



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

## รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report)

“การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)”

The Proposal-based Policy Synthesis of Social Return on Investment (SROI) in Tackling the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic under the District Health Board (DHB)

จัดทำโดย

หัวหน้าโครงการ	ดร.พรพจน์ ศรีตัน Pornpod Sridan	สถาบันวิจัยสังคม
นักวิจัย	ดร.นุชนาฏ หวนนากลาง Nuchanad Hounnaklang	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
นักวิจัย	ดร.อรอุมา ซองรัมย์ Onuma Zongram	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
ผู้ประสานงาน	นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง AUAMPORN JUNTHONG	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผู้ช่วยนักวิจัย	น.ส.ธิดาศิลป์ เปลียนละออ Thidasil Plainlaor	สถาบันวิจัยสังคม
ผู้ช่วยนักวิจัย	น.ส.อภิญญา ทันเยี่ยม Apinya Tanyaim	สถาบันวิจัยสังคม

“ได้รับทุนสนับสนุนโครงการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
สถาบันวิจัยสังคม และวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พฤศจิกายน 2565

## กิตติกรรมประกาศ

ในการดำเนินโครงการการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ 1) พชอ.นาทวี จังหวัดสงขลา 2) พชอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย 3) พชอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 4) พชอ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 5) พชอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และ 6) พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี และขอขอบคุณหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ตลอดจนภาคประชาชน ที่ให้ความกรุณาร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล ความสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างเต็มกำลังเพื่อให้การดำเนินงานวิจัยดำเนินไปด้วยความราบรื่นและมีประสิทธิภาพจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ และ นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ที่กรุณาให้คำปรึกษาที่มีคุณค่าในการดำเนินโครงการ รวมทั้งขอขอบพระคุณ คุณเอื้อมพร จันทร์ทอง ที่ให้ความกรุณาในการประสานงานและให้คำแนะนำในการลงพื้นที่ ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินโครงการ

คณะผู้วิจัย

## คำนำ

จากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นับเป็นการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ ผ่านการดำเนินงานตามโครงการต่างๆ ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง จากการดำเนินงานตามโครงการที่ผ่านมาภายใต้คณะกรรมการ พชอ. สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิต และมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

นับตั้งแต่การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปีพ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนั้น การวิเคราะห์ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงไม่สามารถวิเคราะห์ได้เพียงด้านใดด้านหนึ่ง เนื่องจากผลกระทบนี้เกิดขึ้นทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จากผลกระทบหลายประการที่เกิดขึ้นจึงนำมาสู่ความท้าทายในการจัดการทางด้านสาธารณสุขไทยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้กำหนดนโยบาย

การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) เป็นแนวทางในการประเมินโครงการแนวทางหนึ่งซึ่งช่วยในการทำความเข้าใจ และหาขนาดของมูลค่าทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่แตกต่างจากการประเมินโครงการในอดีต กล่าวคือ เป็นการประเมินที่ครอบคลุมมูลค่าทางสังคม ทั้งผลลัพธ์ที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน เป็นการวัดมูลค่าผลประโยชน์ทางสังคมด้วยการนำผลลัพธ์ทางสังคมในประเด็นต่างๆ มาแปลงค่าเป็นตัวเงิน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการเพื่อการวางแผนโครงการในอนาคต หรือทบทวนโครงการที่เกิดขึ้นในอดีต

โครงการนี้ได้ดำเนินการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับอำเภอ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ ได้แก่ 1) พชอ.นาทวี จังหวัดสงขลา 2) พชอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย 3) พชอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 4) พชอ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 5) พชอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และ 6) พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี คณะผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยนี้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และต่อยอดเพื่อพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอนาคตต่อไป

## บทคัดย่อ

โครงการการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) ของการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน โดยทำการศึกษาใน 6 พื้นที่ ได้แก่ พชอ.นาทวี จังหวัดสงขลา พชอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พชอ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พชอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และพชอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย

ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้แนวคิดการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยกระบวนการในการศึกษาประกอบไปด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) การจัดสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้เสีย (Focus Group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) และแบบสอบถาม (Questionnaire) ตลอดจนการแปลงคุณค่าทางสังคม (social value) หรือผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการมาเป็นมูลค่าทางการเงิน (financial proxy) ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ด้วยอัตราคิดลดตามพันธบัตรรัฐบาล (Discount Rate) ร้อยละ 3

ผลการศึกษาผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้ อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3 พบว่า **1) พชอ.สองพี่น้อง** จังหวัดสุพรรณบุรี มีผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 1.59 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.สองพี่น้อง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 1.59 บาท **2) พชอ.แม่สาย** จังหวัดเชียงราย มีผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 2.58 เท่า งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.แม่

สาย จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.58 บาท **3) พชอ.นาทวี** จังหวัดสงขลา มีผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 2.25 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อพชอ.นาทวีจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.25 บาท **4) พชอ.เมืองขอนแก่น** จังหวัดขอนแก่น มีผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 0.98 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อพชอ.เมืองขอนแก่น จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 0.98 บาท **5) พชอ.บางบัวทอง** จังหวัดนนทบุรี มีผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 13.59 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อพชอ.บางบัวทอง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.59 บาท และ **6) พชอ.บางพลี** จังหวัดสมุทรปราการ มีผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 13.39 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อพชอ.บางพลี จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.39 บาท ตามลำดับ

## Abstract

“The Proposal-based Policy Synthesis of Social Return on Investment (SROI) in Tackling the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic under the District Health Board (DHB)” aimed to analyze the social return on Society (Social Return On Investment: SROI) of coping with the COVID-19 epidemic situation under the District Health Board (DHB) and to synthesize stakeholder analysis for policy recommendation. There are 6 DHB studies, i.e. Na Thawi DHB, Songkhla province, Bang phli DHB, Samut Prakan province, Bang Bua Thong DHB, Nonthaburi province, Song Phi Nong DHB, Suphan Buri province, Khon Kaen Muaeng DHB, Khon Kaen province, and Mae Sai DHB, Chiang Rai province.

This research, there is mixed method research using the Social Return on Investment (SROI) concept of the Coronavirus Disease 2019 Epidemic Management System under the District Health Board (DHB). The study process comprised quantitative, qualitative method and participatory action research methods, using documentary research, secondary data, focus group, in-depth interviews, and questionnaires. Moreover, we use social value, financial proxy, net present value (NPV), cost-benefit analysis, and SROI calculation using a discount rate government bond 3%.

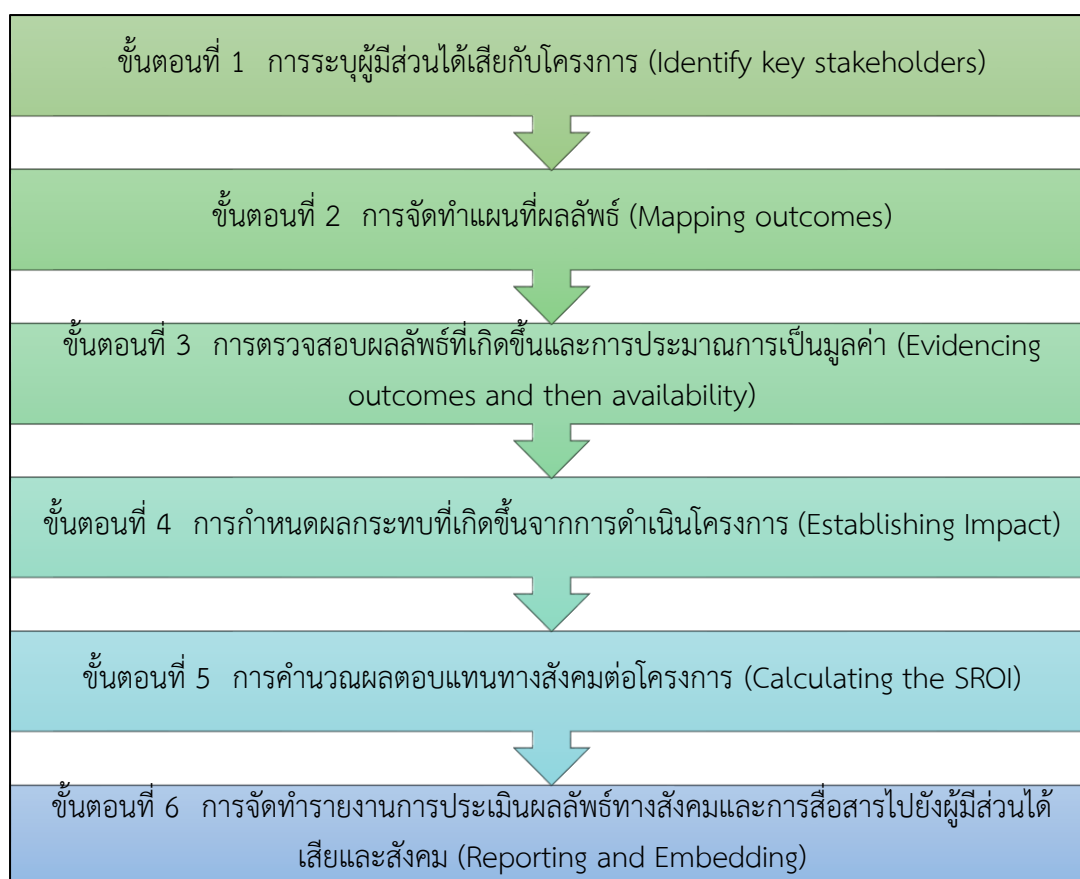
The result of SROI under the Covid-19 management system of the District Health Board (DHB): 6 Case Studies during 2020-2021 with discount rate government bond 3% showed the following results: **1) Song Phi Nong DHB**, Suphan Buri province has SROI of 1.59 times meaning that every one baht invested in the management system of Covid-19 under Song Phi Nong DHB has generated social value of 1.59 baht **2) Mae Sai DHB**, Chiang Rai province has SROI of 2.58 times meaning that every one baht invested in the management system of Covid-19 under Mae Sai DHB has generated social value of 2.58 baht **3) Na Thawi DHB**, Song Khla province has SROI of 2.25 times meaning that every one baht invested in the management system of Covid-19 under Na Thawi DHB has generated social value of 2.25 baht **4) Khon Kaen Muaeng DHB**, Khon Kaen province has SROI of 0.98 times meaning that every one baht invested in the management system of Covid-19 under Khon Kaen Muaeng DHB has generated social value of 0.98 baht **5) Bang Bua Thong DHB**, Nonthaburi province has SROI of 13.59

times meaning that every one baht invested in the management system of Covid-19 under Bang Bua Thong DHB has generated social value of 13.59 baht 6) **Bang Phli DHB**, Samut Prakarn province has SROI of 13.39 times meaning that every one baht invested in the management system of Covid-19 under Bang Bua Thong DHB has generated social value of 13.39 baht, respectively.

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้มีการดำเนินการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยมีเป้าหมายและมีพันธกิจในการดำเนินงานขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ ปัจจุบันได้มีการดำเนินการครบทุกอำเภอครอบคลุมทั้งประเทศจำนวน 878 อำเภอ และ 50 เขตของกรุงเทพมหานคร ในการดำเนินโครงการการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) ของการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่ในการศึกษาจำนวน 6 พื้นที่ ได้แก่ ได้แก่ 1) พชอ.นาทวี จังหวัดสงขลา 2) พชอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย 3) พชอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 4) พชอ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 5) อำเภอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และ 6) พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานตามการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) 6 ขั้นตอน ดังนี้



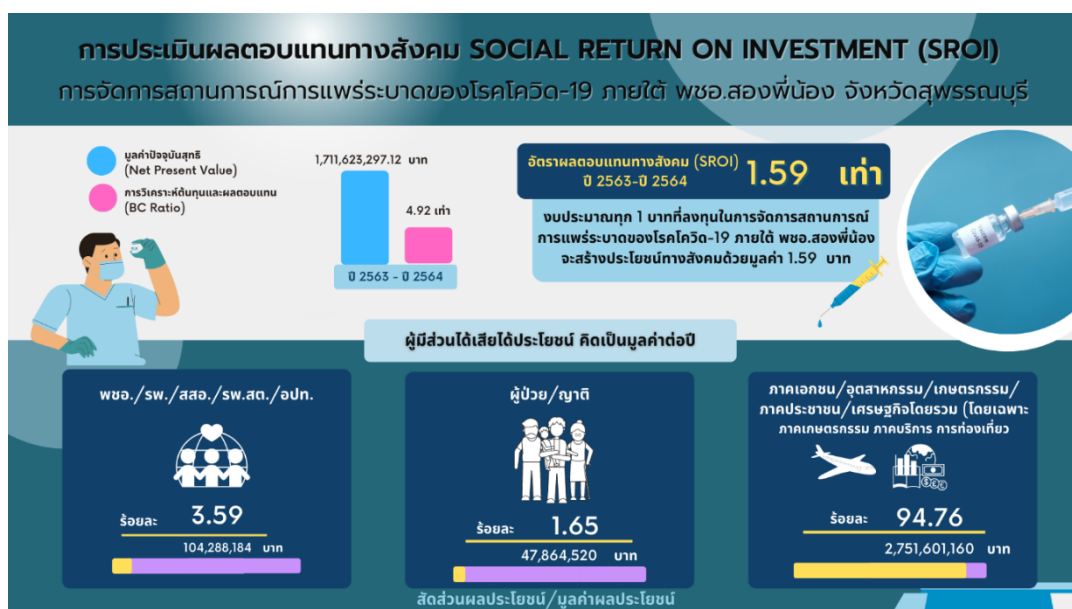


ภาพที่ 1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI)

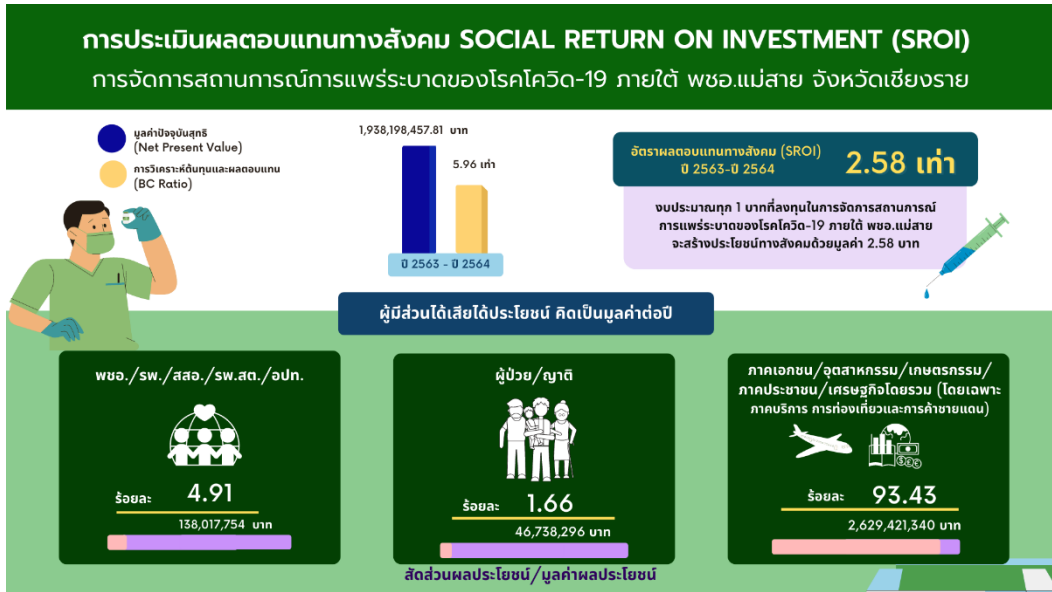
ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้แนวคิดการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยกระบวนการในการศึกษาประกอบไปด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) การจัดสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้เสีย (Focus Group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) และแบบสอบถาม (Questionnaire) ตลอดจนการแปลงคุณค่าทางสังคม (social value) หรือผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการมาเป็นมูลค่าทางการเงิน (financial proxy) ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ด้วยอัตราคิดลดตามพันธบัตรรัฐบาล (Discount Rate) ร้อยละ 3

ผลการศึกษาผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้ อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3 โดยผลการศึกษาทั้ง 6 พื้นที่ มีดังนี้

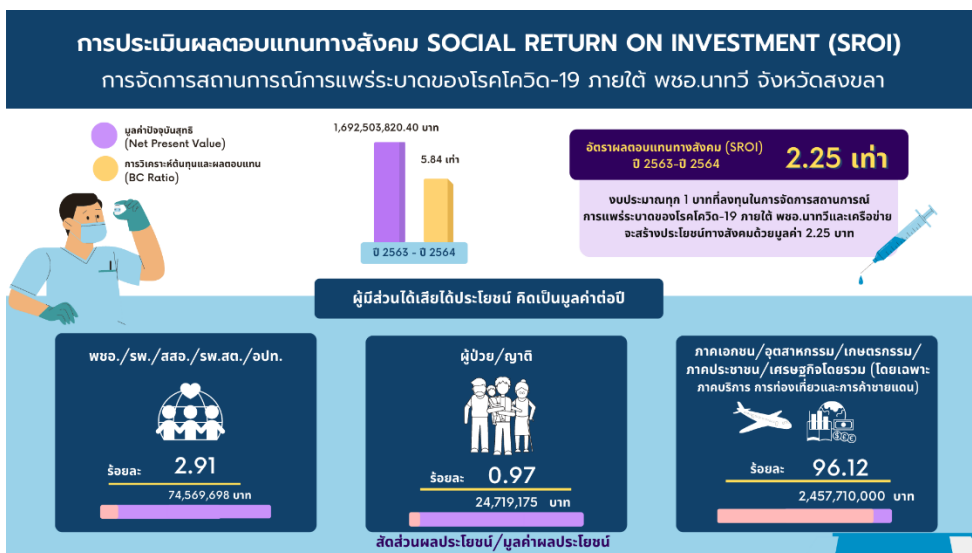
1) พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้ อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 1,711,623,297.12 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 4.92 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 1.59 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.สองพี่น้อง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 1.59 บาท



2) พชอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้ อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 1,938,198,457.81 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 5.96 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 2.58 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.แม่สาย จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.58 บาท



3) พชอ.นาทวี จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่า จะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิตั้งสิ้น 1,692,503,820.40 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 5.84 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 2.25 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการสถานการณการแพระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.นาทวีจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.25 บาท

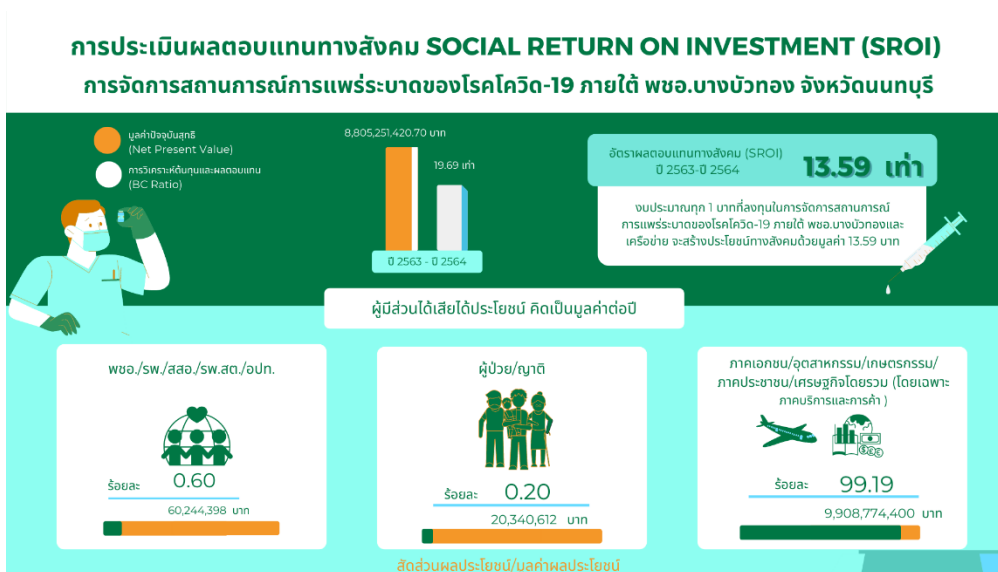


4) พชอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 4,901,038,959.18 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 3.87 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 0.98 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.เมืองขอนแก่น จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 0.98 บาท



5) พชอ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 8,805,251,420.70 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 19.69 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 13.59 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.บางบัวทอง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.59 บาท



6) พชอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 17,560,613,782.10 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 23.44 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 13.39 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.บางพลี จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.39 บาทตามลำดับ



จากโครงการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดำเนินงาน 6 พื้นที่ พบว่าการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ใน 6 พื้นที่ที่มีความแตกต่างกันด้วยเหตุผลปัจจัยหลักใน 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

### ปัจจัยที่ 1 ต้นทุนค่าใช้จ่าย หรืองบประมาณที่ใช้ในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

ต้นทุนค่าใช้จ่าย หรืองบประมาณที่ใช้ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ในการบริหารจัดการโควิด-19 ในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในภาพรวม ดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้ความแตกต่างขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลในการรองรับการเข้ารับบริการของประชาชน จำนวนเตียง (Cohort Ward) ที่รองรับผู้ป่วยโควิด-19 ต้นทุนในส่วนของค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ ต้นทุนค่าลงทุน และค่าใช้จ่ายในการจัดการโควิดในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างในส่วนของต้นทุนนี้ส่งผลต่อการคำนวณ SROI ที่ทำให้ผลของตัวเลขในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

พื้นที่	พชอ.สองพี่น้อง	พชอ.แม่สาย	พชอ.นาทวี	พชอ.เมือง ขอนแก่น	พชอ.บางบัว ทอง	พชอ.บางพลี
ต้นทุนรวม	1,074,311,885	750,552,075	752,832,123.01	4,977,914,495	647,705,417	1,311,702,306

ตารางที่ 1 ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดการโควิดทั้ง 6 พื้นที่

### ปัจจัยที่ 2 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

ในการประเมินผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพชอ. ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการที่นำไปสู่กระบวนการการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) ไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ในส่วนของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโควิด-19 อัตราการหายภายหลังการเข้ารับการรักษาที่เพิ่มขึ้น และอัตราการได้รับวัคซีนที่ส่งผลต่อสถานการณ์ความรุนแรงของโรคลดลง และทำให้เศรษฐกิจ สังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง 3 ส่วนนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการพิจารณาผลลัพธ์และตัวชี้วัดที่จะนำไปสู่การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในรายละเอียดของการแปลงค่าเป็นเงินของผลลัพธ์ในแต่ละพื้นที่นั้นมีปัจจัยที่ทำให้ผลการประเมินมีความแตกต่างกัน ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดและจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ตลอดจนอัตราการหายหลังการรักษาในช่วงปีพ.ศ.2563-2564 ของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้นในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากมาตรการในการจัดการสถานการณ์โค

วิด-19 ทั้ง 6 พื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากขนาดของเศรษฐกิจ จำนวนประชากร ลักษณะการประกอบอาชีพ อัตราค่าแรงขั้นต่ำ และผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ซึ่งนำมาใช้ในการคำนวณการแปลงค่าเป็นเงิน มีความแตกต่างกันทั้ง 6 พื้นที่ ส่งผลให้การคำนวณผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) มีผลที่ได้แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจากการคำนวณผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพขอ.ทั้ง 6 แห่ง พบว่าผลที่ได้มีค่าเป็นบวก ซึ่งแสดงถึงความคุ้มค่าในการลงทุนเมื่อเทียบกับการใช้งบประมาณต่อหน่วย

จากผลการศึกษาทั้ง 6 พื้นที่ พบว่ามีจุดร่วมของ**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** ที่ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมาย ดังนี้

1. การมีกลไกที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการในพื้นที่ ได้แก่ ศปก. EOC การปกครองท้องถิ่น พขอ. ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมคิดร่วมทำอย่างสม่ำเสมอผ่านเวทีการประชุมในกลไกต่างๆ กลไกนี้
2. การมีนโยบายและมาตรการที่เอื้อต่อการทำงานทั้งระดับส่วนกลางและองค์กร ทำให้สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็ว ทัวถึงและมีประสิทธิภาพ
3. การมีภาวะผู้นำที่ดี ทั้งการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยเฉพาะผู้นำในระดับต่างๆ ในพื้นที่ ได้แก่ พขอ. ศปก. โรงพยาบาล องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
4. ผู้นำด้านสุขภาพและบุคลากรทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขมีการทำงานด้านชุมชนมา ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เป็นอย่างดี
5. การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้การบริหารจัดการของ พขอ. ทั้งหน่วยงานทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข การปกครอง และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
6. ศักยภาพ ความเข้มแข็ง และการเสียสละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ท้องถิ่น บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคในชุมชน
7. การพัฒนาทักษะบุคลากร ในการดำเนินงานของภาครัฐมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด มีการพัฒนาทักษะของบุคลากรในหลายภาคส่วน
8. การมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทุกภาคส่วนมีการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง และทรัพยากรอย่างเป็นองค์รวม
9. การมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะภาคเอกชนและภาคประชาชนในการสนับสนุน หน่วยงานภาครัฐและผู้ได้รับผลกระทบ
10. ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และให้ความร่วมมืออันดีกับหน่วยงาน ภาครัฐ ทำให้การดำเนินการต่างๆ ในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

11. การมีมาตรการช่วยเหลือเยียวยาจากภาครัฐ และการส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้

12. การสร้างขวัญกำลังใจอย่างต่อเนื่องทั้งที่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นรูปธรรมของภาครัฐ ส่งผลการทำงานของบุคลากรทุกฝ่ายที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด

จากผลการศึกษา ได้แบ่งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเป็น 2 ส่วนคือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับชาติ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับปฏิบัติการ ดังนี้

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับชาติ

1. ภาครัฐควรจัดทำแผนรับมือในการเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินในภาวะวิกฤตที่ชัดเจนในทุกระดับ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับมือกับโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่

2. ควรมีการสร้างร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ และระดับประเทศในการจัดการดูแลแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะทางด้านสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการเบื้องต้น

3. ควรมีการกำหนดให้มีกลไก พชอ. ในโครงสร้างของคณะกรรมการหลักในการบริหารจัดการสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉินในระดับจังหวัด เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติในระดับพื้นที่ ให้บรรลุตามแผนอย่างมีประสิทธิภาพ และมีกระบวนการดำเนินการที่มีการบูรณาการทุกภาคส่วนอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม

4. การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ควรมีความสอดคล้องกันและถ้ามีการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติควรมีการแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว ตลอดจนในบางกรณีที่คำสั่งมีการใช้ภาษาทางกฎหมาย ควรมีการปรับภาษาให้เข้าใจได้ง่าย เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและลดปัญหาความสับสนของเจ้าหน้าที่ผู้นำไปปฏิบัติ

5. ในการออกนโยบายหรือมาตรการในการควบคุมโรค ควรมีแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากอัตราความรุนแรงของโรค จำนวนผู้ติดเชื้อ มีความแตกต่างกัน เพื่อเป็นการลดผลกระทบจากการบังคับใช้มาตรการและนโยบายต่างๆ ที่มีต่อเศรษฐกิจ สังคม และภาคประชาชน

6. นโยบายเรื่องการจ่ายค่าตอบแทน ควรให้ครอบคลุมทั่วถึงทุกกลุ่ม เช่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรทางการปกครองท้องถิ่น และควรกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำเอกสารที่ไม่เร่งด่วนจนเกินไป ควรมีแนวทางในการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะ เป็นในเรื่องของค่าตอบแทนต่างๆ และควรจะต้องมีการเบิกจ่ายอย่างรวดเร็ว

7. ภาครัฐควรมีแผนในการรับมือกับสถานการณ์การประชาสัมพันธ์ และการตอบสนองต่อข่าวลวง ตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมหรือเทคโนโลยีที่ทันต่อการตอบสนองสถานการณ์ เช่น cofact ที่พัฒนาโดย สสส เป็นต้น



8. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่หรือภารกิจเกี่ยวข้องกับการรับมือกับภาวะฉุกเฉิน เช่น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการตามกล่องภาระกิจต่างๆ ของ EOC เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างทัน่วงที

9. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลให้มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นจำนวนมากในหลายพื้นที่ อย่างไรก็ตามเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดอยู่ในสถานการณ์ที่ดีขึ้น ควรมีแผนในการใช้ประโยชน์หรือส่งต่ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ที่ขาดแคลนเพื่อประโยชน์ในการใช้ทรัพยากรอย่างสูงสุด

10. ควรมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) เข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับรู้และเข้าใจความจำเป็นในการเบิกจ่ายในภาวะฉุกเฉินที่อาจมีความแตกต่างจากสถานการณ์ปกติได้ เพื่อจะได้ให้คำปรึกษาหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และขอเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณตามระเบียบที่กำหนด เพื่อผู้ปฏิบัติจะได้มีแนวทางปฏิบัติที่โปร่งใส มีความชัดเจน และสามารถดำเนินการได้รวดเร็วทันต่อสถานการณ์

11. ควรมีการทบทวนกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ทันต่อสถานการณ์และพร้อมรับมือกับโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต เช่น เกาหลีใต้มีการทบทวนกฎหมายให้ทันต่อสถานการณ์ทางสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป

12. ควรมีการพัฒนาระบบเพื่อติดตามผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงผ่านการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและนวัตกรรมที่มีวิธีการใช้และการเข้าถึงที่ง่าย เช่น เกาหลีใต้มีกระทรวง ICT ในการกำกับดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง พร้อมเปิดเผยข้อมูลสาธารณสุขต่อประชาชนมากขึ้น

13. ควรมีการพัฒนาระบบ teleconsultation ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเข้าถึงกลุ่มคนทุกกลุ่ม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้มากยิ่งขึ้น เช่น สิงคโปร์มีระบบ teleconsultation ที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อและผู้ไม่ติดเชื้อได้ปรึกษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

14. ควรมีการประชาสัมพันธ์ในการรับวัคซีนอย่างต่อเนื่องและการสร้างแรงจูงใจ เช่น ญี่ปุ่นมีการจัดหาวัคซีนคุณภาพสูงให้แก่ประชาชน พร้อมกับทำการประชาสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการระบาดและการกลับมาเป็นซ้ำ

15. ควรมีการส่งเสริมงานวิจัย นวัตกรรม เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ทั้งทางด้านทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และสังคมศาสตร์ให้มากยิ่งขึ้น ตลอดจนการสร้างบัญชีนวัตกรรม เช่น ในญี่ปุ่น รัฐบาลส่งเสริมงบประมาณทางด้านงานวิจัยและพัฒนาที่มากขึ้นหลังจากพบการระบาดของโควิด

16. การส่งเสริมการสร้างความร่วมมือในระดับนานาชาติให้มากยิ่งขึ้นในการเตรียมความพร้อม การสนับสนุน องค์ความรู้ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ เช่น ความร่วมมือของสหภาพยุโรปในการซื้อและจัดหาหน้ากากอนามัย และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

17. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลและแนวทางการรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสายพันธุ์ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับปฏิบัติการ

#### ด้านสาธารณสุข

1. ชุดตรวจโควิด-19 (ATK) ในการแจกชุดตรวจโควิด-19 ควรมีการประสานงานงานกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐในการแจกจ่ายให้กับประชาชน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและงบประมาณของภาครัฐ

2. ยาฟาวิพิราเวียร์ ควรมีการกำหนดแนวทางการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ที่มีความชัดเจน ตลอดจนการสื่อสารและสร้างความเข้าใจให้กับภาคประชาชน

3. วัคซีน ควรมีแนวทางปฏิบัติในเรื่องของการรับวัคซีนที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานได้สอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐในแต่ละช่วงเวลา และลดความขัดแย้งกับประชาชนในพื้นที่

4. วัคซีน ควรมีแนวทางในการสร้างแรงจูงใจในการรับวัคซีนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสื่อสารผ่านภาครัฐ

5. วัคซีน ในการบริหารจัดการวัคซีนทางเลือก ควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีแนวทางในการจัดการวัคซีนทางเลือกให้ทั่วถึงโดยความร่วมมือของทั้ง ภาครัฐ และเอกชน ควรมีการบริหารจัดการที่ลดความเหลื่อมล้ำและประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด

6. ระบบการรักษาที่บ้าน (Home Isolation) ควรมีแนวทางในการปฏิบัติในการบริหารจัดการในแต่ละพื้นที่ เช่น คอนโดมิเนียม หมู่บ้านจัดสรรในเขตเมือง หมู่บ้านในชนบท ชุมชนแออัด เป็นต้น

7. ศูนย์แยกกักตัวในชุมชน community isolation (CI) ควรอยู่บนพื้นฐานตามมาตรฐานของกระทรวงที่กำหนดไว้ให้ได้มากที่สุดตามบริบทและข้อจำกัดด้านทรัพยากรในแต่ละพื้นที่

8. ระบบการบริหารจัดการข้อมูลของผู้ป่วย ควรมีระบบที่เชื่อมต่อและแชร์ข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโควิด เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการจัดการกับข้อมูล และสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ

9. คำสั่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัมาตรการในการรับมือกับโควิด-19 มีคำสั่งจำนวนมากที่ต้องใช้การตีความเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติและการใช้งบประมาณของภาครัฐ ควรมีหน่วยการในการให้ข้อมูล

หรือมีแนวทางปฏิบัติ เพื่อสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยงต่อการนำไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

10. ระบบในการซ้อมแผนใช้รับมือกับโรคอุบัติใหม่ ควรมีการซ้อมแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

11. ควรมีการอบรมเพื่อประเมินความเสี่ยงและคาดการณ์สถานการณ์การระบาด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินสถานการณ์และเตรียมพร้อมรับมือที่ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการระบาดในพื้นที่

### **ด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม**

1. การจัดการขยะติดเชื้อควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ และหน่วยงานรับผิดชอบ ทั้งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมและเฝ้าระวังป้องกันโรค เพื่อให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้มุมมองที่รอบด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเศรษฐกิจ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจและลดการชะงักงันของภาคเศรษฐกิจในระดับท้องถิ่น

3. กลุ่มชาติพันธุ์หรือแรงงานข้ามชาติ ควรมีล่ามที่ช่วยในการสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง จะช่วยให้ลดความกลัวหรือเกิดการหลบหนีลดลงโดยเฉพาะในกลุ่มที่เข้ามาอย่างไม่ถูกกฎหมาย

4. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ในกลุ่มกลุ่มชาติพันธุ์หรือแรงงานข้ามชาติ ควรมีการจัดทำแนวทางการพัฒนารูปแบบของการประสานงานและสนับสนุนจากเครือข่ายในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในอนาคต เช่น การทำงานร่วมกันระหว่าง พชอ. และเครือข่าย ทั้งอาสาสมัครชุมชนท้องถิ่นชายแดน หน่วยงานทางวิชาการ สื่อท้องถิ่น ในการจัดทำสื่อเพื่อให้มีรูปแบบ ภาษา และความน่าสนใจ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หอกระจายข่าว ทางช่องทางวิทยุ ที่ประชาชนในแต่ละกลุ่มสามารถเข้าถึงได้

## สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ.....	1
คำนำ.....	2
บทคัดย่อ.....	3
Abstract.....	5
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	7
<b>บทที่ 1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	4
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
<b>บทที่ 2 ทฤษฎี เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>6</b>
2.1 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
2.2 ตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework).....	39
<b>บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....</b>	<b>41</b>
3.1 วิธีการศึกษาวิจัยและการดำเนินงาน.....	41
3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
3.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	56
3.4 ระยะเวลาการดำเนินงาน.....	56
3.5 แผนการดำเนินงาน (Action Plan).....	57
3.6 สถานที่ทำการวิจัย ทดลอง หรือการเก็บข้อมูล.....	58
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษาการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา.....</b>	<b>64</b>
4.1 ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา.....	64
4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา.....	64

4.1.2	ข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา .....	64
4.1.3	สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา .....	68
4.1.4	โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา .....	69
4.1.5	แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน.....	71
4.2	การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน .....	71
<b>บทที่ 5 ผลการศึกษาการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย.....</b>		<b>116</b>
5.1	ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย.....	116
5.1.1	ข้อมูลพื้นฐานอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย .....	116
5.1.2	ข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ....	117
5.1.3	สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย.....	118
5.1.4	โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย .....	119
5.1.5	แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน.....	122
5.2	การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน .....	122
<b>บทที่ 6 ผลการศึกษาการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.....</b>		<b>164</b>
6.1	ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.....	164
6.1.1	ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น .....	164
6.1.2	ข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น .....	165
6.1.3	สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น .....	167
6.1.4	โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น .....	167
6.1.5	แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน.....	169
6.2	การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน .....	169
<b>บทที่ 7 ผลการศึกษาการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี.....</b>		<b>204</b>
7.1	ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี.....	204

7.1.1 ข้อมูลพื้นฐานอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี .....	204
7.1.2 ข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี	205
7.1.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี .....	205
7.1.4 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี .....	207
7.1.5 แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน.....	209
7.2 การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน .....	209
<b>บทที่ 8 ผลการศึกษาการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ.....</b>	<b>249</b>
8.1 ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ .....	249
8.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ.....	249
8.1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางพลี จ. สมุทรปราการ .....	250
8.1.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในพื้นที่ อำเภอบางพลี จังหวัด สมุทรปราการ .....	251
8.1.4 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ.....	252
8.1.5 แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน.....	254
8.2 การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน .....	255
<b>บทที่ 9 ผลการศึกษาการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี .....</b>	<b>299</b>
9.1 ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี .....	299
9.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี .....	299
9.1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี .....	299
9.1.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในพื้นที่ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัด สุพรรณบุรี .....	301
9.1.4 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี .....	302
9.1.5 แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน.....	304
9.2 การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน .....	304

<b>บทที่ 10</b> สรุปผลการศึกษา ปัจจัยความสำเร็จและข้อเสนอแนะจากการดำเนินโครงการ .....	<b>338</b>
10.1 ผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) ของการรับมือ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) .....	339
10.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการการแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย .....	345
<b>เอกสารอ้างอิง</b> .....	<b>354</b>
<b>ภาคผนวก</b> .....	<b>359</b>
<b>บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ</b> .....	<b>360</b>
<b>การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์</b> .....	<b>372</b>

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดการโควิดทั้ง 6 พื้นที่ .....	13
ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม และวิธีการวัด.....	19
ตารางที่ 3 ผลการทดลองคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด.....	22
ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม และวิธีการวัด.....	25
ตารางที่ 5 ผลการทดลองคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด.....	27
ตารางที่ 6 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม และวิธีการวัด.....	29
ตารางที่ 7 ผลการทดลองคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด.....	31
ตารางที่ 8 การศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนที่เกี่ยวข้อง.....	34
ตารางที่ 9 ตาราง Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย.....	42
ตารางที่ 10 การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม.....	43
ตารางที่ 11 จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมที่ได้รับการยืนยันตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม 2563 – 12 สิงหาคม 2564.....	58
ตารางที่ 12 ผลผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัว (GRP per capita) รายจังหวัดเรียงจากน้อยไปมาก .....	60
ตารางที่ 13 พื้นที่ในการศึกษา 20 จังหวัด .....	62
ตารางที่ 14 ผู้มีส่วนเสียได้กับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และบทบาทที่เกี่ยวข้องของแต่ละกลุ่ม....	72
ตารางที่ 15 การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม.....	73
ตารางที่ 16 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย.....	77
ตารางที่ 17 แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พขอ. นาทวี จ.สงขลา .....	80
ตารางที่ 18 แผนที่ผลลัพธ์ พขอ.นาทวี จังหวัดสงขลา.....	98
ตารางที่ 19 การพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พขอ.นาทวี.....	100
ตารางที่ 20 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พขอ.นาทวี.....	110
ตารางที่ 21 แสดงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.นาทวี) .....	111
ตารางที่ 22 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้ พขอ.นาทวี ในปี 2563-2564.....	112



ตารางที่ 24 สรุปผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.นาทวี .....	114
ตารางที่ 25 ผู้มีส่วนเสียได้กับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และบทบาทที่เกี่ยวข้องของแต่ละกลุ่ม..	123
ตารางที่ 26 การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม.....	124
ตารางที่ 27 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย.....	129
ตารางที่ 28: แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พชอ. แม่ สาย จังหวัดเชียงราย.....	132
ตารางที่ 29 แผนที่ผลลัพธ์ พชอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย .....	145
ตารางที่ 30 ตารางการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พชอ.แม่สาย.....	147
ตารางที่ 31 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและความคุ้มครองโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พชอ.แม่สาย...	158
ตารางที่ 32 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) .....	159
ตารางที่ 33 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้ พชอ.แม่สาย ในปี 2563-2564.....	160
ตารางที่ 34 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์ .....	162
ตารางที่ 35 ผู้มีส่วนเสียได้กับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และบทบาทที่เกี่ยวข้องของแต่ละกลุ่ม..	170
ตารางที่ 36: การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม.....	171
ตารางที่ 37 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย.....	175
ตารางที่ 38 แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พชอ. เมือง ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น .....	178
ตารางที่ 39 ตารางการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พชอ. เมืองขอนแก่น.....	188
ตารางที่ 40 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พชอ.เมืองขอนแก่น .....	198
ตารางที่ 41 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการ .....	199

ตารางที่ 42 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้อำเภอเมืองขอนแก่น ในปี 2563-2564.....	200
ตารางที่ 43 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำเภอเมืองขอนแก่น.....	202
ตารางที่ 44 ผู้มีส่วนเสียได้กับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และบทบาทที่เกี่ยวข้องของแต่ละกลุ่ม..	209
ตารางที่ 45 สรุปบทบาทผู้มีส่วนได้เสียพหุ.บางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี .....	211
ตารางที่ 46 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย.....	214
ตารางที่ 47 แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พหุ. บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี .....	217
ตารางที่ 48 ตารางการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้อำเภอเมืองขอนแก่น.....	231
ตารางที่ 49 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้อำเภอเมืองขอนแก่น.....	243
ตารางที่ 50 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้อำเภอเมืองขอนแก่น.....	244
ตารางที่ 51 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้อำเภอบางบัวทอง ในปี 2563-2564 .....	245
ตารางที่ 52 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำเภอบางบัวทอง.....	247
ตารางที่ 53 บทบาทผู้มีส่วนได้เสีย อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ.....	255
ตารางที่ 54 การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม.....	257
ตารางที่ 55 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย.....	262
ตารางที่ 56: แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พหุ. บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ.....	265
ตารางที่ 57 การพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้อำเภอบางพลี.....	283
ตารางที่ 58 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้อำเภอบางพลี.....	293
ตารางที่ 59 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้อำเภอเมืองขอนแก่น.....	294

ตารางที่ 60 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้ พขอ.บางพลี ในปี 2563-2564.....	295
ตารางที่ 61 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์การ แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.บางพลี .....	297
ตารางที่ 62 ศูนย์พักคอยในพื้นที่ อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี ปี พ.ศ.2564.....	302
ตารางที่ 63 ผู้มีส่วนได้เสีย พขอ.สองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี .....	305
ตารางที่ 64 ประเด็นพิจารณาการวัดผลลัพธ์ทางสังคมของผู้มีส่วนได้เสีย .....	306
ตารางที่ 65 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการเมืองสิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย.....	310
ตารางที่ 66: แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พขอ. สองพี่ น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี.....	312
ตารางที่ 67 แผนที่ผลลัพธ์ พขอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี.....	320
ตารางที่ 68 การพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พขอ.สองพี่น้อง .....	322
ตารางที่ 69 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พขอ.สองพี่น้อง	332
ตารางที่ 70 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.สองพี่ น้อง) .....	333
ตารางที่ 71 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้ พขอ.สองพี่น้อง ในปี 2563-2564 .....	334
ตารางที่ 72 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.สองพี่น้อง.....	336
ตารางที่ 73 ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดการโควิดทั้ง 6 พื้นที่ .....	345

## สารบัญญรูปภาพ

ภาพที่ 1 โมเดลระบบสุขภาพอำเภอ .....	7
ภาพที่ 2 การวิเคราะห์ SROI.....	12
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิด.....	39
ภาพที่ 4 แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ของ SROI ในการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.).....	43
ภาพที่ 5 การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI).....	53
ภาพที่ 6 กระบวนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมกับการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ .....	54
ภาพที่ 7 แผนภาพอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย.....	117
ภาพที่ 8 แผนภาพด้านชายแดนไทย-พม่า 2 ด้าน อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย .....	117
ภาพที่ 9 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย .....	121
ภาพที่ 10 กลไกการขับเคลื่อนพชอ.จังหวัดขอนแก่น .....	166
ภาพที่ 11 แผนภาพอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี .....	204
ภาพที่ 12 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี.....	208
ภาพที่ 13 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ.....	253
ภาพที่ 14 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี .....	303
ภาพที่ 15 ผลการประเมินการตอบสนองทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพชอ.สองพี่น้อง.....	339
ภาพที่ 16 ผลการประเมินการตอบสนองทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพชอ.แม่สาย .....	340
ภาพที่ 17 ผลการประเมินการตอบสนองทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพชอ.นาทวี.....	341
ภาพที่ 18 ผลการประเมินการตอบสนองทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพชอ.เมืองขอนแก่น .....	342
ภาพที่ 19 ผลการประเมินการตอบสนองทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพชอ.บางบัวทอง .....	343

ภาพที่ 20 ผลการประเมินการตอบสนองทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้การ  
ดำเนินงานขอ.บางพลี..... 344

