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็น Case Reference สำหรับการสนับสนุนพื้นที่ใหม่ ช่วยให้การออกแบบและวางแผนโครงการในอนาคตมีหลักฐานรองรับและเพิ่มความน่าเชื่อถือ

- **สนับสนุนงบประมาณและกลไกสถาบันที่เอื้อต่อการต่อยอด** การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยโครงสร้างสนับสนุนเชิงสถาบัน (Institutional Support) เช่น งบประมาณที่ต่อเนื่อง กลไกติดตามและประเมินผลที่เป็นมาตรฐาน และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ หากปราศจากกลไกเหล่านี้ การดำเนินงานมีแนวโน้มจะชะงักงันเมื่อผู้นำเปลี่ยนหรือโครงการสิ้นสุด ดังนั้น ภาคีเครือข่ายควรร่วมมือกันพัฒนาแพลตฟอร์มสนับสนุนถาวร ที่ช่วยให้ธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ ขยายผลและสร้างความยั่งยืนได้จริง

5.4 บทเรียนสำคัญ

การศึกษาธรรมนูญสุขภาพทั้งสี่กรณีพบว่า “ความสำเร็จ” ของการขับเคลื่อนมิได้ขึ้นอยู่กับการมีเอกสารธรรมนูญเป็นผลลัพธ์สุดท้าย หากแต่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องและจริงจัง กระบวนการดังกล่าวทำให้ประชาชนและภาคีที่เกี่ยวข้องรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม ร่วมกันกำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไข ตลอดจนตรวจสอบการดำเนินงาน การมีเวทีพูดคุย เวทีเก็บข้อมูล และโดยเฉพาะ “เวทีคืนข้อมูล” คือหัวใจที่ทำให้ธรรมนูญสุขภาพไม่เป็นเพียงเครื่องมือเชิงสัญลักษณ์ แต่เป็นเวทีสร้างพลังทางสังคมที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง

อีกบทเรียนหนึ่งคือ การลงทุนที่มีคุณค่ามากที่สุดมิใช่การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานหรือการจ้างผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก แต่คือการลงทุนในทุนมนุษย์ระดับชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำท้องถิ่น รวมถึงการลงทุนในทุนสังคม เช่น ความไว้วางใจ ความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ และเครือข่ายภาคประชาชน การลงทุนเช่นนี้ไม่เพียงสร้างผลลัพธ์เชิงสุขภาพโดยตรง แต่ยังสร้างความเข้มแข็งให้ระบบนิเวศทางสังคมในพื้นที่ ทำให้รับมือกับปัญหาใหม่ ๆ ได้อย่างยืดหยุ่น

นอกจากนี้ การสะท้อนผลการประเมินกลับสู่ชุมชนถือเป็นอีกเงื่อนไขสำคัญที่ช่วยเสริมความยั่งยืน กระบวนการคืนข้อมูลทำให้ประชาชนเห็นภาพชัดเจนว่าการลงทุนและการมีส่วนร่วมของตนได้สร้างคุณค่าอย่างไร ทั้งในรูปตัวเลข SROI และในรูปประสบการณ์ชีวิตจริง สิ่งนี้ไม่เพียงสร้างแรงจูงใจ แต่ยังก่อให้เกิด “การเรียนรู้ร่วม” (collective learning) ที่ชุมชนนำไปปรับใช้ในกิจกรรมต่อไปได้ กระบวนการเรียนรู้เช่นนี้คือรากฐานของการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ไม่หยุดอยู่กับที่

โดยสรุป บทเรียนสำคัญที่ได้จากการประเมินชี้ว่าความสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพอยู่ที่การเสริมพลัง
คนและกระบวนการ มากกว่าการสร้างเอกสารทางการ และหัวใจของความยั่งยืนคือการทำให้ชุมชนมีพลังใน
การเรียนรู้และจัดการตนเองผ่านการลงทุนในทุนมนุษย์และทุนสังคมอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กนิษฐา แยมโพธิ์ชัย. (2564). การพัฒนาธรรมเนียมชุมชนด้านสุขภาวะผู้สูงอายุในตำบลตลาดใหม่ อำเภอวิเศษ ชัยขาม จังหวัดอำนาจทอง. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 14(4) 68–83
- กรมการพัฒนาชุมชน. (2567). *โครงการพัฒนาผู้นำชุมชน*. กรุงเทพฯ: กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2567). *แผนพัฒนาบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
- กระทรวงแรงงาน. (2563). *อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ*. <https://www.mol.go.th/>
- กฤษณะ โชติรัตนกมล. (2567). *การประเมินผลกระทบและผลตอบแทนทางสังคมของโครงการพัฒนาเขตนําร่องการจัดการขยะมูลฝอยที่ต้นทางอย่างยั่งยืนในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาเขตปทุมวัน เขตปญาไท และเขตหนองแขม*. สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองบริหารการสาธารณสุข. (2564). *แผนพัฒนาบุคลากรกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30714>
- การศึกษาเส้นทางผลกระทบทางสังคมของธนาคารจิตอาสา. (2563). สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กำพล เศรษฐสุข และ พงศ์เทพ สุธีรัฐ. (2561). รูปแบบการประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อประเมินธรรมนูญสุขภาพตำบลกรณีศึกษา ตำบลชะแล อำเภอสว่างนคร จังหวัดสงขลา. *วารสาร AL-NURบัณฑิตวิทยาลัย*. 13(24) 65-78
- กิตติ เหลาสภาพ และคณะ (2564) การพัฒนามาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*. 4(1) 57-66
- เกศกุล สระกวี, เศรษฐภูมิ บัวทอง, บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ, และนุริมะห์ ลูติง. 2565. *โครงการจ้างที่ปรึกษาวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสังคม (Social Impact Assessment – SIA) จากการพัฒนาการท่องเที่ยวโดยชุมชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน)*. ปทุมธานี: สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จารึก สิงห์ปรีชา, เทิดศักดิ์ ญาโน, ทศพร คิวประสพศักดิ์, และไชยวัฒน์ กลิ่นลำภู. (2565). *โครงการประเมินความคุ้มค่าของสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*.

เชียงใหม่: สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน)

ณัฐวิกรม พันธวงศ์ภักดี, บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ, ชลธิชา จันทรแจ่ม, อุมัยยะ ลูติง, เสกสรร ว่องวัฒนาศิลป์, เพ็ญจันทร์ บัวขาว และเศรษฐภูมิ บัวทอง. (2567). *โครงการเพื่อการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของแผนงานที่มีงบประมาณน้อยกว่า 100 ล้านบาท ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีที่ได้รับจัดสรรผ่านกองทุนส่งเสริม ววน. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.

ธวัชชัย เคหะบาล และ นิตยา เคหะบาล. (2565). ศึกษาการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมาวุฒิสภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 7(3) 275-292

ปภพ วงศ์พันธ์ และ กิตติ เหลาสภาพ. (2665). ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดทำธรรมาวุฒิสภาพตำบลอำเภอกุสุมิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*. 6(2) 102-117

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศและงานทั่วไป เล่ม 141 ตอนพิเศษ 359ง. 2567. *ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง เรื่อง อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ (ฉบับที่ 13)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2568 จาก <https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2024/12/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A8%E0%B8%84%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%88%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%82%E0%B8%B1%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B9%88%E0%B8%B3%E0%B8%8913%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%88%E0%B8%B2.pdf>

ปวีณา ลิ้มปิทีปการ พลากร สืบสำราญ นิยม จันทรนวล ชลลดา ไชยกุลวัฒนา อนันต์ ไชยกุลวัฒนา จงกลนิศิธีรัตน์ และ สงกา สามารถ. (2566). *การประเมินประสิทธิภาพการขับเคลื่อนธรรมาวุฒิสภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังกาแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 พื้นที่เขตสุขภาพ 10. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*

ปฐนทร์ จุนโกเศศ และ คณะ. (2565). กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบงานบุญงานศรั้าเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 11(2) 152-164

- พระสมุทรธชัย สุนทราจารุ และ คณะ (2564) รูปแบบการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ตาม
 ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์. 11(1) 318-
 333
- พระโสภณพัฒนบัณฑิต และ คณะ. (2562). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพ โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพชุมชนวิถีพุทธ
 ตำบลหนองตาไก้ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง. วารสารวิชาการธรรมทรรศ. 19(2) 1-11
- พุกษา ดอกกุหลาบ และ นพพร ระรินทร์ (2566) ศึกษาการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ
 ของคนในชุมชนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษา เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยราชภัฏธนบุรี
 รับใช้สังคม. 9(1) 48-62
- รัตนศิริ ศิริพานิชย์กุล. (2556a-c). ก่อ-ร่าง-สร้าง-เคลื่อน บทเรียนธรรมนูญสุขภาพ 6 พื้นที่. สำนักงาน
 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
- ราชกิจจานุเบกษา. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.
https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Information_Center/Attach/25621124013609AM_17.pdf
- วงเดือน พระนคร. (2564). การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่ การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตแบบบูรณาการ. วารสาร
 สาธารณสุข 3(2) 253-268.
- วรลักษณ์ เวฬุ และ คณะ (2562) รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด
 อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 5(2) 107-119
- วราพร วันไชยธนวงศ์ และ คณะ. (2560). การพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรม
 ราชชนนีเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขากาศเหนือ. 23(1) 43-53
- วิทยาลัยการศึกษาตลอดชีวิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564. (Health Promotion).
 จาก <https://www.lifelong.cmu.ac.th/old/files/curriculum/000154.pdf>.
- วีรบูรณ์ วิสารทสกุล กิตติกาญจน์ หาญกุล และ ภาวินันท์ สิ้นไชย. (2564). การสร้างนวัตกรรมเทคโนโลยี
 ชุมชนในการผลิตอุปกรณ์ต่อพ่วงรถจักรยานสำหรับตัดอ้อยแบบชุมชนมีส่วนร่วมตามแนวเทคนิคและองค์
 ความรู้ของชุมชน ภายใต้ โครงการการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของแผนงานที่มีงบประมาณ
 น้อยกว่า 100 ล้านบาท ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร ที่ได้รับจัดสรรผ่านกองทุนส่งเสริม ววน..
 ปทุมธานี: วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วีรบูรณ์ วิสารทสกุล และคณะ. (2567). การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของแผนงานฯ มหาวิทยาลัยราช
 ภัฏพระนคร.

- วีรบูรณ์ วิสารทสกุล, เศรษฐภูมิ บัวทอง, และ บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ. ม.ป.ป.. *การศึกษาผลกระทบทางสังคมของโครงการนำร่องธนาคารที่ดินในพื้นที่นำร่อง 5 ชุมชน*. สถาบันบริหารจัดการธนาคารที่ดิน (องค์การมหาชน).
- วุฒิพงศ์ บุษราคัม. (2565). ศึกษาการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาระบบนิเวศสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*. 7(4) 129-143
- ศรีสุข มงกุฏ วิสุทธิ. (2568). การประเมินผลกระทบทางสังคมหลักสูตรการบริหารความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ของหน่วยจัดอบรมธรรมศาสตร์. *วารสารบริหารธุรกิจศรีนครินทรวิโรฒ* 16(1) 48-66.
- เศรษฐภูมิ บัวทอง เกศกุล สระกวี บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ และนุริมะห์ ลูติง. (2565). *คู่มือการประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment: SIA) และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนโครงการ (Social Return On Investment: SROI) สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน)*. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์.
- เศรษฐภูมิ บัวทอง บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ ชลธิชา จันทน์แจ่ม และ นุริมะห์ ลูติง. (2566). *คู่มือและเกณฑ์การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสังคม(SIA) และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) สำหรับการดำเนินธุรกิจอย่างยั่งยืน (ESG)*. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เศรษฐภูมิ บัวทอง บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ ชลธิชา จันทน์แจ่ม อุมัยยะ ลูติง เสกสรรค์ ว่องวัฒนาศิลป์ และอาชีวะ ดามาลอ. (2567). *โครงการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของแผนงานที่มีงบประมาณน้อยกว่า 100 ล้านบาท ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้รับจัดสรรผ่านกองทุนส่งเสริม ววน*. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เศรษฐภูมิ บัวทอง, .เกศกุล สระกวี, บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ, ชลธิชา จันทน์แจ่ม, อุมัยยะ ลูติง, เสกสรรค์ ว่องวัฒนาศิลป์ และอาชีวะ ดามาลอ. (2567). *โครงการประเมินผลลัพธ์ ผลกระทบ และผลตอบแทนทางสังคมของโครงการพลังชุมชนและนวัตกรรมเพื่อความยั่งยืนภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2564 – 2566*. ปทุมธานี: วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เศรษฐภูมิ บัวทอง, เกศกุล สระกวี และ บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ. (2566). *คู่มือการประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment: SIA) และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) โครงการเพื่อสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์.