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 หลักการและเหตุผล

จากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 นับเป็น “การระบาดใหญ่” (pandemic) ซึ่งกำลังส่งผลกระทบต่อไปทั่วโลกเป็นวงกว้าง โดยเริ่มต้นจากการมีผู้ติดเชื้อที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และแพร่กระจายไปทั่วโลก อันส่งผลให้เกิดผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ไวรัสโควิด-19 ยังกระทบไปถึงการชะงักงันของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งการยกเลิกเที่ยวบิน การยกเลิกการจองโรงแรม การยกเลิกกิจกรรมต่าง ๆ ลามไปถึงการชะลอการผลิตในภาคอุตสาหกรรมทั่วโลกที่อยู่ภายใต้ระบบห่วงโซ่คุณค่าโลก (Global Value Chain) อันส่งผลต่อเนื่องไปสู่ผลกระทบด้านการค้าและการลงทุนทั้งภายในประเทศ และระหว่างประเทศ นอกจากนี้ยังรวมถึง การที่ประชาชนจะต้องเสียค่าใช้จ่ายกับการป้องกันการติดเชื้อ เช่นการซื้อหน้ากาก หรือเจลล้างมือ รวมไปถึงการที่คนจะต้องมีการกักตัวอยู่กับบ้านจนทำให้ขาดรายได้ ลามไปถึงการเกิดความเครียดและปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้ ในภาคการเงินเอง การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ก็ส่งผลกระทบต่อตลาดหุ้นทั่วโลก รวมไปถึงการที่ประเทศไทยอีกหลายประเทศเลือกที่จะออกมาตรการ “ล็อกดาวน์” (lockdown) ทำให้ผู้คนต้องกักตัวอยู่ในบ้านจนทำให้ขาดรายได้ หรือตกงาน ไม่เพียงเท่านั้น การที่อีกหลายประเทศเลือกที่จะทำการ “ปิดประเทศ” อันทำให้เกิดการถดถอยทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีอาจปฏิเสธได้ว่า การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ครั้งนี้ นับเป็นเป็นวิกฤตการณ์ใหม่ระดับโลก ที่ทุกประเทศต้องเผชิญหน้าและรับมือเพื่อความอยู่รอดของคนในประเทศ

อย่างไรก็ดี นับตั้งแต่การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สายพันธุ์ใหม่ระลอกที่ 3 ในประเทศไทย ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่เดือนเมษายนที่ผ่านมา จนถึงขณะนี้สถานการณ์ยังคงไม่มีแนวโน้มว่าจะคลี่คลายลง และแม้ว่ารัฐบาลจะตั้งเป้าหมายควบคุมสถานการณ์ให้ได้ภายใน 120 วัน เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ด้วยการระดมฉีดวัคซีนเข็มแรกให้ครอบคลุมร้อยละ 50 ของประชากร และรัฐบาลตั้งเป้าจะปูพรมฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้ได้ร้อยละ 70 ภายในสิ้นปี 2564 ให้สำเร็จ แต่ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ติดเชื้อที่รักษาหายในแต่ละวันมีแนวโน้มสูงกว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่แต่ละระดับอยู่ที่หลักพันไปถึงหลักหมื่นคนต่อวัน ซึ่งมาจากสามกลุ่มหลัก คือ กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่จากระบบเฝ้าระวัง การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกในชุมชน และกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยอาการหนักเพิ่ม ผู้ป่วยที่รักษาหายน้อยกว่า ผลของการระบาดระลอกที่ 3 นอกจากยอดการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้นหลายครั้งคือ การทำสถิติใหม่หรือ “New high” ของยอดผู้เสียชีวิต (วัชชิรานนท์ ทองเทพ, 2564) เพื่อป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นมากไปกว่านี้ และเพื่อป้องกันไม่ให้ตัวเลขผู้ติดเชื้อกลับไปแตะที่จุดสูงสุด ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส (ศบค.) จึงมีความ

พยายามที่จะต้องการลดอัตราการเพิ่มของผู้ติดเชื้อ ภายใต้ พ.ร.ก. การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อสกัดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ศบค. จึงมีมติถึงการปรับโซนสีโควิดหรือเรียกว่ามาตรการปรับพื้นที่ และการปรับมาตรการการป้องกันควบคุมโควิด-19 ในแต่ละพื้นที่ ให้มีผลตั้งแต่วันที่ 16 ต.ค. 2564 เป็นต้นไป (ฐานเศรษฐกิจ, 2564)

สำหรับผลกระทบจากการสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และผลกระทบต่อเนื่องจากมาตรการควบคุมพื้นที่ของรัฐ ได้ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงในเชิงเศรษฐกิจที่สำคัญ และตามมาด้วยผลกระทบจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องไปยังอนาคต ธุรกิจและอุตสาหกรรมสาขาที่จะได้รับผลกระทบจากมาตรการหยุดคนมากที่สุดจะเริ่มจากภาคบริการก่อน คือ สาขาที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวจากต่างประเทศ เช่น ธุรกิจการบินทั้งสายการบินนานาชาติ และบริการที่เกี่ยวข้อง โรงแรม ภัตตาคาร สถานที่ท่องเที่ยว และร้านค้าของที่ระลึก สาขาที่เกี่ยวข้องกับมาตรการการหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีผู้คนแออัดหนาแน่น เช่น ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ การแสดงดนตรี การแข่งกีฬา และการคมนาคมขนส่งทั้งในและระหว่างประเทศ (ประชาชาติ, 2563) นักเศรษฐศาสตร์ได้วิเคราะห์ว่า ผลกระทบทางลบจากการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้จะตกกับครอบครัวผู้ที่มีความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ (Vulnerable Families) เป็นหลัก โดยเฉพาะคนยากจนที่ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ เป็นวัน ๆ ซึ่งคนเหล่านี้จะต้องตกงาน สูญเสียรายได้ ข้ำราย คนยากจนเหล่านี้ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้เท่ากับคนที่มีฐานะ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ไม่สามารถวิเคราะห์ได้เพียงด้านใดด้านหนึ่ง เนื่องจากผลกระทบนี้เกิดขึ้นทั้งในเชิงเศรษฐกิจ และผลกระทบหลากหลายในเชิงสังคม รวมถึงผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

จากผลกระทบหลายประการที่เกิดขึ้นจึงนำมาสู่ความท้าทายในการจัดการทางด้านสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าการสาธารณสุขไทยจะมีประวัติศาสตร์อันยาวนาน และช่วยเหลือประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเปราะบาง ทั้งนี้ เมื่อเราพิจารณาพัฒนาการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยาวนานมากกว่า 50 ปี นับจากในปี 1975 เริ่มมีการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในทุกกลุ่มเพิ่มมากขึ้น และปี 2002 มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage หรือ UHC) ทำให้ไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการและมีสิทธิที่จะได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งส่งผลให้ประเทศที่มีอัตราการตายของเด็กลดลงจนเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตามการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้นก็ส่งผลกระทบต่อลดรายจ่ายจากรักษาพยาบาลจากรู้ออกของภาคประชาชนลดลง (out-of-pocket) การล้มละลายทางการเงินจากรักษาพยาบาล (catastrophic health spending) และความยากจนลงจากรักษาพยาบาล (medical impoverishment) แต่ในขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่เกิดขึ้นจากรักษาสาธารณสุขกลับเพิ่มตัวสูงขึ้น ทำให้รัฐต้องเผชิญกับความท้าทายจากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีของประชาชนที่เกิดจากการเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ การป้องกันโรคเมตาบอลิกและหรือการลดโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคเหล่านั้น การลดอัตราการตายและทุพพลภาพที่เกิดจากอุบัติเหตุ หรือแม้กระทั่งโรคที่อุบัติซ้ำหรืออุบัติใหม่

(Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Panichkriangkrai, Patcharanarumol, & Mills, 2018) ดังนั้นความสำเร็จและความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือประเทศที่มีรายได้ปานกลางเช่นประเทศไทยนับว่าเป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับผู้กำหนดนโยบาย โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ครั้งนี้

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) เป็นวิธีการที่ช่วยองค์กรในการทำความเข้าใจ และหาขนาดของมูลค่าทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ โดยที่องค์กรตั้งขึ้นเพื่อผลลัพธ์ทางสังคม แนวคิด SROI นั้นประยุกต์มาจากแนวคิดเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม และการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ (cost-benefit analysis) ซึ่งเป็นแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิมที่เป็นการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางการเงินจากการลงทุน เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพทางการเงินทั่วไป เปรียบเทียบกับประสิทธิภาพของการลงทุนผ่านอัตราส่วนหรือเปอร์เซ็นต์ โดยไม่ได้คำนึงถึงผลตอบแทนทางสังคมอื่นๆ การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) เป็นการประเมินที่ครอบคลุมมูลค่าทางสังคมทั้งผลลัพธ์ที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน เป็นวิธีการวัดมูลค่าทางเศรษฐกิจของผลประโยชน์ทางสังคมด้วยการนำผลตอบแทนทางสังคมในเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพที่องค์กรได้สร้างขึ้นมาแปลงค่าเป็นตัวเงิน โดยใช้การวัดตัวเงินแบบคิดลด (discounted monetized measurement) ของมูลค่าทางสังคมที่องค์กรได้สร้างขึ้น และคำนวณหาเปรียบเทียบกับมูลค่าทางการเงินของต้นทุนที่ใช้ไปในการดำเนินกิจการขององค์กร เพื่อช่วยในการประเมินว่าโครงการหรือการลงทุนนั้น มีความคุ้มค่าหรือไม่ (Rotheroe & Richards, 2007; Carleton Centre for Community Innovation, 2008; Sabina, 2010; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559 และโชติกา ภาชีผล, 2560) นอกจากนี้ การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment) หรือ SROI เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินค่าเพื่อวางแผนโครงการในอนาคต หรือทบทวนโครงการในอดีต SROI มีจุดเด่น คือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในระหว่างการวิเคราะห์ที่มีความเกี่ยวข้องกัน ในหลายขั้นตอน เช่น การตัดสินใจเลือกผลลัพธ์ (Outcomes) การสร้างแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome mapping) การเลือกมูลค่าตัวแทนทางการเงิน (Financial Proxies) และสัดส่วนความเป็นเจ้าของผลงาน (Attribution Proportion)

ในการดำเนินการวิจัยในการประเมินผลกระทบตามแนวทางการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในครั้งนี้ ใช้การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม โดยพัฒนามาจากกรอบทฤษฎีการสร้างการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) เพื่อประเมินผลกระทบในโครงการที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการ สู่การตอบโจทยการวัดประสิทธิภาพของการทำงานที่ได้สะท้อนจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผ่านการรายงานการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมในโครงการต่างๆ เพื่อการบรรลุเป้าหมายของสุขภาวะ คุณภาพชีวิต และคนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน บนพื้นฐานของการส่งเสริมให้มี ภาวะการนำร่วม (Collective Leadership) การบูรณาการ (Integration) และการมีส่วนร่วมจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน (Participation) ในพื้นที่ สู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยการปรับกระบวนการทัศน์จากมิติ



การลงทุนเพื่อผลตอบแทนทางการเงินสู่การคำนึงคุณค่าทางสังคมควบคู่กับคุณค่าทางเศรษฐกิจและผลการดำเนินงานของโครงการ โดยมีหลักการประเมินคือ (Principle of SROI) คือ 1) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Involve Stakeholders) 2) เข้าใจสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง (Understand what changes) 3) ใช้ค่าแทนทางการเงินที่ค่าผลสำคัญ (Value the thing that matter) 4) รวมเฉพาะสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ (Only include what is material) 5) ไม่กล่าวอ้างเกินจริง (Do not over-claim) 6) เน้นความโปร่งใส (Be transparent) และ 7) พร้อมรับการตรวจสอบ (Verify the result) นอกจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return On Investment: SROI) การขับเคลื่อนการดำเนินงานในโครงการต่างๆ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนต่อไป

ดังนั้น ในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน การบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับอำเภอ ภายใต้การขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในโครงการนี้จะดำเนินการประเมินการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อนำผลที่ได้เป็นตัวแทนในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) ของการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- 2) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน

## 1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ด้านนโยบาย การนำความรู้จากงานวิจัยไปใช้ในกระบวนการกำหนดนโยบาย ซึ่งนโยบายหมายถึงหลักการ แนวทาง กลยุทธ์ ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ อาจเป็นนโยบายระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น หรือระดับหน่วยงาน นโยบายที่ดีจะต้องประกอบด้วยวัตถุประสงค์ แนวทาง และกลไกในการดำเนินงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการใช้ประโยชน์ด้านนโยบาย รวมทั้งการนำองค์ความรู้ไปสังเคราะห์เป็นนโยบายหรือทางเลือกเชิงนโยบาย (Policy options) แล้วนำนโยบายนั้นไปสู่ผู้ใช้ประโยชน์

2) **ด้านสาธารณะ** การดำเนินงานเพื่อนำผลงานวิจัยและนวัตกรรมไปใช้ในวงกว้างเพื่อประโยชน์ของสังคมและประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนวิถีคิด พฤติกรรม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน สร้างสังคมคุณภาพ และส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม

3) **ด้านพาณิชย์** เป็นผลงานวิจัยที่เน้นสร้างนวัตกรรม เทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ใหม่ไปสู่การผลิตเชิงพาณิชย์ และลดการนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม และการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการผลิตและการบริการ

4) **ด้านชุมชนและพื้นที่** การนำกระบวนการ วิธีการ องค์ความรู้ การเปลี่ยนแปลง การเสริมพลัง อันเป็นผลกระทบที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น พื้นที่ ไปใช้ประโยชน์ต่อชุมชน ท้องถิ่น และสังคมอื่น

5) **ด้านวิชาการ** การนำองค์ความรู้จากผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น ผลงานตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ ระดับชาติ หนังสือ ตำรา บทเรียน ไปเป็นประโยชน์ด้านวิชาการ การเรียนรู้ การเรียนการสอน ในวงนักวิชาการและผู้สนใจด้านวิชาการ รวมถึงการนำผลงานวิจัยไปวิจัยต่อยอด หรือการนำไปสู่ product และ process ไปใช้ในการเสริมสร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยี

## บทที่ 2

### ทฤษฎี เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

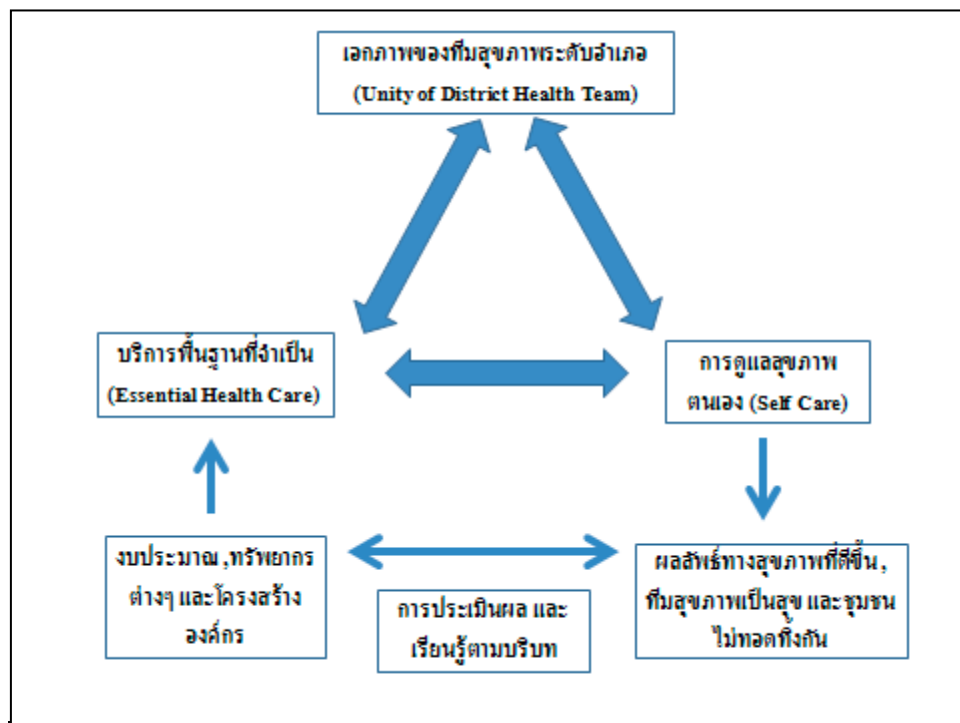
#### 2.1 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ปัจจุบันประเทศไทยสามารถจัดระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมให้แก่ประชาชนไทยกว่าร้อยละ 90 ทำให้ประชาชนไทยสามารถสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเพิ่ม ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าสัดส่วนรายจ่ายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จะเพิ่มจากร้อยละ 12.70 ของรายจ่ายรวมภาครัฐ ในปี พ.ศ. 2561 เป็น ร้อยละ 16.51 ในอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า รายจ่ายของภาครัฐที่เพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นถึงภาระที่รัฐบาลต้องแบกรับที่ตื้อตัวสูงขึ้นในแต่ละปี อาจกล่าวได้ว่าเป็นการคุกคามต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้อุปสรรคต่อการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพที่สำคัญประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ หลายประการ เช่น ประชาชนจำนวนมากมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพในการมารับบริการการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพยังไม่เป็นที่รู้จักและให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่า การดูแลสุขภาพแต่ต้นทาง ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้รับการฝึกอบรมที่เน้นเรื่องการรักษาเป็นหลักทำให้มีทัศนคติและแนวคิดในกรอบของการรักษาพยาบาลเป็นหลักในขณะที่การบริหารจัดการด้านสุขภาพควรดำเนินการร่วมกับเครือข่ายด้านสุขภาพในทุกภาคส่วนรวมทั้งภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม อีกทั้งที่ผ่านมาการบริหารจัดการของรัฐในระบบสุขภาพไทยเป็นแบบรวมอำนาจ (Centralized decision making) ไม่ยืดหยุ่น และผูกขาด (Tejativaddhana, 2017; นักนายกรัฐมนตรี้, 2561)

ระบบพัฒนาสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นและเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี 2007 เป็นองค์การพหุภาคีหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงและการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต มีระบบการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายทางด้านสุขภาพที่เข้มแข็งขึ้นเพื่อให้สามารถรับมือกับความท้าทายใหม่ๆ ทางด้านสุขภาพได้ดีขึ้น พัฒนาคุณภาพของระบบการให้บริการด้านสุขภาพ เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการรวมทั้งความสุขของบุคลากรด้านสุขภาพในการทำงาน ทำให้การดูแลสุขภาพประชาชนในระบบบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็งและมีคุณภาพ ทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งเป็นการกระจายระบบบริการที่มีคุณภาพลงสู่ประชาชน ครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U: Unity District Health Team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (C: Community Participation) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (A: Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (R:

Resource Sharing and Human Development) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (E: Essential Care) (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557; Tejavivaddhana, 2017) ตามรูปแบบโมเดลสุขภาพอำเภอ ตามแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลระบบสุขภาพอำเภอ

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557

รายละเอียดตัวชี้วัดระดับกระทรวง ปี 2561

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการณ้นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยมีตัวชี้วัดผลการดำเนินการ ดังนี้

("รายละเอียดตัวชี้วัดระดับกระทรวง ปี 2561," 2019)

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง
3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit) และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA

#### มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Standards)

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system - DHS) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพและสร้างสุขภาวะในระดับพื้นที่ และเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยบูรณาการแผนงานด้านสุขภาพที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งแผนงานที่มาจากส่วนกลางและเกิดจากการริเริ่มของพื้นที่เอง โดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง มาตรฐานของระบบสุขภาพระดับอำเภอมีทั้งหมด 10 หมวด ดังนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560)

1. การนำ
2. การบริหารแผนกลยุทธ์
3. การมุ่งเน้นผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่ และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ
4. การจัดการความรู้ การวัดและวิเคราะห์ การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสาร
5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
6. การจัดการกระบวนการ
7. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
8. การทำงานกับชุมชน
9. การดูแลผู้ป่วย
10. ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ

#### พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการ สุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน โดยมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

## คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วย

(1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ

(2) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา อธิบดีกรมบัญชีกลาง เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3) กรรมการซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนหนึ่งคน ผู้บริหารเทศบาล จำนวนหนึ่งคน ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวนหนึ่งคน และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง จำนวนหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

(4) กรรมการซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนหนึ่งคน ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนหนึ่งคน และผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนหนึ่งคน โดยให้ผู้อำนวยการหรือผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

(5) กรรมการซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวนหนึ่งคน และสาธารณสุขอำเภอ จำนวนหนึ่งคน โดยให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอแล้วแต่กรณี คัดเลือกกันเอง

(6) กรรมการซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนหนึ่งคน และแต่งตั้งจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จำนวนหนึ่งคน โดยให้ผู้ดำเนินการขอสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี คัดเลือกกันเอง

(7) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนสี่คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการสาธารณสุข และด้านการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้านละหนึ่งคน และแต่งตั้งจากผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช้เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพ โดยการคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสองคน ให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการ

นอกจากนี้ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562 เครื่องมือสำคัญขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุข ดังนี้ (ยงยศ ธรรมวุฒิ, 2562) 1) ส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรงทุกช่วงวัยและลดการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งการจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน ตรงกับหลักการและเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค 2) การจัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวช

ศาสตร์ครอบครัวดูแลอย่างทั่วถึง ตรงกับเจตนารมณ์ของ พรบ.ฯ ที่ต้องการให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติงานอย่างเชื่อมโยงเป็นทีมร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมไปกับการเชื่อมโยงกับทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งตามปกติจะปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ. เกือบทุกแห่ง ทั้งนี้การให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานอย่างเชื่อมโยงในลักษณะดังกล่าว จะเกิดผลดีกับการดูแลสุขภาพของประชาชน 3) การพัฒนาและการยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้านควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ตามกลไกของ พรบ.ฯ ฉบับนี้ จะมี อสม.ร่วมเป็นคณะที่ดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เรียกว่า คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ทีมหมอครอบครัว) โดยในส่วนของ การใช้เทคโนโลยี กลไกของ พรบ.จะมีการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดการข้อมูลสุขภาพ ซึ่งจะเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญ ในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์เข้ามาช่วยดูแลสุขภาพ เช่น การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทุกระดับผ่าน National Digital ID เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลทางการแพทย์ในทุกระดับ รวมถึงการใช้ Telemedicine หรือ Teleconsultation เพื่อใช้สื่อสารออนไลน์ในหน่วยบริการปฐมภูมิและภายในชุมชน เช่น PCC link และ Private Chat ในการดูแลสุขภาพระหว่างประชาชนกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือระหว่าง อสม.กับ ทีมหมอครอบครัว และ 4) ยกระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีศักยภาพสูงขึ้นนั้น มีการส่งเสริมและพัฒนาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสามารถเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัตินี้ เช่น การพัฒนาคุณภาพซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่า รพ.สต.ติดตาม เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพและได้มีการขับเคลื่อน การให้มีแพทย์ลงไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. เพื่อการเชื่อมโยงและลงดูแลประชาชนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

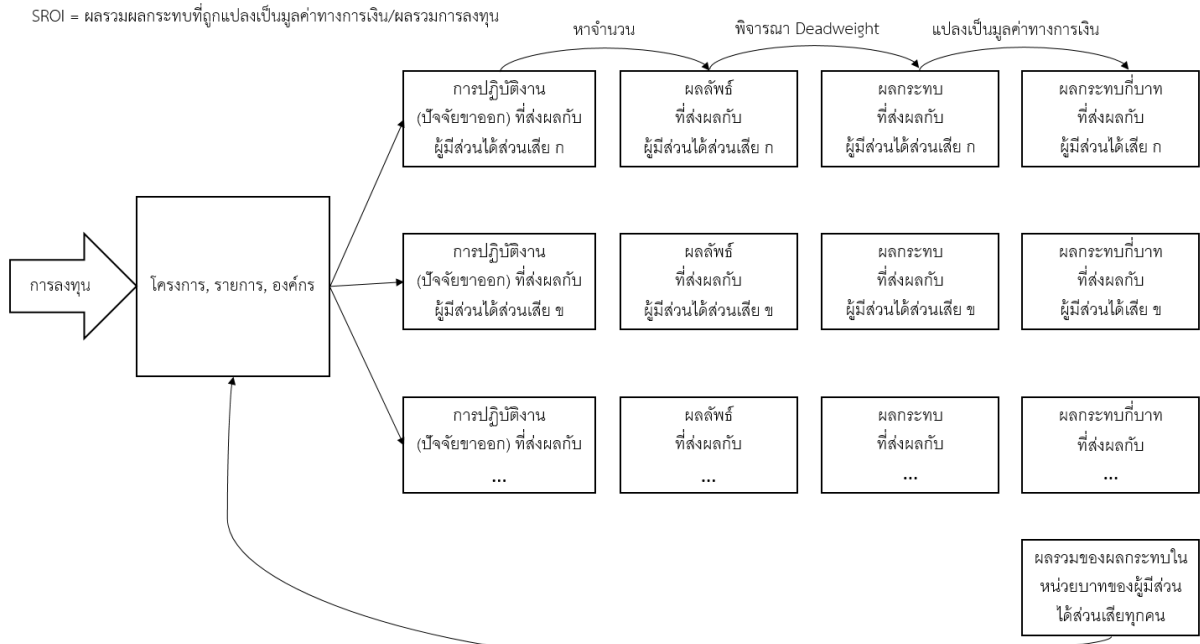
## 2) การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI)

ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในหลากหลายประเทศ โดยมีจุดเริ่มต้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ขยายมาสู่ภูมิภาคยุโรป และได้ลงหลักปักฐานที่ประเทศสหราชอาณาจักร (สำนักยุทธศาสตร์และการขับเคลื่อน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562) SROI มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานหรือโครงการนั้นๆต่อสังคม โดยเฉพาะโครงการทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพที่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะต้องใช้ทรัพยากรสาธารณะให้เกิดความคุ้มค่าในการดำเนินงานในแต่ละโครงการ Banke-Thomas, Madaj, Cherles, and Van Den Broek (2015) ได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำ SROI ไปประยุกต์ใช้ในบริบทสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยพบว่างานศึกษาที่เกี่ยวข้อง ถูกพบได้ทั้งในประเทศที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำถึงปานกลาง และครอบคลุมในมิติที่หลากหลาย ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านสุขภาพจิต ด้านสุขภาวะทางเพศ ด้านสุขภาวะเด็ก ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการสุขภาพ ด้านสุขศึกษา และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม กล่าวได้ว่า SROI สามารถถูกนำไปประยุกต์ใช้กับระบบโครงการบริการสุขภาพได้หลายมิติ งานวิจัยดังกล่าวยังชี้ให้เห็นถึงการผสมผสานการใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณในการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำ SROI

จากจุดเด่นของเครื่องมือ SROI ที่ได้กล่าวในเบื้องต้นถึงความสามารถในการแปลงผลลัพธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมในอยู่ในลักษณะตัวเลขทางการเงิน ทำให้สามารถจับต้องได้และเกิดความง่ายในการนำไปใช้ ประกอบการตัดสินใจ ประกอบกับการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพประกอบในกระบวนการ ทำให้ได้รายละเอียดที่ไม่สามารถได้จากวิธีการเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว SROI ได้รับความนิยมนในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับโครงการทางสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ยกตัวอย่างเช่น Sarah Weld and the UWE SROI Research Group (2015) ได้ใช้ SROI ในการประเมินโครงการ For all healthy living healthy connections ซึ่งเป็นโครงการที่มุ่งที่จะพัฒนาสุขภาพทางจิต ความเป็นอยู่ และการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้เข้าร่วมโครงการ ผ่านการสังเกตการณ์ตัวโครงการและสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากงานดังกล่าวทำให้ทราบว่าทุกๆปอนด์ที่ลงทุนไปส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสังคม 2.73 ปอนด์ (SROI มีค่าเท่ากับ 2.73) นอกจากนี้การวิจัยเชิงคุณภาพยังแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการในลักษณะอื่น เช่น ความรู้สึกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ความกังวลลดลง ความรู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคมลดลง ตลอดจนผลลัพธ์ระยะยาว เช่น ปัญหาทางบ้านที่ลดลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้น เป็นต้น ในประเทศไทยกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2557) ได้นำ SROI มาประเมินความคุ้มค่าในการดำเนินงานที่สำคัญใน 7 ด้านได้แก่ 1) ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ 2) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 3) ด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย 4) ด้านการบริโภคอาหาร 5) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค 6) ด้านผู้พิการและผู้สูงอายุ และ 7) ด้านเด็กและเยาวชน เพื่อที่จะนำมาใช้เป็นปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุผลผลิตและผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ตลอดจนสะท้อนให้เห็นถึงมูลค่าทางสังคมจากการลงทุนของสสส. จากการศึกษาพบว่าผลตอบแทนทางสังคมในแต่ละด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 2.95 ถึง 130 และผลดังกล่าวจะถูกนำไปใช้ในการติดตามการลงทุนและปรับปรุงการลงทุนในอนาคตต่อไป

ขอบเขตการวิเคราะห์ SROI ถือเป็นแบบจำลองที่แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลสำหรับโครงการรายการ หรือ องค์กร ทั้งนี้ผลกระทบจะถูกระบุและวัดในระดับห่วงโซ่บุคคล และแปลงเป็นหน่วยทางการเงินกับเงินที่ได้ลงทุนไป ดังแสดงในแผนภาพด้านล่าง (Then et al. 2017)





ภาพที่ 2 การวิเคราะห์ SROI

ที่มา: Then et al. 2017

โดยผลลัพธ์จะถูกแสดงในลักษณะผลรวมค่าตัวเลข SROI เริ่มจากผลรวมของเงินมีการไหลเข้าไปสู่องค์กรนั้นๆ จะถูกนำไปวิเคราะห์ ยกตัวอย่างเช่น สถานที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่แสวงหากำไร จากเงินที่ไหลเข้ามาสู่องค์กรจำนวนนี้ ทำให้เกิดการบริการ สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายๆ กลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ที่ต้องการดูแลเอาใจใส่ เป็นจำนวนชั่วโมงก็ชั่วโมง ซึ่งถือเป็นการกระทำที่เป็นรูปธรรมสำหรับผู้มีส่วนได้เสียที่ถูกดูแล (Performance/Output)

การกระทำดังกล่าวยังส่งผลให้ผู้ได้รับบริการเกิดสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังส่งไปผู้มีส่วนได้เสียอีกกลุ่ม ได้แก่ครอบครัวของผู้ที่มารับการดูแล เกิดความบรรเทาจิตใจ และโอกาสที่จะกลับไปทำงาน นับเป็นผลกระทบ (Impact) เกิดการระบุและหาจำนวนที่เกี่ยวข้อง เช่น มีกี่สมาชิกครอบครัวที่สามารถกลับไปทำงานได้เมื่อมีศูนย์ดูแลเกิดขึ้น ผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นจะถูกแปลงเป็นมูลค่าทางการเงิน ซึ่งมีความท้าทายในการประเมินต่างกันไป เช่น ถ้าเป็นงานที่ได้รับค่าตอบแทนจะสามารถประเมินได้เลย ในขณะที่การบรรเทาจิตใจอาจมีความท้าทายในการประเมิน เป็นต้น

อย่างไรก็ตามระหว่างกระบวนการระบุผลกระทบ หาจำนวนที่เกี่ยวข้อง และการแปลงเป็นมูลค่าทางการเงิน ต้องคำนึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นแม้จะไม่มีแทรกแซง เช่น ถ้าไม่มีศูนย์ดูแล ก็อาจจะจะมีทางเลือกอื่นที่สามารถบรรเทาจิตใจ และช่วยให้ผู้ดูแลกลับไปทำงานได้ ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถนำคุณลักษณะเหล่านี้ไปใส่ในผลกระทบของกลุ่มบุคคลผู้ดูแลดังกล่าวได้

ทั้งนี้ SROI มีความแตกต่างจากวิธีการอื่นดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐกิจ (Economic Impact Analysis) ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการวัดผลกระทบ ทั้งนี้มีจุดประสงค์หลักเพื่อทำการรวบรวมต้นทุนในการวิเคราะห์การแทรกแซง แนวคิดด้านต้นทุนนี้จะมุ่งเน้นไปที่ต้นทุนด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ทรัพยากรทางการเงินที่ลงทุนไปในการแทรกแซง และต้นทุนเสียโอกาสจะถูกพิจารณาในด้านของผลกระทบ (Impact) ทั้งนี้การประเมินสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะได้แก่ 1) การวิเคราะห์ต้นทุน (Cost Analysis) 2) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) 3) การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis: CUA) 4) การวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ (Cost-Benefit Analysis: CBA)

โดยการวิเคราะห์ต้นทุนจะเน้นไปที่ปัจจัยนำเข้าเพียงอย่างเดียว และต้นทุนการแทรกแซงจะถูกเปรียบเทียบ ในขณะที่มุมมองด้านผลกระทบจะไม่ได้ถูกมุ่งเน้นหรือพิจารณา ในขณะที่ CEA และ CUA จะเน้นต้นทุนของการแทรกแซงและความสัมพันธ์กับผลกระทบที่เกิดขึ้น โดย CEA ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะถูกวัดในหน่วยธรรมชาติ (Natural unit) โดยงานที่ผ่านมา เช่น การศึกษาความคุ้มค่าของการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 3 แห่ง (สุกัลยา เลิศล้ำ และ คณະ, 2541) ในขณะที่ CUA ผลกระทบจะแสดงออกมาในรูปอรรถประโยชน์ (Utility Value) CUA ยังถูกใช้กันอย่างแพร่หลายในวงการการแพทย์ ยกตัวอย่างเช่น การประเมินความเต็มใจที่จะจ่ายต่อปีสุขภาพ (WTP/QALY) เพื่อนำมาประกอบเป็นเกณฑ์เขตความคุ้มค่าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และนโยบายสาธารณสุขในประเทศไทย (มนตร์ธม และ คณະ, 2552) การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการใช้ยาในโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคมะเร็งเต้านม และโรคกระดูกพรุน (อุซาวดี และ คณະ, 2555) การประเมินความคุ้มค่าการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีเพื่อประเมินปีสุขภาพและผลกระทบทางงบประมาณ (นริสา และ คณະ, 2556) การประเมินต้นทุนประสิทธิผลการให้บริการยาลดไขมันเลือดโดยเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนเวลาชีวิตกับปีสุขภาพ (สุรศักดิ์ และ ปิยะ, 2558) เป็นต้น

ในขณะที่ CBA จะเกี่ยวข้องกับการระบุการแทรกแซง เพื่อที่จะหาจำนวนและแปลงผลกระทบแสดงมูลค่าในลักษณะทางการเงิน ทั้งนี้วิธีการ CBA มีความใกล้เคียงกับการวิเคราะห์ SROI แต่มีแตกต่างในขอบเขตของผลกระทบที่จะถูกพิจารณา โดย CBA จะมองผลกระทบในลักษณะที่แคบกว่า ทั้งนี้จะมุ่งไปที่ ผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตัวอย่างการศึกษาที่ผ่านมา การวิเคราะห์ผลได้ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเปรียบเทียบกับบริการที่โรงพยาบาลในปัจจุบัน (สุรสิทธิ์ และ คณະ, 2650)) ทั้งนี้ผลกระทบทางสังคม ทางการเมือง ทางวัฒนธรรม จะไม่ถูกพิจารณา หรือถูกพิจารณาในวงจำกัด นอกจากนี้ SROI ยังมุ่งเน้นการลงทุนและความแตกต่างระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

นอกจากการวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐกิจแล้ว การพิจารณาผลกระทบทางสังคมยังมีอยู่ในลักษณะการรายงานผลกระทบทางสังคม (Social Impact Reporting) การบันทึกบัญชีทางสังคม (Social Accounting) และรายงานการประเมินความยั่งยืน (Sustainability Rating reporting) โดยในการบัญชีได้มีการกล่าวถึงผลกระทบทางสังคม โดยได้มีการบูรณาการนำผลกระทบที่ไม่ใช่ผลกระทบทางการเงินเข้าไปใน

บัญชี ส่วนมาตรฐานการรายงานความยั่งยืน เช่น Global Reporting Initiative (GRI) ซึ่งพยายามที่จะนำผลปฏิบัติการและผลกระทบเชิงสิ่งแวดล้อมและสังคมเข้าไปในรายงาน กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นมาตรฐานในการรายงานผลทางสังคม เช่น Social Reporting Standards (SRS) กรอบแนวคิดที่นิยมกระบวนการ เช่น Social Accounting and Auditing (SAA) ส่วนหน่วยงานที่จัดอันดับความยั่งยืน เช่น oekom AG และ Dow Jones Sustainability World Index (DJSI World) เป็นต้น

ทั้งนี้การวิเคราะห์ SROI มีความแตกต่างจากรายงานที่ได้กล่าวไป ประการแรก SROI เน้นที่ผลกระทบ ประการที่สองคือการเน้นที่กระบวนการทางด้านสังคมศาสตร์ และประการที่สามคือการมุ่งเน้นไปที่ตัวบ่งชี้เพียงตัวเดียว

นอกจากทางบัญชีและการรายงานผลแล้ว การวัดผลกระทบ (Impact Measurement) และผลกระทบทางสังคม (Social Impact) จะเป็นรูปแบบที่เน้นการในด้านความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์วัดผลกระทบ เช่น กรอบเหตุผลสัมพันธ์ (Logical Framework) แผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping/Method for Impact Assessment of Programmes and Projects (MAPP)) เช่น การใช้แผนที่ผลลัพธ์ในการสร้างเครือข่ายโครงการจัดการความรู้กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง (อนุวัฒน์ และ คณะ, 2553) เป็นต้น โดย SROI จะมีความใกล้เคียงกับแนวคิดพื้นฐานของ Logical Framework Approach อย่างไรก็ตาม SROI จะมีมิติในการดูผลกระทบที่กว้างกว่า

ดังที่ได้กล่าวในเบื้องต้น SROI จะถูกนำไปใช้เพื่อวัดมูลค่าเพิ่มที่เกิดขึ้นทางสังคมที่เกิดจากการแทรกแซงต่างๆ โดยขอบเขตการวิเคราะห์ จะกระทำผ่านแบบจำลองผลกระทบที่แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ของโครงการ รายการ หรือองค์กร ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะถูกระบุ ถูกวัด และแปลงเป็นมูลค่าทางการเงินถ้าเหมาะสม แสดงผลกระทบที่ถูกแปลงให้อยู่ในมูลค่าทางการเงิน และเทียบกับสิ่งที่ถูกนำเข้า

ทั้งนี้ SROI จะมุ่งเน้นที่ผลกระทบ การวัดผล การวิเคราะห์ และการแสดงผล ซึ่งมีความหมายมากกว่าการแสดงให้เห็นผลที่เกิดขึ้น โดยจะมุ่งเน้นผลที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาเชิงบวกต่อสังคม และเน้นไปที่สิ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการแทรกแซง ไม่ได้พยายามมุ่งที่จะเปลี่ยนทุกอย่างเป็นมูลค่าทางการเงิน แต่ใช้เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการวัด และแปลงผลกระทบเป็นมูลค่าทางการเงินในเชิงความสัมพันธ์ ทำให้เข้าใจถึงความเกี่ยวข้อง และระบุผลลัพธ์ที่เกิดจากคุณลักษณะต่างๆ

ผลกระทบที่เกิดจากตัวเลขทางเศรษฐกิจอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับการวัดประสิทธิภาพของการลงทุนเพื่อพัฒนาสังคม และการแสดงผลกระทบดังกล่าวผ่านการอธิบายในรูปมูลค่าทางการเงินก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และเที่ยงตรงมากยิ่งขึ้น การทราบถึงกระบวนการเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร ส่งผลให้เกิดการพัฒนาด้านการใช้ทรัพยากร พันธกิจ กลยุทธ์ ผู้มีส่วนได้เสีย

ทั้งนี้การแปลงเป็นมูลค่าทางการเงิน (Monetisation) เป็นวิธีการในการรวบรวมผลรวมที่มีความหลากหลายของผลกระทบที่เกิดจากทั้ง การแทรกแซงจากโครงการ จากรายการ หรือจากตัวองค์กร ผ่านการดู

ความสัมพันธ์กับปัจจัยนำเข้าที่ใส่เข้าไป ทำให้สามารถเปรียบเทียบได้ทั้งทางด้านปัจจัยนำเข้า และผลกระทบ ทั้งนี้ถ้าปัจจัยนำเข้าที่มีมูลค่าสูงจะส่งผลให้เกิดค่า SROI ที่ต่ำ และถ้าปัจจัยนำเข้ามีค่าต่ำจะส่งผลให้ค่า SROI มีค่าสูง นอกจากนี้ถ้าผลรวมของผลกระทบออกมาในลักษณะที่เป็นบวกจะส่งผลให้ค่า SROI มีค่าสูงขึ้น และถ้ามีค่าเป็นลบจะมีค่า SROI ต่ำลง หรืออาจกล่าวได้ว่าถ้าผลกระทบมีการถูกแสดงในมูลค่าทางการเงินมากขึ้นเท่าไร จะส่งผลให้ข้อมูลที่น่าเสนอออกมามีค่าที่สูงขึ้น ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงประเภทของผลกระทบ และทรัพยากรที่มีอยู่ด้วย และยังเป็นการลดข้อจำกัดของการอิงจากราคาตลาดเพียงอย่างเดียว (Then et al. 2017)

การประเมินมูลค่าสินค้าจากราคาตลาดเพียงอย่างเดียวอาจมีข้อจำกัด โดยประการแรกไม่ใช่สินค้าทุกชนิดสามารถแลกเปลี่ยนผ่านตลาดได้ ประการที่สองสินค้าที่ถูกทำการซื้อขายแลกเปลี่ยนไม่จำเป็นที่จะต้องมีการซื้อขายผ่านตลาด ส่งผลให้ราคาสินค้าดังกล่าวต้องครอบคลุมผลกระทบ หรือผลกระทบอาจยังไม่ถูกครอบคลุมในราคาสินค้าดังกล่าวที่เป็นราคาตลาดที่ถูกประเมินโดยตรง ทำให้เกิดวิธีการในการแปลงเป็นมูลค่าทางการเงินขึ้น โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

#### การแปลงเป็นมูลค่าทางการเงินโดยอาศัยต้นทุนเป็นฐาน (Cost-Based Monetisation)

วิธีการนี้จะมุ่งไปที่ต้นทุนที่เป็นต้นเหตุ หรือถูกหลีกเลี่ยง หรือก่อให้เกิดต้นทุนขึ้น โดยไม่ได้หมายถึงมูลค่าผลกระทบที่ถูกประเมินโดยคนที่ได้รับผลกระทบหรือประเมินผ่านราคาตลาด แม้ว่าราคาตลาดอาจมีบทบาทในการประเมินต้นทุนเหล่านี้ได้ก็ตาม โดยวิธีการนี้จะให้มูลค่าผลกระทบภายนอกที่ถูกก่อให้เกิดจากการแทรกแซง โครงการ รายการ หรือองค์กร และโดยมากมักจะอยู่ในลักษณะเชิงลบและเป็นความเสียหาย อาจเป็นผลกระทบภายนอกทางลบที่ถูกหลีกเลี่ยงทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้น

วิธีการแรก ต้นทุนสินค้าเสียหาย (Damage Costs) ในการประเมินมูลค่า วิธีการนี้จะมุ่งเน้นไปที่ต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงๆ กิจกรรมที่เกิดขึ้นจากโครงการ รายการ หรือ องค์กรที่ส่งผลให้เกิดผลกระทบเชิงลบภายนอก หรือเรียกว่าความเสียหาย การประเมินจะสามารถทำได้ เมื่อความเสียหายเหล่านั้นเป็นทรัพย์สินเชิงวัตถุที่ถูกทำลาย โดยจะทำการคำนวณจากราคาปัจจุบันลบค่าเสื่อมราคา การประเมินมูลค่าจะทำได้ลำบากกว่าในกรณีที่เป็นผลกระทบเชิงลบต่อชีวิตมนุษย์ สุขภาพ หรือความเสียหายทางธรรมชาติ

วิธีการที่สอง การอาศัยการหลีกเลี่ยงความเสียหาย (Avoided Damages) โดยจะคิดจากต้นทุนที่ไม่ทำให้ความเสียหายเกิดขึ้น แต่เป็นการหลีกเลี่ยงความเสียหาย โดยคำนวณจากมูลค่าความเสียหายที่สมมติขึ้น จะมีต้นทุนอะไรที่เกิดขึ้นถ้าไม่เกิดการแทรกแซง เป็นแนวคิดเชิงป้องกันความเสียหาย

วิธีการที่สาม วิธีการประเมินจากต้นทุนการบูรณะ (Restoration Costs) วิธีการนี้จะมุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูสภาพที่เป็นอยู่ก่อนเกิดความเสียหาย

วิธีการที่สี่ ต้นทุนการทดแทนสินทรัพย์ (Replacement Costs) เป็นวิธีการที่เกิดจากการข้อสมมติฐานที่แรกที่ว่าสินค้านั้นถูกทำลายหรือไม่มีอยู่อีกต่อไป สมมติฐานที่สองคือการมีผลิตภัณฑ์หรือบริการที่มีลักษณะใกล้เคียงกับสินค้าที่ถูกทำลาย ทำให้สามารถประเมินต้นทุนการผลิตหรือราคาตลาดได้ อย่างไรก็ตามต้องแน่ใจว่าสิ่งที่ทดแทนสามารถก่อให้เกิดการให้บริการที่เหมือนกับสินค้าในตอนต้นได้ ตลอดจนสิ่งทดแทนดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อคุณค่าในสิ่งที่สังคมคาดหวังจากสิ่งที่ถูกทำลายไปได้ ทั้งนี้วิธีการนี้จะมีเหมาะสมในกรณีที่ต้นทุนการฟื้นฟูไม่สามารถประเมินได้ หรือสิ่งที่ถูกทำลายไม่สามารถสร้างขึ้นใหม่ได้

วิธีการที่ห้า ต้นทุนการลดค่าใช้จ่าย (Abatement Costs) วิธีการนี้มีแนวคิดที่แตกต่างจากวิธีการต้นทุนหลีกเลี่ยงความเสียหาย (Avoided Damage) ในกรณีดังกล่าว จะเริ่มจากการเกิดความสูญเสียและผลกระทบจากความสูญเสียจะถูกประเมิน แต่วิธีการต้นทุนการลดค่าใช้จ่ายไม่ได้ดูที่ผลกระทบและการประเมินโดยตรง แต่เป็นวิธีเชิงป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบ ทั้งนี้ปัจจัยนำเข้าของผลกระทบเชิงป้องกันจะถูกนำมาใช้ในการประเมิน

วิธีการที่หก ต้นทุนการหลีกเลี่ยง (Evasion Costs) วิธีการนี้เป็นการประเมินค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการหลีกเลี่ยงและคำนวณต้นทุนออกมา โดยมีทั้งรูปแบบที่มีการหลีกเลี่ยงชั่วคราวและถาวร

#### การแปลงเป็นมูลค่าทางการเงินโดยอาศัยความพอใจเป็นฐาน (Preference-Based Monetisation)

เป็นวิธีการที่อิงกับการสำรวจเพื่อหาความพึงพอใจ (Preference) สำหรับสินค้า บริการ หรือผลกระทบที่ทำการแลกเปลี่ยนไม่ได้ โดยมีสมมติฐานที่ว่า สินค้า หรือผลกระทบมีผลทางตรงหรือทางอ้อมต่อความเป็นอยู่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และบุคคลดังกล่าวมีความสามารถในการระบุความคั่งค่าสำหรับตัวเขา