- เศรษฐภูมิ บัวทอง, เกศกุล สระกวี, บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ และนุริมะห์ ลูติง. (2565). *คู่มือการประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment: SIA) และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนโครงการ (Social Return On Investment: SROI) สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน). วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์.*
- เศรษฐภูมิ บัวทอง, บุญฤทธิ์ พานิชเจริญ, และสมบูรณ์ มาลีถาวร. ม.ป.ป. *โครงการวิเคราะห์ความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาลและผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของโครงการก่อสร้างอาคารศูนย์เรียนรู้พิทยาลงกรณ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- เศรษฐภูมิ บัวทอง. (2557) การประเมินค่าความเต็มใจจ่ายของเกษตรกรเพื่อบริหารชลประทานโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาเขื่อนขุนด่านปราการชน จังหวัดนครนายก . มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). 2565. *หลักสูตรการคัดกรองผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อการบำบัดรักษาและส่งต่อ.* สืบค้นเมื่อ 19 สค. 68
จาก https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3475&Itemid=142
- สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2566. *อบรมหลักสูตร “การคัดแยกขยะพลาสติกเพื่อเพิ่มมูลค่า และการจัดการขยะชุมชนเพื่อลดไม่โครพลาสติกสู่สิ่งแวดล้อม”.*
จาก <https://www.chula.ac.th/news/128529/#>
- สภาภาษาไทย (Caregiver Training Center & Home Health Care). (ม.ป.ป.). *คอร์สแบบบรรยายเรื่อง 500 บาท/เรื่อง; 7 เรื่อง 3,000 บาท.* <https://www.facebook.com/ThaiRedCrossSociety>
- สมชัย ศรีสุทธิยากร สกฤต สื่อทรงธรรม และกรรณิการ์ โต๊ะมีนา. (2009). *การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของ โครงการการปฏิรูปสื่อ: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.* สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และ นวัตกรรม.
- สุวรรณา ประณีตวตกุล และคณะ. (2553). *ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในภาคเกษตร.* กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สะอาด ศิริมงคล. (2566). *การพัฒนารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็น การป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2(1) 39-51*
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2557). *การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI).* กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). (2559). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559*.

https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Statute_on_the_national_health_system_591219.pdf [1] [2].

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). (2566). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565*. บริษัท พิมพ์สีรพัฒนา จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). (2566). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท วุฒิวัฒนาการพิมพ์ จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ม.ป.ป.. *ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่: นิยามและหลักการ*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา (2561). กลุ่มโรค NCD โรคที่คุ้นสร้างเอง. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. www.odpc9.org.

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2566). *ศธ.จับมือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ลงนาม MOU “ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา”*. <https://ops.moe.go.th>.

สุวรรณา ประณีตตกุล นก สมสิน เพิ่มสุข สกฤต เอื้อสิริจินดา ปรีศณี ทิพย์รักษา ชลธิชา จันทน์แจ่มและธวัช หทัย บุญรัตนเสวี. (2560). การประเมินมูลค่าทางเลือกของเกษตรกรผู้ปลูกผักต่อการจัดการศัตรูพืชที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม. *วารสารสุขโขทัยธรรมมาธิราช*. 30(2) 36-52.

อรรถพล ศรีประภา. (2559). *กระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายในชุมชนตำบลโคกแก้ว อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Grazioli, R., Pizzo, G., Poletti, L., Tagliavini, G., & Timpano, F. (2020). *The social return on investment (SROI) of four microfinance projects*. EIF Working Paper 2020/65, European Investment Fund.

Hamelmann, C., Turatto, F., Then, V., & Dyakova, M. (2017). *Social return on investment: Accounting for value in the context of implementing Health 2020 and the 2030 Agenda for Sustainable Development*. WHO Regional Office for Europe.

Hfocus. (2561). *พระสงฆ์กับระบบหลักประกันสุขภาพ โจทย์ใหญ่ที่ยังต้องขับเคลื่อนอีกมาก*. <https://www.hfocus.org/content/2018/09/16305>

Krlev, G., Münscher, R., & Mülbert, K. (2013). *Social Return on Investment (SROI): State-of-the-art and perspectives—A meta-analysis of practice in SROI studies 2002–2012*. Centre for Social Investment, Heidelberg University.

Nicholls, J., Lawlor, E., Neitzert, E., & Goodspeed, T. (2009). *A guide to social return on investment*. The SROI Network. UK Cabinet Office.

The Coverage. (2565). วงกคคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ “(ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3”. <https://www.thecoverage.info/news/content/3466>.

Yampochai K. (2021). การ พัฒนาธรรมนูญชุมชนด้านสุขภาวะผู้สูงอายุในตำบลตลาด ใหม่อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*. 14(4) 68-93.

ภาคผนวก

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
Human Research Ethics Committee, Rajamangala University of Technology Isan

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แบบเร่งรัด

Certificate of Approval

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน ดำเนินการให้การรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเร่งรัด โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline, International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH- GCP) and 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมาภิบาลในพื้นที่
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
Title of Project : Social Return on Investment (SROI) of Area Health Charter in North East Part,
Thailand
รหัสโครงการ (Project Code) : HEC-01-68-061
ผู้ร่วมโครงการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิกา บุตรอุดม
Co-Investigator : Assistant Professor Kannika Butudom
สังกัด : คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตขอนแก่น
Department : The Faculty of Technical Education, Rajamangala University of Technology Isan
Khon Kaen Campus
วิธีทบทวน (Review Method) : แบบเร่งรัด (Expedited)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการ
(Continuing Report) : เสร็จสิ้นก่อน 1 ปี (Least Once Annually or Submit the Final Report When Finished)



(รองศาสตราจารย์ ดร.บัณฑิต กฤตาคม)

(Assoc. Prof. Bundit Krittacom, D. Eng.)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
(Chairman of Human Research Ethics Committee, Rajamangala University of Technology Isan)

วันที่รับรอง : 19 พ.ค. 2568

วันหมดอายุ : 18 พ.ค. 2569

Date of Approval : 19 MAY 2025

Approval Expired Date : 18 MAY 2026

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)
Approval is Granted Subject to the Following Conditions: (See Back of this Certificate)

ประวัตินักวิจัย

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายทรงพล ตูละทา
(ภาษาอังกฤษ) Mr.Songpon Tulata
2. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้เชี่ยวชาญ
3. หน่วยงานที่สังกัด สำนักพัฒนานโยบายสาธารณะภาคเหนือ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 หมู่ 4 ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 061-3424545

4. ประวัติการศึกษา

- เศรษฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
- ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว: (ชื่อผลงานวิจัย ปี ที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุนย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)

- การพัฒนาเครื่องมือการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพประเด็นการจัดการขยะในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก ปี พ.ศ.2567, กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.) : งบประมาณด้าน ววน. ประเภท Fundamental Fund ประจำปีงบประมาณ 2566 (ผ่านหน่วยงาน)

7. งานทางวิชาการ

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่

-

8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ

- เข้าร่วมการฝึกอบรม International Leadership Development Course (ILDC) ที่ Asian Health Institute, Aichi, Japan เมื่อ 27 สิงหาคม – 9 ตุลาคม 2558
- เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการวิทยาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Intensive Workshop) จัดโดย สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 18 – 22 กุมภาพันธ์ 2562
- Third Place for Oral Presentation under the theme: Environmental and Occupational Health - One Health – Eco Health. & Global warming and Climate change adaptation (SDG 13), Health Equity to UHC. The 14th International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub-Regional Countries
- At Luangprabang, Lao PDR, 27-29 th June, 2024 (Topic: Application of community-based health impact assessment: case study of Kuan Meang mountain's industrial stone quarry, Province, Thailand

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธวัชชัย เคหะบาล
(ภาษาอังกฤษ) Asst. Prof. Tawatchai Kahaban
2. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำสาขาวิชารัฐศาสตร์
3. หน่วยงานที่สังกัด คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
E-mail: tawatchai.ka@ksu.ac.th
โทรศัพท์ 081 5459467

4. ประวัติการศึกษา

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม (ศศ.ม.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการการพัฒนาสังคม (ศศ.บ.) เกียรตินิยมอันดับ 1

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ ด้านนโยบาย
สาธารณะ การประเมินผลโครงการ การประเมินผลกระทบทางสังคม

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

- พ.ศ. 2567 โครงการวิจัยการพัฒนาระบบสวัสดิการเพื่อดูแลและยกระดับระบบส่งต่อความช่วยเหลือ
เพื่อสร้างโอกาสทางสังคม ให้กับครัวเรือนยากจนและกลุ่มเปราะบางอย่างยั่งยืนโดยความร่วมมือของเครือข่าย
การพัฒนาเชิงพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับเงินอุดหนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับ
พื้นที่ (บพท)

- พ.ศ. 2566 โครงการวิจัยการพัฒนาและยกระดับแพลตฟอร์มการแก้ไขปัญหาความยากจนอย่าง
เบ็ดเสร็จและแม่นยำระดับจังหวัด (PPAOS) แบบร่วมมือด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยี และการขับเคลื่อนระบบ
ข้อมูลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับเงินอุดหนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท)

- พ.ศ. 2566 โครงการวิจัยนวัตกรรมการบริหารจัดการแปลงรวมเพื่อยกระดับเศรษฐกิจชุมชนด้วย
โมเดลธุรกิจผักปลอดภัย (HUB to Health) (ผู้ร่วมโครงการวิจัย) ได้รับเงินอุดหนุนจากหน่วยบริหารและ
จัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท)

- พ.ศ. 2565 โครงการวิจัยการแก้ไขปัญหาความยากจนเชิงพื้นที่แบบร่วมมือด้วยนวัตกรรมและการ
ขับเคลื่อนระบบข้อมูลใน จังหวัดกาฬสินธุ์ โครงการย่อยการแก้ไขปัญหาความยากจนด้วยการพัฒนารูปแบบ
การผลิตและการตลาดของธุรกิจผักปลอดภัยแปลงรวม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (ผู้ร่วมโครงการวิจัย)
ได้รับเงินอุดหนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท)

- พ.ศ. 2565 โครงการบูรณาการเรียนการสอนเพื่อพัฒนานวัตกรรมสำหรับเศรษฐกิจฐานราก (BCG) และชุมชนนวัตกรรมโดยใช้วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม คณะศิลปศาสตร์ (ผู้ร่วมโครงการวิจัย) (ปีงบประมาณ 2565) ได้รับเงินอุดหนุนภายใต้โครงการพลิกโฉมอุดมศึกษาไทย (Reinventing University)

พ.ศ. 2564 โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่น จังหวัดกาฬสินธุ์.

- พ.ศ.2564 โครงการวิจัยการพัฒนาพื้นที่เชิงบูรณาการแบบร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนแบบเบ็ดเสร็จและแม่นยำ จังหวัดกาฬสินธุ์. กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม (กสว.). (ผู้ร่วมวิจัย)

- พ.ศ. 2563 โครงการวิจัยการพัฒนาพื้นที่เชิงบูรณาการแบบร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนแบบเบ็ดเสร็จและแม่นยำ กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์. กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม (กสว.). (ผู้ร่วมวิจัย)

- พ.ศ. 2562 โครงการวิจัยการเสริมสร้างทุนท้องถิ่นในการพัฒนาทรัพยากรประมงพื้นบ้านเพื่อความมั่นคงทางอาหาร: กรณีศึกษาชุมชนริม เขื่อนลำปาว ตำบลหนองสรวง อำเภอนองกุ้งศรีจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม (กสว.) ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น

- พ.ศ. 2560 โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่น:กรณีศึกษาดำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์.

- พ.ศ. 2560 โครงการวิจัยการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนประมงอย่างมีส่วนร่วม กรณีศึกษากุ้งบ้านทับปลา ตำบลหนองสรวง อำเภอนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์.

7. งานทางวิชาการ

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่

8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิกา บุตรอุดม
(ภาษาอังกฤษ) Asst. Prof. Kannika Butudom
2. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
3. หน่วยงานที่สังกัด คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
Email: butudom@gmail.com, Kannika.bt@rmuti.ac.th
โทรศัพท์ 083-1481421
4. ประวัติการศึกษา
 - ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม (ศศ.ม.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาการพัฒนชุมชน (ศศ.บ.) เกียรตินิยมอันดับ 2 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ -
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
โครงการวิจัยระบบการเพิ่มมูลค่าไวน์ลิโมนาเก่ากลับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ งบประมาณ บพท. พ.ศ. 2563
โครงการวิจัยนวัตกรรมเครื่องสับ บด สมุนไพร ทั้งเปียกและอบแห้ง งบประมาณ บพท. พ.ศ. 2563
7. งานทางวิชาการ
ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่
8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ

-

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางนิตยา เคหะบาล
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Nittaya Kahaban
2. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำสาขาวิชานวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น
3. หน่วยงานที่สังกัด คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
E-mail: nittaya.ka@ksu.ac.th
โทรศัพท์ 089 8644503

4. ประวัติการศึกษา

- ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม (ศศ.ม.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการการพัฒนาสังคม (ศศ.บ.) เกียรตินิยมอันดับ 2

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประเมินโครงการ การจัดการองค์กรชุมชน