วิธีการแรก วิธีการประเมินมูลค่าโดยใช้ตลาดสมมติ (Contingent Valuation Method: Willingness to Pay and/or Willingness to Accept) วิธีการนี้ใช้การสำรวจเพื่อดูความเต็มใจในการในการจ่ายหรือความเต็มใจที่จะยอมรับ โดยตลาดเสมือนจะถูกสร้างขึ้นในการสำรวจ โดยเฉพาะสินค้าที่ไม่ได้อยู่ในระบบตลาดหรือผลกระทบ โดยคนที่ถูกสำรวจจะถูกถามถึงมูลค่าที่เต็มใจที่จะจ่ายเพื่อสินค้านั้น หรือยอมรับโดยไม่มีสินค้านั้น

วิธีการที่สอง วิธีการแยกองค์ประกอบของการวัดความพึงพอใจ (Decompositional Approaches of Preference Measurement: Choice Modelling/ Conjoint analysis) Decompositional มักจะใช้วิธีการการวิเคราะห์ความชอบ (Conjoint) ในการประเมินค่า โดยจะไม่มุ่งเน้นไปที่สินค้าชนิดนั้นทั้งหมด แต่เน้นไปที่มิติหรือลักษณะเฉพาะ และผู้ถูกสำรวจจะเลือกลักษณะที่ให้คุณประโยชน์สูงสุด

### การแปลงเป็นมูลค่าทางการเงินโดยอาศัยวิธีการความพอใจแจ้งชัด (Revealed Preference Approach Monetisation)

วิธีการนี้จะมุ่งเน้นที่พฤติกรรมในอดีตของบุคคลที่ผ่านมา โดยมูลค่าจะหาได้จากราคาตลาดทั้งทางตรงและทางอ้อม

วิธีการการใช้ราคาตลาดโดยตรง (Direct Market Prices) วิธีการนี้สามารถใช้ผลต่างของราคาตลาดในการประเมินมูลค่า

วิธีการที่สอง การเปลี่ยนแปลงปัจจัยรายได้ (Change in Factor Income) หมายถึง รายได้ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยการผลิตเมื่อมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตนั้น เช่น ค่าจ้าง เงินเดือน กำไร ค่าเช่า

วิธีการที่สาม ต้นทุนการเดินทาง (Travel Cost Method) วิธีการนี้เป็นการประเมินต้นทุนที่ใช้ในการเดินทางไปยังจุดหมายปลายทาง ผ่านการประเมินมูลค่าต้นทุนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่ใช้ประกอบในการเดินทางไปสู่เป้าหมาย

วิธีการที่สี่ ราคาแอบแฝง (Hedonic Pricing) วิธีการนี้มีความคล้ายกับการใช้ราคาตลาด แต่ไม่ได้มุ่งไปที่ผลต่างของมูลค่าในการประเมิน แต่คิดจากผลของแทรกแซงที่ส่งผลต่อการก่อให้เกิดราคา

### การแปลงเป็นมูลค่าทางการเงินวิธีอื่น ๆ

วิธีการแรก การให้มูลค่าโดยอิงจากงานที่ผ่านมา (Valuation on Existing Studies) การใช้ข้อมูลจากทฤษฎีภูมิอาจมีความเหมาะสมในกรณีที่ทรัพยากรที่มีอยู่ในการทำการสำรวจ การวิเคราะห์ การคำนวณ มีอยู่อย่างจำกัดหรือไม่เพียงพอ หรือการวิเคราะห์ SROI อาจมีคุณภาพที่น้อยลงถ้าไม่ใช่ข้อมูลจากแหล่งทฤษฎีภูมิ หรือมีการประเมินมูลค่าจากผลกระทบมีการจัดทำในบริษัทที่ใกล้เคียงกันแล้วหลายครั้ง

วิธีการที่สอง การประเมิน (Assessment Approaches) โดยวิธีการนี้มูลค่าของสินค้าหรือผลกระทบจะถูกนิยามผ่านกระบวนการสนทนาในกลุ่มต่างๆที่ได้รับผลกระทบ ผู้มีส่วนได้เสีย หรือผู้เชี่ยวชาญ เช่น การสนทนากลุ่ม (Discussing Groups/ Focus Groups) วิธีการเดลฟาย (The Delphi Method) หรือการสนทนาออนไลน์ (Online Discussion Procedures)

ทั้งนี้การแปลงให้อยู่ในมูลค่าทางการเงินที่นำเสนอไปทั้งหมดนั้น จะเริ่มจากคำถามแรก ปัจจุบันมีงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงผลกระทบอยู่ในหน่วยของค่าเงินอยู่แล้วหรือไม่ ถ้ายังไม่มีงานที่เกี่ยวข้อง คำถามต่อไป ผลกระทบ สินค้า หรือ บริการสามารถแปลงเป็นมูลค่าในรูปต้นทุนการผลิตได้หรือไม่ ถ้าไม่มีให้ใช้วิธีการ การแปลงเป็นมูลค่าทางการเงินโดยอาศัยความพอใจเป็นฐาน หรือวิธีการอื่น ๆ

ดังนั้นในส่วนนี้ขอเสนอตัวอย่างงานวิจัยที่มีบริบทใกล้เคียงกับโครงการที่คณะผู้วิจัยจะทำการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) โดยนำเสนอในรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการประเมินผลตอบแทนทางสังคมใน 6 ขั้นตอนหลัก ดังที่แสดงในตัวอย่างงานวิจัยต่อไปนี้

## 2.2 ตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1) โครงการดูแลและป้องกันโรคเอดส์ ในประเทศกัมพูชา

ขั้นตอนที่ 1 ของการประเมิน SROI คือการระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders) ในโครงการดูแลและป้องกันโรคเอดส์ กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อ HIV, เด็กกำพร้า ผู้ดูแล (caregivers) อาสาสมัครบริการชุมชน ชุมชน ศูนย์บริการด้านสุขภาพ และสถานพยาบาลประจำพื้นที่ โดย“ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง” (Theory of Change) ของโครงการนี้ สามารถสรุปได้ คือโครงการดูแลและป้องกันโรคเอดส์จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ HIV จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ติดเชื้อ HIV ทั้งในด้านของการเห็นคุณค่าในตนเอง การมีสุขภาพที่ดีและมีความมั่นคงทางอาหาร และรวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกันลดเชื้อจากแม่สู่ลูก

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการอธิบายให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยนำเข้า (Input) การดำเนินงาน (Process) ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ของการดำเนินงานการ เพื่อแจกแจงทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงว่า ผลลัพธ์ทางสังคมที่คาดหวัง จะเกิดจากปัจจัยนำเข้า และกิจกรรมของโครงการนั้นๆ อย่างไร โดยในโครงการดูแลและป้องกันโรคเอดส์สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมโครงการ ผลลัพธ์ ผลลัพธ์ และผลกระทบได้รับการประเมินโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่แสดงผ่านแผนที่ผลกระทบ ผลลัพธ์ของโครงการแสดงให้เห็นว่าชุดกิจกรรมของการดำเนินการของศูนย์ดูแลชุมชนเกี่ยวกับการป้องกัน การดูแล และการลดผลกระทบเชื้อ HIVสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกและเชิงลบของผู้มีส่วนได้เสียในโครงการ โดยข้อมูลผลกระทบจะถูกรวบรวมด้วยข้อมูลที่ได้จากการปรึกษาหารือกับผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการปรึกษาในกลุ่มผ่านผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 15 คน ประกอบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการจัดสนทนากลุ่มของ KHANA

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประมาณการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and then availability) หลังจากที่ได้ “แผนที่ผลลัพธ์” เพื่อทำความเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้ประกอบการมุ่งหวังจะเป็นผลจากกิจกรรมและปัจจัยนำเข้าอย่างไร ในขั้นตอนนี้คือ การทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการวัดผลลัพธ์ทางสังคมของโครงการ โดยสามารถสรุป ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม และวิธีการวัด ของโครงการดูแลและป้องกันโรคเอดส์ ได้ดังนี้

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม และวิธีการวัด

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	วิธีการวัด
1. ผู้ติดเชื้อ HIV	พัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น	% การรายงานความต้องการขายสินทรัพย์สำคัญในปีที่ผ่านมา	อัตราการขายทรัพย์สินและที่ดิน
	เล็งเห็นคุณค่าของตนเองในตนเองสูงขึ้น	% รายงานระดับความมั่นใจ/ความภาคภูมิใจในตนเองที่สูงขึ้น	ค่าเปรียบเทียบกับที่ปรึกษาบริการสุขภาพ
	มีสุขภาพที่ดีและมีความมั่นคงในอาหาร	% ที่ได้รับ ยารักษาต้านไวรัส (ART), โอกาสที่ติดเชื้อ, วัณโรค การรักษา โดยศูนย์บริการ รายงานสุขภาพที่ดีขึ้น	อัตราเฉลี่ยค่าแรงรายวันสำหรับงานเกษตรกรรม งานก่อสร้าง และโรงงาน และจำนวนวันทำงาน/ปี
	โอกาสในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นผ่านเงินกู้	จำนวนผู้ที่ได้รับการอบรมและใช้เงินกู้เพื่อสร้างรายได้	รายได้เฉลี่ยที่ได้รับจากกิจกรรมเพิ่มรายได้
	โอกาสในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นผ่านการเข้าถึงสินเชื่อ	จำนวนผู้เข้าถึงสินเชื่อรายย่อยสำหรับธุรกิจขนาดเล็ก ผ่านกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	รายได้เฉลี่ยที่สามารถสร้างได้จากการสร้างธุรกิจขนาดเล็ก
	ระดับหนี้ที่เพิ่มขึ้น	จำนวน IGA ที่ล้มเหลว	วงเงินกู้พร้อมดอกเบี้ย
	ไม่สามารถเข้าถึงบัตรสวัสดิการของรัฐบาล – กองทุนตราสารทุน	โดยประมาณ จำนวน ผู้ติดเชื้อ HIV ที่เข้าเกณฑ์สำหรับบัตร	มูลค่าบริการฟรี (บัตร)
2. ผู้ดูแล (Caregivers)	ความสามารถในการได้รับค่าจ้างจากชั่วโมงการดูแลที่ลดลง	โดยประมาณ ร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว PLHIV ที่มีรายได้เสริม	การเพิ่มขึ้นของรายได้เฉลี่ยต่อปี
3. เด็กกำพร้า	ความเครียดน้อยลงและสบายใจมากขึ้นในเรื่องความมั่นคงทางอาหาร	รายงานการสนับสนุนด้านอาหารเพื่อช่วยเหลือพวกเขาในการดำรงชีวิตประจำวันของครอบครัว	อัตราการการบริโภคเฉลี่ยต่อปี



ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	วิธีการวัด
	ความรู้สึกลงในเชิงบวกและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น	% รายงานว่าเด็กกำพร้าไม่รู้สึกลึ้นหวังหรือซึมเศร้าในเดือนที่ผ่านมา	ค่าเปรียบเทียบกับที่ปรึกษาบริการสุขภาพ
	ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น	% ของเด็กที่ติดเชื้อที่ได้รับยารักษาต้านไวรัส (ART) ผ่านการอำนวยความสะดวกและการสนับสนุนจากศูนย์บริการ	ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นสำหรับเด็กที่ใช้ยารักษาต้านไวรัส ลดลงเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้รักษาต้านไวรัส
	เพิ่มโอกาสในชีวิตด้วยการลดระดับการออกจากโรงเรียนและเพิ่มโอกาสในการสำเร็จการศึกษา	% รายงานเด็กหยุดเรียนชั่วคราวเพื่อหารายได้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	ความแตกต่างในการหารายได้ของผู้ที่มีระดับมัธยมศึกษากับการศึกษาที่ยังไม่สำเร็จ การศึกษาขั้นพื้นฐาน (การจ้างงานตามทักษะเทียบกับทักษะพื้นฐาน)
4. ชุมชน	หลีกเลี่ยงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดจากการวินิจฉัยล่าช้า	จำนวนผู้อ้างอิงสำหรับบริการ อาสาสมัครที่พบว่าผลเป็นบวก	ภาระหนี้สินและการสูญเสียทรัพย์สินที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก่อนการวินิจฉัยที่เป็นการใช้จ่ายรายปี
	หลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก	จำนวนกรณีหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่เกิดจากการป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก	ผลประโยชน์ด้านต้นทุนของกรณีหลีกเลี่ยงเด็กที่ติดเชื้อ HIV ค่าใช้จ่ายต่อปี - ยอดค่าใช้จ่ายประมาณโดยการ
5. ศูนย์บริการด้านสุขภาพ	การใช้บริการที่เพิ่มขึ้น	จำนวนอาสาสมัครบริการชุมชน ที่ส่งต่อเคสผู้ป่วย สู่อุบัติเหตุสุขภาพ	ค่าใช้จ่ายเทียบเท่าเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ 2 คนต่อศูนย์สุขภาพ
6. กระทรวงสาธารณสุข	ลดภาระทางการเงินในการให้บริการด้าน	จำนวนเฉลี่ยของการเกิดโอกาสติดเชื้อที่ต้องได้รับการ	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการให้บริการด้านสุขภาพในการรักษา

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	วิธีการวัด
	สุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่ได้รับการรักษา	การรักษาต่อผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่ได้รับการรักษา	ภาวะอาการที่เกิดโอกาสติดเชื้อ

#### ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact)

จากกรณีที่โครงการเพื่อสังคมหลายแห่ง มุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในพื้นที่ โดยมีองค์กรภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนอื่น เข้าไปทำกิจกรรมเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในประเด็นเดียวกัน อยู่แล้ว และกลุ่มเป้าหมายโดยตรงของโครงการก็ได้มีอยู่บ้างแล้ว แต่พยายามปรับปรุงสถานการณ์หรือแก้ไขปัญหาที่ตนเองเผชิญหน้าอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมจึงควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution)
- ผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจจะเกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่มีโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ไม่มีหน่วยงานมาขับเคลื่อน ผลลัพธ์ก็จะมีทิศทางที่ดีขึ้น อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียดำเนินการเอง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้นเอื้อประโยชน์
- การพิจารณาผลลัพธ์ทดแทน (displacement) คือการพิจารณาผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกขอบเขตของโครงการ และไม่ใช่ผลลัพธ์หลักที่พิจารณาของโครงการ อันจะส่งผลกระทบต่อโครงการอื่นๆ

กรณีศึกษาโครงการดูแลและป้องกันโรคเอดส์ สามารถสรุปการกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้ดังนี้

Attribution – การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้อื่น พบว่าสัดส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นที่เป็นผลจากการทำงานของศูนย์มีการบูรณาการต่อหน่วยงาน/ภาคส่วนอื่นอย่างรอบด้าน

Deadweight – การวัดผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นแม้ว่ากิจกรรมโครงการจะไม่เกิดขึ้น กำหนดเปอร์เซ็นต์ของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นโดยไม่มีการแทรกแซงอื่นๆ พบว่าสัดส่วนของผลลัพธ์ที่ไม่ควรนำมาประเมิน เพราะเป็นผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นเอง คิดเป็นร้อยละ 80 และมีส่วนร่วมของผู้อื่นร้อยละ 40

- Drop-off - วัดผลกระทบของผลลัพธ์หลังจากโครงการเสร็จสิ้น กล่าวคือ มูลค่าที่คาดการณ์ว่าจะคงอยู่ต่อไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง ตัวอย่างเช่น เมื่อโครงการดังกล่าวสิ้นสุดลง มีแนวโน้มว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมการสร้างรายได้ (IGA) จะดำเนินต่อไป กล่าวคือ ค่าประมาณการเลิกจ้างจะอยู่ในระดับต่ำ

ขั้นตอนต่อไปเป็นขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI) เนื่องจากโครงการดูแลและป้องกันโรคเอดส์ มีผลการคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัดของโครงการ ซึ่ง สามารถสรุปได้ดังตาราง

ตารางที่ 3 ผลการทดลองคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	มูลค่าผลลัพธ์จากการประเมิน
1. ผู้ติดเชื้อ HIV	พัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น	% การรายงานความต้องการขายสินทรัพย์สำคัญในปีที่ผ่านมา	1,230,276
	เล็งเห็นคุณค่าของตนเองในตนเองสูงขึ้น	% รายงานระดับความมั่นใจ/ความภาคภูมิใจในตนเองที่สูงขึ้น	1,076,853
	มีสุขภาพที่ดีและมีความมั่นคงในอาหาร	% ที่ได้รับ ยารักษาต้านไวรัส (ART), โอกาสที่ติดเชื้อ, วัคซีนโรค การรักษาโดยศูนย์บริการ รายงานสุขภาพที่ดีขึ้น	912,309
	โอกาสในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นผ่านเงินกู้	จำนวนผู้ที่ได้รับการอบรมและใช้เงินกู้เพื่อสร้างรายได้	800,171
	โอกาสในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นผ่านการเข้าถึงสินเชื่อ	จำนวนผู้เข้าถึงสินเชื่อรายย่อยสำหรับธุรกิจขนาดเล็กผ่านกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	146,295
	ระดับหนี้ที่เพิ่มขึ้น	จำนวน IGA ที่ล้มเหลว	161,239
	ไม่สามารถเข้าถึงบัตรสวัสดิการของรัฐบาล – กองทุนตราสารทุน	โดยประมาณ จำนวน ผู้ติดเชื้อ HIV ที่เข้าเกณฑ์สำหรับบัตร	2,568,964
2. ผู้ดูแล (Caregivers)	ความสามารถในการได้รับค่าจ้างจากชั่วโมงการดูแลที่ลดลง	โดยประมาณ ร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว PLHIV ที่มีรายได้เสริม	442,994

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	มูลค่าผลลัพธ์จากการประเมิน
3. เด็กกำพร้า	ความเครียดน้อยลงและสบายใจมากขึ้นในเรื่องความมั่นคงทางอาหาร	รายงานการสนับสนุนด้านอาหารเพื่อช่วยเหลือเด็กๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน	126,103
	ความรู้สึกในเชิงบวกและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น	% รายงานว่าเด็กกำพร้าไม่รู้สึกสิ้นหวังหรือซึมเศร้าในเดือนที่ผ่านมา	25,901
	ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น	% ของเด็กที่ติดเชื้อที่ได้รับยารักษาต้านไวรัส (ART) ผ่านการอำนวยความสะดวกและการสนับสนุนจากศูนย์บริการ	635,609
	เพิ่มโอกาสในชีวิตด้วยการลดระดับการออกจากโรงเรียนและเพิ่มโอกาสในการสำเร็จการศึกษา	% รายงานเด็กหยุดเรียนชั่วคราวเพื่อหารายได้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	135,939
4. ชุมชน	หลีกเลี่ยงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดจากการวินิจฉัยล่าช้า	จำนวนผู้อ้างอิงสำหรับบริการ อาสาสมัครที่พบว่าผลเป็นบวก	729,350
	หลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก	จำนวนกรณีหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่เกิดจากการป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก	1,871
5. ศูนย์บริการด้านสุขภาพ	การใช้บริการที่เพิ่มขึ้น	จำนวนอาสาสมัครบริการชุมชน ที่ส่งต่อเคสผู้ป่วยสู่ศูนย์สุขภาพ	359,666
6. กระทรวงสาธารณสุข	ลดภาระทางการเงินในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่ได้รับการรักษา	จำนวนเฉลี่ยของการเกิดโอกาสติดเชื้อที่ต้องได้รับการรักษาต่อผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่ได้รับการรักษา	442,994

ทั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ภายในโครงการมีการลงทุนอยู่ที่ประมาณ 2,406,000 เหรียญสหรัฐ และได้สร้างผลประโยชน์รวมมูลค่า 10,894,835 ดอลลาร์สหรัฐ โดยสำหรับทุก ๆ 1 ดอลลาร์ที่ลงทุนในโครงการ จะสร้างผลตอบแทนจากมูลค่าทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจประมาณ 2 เหรียญสหรัฐ หรือ ผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) เป็น 1: 2

## 2) โครงการการฝึกอบรมการดูแลด้านสูติศาสตร์ฉุกเฉิน ในประเทศเคนยา

ขั้นตอนที่ 1 ของการประเมิน SROI คือการระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders) ในโครงการการฝึกอบรมสูติศาสตร์ฉุกเฉิน กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ ได้แก่ ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCPs), ผู้จัดการสถานพยาบาล, ครูฝึกอาสาสมัครจากประเทศอังกฤษ, ครูฝึกระดับประเทศ, ผู้หญิงที่ต้องเข้ารับการรักษา, ทารกที่คลอดให้ผู้หญิงที่ได้รับการดูแลจากสูติศาสตร์ฉุกเฉิน (EmOC) จากสถานบริการที่ได้รับการฝึกอบรมจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCPs), สมาชิกในครอบครัวของผู้หญิงที่ได้รับ การดูแลจากสูติศาสตร์ฉุกเฉิน (EmOC) , ชุมชนสตรีที่ได้รับการดูแลจากสูติศาสตร์ฉุกเฉิน (EmOC) สถานพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCPs), กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, กรมพัฒนาระหว่างประเทศ และองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดย“ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง” (Theory of Change) ของโครงการนี้ สามารถสรุปได้ คือ การพัฒนาและปรับปรุงความรู้และทักษะด้านสูติศาสตร์ การปรับทัศนคติและมุมมองที่มีต่อผู้ป่วยในเชิงบวก การลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้หญิง และทารกที่เข้ารับการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการอธิบายให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยนำเข้า (Input) การดำเนินงาน (Process) ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ของการดำเนินงานการ เพื่อแจกแจงทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงว่า ผลลัพธ์ทางสังคมที่คาดหวัง จะเกิดจากปัจจัยนำเข้า และกิจกรรมของโครงการนั้นๆ อย่างไร โดยในโครงการการฝึกอบรมสูติศาสตร์ฉุกเฉิน ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมโครงการ ผลลัพธ์ ผลลัพธ์ และผลกระทบได้รับการประเมินโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่แสดงผ่านแผนที่ผลกระทบ ผลลัพธ์ของโครงการแสดงให้เห็นว่าชุดกิจกรรมของการดำเนินการของศูนย์ฝึกอบรมสูติศาสตร์ฉุกเฉิน สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกและเชิงลบของผู้มีส่วนได้เสียในโครงการ โดยข้อมูลผลกระทบจะถูกรวบรวมด้วยข้อมูลที่ได้จากการปรึกษากับเจ้าหน้าที่ ผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้หญิงที่ได้รับการรักษาจากศูนย์ดังกล่าว ประกอบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการจัดสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ด้วยผลประกอบการทบทวนวรรณกรรมเพื่อระบุและ กำหนดผลลัพธ์และพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประมาณการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and then availability) หลังจากที่ได้ “แผนที่ผลลัพธ์” เพื่อทำความเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้ประกอบการมุ่งหวังจะเป็นผลจากกิจกรรมและปัจจัยนำเข้าอย่างไร ในขั้นตอนนี้คือ การทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการวัดผลลัพธ์ทางสังคมของ

โครงการ โดยสามารถสรุป ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม และวิธีการวัด ของโครงการการฝึกอบรมสูติศาสตร์ฉุกเฉิน ได้ดังนี้

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม และวิธีการวัด

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	วิธีการวัด
1. ผู้ให้บริการด้าน การดูแลสุขภาพ (HCPs) ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCPs)	การพัฒนาและปรับปรุง ความรู้	จำนวนผู้ให้บริการด้าน การดูแลสุขภาพ ที่ได้รับการ ฝึกอบรมพร้อม ความรู้ที่ได้รับการ ปรับปรุงหลังการ ฝึกอบรม	ค่าเล่าเรียนที่จ่ายสำหรับ สูติศาสตร์ในโรงเรียน แพทย์เคนยา
	การพัฒนาและปรับปรุง ทักษะ	จำนวนผู้ให้บริการด้าน การดูแลสุขภาพ ที่ผ่าน การฝึกอบรมพร้อม ทักษะที่ได้รับการ ปรับปรุงหลังการฝึก	เงินเดือนของผู้ให้บริการ ด้านการดูแลสุขภาพ (HCP) ในเคนยา
	พัฒนาทัศนคติในเชิงบวก ต่อผู้ป่วย	จำนวนผู้หญิงที่มาที่ศูนย์ เพื่อทำการคลอด	ค่าธรรมเนียมผู้ใช้ที่จ่าย ในการเข้าถึงการดูแล
	เพิ่มภาระงาน	จำนวนผู้หญิงที่มาที่ศูนย์ เพื่อทำการคลอด	ค่าธรรมเนียมผู้ใช้ที่จ่าย ในการเข้าถึงการดูแล
2. ผู้หญิงที่ได้รับการ ดูแลจากสูติศาสตร์ ฉุกเฉิน (EmOC) จาก ผู้ให้บริการด้านการ ดูแลสุขภาพ (HCP) ที่ ผ่านการฝึกอบรม มาแล้ว	ไม่มีการเจ็บป่วยของ มารดา/ การเจ็บป่วยของ มารดา	จำนวนผู้หญิงที่ต้องการ รับการดูแลจากสูติ ศาสตร์ฉุกเฉิน (EmOC)	ค่ารักษาพยาบาลใน โรงพยาบาลของรัฐ
	ไม่มีการเสียชีวิตของ มารดา/ การตายของ มารดา	อัตราการรักษาชีวิต มารดา	คุณค่าชีวิต (value of life) ทางสถิติของผู้หญิง ในเคนยา
3. ทารกแรกเกิดที่ส่ง มอบให้กับผู้หญิงที่ ได้รับดูแลจากสูติ ศาสตร์ฉุกเฉิน (EmOC) จาก ผู้	ไม่มีการเจ็บป่วยของทารก แรกเกิด / การเจ็บป่วยของ ทารกแรกเกิด	จัดการภาวะแทรกซ้อนที่ เกี่ยวข้องกับสูติกรรมได้ สำเร็จ	ค่ารักษาภาวะขาด อากาศหายใจเมื่อคลอด บุตร
	ไม่มีการคลอดบุตร/การ คลอดบุตร	อัตราการไม่มีบุตร	ค่ารักษาพยาบาลใน โรงพยาบาลของรัฐ

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	วิธีการวัด
ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCPs) ที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว	ไม่มีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด/ การตายทารกแรกเกิด	อัตราการรักษาชีวิตทารกแรกเกิด	ราคาผ้าอ้อมสำหรับเด็กแรกเกิด

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact) จากกรณีศึกษาโครงการเพื่อสังคมหลายแห่ง มุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในพื้นที่ โดยมีองค์กรภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนอื่น เข้าไปทำกิจกรรมเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในประเด็นเดียวกันอยู่แล้ว และกลุ่มเป้าหมายโดยตรงของโครงการก็ได้มีอยู่บ้างแล้ว แต่พยายามปรับปรุงสถานการณ์หรือแก้ไขปัญหาที่ตนเองเผชิญหน้าอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมจึงควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution)
- ผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจจะเกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่มีโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ไม่มีหน่วยงานมาขับเคลื่อนผลลัพธ์ก็จะมีทิศทางที่ดีขึ้น อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียดำเนินการเอง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้นเอื้อประโยชน์
- การพิจารณาผลลัพธ์ทดแทน (displacement) คือการพิจารณาผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกขอบเขตของโครงการ และไม่ใช่อัตราผลลัพธ์หลักที่พิจารณาของโครงการ อันจะส่งผลกระทบต่อโครงการอื่นๆ

กรณีศึกษาโครงการการฝึกอบรมสูติศาสตร์ฉุกเฉิน สามารถสรุปการกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

Attribution - ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCP) ทั้งหมด 2,965 รายที่ได้รับการฝึกอบรมได้รับการฝึกอบรมสูติศาสตร์ฉุกเฉิน (EmOC) จากสถานพยาบาล จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า 99.7% (ประมาณ 100%) ของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCPs) ได้พัฒนาความรู้และทักษะด้านสูติศาสตร์ฉุกเฉิน (EmOC) ดังนั้นผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมทั้งหมดจึงมาจากการฝึกอบรม

Deadweight - การพัฒนาความรู้และทักษะซึ่งได้รับจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCP) จึงถือว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการฝึกอบรมของโครงการจึงมี Deadweight คือ 25%

Drop-off - ไม่ได้มีการประเมิน

ขั้นตอนต่อไปเป็นขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI) เนื่องจากโครงการการฝึกอบรมสูติศาสตร์ฉุกเฉิน มีผลการคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัดของโครงการซึ่ง สามารถสรุปได้ดังตาราง

ตารางที่ 5 ผลการทดลองคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	มูลค่าผลลัพธ์จากการประเมิน
1. ฝึกอบรมผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCPs)	การพัฒนาและปรับปรุงความรู้	จำนวนผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ที่ได้รับการฝึกอบรมพร้อมความรู้ที่ได้รับการปรับปรุงหลังการฝึกอบรม	1,937,405.02
	การพัฒนาและปรับปรุงทักษะ	จำนวนผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ที่ผ่านการฝึกอบรมพร้อมทักษะที่ได้รับการปรับปรุงหลังการฝึก	2,777,733.33
	พัฒนาทัศนคติในเชิงบวกต่อผู้ป่วย	จำนวนผู้หญิงที่มาที่ศูนย์เพื่อทำการคลอด	7,688.35
	เพิ่มภาระงาน	จำนวนผู้หญิงที่มาที่ศูนย์เพื่อทำการคลอด	1.989.95
2. ผู้หญิงที่ได้รับการดูแลจากสูติศาสตร์ฉุกเฉิน (EmOC) จากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCP) ที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว	ไม่มีการเจ็บป่วยของมารดา/ การเจ็บป่วยของมารดา	จำนวนผู้หญิงที่ต้องการรับการดูแลจากสูติศาสตร์ฉุกเฉิน (EmOC)	2,030,820.00
	ไม่มีการเสียชีวิตของมารดา/ การตายของมารดา	อัตราการรักษาชีวิตมารดา	16,113,779.80
3. ทารกแรกเกิดที่ส่งมอบให้กับผู้หญิงที่ได้รับดูแลจากสูติ	ไม่มีการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด / การเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด	จัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสูติกรรมได้สำเร็จ	-



ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	มูลค่าผลลัพธ์จากการประเมิน
ศาสตราจารย์ อ. ก. เฉลิม (EmOC) จากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCPs) ที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว	ไม่มีการคลอดบุตร/การคลอดบุตร	อัตราการไม่มีบุตร	-
	ไม่มีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด/ การตายทารกแรกเกิด	อัตราการรักษาชีวิตทารกแรกเกิด	118,836.32

สามารถสรุปได้ว่า โครงการดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการทั้งหมดอยู่ที่ 1,079,383 ปอนด์ สำหรับการจัดฝึกอบรมผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCP) แก่เจ้าหน้าที่จำนวน 2,965 คน ค่าใช้จ่ายต่อฝึกอบรมผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (HCP) ที่ฝึกต่อวันคือ 72.80 ปอนด์ และเกิดเป็นผลกระทบทางสังคมในระยะเวลานึ่งปีจะก่อเกิดมูลค่า 13,747,173.78 ปอนด์ โดยผู้หญิงจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากได้รับบริการ (73%) สำหรับผู้รับผลประโยชน์ ส่วนการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) คำนวณเป็น 11.02 ปอนด์: 1 ปอนด์ และมีระยะเวลาคืนทุนคือ 1 เดือน

### 3) โครงการป้องกันและการจัดการศูนย์บริการสุขภาพเวสแบงก์ (Westbank)

ขั้นตอนที่ 1 ของการประเมิน SROI คือการระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders) ในโครงการป้องกันและการจัดการศูนย์บริการสุขภาพเวสแบงก์ กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการ, ผู้เข้าร่วมโครงการทางอ้อม คือ หุ่นส่วน เพื่อน ครอบครัวที่เข้าร่วมกลุ่ม, เจ้าหน้าที่โครงการ, องค์กรเวสต์แบงก์, อาสาสมัคร, ผู้ออกกำลังกาย, กลุ่มสนับสนุนดูแลโรคเบาหวาน, คนที่ไม่ได้เข้าร่วมศูนย์บริการ, กองทุนสลากกินแบ่ง, คนในชุมชนและ ครอบครัวและเพื่อนของผู้เข้าร่วมโครงการ โดย“ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง” (Theory of Change) ของโครงการนี้ สามารถสรุปได้ คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี จากการส่งเสริมการออกกำลังกาย การประเมินสุขภาพจิต การขยายเครือข่ายสังคม และการเสริมความรู้ด้านโภชนาการและอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการอธิบายให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยนำเข้า (Input) การดำเนินงาน (Process) ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ของการดำเนินการ เพื่อแจกแจงทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงว่า ผลลัพธ์ทางสังคมที่คาดหวัง จะเกิดจากปัจจัยนำเข้า และกิจกรรมของโครงการนั้นๆ อย่างไร โดยในโครงการป้องกันและการจัดการศูนย์บริการสุขภาพเวสแบงก์ สามารถสรุปได้ว่า เป้าหมายคือการนำกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้าย การระบุขั้นตอน ทำให้สามารถระบุตัวบ่งชี้ที่เหมาะสมเพื่อวัดขนาดของการเปลี่ยนแปลงได้โดยง่าย ผ่านการสร้างแผนที่ผลกระทบทำให้รู้ถึงผลลัพธ์ที่มีความสำคัญต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการจะถูกสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล และมีการพูดคุยเรื่องเวลา การเดินทาง การจัดกลุ่มตามสถานที่ต่างๆ

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประเมินการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and then availability) หลังจากที่ได้ “แผนที่ผลลัพธ์” เพื่อทำความเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้ประกอบการมุ่งหวังจะเป็นผลจากกิจกรรมและปัจจัยนำเข้าอย่างไร ในขั้นตอนนี้คือ การทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการวัดผลลัพธ์ทางสังคมของโครงการ โดยสามารถสรุป ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม และวิธีการวัด ของโครงการป้องกันและการจัดการศูนย์บริการสุขภาพเวสแบงค์ ได้ดังนี้

ตารางที่ 6 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม และวิธีการวัด

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม
1. ผู้ป่วยเบาหวาน และ ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค	อาหารเพื่อสุขภาพ	จำนวนผู้เข้าร่วมที่เปลี่ยนแปลงอาหารอย่างน้อยหนึ่งอย่าง - เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ไฟเบอร์สูงแทนไฟเบอร์ต่ำ - หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันเป็นสารปรุงแต่ง - เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำ - เพิ่มการบริโภคผลไม้และผัก
	เพิ่มการออกกำลังกาย	จำนวนที่แนะนำให้ออกกำลังกายหนัก-ปานกลาง เป็นระยะเวลา 150 นาทีหรือการออกกำลังกายอย่างหนักเป็นระยะเวลา 75 นาทีต่อสัปดาห์
	สุขภาพจิตดีขึ้น	ผลการวินิจฉัยสุขภาพทางจิตระหว่างการตรวจวัดพื้นฐาน
	การขยายเครือข่ายทางสังคม	จำนวนคนที่ระบุว่าได้ทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ได้รับการสนับสนุนจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หรือใช้เวลาเข้าสังคมกับกลุ่มคน
2. ผู้รับผลประโยชน์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย > 25	ลดน้ำหนัก	ตัวเลขที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักคิดเป็น 5% ใน 6 เดือน
3. ผู้เข้าร่วมที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน	ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานทั้ง 2 ประเภท	จำนวนผู้เข้าร่วมที่เป็นโรคเบาหวานก่อนวัยอันควรหารด้วย 6.9 (จากการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าจำนวนที่ต้องใช้ต่อการรักษา (NNT) เท่ากับ 6.9 เพื่อป้องกัน

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม
		ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเวลา 3 ปี)
4. ผู้เข้าร่วมทางอ้อม: คู่ค้า/สมาชิกในครอบครัว/เพื่อนของผู้ที่เป็นเบาหวานและผู้ที่เกี่ยวข้องที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย	อาหารเพื่อสุขภาพ (สำหรับผู้เข้าร่วมทางอ้อม)	จำนวนคู่มือ/สมาชิกในครอบครัว/เพื่อนที่เปลี่ยนแปลงอาหารบางส่วนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการ
5. เจ้าหน้าที่โครงการ	โอกาสงานที่เพิ่มขึ้นในอนาคต	จำนวนพนักงานที่ระบุว่าตนมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น
6. อาสาสมัคร	เพิ่มความรู้	อาสาสมัครรายงานตนเองเกี่ยวกับคุณค่าของโอกาสในการพัฒนาอาชีพตนเอง
7. ผู้ออกกำลังกาย	การทำงานแบบบูรณาการมากขึ้น	เพิ่มการสื่อสารภายในองค์กร/หน่วยงาน
8. กลุ่มสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ที่พักสำหรับผู้เข้าร่วม	จำนวนครั้งที่จัดการประชุม

#### ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact)

จากกรณีที่โครงการเพื่อสังคมหลายแห่ง มุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในพื้นที่ โดยมีองค์กรภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนอื่น เข้าไปทำกิจกรรมเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในประเด็นเดียวกัน อยู่แล้ว และกลุ่มเป้าหมายโดยตรงของโครงการก็ได้มีอยู่บ้างแล้ว แต่พยายามปรับปรุงสถานการณ์หรือแก้ไขปัญหาที่ตนเองเผชิญหน้าอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมจึงควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution)
- ผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจจะเกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่มีโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ไม่มีหน่วยงานมาขับเคลื่อนผลลัพธ์ก็จะมีทิศทางที่ดีขึ้น อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียดำเนินการเอง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้นเอื้อประโยชน์

กรณีศึกษาโครงการป้องกันและการจัดการศูนย์บริการสุขภาพเวสแบงก์ สามารถสรุปการกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้ดังนี้

Attribution – มีส่วนร่วมร่วมกับหน่วยงานหลายภาคส่วนที่เข้ามาช่วยส่งเสริม

Deadweight – ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อดูผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อไม่มีโครงการ

Drop – off - การลดลงของผลกระทบคือการลดลง 66% ต่อปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปี

ขั้นตอนต่อไปเป็นขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI) เนื่องจากโครงการป้องกันและการจัดการศูนย์บริการสุขภาพเวสแบงก์ มีผลการคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัดของโครงการซึ่ง สามารถสรุปได้ดังตาราง

ตารางที่ 7 ผลการทดลองคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	มูลค่าผลลัพธ์จากการประเมิน
1. ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค	อาหารเพื่อสุขภาพ	จำนวนผู้เข้าร่วมที่เปลี่ยนแปลงอาหารอย่างน้อยหนึ่งอย่าง - เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ไฟเบอร์สูงแทนไฟเบอร์ต่ำ - หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันเป็นสารปรุงแต่ง - เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำ - เพิ่มการบริโภคผลไม้และผัก	8,702.00
	เพิ่มการออกกำลังกาย	จำนวนที่แนะนำให้ออกกำลังกายขนาดหนัก-ปานกลาง เป็นระยะเวลา 150 นาทีหรือการออกกำลังกายอย่างหนักเป็นระยะเวลา 75 นาทีต่อสัปดาห์	52,620.84
	สุขภาพจิตดีขึ้น	ผลการวินิจฉัยสุขภาพทางจิตระหว่างการตรวจวัดพื้นฐาน	12,028.50
	การขยายเครือข่ายทางสังคม	จำนวนคนที่ระบุว่าได้ทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ได้รับการสนับสนุนจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หรือใช้เวลาเข้าสังคมกับกลุ่มคน	1,701.00
2. ผู้รับผลประโยชน์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย > 25	ลดน้ำหนัก	ตัวเลขที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักคิดเป็น 5% ใน 6 เดือน	4,771.38

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ทางสังคม	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	มูลค่าผลลัพธ์จากการประเมิน
3. ผู้เข้าร่วมที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน	ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานทั้ง 2 ประเภท	จำนวนผู้เข้าร่วมที่เป็นโรคเบาหวานก่อนวัยอันควรหารด้วย 6.9 (จากการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าจำนวนที่ต้องใช้ต่อการรักษา (NNT) เท่ากับ 6.9 เพื่อป้องกันผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเวลา 3 ปี)	137,436.75
4. ผู้เข้าร่วมทางอ้อม: คู่ค้า/สมาชิกในครอบครัว/เพื่อนของผู้ที่เป็นเบาหวานและผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับการวินิจฉัย	อาหารเพื่อสุขภาพ (สำหรับผู้เข้าร่วมทางอ้อม)	จำนวนคู่ครอง/สมาชิกในครอบครัว/เพื่อนที่เปลี่ยนแปลงอาหารบางส่วนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการ	2,814.99
5. เจ้าหน้าที่โครงการ	โอกาสงานที่เพิ่มขึ้นในอนาคต	จำนวนพนักงานที่ระบุว่าตนมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น	996.00
6. อาสาสมัคร	เพิ่มความรู้	อาสาสมัครรายงานตนเองเกี่ยวกับคุณค่าของโอกาสในการพัฒนาอาชีพตนเอง	819.00
7. ผู้ออกกำลังกาย	การทำงานแบบบูรณาการมากขึ้น	เพิ่มการสื่อสารภายในองค์กร/หน่วยงาน	2,394.00
8. กลุ่มสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ที่พักสำหรับผู้เข้าร่วม	จำนวนครั้งที่จัดการประชุม	393.75

กล่าวได้ว่าการประเมินผลลัพธ์สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 248 คน ตลอดจนเจ้าหน้าที่โครงการ เพื่อนหรือญาติที่เข้าร่วมที่เข้าร่วมโครงการ สถานพยาบาลและสถานดูแลชุมชนของเวสต์แบงก์ และหน่วยงาน/องค์กรที่เข้ามามีส่วนร่วม ได้บ่งชี้ให้เห็นผลลัพธ์ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมคิดเป็น 75% ของมูลค่าผลตอบแทนทางสังคมของโครงการ โดยสำหรับทุกๆ 1 ปอนด์ที่ลงทุนในโครงการ จะได้นับผลตอบแทนทางสังคม 5.80 ปอนด์ จะถูกสร้างขึ้นในช่วงสามปีการวิเคราะห์ความอ่อนไหวแสดงให้เห็นว่ามูลค่าที่แท้จริงของผลตอบแทนทางสังคมสำหรับทุกๆ 1 ปอนด์ที่ลงทุนนั้นน่าจะอยู่ระหว่าง 1.30 ถึง 6.57 ปอนด์

อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) จะเป็นเครื่องมืออีกประการ ที่จะนำมาส่งเสริมในเรื่องของการเก็บข้อมูลต้นทุน และการวิเคราะห์ผล เนื่องด้วยเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์จะคำนวณและรวบรวมต้นทุนไปถึงค่าใช้จ่ายที่เสียไปทั้งที่ สามารถวัดเป็นตัวเงินได้ และวัดเป็นตัวเงินไม่ได้ นั่น หรือคือต้นทุนที่เห็นชัดเจน (Explicit Cost) และต้นทุนไม่ชัดเจน (Implicit Cost) ในทางเศรษฐศาสตร์นั้นจะเรียกต้นทุนที่มองไม่เห็นอีกอย่างหนึ่งว่า “ต้นทุนค่าเสียโอกาส” (Opportunity Cost) และเป็นต้นทุนอีกตัว หนึ่งที่ต้องมีการประเมิน ซึ่งจะเป็นเครื่องมือช่วยต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุน และผลตอบแทนในเชิงตัวเลขเพื่อนำมาประกอบกับขั้นตอนการศึกษาการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ด้วยเช่นกัน ซึ่งมีรายละเอียดงานศึกษาที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ตารางที่ 8 การศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนที่เกี่ยวข้อง

Authors	Articles	Purpose/Aim	Design and methods	Finding/Result
(Phehlukwayo & Tsoka-Gwegweni, 2018)	A cost-benefit analysis of the COVID-19 disease	วิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน ของนโยบาย สหราชอาณาจักรด้านการจัดการต่อการแพร่กระจายของไวรัสโควิด-19 ผ่านการพัฒนาแบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงทฤษฎีทางระบาดวิทยา เพื่อประเมินแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งคำนวณภายใต้เงื่อนไขต่างๆ รวมถึงข้อจำกัด และระดับการติดเชื้อที่เสี่ยงไม่ใหระบบสาธารณสุขล่มเหลว เนื่องจากไม่สามารถรองรับ	การศึกษาในครั้งนี้ใช้เครื่องมือการวิเคราะห์ที่ดัดแปลงมาจากการวิเคราะห์แบบจำลองคณิตศาสตร์คาดการณ์การระบาด (SIR) โดยจะคำนวณเฉพาะผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุจากโควิด-19 ประกอบกับการวิเคราะห์ต้นทุน (C) ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐจำเป็นต้องเสียระหว่างล็อกดาวน์ผ่านแบบจำลองวิเคราะห์ต้นทุน $C(q)$	พบว่า หากรัฐบาลไม่ได้มีแนวทางการจัดการที่เหมาะสม เพื่อควบคุมโรค ภายในไม่กี่สัปดาห์ 90 เปอร์เซ็นต์ของประชากรที่ติดเชื้อและยอดผู้เสียชีวิตสะสมในตอนท้ายของปีจะอยู่ที่ 440,000 ราย และจุดสูงสุดของการแพร่ระบาดคือ 20 ล้านราย ที่จะเป็นผู้ติดเชื้อ และอัตราการเสียชีวิตจะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากการล็อกดาวน์ไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากแบบจำลองการวิเคราะห์พบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการล็อกดาวน์จะอยู่ที่ 5.3 สัปดาห์ โดยจะสามารถลดยอดผู้เสียชีวิตได้เป็นจำนวนมาก รวมถึงมูลค่าของชีวิต (value of life) จะอยู่ที่ระดับ 2 ล้านเหรียญ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการวางแผนความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิตและต้นทุนทางเศรษฐกิจ ผ่านผลกระทบต่อนโยบายที่เหมาะสม

Authors	Articles	Purpose/Aim	Design and methods	Finding/Result
		จำนวนผู้ติดเชื้อได้เพียงพอ และการวิเคราะห์ระบบ ทดสอบและติดตามผลการ ดำเนินงาน		พบว่ามูลค่าของชีวิต (value of life) ได้ส่งผล กระทบต่อทั้งต้นทุนทางเศรษฐกิจของโรคและ จำนวนผู้เสียชีวิต
David Miles, Mike Stedman and Adrian H Heald (2020)	“Stay at Home, Protect the National Health Service, Save Lives”: a cost benefit  analysis of the lockdown in the United Kingdom	มุ่งเน้นเปรียบเทียบต้นทุน และผลประโยชน์ของการ ล็อกดาวน์และนโยบายที่ ปฏิบัติตามในสหราชอาณาจักรในขณะนี้	การศึกษาครั้งนี้เปรียบเทียบ การตอบสนองและผลลัพธ์ ของสหราชอาณาจักรกับ ประเทศในยุโรปที่มีรายได้ และทรัพยากรด้านสุขภาพ ใกล้เคียงกัน โดยเปรียบเทียบ ค่าประมาณของต้นทุนทาง เศรษฐกิจเป็นเปอร์เซ็นต์ ความสูญเสียที่แตกต่างกัน ของผลิตภัณฑ์มวลรวม ภายในประเทศ (GDP) เทียบกับผลประโยชน์ที่	พบว่า โควิด-19 มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว และการเปลี่ยนแปลงมีนัยสำคัญในด้านความ รุนแรงและระยะเวลาของการดำเนินการและ การลดข้อจำกัดของสังคมในภายหลัง อัตราการ เสียชีวิตและจำนวนผู้เสียชีวิตส่วนเกินลดลงทุก ประเทศในช่วงเดือน พ.ค.-มิ.ย.2020  อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตและการสูญเสียอายุคาด เฉลี่ยสำหรับผู้ที่ไม่ติดเชื้อโควิด-19 คือ 79.1 และ 11.4 ปีตามลำดับ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อโควิด- 19 มีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตและการสูญเสียอายุคาด