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

- พ.ศ. 2567 โครงการวิจัยการพัฒนาระบบสวัสดิการเพื่อดูแลและยกระดับระบบส่งต่อความช่วยเหลือเพื่อสร้างโอกาสทางสังคม ให้กับครัวเรือนยากจนและกลุ่มเปราะบางอย่างยั่งยืนโดยความร่วมมือของเครือข่ายการพัฒนาเชิงพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับเงินอุดหนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท)
- พ.ศ. 2566 โครงการวิจัยการพัฒนาและยกระดับแพลตฟอร์มการแก้ไขปัญหาความยากจนอย่างเบ็ดเสร็จและแม่นยำระดับจังหวัด (PPAOS) แบบร่วมมือด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยี และการขับเคลื่อนระบบข้อมูลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับเงินอุดหนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท)
- พ.ศ. 2566 โครงการวิจัยนวัตกรรมการบริหารจัดการแปลงรวมเพื่อยกระดับเศรษฐกิจชุมชนด้วยโมเดลธุรกิจผักปลอดภัย (HUB to Health) (ผู้ร่วมโครงการวิจัย) ได้รับเงินอุดหนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท)
- พ.ศ. 2565 โครงการวิจัยการแก้ไขปัญหาความยากจนเชิงพื้นที่แบบร่วมมือด้วยนวัตกรรมและการขับเคลื่อนระบบข้อมูลใน จังหวัดกาฬสินธุ์ โครงการย่อยการแก้ไขปัญหาความยากจนด้วยการพัฒนารูปแบบการผลิตและการตลาดของธุรกิจผักปลอดภัยแปลงรวม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (ผู้ร่วมโครงการวิจัย) ได้รับเงินอุดหนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท)

- พ.ศ. 2565 โครงการบูรณาการเรียนการสอนเพื่อพัฒนานวัตกรรมสำหรับเศรษฐกิจฐานราก (BCG) และชุมชนนวัตกรรมโดยใช้วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม คณะศิลปศาสตร์ (ผู้ร่วมโครงการวิจัย) (ปีงบประมาณ 2565) ได้รับเงินอุดหนุนภายใต้โครงการพลิกโฉมอุดมศึกษาไทย (Reinventing University)
- พ.ศ.2564 โครงการวิจัยการพัฒนานวัตกรรมสนับสนุนการทำงานเชิงพื้นที่แบบร่วมมือ เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนแบบเบ็ดเสร็จและแม่นยำ จังหวัดกาฬสินธุ์. กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (กสว.). (ผู้ร่วมวิจัย)
- พ.ศ. 2563 โครงการวิจัยการพัฒนาพื้นที่เชิงบูรณาการแบบร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนแบบเบ็ดเสร็จและแม่นยำ ภูมิศึกษาพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์. กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (กสว.). (ผู้ร่วมวิจัย)
- พ.ศ. 2562 โครงการวิจัยการเสริมสร้างทุนท้องถิ่นในการพัฒนาทรัพยากรประมงพื้นบ้านเพื่อความมั่นคงทางอาหาร: ภูมิศึกษาชุมชนริม เขื่อนลำปาว ตำบลหนองสรวง อำเภอหนองกุงศรีจังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกว.) ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น
- พ.ศ. 2562 โครงการวิจัยรูปแบบการพัฒนาตลาดนัดสีเขียวกมลาไสยอย่างมีส่วนร่วมของผู้ผลิตและผู้บริโภค กรณีเครือข่ายตลาดนัดสีเขียวกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- พ.ศ. 2560 โครงการวิจัยการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

7. งานทางวิชาการ

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่

8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ

-

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) น.ส. ทิพย์ปริญญ์ ปัญญาณี
(ภาษาอังกฤษ) MISS TIPPARIN PANYAMEE
2. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
3. หน่วยงานที่สังกัด คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
E-mail tipparin.p@gmail.com
โทรศัพท์ 088-0691518
4. ประวัติการศึกษา
 - ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการพัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
 - ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
 - ศิลปศาสตรบัณฑิต (การจัดการการพัฒนาสังคม) จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
-
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
-
7. งานวิชาการ
ผลงานตีพิมพ์ที่เผยแพร่
-
8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ
-

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวเบญจภรณ์ นามเสนา
(ภาษาอังกฤษ) Ms.Benchaporn Namsena
2. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยวิจัย
3. หน่วยงานที่สังกัด หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ (Siriraj Health Policy)
อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 (SiMR) ชั้น 2 ห้อง 212
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขต บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทรศัพท์ 095-6462955

4. ประวัติการศึกษา

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขากายภาพบำบัด (เกียรตินิยมอันดับ 2) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการจัดการบริการสุขภาพ (หลักสูตรนานาชาติ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

-

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว: (ชื่อผลงานวิจัย ปี ที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุนย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)

-

7. งานทางวิชาการ

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่

กมลพัฒน์ มากแจ้ง, อรทัย วลีวงศ์, เพียว ฝ่อนสุข, เบญจภรณ์ นามเสนา, สุภิกา เชื้อจิว. "ปัจจัยทางการค้ากำหนดโรคไม่ติดต่อ: นิยามและกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต." 2566

8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ

-

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นภาพร แจ่มทับทิม
(ภาษาอังกฤษ) Miss Napapohn Chaemtuptim
2. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการ
3. หน่วยงานที่สังกัด สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 หมู่ 4 ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 089-1545541
4. ประวัติการศึกษา
 - ศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว: (ชื่อผลงานวิจัย ปี ที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุนย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)
 - การพัฒนาการประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ด้วยแนวคิดการประเมินเพื่อพัฒนา พ.ศ. 2567
(Development of evaluation process of area-based health charters using the Developmental
(Evaluation (DE) concept)
7. งานทางวิชาการ
ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่
8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ
 - Poster Presentation : The 14th International Conference on Public Health among
Greater Mekong Sub-Regional Countries 2024 "Meeting the Sustainable Development Goals
through Improved Nutrition. Health Equity, and Climate Change Adaptation" on 27-29 June
2024, Luangprabang, Lao PDR
 - Poster Presentation : TConference on Public Health among Greater Mekong Sub-
Region Countries "Improving Health Equity among Greater MekongSub-Region Counties: A

Public Health Challenge" (ICPH-GMS 2019) CERTIFICATE FOR POSTER PRESENTATION THE FIRST
PRIZE , 2019 18-19 October Vientiane Capital, Lao PD

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวชญาดา เชียรวิบูล
(ภาษาอังกฤษ) MISS CHAYADA THIENWIBOON
2. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ชำนาญการ
3. หน่วยงานที่สังกัด สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 หมู่ 4 ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
E-mail nuchycool@gmail.com
โทรศัพท์ 081-6664550
4. ประวัติการศึกษา
 - วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขา วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
 - รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขา รัฐประศาสนศาสตร์ (นโยบายสาธารณะ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
5. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
-
7. งานทางวิชาการ
ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่
-
8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายจักรรินทร์ สี่มา
(ภาษาอังกฤษ) MR.JAKKARIN SEEMA
2. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ชำนาญการ
3. หน่วยงานที่สังกัด สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 หมู่ 4 ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
E-mail jakkarin@nationalhealth.or.th
โทรศัพท์ 081 753 6565

4. ประวัติการศึกษา

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขา จิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และการพัฒนาบุคคล) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

5. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

งานวิจัยที่สำเร็จแล้ว: (ชื่อผลงานวิจัย ปี ที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุนย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)

- ยกระดับศักยภาพการรับมือกับภาวะวิกฤตด้านสุขภาพด้วยนวัตกรรมการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยชุมชน :กรณีศึกษาชุมชนพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด พ.ศ. 2567 (ได้รับงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สวรส.)
- การศึกษาและพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่นภายใต้บริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2567 (ได้รับงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สวรส.)
- การพัฒนาการประเมินผลธรรมาภิบาลสุขภาพพื้นที่ด้วยแนวคิดการประเมินเพื่อพัฒนา พ.ศ.2567

(Development of evaluation process of area-based health charters using the Developmental Evaluation (DE) Concept) ได้รับงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม สกสว.

7. งานทางวิชาการ

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่

-

8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ

- Reducing Health Impact of Traditional Gold Industry in Sri-Satchanalai, Thailand ; 14th International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub- Regional Countries 2024 Luangprabang, Lao PDR

- Fellowship program on NCDs Interventions, WHO Country Cooperation Strategies : CCS NCD 2020

- Oral presentation “Implementation of Rights to Health in Thailand: A Lesson Learnt from Community Health Impact Assessment” ; The 10th International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub-regional Countries (10th ICPH-GMS, 2018) Kunming Medical University, Kunming, China

- Oral Presentation “Health Impact Assessment for Housing and Community Development Policy: Khon Kaen case study” ; The 2nd Asean conference on health impact assessment “Towards Asean Engagement and sustainable development” Hue, Vietnam 20th -21st , 2017

- Certificate of Appreciation for outstanding dedication and contributions to the Pneumonia Etiology Research for Child Health Study 2011-2014

ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวธนวรรณ กรินทร์
(ภาษาอังกฤษ) MISS THANAWAN KARIN
2. ตำแหน่งปัจจุบัน นักบริหารจัดการอาวุโส สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
3. หน่วยงานที่สังกัด สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 หมู่ 4 ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 087-3304736
4. ประวัติการศึกษา
 - ศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
 -
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
 -
7. งานทางวิชาการ
 -
8. ผลงานวิชาการอื่น ๆ
 -

แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

เรื่องการวัดผลและประเมินมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์ของธรรมณูสุภาพพื้นที่

โครงการวิจัยการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมณูสุภาพพื้นที่

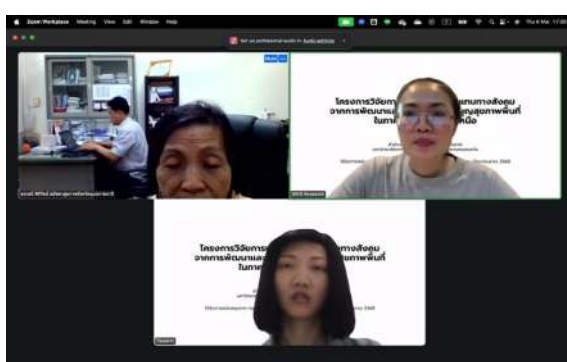
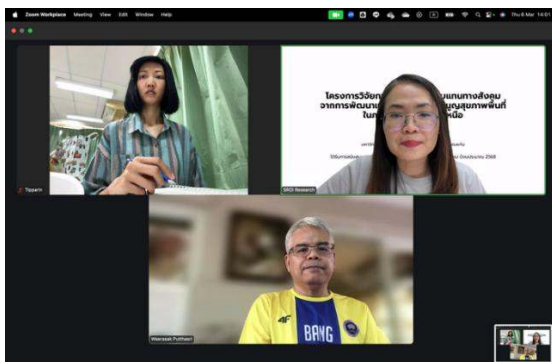
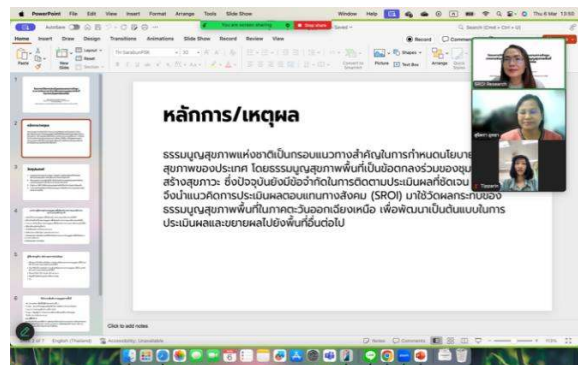
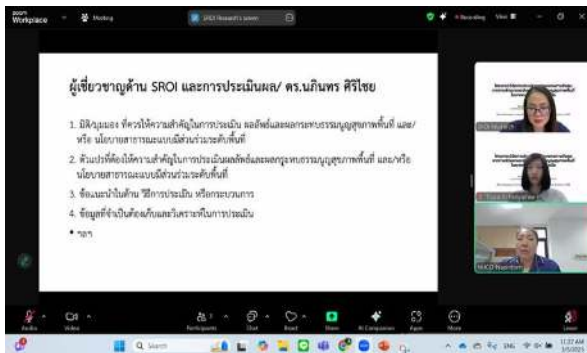
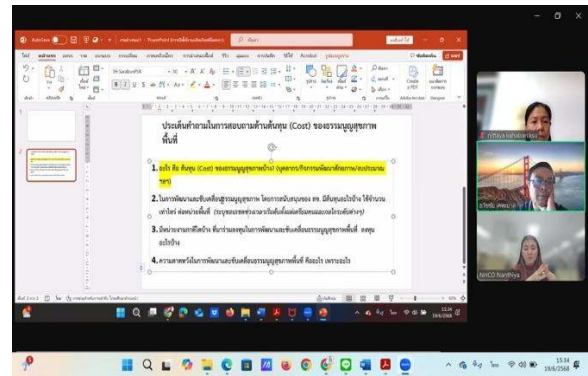
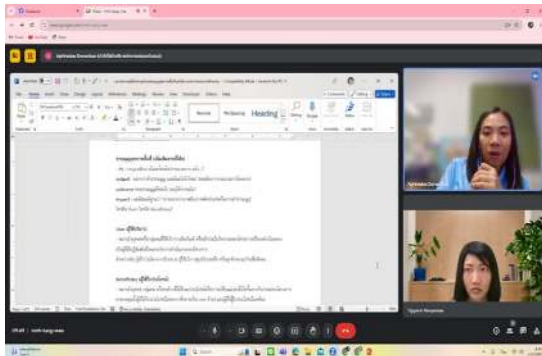
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