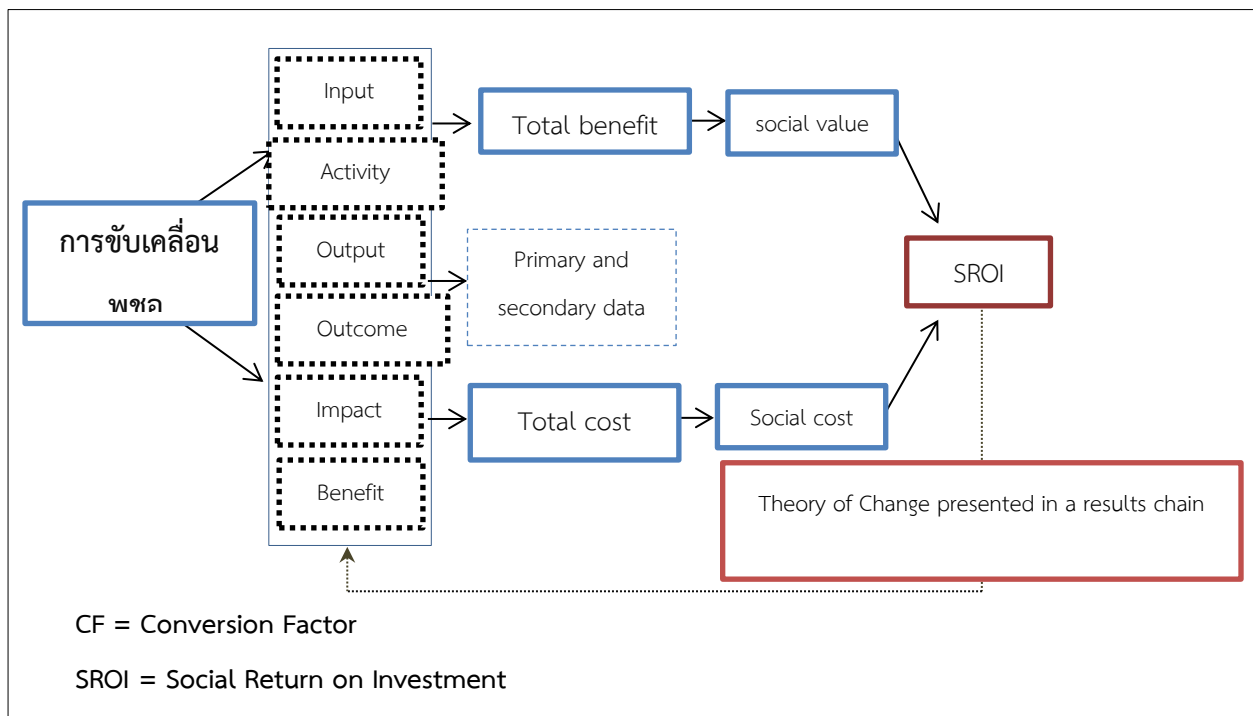


Authors	Articles	Purpose/Aim	Design and methods	Finding/Result
			<p>เป็นไปได้หากหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะจากสถานการณ์ต่างๆ โดยใช้อัตราการเสียชีวิตและอัตราการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน คำนวณการสูญเสียอายุคาดเฉลี่ย ปรับด้วยระดับสุขภาพที่ไม่ดีและคุณภาพชีวิต จากนั้นจะใช้มูลค่าปีชีวิตที่ปรับคุณภาพแล้ว (QALY) ที่มูลค่า 30,000 ปอนด์ (สูงสุดภายใต้หลักเกณฑ์ระหว่างประเทศ)</p>	<p>เฉลี่ยอยู่ที่ 80.4 และ 10.1 ปี ค่าที่ปรับทำให้ชีวิตสั้นลงและปีคุณภาพชีวิตอาจลดลงเหลือประมาณ 5QALYs สำหรับการเสียชีวิตจากโควิด-19</p> <p>ค่าประมาณการต่ำสุดสำหรับต้นทุนในการล็อกดาวน์ที่เกิดขึ้นสูงกว่าผลประโยชน์สูงสุด 40% จากการหลีกเลี่ยงสถานการณ์การเสียชีวิตที่เลวร้ายที่สุดด้วยอายุคาดเฉลี่ยเต็มอายุขัย</p> <p>สถานการณ์ในอนาคตแสดงให้เห็นในกรณีที่ดีที่สุดคือมูลค่า QALY 220,000 ปอนด์ และในกรณีที่เลวร้ายที่สุด 3.7 ล้านปอนด์ หากยังล็อกดาวน์ต่อเนื่อง</p>

Authors	Articles	Purpose/Aim	Design and methods	Finding/Result
Charles Phelps, Guruprasad Madhavan, Rino Rappuoli, Rita Colwell and Harvey Fineberg (2017)	Beyond cost-effectiveness: using system analysis for infectious disease preparedness	มุ่งไปที่ข้อจำกัดของการปฏิบัติในเชิงวิเคราะห์จากกรณีศึกษาการจัดการโรคอีโบลา เพื่อการวางแผนเชิงกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ และประโยชน์ของกลไกการวิเคราะห์ระบบแบบหลายหลักเกณฑ์	การศึกษาในครั้งนี้ใช้เครื่องมือการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ cost-effectiveness and cost-benefit analysis และการวิเคราะห์ระบบแบบหลายหลักเกณฑ์	พบว่า การวิเคราะห์ระบบแบบหลายหลักเกณฑ์ ยืนยันในแง่ของความเป็นจริง ความง่ายของการนำไปปฏิบัติ และความโปร่งใส นอกจากนี้ยังมีการเรียกร้องให้มีการพัฒนาและใช้งานระบบการวิเคราะห์ดังกล่าวในด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจได้ง่ายขึ้น
James Broughe and Michael Kotrous (2021)	The benefits of coronavirus suppression: A cost-benefit analysis of the response to the	วิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ของนโยบายป้องกันและควบคุมโรคของรัฐเพื่อลดการติดเชื้อโควิด-19 ในระลอกแรกในสหรัฐอเมริกา ในแง่ของผลกระทบต่อผลผลิตทาง	การศึกษาในครั้งนี้ใช้เครื่องมือการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ของนโยบายป้องกันและควบคุมโรคในสหรัฐอเมริกา เพื่อจัดการกับโควิด-19 ในระลอกแรกโดยเปรียบเทียบผลกระทบของนโยบายป้องกันและควบคุมโรคต่อ	พบว่า การประเมินผลประโยชน์ทั้งหมดของนโยบายป้องกันและควบคุมโรคต่อผลผลิตทางเศรษฐกิจคือระหว่าง 632.5 พันล้านดอลลาร์ถึง 765.0 พันล้านดอลลาร์ตั้งแต่ต้นเดือนมีนาคม 2020 ถึง 1 สิงหาคม 2020 และผลผลิตที่สูงสูญหายเนื่องจากนโยบายป้องกันและควบคุมโรคอยู่ระหว่าง 214.2 พันล้านดอลลาร์และ 331.5 พันล้านดอลลาร์โดยการประเมินต้นทุนขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการปิดกิจการที่ไม่จำเป็นและ

Authors	Articles	Purpose/Aim	Design and methods	Finding/Result
	first wave of COVID-19 in the United States	เศรษฐกิจและการผลิตทั้งหมด	ผลผลิตทางเศรษฐกิจและการผลิตทั้งหมดตั้งแต่เดือนมีนาคม 2020 จนถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2020	คำสั่ง stay-at-home ซึ่งบังคับใช้ระหว่าง 42 ถึง 65 วัน จึงสรุปได้ว่าผลประโยชน์สุทธิของนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเพื่อลดการแพร่ระบาดของโควิด-19 มีผลดีสุทธิ

## 2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิด

จากแผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมที่ได้จากการประเมินผลกระทบตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และตอบโจทย์วิธีการวัดประสิทธิภาพของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าทางสังคม ผ่านผลการดำเนินงานของโครงการต่างๆ เข้าใจถึงสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และนำเสนอผลที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอบนพื้นฐานของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) ซึ่งเป็นการนำเสนอเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากร (Input) ไม่ว่าจะเป็นบุคคล งบประมาณ องค์กรและทรัพยากรในชุมชน การพิจารณาถึงแผนกิจกรรม (Activities) เช่น กระบวนการ เครื่องมือ สถานการณ์ เทคโนโลยี และการปฏิบัติ การพิจารณาถึงผลผลิต (Outputs) ผลลัพธ์ (Outcomes) และผลกระทบ (Impact) จากการทำโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อนำไปสู่การนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ใกล้เคียงและในระดับประเทศอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมนั้น เป็นการประเมินผลตอบแทนครอบคลุมที่ได้จากการดำเนินโครงการที่มีผลต่อสังคม (Outputs: the direct and tangible and intangible products from the activity) และการประเมินผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการดำเนินโครงการ (Outcomes: changes happened from the activities) รวมถึงการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นอกจากนี้ในขั้นตอนการศึกษาจะมีการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม SROI โดยพิจารณาค่าผลได้ทางสังคมจากแนวคิดการประเมินค่าเงินของสินค้าและบริการ สิ่งแวดล้อมที่ไม่ได้ 'ได้อยู่' ในระบบตลาด (Methods for the monetary assessment of non-market and environmental goods) (Bateman et.al., 2005) และการวิเคราะห์ NPV (Net Present Value), B/C (Benefit Cost Ratio) และ IRR (Internal rate of Return) (Jeremy Nicholls, et.al., 2009; London Business School, 2004 และ รำจวน เบญจศิริ, 2558) ซึ่งคำนวณจาก มูลค่าทั้งหมดของผลประโยชน์ทางสังคมและมูลค่าทั้งหมดของต้นทุนทางสังคมของการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีหลักการประเมินคือ (Principle of SROI) คือ 1) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Involve Stakeholders) 2) เข้าใจสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง (Understand what changes) 3) ใช้ค่าแทนทางการเงินที่ค่าผลสำคัญ (Value the thing that matter) 4) รวมเฉพาะสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ (Only include what is material) 5) ไม่กล่าวอ้างเกินจริง (Do not over-claim) 6) เน้นความโปร่งใส (Be transparent) และ 7) พร้อมรับการตรวจสอบ (Verify the result) นอกจากการประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างยั่งยืนต่อไป

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

#### 3.1 วิธีการศึกษาวิจัยและการดำเนินงาน

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้แนวทางการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ภายใต้แนวทางการดำเนินงานการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แบ่งเป็น 1) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ในการแปลงคุณค่าทางสังคม (social value) หรือผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมมาเป็นมูลค่าทางการเงิน (financial proxy) ผ่านการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) จากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ผ่านการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) การประชุมกลุ่ม (Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) รวมถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีกรอบการประเมินผลลัพธ์ทางสังคม (Social Value) และแปลงค่าทางการเงินและพัฒนาคู่มือเกณฑ์ตัวชี้วัดโครงการ ภายใต้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการประเมินผลตอบแทนทางสังคม ดังนี้

1.1 จัดประชุมคณะทำงาน ประชุมคณะทำงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรึกษาหารือ วางแผนการทำงาน ติดตามดำเนินโครงการตามที่กำหนดไว้ในโครงการวิจัย วิเคราะห์ เขียนรายงานอย่างน้อย 12 ครั้ง

1.2 จัดประชุมชี้แจงโครงการ จัดประชุมชี้แจงโครงการให้กับคณะกรรมการ พชอ. ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีซึ่งกำหนดให้มีได้ไม่เกิน 20 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ตามบริบทของโครงการที่จะประเมิน เพื่อรับทราบความสำคัญ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน รวมทั้งกำหนดผู้ประสานงานในพื้นที่

#### การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI)

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมต่อการดำเนินงานการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการประเมินผลตอบแทนทางสังคมใน 6 ขั้นตอนหลัก (แผนภาพที่ 7) ดังต่อไปนี้

##### ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders)

ในขั้นตอนแรกของการประเมินผลตอบแทนทางสังคม จำเป็นต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Stakeholders Analysis) 3 กลุ่มสำคัญ (สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น, 2552) ได้แก่

- 1) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (key stakeholders)
- 2) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (primary stakeholders)
- 3) ผู้มีส่วนได้เสียรอง (secondary stakeholders)

โดยคำนึงถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจาก 2 ประเด็นหลัก คือ

- 1) ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้เสีย
- 2) การมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้เสีย

ภายใต้แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) นี้ประกอบด้วยภาคส่วนหลักที่สำคัญ ได้แก่ ผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารระดับเขตหรือจังหวัด ผู้บริหารในพื้นที่ เช่น ผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคประชาชน เช่น ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน และผู้ให้บริการ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และท้องถิ่น โดยในขั้นตอนที่ 1 จะเป็นการการจัดประชุมวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียของโครงการ (stakeholder analysis) ในพื้นที่ดำเนินการจำนวน 4 พื้นที่ พื้นที่ละประมาณ 40 คน

นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละกลุ่มจากการร่วมประชุมกลุ่ม (Group Discussion) ดังตาราง

ตารางที่ 9 ตาราง Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย

ปัจจัย		การมีอิทธิพล	
		น้อย	มาก
ความสำคัญ	มาก	A ความสำคัญมาก / อิทธิพลน้อย (Keep informed)	B ความสำคัญมาก / อิทธิพลมาก (Key players)
	น้อย	C ความสำคัญน้อย / อิทธิพลน้อย (Minimal effort)	D ความสำคัญน้อย / อิทธิพลมาก (Keep Satisfied)

ที่มา: ประยุกต์จาก School of Changemaker (2015) และสมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น (2552)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียแล้ว จะนำมาใส่ในตารางเพื่อวิเคราะห์แบบแผนวิธีการสื่อสารข้อเสนอแนะทางนโยบายและแผนปฏิบัติการที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มคนที่แตกต่างกันในขั้นตอนต่อไป

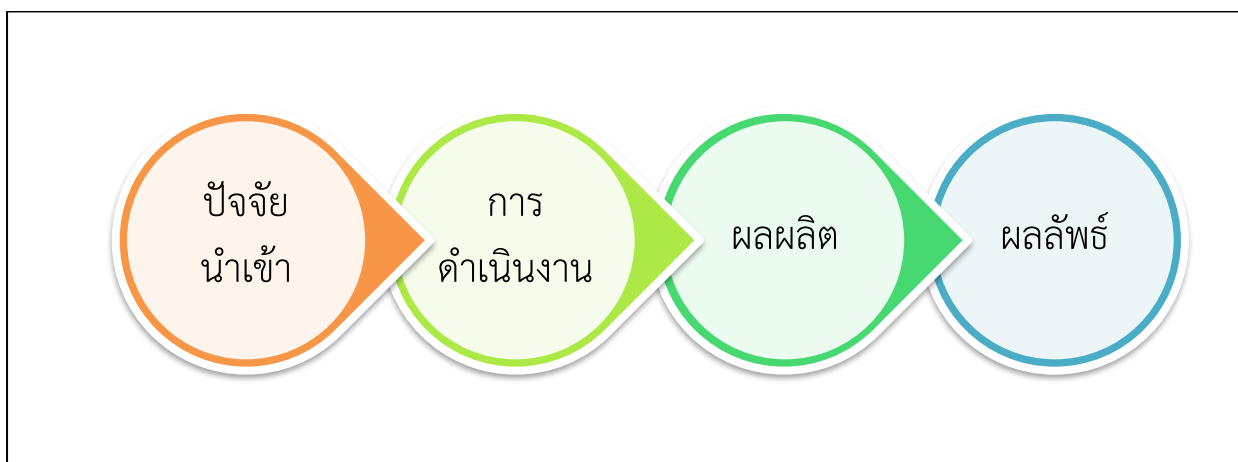
#### ตารางที่ 10 การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม

ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร

ที่มา: สฤณี อาชวานันทกุล และ ภัทราพร แยมละออ (2560)

#### ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes)

หลังจากที่มีการประชุมกลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็นวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน ในขั้นตอนที่สองจะใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) อย่างน้อย 1 ครั้ง กับผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ดำเนินการเป้าหมาย เพื่ออธิบายให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยนำเข้า (Input) การดำเนินงาน (Process) ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ของการดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยนำไปสู่การมองเห็นภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชน (Theory of Change) โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 4 แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ของ SROI ในการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



ที่มา: ประยุทธ์จากสถณี อาชวานันทกุล และ ภัทรพร แยมละออ (2560) และพิกุล สิทธิประเสริฐกุล (2559)

โดยพิจารณารายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบดังนี้

**1) ปัจจัยนำเข้า (Input)** แสดงให้เห็นถึงประเด็นหรือสิ่งที่ต้องใช้ในการดำเนินงาน เพื่อสร้างผลลัพธ์ เช่น ทรัพยากรบุคคล ที่ดิน องค์กรความรู้ อุปกรณ์ต่างๆ ทรัพยากรทางการเงิน/งบประมาณที่ใช้ลงทุนไปในการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ไม่ว่าจะเป็นการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก ค่าจ้างบุคลากร/แรงงาน เป็นต้น

**2) กระบวนการดำเนินงาน (Process)** หมายถึงกิจกรรมที่ได้ดำเนินงานภายใต้การขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยจำแนกให้เห็นรายละเอียดของการดำเนินงานว่าเป็นไปในลักษณะใดและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมคือใครบ้าง เพื่อนำไปสู่ผลที่โครงการฯ คาดหวัง

**3) ผลผลิต (Output)** แสดงให้เห็นถึงผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมที่สามารถวัดได้ เช่น อัตราการเข้าถึงโรงพยาบาล จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวนรายได้ต่อครัวเรือน ปริมาณสารพิษที่ตกค้างในเลือด จำนวนปริมาณขยะในชุมชน อัตราการเกิดโรคไขเลือดออก จำนวนบทความงานวิจัยที่ได้เผยแพร่ เป็นต้น

**4) ผลลัพธ์ (Outcome)** เป็นการชี้ให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของชุมชนหรือสังคม (Theory of Change) หลังจากที่ได้มีการดำเนินการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยพิจารณาตามผู้มีส่วนได้เสียในสามกลุ่มหลักข้างต้น อาทิ ผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน เกษตรกร ผู้นำหรือแกนนำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์หาแนวทางการดำเนินงานในระยะยาวที่เหมาะสมกับแต่ละบริบทพื้นที่ต่อไป นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับชุมชนแม้จะไม่ดำเนินโครงการฯ นี้ก็ตาม (เรียกว่า ผลกระทบ หรือ Impact)

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประเมินการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and then availability)

สำหรับขั้นตอนที่สามจะมุ่งเน้นการใช้การวิจัยแบบผสม (Mixed Methods) ในการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยชี้ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน (Theory of Change) ที่เข้าร่วมการขับเคลื่อนการดำเนินการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อยสำคัญ ดังนี้

**1) การพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์** การพัฒนาตัวชี้วัดของผลลัพธ์ เป็นการพัฒนาห่วงโซ่ผลลัพธ์ไปสู่การหาผลลัพธ์ทางสังคม หรือการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) เป็นการเลือกตัวชี้วัดทางสังคมที่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ทางสังคมแต่ละเรื่องในห่วงโซ่ผลลัพธ์ เพื่อพิจารณาว่าผลลัพธ์เกิดขึ้น “หรือไม่” และเกิดขึ้น “เท่าใด” ที่แสดงถึงความเปลี่ยนแปลงทางชุมชน สังคม/สิ่งแวดล้อม ซึ่งตัวชี้วัดนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างและเปลี่ยนแปลงตั้งแต่จุดเริ่มต้นกับช่วงที่ได้ดำเนินการไประยะหนึ่งแล้ว โดยใช้วิธีการแบบแผนเชิงสำรวจ (Exploratory) แบ่งเป็น

1.1) การจัดสนทนากลุ่มเพื่อหาตัวชี้วัดที่เหมาะสมร่วมกันของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถาม อย่างน้อยพื้นที่ละ 1 ครั้งใน 4 พื้นที่

1.2) แบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้าง ประมาณ 40 ชุดในแต่ละพื้นที่ดำเนินการจำนวน 4 แห่ง เพื่อสร้างตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่หลากหลายและครอบคลุมผลลัพธ์ทุกด้านจากแผนที่ผลลัพธ์

**2) การเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนโครงการฯ** ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนโครงการฯ สามารถพิจารณาได้โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1) รวบรวมข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิ หรือข้อมูลทางสถิติ เช่น สถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โรงพยาบาลจังหวัด/อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลด้านสาธารณสุข-สุขภาพ การรวมกลุ่มในชุมชน ข้อมูลรายได้-อาชีพของคนในชุมชน ข้อมูลการเข้าถึงบริการต่างๆ รวมไปถึงอัตราการเป็นโรคและการเสียชีวิตในพื้นที่ บันทึกการประชุม การเก็บข้อมูลจากบัญชีรายรับ-รายจ่าย การเก็บข้อมูลจากยอดขายสินค้า เป็นต้น

2.2) รวบรวมข้อมูลจากข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน เช่น การสัมภาษณ์ (Interviews) การสอบถามพูดคุย การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสำรวจในชุมชน เป็นต้น ทั้งในประเด็นการรับรู้และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ดำเนินการเป้าหมายจำนวน 4 แห่งๆ ละไม่น้อยกว่า 50 ชุด

**3) การสร้างความยั่งยืนของตัวชี้วัด** การสร้างความยั่งยืนของตัวชี้วัดพิจารณาจากข้อมูลตัดขวางทางยาวหรือการศึกษาข้อมูลในระยะยาว (longitudinal data) ของตัวชี้วัดแต่ละประเด็น ผ่านการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) จากผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วนในประเด็นที่เกี่ยวข้อง กลุ่มละ 1 ครั้ง จำนวน 3 กลุ่มย่อยในพื้นที่ดำเนินการเป้าหมาย จำนวน 4 แห่ง เพื่อร่วมพิจารณาตัวชี้วัดด้านเวลาในการดำเนินงาน เพื่อบรรลุความสำเร็จ

4) การพัฒนาการประมาณการเป็นมูลค่าของผลลัพธ์ การประมาณการผลลัพธ์เป็นมูลค่า เป็นการแทนค่าของผลลัพธ์ทางสังคม (social values) ไปเป็นมูลค่าทางการเงิน (financial proxies) โดยจะใช้ การสัมภาษณ์ (interviews) ผู้มีส่วนได้เสียถึงการประมาณการเป็นมูลค่าทางการเงินของผลลัพธ์แต่ละ ประเด็น ทั้งนี้ข้อสังเกตอยู่ที่ความเป็นนามธรรมของข้อมูลบางชนิดและมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับ ภายนอก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาและหาค่าตัวชี้วัดให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งถูก เรียกว่า “กรณีฐาน (Base Case Scenario)” โดยจะต้องคำนึงถึงความใกล้เคียงความเป็นจริงของ สถานการณ์ภายใต้บริบทพื้นที่มากที่สุด เช่น การใช้เทคนิคการวิเคราะห์ราคาแอบแฝง การพิจารณาจาก ราคาตลาดที่เกี่ยวข้อง และการพิจารณาค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เป็นต้น (www.socialvalueuk.org, 2016; สฤณี อาชวานันทกุล และ ภัทรพร แยมละออ, 2560)

นอกจากนี้ หลังการพัฒนาและสร้างความยั่งยืนของตัวชี้วัดแล้ว จะทำการจัดประชุมกลุ่มใหญ่ ผ่าน การจัดเวทีระดมความคิดเห็นใน 4 พื้นที่ พื้นที่ละประมาณ 50 คน เพื่อพัฒนาเกณฑ์ตัวชี้วัดที่เหมาะสม สำหรับผลลัพธ์/ผลตอบแทนทางสังคมจากการดำเนินงานขับเคลื่อน/โครงการ

#### ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact)

การพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการ สามารถพิจารณาได้จาก 4 ตัวแปร ได้แก่ ผลลัพธ์ ส่วนเกิน (deadweight) ประมาณการอัตราการลดลง (drop off) ผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยอื่น (attribution) และผลลัพธ์ทดแทน (displacement) ที่ได้มาจากการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้เสียทุกภาค ส่วน ในพื้นที่ดำเนินการ 4 พื้นที่ โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมการประชุมกลุ่มพื้นที่ละประมาณ 15 คน เมื่อได้ ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 3 ในการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม SROI นั้น ก่อนการวิเคราะห์ค่าทางการเงิน (financial proxy) จะต้องมีการพิจารณาทั้ง 4 ส่วนในรายละเอียดดังนี้

1) **ผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight)** เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจจะ เกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่มีโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ไม่มีหน่วยงานมาขับเคลื่อน ผลลัพธ์ก็จะมี ทิศทางที่ดีขึ้น อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียดำเนินการเอง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้น เอื้อประโยชน์ ทั้งนี้ผลลัพธ์ส่วนเกินนั้นสามารถคำนวณได้จากการหักลบค่าประมาณการ จากมูลค่าตัวชี้วัด ทางสังคมที่ประเมินได้หรือตัวอย่างมาตรฐาน (benchmark) ที่ใกล้เคียงกับเป้าหมายการขับเคลื่อน โครงการ ทั้งนี้ มูลค่าตัวชี้วัดทางสังคมที่ประเมินได้หรือตัวอย่างมาตรฐาน (benchmark) จะต้องใกล้เคียง กับเป้าหมายการขับเคลื่อนโครงการให้มากที่สุด เพื่อให้ค่าประมาณมีความถูกต้องแม่นยำตรงกับสถานการณ์ จริงสูงสุด

2) การพิจารณาผลลัพธ์ทดแทน (displacement) คือการพิจารณาผลลัพธ์ไม่เพียงประสงค์ที่เกิดนอกขอบเขตของโครงการ และไม่ใช่อผลลัพธ์หลักที่พิจารณาของโครงการ อันจะส่งผลทางลบกับโครงการอื่น ๆ

3) การพิจารณาผลจากปัจจัยอื่น (attribution) คือ การพิจารณาการเปลี่ยนแปลงจากบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยใช้การสังเกตหรือสัมภาษณ์จากผู้มีส่วนได้เสียว่าความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมาจากการขับเคลื่อนของใครหรือแหล่งใด และโครงการฯ นี้มีส่วนช่วยในการขับเคลื่อนมาก-น้อยเพียงใด

การพิจารณาอัตราลดลงของประโยชน์ (benefit period และ drop-off) คือการประมาณระยะเวลาที่โครงการสร้างประโยชน์ให้แก่สังคม และอัตราการลดลงของผลประโยชน์ของโครงการ ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้สามารถรวบรวมได้จากการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หลังจากที่ได้ข้อมูลเหล่านี้ จากนั้นคณะผู้วิจัยจะแปลงค่าให้มีมูลค่าทางการเงินโดยอ้างอิงกับมาตรฐานและงานวิจัย กล่าวคือ รวมเฉพาะคุณค่าทางสังคมที่องค์กรหรือโครงการที่ดำเนินการอยู่มีส่วนสร้างจริงๆ เท่านั้น ซึ่งการวัดมูลค่าของผลลัพธ์และผลกระทบที่ผู้รับผลประโยชน์จากโครงการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมได้มากน้อยเพียงใด และจะต้องเข้าใจว่าอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นเช่นเดียวกัน

#### ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI)

สำหรับขั้นตอนการคำนวณเพื่อประเมินผลตอบแทนทางสังคมต่อแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนี้ ประกอบไปด้วยขั้นตอนการดำเนินงานในรายละเอียด 6 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

1) การวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (Input Analysis) การวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า มีลักษณะการรวบรวมข้อมูลใน 2 ลักษณะ คือ การพิจารณามูลค่าในการลงทุนของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน/โครงการ ทั้งที่เป็นลักษณะตัวเงิน และไม่ใช่วัตถุเงิน ทั้งนี้การลงทุนที่ไม่อยู่ในลักษณะตัวเงินจะถูกเปลี่ยนให้เป็นมูลค่าทางการเงินก่อน (Monetization) หลังจากนั้นทำการรวมมูลค่าลงทุนทั้งสองกรณี เพื่อให้ทราบถึงมูลค่าการลงทุนหรือปัจจัยนำเข้าทั้งหมดของการดำเนินงานขับเคลื่อน/โครงการ

2) การรวบรวมผลลัพธ์ทางสังคม หลังจากทราบมูลค่าการลงทุนทั้งหมด ขั้นต่อไปเป็นการรวบรวมผลประโยชน์ที่ถูกแปลงในอยู่ในลักษณะมูลค่าทางการเงินของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม แล้วนำผลประโยชน์จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกประเภทมารวมกัน หักออกด้วย ผลลัพธ์ที่อย่างไรก็เกิดหากไม่มีโครงการ (Deadweight) ผลลัพธ์ที่โครงการอื่น ๆ มีส่วนสร้าง (Attribution) และผลลัพธ์ทดแทน (Displacement)

3) การคำนวณมูลค่าผลลัพธ์ทางสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน/โครงการอาจเกิดขึ้นได้ต่อไปอีกในอนาคต ทั้งนี้ควรนำ อัตราคิดลด (Discount rate) ระยะเวลาที่ยังเกิดผลลัพธ์ทางสังคม (Benefit period) อัตราการลดลง (Drop off) มาประกอบการพิจารณา โดย

*อัตราคิดลด* เนื่องจากการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจะเป็นการเปรียบเทียบกันระหว่างมูลค่าผลลัพธ์ทางสังคม ณ เวลาปัจจุบันเทียบกับ มูลค่าการลงทุนทั้งหมด ณ ปัจจุบัน อัตราคิดลดจะถูกนำมาใช้เพื่อแปลงผลลัพธ์ทางสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตให้เป็นมูลค่า ณ ปัจจุบัน

*ระยะเวลาที่ยังเกิดผลลัพธ์ทางสังคม* หมายถึงระยะเวลาที่แบบจำลองยังคำนึงถึงผลลัพธ์ทางสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

*อัตราการลดลง* หมายถึงผลลัพธ์ทางสังคมอาจไม่เกิดขึ้นกับทุกประเภทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดระยะเวลาที่ยังเกิดผลลัพธ์ทางสังคม

$$\text{มูลค่าปัจจุบัน} = \frac{\text{มูลค่าผลลัพธ์ปีที่1}}{(1+r)} + \frac{\text{มูลค่าผลลัพธ์ ปีที่2}}{(1+r)^2} + \frac{\text{มูลค่าผลลัพธ์ ปีที่3}}{(1+r)^3} + \frac{\text{มูลค่าผลลัพธ์ ปีที่n}}{(1+r)^4}$$

โดยที่ r แทนอัตราคิดลด

4) การคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) หลังจากเสร็จ 3 ขั้นตอนแรก ผลตอบแทนทางสังคม (SROI) จะเป็นการคำนวณในขั้นถัดไป ทั้งนี้ SROI จะวัดและเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น กับ มูลค่าการลงทุนทั้งหมดของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน/โครงการ โดยเป็นอัตราส่วนระหว่างผลลัพธ์ทางสังคม ณ ปัจจุบัน ต่อ มูลค่าการลงทุนทั้งหมด ณ ปัจจุบัน

$$SROI = \frac{\text{ผลรวมของมูลค่าผลลัพธ์ทางสังคม}}{\text{มูลค่าการลงทุนทั้งหมด}}$$

5) การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity Analysis) การวิเคราะห์ความไวจะถูกนำมาใช้ เมื่อใช้ทดสอบว่าการปรับค่าในแต่ละข้อสันนิษฐานมีมีผลต่อแบบจำลองหรือไม่ โดยทำการปรับทีละข้อสันนิษฐานเพื่อดูผลของค่า SROI ที่เปลี่ยนไป

## 6) การคำนวณมูลค่าเพิ่มและระยะเวลาการคืนทุน ได้แก่

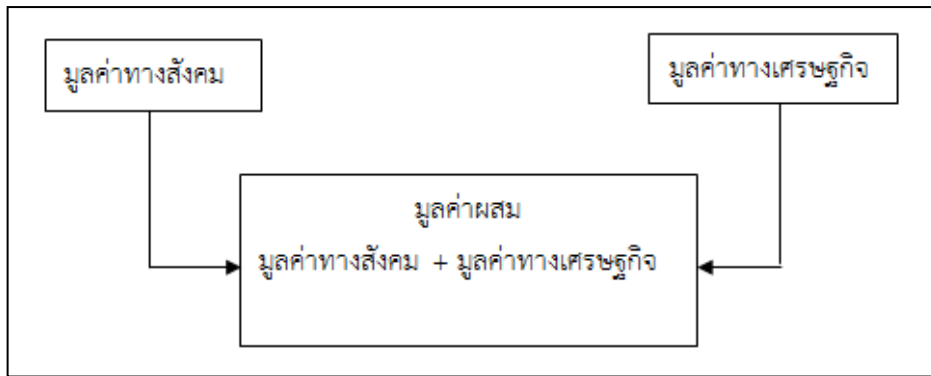
มูลค่าเพิ่ม ได้แก่ ผลต่างระหว่างมูลค่าผลลัพธ์ทางสังคมกับมูลค่าการลงทุนทั้งหมด

$$\text{มูลค่าเพิ่ม} = \text{มูลค่าผลลัพธ์ทางสังคม ณ ปัจจุบัน} - \text{มูลค่าการลงทุนทั้งหมด ณ ปัจจุบัน}$$

ระยะเวลาการคืนทุน จะทำให้ทราบถึง ณ จุดเวลาไหนที่มูลค่าการลงทุนทั้งหมด มีค่าเท่ากับ มูลค่าผลลัพธ์ทางสังคมที่เกิดจากการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้งนี้การคำนวณค่าดังกล่าวสามารถหาได้จากนำมูลค่าผลลัพธ์ทางสังคมทั้งหมดหารด้วยสิบสอง เพื่อให้ได้มูลค่าผลลัพธ์ต่อเดือน หลังจากนั้นนำค่าดังกล่าวไปหารมูลค่าการลงทุนทั้งหมด

$$\text{ระยะเวลาคืนทุน (จำนวนเดือน)} = \frac{\text{เงินลงทุน}}{(\text{มูลค่าผลลัพธ์ทางสังคมต่อปี}/12)}$$

ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน เป็นเครื่องมือประเมินผลทางสังคมที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีการบุกเบิกมาจากกองทุน Robert enterprise development fund หรือ REDF (New Economics Foundation, 2004); Context International Cooperation, 2006; Peter Scholten et al., 2006; Brooks, 2008) ซึ่งเป็นองค์กรแสวงหาผลกำไรแห่งหนึ่งซึ่งจัดหาแหล่งเงินทุนให้กับผู้ประกอบการทางสังคมเพื่อช่วยเหลือคนยากจนให้มีทักษะในการทำงานและได้รับโอกาสในการจ้างงาน ซึ่งแสดงให้เห็นชัดเจนในช่วงตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ถึง ค.ศ. 2001 โดยคำนวณผลตอบแทนทางธุรกิจและผลกระทบทางสังคมในเชิงประมาณอย่างเป็นรูปธรรม REDE รวมทั้ง ออกแบบวิธี SROI เป็น 2 มูลค่า คือ 1) มูลค่าทางธุรกิจ (Enterprise value) ซึ่งจะเน้นในเรื่องผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปแบบที่เป็นตัวเงิน เช่น ต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ รวมทั้งผลตอบแทนที่ได้จากการดำเนินโครงการ และ 2) มูลค่าทางสังคม (Social value) ซึ่งจะเน้นในเรื่องของผลตอบแทนที่องค์กรหรือโครงการได้สร้างให้กับสังคม โดยเมื่อรวมองค์ประกอบทั้งสองจะได้มูลค่าผสม (Blended value) ซึ่งใช้คิดคำนวณผลตอบแทนโดยรวม (แผนภาพที่ 5)



แผนภาพที่ 1: องค์ประกอบของการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI)

Source: New Economics Foundation (2004)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนั้น คณะผู้วิจัยจะวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ตามขั้นตอนที่ได้กล่าวไปแล้วในระเบียบวิธีวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือการวิเคราะห์การลงทุนที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมในหลักการที่ขยายออกไปเพื่อให้เกิดมูลค่าทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ในสามขั้นตอนแรกจะเป็นการประเมินค่าและการเปลี่ยนค่าผลกระทบที่องค์กรสามารถกระทำให้กับสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจให้ออกมาเป็นตัวเงิน สิ่งนี้จะส่งผลให้เกิด “มูลค่าผสม” ขององค์กรที่ประกอบไปด้วยมูลค่าทางธุรกิจ และมูลค่าจูงม่งหมายทางสังคม ส่วนในขั้นที่ 4 – 6 มูลค่าเหล่านี้จะถูกเปรียบเทียบกับการลงทุนที่ต้องการโดยแยกเป็นแต่ละประเภทของมูลค่า เพื่อเป็นดัชนีชี้วัดว่าการลงทุนนั้นประสบความสำเร็จหรือไม่ โดยดัชนีต่างๆ และกระบวนการได้มาของการวิเคราะห์จะถูกแสดงในการรายงานผลต่อผู้มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สำหรับผลตอบแทนทางสังคมจะถูกคำนวณตามสมการต่อไปนี้

$$SROI = \frac{(\text{การเปลี่ยนแปลงที่เป็นตัวเงิน } x \text{ จำนวนผู้มีส่วนได้เสียที่ได้รับผลกระทบ}) - \text{Deadweight-Attribution-Drop off}}{\text{จำนวนเงินที่ลงทุนไปโครงการ}}$$

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) เพื่อเป็นการวิเคราะห์ประสิทธิภาพรายจ่ายสาธารณะ คือการประเมินต้นทุน (Cost) และผลตอบแทน (Benefit) ของโครงการสำหรับค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนของโครงการจะประกอบไปด้วย 1) ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการลงทุน (Capital cost) และงบดำเนินการ (Operation cost) และ 2) ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) ซึ่งเป็นต้นทุนที่มีได้เกิดจากโครงการโดยตรงแต่เป็นค่าความสูญเสียอันเกิดจากโครงการนั้น หรืออาจเรียกต้นทุนส่วนนี้ว่า “ค่าเสียโอกาส” (Opportunity cost) ในขณะที่ผลตอบแทนหรือผลประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการประกอบไปด้วย 2 ประเภท เช่นเดียวกัน คือ 1) ผลประโยชน์ทางตรง (Direct benefit) และ 2) ผลประโยชน์ทางอ้อม

(Indirect benefit) ซึ่งจะมีทั้งส่วนที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน และมีความหมายแตกต่างจากคำว่ากำไร กล่าวคือ กำไรทางธุรกิจจะคำนวณเฉพาะที่เป็นตัวเงินแท้ๆ ส่วนผลตอบแทนจากการใช้จ่ายของรัฐ หรือ กิจกรรมทางสังคม จะมีผลตอบแทนมากกว่ากำหนดที่เป็นตัวเงิน โดยอยู่ในรูปที่ไม่เป็นตัวเงินด้วย และผลตอบแทนที่จะตกแก่สังคมทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะคนใดคนหนึ่ง เมื่อทราบค่าใช้จ่าย และผลตอบแทน ทั้งหมด ขั้นตอนต่อไป คือ การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของค่าใช้จ่าย โดยวิธี Cost-benefit analysis ที่มีรายละเอียดดังนี้

1) มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value: NPV) หมายถึง ผลต่างระหว่างมูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนรวม (Present Value Benefit : PVB) ที่คาดว่าจะได้รับในแต่ละปีตลอดอายุโครงการกับมูลค่าปัจจุบันของต้นทุนรวม (Present Value Cost : PVC) โดยหลักเกณฑ์การตัดสินใจพิจารณาจากค่า NPV คือ เมื่อค่า  $NPV > 0$  หรือมีค่าเป็นบวก แสดงว่าโครงการนั้นมีความเหมาะสมที่จะลงทุน กล่าวคือ มูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนรวมมากกว่ามูลค่าปัจจุบันของต้นทุนรวม ( $PVB > PVC$ )

2) อัตราส่วนมูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนต่อต้นทุน (Benefit - Cost Ratio: B/C Ratio, BCR) เป็นอัตราส่วนระหว่างมูลค่าปัจจุบันของรายได้ตลอดอายุโครงการกับมูลค่าปัจจุบันของรายจ่ายตลอดอายุโครงการ หลักเกณฑ์การตัดสินใจคือ ควรตัดสินใจลงทุนเมื่อ BCR มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1 และไม่ควรรลงทุน เมื่อ BCR มีค่าน้อยกว่า 1

3) อัตราผลตอบแทนของโครงการ (Internal Rate of Return: IRR) เป็นอัตราดอกเบี้ยที่ทำให้มูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนสุทธิของโครงการมีค่าเท่ากับศูนย์ เกณฑ์ในการตัดสินใจคือ เปรียบเทียบค่า IRR ที่คำนวณได้กับค่าของอัตราคิดลดที่เป็นเกณฑ์ถ้าค่า IRR ที่คำนวณได้สูงกว่าค่าอัตราคิดลด ถือว่ายอมรับการลงทุนในโครงการได้

4) การวิเคราะห์ระยะเวลาคืนทุน (Payback Period: PP) เป็นการวิเคราะห์เกี่ยวกับระยะเวลาที่จะได้รับเงินลงทุนกลับมา เกณฑ์การตัดสินใจคือ ถ้าค่าของ PP ยิ่งน้อยยิ่งดี อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับประเภทของโครงการที่ดำเนินการ

ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Component Analysis) และใช้การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap analysis) ในการประเมินการดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



## ขั้นตอนที่ 6 การจัดทำรายงานการประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและการสื่อสารไปยังผู้มีส่วนได้เสียและสังคม (Reporting and Embedding)

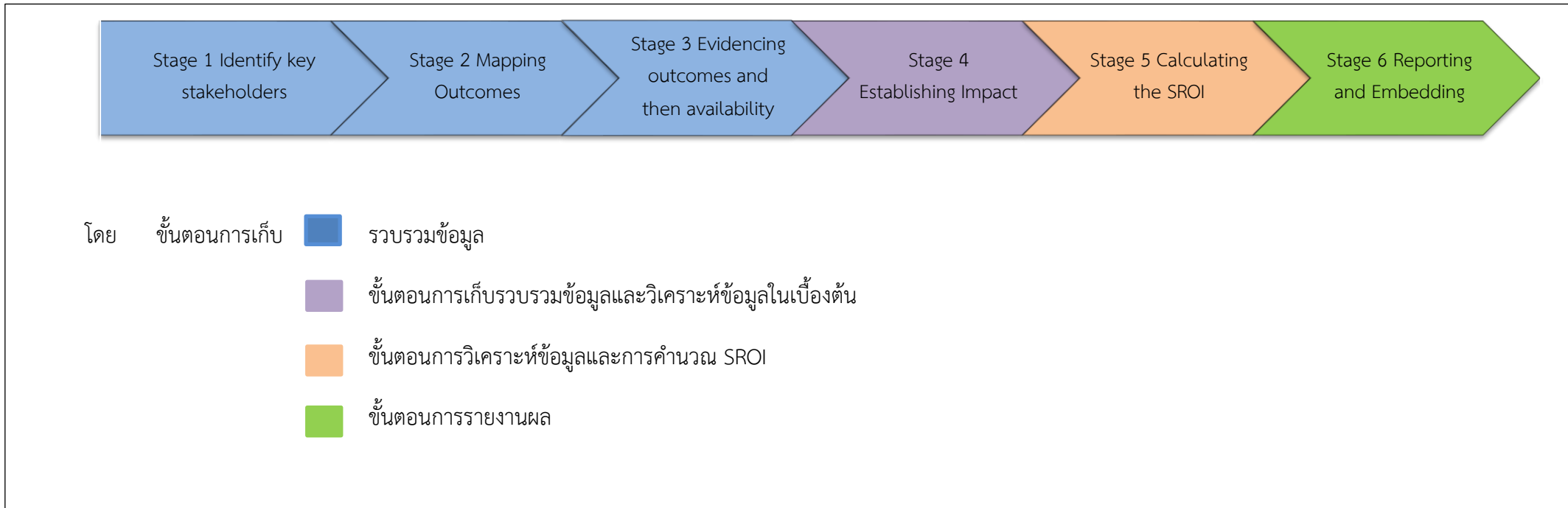
การจัดทำรายงานการประเมินผลลัพธ์ทางสังคม ต้องพิจารณาถึงกลุ่มมีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์แต่ละโครงการตามห่วงโซ่ ชี้ให้เห็นถึงมูลค่าทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชนและสังคม

การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) เป็นวิธีการที่ช่วยองค์กรในการทำความเข้าใจ และหาขนาดของมูลค่าทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ดังที่แสดงตามแผนภาพที่ 6 โดยที่องค์กรตั้งขึ้นเพื่อผลลัพธ์ทางสังคม แนวคิด SROI นั้นประยุกต์มาจากแนวคิดเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม และการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ (cost-benefit analysis) ซึ่งเป็นแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิมที่เป็นการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางการเงินจากการลงทุน เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพทางการเงินทั่วไปเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพของการลงทุนผ่านอัตราส่วนหรือเปอร์เซ็นต์ โดยไม่ได้คำนึงถึงผลตอบแทนทางสังคมอื่นๆ การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) เป็นการประเมินที่ครอบคลุมมูลค่าทางสังคมทั้งผลลัพธ์ที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน เป็นวิธีการวัดมูลค่าทางเศรษฐกิจของผลประโยชน์ทางสังคมด้วยการนำผลตอบแทนทางสังคมในเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพที่องค์กรได้สร้างขึ้นมาแปลงค่าเป็นตัวเงิน โดยใช้การวัดตัวเงินแบบคิดลด (discounted monetized measurement) ของมูลค่าทางสังคมที่องค์กรได้สร้างขึ้น และคำนวณหาเปรียบเทียบกับมูลค่าทางการเงินของต้นทุนที่ใช้ไปในการดำเนินกิจการขององค์กร เพื่อช่วยในการประเมินว่าโครงการหรือการลงทุนนั้น มีความคุ้มค่าหรือไม่ (Rotheroe & Richards, 2007; Carleton Centre for Community Innovation, 2008; Sabina, 2010; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559 และโชติกา ภาชีผล, 2560) นอกจากนี้ การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment) หรือ SROI เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินค่าเพื่อวางแผนโครงการในอนาคต หรือทบทวนโครงการในอดีต SROI มีจุดเด่น คือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในระหว่างการวิเคราะห์ที่มีความเกี่ยวข้องกันในหลายขั้นตอน เช่น การตัดสินใจเลือกผลลัพธ์ (Outcomes) การสร้างแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome mapping) การเลือกมูลค่าตัวแทนทางการเงิน (Financial Proxies) และสัดส่วนความเป็นเจ้าของผลงาน (Attribution Proportion)