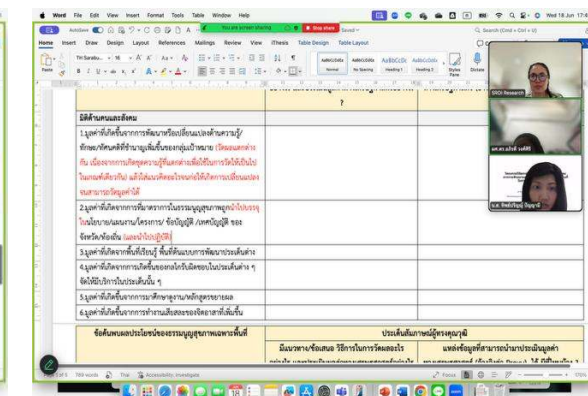
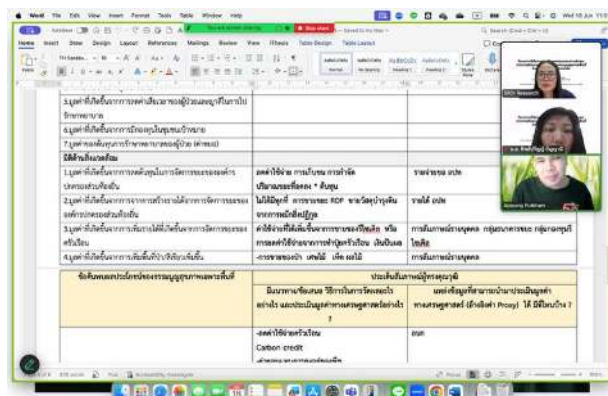
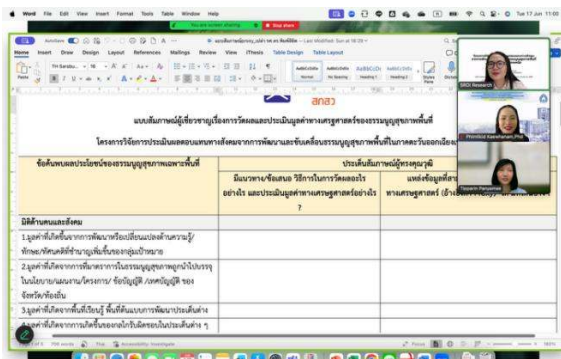
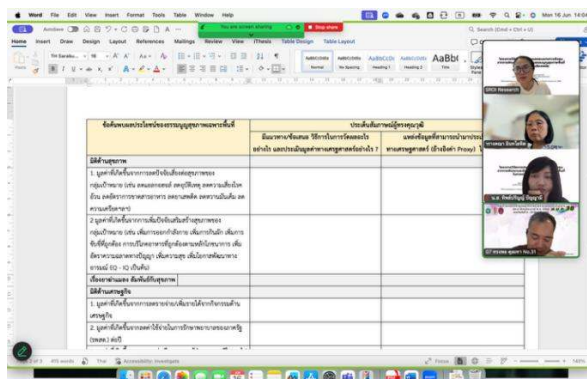
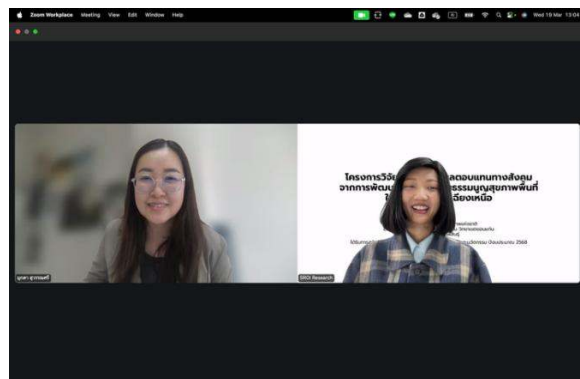
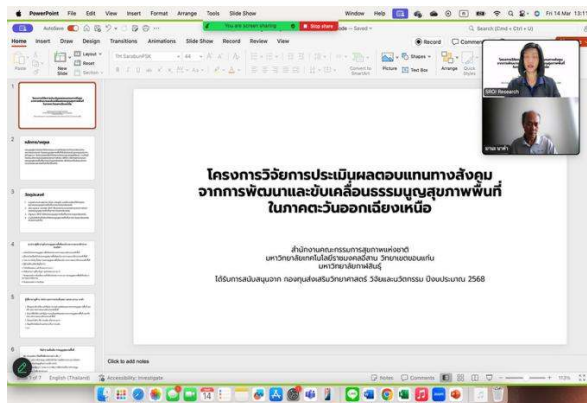
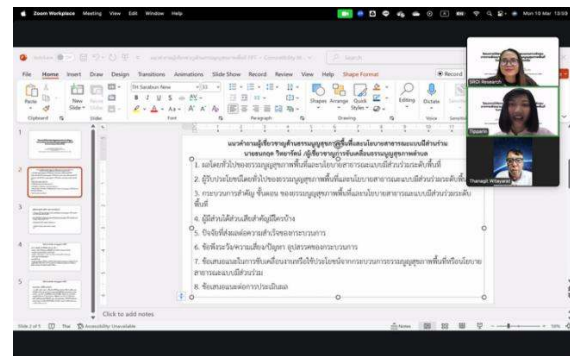
ข้อค้นพบผลประโยชน์ของ ธรรมณูสุภาพเฉพาะพื้นที่	ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ	
	มีแนวทาง/ข้อเสนอ วิธีการใน การวัดผลอะไร อย่างไร และ ประเมินมูลค่าทาง เศรษฐศาสตร์อย่างไร	แหล่งข้อมูลที่สามารถนำมา ประเมินมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์ (อ้างอิงค่า Proxy) ได้ มีที่ไหนบ้าง
มิติด้านคนและสังคม		
1.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้/ทักษะ/ทัศนคติที่ชำนาญเพิ่มขึ้นของ กลุ่มเป้าหมาย		
2.มูลค่าที่เกิดจากการที่มาตรการในธรรมณูสุภาพ ถูกนำไปบรรจุในนโยบาย/แผนงาน/โครงการ/ ข้อบัญญัติ /เทศบัญญัติ ของ จังหวัด/ท้องถิ่น		
3.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากพื้นที่เรียนรู้ พื้นที่ต้นแบบการพัฒนา ประเด็นต่าง		
4.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการเกิดขึ้นของกลไกรับผิดชอบใน ประเด็นต่าง ๆ จัดให้มีบริการในประเด็นนั้น ๆ		
5.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการที่หลักสูตรขยายผล		
6.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการทำงานเสียสละของจิตอาสาที่ เพิ่มขึ้น		
7.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ เพิ่มขึ้น		
8.มูลค่าที่เกิดขึ้นการบริจาคเงินและสิ่งของเพื่อ ช่วยเหลือกันในพื้นที่		
9.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากครอบครัวอบอุ่น		
มิติด้านสุขภาพ		
1. มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการลด ละ เลิก แอลกอฮอล์/บุหรี่ ของ กลุ่มเป้าหมาย (เช่น ลดอุบัติเหตุ ลดความเสี่ยงโรค อ้วน ลดอัตราการขาดสารอาหาร ลดยาเสพติด ลด หวานมันเค็ม ลดความเครียดฯลฯ)		