ภาพที่ 5 การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI)

ที่มา: TRIS academy club (2017)



ภาพที่ 6 กระบวนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมกับการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

### 3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

ขั้นตอนการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) ผลตอบแทน/ผลประโยชน์เชิงสังคม (Social value) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผ่านการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และ (2) ผลตอบแทนที่เปลี่ยนเป็นรูปแบบทางการเงิน (financial value) โดยใช้การวิเคราะห์ทางการเงิน เป็นการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของค่าใช้จ่าย โดยวิธี Cost-benefit analysis ที่ประกอบด้วย

1) มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value: NPV) หมายถึง ผลต่างระหว่างมูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนรวม (Present Value Benefit: PVB) ที่คาดว่าจะได้รับในแต่ละปีตลอดอายุโครงการกับมูลค่าปัจจุบันของต้นทุนรวม (Present Value Cost : PVC) โดยหลักเกณฑ์การตัดสินใจพิจารณาจากค่า NPV คือ เมื่อค่า  $NPV > 0$  หรือมีค่าเป็นบวก แสดงว่าโครงการนั้นมีความเหมาะสมที่จะลงทุน กล่าวคือ มูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนรวมมากกว่ามูลค่าปัจจุบันของต้นทุนรวม ( $PVB > PVC$ )

2) อัตราส่วนมูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนต่อต้นทุน (Benefit - Cost Ratio: B/C Ratio, BCR) เป็นอัตราส่วนระหว่างมูลค่าปัจจุบันของรายได้ตลอดอายุโครงการกับมูลค่าปัจจุบันของรายจ่ายตลอดอายุโครงการ หลักเกณฑ์การตัดสินใจคือ ควรตัดสินใจลงทุนเมื่อ BCR มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1 และไม่ควรถูกลงทุน เมื่อ BCR มีค่าน้อยกว่า 1

3) อัตราผลตอบแทนของโครงการ (Internal Rate of Return: IRR) เป็นอัตราดอกเบี้ยที่ทำให้มูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนสุทธิของโครงการมีค่าเท่ากับศูนย์ เกณฑ์ในการตัดสินใจคือ เปรียบเทียบค่า IRR ที่คำนวณได้กับค่าของอัตราคิดลดที่เป็นเกณฑ์ถ้าค่า IRR ที่คำนวณได้สูงกว่าค่าอัตราคิดลด ถือว่า ยอมรับการลงทุนในโครงการได้

4) การวิเคราะห์ระยะเวลาคืนทุน (Payback Period: PP) เป็นการวิเคราะห์เกี่ยวกับระยะเวลาที่จะได้รับเงินลงทุนกลับมา เกณฑ์การตัดสินใจคือ ถ้าค่าของ PP ยิ่งน้อยยิ่งดี อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับประเภทของโครงการที่ดำเนินการ

### 3.3 ขอบเขตของการวิจัย

#### 1) ขอบเขตเชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) จากการทำโครงการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) มีรายละเอียดดังนี้

1.1) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ แผนงาน ตัวชี้วัด และผลการดำเนินงาน ตามการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.2) พิจารณาผู้มีส่วนได้เสียของโครงการ และวิเคราะห์ถึงความเปลี่ยนแปลง (Theory of Change)

1.3) จัดทำกรอบการประเมิน ซึ่งครอบคลุมการประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของ การขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) ตามขั้นตอนของการวิเคราะห์ทั้ง 6 ขั้นตอน และการประเมินต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-benefit analysis)

1.4) จัดทำสรุปผลการประเมิน และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ พร้อมทั้งเกิดความคุ้มค่าและสามารถให้ผลตอบแทนทางสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรม

1.5) พัฒนาเกณฑ์ตัวชี้วัดการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

### 3.4 ระยะเวลาการดำเนินงาน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 9 เดือน เริ่มดำเนินการ 1 ธันวาคม 2564 - 31 สิงหาคม 2564



### 3.6 สถานที่ทำการวิจัย ทดลอง หรือการเก็บข้อมูล

#### 3.6.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่

สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่เพื่อทำการประเมินการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะคัดเลือกจากข้อมูลสองส่วน คือ 1) จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมที่ได้รับการยืนยัน โดยเรียงลำดับตามเกณฑ์มาตรการปรับพื้นที่หรือโซนสีโควิด และ 2) ผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัว (GRP per capita) รายภาคมาประกอบการเลือกพื้นที่

#### (1) จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมที่ได้รับการยืนยัน โดยเรียงลำดับตามเกณฑ์มาตรการปรับพื้นที่หรือโซนสีโควิด

จากการเก็บข้อมูลจากกรมควบคุมโรค พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประเทศไทยที่ได้รับการยืนยัน ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม 2563 – 12 สิงหาคม 2564 มีจำนวน 839,771 หากนำจำนวนผู้ติดเชื้อดังกล่าวมาจัดเรียงตามยอดผู้ติดเชื้อสะสมในรายจังหวัด โดยใช้เกณฑ์มาตรการปรับพื้นที่หรือโซนสีโควิด ตามมติที่ประชุม ศบค. วันที่ 14 ตุลาคม 2564 ได้แก่ พื้นที่สีแดงเข้ม หรือ พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด พื้นที่สีแดง และพื้นที่สีส้ม สามารถจัดเรียงได้ดังนี้

#### ตารางที่ 11 จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมที่ได้รับการยืนยันตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม 2563 – 12 สิงหาคม 2564

ลำดับ	โซนสีแดงเข้ม	จำนวน	โซนสีแดง	จำนวน	โซนสีส้ม	จำนวน
1	กรุงเทพมหานคร	226,349	เชียงใหม่	10,437	สุราษฎร์ธานี	4,356
2	สมุทรสาคร	65,122	อุบลราชธานี	9,778	นครพนม	3,408
3	สมุทรปราการ	56,310	ศรีสะเกษ	7,610	ภูเก็ต	2,009
4	ชลบุรี	43,820	สุรินทร์	7,450	น่าน	1,631
5	นนทบุรี	41,477	ร้อยเอ็ด	6,992	มุกดาหาร	1,402
6	ปทุมธานี	27,237	บุรีรัมย์	6,839	กระบี่	1,296
7	นครปฐม	19,253	ขอนแก่น	6,760	พะเยา	1,243
8	ฉะเชิงเทรา	18,000	อุดรธานี	6,657	บึงกาฬ	1,169
9	สงขลา	15,655	มหาสารคาม	6,464	แพร่	989
10	เพชรบุรี	13,337	สระแก้ว	5,924	พังงา	810
11	พระนครศรีอยุธยา	13,150	นครสวรรค์	5,675	แม่ฮ่องสอน	230
12	สระบุรี	12,535	ชัยภูมิ	5,323		
13	ปัตตานี	12,145	นครศรีธรรมราช	5,193		

ลำดับ	โซนสีแดงเข้ม	จำนวน	โซนสีแดง	จำนวน	โซนสีส้ม	จำนวน
14	ระยอง	11,733	กาฬสินธุ์	5,082		
15	นครราชสีมา	9,470	สกลนคร	4,399		
16	ยะลา	9,113	กำแพงเพชร	3,916		
17	นราธิวาส	8,808	จันทบุรี	3,732		
18	ราชบุรี	8,591	สุโขทัย	3,367		
19	สุพรรณบุรี	7,722	ระนอง	3,221		
20	ตาก	7,075	ยโสธร	3,132		
21	ลพบุรี	6,942	ตรัง	3,113		
22	กาญจนบุรี	6,783	พิษณุโลก	2,580		
23	ประจวบคีรีขันธ์	6,088	เชียงราย	2,289		
24	อ่างทอง	5,424	อุดรดิตถ์	2,285		
25	นครนายก	4,999	พิจิตร	2,269		
26	ปราจีนบุรี	4,815	หนองบัวลำภู	2,049		
27	สมุทรสงคราม	4,666	พัทลุง	2,019		
28	เพชรบูรณ์	3,280	ชุมพร	1,868		
29	สิงห์บุรี	1,401	อุทัยธานี	1,813		
30			เลย	1,790		
31			อำนาจเจริญ	1,763		
32			ลำปาง	1,717		
33			หนองคาย	1,559		
34			ชัยนาท	1,438		
35			ตราด	1,354		
36			สตูล	971		
37			ลำพูน	828		

ที่มา: กรมควบคุมโรค (2564)

## (2) ผลผลิตภาคต่อหัว (GRP per capita)

ผลผลิตจังหวัดต่อหัว (GPP per capita) ปี 2562 จังหวัดที่มีผลผลิตจังหวัดต่อหัวสูง ส่วนใหญ่อยู่ใน พื้นที่ภาคตะวันออก เขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ภาคใต้ และภาคกลาง โดยจังหวัดระยองมีผลผลิต



จังหวัด ต่อหัวสูงสุดที่ 988,748 บาทต่อคนต่อปี ส่วนจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์จังหวัดต่อหัวต่ำสุด ได้แก่ จังหวัด นราธิวาส มีผลิตภัณฑ์จังหวัดต่อหัวต่ำสุดที่ 59,498 บาทต่อคนต่อปี หรือมีความแตกต่างกับผลิตภัณฑ์จังหวัดต่อหัว ของจังหวัดระยอง เท่ากับ 16.6 เท่า ทั้งนี้ จังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์จังหวัดต่อหัวสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ระยอง กรุงเทพมหานคร ชลบุรี ปราจีนบุรี และ ฉะเชิงเทรา ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์จังหวัดต่อหัว อยู่ใน 5 ลำดับต่ำสุด คือ นราธิวาส ยโสธร หนองบัวลำภู แม่ฮ่องสอน และสกลนคร ตามลำดับ

จุดประสงค์ของการเลือกใช้เกณฑ์จากผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัว (GRP per capita) เพื่อสะท้อนได้ถึง ภาพรวมด้านเศรษฐกิจ และมูลค่าเพิ่ม (Value Added) จากกิจกรรมการผลิตทุกชนิดของจังหวัดนั้นๆ ได้ และ เพื่อให้เกิดการกระจายการประเมินผลให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์จังหวัดต่อหัวสูง และมีผลิตภัณฑ์ จังหวัดต่อหัวต่ำ สะท้อนความแตกต่างกันเชิงพื้นที่

ตารางที่ 12 ผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัว (GRP per capita) รายจังหวัดเรียงจากน้อยไปมาก

อันดับ	จังหวัด	GPP	อันดับ	จังหวัด	GPP
1	ระยอง	988,748	39	พิษณุโลก	113,593
2	กรุงเทพมหานคร	637,397	40	สุพรรณบุรี	107,023
3	ชลบุรี	571,234	41	สตูล	105,827
4	ปราจีนบุรี	551,150	42	อุทัยธานี	102,710
5	ฉะเชิงเทรา	459,005	43	ตรัง	102,221
6	พระนครศรีอยุธยา	439,159	44	ระนอง	101,822
7	ภูเก็ต	428,351	45	เลย	101,527
8	สมุทรสาคร	388,372	46	อุดรดิตถ์	100,872
9	สมุทรปราการ	349,406	47	ลำปาง	100,711
10	สระบุรี	336,393	48	ยะลา	98,501
11	พังงา	333,015	49	พิจิตร	98,011
12	นครปฐม	295,818	50	พะเยา	97,282
13	ราชบุรี	248,028	51	เชียงราย	93,182
14	ปทุมธานี	246,897	52	เพชรบูรณ์	91,498
15	จันทบุรี	239,453	53	หนองคาย	91,068
16	ชุมพร	232,817	54	อุดรธานี	90,269
17	ลำพูน	204,009	55	สุโขทัย	83,865
18	กระบี่	203,719	56	แพร่	82,678

อันดับ	จังหวัด	GPP	อันดับ	จังหวัด	GPP
19	นนทบุรี	197,159	57	นครพนม	80,956
20	ประจวบคีรีขันธ์	195,923	58	น่าน	78,156
21	สุราษฎร์ธานี	184,214	59	ปัตตานี	76,997
22	ตราด	162,741	60	สระแก้ว	76,199
23	กำแพงเพชร	153,170	61	สุรินทร์	75,919
24	เพชรบุรี	149,773	62	พัทลุง	75,726
25	สงขลา	149,027	63	มหาสารคาม	75,334
26	สิงห์บุรี	148,651	64	ศรีสะเกษ	75,182
27	สมุทรสงคราม	144,711	65	กาฬสินธุ์	73,587
28	เชียงใหม่	143,638	66	ร้อยเอ็ด	73,567
29	ลพบุรี	142,776	67	บุรีรัมย์	73,305
30	กาญจนบุรี	130,445	68	อุบลราชธานี	72,607
31	ตาก	128,124	69	อำนาจเจริญ	71,815
32	นครสวรรค์	126,679	70	ชัยภูมิ	70,159
33	อ่างทอง	126,370	71	บึงกาฬ	68,727
34	ขอนแก่น	124,729	72	มุกดาหาร	66,599
35	ชัยนาท	124,150	73	สกลนคร	65,900
36	นครราชสีมา	121,068	74	แม่ฮ่องสอน	63,370
37	นครศรีธรรมราช	119,589	75	หนองบัวลำภู	63,002
38	นครนายก	117,028	76	ยโสธร	62,623
		113,593	77	นราธิวาส	59,498

ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2562)

จากเกณฑ์ในข้างต้นได้คัดเลือกจังหวัดจากการเรียงลำดับจังหวัดที่มียอดผู้ป่วยสะสมสูงสุด และคัดเลือกให้ครบทั้ง 4 ภาค และกระจายทุกโซนสีโควิด รวมถึงนำผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัว (GRP per capita) มาประกอบการพิจารณา และคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาออกมา 20 จังหวัด โดยแบ่งตามพื้นที่รายภาค ดังนี้

### พื้นที่ภาคกลาง

- โชนสีแดงเข้ม 4 จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ ระยอง สุพรรณบุรี กาญจนบุรี
- โชนสีแดง 1 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์

### พื้นที่ภาคเหนือ

- โชนสีแดงเข้ม 1 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก
- โชนสีแดง 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง และน่าน

### ภาคอีสาน

- โชนสีแดงเข้ม 1 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา
- โชนสีแดง 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา อุบลราชธานี บุรีรัมย์ ขอนแก่น อุดรธานี

### ภาคใต้

- โชนสีแดงเข้ม 3 จังหวัด ได้แก่ สงขลา เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์
- โชนสีแดง 1 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช
- โชนสีส้ม 1 จังหวัด ได้แก่ สุราษฎร์ธานี

ตารางที่ 13 พื้นที่ในการศึกษา 20 จังหวัด

ลำดับ	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคอีสาน		ภาคใต้	
	จังหวัด (จำนวน)	โชน สี	จังหวัด (จำนวน)	โชนสี	จังหวัด (จำนวน)	โชน สี	จังหวัด (จำนวน)	โชนสี
1	สมุทรปราการ (56,310 ราย)	แดง เข้ม	ตาก (7,075 ราย)	แดง เข้ม	นครราชสีมา (9,470 ราย)	แดง เข้ม	สงขลา (15,655 ราย)	แดง เข้ม
2	ระยอง (11,733 ราย)	แดง เข้ม	เชียงใหม่ (10,437 ราย)	แดง	อุบลราชธานี (9,778 ราย)	แดง	เพชรบุรี (13,337 ราย)	แดง เข้ม
3.	สุพรรณบุรี (7,722 ราย)	แดง เข้ม	เชียงราย (2,289 ราย)	แดง	บุรีรัมย์ (6,839 ราย)	แดง	ประจวบคีรีขันธ์ (6,088 ราย)	แดง เข้ม

ลำดับ	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคอีสาน		ภาคใต้	
	จังหวัด (จำนวน)	โซน สี	จังหวัด (จำนวน)	โซนสี	จังหวัด (จำนวน)	โซน สี	จังหวัด (จำนวน)	โซนสี
4.	กาญจนบุรี (6,783 ราย)	แดง เข้ม	ลำปาง (1,717 ราย)	แดง	ขอนแก่น (6,760 ราย)	แดง	นครศรีธรรมราช (5,193 ราย)	แดง

จากการคัดเลือกพื้นที่ 20 จังหวัดในข้างต้น คัดเลือกให้เหลือพื้นที่ซึ่งเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล จำนวน 6 พื้นที่ ได้แก่

- 1) อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา
- 2) อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
- 3) อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- 4) อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
- 5) อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
- 6) อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

## บทที่ 4

### ผลการศึกษารับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

#### 4.1 ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

##### 4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

###### ข้อมูลทั่วไป

อำเภอนาทวี มีพื้นที่ทั้งหมด 747 ตร.กม. (288 ตร.ไมล์) มีประชากร ทั้งหมด 69,546 คน และมีความหนาแน่น 93.10 คน/ตร.กม. (241.1 คน/ตร.ไมล์) มีครัวเรือนจำนวน 22,724 ครัวเรือน การปกครองส่วนภูมิภาคของอำเภอเมืองนาทวี แบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น 10 ตำบล 92 หมู่บ้าน และแบ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกเป็น 11 แห่ง

###### หน่วยงานและสถานบริการด้านสาธารณสุขของอำเภอนาทวี

อำเภอนาทวีมีหน่วยงานและสถานบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่

- โรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ
- สถานีอนามัย จำนวน 13 แห่ง
- PCU นอกโรงพยาบาล 1 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 18 แห่ง

##### 4.1.2 ข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

###### การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2556)

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาทวี เกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2556 โดยอำเภอนาทวีได้นำประเด็นคนพิการมาเป็น “เป้าหมายร่วม” ในการพัฒนาเนื่องจากคนพิการของอำเภอนาทวี ยังไม่มีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพที่เป็นรูปธรรม ประกอบกับฐานข้อมูลคนพิการ ที่มีอยู่ในอำเภอของแต่ละหน่วยงานไม่ตรงกันและยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการและสวัสดิการ ไม่มีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพคนพิการที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน แต่หลังจากการดำเนินงาน DHS ระบบการดูแลสุขภาพคนพิการอย่างเป็นทางการเป็นหุ้นส่วน การจดทะเบียนผู้พิการเชิงรุก การพัฒนาฐานข้อมูลกลาง [www.ข้อมูลชุมชน.com](http://www.ข้อมูลชุมชน.com) โดยมูลนิธิชุมชนสงขลา เกิดการวางแผนการดูแลสุขภาพคนพิการร่วมกัน สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพและเพิ่มระบบบริการที่มีคุณภาพลงสู่ประชาชน

“เกิดชมรมคนนาทิวไม่ทอดทิ้งกัน” ภาควิชาการช่วยกันคิด ช่วยกันทำ สัมผัสใจในการเข้าร่วม และเติมเต็มส่วนขาดซึ่งกันและกัน

### การพัฒนาคุณภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (2557)

ต่อมาได้นำเอาข้อมูล [www.ข้อมูลชุมชน.com](http://www.ข้อมูลชุมชน.com) มาวิเคราะห์พบว่าสาเหตุของความพิการของคนนาทิว ได้แก่ โรคเรื้อรัง มีสาเหตุพิการจากโรคเรื้อรัง มากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุจากภาวะหลอดเลือดสมอง คือสาเหตุหลักของความพิการ จึงมีการพัฒนาปรับปรุงระบบงานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง มีการแบ่งกลุ่มประชากรในพื้นที่เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง กลุ่มป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และกิจกรรมในการดูแลครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู นำกิจกรรม ๓ ๑ ๒ ส มาเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญ โดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นกรอบในการเดินผ่านกิจกรรม “สุขภาพดี วิถีคนนาทิว”

### พัฒนางานโรคเรื้อรังโดยมุ่งเน้น อ.อาหารเพื่อการบำบัด (2558)

ได้ดำเนินงานดูแลสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรัง ‘อ.อาหารเพื่อการบำบัด’ หนึ่งในกิจกรรมที่สำคัญของเครือข่ายสุขภาพอำเภอนาทิว จุดเน้นที่สำคัญ “ปลูกผักเพื่อการบำบัด” “ปลูกทุกสิ่งที่กิน กินทุกสิ่งที่ปลูก” ปราศจากสารเคมี และยาฆ่าแมลง ส่งผลดีต่อสุขภาพ ดีต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งยังเกิดกระแสชวนกันปลูกผักกินเองในพื้นที่ การค้นหาบุคคลต้นแบบทั้งการภาคประชาชนและบุคลากรด้านสาธารณสุข การนำวัสดุเหลือใช้มาเป็นวัสดุในการปลูก การปลูกพืชสมุนไพรใกล้บ้านเป็นต้น “เหลือจากกินไว้แจกจ่ายเพื่อนบ้าน เหลือจากแจกจ่ายเพื่อนบ้านจึงนำไปขาย” พร้อมทั้งได้จัดตั้ง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ตำบลนาหมอศรี (แห่งแรก) โดยร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอนาทิว และจิตอาสาในชุมชน เช่น กลุ่มอพพร. แพทย์แผนไทย เป็นต้น

### “คนนาทิวมีสุขภาพะ ใส่ใจ ห่วงใย ดูแลกัน” (2559)

การเชื่อมโยงการพัฒนางานสู่ชุมชนโดยการสร้างเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาด้านสุขภาพและเชื่อมโยงกิจกรรม “คนนาทิวไม่ทอดทิ้งกัน” สู่ “สุขภาพดีวิถีคนนาทิว” สู่ “อ.อาหารเพื่อการบำบัด” มุ่งสู่ “Nathawee Caring Society” “คนนาทิวมีสุขภาพะ ใส่ใจ ห่วงใย ดูแลกัน” โดยมุ่งเน้นดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น ทั้งยังได้พัฒนา ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ตำบลทับช้าง (แห่งที่๒) “ทำอย่างไรไม่ให้เกิดคนพิการรายใหม่” ซึ่งเป็นโจทย์สำคัญที่เครือข่ายสุขภาพนาทิวนำมาเป็นจุดขับเคลื่อน

### การจัดการประเด็นร้อนและประเด็นเย็น (2560)

การจัดตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” (DHB) ได้มีการขยายนโยบายและถ่ายทอดไปยังระดับตำบล สนับสนุนให้เกิดทีมระดับตำบลเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ โดยมีประเด็นจุดเน้นใน ๒ ลักษณะ คือ ๑.ประเด็นเย็น ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ๒. ประเด็นร้อน ได้แก่ การควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งกำลังระบาดช่วงปลายปี พ.ศ.2559 ผ่านการแบ่งโซนในการร่วมกันแลกเปลี่ยนรู้ ๓ โซน ในเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ค้นหาสิ่งดีในชุมชนมาร่วมกันเรียนรู้ ถอดบทเรียน และเชิดชูเกียรติ มาปรับใช้กับพื้นที่ตามบริบท เกิดการทอดผ้าป่าขยะ ขยะกองบุญ ที่วัดทุ่งข่า ตำบลท่าประดู่ หมู่บ้านจัดการขยะต้นแบบที่บ้านเขานา ตำบลคลองทราย ชมรมผู้สูงอายุดีเด่นระดับจังหวัด ที่ตำบลปลักหนู

### “ยกระดับการควบคุมไข้เลือดออกสู่การจัดการขยะ ลดภาระ ผู้สูงอายุ คนพิการ ชุมชนช่วยกันดูแล” (2561)

การถอดบทเรียนการบริหารจัดการขยะเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกจากหมู่บ้านต้นแบบในการเรียนรู้การจัดการขยะ เช่น บ้านเขานา การเลี้ยงไส้เดือน การส่งเสริมการคัดแยกขยะครัวเรือน ขยะต้นทาง โดยเครือข่าย อสม.และกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น โดยมีการจัดการขยะอย่างเป็นรูปธรรมจำนวน 27 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 92 หมู่บ้าน ทั้งร่วมส่งเสริมให้ทุกตำบลเป็นตำบล LTC เกิดโรงเรียนผู้สูงอายุในหลายตำบลเช่น ตำบลนาหว้า ตำบลนาหมอศรี ตำบลทับช้าง ตำบลปลักหนู กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมคนพิการโดยชมรมคนนาหว้าไม่ทอดทิ้งกัน จนได้รับรางวัล “บ้านสวย เมืองสุข” ระดับประเทศ บ้านเขานา ตำบลคลองทราย

### “ยกระดับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ ประสานการจัดการขยะ ทั้งอำเภอ” (2562 – 2565)

กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ คนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ เป็นกลุ่มเปราะบางที่ทางสังคมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อำเภอนาหว้า และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เล็งเห็นความสำคัญจึงได้ทำโครงการ “ปันรัก ทำความดี คนนาหว้า ไม่ทอดทิ้งกัน” ประจำปี 2562 เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ คนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ ได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง มีกำลังใจในการดำรงชีวิตจำนวน 102 ราย ทั้งมีการนำ แอปพลิเคชัน Imed@Home เข้ามามีบทบาทอำนวยความสะดวกต่อการดำเนินงานเยี่ยมผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยติดเตียง และผู้รอการฟื้นฟู โดย อสม.เชี่ยวชาญ, อสม. และประชาชนจิตอาสาที่ผ่านการอบรม

มีรูปแบบการดำเนินการจัดการขยะอย่างเป็นรูปธรรมในทุกภาคส่วน ครอบคลุมทุกตำบลครบทั้ง 92 หมู่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในการจัดอบรมให้ความรู้การคัดแยกขยะ มีจุดพักขยะในชุมชน การทำปุ๋ยขยะเปียกครัวเรือนนำร่องในกลุ่ม อสม. กลุ่มผู้นำชุมชน และมีการ

จัดตั้งธนาคารขยะในหมู่บ้านที่มีความพร้อม การรณรงค์ Big Cleaning Day ทุกวันศุกร์ และได้จัดตั้ง **ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ตำบลฉาง (แห่งที่3)** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นจิตอาสาในระดับพื้นที่ของตำบล หมู่บ้าน ในการดูแลกันและกัน

ดังนั้นกิจกรรมการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาและดูแลประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากเป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

- การจดทะเบียนคนพิการเชิงรุก ในระดับรพ.สต./หมู่บ้าน
- เกิด“ชมรมคนนาทิวไม่ทอดทิ้งกัน” โดยคนพิการดูแลกันเอง มีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง
- พัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังในระดับ รพ.สต. การดูแลใกล้บ้านใกล้ใจ
- การรวมกลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ ตลาดนัดปลอดสารพิษ “ปลูกทุกสิ่งทีกิน กินทุกสิ่งที่ปลูก”
- เกิดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ตำบลนาหมอศรี ตำบลทับช้าง และตำบลฉาง
- สินค้า OTOPโดยผู้สูงอายุ/ผักปลอดสารพิษ ผลิตภัณฑ์ข้าวหอมมะลิโดยผู้สูงอายุ
- กำลังใจของผู้สูงอายุจากเพื่อนเยี่ยมเพื่อน
- เกิดการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้โดยชุมชน, เกิดการซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุที่ยากไร้
- มีการคัดแยกขยะต้นทางทุกหมู่บ้าน ลดปัญหาขยะในชุมชน ลดโรคไข้เลือดออกและโรคที่นำโดยแมลง
- มีหมู่บ้านต้นแบบในการจัดการขยะ เช่นบ้านเขานาและเป็นเรียนรู้ระดับประเทศ
- มีตำบลต้นแบบในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ตำบลทับช้าง พัฒนาศูนย์ฟื้นฟูฯ เป็นศูนย์สร้างสุข
- มีการประกวดบ้านสะอาด ปราศจากลูกน้ำยุงลาย
- มีการนำร่องการทำและใช้ปุ๋ยขยะเปียกครัวเรือนที่บ้าน อสม.และผู้นำชุมชน
- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในพื้นที่ระดับตำบล หมู่บ้าน สู่การถอดบทเรียน ค้นหาสิ่งดีๆในชุมชน



### 4.1.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา

พบว่าในพื้นที่อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม ตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2563 - 2564 จำนวน 2,238 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 8 ราย โดยสามารถแบ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ออกเป็น 4 ระลอก ได้ดังนี้

#### การแพร่ระบาดระลอกที่ 1 เริ่มขึ้นในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 มาตรการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในพื้นที่

การเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในช่วงเวลาดังกล่าว มีมาตรการสำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เคาะประตูบ้าน เป็นการค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุก โดยอสม.จะติดตามผู้ที่มาจากจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดมากหรือพื้นที่เสี่ยงที่เข้ามาพักอาศัยหรือกลับภูมิลำเนา และดำเนินการกรอกข้อมูลและอาการผู้ที่ควรเฝ้าระวังลงในระบบกูเกิลฟอร์ม (Google Form) เพื่อส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นผู้ประเมินอาการ โดยช่วงการแพร่ระบาดระลอกที่ 1 อำเภอนาหวียังไม่เคยพบผู้ติดเชื้อที่เกิดขึ้นในพื้นที่แต่อย่างใด แต่พบจากผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงในจังหวัดอื่น หรือพื้นที่ใกล้เคียง ส่งผลให้ชุมชนเกิดความหวาดกลัวผู้ที่มาจากพื้นที่อื่น จึงเป็นหน้าที่ของทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่จะต้องลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 แก่ผู้นำชุมชน และประชาชน

#### การแพร่ระบาดระลอกที่ 2 ผู้ติดเชื้อรายแรก เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2564

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ จึงมีประกาศล็อกดาวน์ (Lockdown) ในหลายพื้นที่เพื่อลดยอดจำนวนผู้ติดเชื้อ ส่งผลให้ประชาชนต่างเริ่มเดินทางกลับภูมิลำเนาของตน ดังนั้นผู้ติดเชื้อรายแรกและหลายๆรายที่ตามมา จึงเป็นผู้ที่เดินทางกลับจากการทำงานตามจังหวัดเสี่ยง เช่น กรุงเทพฯ ชลบุรี นนทบุรี เป็นต้น และเริ่มมีการแพร่ระบาดในอำเภอนาหวี

#### การแพร่ระบาดระลอกที่ 3 คลัสเตอร์โรงเรียนมัธยม

เกิดคลัสเตอร์โรงเรียนมัธยม จังหวัดยะลา มีเด็กนักเรียนติดเชื้อกว่า 190 คน แพร่ออกไปใน 12 จังหวัดทางภาคใต้ ซึ่งมีเด็กนักเรียนที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอนาหวีกว่า 10 รายที่ติดเชื้อ พร้อมกับครูสอนศาสนา

#### การแพร่ระบาดระลอกที่ 4 คลัสเตอร์เดินทางมางานศพญาติ กลางปี พ.ศ. 2564

ผู้ติดเชื้อในระลอกนี้ส่วนมากเป็นผู้ที่เดินทางมางานศพญาติในจังหวัดปัตตานี โดยอสม.เป็นผู้แจ้ง ศปก.ต. ให้มาดำเนินการตรวจสอบ (Swab) และกักตัวกลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk)

#### 4.1.4 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของ พชอ.นาทวี ที่ผ่านมามีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน การดูแลสิ่งแวดล้อม ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ทั้งการควบคุมโรคไข้เลือดออก การยกระดับดูแลกลุ่มเปราะบาง ตลอดจนการดูแลป้องกันและรักษาโรคโควิด-19 ทั้งนี้ การดำเนินงานของ พชอ.นาทวี มีการบูรณาการหน่วยงานและทรัพยากรร่วมกันกับเครือข่ายในการควบคุมโรคทั้งหน่วยงานสาธารณสุข สถาบันการศึกษา ชุมชน อสม. กลุ่มกึ่งกาชาต ผู้ประกอบการ หน่วยงานความมั่นคงและมูลนิธิ โดยมีรายละเอียดโครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ดังนี้

ผังโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอนาทวี  
โดยนายอำเภอนาทวี  
เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์

เลขานุการ/คณะทำงาน

- ปลัดอำเภอนาทวีทุก  
คน

รองหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ

- ปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานบริหารปกครอง
- ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรนาทวี
- ผู้กำกับการตรวจคนเข้าเมือง
- ค่ายมหาจักรีสิรินธร ร.๕ พัน.๓

คณะทำงาน

- นายด่านศุลกากรบ้านประกอบ
- พัฒนาการอำเภอนาทวี
- ท้องถิ่นอำเภอนาทวี
- ผู้บังคับกองร้อยค่าย ร.๕ พัน.๓
- นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง
- กำนันทุกตำบล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ  
สาธารณสุขอำเภอนาทวี

- ภารกิจประสานงาน
- ภารกิจความปลอดภัย

SAT  
ทีมข้อมูล/วิเคราะห์

Case Management  
ทีมบริหารจัดการการเฝ้า

Operation  
ทีมปฏิบัติการ/สอบสวนโรค

Logistic  
ทีมสนับสนุน

Liaison  
ทีมประสานงาน

- รายงานสถานการณ์โรค โลก ประเทศ  
จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน
- วิเคราะห์สถานการณ์
- คาดการณ์/ชี้เป้า

- รพ.
- รพ.สนาม
- CI /HI /LQ

- สอบสวนโรค/รายงานผลฯ
- ตรวจโรคเชิงรุก
- Covid Free Setting

- จัดหาวัสดุ อุปกรณ์
- วัคซีน

- ประสานงาน

#### 4.1.5 แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการทำงานร่วมกันทั้งการกำหนดยุทธศาสตร์ และมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมาตรการป้องกันและดูแลบุคลากรในหน่วยงาน ตลอดจนมาตรการการสอบสวนโรค และการคาดการณ์การแพร่ระบาดเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดการโรค

- ด้านการเงิน มีหน้าที่ตรวจสอบงบประมาณดำเนินงานในเรื่องต่าง ๆ การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ การบันทึกข้อมูลการเก็บฐานข้อมูล เพื่อสรุปผลกลับไปทาง สปสช.
- การบริการประชาชน ต้องประสานงาน ติดต่อสื่อสารกับภาคีเครือข่าย รวมถึงประชาสัมพันธ์ และมีการประชุมผ่าน Zoom Cloud Meeting ทุกวัน เพื่อขับเคลื่อนไปเป้าหมายและขั้นตอนการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเมื่อประชาชนทราบว่าตนเองติดเชื้อ จะต้องได้รับการดูแลภายใน 1 ชม. รวมถึงการระบุว่าต้องเข้ารับการรักษารูปแบบ Home Isolation (HI) หรือ Community Isolation (CI)
- จุดสำคัญคือทุกหน่วยจะมุ่งไปยังประชาชนเป็นหลัก มีการแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประสานงานส่งไปรักษา รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มตั้งครรภ์ เบื้องต้นต้องส่ง PCR เพื่อยืนยัน หากไม่มีอาการจะนับเป็นกลุ่มสีเขียว ในกักตัวที่บ้านเป็นหลัก
- การประเมินอาการและจ่ายยาฟาวิพิลาเวียร์ทุกราย ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ หากมีเงื่อนไขจำเป็นเช่นข้อจำกัด เรื่องสถานที่ก็สามารถเปลี่ยนมาอยู่ที่ c ได้ สามารถรองรับผู้ป่วยได้ถึง 517 เตียง
- นอกจากนี้ หากประเมินแล้วมีอาการที่มากกว่าอาการของกลุ่มสีเขียว รวมถึงกลุ่มสีเหลือง และสีแดง ก็จะไปที่โรงพยาบาลสนาม รองรับ 84 เตียง สีแดง กลุ่มผู้ป่วยอาการหนัก รองรับจำนวน 20 เตียง

## 4.2 การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

### ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders)

ในขั้นตอนแรกของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมต่อการดำเนินงานการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (key stakeholders) จำเป็นต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Stakeholders Analysis) กลุ่มสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่

- (1) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (primary stakeholders)
- (2) ผู้มีส่วนได้เสียรอง (secondary stakeholders)

โดยคำนึงถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจาก 2 ประเด็นหลัก คือ

(1) ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(2) การมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

โดยในการรับมือสถานการณ์โควิด-19 พชอ. อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ได้กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 15 กลุ่ม ได้แก่ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 14 ผู้มีส่วนเสียได้กับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และบทบาทที่เกี่ยวข้องของแต่ละกลุ่ม

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	หน่วยงานสนับสนุนการขับเคลื่อนป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
2	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	อาสาสมัครดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่
3	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอนาหวี	บริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับอำเภอ
4	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	หน่วยงานสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงจัดทำและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
5	ศูนย์ควบคุมโรคในระดับตำบล	บริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบล
6	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.)	หน่วยงานหลักในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ (ผู้ใหญ่บ้านและอบต.เป็นหลัก)
7	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนาหวี	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับอำเภอ
8	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบล
9	กิ่งกาชาदनาหวี	หน่วยงานสนับสนุนด้านงบประมาณในการขับเคลื่อน
10	เกษตรกรอำเภอ	ให้ความช่วยเหลือและประสานงานกับกลุ่มเกษตรกร
11	โรงเรียน	หน่วยงานสนับสนุนด้านทรัพยากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
12	ประชาชน	ดำเนินการตามมาตรการของรัฐ

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
13	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.)	หน่วยงานสนับสนุนและช่วยผู้ยากไร้และผู้ที่เดือดร้อน
14	จิตอาสาภาคประชาชน	กลไกช่วยเหลือหน่วยงานที่ขาดกำลังคน และสนับสนุนทรัพยากรในการขับเคลื่อน
15	วัด	หน่วยงานสนับสนุนด้านทรัพยากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละกลุ่ม สามารถสรุปดังตารางที่

ตารางที่ 15 การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามามีพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเครือข่าย</li> <li>- การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะกลไกหลักในการสื่อสารผ่านคณะกรรมการ พชอ. รวมถึงประสานงาน และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ สามารถเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่
2	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- การดำเนินมาตรการเชิงรุก เช่น การเคาะประตูบ้านเพื่อหากกลุ่มเสี่ยง และฝึกอบรมการจัดการโควิดให้แก่ตำบล</li> <li>- การรายงานข้อมูลด้านสาธารณสุข</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะผู้ประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่ รวมถึงช่วยติดตามโรค และดูแลให้ประชาชนและกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรการป้องกันโควิด-19
3	ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค อำเภอนาทวี	การมอนิเตอร์และกำกับควบคุมป้องกัน ไม่ให้เกิดโรคในอำเภอ	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อน และดำเนินงานที่

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
			เกี่ยวข้องกับกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยตรง
4	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	ศูนย์รวมสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วย และเชื่อมต่อข้อมูลให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ทำงานในทิศทางเดียวกัน	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากเป็นศูนย์กลางในการสนับสนุน และบัญชาการเหตุการณ์ กำหนดนโยบาย ตัดสินใจ ประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงจัดส่งและติดตามทรัพยากร
5	ศูนย์ควบคุมโรคในระดับตำบล	การมอนิเตอร์และกำกับควบคุมป้องกัน ไม่ให้เกิดโรคในตำบล	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อน และดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยตรง
6	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รณรงค์สร้างความตระหนักแก่ชุมชน เช่น ตั้งจุดตรวจและสร้างการรับรู้ในการป้องกันโรคในชุมชน และในระดับหมู่บ้าน มีการตั้งด่านคัดกรองโรค</li> <li>- ประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ</li> <li>- ช่วยเหลือและดูแลประชาชนในพื้นที่</li> <li>- อ บ ต . ก า ร ส น บ ส นุ น บ ประมาณในช่วงแรกของการแพร่ระบาด</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็นกลไกการปกครองที่สำคัญในการจัดการโควิดในพื้นที่ และหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ พชอ. โดยตรงไม่ว่าจะเป็นบุคลากร ข้อมูล ทรัพยากรทางการแพทย์ สิ่งอุปโภคและบริโภค ยานพาหนะในการรับส่งผู้ป่วย รวมทั้งงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ
7	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนาทวี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วางแผนเชิงกลยุทธ์ในการรับมือกับโรคในพื้นที่โดย</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไก

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหลักในการขับเคลื่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อำนวยความสะดวกและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น การตั้งโรงพยาบาลสนาม</li> <li>- ดูแลรักษาประชาชน</li> </ul>	<p>การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19</p>
8	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมให้ความรู้พัฒนาอสม.</li> <li>- จัดตั้งศูนย์ Local Quarantine (LQ) ศูนย์ Community Isolation (CI)</li> <li>- สนับสนุนเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และให้บริการวัคซีน และตรวจ ATK เชียงรุก</li> <li>- สอบสวนโรค และส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ศูนย์ CI และ HI</li> </ul>	<p>ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19</p>
9	กิ่งกาชาดนาทวี	โดยหลักเป็นการสนับสนุนงบประมาณ	<p>ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนงาน ด้านสาธารณสุข ไม่ให้เกิดข้อติดขัด</p>
10	เกษตรอำเภอ	ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ และมีโครงการช่วยเหลือเกษตรกร เช่น ยางพาราครัวเรือนละ 15,000 และส่งเสริมการปลูกผักอินทรีย์และสมุนไพรฟ้าทะลายโจร	<p>ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญ และมีความต่อเนื่อง และสามารถเชื่อมโยงกับภาคประชาชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรได้ง่าย</p>
11	โรงเรียน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อำนวยความสะดวกเรื่องสถานที่ โดยให้โรงเรียนเป็นสถานที่กักตัว</li> </ul>	<p>ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลไกที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน สามารถเป็นสื่อสารในการสร้าง</p>



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างความเข้าใจกับชุมชน ทั้งเรื่องความจำเป็นในการเป็นหน่วยกักตัว และให้ความรู้ความเข้าใจแก่นักเรียน และชุมชนเรื่องการป้องกันและควบคุมโรค</li> </ul>	ความเข้าใจ สนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญ
12	ประชาชน/ผู้ป่วย	ให้ความร่วมมืออันดี และช่วยเหลือตนเองได้ตามมาตรการที่กำหนด	ควรนำมาพิจารณาเพราะเป็นผู้ที่ได้ที่มีผลกระทบโดยตรงทั้งในเชิงสวัสดิภาพและความปลอดภัย รวมถึงเป็นผู้ได้รับประโยชน์โดยตรงจากสวัสดิการของรัฐ
13	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.)	ให้ความช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนและสร้างความมั่นคงทางอาหารในช่วงโควิด-19 ผ่านการรณรงค์การปลูกผักแก่ทุกครัวเรือน	
14	จิตอาสาภาคประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนช่วยเหลือหน่วยงานที่ขาดกำลังคน เช่น การเข้าเวรครัว เวรวัคซีน เป็นต้น</li> <li>- สนับสนุนถุงยังชีพ และทำอาหารแจกให้ประชาชนในพื้นที่</li> </ul>	
15	วัด	สนับสนุนงบประมาณ และอาหารกล่อง ถุงยังชีพ และผลไม้ที่รับซื้อจากประชาชนในพื้นที่	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลไกที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน และเป็นตัวกลางในการช่วยเหลือทั้งงบประมาณ อาหาร และอุปกรณ์ที่จำเป็นในยามฉุกเฉิน

จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้เสีย และการมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยสามารถสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ ในตาราง Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 16 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย

ปัจจัย		การมีอิทธิพล	
		น้อย	มาก
ความสำคัญ	มาก	<u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลน้อย (Keep informed)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (K)</li> <li>- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (K)</li> <li>- เกษตรอำเภอ (P)</li> <li>- ประชาชน/ผู้ป่วย (P)</li> <li>- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./ พมจ.) (P)</li> </ul>	<u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลมาก (Key players)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (K)</li> <li>- โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนาหวี (K)</li> <li>- อปท. (เทศบาล/อบต./อบจ.) (K)</li> <li>- ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค อำเภอนาหวี (K)</li> <li>- ศูนย์ควบคุมโรคในระดับตำบล (K)</li> <li>- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) (K)</li> </ul>
	น้อย	<u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลน้อย (Minimal effort)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กิ่งกาชาดนาหวี (S)</li> <li>- โรงเรียน (S)</li> <li>- วัด (S)</li> <li>- จิตอาสาภาคประชาชน (S)</li> </ul>	<u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลมาก (Keep Satisfied)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>

จากตารางในข้างต้น สรุปได้ว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก และมีอิทธิพลมากในการขับเคลื่อนประเด็น การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ประกอบไปด้วย 1) พชอ./สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ เพราะเป็นผู้กำหนดแผนและเป้าหมายในการขับเคลื่อนการดำเนินการทางสาธารณสุข 2) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนา

ทวิ 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.) เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร 4) ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค อำเภอนาทวี และ 5) ศูนย์ควบคุมโรคในระดับตำบล เพราะมีบทบาทโดยตรงในการขับเคลื่อนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และ 6) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เพราะมีบทบาทโดยตรงในการเป็นศูนย์กลางในการสนับสนุนและบัญชาการเหตุการณ์ ตลอดจนการประสานงานเรื่องข้อมูล ทรัพยากร กำหนดนโยบายและการตัดสินใจเรื่องสำคัญต่าง ๆ

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก แต่มีอิทธิพลน้อยในการดำเนินโครงการคือ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเนื่องจากเป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร และเครือข่ายที่ทำงานอย่างเชื่อมต่อในการป้องกันและควบคุมโรค 2) อสม. เป็นกลไกสนับสนุนสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลและประสานงานระหว่างหน่วยงานและประชาชนได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ยากไร้และคนพิการ 3) เกษตรอำเภอ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนอย่างใกล้ชิด และประสานความช่วยเหลือให้กับหน่วยงานภาครัฐ 4) ประชาชน/ผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบและประโยชน์โดยตรง แต่ไม่ได้มีส่วนในการตัดสินใจและประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่าย และ 5) พม./ พมจ.เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่ทำให้เกิดการดูแลผู้เดือดร้อนอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ยากไร้และผู้พิการ

สำหรับกลุ่มที่มีความสำคัญน้อย มีอิทธิพลน้อย คือ 1) กิ่งกาชาดนาทวี เป็นผู้ให้การสนับสนุนเฉพาะเรื่องงบประมาณเป็นหลัก 2) โรงเรียน ให้ความช่วยเหลือทางด้านการถ่ายทอดข้อมูลและความรู้แก่ชุมชน และอำนวยความสะดวกในการเป็นสถานที่กักตัว แต่ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติที่ทำงานเกี่ยวข้องกับพื้นที่โดยตรง 3) วัด และ 4) จิตอาสาภาคประชาชน เนื่องจากเป็นกลไกเฉพาะในการช่วยเหลือประชาชนและชุมชนในยามเดือดร้อน แต่ไม่ได้มีส่วนในการปฏิบัติงานโดยตรง

ดังนั้น เมื่อสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครง (Stakeholders Analysis) ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคระบาดโควิด-19 พขอ. นาทวี จังหวัดสงขลา สามารถจำแนกใน 3 กลุ่มสำคัญ ดังนี้

(1) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (Key stakeholders) ได้แก่ 1) พขอ. /สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ 2) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนาทวี 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.) 4) ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค อำเภอนาทวี 5) ศูนย์ควบคุมโรคในระดับตำบล 6) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) 7) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และ 8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(2) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (Primary stakeholders) ได้แก่ 1) เกษตรอำเภอ 2) ประชาชน/ผู้ป่วย และ 3) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.)

(3) ผู้มีส่วนได้เสียรอง (Secondary stakeholders) ได้แก่ 1) กิ่งกาชาดนาทวี 2) โรงเรียน 3) วัด 4) จิตอาสาภาคประชาชน

## ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping Outcomes)

จากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยการจัดสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น ทักษะที่มีต่อโครงการร่วมกัน แล้วหาข้อสรุปผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่ม โดยการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้า (Input) ผ่านกระบวนการกิจกรรม (Activities) ไปสู่ผลผลิต (Output) ที่มองเห็นได้ สามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะแสดงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงาน (Outcome/Impact) โดยในประเด็นการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พชอ. นาหวี จังหวัดสงขลา สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 17 แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พชอ. นาทวี จ.สงขลา

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
1	พชอ. / พชต.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้อบรมให้ความรู้การป้องกันโรคแก่สถาบันการศึกษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเครือข่าย</li> <li>- การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค</li> <li>- ส่งเจ้าหน้าที่มาอบรมให้ความรู้การป้องกันโรคแก่สถาบันการศึกษาในพื้นที่</li> </ul>	-	-
2	อสม.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากร จำนวน 1,090 คน</li> <li>- เครื่องวัดอุณหภูมิ 20 อัน ประจำทุกหมู่บ้าน</li> <li>- เงินกองกลางเพื่อจัดประชุมจำนวน 10-20 บาทจากทุกหมู่บ้าน</li> <li>- พรรคประชาธิปัตย์ ตั้งกองกลางที่จังหวัด จำนวน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เผื่อระวางพื้นที่ กรณีเดินทางมาจากจังหวัดเสี่ยง</li> <li>- ดูแลศูนย์ CI HI โรงพยาบาลสนาม และด่าน เพื่อจัดส่งยาและหน้าที่ยื่น ๆ</li> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- การดำเนินมาตรการเชิงรุก เช่น การเคาะประตูบ้านเพื่อ</li> </ul>	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		600,000 บาท เพื่อให้ อสม.ที่ติดโควิดจากการ ปฏิบัติงาน	หากกลุ่มเสี่ยง และฝึกอบรม การจัดการโควิดให้แก่ตำบล - การรายงานข้อมูลด้าน สาธารณสุข - ตั้งด่านคัดกรองตามงาน/ เทศกาล/งานแต่ง งานบวช งานศพ		
3	ศูนย์ปฏิบัติการ ควบคุมโรค อำเภอหนองวี	-	- การมอนิเตอร์และกำกับ ควบคุม ป้องกัน ไม่ให้เกิดโรค ระบาดในอำเภอ	-	-
4	ศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC)	-	- ศูนย์ร่วมสร้างฐานข้อมูล ผู้ป่วย และเชื่อมต่อข้อมูลให้ ผู้บริหารและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องให้ทำงานในทิศทาง เดียวกัน - ติดตามประสิทธิภาพของแผน บริหารการจัดการโควิด-19	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
5	ศูนย์ควบคุมโรค ในระดับตำบล	-	- การมอนิเตอร์และกำกับ ควบคุม ป้องกัน ไม่ให้เกิดโรค ในตำบล	-	-
6	อปท. (เทศบาล/ อบต./อบจ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณจากกองทุน หลักสุขภาพในระดับตำบล (กรณีเกิดโรคระบาด) เพื่อ จัดซื้อเครื่องอุปโภคและ บริโภคที่จำเป็น</li> <li>- งบประมาณสนับสนุน ความเป็นอยู่แก่ประชาชน ในพื้นที่ เช่น กรณีการ ว่างงาน หรือขาดรายได้ ในช่วงการแพร่ระบาดของ โควิด-19</li> <li>- งบประมาณจัดซื้อวัคซีน</li> <li>- งบประมาณจัดซื้อ แอลกอฮอล์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินยุทธศาสตร์นาทวิไม่ ทอดทิ้งกัน</li> <li>- สนับสนุนด้านความรู้ เช่น การเฝ้าระวัง การล้างมือด้วย เจลแอลกอฮอล์ และการสวม หน้ากากอนามัย เป็นต้น รวมถึงด้านบุคลากร และ เครื่องมือ แก่ชุมชน</li> <li>- นายอำเภอติดตามรายงานผล จากทุกหมู่บ้าน</li> <li>- รณรงค์สร้างความตระหนัก แก่ชุมชน เช่น ตั้งจุดตรวจวัด อุณหภูมิและตรวจสอบกลุ่ม เสี่ยงที่เดินทางมาจากจังหวัด อื่น จำนวน 92 หมู่บ้านใน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CI 19 แห่ง (ปี 64) และ เหลือ 11 แห่ง (ปี 65)</li> <li>- จำนวนผู้รับบริการใน CI</li> <li>- ฉีดยาพ่นฆ่าเชื้อ 2000+ ครัวเรือนในตำบล</li> <li>-ด้านชุมชน 90 ด้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นที่ได้รับการดูแลฆ่าเชื้อ 100%</li> <li>- ผู้ที่เข้ารับบริการ CI HI ได้รับการดูแลเรื่องอาหาร 100%</li> <li>- เกิดความร่วมมือในการ ทำงาน</li> <li>- วัคซีน ATK</li> <li>- อำนวยความสะดวกใน การเดินทางของ ปชช. ลดค่าใช้จ่าย ลดการแพร่ ระบาด</li> <li>- หน่วยงานอื่นเข้าใจงาน สาธารณสุขมากขึ้น</li> <li>- สร้างขวัญกำลังใจ</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณจัดซื้อเครื่องวัดอุณหภูมิ</li> <li>- งบประมาณการบริหารจัดการ Community Isolation (CI) และ Home Isolation (HI) เช่น การหาสถานที่ ค่าน้ำ ค่าไฟ ชุดยั้งชีพ เป็นต้น</li> <li>- งบประมาณสนับสนุนรถเก็บขยะติดเชื้อแก่ประชาชนที่เข้ารับการรักษาในรูปแบบ Home Isolation (HI)</li> <li>- งบประมาณปรับปรุงโรงเรียนพรุหมาเป็นศูนย์ CI จำนวน 200,000 บาท เนื่องจากพบครัสเตอร์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อำเภอนาทวี รวมถึงสร้างการรับรู้ในการป้องกันโรคในชุมชน</li> <li>- ประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ</li> <li>- ช่วยเหลือและดูแลประชาชนในพื้นที่</li> <li>- ในระดับหมู่บ้านมีการตั้งด่านคัดกรองโรค</li> <li>- อบรม การสนับสนุนงบประมาณในช่วงแรกของการแพร่ระบาด</li> <li>- ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้ประชาชนเข้ารับวัคซีน และลงพื้นที่ชี้แจงทำความเข้าใจเรื่องวัคซีนแก่ประชาชนในพื้นที่ รวมถึงสร้างความรู้ความเข้าใจโรคโค</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลดค่าใช้จ่ายจากการได้ถูกยั้งชีพ</li> <li>- ลดทอนในการกักตัวให้ครบกำหนด</li> </ul>



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		กลุ่มแรกที่ระบาดจาก มีสยิดมร์กัสยะลา	<p>วิด-19 แก่ประชาชน เพื่อ สร้างการยอมรับการจัดตั้ง ศูนย์ CI ในพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CI (Community Isolation) ตำบลทับช้าง 18 เตียง</li> <li>- HI (Home Isolation)</li> <li>- LQ (Local Quarantine)</li> <li>- นีดยาพ่นฆ่าเชื้อ</li> <li>- การประชาสัมพันธ์</li> <li>- ATK สนับสนุนโดย รพ. / เอกชน/ ประชาชน / ส.อบต. และกอ.รมน.ภาค4 ส่วนหน้า</li> <li>- ยานพาหนะ สนับสนุนโดย ฝ่ายปกครอง/ อปท. และ ทหาร</li> <li>- ตั้งด่านชุมชน สนับสนุนโดย รพ.สต. /อปท. และ หน่วยงานอื่น</li> </ul>		

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			<p>-ด้านรวม 11 ด้าน (อปท.ดูแลจัดการ ) งบประมาณ 50,000 บาท/ปี</p> <p>-ด้านหมู่บ้าน จำนวน 92 ตำบล</p> <p><u>สจ.</u></p> <p>-สถานีวิทยุ วันเสาร์ 15.00- 17.00 น. DJ ญาดา Green FM99.25</p> <p>- สถานีวิทยุ 105 Old time radio เชียง จันท. สธ ไปถ่ายทอด ความรู้</p> <p>- อพม. เยี่ยมเยียน คนที่ได้รับ ผลกระทบ</p> <p>รอบแรก 100 ครั้วเรือน ครั้วเรือน ละ 2,000 (ปี 64)</p>		

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			<p>รอบสอง 100 ครั้วเรื้อน ครั้วเรื้อน ละ 20,000 (ปี 64)</p> <p>-ทับข้างได้รับถุงยังชีพ 200+ ครั้วเรื้อน</p>		
	อบจ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณการจัดซื้อวัคซีนซิโนฟาร์มเพื่อฉีดแก่ประชาชนทั้ง 16 อำเภอ</li> <li>- งบประมาณการจัดซื้อข้าวสารเพื่อแจกจ่ายแก่ประชาชน</li> <li>- งบประมาณจัดซื้อชุดตรวจ ATK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ทั้ง 16 อำเภอ</li> <li>- แจกข้าวสารแก่ประชาชนทุกครั้วเรื้อน จำนวน 10 กิโลกรัม</li> <li>- ซื้อวัคซีนซิโนฟาร์มเพื่อฉีดให้แก่ประชาชนทั้ง 16 อำเภอ โดยลงทะเบียนผ่านอบจ.</li> <li>- สนับสนุนชุดตรวจโควิด ATK</li> <li>- ส่งเสริมให้ความรู้การฉีดวัคซีนแก่ประชาชนในพื้นที่</li> </ul>	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- แจกข้าวสาร ครั้วเรือ่นละ 10 kg.</li> <li>- วัคซีนซิโนฟาร์ม 2000 โดส</li> <li>- แจกเครื่องวัดอุณหภูมิ ทุก รพ.สต. จำนวน 10 เครื่อง รวมถึงเจลแอลกอฮอล์และหน้ากากอนามัย</li> <li><u>สส.</u></li> <li>- แจก ครั้วเรือ่นละ 5 kg.)</li> <li>-ประกันชีวิต แก่ อสม. 1100 กว่าคน</li>   <li>- กล้วยช้างซีพ ของมลว. เสรีปราโมทย์ ประมาณ 20,000 โดย สส.นิพล บุญญามณี นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา (ปี 64)</li> </ul>		

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			- ถู้อย่างชีพสภากาชาดไทย 1000 ชุด และกึ่งกาชาด		
7	โรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณสนับสนุนจากสปสช.</li> <li>- เครื่องออกซิเจนความดันสูง 10 เครื่อง</li> <li>- สถานที่รักษา จำนวน 3 วอร์ดเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วางแผนเชิงกลยุทธ์ในการรับมือกับโรคในพื้นที่โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหลักในการขับเคลื่อน</li> <li>- ป้องกันโรค และส่งเสริมบริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชน</li> <li>- อำนวยความสะดวกและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น การตั้งโรงพยาบาลสนาม</li> <li>- ดูแลรักษาประชาชน</li> <li>- ปรับขอบเขตงานของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล</li> <li>- คัดกรองความรุนแรงของอาการผู้ป่วย พิจารณาตาม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohort ward จำนวนผู้รับบริการ 1,500 ราย</li> <li>- high flow 12 เตียง รวม 60 เตียง</li> <li>-รพ.สนาม 1 แห่ง แบ่งเป็นชาย 100 เตียง และหญิง 100 เตียง</li> <li>-CI 19 แห่ง</li> <li>CI ค่ายท่าประดู่ ผู้รับบริการ 255 ราย</li> <li>CI คลองขวาง ผู้รับบริการ 6 ราย</li> <li>CI ประกอบ ผู้รับบริการ 24 ราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการติดเชื้อลดลง</li> <li>- อัตราผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนลดลง</li> <li>- อัตราการตายต่ำ</li> <li>- อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิดเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดน้อย</li> <li>- การครอบคลุมวัคซีน</li> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ที่ติดเชื้อ 100%</li> <li>- ลดการระบาดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น โรงงาน เรือรบ ตลาด โรงไม้</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			<p>ความเหมาะสมเพื่อส่งต่อศูนย์ CI หรือ HI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohort ward</li> <li>- รพ.สนามรับผิดชอบโดยโรงพยาบาล รพ.สต. และ สสอ.</li> <li>- โรงพยาบาลช่วยดูแล CI ร่วมกับ อปท. /รพ.สต. / สสอ.และหน่วยงานอื่น ๆ</li> <li>- SQ (State Quarantine) &amp; CQ (Community Quarantine)</li> <li>- โรงพยาบาลช่วยดูแล HI ร่วมกับ รพ.สต/ อปท./สสอ. และหน่วยงานอื่น ๆ</li> <li>● SI (Self Isolation) กลุ่มอาการไม่รุนแรง (ปี 65)</li> </ul>	<p>CI ปลักหนู ผู้รับบริการ 20 ราย</p> <p>CI พรุหว่า ผู้รับบริการ 116 ราย</p> <p>CI อบต.ทับช้าง ผู้รับบริการ 42 ราย</p> <p>CI คลองบอน ผู้รับบริการ 45 ราย</p> <p>CI คลองทราย ผู้รับบริการ 12 ราย</p> <p>CI สะท้อน ผู้รับบริการ 17 ราย</p> <p>CI อ บ ต . น า ห ม อ ศ รී ผู้รับบริการ 7 ราย</p> <p>-ศูนย์พักคอย (ปี63) (ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับสีเขียว และสีเหลือง)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานต่าง ๆ สามารถตรวจคัดกรอง ATK ได้ด้วยตนเอง</li> <li>- ประชาชน สามารถตรวจ Self ATK</li> <li>- ทำให้ประชาชนมีความตระหนักในการตรวจ self ATK</li> <li>- ทุกหน่วยงานเกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เชื่อมโยงกัน</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างความตระหนักและให้ความรู้</li> <li>- สอบสวนโรค</li> <li>- คัดแยกโรคตามระดับความรุนแรง ( สีเขียว สีเหลือง สีแดง ) ที่ลาน swab และเลี้ยงอาหาร</li> <li>- ATK เชียงรุก ร่วมกับ รพ.สต.</li> <li>- RT-PCR</li> <li>- วัคซีน(ที่ รพ./เชียงรุกในพื้นที่ BigC )</li> <li>- อบรมบุคลากร ครูก. (ทาง การแพทย์ โรงงาน ตำรวจ และ รร.) IC/PPE CPE / ตรวจคัดกรอง/ป้องกัน/ประเมินเจ้าหน้าที่ในสถานที่ที่ได้รับการอบรม มีรถกระจายเสียงทุกหมู่บ้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HI จำนวนผู้รับบริการ</li> <li>จำนวนผู้ป่วยรักษาหาย</li> <li>จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ refer รพ.</li> <li>-จำนวนผู้ที่ได้รับวัคซีน</li> <li>- จำนวนและยอดผู้ติดเชื้อ ATK , RT-PCR,</li> <li>- จำนวนผู้รับวัคซีน</li> <li>- เปิด Lab PCR ปี 63 (ได้ห้อง LAB วิเคราะห์ RT-PCR)</li> <li>-ให้ความรู้ทุกโรงเรียน มีรถกระจายเสียง <ul style="list-style-type: none"> <li>● โรงเรียนประถม 30 แห่ง แต่ละแห่ง อบรมครูจำนวน 3 คน</li> <li>● โรงเรียน.การอาชีพ</li> </ul> </li> </ul>	

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประชาสัมพันธ์ผ่าน page Facebook , แคมเปญ ,วิทยุกระจายเสียง ในพื้นที่ ร่วมกับ อปท./สสอ. /รพ.สต. และหน่วยงานอื่น ๆ</li> <li>- Sentinel ในกลุ่มเสี่ยง เช่น โรงงาน ตลาด เรือนจำ</li> <li>- รับผิดชอบการกำจัดขยะ ร่วมกับ อปท.</li> <li>- สนับสนุนค่าอาหาร HI (ปี 64) โดยโรงพยาบาลร่วมกับ อปท. และประชาชนร่วมแรงร่วมใจ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● โรงเรียนมัธยม 2 แห่ง</li> <li>● หน่วยงานราชการ</li> <li>● โรงเรียนเอกชน</li> </ul> <p>-นวัตกรรม การรับบริการเชิงรุก ผล - ให้วัคซีนทันที (co-swab) (ปี 64)</p> <p>-จำนวนสถานที่ ที่ ทำ sentinel (ตามข้อมูล รพ.)</p>	
8	กึ่งกาชาดนาทวี	-	- การสนับสนุนงบประมาณ	-	-
9	รพ.สต.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณอาหาร ร่วมกับอบต.</li> <li>- จำนวนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ ประจำศูนย์ CI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาอสม.</li> <li>- จัดตั้ง ศูนย์ Local Quarantine (LQ) ศูนย์</li> </ul>	- มีระบบบริการในเชิงรุก	- ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ลดค่าใช้จ่ายลดระยะเวลา



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ ประจำด้านตรวจชุมชน</li> <li>- ค่าเบี้ยเลี้ยงบุคลากรและเจ้าหน้าที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Community Isolation (CI) และสนับสนุนเจ้าหน้าที่ดูแลในช่วงกลางวัน</li> <li>- สนับสนุนเจ้าหน้าที่ดูแลโรงพยาบาลสนามในช่วงกลางคืน</li> <li>- ให้บริการวัคซีน และตรวจ ATK เชียงรุก</li> <li>- สอบสวนโรค และส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ศูนย์ CI และ HI</li> <li>- สนับสนุนเจ้าหน้าที่ประจำด้านตรวจชุมชน</li> <li>- ตั้งด่านคัดกรองตามงาน/ เทศกาล/งานแต่ง งานบวช งานศพ</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- เชียงรุกในกรณีที่ไม่สามารถมารับบริการ</li> <li>- ลดการแพร่ระบาด และการสัมผัสเชื้อ</li> <li>- กลุ่ม 608 สามารถได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ลดปัญหาขยะติดเชื้อ เปลี่ยนขยะติดเชื้อให้เป็นขยะทั่วไป</li> <li>- ลดความแออัดในการเข้ารับบริการใน รพ.</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
10	เกษตรกรอำเภอ	- การเยียวยาเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราที่ได้รับผลกระทบ 15,000 บาท	- มีโครงการช่วยเหลือเกษตรกรยางพาราครัวเรือนละ 15000 จากรัฐบาล และส่งเสริมการปลูกผักอินทรีย์และสมุนไพรฟ้าทะลายโจร และส่งเสริมให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ -	- 413 ครัวเรือนที่ได้รับเมล็ดพันธุ์ผัก ชุดละ 200 บาท งบ ปี 63 จำนวน 80000 บาท ปี 64 จำนวน 55000 บาท - แจกต้นฟ้าทะลายโจร ประมาณ 10000 ต้น มูลค่า 8 บาท/ต้น - แจกต้นกระท่อม 460 ต้น มูลค่า 10 บาท/ต้น - แจกปุ๋ยอินทรีย์จำนวน 6.5 ตัน แบ่งเป็นกระสอบละ 40 kg มูลค่า 380 บาท - ฟื้นฟูนาร้าง งบ 1,700,000 บาท	- ผลผลิตทางการเกษตร - ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ - ผลผลิตข้าว - อาหารปลอดภัย - สร้างความสามัคคี แบ่งปันในชุมชน - ประชาชนได้องค์ความรู้ในการเลี้ยงชีพ - สร้างอาชีพให้ชุมชน - ต่อยอดแปรรูปแปะพุดฟ้าทะลายโจร - แปลงต้นแบบฟ้าทะลายโจร

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมพันธุ์ข้าว 500+ ครัวเรือน</li> <li>- โรงเรียนจำนวน 7 แห่ง ได้รับเมล็ดพันธุ์พืช</li> <li>- รับซื้อไม้ผล ละมุด เงาะ (ปี 64) 90 ตัน ราคา 15 บาท/kg</li> </ul>	
11	โรงเรียน และ กศน.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณจัดซื้อเจล แอลกอฮอล์ เพื่อแจกจ่ายแก่นักศึกษาและประชาชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อำนวยความสะดวกเรื่องสถานที่ โดยให้โรงเรียนเป็นสถานที่กักตัว</li> <li>- สร้างความเข้าใจกับชุมชนเรื่องความจำเป็นในการเป็นหน่วยกักตัว</li> <li>- สร้างความรู้ความเข้าใจแก่นักเรียน และชุมชน (จัดอบรมร่วมกับ รพ.สต.)</li> <li>- จัดทำหน้ากากอนามัยแบบผ้าและเจลแอลกอฮอล์ แจกจ่าย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงเรียนมัธยม 2 แห่ง</li> <li>- โรงเรียนประถม 30 แห่ง</li> <li>- กศน. 10 แห่ง</li> <li>- เอกชน 7 แห่ง</li> <li>- อบรมการทำเจลแอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัย 3000/ที่/ปี ทั้งปี 63และปี 64</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงเรียนปลอดภัย</li> <li>- การติดเชื้อลดลง</li> <li>- ลดการตระหนก</li> <li>- กระตุ้นการฉีดวัคซีน</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			<p>แก่ประชาชนในพื้นที่ช่วงการระบาดระลอกแรกที่หน้ากากอนามัยขาดแคลน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แจกถุงยังชีพให้กับนักเรียน กศน. ที่ติดเชื้อ</li> </ul>		
12	ประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เงินบริจาค และสิ่งของ จำเป็นแก่หน่วยงานต่างๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความร่วมมืออันดี และช่วยเหลือตนเองได้ตามมาตรการที่กำหนด</li> <li>- เงินบริจาค ของ ปชช. 60,000 (ปี 64)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครั้ว รพ.(ปี 64)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เกิดเครือข่ายการดูแลในชุมชนทุกภาคส่วน</li> <li>- กลุ่มเปราะบางได้รับความช่วยเหลือ และสามารถเข้าถึงบริการ</li> <li>- ทุกภาคส่วนร่วมมือกัน</li> </ul>
13	พัฒนาชุมชน	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างความมั่นคงทางอาหารในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผ่านการรณรงค์การปลูกผักแก่ทุกครัวเรือน</li> <li>- ได้รับเงินจากกองทุนสตรี ซื้อเมล็ดพันธุ์ จำนวน 7,000 บาท ในปี 64</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รณรงค์ทุก อบต.</li> <li>- แจกเมล็ดพันธุ์ในกลุ่มสตรี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปชช. สามารถต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
14	จิตอาสาภาคประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณผู้สูงอายุ หมู่บ้านละ 500 บาท จำนวน 10 หมู่บ้าน</li> <li>- งบประมาณสนับสนุนจาก กศน. 5,000 บาท</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาคสนับสนุนช่วยเหลือหน่วยงานที่ขาดกำลังคน เช่น การเข้าเวรครัว เวรวัดขึ้น เป็นต้น</li> <li>- สนับสนุนถุงยังชีพ และ ทำอาหารแจกให้ประชาชนในพื้นที่</li> </ul>	-	-
15	หน่วยงานความมั่นคง	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนสถานที่จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม จำนวน 2 อาคาร (สำหรับชาย และ หญิง)</li> <li>- สนับสนุนกำลังทหารดูแลความปลอดภัยแก่ศูนย์ CI และศูนย์ LQ</li> <li>- ตั้งด่านป้องกันและควบคุมโรคฝั่งขาเข้า-ขาออก เพื่อควบคุมการลักลอบของแรงงานผิดกฎหมาย</li> </ul>	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
16	วัด	- งบประมาณของวัด	- สนับสนุนอาหารกล่อง ถูยั้ง ซีพ และผลไม้ที่รับซื้อจาก ประชาชนในพื้นที่	-	-

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประมาณการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and the availability)

สำหรับขั้นตอนที่สาม ในการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยชี้ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน (Theory of Change) ที่เข้าร่วมการขับเคลื่อนการดำเนินการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยหลังจากที่ได้ “แผนที่ผลลัพธ์” เพื่อทำความเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เป็นผลจากกิจกรรมในการดำเนินโครงการ ในขั้นตอนนี้คือ การทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการวัดผลลัพธ์ทางสังคมของพชอ. นาทวี สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ได้ดังนี้

ตารางที่ 18 แผนที่ผลลัพธ์ พชอ.นาทวี จังหวัดสงขลา

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
1. พชอ. / พชต. 2.อปท. (ผู้ใหญ่บ้าน/ เทศบาล/ อบต./สจ.) 3.โรงพยาบาล 4.รพ.สต. 5.เกษตรอำเภอ 6.โรงเรียน และ กศน. 7. ประชาชน 8. พัฒนาชุมชน	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีและผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)	- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละเอียด 28,940 บาทต่อราย

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนลดลง</li> <li>- อัตราการตายต่ำ</li> <li>- อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิดเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดน้อย</li> <li>- อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาในการรักษาลดลง ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยการแปลงค่าเป็นเงินคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำรายเดือนในพื้นที่อำเภอนาทวีที่ 325 บาท (ข้อมูลอัตราค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดสงขลา ณ ปี 2564)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอนาทวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอนาทวี โดยคิดจาก 5% ของ GPP รวมจังหวัดสงขลา ในปีฐาน 2562</li> </ul>

จากขั้นตอนที่ 3 ในการทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการ โดยจากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปความคิดเห็นร่วมกันของผู้มีส่วนได้เสียในรูปอัตราร้อยละของการให้คำนำหน้ การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) ที่เกิดจากการดำเนินงานว่าถึงแม้ไม่มีโครงการนี้ก็จะเกิดผลลัพธ์ดังกล่าว และอัตราร้อยละของปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) แล้วร่วมกันเลือกตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความเชื่อมโยงของพันธกิจและบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปของตัวเงินได้ โดยสามารถสรุป



ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact)

ตารางที่ 19 การพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พชอ.นาทวี

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution	มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ
ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อย ได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรค	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย โดยอำเภอนาทวี มีจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 จำนวน 2,863 ราย คิดเป็น $2,863 * 28,940 = 82,855,220$ บาท	-	82,855,220	10	74,569,698

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution	มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ
	ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)					
อัตราการตายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ	ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ คิดจากจำนวนอัตราผู้ป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)  โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการตายป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 คิดเป็น 2,817 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยที่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติในรายปี โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอนา	-	27,465,750	10	24,719,175

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution	มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ
		ทีวีที่ 325 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า $2,817 * 325 * 30 = 27,465,750$ บาท				
ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและ สังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติ ได้เร็วขึ้น		-มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่ อำเภอนาทวี โดยคิดจาก 5% ของ GPP รวมจังหวัดสงขลาในปีฐาน 2562 คิดเป็น 12,288,550,000 บาท	60	4,915,420,000	50	2,457,710,000

จากตารางที่ 18 แสดงถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และผลการคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบส่วนเกิน และผลลัพธ์บางส่วนที่  
อาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1) ผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ร้อยละ 100 โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย (แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ โดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) จึงอยู่ที่ 74,569,698 บาท

## 2) ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณจากจำนวนอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศที่ต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็น

บวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการหายป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 โดยในพื้นที่อำเภอนาทวี คิดเป็น 2,817 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยในระหว่างการรักษา โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอนาทวีที่ 325 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า 27,465,750 ล้านบาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่มีอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้นโดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) จึงอยู่ที่ 24,719,175 บาท

### **3) ผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น**

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น โดยมีการดำเนินการกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในภาวะปกติได้ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณมูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอนาทวี โดยคิดจาก 5% ของ GPP รวมจังหวัดสงขลาในปีฐาน (ปีพ.ศ.2562) คิดเป็น 12,288,550,000 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าในการพิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมกลับสู่ภาวะปกติได้นั้น ส่วนหนึ่ง มาจากการปรับตัวของภาคเอกชน และประชาชน

ในการรับมือกับสถานะเศรษฐกิจในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานด้านเศรษฐกิจที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 60 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 50 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ตลอดจนการดำเนินการในการฉีดวัคซีน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 จึงอยู่ที่ 2,457,710,000.00 บาท

#### ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยการพิจารณาจากงบประมาณที่ใช้ในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 และผลตอบแทนโครงการที่เกิดขึ้นในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาล ร้อยละ 3 ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

## ผลการวิเคราะห์ต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี

ต้นทุนของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี (ขนาด 90 เตียง)

จำแนกเป็น ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ดังแสดงในตาราง

### 1. ต้นทุนค่าแรง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนค่าแรง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ. 2564 จำแนกตามประเภทค่าแรง

ลำดับ	ประเภท	ค่าแรง	
		ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	เงินเดือนข้าราชการ	88,354,178.93	97,665,588.32
2	ค่าจ้างประจำ	3,995,270.20	3,597,550.20
3	ค่าจ้างชั่วคราว	25,768,943.96	22,893,232.17
4	เงินเดือนพนักงานราชการ	1,116,967.74	496,600.00
5	เงินประจำตำแหน่ง	2,067,722.86	8,203,950.42
6	เงินตอบแทนฯ เพิ่มขึ้น	9,512,143.84	81,450.42
7	ค่าครองชีพข้าราชการ	51,839.24	49,740.00
8	ค่าครองชีพลูกจ้างประจำ	-	-
9	ค่าครองชีพพนักงานราชการ	-	-
10	เงิน พตส.	6,642,000.00	6,168,200.00
11	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาและวันหยุดราชการ	24,267,896.90	27,184,262.43
12	เงินค่าตอบแทนพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว	3,515,000.00	3,720,000.00
13	เงินสมทบประกันสังคม	936,969.00	494,929.00
14	ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย	39,184,080.65	30,172,700.00
15	ค่าใช้จ่ายไปราชการ	571,300.00	370,866.00
16	ค่ารักษาพยาบาล	410,207.00	115,040.50
17	เงินช่วยการศึกษาบุตร	387,615.00	506,583.00
18	ค่าเสี่ยงภัยบุคลากร (เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับโควิด 19)	1,689,375.00	8,487,625.00

ลำดับ	ค่าแรง		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
19	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิดที่เข้ารับการรักษาใน Cohort ward รวม ได้แก่ หมวดที่ 1 ค่าห้องและอาหาร หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ (LAB) หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ	172,749	41,519,669
20	ค่าใช้จ่ายการคัดกรองโควิด 19 ได้แก่ การตรวจ ATK /RT-PCR/Anti-Body	0	34,927,500
	<b>รวม</b>	<b>208,644,259.32</b>	<b>286,655,486.46</b>

## 2. ต้นทุนค่าวัสดุ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนค่าวัสดุ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ. 2564 จำแนกตามประเภทค่าวัสดุ

ลำดับ	ค่าวัสดุ		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการโควิด-19		
2	สาธารณูปโภค (ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าอินเทอร์เน็ต ค่าโทรศัพท์ ค่าไปรษณีย์ )	7,239,984.43	7,031,036.96
3	ยาและเวชภัณฑ์มีชียา	29,973,922.19	31,419,018.83
4	วัสดุการแพทย์	14,219,886.08	16,165,124.34
5	วัสดุวิทยาศาสตร์	10,514,517.03	61,560,967.45
6	วัสดุสำนักงาน	1,086,572.64	776,710.50
7	วัสดุยานพาหนะ	81,700.00	84,370.00



8	วัสดุเชื้อเพลิง	925,810.70	1,083,152.66
9	วัสดุไฟฟ้า	327,292.17	160,612.20
10	วัสดุอื่น	12,706.00	5,115.00
11	วัสดุคอมพิวเตอร์	32,176.00	71,494.10
12	วัสดุงานบ้านงานครัว	4,473,304.76	3,332,229.76
13	วัสดุก่อสร้าง	213,392.00	85,941.70
14	วัสดุบริโภค	3,527,272.00	4,014,267.00
15	การบริหารงานทั่วไป	27,425,351.32	18,002,587.21
16	ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ)ค่าจ้างเหมา Lab/x-ray	5,932,422.00	4,852,221.00
	<b>รวม</b>	<b>105,986,309.32</b>	<b>148,644,848.71</b>

### 3. ต้นทุนค่าลงทุน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนค่าลงทุน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ. 2564 จำแนกตามประเภทค่าลงทุน

ลำดับ	ค่าลงทุน		
	ประเภท	ค่าลงทุน ปี 2563 จำนวน(บาท)	ค่าลงทุน ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	การจัดเตรียมสถานที่ทางกายภาพในการบริการผู้ป่วยโควิด	0	328,489.60
	<b>รวม</b>	<b>0</b>	<b>328,489.60</b>

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี

รวมต้นทุนทางตรง			
ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)	รวม ปี 2563 และ ปี 2564
ต้นทุนค่าแรง	208644259.3	286,655,486.46	495,299,745.78
ต้นทุนค่าวัสดุ	105986309.3	148,644,848.71	254,631,158.03
ต้นทุนค่าลงทุน	0	328,489.60	328,489.60

รวมทั้งหมด	314,630,568.6	435,628,824.77	750,259,393.4
------------	---------------	----------------	---------------

จากตารางที่ 4 พบว่า ต้นทุนค่าแรง มีค่ารวมเท่ากับ 495,299,745.78 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 254,631,158.03 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 328,489.60 บาท ดังนั้นต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลสมเด็จ พระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี ในปี 2563 และ 2564 มีค่าเท่ากับ 750,259,393.4 บาท

ตารางที่ 20 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พชอ.นาทวี

ปี	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19						ค่าใช้จ่ายรวม
	พชอ.นาทวี อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา						
	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.)	สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ	โรงพยาบาลรัฐ	องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น			
อบต.ทับช้าง				เทศบาล นาทวี	อบต. ประกอบ		
2563	15,000	0	314,630,568.64	382,775.60	95,387	70,013	315,193,744.24
2564	4,248,700	440,375	435,628,824.77	429,393.00	494,645	645,141	437,638,378.77
รวม							752,832,123.01

ตารางที่ 21 แสดงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี)

ปีที่	ต้นทุนรวมของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	ผลตอบแทนรวม	
1/2563	315,193,744.24	-	-	-	-	-315,193,744.24
2/2564	437,638,378.77	74,569,698	24,719,175	2,457,710,000	2,556,998,873	2,119,360,494.23
<b>รวม</b>	752,832,123.01	74,569,698	24,719,175	2,457,710,000	2,556,998,873	<b>1,804,166,749.99</b>

ตารางที่ 22 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พชอ.นาทวี ในปี 2563-2564

โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3

ปีที่	ต้นทุนรวมของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ	Discount Factor 3%	NPV	PV of Cost	PV of Benefit	BC Ratio
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่ สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	ผลตอบแทนรวม						
1/2563	315,193,744.24	-	-	-	-	-315,193,744.24	0.971	(306,053,125.66)	306,053,125.66		
2/2564	437,638,378.77	74,569,698	24,719,175	2,457,710,000	2,556,998,873	2,119,360,494.23	0.943	1,998,556,946.06	412,692,991.18	2,411,249,937.24	5.84
<b>รวม</b>	752,832,123.01	74,569,698	24,719,175	2,457,710,000	2,556,998,873	1,804,166,749.99		1,692,503,820.40	718,746,116.84	2,411,249,937.24	5.84

ตารางที่ 21 แสดงถึงการคำนวณการหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) และต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 เป็นงบประมาณทั้งสิ้น 752,832,123.01 บาท

โดยมีผลผลตอบแทนโครงการหลังหักค่า Dead Weight และ Attribution โดยพิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น คิดเป็นผลตอบแทนรวมในช่วงปี 2563-2564 อยู่ที่ 2,556,998,873 บาท และมีรายได้สุทธิจากการดำเนินโครงการอยู่ที่ 1,804,166,749.99 บาท

การคำนวณหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 1,692,503,820.40 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 5.84 เท่า ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยเปรียบเทียบระหว่างมูลค่าปัจจุบันสุทธิกับมูลค่างบประมาณที่ใช้ไป พบว่า งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พชอ.นาทวี จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.25 บาท

ตารางที่ 23 สรุปผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.นาทวี

1. มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) (ปี 63-64)	1,692,503,820.40	
2.การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64)	5.84	
3.อัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64)	2.25 เท่า (ทุก 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.นาทวี จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.25 บาท)	
4. ประโยชน์ผู้มีส่วนได้เสีย/ปี		
- พชอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. อปท.	74,569,698	2.91
- ผู้ป่วย/ญาติ	24,719,175	0.97
- ภาคเกษตรกรรม ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะภาคบริการ การท่องเที่ยว และการค้าชายแดน)	2,457,710,000	96.12
รวม	2,556,998,873	100

จากการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นาทวี พบว่ามีมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ปี 2563-2564 อยู่ที่ 1,692,503,820.40 บาท การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64) อยู่ที่ 5.84 เท่า และอัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64) อยู่ที่ 2.25 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ภายใต้ พชอ.นาทวิจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.25 บาท โดยผู้ได้รับประโยชน์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มประกอบไปด้วย (1) พชอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. และอปท. ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 74,569,698 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.91 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม (2) ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 24,719,175 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.97 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม และ (3) ภาคเกษตรกรรม ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะภาคบริการ การท่องเที่ยว และการค้าชายแดน) ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 2,457,710,000 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 96.12 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม จะเห็นได้ว่าผลของการดำเนินงานในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพชอ. จะสร้างผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ทางสังคมกับภาคประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมในอัตราร้อยละ 96.12 ของมูลค่าผลตอบแทนรวมทั้งหมด



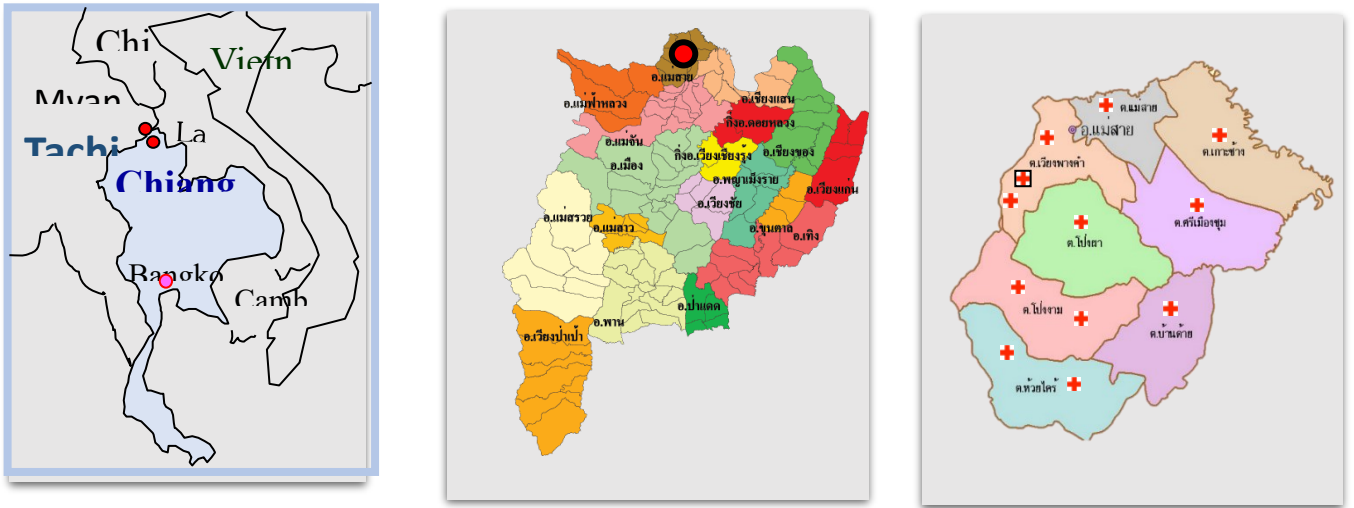
## บทที่ 5

### ผลการศึกษารับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

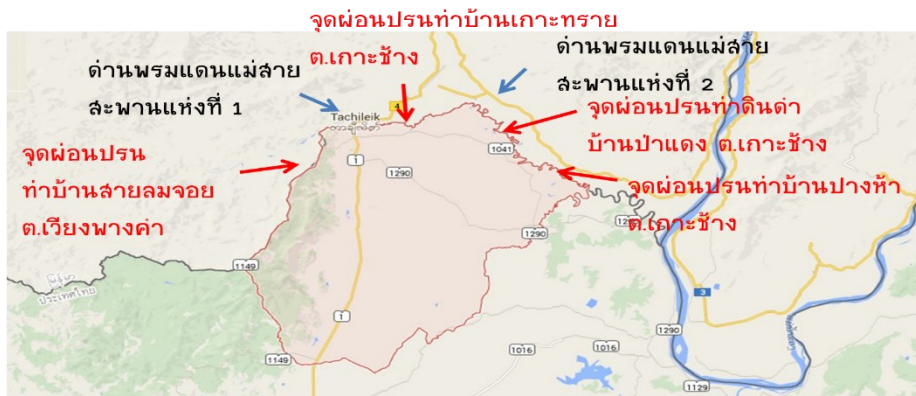
#### 5.1 ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

##### 5.1.1 ข้อมูลพื้นฐานอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

อำเภอแม่สาย เป็นอำเภอเหนือสุดของจังหวัดเชียงรายและเหนือสุดของประเทศไทย ทิศเหนือมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศพม่า ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภอเชียงแสนจังหวัดเชียงราย ทิศใต้ติดต่อกับอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย และประเทศพม่า โดยมีด่านชายแดนไทย-พม่า 2 ด่าน ได้แก่ ด่านพรมแดนแม่สาย สะพานแห่งที่ 1 และด่านพรมแดนแม่สาย สะพานแห่งที่ 1 ที่สามารถผ่านด่านข้ามไปยังจังหวัดท่าขี้เหล็กของพม่าได้โดยมีแม่น้ำสายเป็นพรมแดนทางธรรมชาติ อำเภอแม่สายมี 8 ตำบล 87 หมู่บ้าน 24,032 หลังคาเรือน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยเทศบาลตำบล 4 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลแม่สาย เทศบาลตำบลห้วยไคร้ เทศบาลตำบลเวียงพางคำ เทศบาลตำบลแม่สายมิตรภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไคร้ องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะช้าง องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา องค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด้าย องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งงาม มีประชากรไทยทั้งหมด 73,255 คน (ร้อยละ 65.3) และประชากรต่างด้าว 40,745 คน (ร้อยละ 34.7) มีหน่วยบริการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชนตั้งนี้ โรงพยาบาลแม่สาย 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง หน่วยควบคุมโรคหน้าโดยแมลง 1 แห่ง ด่านควบคุมโรคติดต่อ 1 แห่ง ระหว่างประเทศ รพ.สต. เครือข่าย 11 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 8 แห่ง โรงพยาบาลเกษมราษฎร์แม่สาย 1 แห่ง (30 เตียง) โรงพยาบาลโอเวอร์บรู๊ค แม่สาย (OPD) 1 แห่ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ของคณะกรรมการ พชอ.