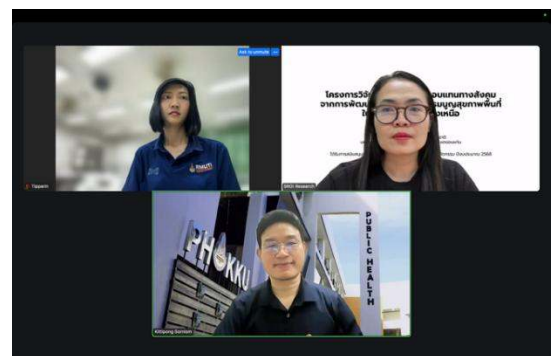
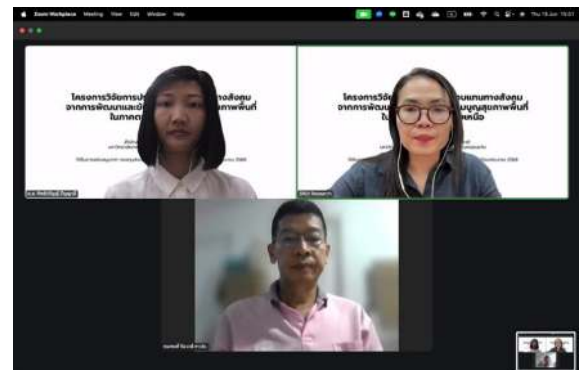
ข้อค้นพบผลประโยชน์ของ ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่	ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ	
	มีแนวทาง/ข้อเสนอ วิธีการใน การวัดผลอะไร อย่างไร และ ประเมินมูลค่าทาง เศรษฐศาสตร์อย่างไร	แหล่งข้อมูลที่สามารถนำมา ประเมินมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์ (อ้างอิงค่า Proxy) ได้ มีที่ไหนบ้าง
2. มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการลด ละ เลิก การใช้ยาเสพติด		
3. มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการลดบริโภคหวานมันเค็มของกลุ่มเป้าหมาย		
4. มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการลดอุบัติเหตุทางถนน ของพื้นที่เป้าหมาย		
5. มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการลดความเสี่ยงโรคอ้วน ของกลุ่มเป้าหมาย		
6. มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการลดความเครียด ของกลุ่มเป้าหมาย (สุขภาวะ จิตของคน)		
7.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้าน การลดหวานมัน เค็ม ของกลุ่มเป้าหมาย		
8 มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มการออกกำลังกายของ กลุ่มเป้าหมาย		
9 มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มการบริโภคอาหารของ เด็กและแม่ที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ /เพิ่มการกิน ผัก ของกลุ่มเป้าหมาย		
10 มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการ เพิ่มอัตราความฉลาดทาง ปัญญา/ เพิ่มโอกาสพัฒนาทางอารมณ์ EQ - IQ ของ กลุ่มเป้าหมาย		
11. มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มระดับเพิ่มความสุข ของกลุ่มเป้าหมาย		
มิติด้านเศรษฐกิจ		
1.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดรายจ่าย/เพิ่มรายได้จาก กิจกรรมด้านเศรษฐกิจของกลุ่มเป้าหมาย (ลดจากการ ซื้อปุ๋ย ลดการซื้อผัก ลดการซื้อของฟุ่มเฟือยที่จะ นำไปสู่ขยะ)		
2.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มรายได้จากกิจกรรมด้าน เศรษฐกิจ ของกลุ่มเป้าหมาย		
3.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการออมเพิ่มขึ้น ของ กลุ่มเป้าหมาย		

ข้อค้นพบผลประโยชน์ของ ธรรมนุญสุขภาพเฉพาะพื้นที่	ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ	
	มีแนวทาง/ข้อเสนอ วิธีการใน การวัดผลอะไร อย่างไร และ ประเมินมูลค่าทาง เศรษฐศาสตร์อย่างไร	แหล่งข้อมูลที่สามารถนำมา ประเมินมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์ (อ้างอิงค่า Proxy) ได้ มีที่ไหนบ้าง
4.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของภาครัฐ (รพสต.) ต่อปี ของกลุ่มเป้าหมาย		
5.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดค่าเสียเวลาของผู้ป่วยและ ญาติในการไปรักษาพยาบาล		
6.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการมีกองทุนในชุมชนเป้าหมาย		
7.มูลค่าของต้นทุนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (ค่า หมอ)		
มิติด้านสิ่งแวดล้อม		
1.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดต้นทุนในการจัดการขยะ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		
2.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการจากการสร้างรายได้จากการ จัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		
3.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มรายได้ที่เกิดขึ้นจากการ จัดการขยะของครัวเรือน		
4.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มพื้นที่ป่า/สีเขียวเพิ่มขึ้น		
5.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดมลภาวะจากการเผาพื้นที่ เกษตร		
6.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการฟื้นฟูทรัพยากรดินให้สมบูรณ์ มากขึ้น		
7.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการฟื้นฟูทรัพยากรน้ำให้สมบูรณ์ มากขึ้น		
8.มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการลดมลภาวะจาก ฝุ่น PM 2.5		

สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ





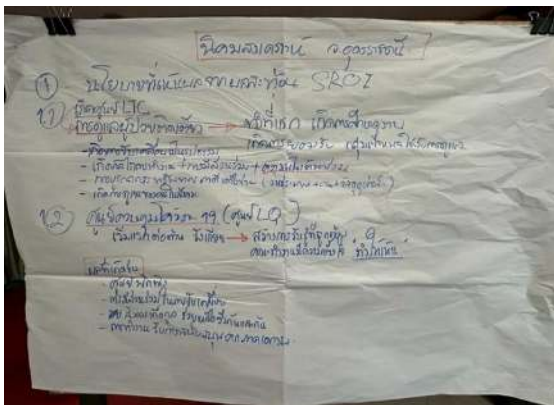
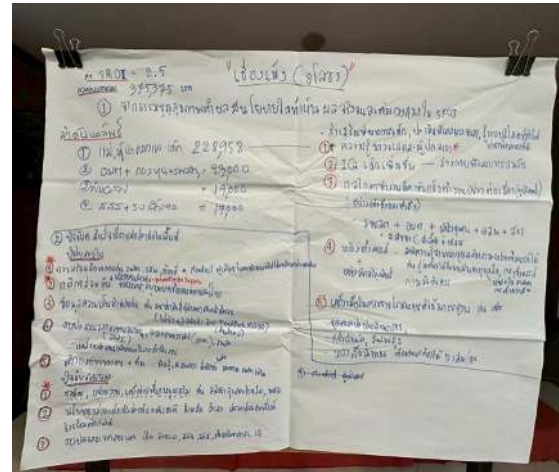


การลงพื้นที่ SAI และการคืนข้อมูล









สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ได้รับการสนับสนุนจาก กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (Fundamental Fund; FF)
ปีงบประมาณ 2568