ภาพที่ 7 แผนภาพอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย



ภาพที่ 8 แผนภาพด่านชายแดนไทย-พม่า 2 ด่าน อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

5.1.2 ข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัด เชียงราย มีประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชอ.แม่สาย ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตอำเภอแม่สาย ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 19 กรกฎาคม 2562 ประกอบด้วย

- ประเด็นที่ 1 การพัฒนาสุขภาพเด็กประถมวัย
- ประเด็นที่ 2 การลดการใช้สารเคมีในพื้นที่และอาหารปลอดภัย
- ประเด็นที่ 3 ศูนย์กายอุปกรณ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์
- ประเด็นที่ 4 การพัฒนาการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU)
- ประเด็นที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

## ประเด็นที่ 6 การลดอุบัติเหตุ

### 5.1.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

พบว่าในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม ตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2563 – เดือนธันวาคมปี พ.ศ. 2564 จำนวน 5,299 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 30 ราย โดยสามารถแบ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ออกเป็น 3 ระลอก ได้ดังนี้

#### การแพร่ระบาดระลอกที่ 1 เริ่มขึ้นในช่วงเดือนมีนาคม ปี พ.ศ. 2563 มาตรการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในพื้นที่

เริ่มมีการพบผู้ติดเชื้อครั้งแรกในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้ป่วยได้เดินทางกลับมาจากการทำงานที่กรุงเทพฯ และพบแรงงานผิ้น้อยชาวเชียงรายเดินทางกลับมาจากเกาหลี อีกจำนวน 3 ราย ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวได้มีการเฝ้าระวังการแพร่ระบาด โดยมีกำลังหลักคือ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้คอยติดตาม สอบถามอาการ และแจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

#### การแพร่ระบาดระลอกที่ 2 ผู้ติดเชื้อหลบหนีกลับประเทศ ในเดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2563

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในแถบประเทศเพื่อนบ้านมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้แรงงานไทยได้พยายามลักลอบหลบหนีเข้าเมืองผ่านช่องทางธรรมชาติ จำนวน 6 ราย อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ดังกล่าวยังสามารถควบคุมได้ จึงยังไม่มีกรณีติดเชื้อในพื้นที่

#### การแพร่ระบาดระลอกที่ 3 พบผู้ติดเชื้อในพื้นที่

การแพร่ระบาดในระลอกที่ 3 ได้ทวีความรุนแรงเนื่องจากในช่วงเดือนเมษายน ปีพ.ศ. 2564 พื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ มีการประกาศล็อกดาวน์ (Lockdown) ในหลายพื้นที่เพื่อลดยอดจำนวนผู้ติดเชื้อ ส่งผลให้ประชาชนต่างเริ่มเดินทางกลับภูมิลำเนาของตน จึงพบผู้ติดเชื้อที่เดินทางจากกรุงเทพฯ จำนวน 20 ราย จากจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 11 ราย และเกิดการแพร่ระบาดติดเชื้อในวงกว้างจากการติดเชื้อภายในครอบครัว และงานเลี้ยงสังสรรค์กว่า 171 ราย

ต่อมาในช่วงเดือนพฤษภาคม ปีพ.ศ. 2564 ได้พบผู้ป่วยซึ่งเป็นพนักงานขับรถตู้และรถขนส่งสินค้า บริเวณด่านพรมแดนแม่สาย สะพานแห่งที่ 2 จำนวน 28 ราย ทั้งพบแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในโรงงาน

จำนวน 36 ราย ต่อมาในเดือนมิถุนายน ได้พบผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง มีการระบาดในโรงเรียนสอนศาสนาที่มีผู้ติดเชื้อ จำนวนกว่า 20 ราย และมีผู้ป่วยที่ส่งต่อมารับการรักษาจากโรงพยาบาลศูนย์เชียงราย จำนวน 11 ราย

และในช่วงเดือนสิงหาคม มีผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานประกอบการข้าวซอยเอื้ออาทร 95 ราย วิทยาลัยเทคโนโลยีไทย-เอเชีย 16 ราย โรงเรียนหัวหุยน 17 ราย บ้านแกะสลัก 23 ราย ก่อสร้างวัดถ้ำปูน 26 ราย มูลนิธิเด็กบ้านป่าเหมือด 16 ราย และผู้ติดเชื้อกลุ่มใหญ่จากตลาด 2 แห่ง ได้แก่ ตลาดนายบุญยืน 235 ราย และตลาดดอยเวา 141 ราย ช่วงเดือนกันยายน 2564 พบผู้ติดเชื้อจากสถานประกอบการ Global house 24 ราย ร้านพงษ์ไพศาลวัสดุครุภัณฑ์ ร้านทรัพย์สกลและโฮมโชว์ จำนวน 20 ราย ตลาดไม้ลุงชน 16 ราย โรงน้ำแข็ง Yellow 19 ราย และในเดือนตุลาคม 2564 พบผู้ป่วยติดเชื้อจากโรงงานไฟแช็ค คิงส์ไลเดอร์ 235 ราย บ้านสันกอบา 31 ราย HBD ตำบลเวียงพางคำ 19 ราย สวนส้ม ตำบลโป่งผา 36 ราย บ้านส้มเกร็ดทอง 40 ราย และชุมชนหมู่ 11 ตำบลโป่งผา จำนวน 24 ราย

#### 5.1.4 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

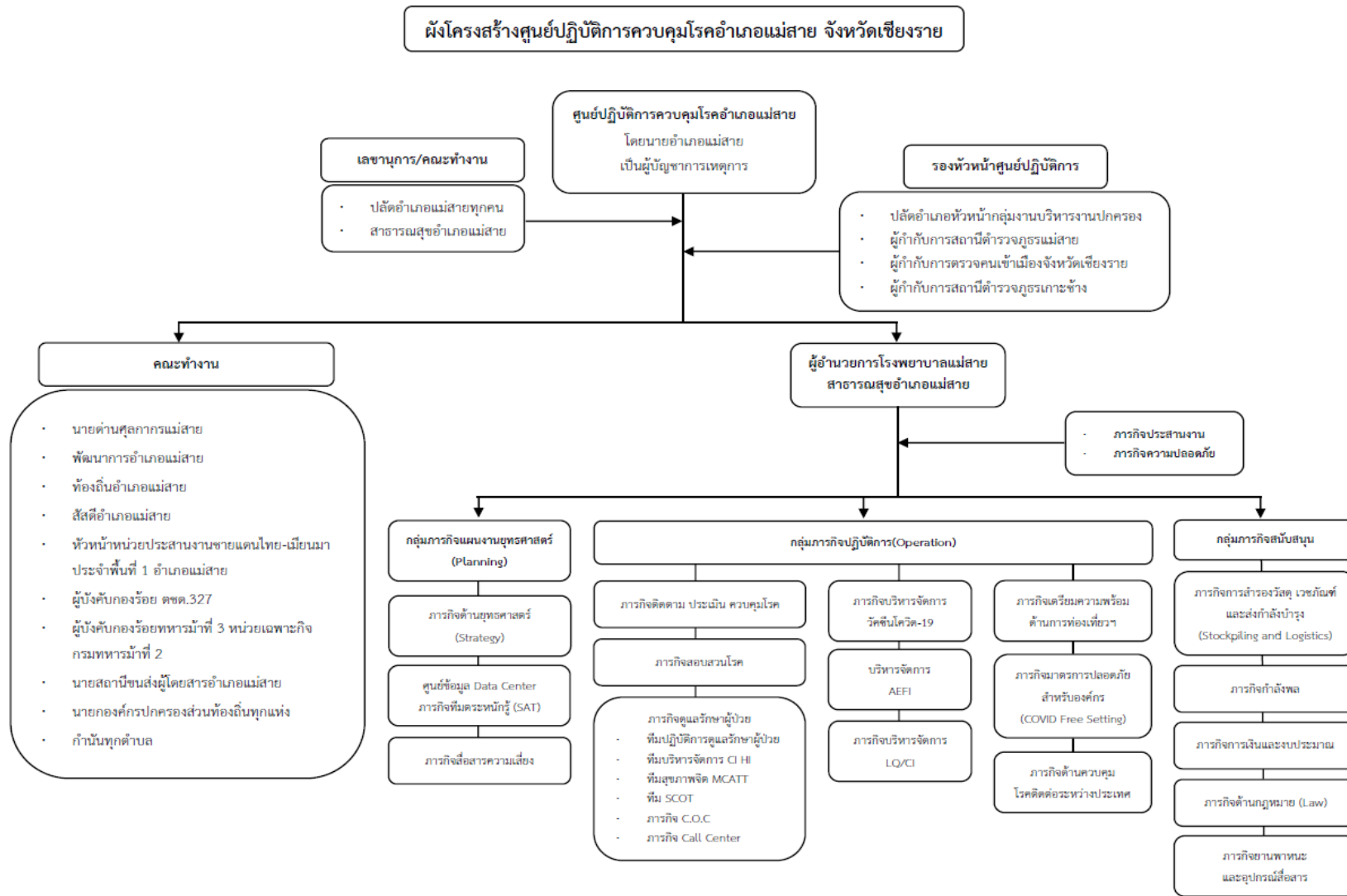
การบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอแม่สาย มีการดำเนินงานดังนี้

1. คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอแม่สาย (ศปก.อ.แม่สาย) โดยมีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอแม่สาย (ศปก.อ.แม่สาย) ที่ 127/2563 ลงวันที่ 13 พฤษภาคม 2563 ซึ่งประกอบด้วยนายอำเภอเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ ปลัดอำเภอเป็นรองหัวหน้าปฏิบัติการ สาธารณสุขอำเภอเป็นคณะทำงานและเลขา ปลัดอำเภอกลุ่มงานบริหารงานปกครองเป็นคณะทำงานและเลขา และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (ทหาร ตำรวจ ศุลกากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ผู้อำนวยการโรงเรียนรัฐ เอกชน และ กศน. นายกสมาคมผู้บริหารครูอำเภอแม่สาย หัวหน้าหน่วยประสานงานชายแดนไทย-พม่า สัสดีอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่น หัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนแม่สาย หัวหน้าด่านกักกันสัตว์ ผู้อำนวยการศูนย์บริหารจัดการด่านตรวจประมง หัวหน้าด่านตรวจ หัวหน้าด้านอาหารและยา สรรพสามิต ผู้จัดการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ผู้จัดการประปาส่วนภูมิภาค ประธานหอการค้า ประธานชมรมธนาคาร ประธานชมรมโรงแรม นายสถานีขนส่งผู้โดยสาร ปลัดอำเภอ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันตำบล) เป็นคณะทำงาน

2. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) ตามคำสั่งแต่งตั้ง ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) ที่ 323/2565 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2564

โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงรายเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ โดยมีบทบาทในการติดตามสถานการณ์ จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ติดตาม ประเมินผลและแก้ปัญหา การดำเนินงานในส่วนต่างๆ บริหารจัดการทรัพยากร ประสานระดับนโยบายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตัดสินใจ ยกระดับ-ลดระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และเสริมสร้างกำลังใจ โดยมีรายละเอียดโครงสร้างการบริหาร จัดการโควิด-19 ดังนี้

ภาพที่ 9 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย



### 5.1.5 แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการทำงานร่วมกันทั้งการกำหนดยุทธศาสตร์ และมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมาตรการป้องกันและดูแลบุคลากรในหน่วยงาน ตลอดจนมาตรการการสอบสวนโรค และการคาดการณ์การแพร่ระบาดเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดการโรค

- การประสานความร่วมมือจัดตั้งสถานที่ การบริหารจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุข และมีแผนการรับมือต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดที่มีความรุนแรงได้อย่างทันท่วงที ผ่านการจัดเตรียมสถานที่รักษาเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยเพื่อให้เพียงพอต่อการเข้ารับการรักษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
  - หอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) โรงพยาบาลแม่สาย จำนวน 90 เตียง
  - สถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) คือ โรงแรมแกรนด์ปิยะพร A จำนวน 133 เตียง
  - Community Isolation: CI คือ ทRAYเพลส อะพาร์ทเมนต์ จำนวน 96 เตียง และ โรงแรมนางนอน ฮิลล์ ฮัก จำนวน 80 เตียง
- ด้านการเงิน มีหน้าที่ตรวจสอบงบประมาณดำเนินงานในเรื่องต่าง ๆ การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ การบันทึกข้อมูลการเก็บฐานข้อมูล เพื่อสรุปผลกลับไปทาง สปสช.
- การบริการประชาชน ต้องประสานงาน ติดต่อสื่อสารกับภาคีเครือข่าย รวมถึงประชาสัมพันธ์ และมีการประชุมผ่าน Zoom Cloud Meeting ทุกวัน เพื่อขับเคลื่อนไปเป้าหมายและขั้นตอนการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเมื่อประชาชนทราบว่าตนเองติดเชื้อ จะต้องได้รับการดูแลภายใน 1 ชม. รวมถึงการระบุว่าต้องเข้ารับการรักษาในรูปแบบ Home Isolation (HI) หรือ Community Isolation (CI)

## 5.2 การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

### ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders)

ในขั้นตอนแรกของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมต่อการดำเนินงานการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (key stakeholders) จำเป็นต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Stakeholders Analysis) กลุ่มสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่

(1) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (primary stakeholders)

(2) ผู้มีส่วนได้เสียรอง (secondary stakeholders)

โดยคำนึงถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจาก 2 ประเด็นหลัก คือ

(1) ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

## (2) การมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

โดยในการรับมือสถานการณ์โควิด-19 พชอ. อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายได้กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 18 กลุ่ม ได้แก่ ดังตารางที่ 18

## ตารางที่ 24 ผู้มีส่วนเสียได้กับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และบทบาทที่เกี่ยวข้องของแต่ละกลุ่ม

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
1	พชอ./สาธารณสุขจังหวัด/ สาธารณสุขอำเภอ	หน่วยงานสนับสนุนการขับเคลื่อนป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
2	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.)	อาสาสมัครดำเนินการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ชุมชน และประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3	กระทรวงต่างประเทศ	หน่วยงานสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และดำเนินมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคข้ามพรมแดน
4	มูลนิธิกุ๊กซี่พและกุ๊กซี่	หน่วยงานให้บริการรับส่งผู้ป่วยติดเชื้อและประสานงานกับโรงพยาบาล
5	องค์ กรปกครอง ส่วน ท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	หน่วยงานหลักในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่
6	โรงพยาบาลแม่สาย	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับอำเภอ
7	โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง	เป็นหน่วยงานสนับสนุนจัดการเรื่องขยะติดเชื้อโดยเฉพาะ
8	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพประจำตำบล	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบล
9	โรงพยาบาล เกษมราษฎร์ แม่สาย	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับอำเภอ
10	บริษัทท่อน้ำไทย	หน่วยงานสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงาน
11	หอการค้าจังหวัดเชียงราย	หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการปฏิบัติงาน
12	สโมสรโรตารีแม่สาย	หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการปฏิบัติงาน รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
13	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.)	หน่วยงานส่งเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับชุมชน
14	ผู้ประกอบการร้านอาหาร	หน่วยงานสนับสนุนอาหารส่งโรงพยาบาลในแต่ละหมู่บ้าน และโรงแรมที่เป็นสถานที่กักตัว
15	ชมรมผู้สูงอายุแม่สาย	กลุ่มดูแลผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ การให้ความรู้ แนวทางการป้องกัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
16	กลุ่มน้ำใจอำเภอมแม่สาย	กลุ่มที่ช่วยเหลือและบริจาคทั้งเวชภัณฑ์ ชุดตรวจโรค ข้าวสาร อาหารแห้ง
17	กลุ่มสตรี	กลุ่มที่เน้นให้ความรู้แก่ชุมชนพึ่งพาตนเอง และส่งเสริมบทบาทสตรี
18	ปราชญ์ชุมชน	กลุ่มที่ส่งเสริมความรู้ด้านการเกษตร ให้แก่ชุมชนและเกษตรกร

โดยบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละกลุ่ม สามารถสรุปดังตารางดังต่อไปนี้

#### ตารางที่ 25 การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
1	พชอ./สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเครือข่าย</li> <li>- การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองของประชาชน</li> <li>- บริการวัคซีนแก่ประชาชน ส่งเสริมมาตรการปรับตัวต่อร้านอาหาร และดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยป่วยติดเตียง และกลุ่มเปราะบาง</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะกลไกหลักในการสื่อสารผ่านคณะกรรมการ พชอ. รวมถึงการให้ความช่วยเหลือประสานงาน และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ สามารถเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
2	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนและประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข อปท. รพ.สต. และชุมชน</li> <li>- รายงานข้อมูลด้านสาธารณสุข</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะผู้ประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่ รวมถึงดูแลให้ประชาชนและกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรการป้องกันโควิด-19
3	กระทรวงต่างประเทศ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนการส่งมอบเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์</li> <li>- การดำเนินมาตรการเพื่อลดการลักลอบแรงงานเข้าสู่ประเทศไทย</li> <li>- ปรึกษาเครื่องผลิตออกซิเจนให้กับ รพ. ท่าซี้เหล็ก ของประเทศพม่า เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อจากพม่าเข้ามา</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ ทั้งการประสานงานประเทศพม่า การประสานงานในเขตพื้นที่ชายแดน และส่งมอบอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น
4	มูลนิธิกุ๊กซี่พและกุ๊กซี่	รับส่งผู้ป่วยติดเชื้อและจัดการศพที่เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ทั้งชาวไทยและชาวพม่า	ควรนำมาพิจารณา เพราะเป็นตัวกลางในการประสานงานและช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยและสถานพยาบาล
5	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนด้านทรัพยากรงบประมาณ และความรู้ให้แก่ชุมชน</li> <li>- ดำเนินตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน เช่น การรับส่งผู้ป่วย การพ่นยาฆ่าเชื้อโรค</li> <li>- ประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็นกลไกการปกครองที่สำคัญในการจัดการโควิดในพื้นที่ และเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ พชอ. โดยตรงไม่ว่าจะเป็นบุคลากร ข้อมูล ทรัพยากรทางการแพทย์ สิ่งอุปโภคและบริโภค ยานพาหนะในการรับส่งผู้ป่วย

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการ วัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะ อะไร
			รวมทั้งงบประมาณในการดำเนิน กิจกรรมต่าง ๆ
6	โรงพยาบาลแม่สาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยติดเชื้อ และบริการทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจโรค</li> <li>- ให้บริการ Cohort ward และตู้ RT-PCR</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
7	โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง	- เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่เป็นเสมือนศูนย์กลาง หรือ hub จัดการขยะติดเชื้อโดยตรง โดยรับดูแลขยะจาก รพ.สต. และภาคเอกชน	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนการจัดการขยะติดเชื้อ อาจไม่ได้รับผิดชอบโดยตรงต่อพื้นที่ แต่เป็นเสมือนศูนย์กลาง hub จัดการขยะติดเชื้อโดยตรงจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในพื้นที่
8	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมให้ความรู้พัฒนา อสม.</li> <li>- สนับสนุนเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และให้บริการวัคซีน และตรวจ ATK เชียงรุ๊ก</li> <li>- สอบสวนโรค และส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
9	โรงพยาบาล เกษมราษฎร์แม่สาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่หนักมากนัก เน้นผู้ป่วยระบบประกันสังคม และประกันชีวิตต่าง ๆ</li> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงาน และส่งตัวผู้ป่วยหนักไปยังโรงพยาบาลอื่น</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร ให้บริการทางการแพทย์ ประสานงานการส่งตัวผู้ป่วย รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและ

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		- บริการการตรวจคัดกรอง และการฉีดวัคซีนให้ภาคเอกชน และเปิดหอผู้ป่วยรวม (cohort ward)	ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
10	บริษัทท่อน้ำไทย	สนับสนุนทรัพยากรในการขับเคลื่อน เช่น รถยนต์ 1 คันมูลค่า 5 แสนกว่าบาท ให้แก่ รพ.สต.แม่สาย เพื่อช่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วย	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีบทบาทในการสนับสนุนยานพาหนะ ซึ่งเป็นปัจจัยของการขับเคลื่อนงานในพื้นที่
11	หอการค้าจังหวัดเชียงราย	เป็นกลุ่มภาคเอกชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบการที่นำเข้าและส่งออกค้าระหว่างประเทศ จะช่วยสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญ และมีความต่อเนื่อง และสามารถงบประมาณและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น
12	สโมสรโรตารีแม่สาย	- การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ - การสนับสนุนองค์กรต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นงานสาธารณสุขุ ทั้งด้านงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอาหาร	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลไกที่มีความสามารถในการประสานงานกับหลายกลุ่ม และสามารถรวบรวมทรัพยากรสำคัญ เพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี
13	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.)	ส่งเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับชุมชน เน้นให้ความรู้ และมีหลักสูตรดูแลประชาชน เช่น โครงการสร้างความมั่นคงทางอาหารให้ชุมชนสามารถพึ่งพิงตนเองได้ในช่วงการระบาดโควิด-19 เช่น โครงการแปรรูปอาหารในชุมชน โครงการปลูกวันแม่เก็บวันพ่อ	ควรนำมาพิจารณาเพราะเป็นหน่วยงานหลักที่ช่วยเหลือประชาชนและชุมชนโดยตรง โดยเฉพาะผู้ยากไร้ และเดือดร้อนต่าง ๆ โดยเน้นส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
14	ผู้ประกอบการร้านอาหาร	ส่งอาหารทั้งโรงพยาบาลในแต่ละหมู่บ้านและโรงแรมนางนอน ฮิลล์ ซึ่งเป็นที่กักตัว โดยประสานงานกับ อสม. ของแต่ละหมู่บ้านให้เข้ามารับ	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นตัวกลางในการประสานความช่วยเหลือด้านอาหารระหว่างอสม. และโรงพยาบาลกับสถานที่กักตัว
15	ชมรมผู้สูงอายุแม่สาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นส่งเสริมความรู้และแนวทางพึ่งพาตนเอง แบ่งเป็น 4 มิติ คือ 1. มิติสุขภาพ 2. มิติสังคม 3. มิติสิ่งแวดล้อม 4. มิติด้านไอที</li> <li>- เป็นศูนย์การเรียนรู้อันดับหนึ่งของภาคเหนือ ขณะนี้ กำลังดำเนินการสร้างศูนย์ฟื้นฟูทั้งผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป ที่ตำบลศรีเมืองชุม</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลไกที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโดยตรง และมีการดำเนินการต่อเนื่องมาโดยตลอดแม้ไม่ได้อยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
16	กลุ่มน้ำใจอำเภอมแม่สาย	ให้การสนับสนุนผ่านการ จึงมีการบริจาคทั้งเวชภัณฑ์ ชุดตรวจโรค ข้าวสารอาหารแห้ง ภายใต้แนวคิด การช่วยเหลือบ้านเกิด	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลุ่มคนในพื้นที่ให้การช่วยเหลือมาอย่างต่อเนื่องทั้งงบประมาณ อาหาร และอุปกรณ์ที่จำเป็นในยามฉุกเฉิน
17	กลุ่มสตรี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินโครงการ “ปลูกวันแม่ เก็บวันพ่อ” เป็นการส่งเสริมการปลูกพืชหลายไร่ให้กับชุมชน และส่งเสริมให้ชุมชนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีปราชญ์ชาวบ้านเป็นหลัก ร่วมกับกระทรวงพม.</li> <li>- ดำเนินโครงการให้ความรู้และส่งเสริมบทบาทสตรี</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลไกที่ใกล้ชิดกับชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มสตรี ที่บางส่วนอาจไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยเน้นให้กลุ่มสตรีสามารถพึ่งพาตนเองได้ในยามวิกฤต และเน้นสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งนับเป็นกลไกหลักหลักการพึ่งพาตนเองของชุมชน
18	ปราชญ์ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมความรู้ด้านการเกษตรให้แก่ชุมชนและเกษตรกรใน</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลไกที่ใกล้ชิดกับชุมชน และ

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<p>ชุมชนได้รับผลกระทบจากราคาผลผลิตตกต่ำ และปริมาณการขายลดต่ำลง ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริจาคข้าวให้แก่ผู้เดือดร้อน</li> </ul>	<p>เกษตรกร ได้รับความไว้วางใจจากชุมชนให้ส่งเสริมความรู้ด้านเกษตร โดยเฉพาะเรื่องข้าว</p>

จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้เสีย และการมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้เสีย โดยสามารถสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ ในตาราง Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 26 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย

ปัจจัย	การมีอิทธิพล	
	น้อย	มาก
ความสำคัญ	<p><u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลน้อย (Keep informed)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (P)</li> <li>- กระทรวงต่างประเทศ (P)</li> <li>- มูลนิธิกัญชีพและกัญภัย (P)</li> <li>- โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง (P)</li> <li>- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.) (P)</li> </ul>	<p><u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลมาก (Key players)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พชอ./สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ (K)</li> <li>- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.) (K)</li> <li>- โรงพยาบาลแม่สาย (K)</li> <li>- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (K)</li> <li>- โรงพยาบาล เกษมราษฎร์แม่สาย (K)</li> </ul>
	<p><u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลน้อย (Minimal effort)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ประกอบการร้านอาหาร (S)</li> <li>- ชมรมผู้สูงอายุแม่สาย (P)</li> </ul>	<p><u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลมาก (Keep Satisfied)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริษัทท่อน้ำไทย (S)</li> <li>- หอการค้าจังหวัดเชียงราย (S)</li> </ul>

ปัจจัย	การมีอิทธิพล	
	น้อย	มาก
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มน้ำใจอำเภอมแม่สาย (S)</li> <li>- กลุ่มสตรี (P)</li> <li>- ปราชญ์ชุมชน (P)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สโมสรโรตารีแม่สาย (S)</li> </ul>

จากตารางในข้างต้น สรุปได้ว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก และมีอิทธิพลมากในการขับเคลื่อนประเด็น การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอมแม่สาย จังหวัดเชียงราย ประกอบไปด้วย 1) พขอ./สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอม เพราะเป็นผู้กำหนดแผนและเป้าหมายในการขับเคลื่อนการดำเนินการทางสาธารณสุข 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.) เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร 3) โรงพยาบาลแม่สาย และ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และ 5) โรงพยาบาล เกษมราษฎร์แม่สาย เนื่องจากเป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านการให้บริการทางการแพทย์ และสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร และเครือข่ายที่ทำงานอย่างเชื่อมต่อในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก แต่มีอิทธิพลน้อยในการดำเนินโครงการคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสนับสนุนสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลและประสานงานระหว่างหน่วยงานและประชาชนได้อย่างครอบคลุมในพื้นที่ 2) กระทรวงต่างประเทศ เป็นกลไกที่ประสานงานระหว่างประเทศ และดำเนินมาตรการควบคุมและป้องกันโรคในบริเวณเขตแดนของประเทศ 3) มูลนิธิกู้ชีพและกู้ภัย เป็นหน่วยงานตัวการที่ประสานรับส่งผู้ป่วยและจัดการศพในพื้นที่ แม้ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงแต่ถือว่าช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระหน่วยงานด้านสาธารณสุขได้มาก 4) โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง แม้ไม่ได้เป็นกลไกด้านสาธารณสุขโดยตรงในพื้นที่ ทว่าก็เป็นกลไกสำคัญแห่งเดียวที่ให้บริการด้านการกำจัดขยะติดเชื้อในพื้นที่ และ 5) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.) เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่ทำให้เกิดการดูแลผู้เดือดร้อนอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ยากไร้และผู้พิการ

กลุ่มที่มีความสำคัญน้อย มีอิทธิพลน้อย ได้แก่ 1) ผู้ประกอบการร้านอาหาร เป็นกลุ่มให้บริการด้านอาหารโดยเชื่อมประสานระหว่าง อสม. โรงพยาบาลและโรงแรม 2) ชมรมผู้สูงอายุแม่สาย 3) กลุ่มน้ำใจอำเภอมแม่สาย 4) กลุ่มสตรี และ 5) ปราชญ์ชุมชน เป็นกลุ่มภาคประชาชนที่เน้นส่งเสริมองค์ความรู้ในการพึ่งพาตนเอง และบางส่วนก็มีการสนับสนุนทรัพยากรให้แก่ผู้ที่เดือดร้อน

กลุ่มที่มีความสำคัญน้อย มีอิทธิพลมาก คือ 1) บริษัทท่อน้ำไทย 2) หอการค้าจังหวัดเชียงราย และ 3) สโมสรโรตารีแม่สาย กลุ่มนี้เป็นกลุ่มภาคเอกชนที่ให้การสนับสนุนทรัพยากรที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อน

งานด้านสาธารณสุขในอำเภอแม่สายมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งงบประมาณ ยานพาหนะ และอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

ดังนั้น เมื่อสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครง (Stakeholders Analysis) ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคระบาดโควิด-19 พขอ. แม่สาย จังหวัดเชียงราย สามารถจำแนกใน 3 กลุ่มสำคัญ ดังนี้

(1) **ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (Key stakeholders)** ได้แก่ 1) พขอ. /สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ 2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.) 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4) โรงพยาบาลแม่สาย และ 5) โรงพยาบาล เกษมราษฎร์แม่สาย

(2) **ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (Primary stakeholders)** ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) กระทรวงต่างประเทศ 3) มูลนิธิกุ๊ซิปและกุ๊ภัย 4) โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง 5) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.) 6) ชมรมผู้สูงอายุแม่สาย 7) กลุ่มสตรี และ 8) ประชาชนชุมชน

(3) **ผู้มีส่วนได้เสียรอง (Secondary stakeholders)** ได้แก่ 1) บริษัทท่อน้ำไทย 2) หอการค้าจังหวัดเชียงราย 3) สโมสรโรตารีแม่สาย 4) ผู้ประกอบการร้านอาหาร และ 5) กลุ่มน้ำใจอำเภอแม่สาย

#### ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping Outcomes)

จากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียโดยการจัดสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น ทศนคติที่มีต่อโครงการร่วมกัน แล้วหาข้อสรุปผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่ม โดยการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้า (Input) ผ่านกระบวนการกิจกรรม (Activities) ไปสู่ผลผลิต (Output) ที่มองเห็นได้ สามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะแสดงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงาน (Outcome/Impact) โดยในประเด็นการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พขอ. แม่สาย สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ในตารางดังต่อไปนี้



ตารางที่ 27: แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พขอ. แม่สาย จังหวัดเชียงราย

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
1.	พขอ.	1) รถยนต์ที่ใช้รับส่งผู้ป่วย ได้แก่ รถโรงพยาบาลและรถของทีมงานกู้ชีพกู้ภัยจำนวน 4 คัน 2) อุปกรณ์และเครื่องมือ อาทิ ชุด PPE อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่าง ๆ	ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเครือข่ายการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค ดูแลประชาชน เช่น บริการวัคซีนแก่ประชาชน ส่งเสริมมาตรการปรับตัวต่อร้านอาหาร และดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยป่วยติดเตียง และกลุ่มเปราะบาง		
2.	ก ร ะ ท ร ว ง ต่างประเทศ	เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์	สนับสนุนการส่งมอบเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ การดำเนินมาตรการเพื่อลดการลักลอบแรงงานเข้าสู่ประเทศไทย บริจาคเครื่องผลิตออกซิเจนให้กับ รพ. ทำซีเหล็ก ของประเทศพม่า เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อจากพม่าเข้ามา	ผู้ป่วยจากประเทศพม่าได้รับการรักษา	-จำนวนผู้ป่วยจากพม่าที่จะเข้ามาในประเทศลดลง -ลดจำนวนผู้ป่วยพม่าที่จะเข้ามารักษาในไทย -จำนวน OQ (Organizational Quarantine) ลดลง (ลักลอบเข้าประเทศลดลง)

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
3.	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	หลักสูตรสร้างความรู้เรื่องโควิดและความมั่นคงทางอาหารแก่ชุมชน	เน้นโครงการด้านอาหารให้ชุมชนสามารถพึ่งพิงตนเองได้ในช่วงการระบาดโควิด-19 โครงการปฏิบัติการ 90 วัน สร้างความมั่นคงทางอาหาร โครงการแปรรูปอาหารในชุมชน โครงการปลูกวันแม่เก็บวันพ่อ ส่งเสริมการปลูกสมุนไพร ส่งเสริมหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ผลิตผักปลอดสารพิษให้กับโรงพยาบาล		
4.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) (เทศบาล 4 อบต. 6)	ทรัพยากร ได้แก่ รถยนต์ เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ และงบประมาณ รวมถึงส่งเสริมความรู้แก่ชุมชน งบประมาณการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการโรคโควิด-19 (รวมค่าจ้างเจ้าหน้าที่) คาดว่าพื้นที่ละประมาณ 3-4 แสนบาท	การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ - ระยะเริ่มต้น สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นและงบประมาณ เช่น ถูยั้งชีพอาหาร - ระยะกลาง ดำเนินการร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการ	- พื้นที่สะอาด - ประชาชนมีความมั่นใจ	- ประชาชนได้รับถูยั้งชีพ - ประชาชนได้รับการเยียวยา

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			อำเภอ ร่วมกันจัดตั้ง HI และ CI - ระยะเวลา ๑ปท. ในแต่ละพื้นที่ที่มีโครงการสนับสนุนการสร้างอาชีพแก่ประชาชน นอกจากนี้ มีการประสานความร่วมมือกับทหาร วัด และภาคเอกชน รวมถึงประสานงานโรงพยาบาลเพื่อจัดการขยะติดเชื้อ		
5.	อสม.	ค่าเสียงภัยที่รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนจำนวน 500 บาท	สนับสนุนและประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข ๑ปท. รพ.สต. และชุมชน		
6.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)				-โปรแกรมขึ้นทะเบียนรถรับ-ส่งสินค้า ไทย-พม่า -สื่อที่มีหมายเลขประจำตัว scan เข้าโปรแกรม (หอการค้าสนับสนุน)

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
					-ระบบติดตาม achieve ในแอปพลิเคชันไลน์
	มูลนิธิกู้ชีพ กู้ภัย มี 4 แห่ง/ ทีม SCOT (Special COVID-19 Operation Team) ของรพ.	ได้รับความช่วยเหลือจาก คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด			
	อบต. (อบต. เกาะช้าง และ อบต.ศรีเมืองชุม)	เย็บ mask ซื้อ ALC gel แจกหัวเชื่อน้ำยาฆ่าเชื้อให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อแจกจ่าย ประชาชน			-ประชาชนมีความรู้ -เจ้าหน้าที่ มีความรู้ -ความปลอดภัย
	สสจ. (รับผิดชอบโดยกรมควบคุมโรค)				มี Dashboard
	รพ.สต. จำนวน 11 แห่ง		- จัดอบรมให้ความรู้พัฒนา อสม.		

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และให้บริการวัคซีน และตรวจ ATK เชียงรุก</li> <li>- สอบสวนโรค และส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา</li> </ul>		
	โรงพยาบาลแม่สาย		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยติดเชื้อ และบริการทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจโรค</li> <li>- ให้บริการ Cohort ward และตู้ RT-PCR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohort ward 60 เตียง</li> <li>- ตู้ RT-PCR/ตู้ swab 2 ตู้/ห้องเก็บตัวอย่างของ RT-PCR 1 ห้อง</li> <li>- ฝีกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</li> <li>- ห้อง negative pressure เพิ่ม 2 ห้อง</li> <li>- ไม่มี รพ.สนาม</li> <li>- Hospitel โรงแรมแกรนด์ปิยะพร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ผู้ป่วยที่มีผล ATK+RT-PCR positive เข้าสู่ระบบบริการ 100%</li> <li>-อัตราการตาย ร้อยละของผู้ติดเชื้อ</li> <li>-อัตราการรับวัคซีนกลุ่มปชช ทั่วไป และ กลุ่ม 608</li> <li>-อัตราการเสียชีวิตของ ปชช และกลุ่ม 608</li> <li>-ระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับบริการ (สีแดง)</li> <li>-จำนวนผู้ติดเชื้อแต่ละระลอก</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปี 63 ทรายเพลสเป็น LQ ปี 64 เปลี่ยนเป็น CI 80 เตี้ย</li> <li>- LQ โรงแรมแม่โขง เดลต้า บูทิก 70 เตี้ย</li> </ul> <p>LQ (มี 2 แห่ง รับผิดชอบโดย สสอ./รพ./อปท./ท้องถิ่น/ ท้องที่และปกครอง</p> <p>CI (ปี 64 มี 2 แห่ง รับผิดชอบ โดยรพ./รพ.สต./อปท.และ ปกครอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ทรายเพลส 70 เตี้ย</li> <li>● นางนอน ฮิลล์ ฮัก โยเต็ล 40+ ห้อง</li> </ul>	<p>-ประชาชนได้รับการตรวจ คัดกรอง ATK</p> <p>-ประชาชนมีความตระหนัก ในการตรวจคัดกรอง ATK</p>

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- วัคซีน รับผิดชอบโดย รพ./สสอ./รพ.สต./อสม./ปกครองและท้องถิ่น</li> <li>- ATK เชิงรุก/อบรม</li> <li>ประชาชนตรวจ Self ATK โดยท้องถิ่น/รพ./สสอ. และ รพ.สต.</li> <li>- RT-PCR โดย รพ.</li> <li>- HI รับผิดชอบโดย รพ./อปท./รพ.สต และอสม.</li> </ul>	
7.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (1816 คน)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณของศูนย์ CI และ HI</li> <li>- ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19</li> </ul>	- เบิกจ่ายงบประมาณของศูนย์ CI และ HI รวมถึงการสอบสวนโรคทำงานโดยร่วมกับโรงพยาบาล มีหน่วยการสื่อสารความเสี่ยง โดยรับข้อมูลจาก SAT และลงข้อมูล infographic ในเพจโรงพยาบาลและทางสาธารณสุขจะแชร์ข้อมูลต่อ		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนมีความมั่นคง</li> <li>- การจัดส่งยา Delivery</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		- สส.สนับสนุนเบี้ยประกันโควิด 500 บาทต่อคน ให้ อสม.ทุกคน			
8.	โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง	ขยะติดเชื้อจาก รพ.สต. โดยไม่มีค่าใช้จ่าย และขยะติดเชื้อจากภาคเอกชน โดยคิดกิโลกรัมละ 11 บาท	เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่อาจไม่ได้รับผิดชอบโดยตรงต่อพื้นที่ เป็นเสมือน hub จัดการขยะติดเชื้อโดยตรง โดยรับผิดชอบขยะจาก รพ.สต. และภาคเอกชน		
9.	บริษัทท่อน้ำไทย	รถยนต์มูลค่า 5 แสนกว่าบาท	สนับสนุนทรัพยากรในการขับเคลื่อน เช่น รถยนต์ 1 คันมูลค่า 5 แสนกว่าบาท ให้แก่ รพ.สต.แม่สาย เพื่อช่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วย		
10.	หอการค้าจังหวัดเชียงราย	งบประมาณ?และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น	ภาคเอกชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบการที่นำเข้าและส่งสินค้าระหว่างประเทศ จะช่วยสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น		
11.	สโมสรโรตารีแม่สาย	- งบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และ	การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ		



ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		<p>อาหาร ได้แก่ ชุดตรวจ ATK/ ชุด PPE /เครื่องผลิตออกซิเจน และ เครื่องกระตุ้นหัวใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริจาคตู้อะคลิลิค ป้องกันเชื้อ มูลค่า ประมาณ 3-4 หมื่นบาท</li> <li>- บริจาคกระเป๋าทางการแพทย์เพื่อลงพื้นที่ ประมาณ 7 หมื่นกว่าบาท</li> </ul> <p>(กระเป๋าปฐมพยาบาล ให้ อสม. หมู่บ้านละ 2 ชุด จำนวน 80 ชุด ชุดละ 2000+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาหาร</li> </ul>	<p>การสนับสนุนองค์กรต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นงานสาธารณสุข ทั้งด้านงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์และอาหาร</p>		

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
12.	โรงพยาบาล เกษม ราษฎร์แม่สาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยโรคโควิด-19</li> <li>- วัคซีน</li> <li>- อุปกรณ์ทางการแพทย์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่หนักมากนัก เน้นผู้ป่วยระบบประกันสังคม และประกันชีวิตต่าง ๆ</li> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงาน และ ส่งตัวผู้ป่วยหนักไปยังโรงพยาบาลอื่น</li> <li>- บริการการตรวจคัดกรอง และการฉีดวัคซีนให้ภาคเอกชน</li> <li>- เปิดหอผู้ป่วยรวม (cohort ward)</li> </ul>		
13.	โรงพยาบาล (ดร.กิติ - ไม่ทราบสังกัด)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยนอกฝั่งพม่าเป็นหลัก</li> </ul>	<p>การรับผู้ป่วยเข้ามาดูแลรักษาและติดตามอาการ โดยทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) กระจายเพื่อดูแลศูนย์ CI และ HI ประมาณ 3 แห่ง และศูนย์ฉีดวัคซีน</p>		

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณจากภาครัฐ ประมาณ 20 กว่าล้านบาท</li> <li>- ค่าอยู่เวรสำหรับบุคลากร จำนวน 1,000 บาท</li> </ul>	1 แห่ง การตรวจเยี่ยมบ้าน 1 แห่ง และประจำจุดอื่น ๆ อีก 3 จุด อีกทั้งมีการทำงานล่วงเวลา (OT) ประมาณ 8-12 เวรต่อเดือน		
14.	ผู้ประกอบการร้านอาหาร (ดำเนินการตามมาตรการของรัฐ จำนวนผู้ประกอบการ)	งบประมาณมาจากโรงพยาบาล คิดเป็นมื้อละ 50 บาท (หรือ 50 บาท ต่อ 3 มื้อ ไม่นับใจข้อมูล)	ทำอาหารส่งทั้งโรงพยาบาลในแต่ละหมู่บ้านและโรงแรมนางนอน ฮิลล์ ซึ่งเป็นที่กักตัว โดยประสานงานกับ อสม.ของแต่ละหมู่บ้านให้เข้ามารับ		
15.	ชมรมผู้สูงอายุแม่สาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เก็บค่าบำรุงสมาชิก 6-10 บาทต่อรายต่อปี</li> <li>- งบประมาณมาจาก สสส. และกรมกิจการผู้สูงอายุ ประมาณแหล่งละ 4 หมื่นกว่าบาท</li> </ul>	แบ่งเป็น 4 มิติ คือ 1. มิติสุขภาพ 2. มิติสังคม 3. มิติสิ่งแวดล้อม 4. มิติด้านไอที เป็นศูนย์การเรียนรู้อันดับหนึ่งของภาคเหนือ ขณะนี้กำลังดำเนินการ		

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			สร้างศูนย์ฟื้นฟูทั้งผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป ที่ตำบลศรีเมืองชุม		
16.	กลุ่มน้ำใจอาเภอแม่สาย (คหบดีในแม่สาย)	การบริจาคเงิน อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอาหาร คิดเป็นงบประมาณรวมราว 2 แสนบาท	มีแนวคิดที่ต้องการช่วยเหลือบ้านเกิด จึงมีการบริจาคทั้งเวชภัณฑ์ ชุดตรวจโรค ข้าวสารอาหารแห้ง	- หน้ากากอนามัย/ เจลแอลกอฮอล์/ อาหาร /ชุด CPE / ออกซิเจน sat/ATK และปรอทวัดไข้	กลุ่มผู้ติดเชื้อ/บุคลากร ได้รับการช่วยเหลือ
17.	กลุ่มสตรี	เงินอุดหนุนจากกระทรวง พม. แจกเมล็ดพันธุ์พืช และต้นกล้า ให้ผลผลิตทางการเกษตร	- ดำเนินโครงการ “ปลูกวันแม่ เก็บวันพ่อ” เป็นการส่งเสริม การปลูกพืชหลายใจรให้กับ ชุมชน และส่งเสริมให้ชุมชน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีปราชญ์ชาวบ้านเป็น หลักร่วมกับกระทรวงพม. - ดำเนินโครงการให้ความรู้ และส่งเสริมบทบาทสตรี	ครัวเรือนมีต้นกล้า และ อาหาร	ประชาชนมีความมั่นคง ด้านอาหาร
18.	ปราชญ์ชุมชน	ความรู้ด้านการเกษตร บริจาคข้าว	ส่งเสริมความรู้ด้านการเกษตร ให้แก่ ชุมชนและเกษตรกรในชุมชนได้รับ	ครอบครัวที่ติดเชื้อได้รับข้าว	ความมั่นคงทางด้านอาหาร

ลำดับ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			ผลกระทบจากราคาผลผลิตตกต่ำ และ ปริมาณการขายลดลง ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้		

### ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประมาณการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and the availability)

สำหรับขั้นตอนที่สาม ในการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยใช้ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน (Theory of Change) ที่เข้าร่วมการขับเคลื่อนการดำเนินการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยหลังจากที่ได้ “แผนที่ผลลัพธ์” เพื่อทำความเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เป็นผลจากกิจกรรมในการดำเนินโครงการ ในขั้นตอนนี้คือ การทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการวัดผลลัพธ์ทางสังคม พชอ. แม่สาย สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ได้ดังนี้

ตารางที่ 28 แผนที่ผลลัพธ์ พขอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
1. พขอ. / พชต. 2.อปท. (ผู้ใหญ่บ้าน/ เทศบาล/ อบต./สจ.) 3.โรงพยาบาล 4.รพ.สต. 5.เกษตรอำเภอ 6.โรงเรียน และ กศน. 7. ประชาชน 8. พัฒนาชุมชน	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีและผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)	- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละเอียด 28,940 บาทต่อราย
	- อัตราผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนลดลง - อัตราการตายต่ำ - อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิดเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมด	- ระยะเวลาในการรักษาลดลง ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ	- ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยการแปลงค่าเป็นเงินคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำรายเดือนในพื้นที่อำเภอแม่สายที่ 332 บาท (ข้อมูลอัตราค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดเชียงราย ณ ปี 2564)

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
	- อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น		
	- อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอแม่สาย	- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอแม่สาย โดยคิดจาก 11.57% ของ GPP รวมจังหวัดเชียงรายในปีฐาน 2562

#### ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact)

เพื่อให้การประเมินผลตอบแทนทางสังคมในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความเที่ยงตรง โดยเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการของคณะกรรมการ พชอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในขั้นตอนที่ 4 ก่อนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution)
- ผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจเกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่มีโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ไม่มีหน่วยงานมาขับเคลื่อน ผลลัพธ์ก็จะมีทิศทางที่ดีขึ้น อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียดำเนินการเอง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้นเอื้อประโยชน์

จากขั้นตอนที่ 3 ในการทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการ โดยจากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปความคิดเห็นร่วมกันของผู้มีส่วนได้เสียในรูปอัตราร้อยละของการให้ค่าน้ำหนัก การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) ที่เกิดจากการดำเนินงานว่าถึงแม้ไม่มีโครงการนี้ก็เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว และอัตราร้อยละของปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) แล้วร่วมกันเลือกตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความเชื่อมโยงของพันธกิจและบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปของตัวเงินได้ โดยสามารถสรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ดังนี้

ตารางที่ 29 ตารางการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พชอ.แม่สาย

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย โดยอำเภอแม่สาย มีจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 จำนวน 5,299	-	153,353,060	10	138,017,754	138,017,754



ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
	2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)	ราย คิดเป็น 5,299*28,940 = 153,353,060 บาท					
อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ	ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ คิดจากจำนวนอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)	-	51,931,440	10	46,738,296	46,738,296

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
		โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกในประเทศไทย ดังนั้น อัตราการหายป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 คิดเป็น 5,214 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยที่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติในรายปี โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอแม่สายที่ 332 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า 5,214 *332*30 = 51,931,440 บาท					
ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมใน		-มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอแม่สาย โดยคิดจาก 11.57% ของ GPP รวมจังหวัดเชียงรายในปีฐาน	60	5,258,842,680	50	2,629,421,340	2,629,421,340

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
พื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้ เร็วขึ้น		2562 คิดเป็น 13,147,106,700 บาท					
							2,814,177,390

จากตารางที่ 28 แสดงถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และผลการคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบส่วนเกิน และผลลัพธ์บางส่วนที่อาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1) ผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ร้อยละ 100 โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย (แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ โดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) จึงอยู่ที่ 138,017,754 บาท

## 2) ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณจากจำนวนอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศที่ต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็น

บวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการหายป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 โดยในพื้นที่อำเภอแม่สาย คิดเป็น 5,214 ราย จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด 5,299 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยในระหว่างการรักษา โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอแม่สายที่ 332 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า 51,931,440 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่มีอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้นโดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) จึงอยู่ที่ 46,738,296 บาท

### **3) ผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น**

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น โดยมีการดำเนินการกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในภาวะปกติได้ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณมูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอแม่สายโดยคิดจากร้อยละ 11.57 ของ GPP รวมจังหวัดเชียงรายในปีฐาน (ปีพ.ศ.2562) คิดเป็น 13,147,106,700 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าในการพิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมกลับสู่ภาวะปกติได้นั้น ส่วนหนึ่ง มาจากการปรับตัวของภาคเอกชน และประชาชน

ในการรับมือกับสถานะเศรษฐกิจในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานด้านเศรษฐกิจที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 60 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 50 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ตลอดจนการดำเนินการในการฉีดวัคซีน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 จึงอยู่ที่ 2,629,421,340 บาท

## ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยการพิจารณาจากงบประมาณที่ใช้ในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 และผลตอบแทนโครงการที่เกิดขึ้นในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3 ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

### ผลการวิเคราะห์ต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลแม่สาย (ขนาด 120 เตียง)

ต้นทุนของโรงพยาบาลแม่สาย(ขนาด 120 เตียง) จำแนกเป็น ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ดังแสดงในตาราง

#### 1. ต้นทุนค่าแรง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนค่าลงทุน โรงพยาบาลแม่สาย ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าแรง

ลำดับ	ต้นทุนค่าแรง		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	เงินเดือนข้าราชการ ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว เงินเดือนพนักงานราชการ เงินประจำตำแหน่ง เงินตอบแทนฯ เต็มขั้น ค่าครองชีพข้าราชการ ค่าครองชีพลูกจ้างประจำ ค่าครองชีพพนักงานราชการ เงิน พตส. ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาและวันหยุดราชการ เงินค่าตอบแทนพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว	275,709,513.80	268,960,923.30

	เงินสมทบประกันสังคม ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าใช้จ่ายไปราชการ ค่ารักษาพยาบาล เงินช่วยการศึกษาบุตร		
2	ค่าเสี่ยงภัยบุคลากร (เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับโควิด 19)	118,000.00	10,251,906.00
3	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด จำแนกตามหมวด ได้แก่ 01 ค่าห้องค่าอาหาร 06 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต 07 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา 08 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา 09 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ 11 ค่าทำหัตถการ และวิสัญญี 12 ค่าบริการทางพยาบาล 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โดยตรง	134,335	115,958,479.00
4	ค่าเวรในการปฏิบัติหน้าที่	37,800	3,153,000.00
5	ค่าใช้จ่ายการคัดกรองโควิด 19 ได้แก่ การตรวจ ATK /RT-PCR/Anti-Body	0	2,564,100.00
	<b>รวม</b>	275,999,648.80	400,888,408.30

## 2. ต้นทุนค่าวัสดุ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนค่าวัสดุ โรงพยาบาลแม่สาย ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าวัสดุ

ลำดับ	ต้นทุนค่าวัสดุ		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการ บำบัดรักษาโรค	-	43,572,120.00
2	ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	309.50	775,035.00



3	ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	-	2,036.00
4	ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	1,480.00	2,434,580.00
5	ค่ายานอภินิหารหลักแห่งชาติ	-	21,199,873.50
	รวม	1,789.50	67,983,644.50

### 3. ต้นทุนค่าลงทุน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนค่าลงทุน โรงพยาบาลแม่สาย ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าลงทุน

ลำดับ	ต้นทุนค่าลงทุน		
	ประเภท	ค่าลงทุน ปี 2563 จำนวน(บาท)	ค่าลงทุน ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	การจัดเตรียมสถานที่ทางกายภาพในการบริการผู้ป่วยโควิด		500,000.00
	รวม	-	500,000.00

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลแม่สาย

รวมต้นทุนทางตรง			
ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)	รวม ปี 2563 และ ปี 2564
ต้นทุนค่าแรง	275,999,648.80	400,888,408.30	676,888,057.10

ต้นทุนค่าวัสดุ	1789.5	67,983,644.50	67,985,434.00
ต้นทุนค่าลงทุน		500,000.00	500,000.00
รวม	276,001,438.30	469,372,052.80	745,373,491.10

จากตารางที่ 4 พบว่า ต้นทุนค่าแรง มีค่ารวมเท่ากับ 676,888,057.10 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 67,985,434.00 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 500,000.00 บาท ดังนั้นต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลแม่สาย ในปี 2563 และ 2564 มีค่าเท่ากับ 745,373,491.10 บาท

ตารางที่ 30 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและความคุ้มครองโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พขอ.แม่สาย

ปี	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการป้องกันและความคุ้มครองโรคติดเชื้อโควิด 19						ค่าใช้จ่ายรวม
	พขอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย						
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.)	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ	โรงพยาบาลรัฐ	องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น			
อบต.เกาะช้าง				เทศบาลตำบลแม่สาย	เทศบาลศรีเมืองชุม		
2563	1,890,660	263,890	276,001,438	0	380,484.12	42600	278,579,072
2564	1,986,034	303,806	469,372,053	194,140.00	60,360.00	56,610	471,973,003
<b>รวม</b>							<b>750,552,075</b>

ตารางที่ 31 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย)

ปีที่	ต้นทุนรวมของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้	อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	ผลตอบแทนรวม	
1/2563	278,579,072	-	-	-	-	-278,579,072.42
2/2564	471,973,003	138,017,754	46,738,296	2,629,421,340	2,814,177,390	2,342,204,387.20
<b>รวม</b>	<b>750,552,075</b>	138,017,754	46,738,296	2,629,421,340	2,814,177,390	2,063,625,314.78

ตารางที่ 32 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พขอ.แม่สาย ในปี 2563-2564

โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3

ปีที่	ต้นทุนรวมของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ	Discount Factor 3%	NPV	PV of Cost	PV of Benefit	BC Ratio
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	ผลตอบแทนรวม						
1/2563	278,579,072.42	-	-	-	-	-278,579,072.42	0.971	(270,500,279.32)	270,500,279.32		
2/2564	471,973,002.80	138,017,754	46,738,296	2,629,421,340	2,814,177,390	2,342,204,387.20	0.943	2,208,698,737.13	445,070,541.64	2,653,769,278.77	5.96
<b>รวม</b>	750,552,075.22	138,017,754	46,738,296	2,629,421,340	2,814,177,390	2,063,625,314.78		1,938,198,457.81	715,570,820.96	2,653,769,278.77	5.96

ตารางที่ 31 แสดงถึงการคำนวณการหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) และต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 เป็นงบประมาณทั้งสิ้น 750,552,075 บาท

โดยมีผลผลตอบแทนโครงการหลังหักค่า Dead Weight และ Attribution โดยพิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น คิดเป็นผลตอบแทนรวมในช่วงปี 2563-2564 อยู่ที่ 2,814,177,390 บาท และมีรายได้สุทธิจากการดำเนินโครงการอยู่ที่ 2,063,625,314.78 บาท

การคำนวณหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 1,528,584,691 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 5.96 เท่า ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยเปรียบเทียบระหว่างมูลค่าปัจจุบันสุทธิกับมูลค่างบประมาณที่ใช้ไป พบว่า งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พชอ.แม่สาย จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.58 บาท

ตารางที่ 33 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำนวยการแม่สาย

1. มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) (ปี 63-64)	1,938,198,457.81	
2. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64)	5.96	
3. อัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64)	2.58 เท่า (ทุก 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำนวยการแม่สาย จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.58 บาท)	
4. ประโยชน์ผู้มีส่วนได้เสีย/ปี		
- พขอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. ผู้ป่วย/ญาติ	138,017,754	4.91
- ผู้ป่วย/ญาติ	46,738,296	1.66
- ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะภาคบริการ การท่องเที่ยว และการค้าชายแดน)	2,629,421,340	93.43
รวม	2,814,177,390	100

จากการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำนวยการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) แม่สาย พบว่ามีมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ปี 2563-2564 อยู่ที่ 1,938,198,457.81 บาท การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64) อยู่ที่ 5.96 เท่า และอัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64) อยู่ที่ 2.58 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำนวยการแม่สายจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.58 บาท โดยผู้ได้รับประโยชน์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

ประกอบไปด้วย (1) พขอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. และอปท. ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 138,017,754 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 4.91 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม (2) ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 46,738,296 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.66 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม และ (3) ภาคเกษตรกรรม ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะภาคบริการ การท่องเที่ยว และการค้าชายแดน) ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 2,629,421,340 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 93.43 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม จะเห็นได้ว่าผลของการดำเนินงานในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพขอ. จะสร้างผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ทางสังคมกับภาคประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมในอัตราร้อยละ 93.43 ของมูลค่าผลตอบแทนรวมทั้งหมด



## บทที่ 6

### ผลการศึกษารับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

#### 6.1 ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

##### 6.1.1 ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

###### ข้อมูลทั่วไป

อำเภอเมืองขอนแก่น เป็นอำเภอศูนย์กลางการปกครอง การคมนาคม การศึกษา การแพทย์ อุตสาหกรรม และเศรษฐกิจของจังหวัดขอนแก่น เป็นที่ตั้งของศูนย์ราชการ และเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดในจังหวัด มีพื้นที่ทั้งหมด 953.4 ตร.กม. (368.1 ตร.ไมล์) มีประชากร ทั้งหมด 415,429 คน และมีความหนาแน่น 435.73 คน/ตร.กม. (1,128.5 คน/ตร.ไมล์) มีครัวเรือนจำนวน 199,990 ครัวเรือน ประชากรมีรายได้เฉลี่ย 68,674 บาทต่อคนต่อปี (ข้อมูล พ.ศ. 2563) และมีการแบ่งเขตการปกครองย่อย ออกเป็น 18 ตำบล 267 หมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกเป็น 19 แห่ง

###### หน่วยงานและสถานบริการด้านสาธารณสุขของเมืองขอนแก่น

เมืองขอนแก่นมีหน่วยงานและสถานบริการด้านสาธารณสุขของเมืองขอนแก่น ได้แก่

- โรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น (โรงพยาบาลศูนย์) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร โรงพยาบาลเวชประสิทธิ์ โรงพยาบาลโมกุล โรงพยาบาลหาญอาสา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่นราม โรงพยาบาลราชพฤกษ์ แห่งที่ 2 โรงพยาบาลกรุงเทพฯ ขอนแก่น
- ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จำนวน 5 แห่ง
- หน่วย PCU/ศูนย์แพทย์/ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 10 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 25 แห่ง

## 6.1.2 ข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองขอนแก่น

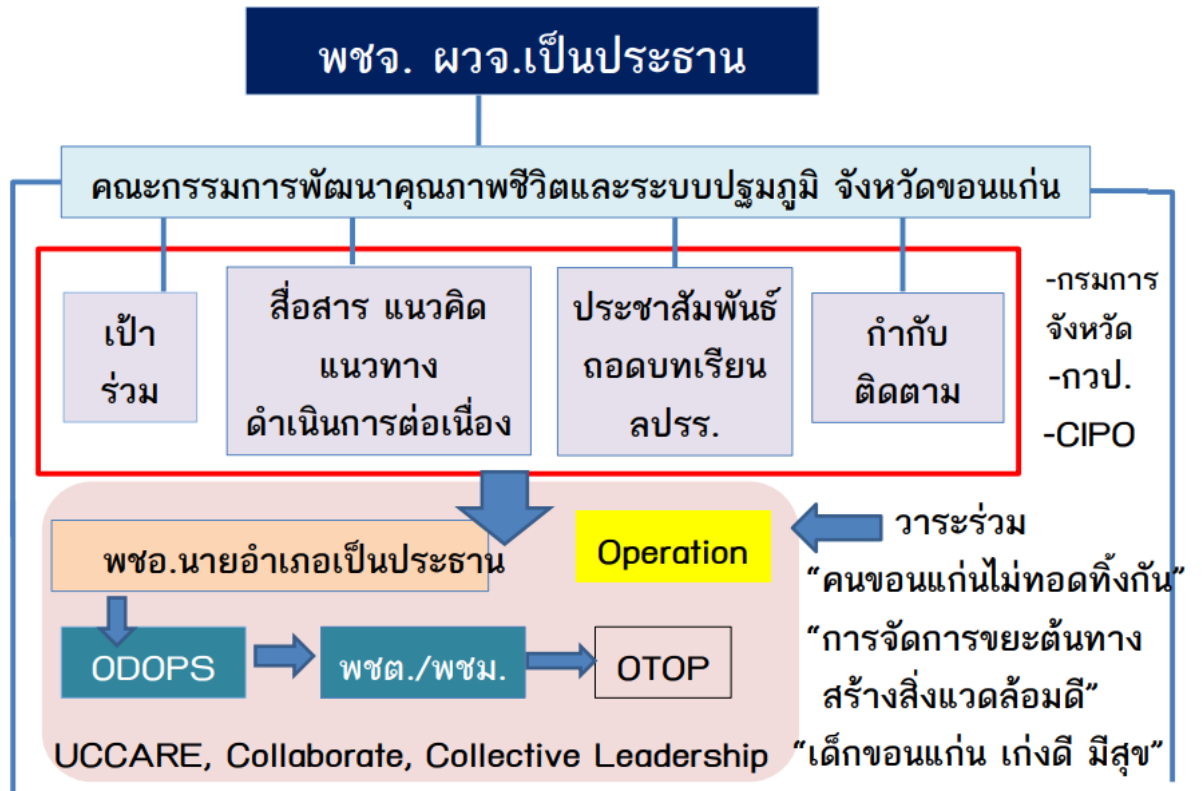
### จังหวัดขอนแก่น

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เมืองขอนแก่นได้กำหนดวาระเร่งด่วนจำนวนที่ 4 ประเด็น คือ ประเด็นขอนแก่นคนเมืองไม่ทิ้งกัน ประเด็นพัฒนาการเด็ก ประเด็นขยะ และประเด็นอุบัติเหตุ เป็นต้น จนกระทั่งต่อมาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 มีแนวโน้มความรุนแรงมากขึ้น จึงได้มีการดำเนินการบริหารจัดการโดยใช้กลไกตามรูปแบบของพชอ. พชต. และพชม. ผ่านการประสานความร่วมมือการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ให้การสนับสนุนเครื่องมือ และบุคลากร โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกันคือ ลดจำนวนผู้ติดเชื้อในพื้นที่ สร้างความปลอดภัยแก่ประชาชนผ่านการให้ความรู้การป้องกันโควิด 19

อย่างไรก็ตามพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น นับได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายของผู้คน เนื่องจากเป็นเมืองศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงต้องพบเจอกับปัญหาที่เกิดจากการกักตัวของคนเป็นจำนวนมาก เช่น ปัญหาฝิ่น้อย และแรงงานต่างด้าว เป็นต้น จึงจำเป็นต้องใช้กลไกพชอ. ในการกำกับดูแลประชาชนในพื้นที่ ภายใต้การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน โดยใช้หลักการขับเคลื่อน UCCARE ประกอบด้วย การทำงานเป็นทีม (Unity team) การให้ความสำคัญต่อกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Resource sharing and human development) และการดูแลกลุ่มเปราะบางและประชาชน (Essential care)

ดังนั้นกิจกรรมการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาและดูแลประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากเป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง

# กลไกขับเคลื่อน พชอ.จังหวัดขอนแก่น



ภาพที่ 10 กลไกการขับเคลื่อนพชอ.จังหวัดขอนแก่น

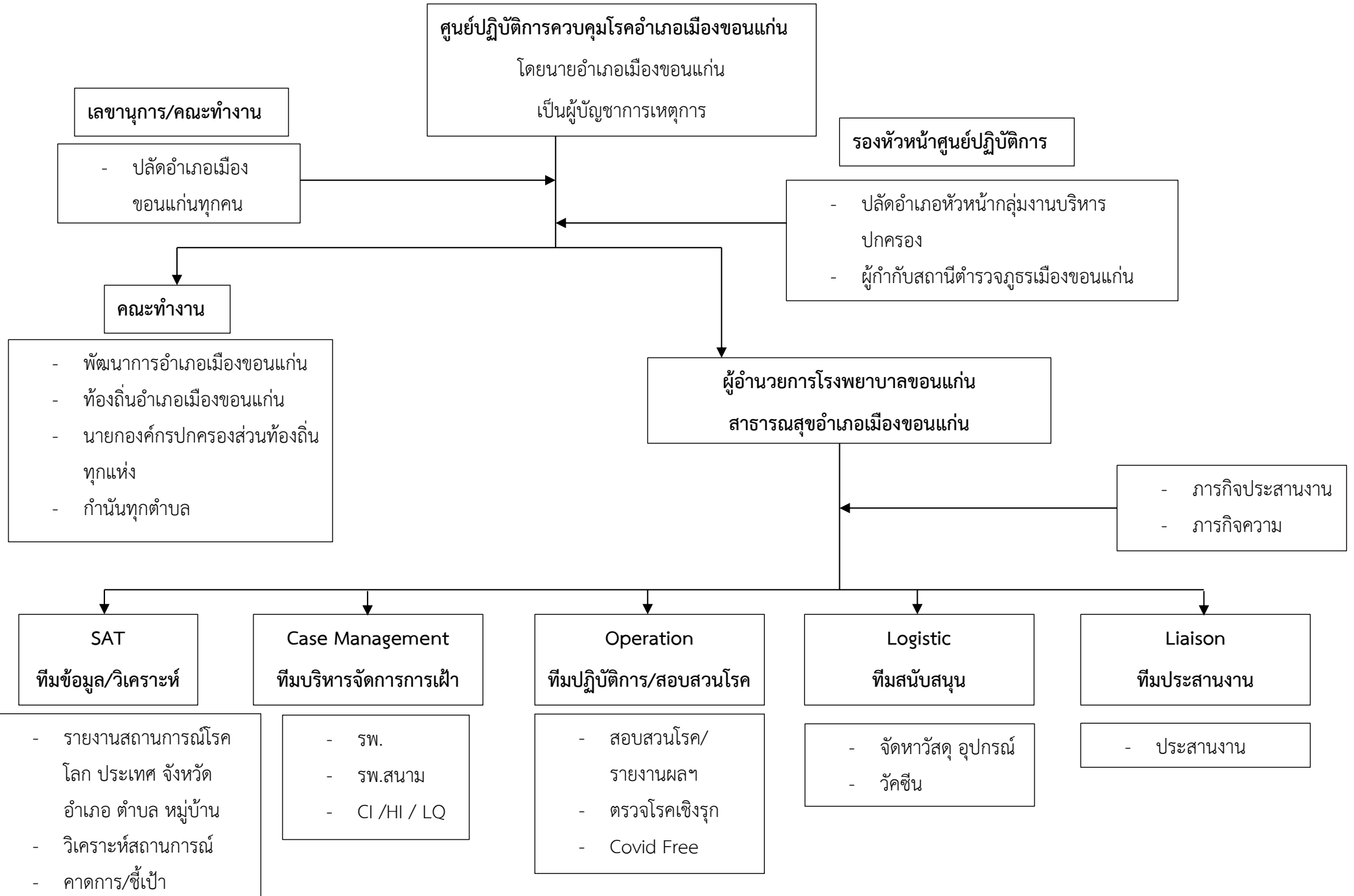
### 6.1.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

พบว่าในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม ตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2563 - 2564 จำนวน 9,056 ราย โดยได้ตรวจพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ครั้งแรก เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563 โดยเป็นกลุ่มคลัสเตอร์จากการแข่งขันมวยที่สนามมวยลุมพินีสำหรับการระบาดในระลอกเดือนเมษายน 2564 เป็นการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการกลายพันธุ์ โดยสายพันธุ์ที่ตรวจพบส่วนใหญ่คือ สายพันธุ์อัลฟา และสายพันธุ์เดลต้า ซึ่งติดเชื้อง่าย และหลบภูมิคุ้มกันจากวัคซีนได้ดี ทำให้เกิดการแพร่ระบาดไปในวงกว้างและมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้น ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงออกคำสั่งที่ 11/2564 ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2564 ในการกำหนดเขตพื้นที่ สถานการณ์เพื่อการบังคับใช้มาตรการควบคุมแบบบูรณาการ โดยจำแนกตามเขตพื้นที่ เป็น 3 ระดับ คือ พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด (สีแดงเข้ม) จำนวน 29 จังหวัด พื้นที่ควบคุมสูงสุด (สีแดง) จำนวน 37 จังหวัด และพื้นที่ควบคุม (สีส้ม) จำนวน 11 จังหวัด โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 3 สิงหาคม 2564 เป็นต้นไป (สำนักงานสถิติจังหวัดขอนแก่น, 2564) ซึ่งจังหวัดขอนแก่น ถูกจัดอยู่ในพื้นที่กลุ่มสีแดง เนื่องจากพบจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในอัตราที่สูงและกระจายตัวออกไปในหลาย พื้นที่อย่างรวดเร็วจากการเคลื่อนย้ายของบุคคล และพบการติดเชื้อแบบกลุ่มก้อน (Cluster) และพื้นที่ที่มีความแออัดเป็นการแพร่เชื้อในครอบครัวและชุมชน

### 6.1.4 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหลายภาคส่วนในการดูแลประชาชน ตลอดจนการดูแลป้องกันและรักษาโรคโควิด-19 โดยมีรายละเอียดโครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ดังนี้

ผังโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น



### 6.1.5 แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการทำงานร่วมกันทั้งการกำหนดยุทธศาสตร์ และมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมาตรการป้องกันและดูแลบุคลากรในหน่วยงาน การประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องแก่ประชาชน

- สร้างการรับรู้ และการหลีกเลี่ยงจากกลุ่มเสี่ยง และกักตัวที่บ้านหากไปพบกลุ่มเสี่ยง โดยประสานงานให้อสม.และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสร้างความรู้และดูแล และอสม.ก็จะมีกรรายงานตามระบบสาธารณสุข รวมถึงคณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอมีการซักซ้อมความเข้าใจระดับอำเภอ และนำความรู้มาซักซ้อมความเข้าใจในระดับตำบล มีการประชุมตามตำบลต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจตรงกัน และปฏิบัติในทางเดียวกัน ไม่มีการแบ่งแย่งพื้นที่ปละกลุ่มประชาชน ทุกหน่วยงานมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบต่อประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน โดยการขับเคลื่อนโดยทีมตำบล หลังจากนั้นจึงไปขับเคลื่อนทีมหมู่บ้านต่อ
- มีการประชุมผ่าน Zoom Cloud Meeting ทุกวัน เพื่อขับเคลื่อนไปเป้าหมายและขั้นตอนการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการติดตามผลเป็นระยะ ในช่วงที่การระบาดหนักจะมีการประเมินผลทุกสัปดาห์ และวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์อยู่เสมอ
- จุดสำคัญคือทุกหน่วยจะมุ่งไปยังประชาชนเป็นหลัก มีการแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยการประสานงานส่งไปรักษา รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มตั้งครรภ์ เบื้องต้นต้องส่ง PCR เพื่อยืนยัน หากไม่มีอาการจะนับเป็นกลุ่มสีเขียว ในกักตัวที่บ้านเป็นหลัก
- การวางแผนเรื่องวัคซีน ช่วงแรกทางกระทรวงสาธารณสุขมีการรณรงค์การฉีดวัคซีน หลังจากนั้นกระทรวงมหาดไทยมีการออกคำสั่งเป็นหน่วยงานสนับสนุน ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่ม 608 มีการจัดทีมงานแบ่งการดูแลตามหมู่บ้าน

## 6.2 การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

### ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders)

ในขั้นตอนแรกของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมต่อการดำเนินงานการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (key stakeholders) จำเป็นต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Stakeholders Analysis) กลุ่มสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่

- (1) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (primary stakeholders)

(2) ผู้มีส่วนได้เสียรอง (secondary stakeholders)

โดยคำนึงถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจาก 2 ประเด็นหลัก คือ

(1) ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(2) การมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

โดยในการรับมือสถานการณ์โควิด-19 พขอ. อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 7 กลุ่ม ได้แก่ ดังตาราง

ตารางที่ 34 ผู้มีส่วนได้เสียได้กับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และบทบาทที่เกี่ยวข้องของแต่ละกลุ่ม

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)/ระดับอำเภอ (พขอ.)/ระดับหมู่บ้าน (พชม.)	หน่วยงานสนับสนุนการขับเคลื่อนป้องกันและควบคุมโรคประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และการรับส่งผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานบริการด้านสาธารณสุข
2	โรงพยาบาลและหน่วยบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลศูนย์</li> <li>- ร ๑ ง พ ย า บ า ล ขอนแก่น 2</li> <li>- ร ๑ ง พ ย า บ า ล ศรีนครินทร์</li> <li>- ศูนย์การแพทย์ (2 แห่ง)</li> <li>- หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU (4 แห่ง)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานสนับสนุนที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การรักษา ตรวจคัดกรอง การฉีดวัคซีนโควิด และดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค</li> <li>- สนับสนุนหน่วยบริการในพื้นที่ เช่น วัสดุ อุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ รวมถึงสนับสนุนอาหารและจัดการเรื่องค่าตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่</li> <li>- ประสานงานกับเครือข่ายในการรับส่งต่อคนไข้จากโรงพยาบาลภายในและนอกจังหวัด</li> </ul>
3	ศูนย์อนามัยที่ 7	ให้บริการด้านสาธารณสุข และสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงให้การดูแลและติดตามโรคสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เข้ารับบริการ รวมถึงประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจต่อชุมชน
4	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/เทศบาลนคร/เทศบาลตำบล)	หน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือ และดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ รวมถึงสนับสนุนอุปกรณ์ทาง

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
		การแพทย์ และจัดสถานที่ในการกักกันควบคุมโรค ตลอดจนสร้างความรู้และความเข้าใจแก่ประชาชน
5	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/นักการเมืองท้องถิ่น)	ประสานงานกับเครือข่ายทางการแพทย์ในการรับส่งผู้ป่วย และช่วยประสานงานให้แก่กลุ่มที่เข้าถึงการรักษาได้ยาก ดูแลกลุ่ม HI รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรให้แก่ครัวเรือนที่ติดเชื้อ
6	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	หน่วยงานสนับสนุนดำเนินการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ชุมชน และประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับอำเภอ
7	สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ	หน่วยงานหลักในการควบคุม ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านการจัดการโควิด การประชาสัมพันธ์ รณรงค์ การให้ความรู้ รวมถึงดูแลผู้ป่วยและประสานงานกับ รพ.สต.

โดยบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละกลุ่ม สามารถสรุปดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 35: การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)/ระดับอำเภอ (พชอ.)/ระดับหมู่บ้าน (พชม.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนการขับเคลื่อนป้องกันและควบคุมโรคของหน่วยงานและประชาชนในพื้นที่</li> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเครือข่าย</li> <li>- การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะกลไกหลักในการสื่อสารและประสานงานแก่หน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ให้สามารถเข้าถึงผู้ประชาชนและกลุ่มเดือดร้อนทุกกลุ่มในพื้นที่
2	โรงพยาบาลและหน่วยบริการด้านสาธารณสุขได้แก่	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้ง Cohort ward ที่โรงพยาบาลหลายแห่ง อาทิ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อน และดำเนินงานที่



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)</li> <li>- โรงพยาบาลขอนแก่น 2</li> <li>- โรงพยาบาลศรีนครินทร์</li> <li>- ศูนย์การแพทย์ (2 แห่ง)</li> <li>- หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU (4 แห่ง)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>โรงพยาบาลศรีนครินทร์</li> <li>โรงพยาบาลเอกชน</li> <li>โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร โรงพยาบาลราชพฤกษ์ และโรงพยาบาลกรุงเทพ</li> <li>- สนับสนุนทรัพยากรทั้งงบประมาณ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ อาหาร</li> <li>- ดำเนินมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งการรักษา ตรวจจับคัดกรอง ควบคุม ฝ้าระวังและควบคุมโรค</li> <li>- การจัดทำตั้ง Hospital/Hi/CI/LQ</li> <li>- การให้ความรู้ผ่านการอบรมเจ้าหน้าที่ และให้ความรู้ประชาชนผ่านการประชาสัมพันธ์</li> <li>- การจัดการขยะติดเชื้อ</li> </ul>	<p>เกี่ยวข้องกับกับการรักษา ดูแล ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยตรง</p>
3	ศูนย์อนามัยที่ 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลผู้ป่วยและติดเชื้อจากโรงพยาบาลสนาม/ Cohort ward/ Hospital/Hi/CI/LQ</li> <li>- ให้บริการการฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรอง และการจัดอบรมให้ความรู้</li> </ul>	<p>ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อน และดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกับการรักษา ดูแล ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 โดยตรง</p>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
4	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/เทศบาลนคร/เทศบาลตำบล)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการขยะติดเชื้อ</li> <li>- ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ชุมชน รวมถึงบริการประชาชน เช่น การอบรม การรณรงค์ การตั้งด่าน การพ่นฆ่าเชื้อ</li> <li>- ประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ ทั้งการประเมินอาหาร ช่วยตรวจคัดกรองเบื้องต้น</li> <li>- ช่วยเหลือและดูแลประชาชนในพื้นที่ เช่น การแจกอุปกรณ์ป้องกันโรค วัคซีน</li> <li>- จัดทำธรรมนูญเพื่อให้เกิดกติกาสังคมตามนโยบายของจังหวัดร่วมกับท้องที่/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน (เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งดเหล้า การจัดการในช่วงโควิด)</li> <li>- การจัดตั้งศูนย์พักคอย (โรงแรมและรีสอร์ท) ศูนย์พักพิง (หมู่บ้าน) โรงพยาบาลสนาม Hospital CI HI</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากการบริหารจัดการของ อปท. เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนภารกิจด้านการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ และเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม รวมถึงเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ พชอ. โดยตรงไม่ว่าจะเป็นบุคลากร ข้อมูล ทรัพยากรทางการแพทย์ สิ่งอุปโภคและบริโภค ยานพาหนะในการรับส่งผู้ป่วย รวมทั้งงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ
5	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน / นักการเมืองท้องถิ่น)	<p>การกำกับควบคุม ป้องกัน ไม่ให้เกิดโรคในตำบล เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับส่งผู้ป่วย การประสานงานผู้ป่วยในพื้นที่เข้าถึงยากเข้ารับรักษา</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อน และดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยตรง

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- การตั้งกลไกตรวจสอบคนเข้าออกในพื้นที่</li> <li>- การดูแลและควบคุมผู้ป่วย HI ต่อจาก CI</li> </ul>	
6	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมมือและประสานงานกันระหว่าง อปท. เช่น การฉีดวัคซีน การจัดอบรม การตรวจ ATK การสอบสวนและค้นหาโรค</li> <li>- ติดตามดูแล จัดหาอุปกรณ์และอาหารสำหรับกลุ่ม CI/HI/Hospital/ LQ</li> <li>- การรณรงค์ให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ และอบรม</li> <li>- การให้บริการทางการแพทย์ ทั้งการตรวจโรค</li> <li>- การจัดบริการ เช่น วัคซีน ATK RT-PCR</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อน และดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ดูแล ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 โดยตรง
7	สาธารณสุขจังหวัด/ สาธารณสุขอำเภอ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้บริการด้านโรงพยาบาล สนาม รวมถึงการดูแลกลุ่ม CI/HI/Hospital/LQ</li> <li>- การรณรงค์ให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้เสีย และการมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยสามารถสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ ในตาราง Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 36 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย

ปัจจัย		การมีอิทธิพล	
		น้อย	มาก
ความสำคัญ	มาก	<u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลน้อย (Keep informed)</u> - ศูนย์อนามัยที่ 7 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	<u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลมาก (Key players)</u> - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)/ระดับอำเภอ (พชอ.)/ระดับหมู่บ้าน (พชม.) - โรงพยาบาลและหน่วยบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) / โรงพยาบาลขอนแก่น 2 / โรงพยาบาลศรีนครินทร์ / ศูนย์การแพทย์ (2 แห่ง) / หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU (4 แห่ง) - สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.) - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/นักการเมืองท้องถิ่น)
	น้อย	<u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลน้อย (Minimal effort)</u> -	<u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลมาก (Keep Satisfied)</u> -

จากตารางในข้างต้น สรุปได้ว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก และมีอิทธิพลมากในการขับเคลื่อนประเด็น การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่น ประกอบไปด้วย 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)/ระดับอำเภอ (พชอ.)/ระดับหมู่บ้าน (พชม.) และ 2) โรงพยาบาลและหน่วยบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) / โรงพยาบาลขอนแก่น 2 / โรงพยาบาลศรีนครินทร์ / ศูนย์การแพทย์ (2 แห่ง) / หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU (4 แห่ง) 3) สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอเพราะเป็นผู้กำหนดแผนและเป้าหมายในการขับเคลื่อนการดำเนินการทางสาธารณสุข รวมถึงการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและการแพทย์ในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.) เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่ว่าจะ เป็นงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร รวมถึงเป็นกลไกการประสานงานระหว่างประชาชนและหน่วยงานด้านสาธารณสุข

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก แต่มีอิทธิพลน้อยในการดำเนินโครงการคือ 1) โรงพยาบาลและหน่วยบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) ศูนย์อนามัยที่ 7 เนื่องจากเป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านการให้บริการทางการแพทย์ และสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร และเครือข่ายที่ทำงานอย่างเชื่อมต่อในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสนับสนุนสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลและประสานงานระหว่างหน่วยงานและประชาชนได้อย่างครอบคลุมในพื้นที่

ดังนั้น เมื่อสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครง (Stakeholders Analysis) ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคระบาดโควิด-19 พชอ. เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น สามารถจำแนกใน 2 กลุ่มสำคัญ ดังนี้

(1) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (Key stakeholders) ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)/ระดับอำเภอ (พชอ.)/ระดับหมู่บ้าน (พชม.) 2) โรงพยาบาลและหน่วยบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) / โรงพยาบาลขอนแก่น 2 / โรงพยาบาลศรีนครินทร์ / ศูนย์การแพทย์ (2 แห่ง) / หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU (4 แห่ง) 3) สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ และ 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.)

(2) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (Primary stakeholders) ได้แก่ 1) ศูนย์อนามัยที่ 7 และ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

### ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping Outcomes)

จากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียโดยการจัดสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น ทศนคตที่มีต่อโครงการร่วมกัน แล้วหาข้อสรุปผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่ม โดยการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้า (Input) ผ่านกระบวนการกิจกรรม (Activities) ไปสู่ผลผลิต (Output) ที่มองเห็นได้ สามารถวัดได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะแสดงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงาน (Outcome/Impact) โดยในประเด็นการรับมือกับสถานการณ์การ

แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พชอ. อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 37 แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พชอ. เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
1	โรงพยาบาล 1.1 รพ. ศูนย์ 1 แห่ง 1.2 รพ.ขอนแก่น 2 (1 สาขา รพ. ศูนย์) 1.3 รพ. ศรีนครินทร์ (รพ. มหาลัย) 1.4 ศูนย์แพทย์ จำนวน 2 แห่ง 1.5 PCU 4 แห่ง	1.1 Cohort ward (รพศ.)1 แห่ง รพ.ศรีนครินทร์ 1 แห่ง รพ.เอ็กซน 3 แห่ง รพ.ค่าย 1 แห่ง 30 เตียง รพ.ราชพฤกษ์ รพ.กรุงเทพ	- ซื่ออุปกรณ์ เพิ่ม 1. เครื่องช่วยหายใจ 2. O2 high flow 3. ทำห้อง negative pressure (ได้จากเงินบริจาคส่วนใหญ่ ) จำนวน 16 เตียง 4. ICU covid (negative pressure) มี 20 เตียง - งบประมาณสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ ใช้บริการ	- Access to care การเข้าถึงบริการทั้งการตรวจและการรักษา มีช่องทางที่ชัดเจน - คนไข้กล้าเปิดเผย สามารถตรวจเองได้ การตรวจเยอะขึ้น - การมีส่วนร่วมของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) - การทำงานเป็นทีม	- การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ติดเชื้อ 80% - กลุ่มที่ผ่านการสอบสวนโรคเข้าถึงบริการ 100% - การทำงานเป็นทีม - การประสานงานกับหน่วยอื่น - การจัดการดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตคนไข้ดีขึ้น - อัตราการได้รับการรักษาโรคแล้วหายเพิ่มขึ้น - การเข้าถึงวัคซีน 2 เข็ม ไม่ต่ำกว่า 70%

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
					- การเข้าถึงบริการ วัคซีน 100%
		1.2 รพ.สนาม จำนวน 3 แห่ง (รพศ.) รพ.ศรีนครินทร์ พุทธมณฑล/ท่าพระ	- บุคลากรของแต่ละ รพ.	-	-
		1.3 hospitel จำนวน 4 แห่ง รพ.ขอนแก่น(รพศ.) รพ.ราชพฤกษ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 รพ.ขอนแก่นราม	- บุคลากรของแต่ละ รพ. - รับส่ง (รพ.เอกชน/ท้องถิ่น/ท้องที่)	-	-
		1.4 CI จำนวน ... แห่ง	- งบประมาณค่าอาหาร หัวละ 1000 - จนท.ดูแล CI ได้ 3000/หัว	-	-
		1.5 HI	-	-	-
		1.6 LQ จำนวน ... แห่ง	-	-	-
		1.7 วัคซีน	- บุคลากรทางการแพทย์	-	-



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		1.8 ATK	- ทำโคม screen covid ที่มี negative pressure เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ	-	-
		1.9 RT-PCR	- บุคลากรทางการแพทย์	-	-
		1.10 การอบรม	- บุคลากรทางการแพทย์	-	-
		1.11 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ /การให้ความรู้	- บุคลากรทางการแพทย์	-	-
		การจัดการขยะติดเชื้อ	- จ้างเอกชน กก.ละ 12-14 บาท	-	-
		สนามบิน/บขส./รถไฟ (เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทั้งหมด)	- งบประมาณบำรุงเป็นค่าใช้จ่ายของบุคลากรทั้งหมด	-	-
2	ศูนย์อนามัยที่ 7	- ตรวจ ATK และ RT-PCR - ดูแล HQ HI และ LQ ในโรงแรม	- สถานที่ ศูนย์อนามัยที่ 7 ในการตรวจ ATK และ RT-PCR - เจ้าหน้าที่	-	-
3	ท้องถิ่น (อปท.) 2.1 เทศบาลนคร จำนวน 1 แห่ง(มี ทีมบุคลากร สาธารณสุข)	3.1 รพ.สนาม จำนวน ... แห่ง	- กองทุนสุขภาพ(กลไกการทำงาน ควบคุมโรค) สนับสนุนครุภัณฑ์ 35,000 บาท - งบประมาณกรมการปกครองส่วน ท้องถิ่น (งบกิจกรรม เช่น Mask ซื่อ		- ประชาชนมีความ มั่นใจ - การเข้าถึงบริการ ด้วยตนเองโดยไม่ ต้องผ่านผู้นำ

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
	มี 10 ศูนย์แพทย์ 2.2 เทศบาลเมือง		เครื่องวัดอุณหภูมิ เจล น้้ายาพ่นฆ่าเชื้อ)		
	2 แห่ง 2.3 เทศบาลตำบล 10 แห่ง	3.2 hospitel จำนวน ... แห่ง	- สนับสนุน รพ.สต. ทุกแห่ง แห่งละ 100,000 (งบของ สปสช.ที่โอนมาในช่วงโควิด)	-	-
	2.4 อบต. จำนวน 6 แห่ง	3.3 CI จำนวน ... แห่ง รพ.สต.ดูแลร่วมกับท้องถิ่น อยู่ที่วัดป่าแสงอรุณ/วัดตาลเรียง	- ใช้งบประมาณกองทุน/โครงการอื่นที่ไม่จำเป็นมาเป็นงบโควิด - ใช้บงกเงินในการบริหารจัดการโควิด - ค่าอาหารและค่าที่พักคนไข้ (ปี 64) - ดูแลพื้นที่	-	-
		3.4 HI	- ได้ทุน สปสช. หัวละ 45 บาท - ดูแลหญิงชีพ 350 ครั้วเรือน* 500 บาท ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันจากรพ.สต. และกลุ่ม 608 (งบกลางเทศบาล)	-	-
		3.5 LQ จำนวน ... แห่ง	-	-	-
		3.6 วัคซีน	- สนับสนุนอาหารเจ้าหน้าที่	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		- ศูนย์ฉีดอยู่ที่วัดตาลเรียง	- โดยเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ไม่ได้รับ ผลตอบแทน - เทศบาลนครซื้อซิโนฟาร์ม		
		3.7 ATK	- บุคลากรของท้องถิ่น - สนับสนุน ATK บางท้องถิ่น(อบจ.)	-	-
		3.8 RT-PCR	-	-	-
		3.9 การอบรม	-	-	-
		3.10 การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้	-	-	-
		3.11 การตั้งด่าน	-	-	-
		3.12 การจัดการขยะติดเชื้อ	- เทศบาลซื้อ ถัง 200 ลิตร เพื่อเป็น ที่เผาขยะติดเชื้อ บางพื้นที่ส่ง รพ. สต.ตามระบบ 5. บางพื้นที่จ้างเอกชนในการ กำจัด	-	-
		3.13 การช่วยเหลือประชาชน ด้านการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิต	- แจกถุงยังชีพให้แก่ผู้ติดเชื้อ	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		3.14 ศูนย์พักพิง (อยู่ในหมู่บ้าน)	- บุคลากร อภปร.ดูแล	-	-
		3.15 พ่นฆ่าเชื้อ	- ซึ้อเครื่องพ่น แจก foggy ใน ครัวเรือนพร้อมแอลกอฮอล์	-	-
4	รพ.สต./อสม.	4.1 รพ.สนาม จำนวน ... แห่ง	-	-	-
	4.1 ร พ . ส ต . จำนวน 25 แห่ง	4.2 hospitel จำนวน ... แห่ง	-	-	-
	4.2 อสม. จำนวน ...คน	4.3 CI จำนวน ... แห่ง 4.4(ช่วงแรกมีทุกตำบล ปัจจุบัน มีตำบลพระลับ 2 แห่ง 4.5ตำบลคอนหัน 2 แห่ง) 4.6รพ.สต.ดูแลร่วมกับท้องถิ่น ตำรวจช่วยดูแลในช่วงกักตัว	- การจัดเวรใช้ของ สปสช. 300/ วัน/case - ค่าเสี่ยงภัยเบิกตามระบบ 1000/วัน (Swab/สอบสวนโรค )	-	- ประชาชนมีความ ตระหนักใส่ใจ สุขภาพตนเอง และ ใส่ใจเพื่อนบ้าน เช่น วิถีปฏิบัติ ไม่มีการมั่ว สุ่ม พฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อลดลง - ได้รับการสนับสนุน จากภาคประชาชน หรือคนไข้ที่หายแล้ว มีน้ำใจช่วยเหลือ ผู้ป่วยหรือบุคลากร

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		4.7 HI	-	-	-
		4.8 LQ จำนวน ... แห่ง	-	-	-
		4.9 วัคซีน	-	-	-
		4.10 ATK	- สปสช.สนับสนุน - บุคลากรให้บริการ	-	-
		4.11 RT-PCR	-	-	-
		4.12 การอบรม	-	-	-
		4.13 การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้	-	-	-
		4.14 การตั้งด่าน	-	-	-
		4.15 การจัดการขยะติดเชื้อ	-	-	-
		4.16 การสอบสวนโรค	-	-	-
		4.17 การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุก	-	-	-
5	ห้องที่ (กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/สส./ สจ.)	- LQ - ผู้ใหญ่บ้าน กักตุนข้าวสาร อาหารแห้งที่ได้รับบริจาค เพื่อ แจกจ่ายผู้ป่วย	-	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
8	ภาคเอกชน	-	-	-	-
10	ประชาชน	-	-	-	-
11	พชอ./พชต./พชม.	-	-	-	-
13	สสอ.	13.1 รพ.สนาม	-	-	-
		13.14 การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุก	-	-	-
14	สสจ. (มี ศูนย์ บริการ สาธาณสุข เทศบาล 4 แห่ง)	-	-	-	-

### ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประมาณการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and the availability)

สำหรับขั้นตอนที่สาม เป็นขั้นตอนการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยแสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน (Theory of Change) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยภายหลังจากการพิจารณา “แผนที่ผลลัพธ์” เพื่อทำความเข้าใจถึงการดำเนินนโยบายและมาตรการต่างๆในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้ พชอ.เมืองขอนแก่น ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยในขั้นตอนนี้คือ การทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของพชอ.เมืองขอนแก่น ซึ่งจากการจัดสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์และตัวชี้วัดได้ดังนี้

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
1. พชอ. / พชต. 2.อปท. (ผู้ใหญ่บ้าน/ เทศบาล/ อบต./สจ.) 3.โรงพยาบาล 4.รพ.สต. 5.เกษตรอำเภอ 6.โรงเรียน และ กศน. 7. ประชาชน 8. พัฒนาชุมชน	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)	- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนลดลง</li> <li>- อัตราการตายต่ำ</li> <li>- อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิดเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดน้อย</li> <li>- อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น</li> </ul>	- ระยะเวลาในการรักษาลดลง ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ	- ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยการแปลงค่าเป็นเงินคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำรายเดือนในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่นที่ 325 บาท (ข้อมูลอัตราค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดขอนแก่น ณ ปี 2564)

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
	- อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น	- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น โดยคิดจาก 23.20% ของ GPP รวมจังหวัดขอนแก่นในปีฐาน 2562

#### ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact)

เพื่อให้การประเมินผลตอบแทนทางสังคมในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความเที่ยงตรง โดยเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการของคณะกรรมการ พชอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในขั้นตอนที่ 4 ก่อนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution)
- ผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจเกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่มีโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ไม่มีหน่วยงานมาขับเคลื่อน ผลลัพธ์ก็จะมีทิศทางที่ดีขึ้น อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียดำเนินการเอง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้นเอื้อประโยชน์

จากขั้นตอนที่ 3 ในการทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการ โดยจากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปความคิดเห็นร่วมกันของผู้มีส่วนได้เสียในรูปอัตราร้อยละของการให้ค่าน้ำหนักการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) ที่เกิดจากการดำเนินงานว่าถึงแม้ไม่มีโครงการนี้ก็จะเกิดผลลัพธ์ดังกล่าว และอัตราร้อยละของปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) แล้วร่วมกันเลือกตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความเชื่อมโยงของพันธกิจและบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปของตัวเงินได้ โดยสามารถสรุป



ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) ดังนี้

ตารางที่ 38 ตารางการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พชอ. เมืองขอนแก่น

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรค	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย โดยอำเภอเมืองขอนแก่น มีจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 จำนวน 9,056 ราย คิดเป็น $9,056 * 28,940 = 262,080,640$ บาท	-	262,080,640	10	235,872,576	235,872,576

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
	ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)						
อัตราการตายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ	ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ คิดจากจำนวนอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 คิดเป็น 8,911 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยที่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติในรายปี โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่นที่ 325 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า $8,911 * 325 * 30 = 86,882,250$ บาท	-	86,882,250	10	78,194,025	78,194,025

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น		-มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น โดยคิดจาก 23.20% ของ GPP รวมจังหวัดขอนแก่นในปีฐาน 2562 คิดเป็น 49,652,176,000 บาท	60	19,860,870,400	50	9,930,435,200	9,930,435,200
							10,244,501,801

จากตารางที่ 37 แสดงถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และผลการคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบส่วนเกิน และผลลัพธ์บางส่วนที่อาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1) ผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ร้อยละ 100 โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย (แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.นาทวี) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ โดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) จึงอยู่ที่ 235,872,576 บาท

## 2) ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณจากจำนวนอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศที่ต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็น

บวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการหายป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 โดยในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น คิดเป็น 8,911 ราย จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด 9,056 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยในระหว่างการรักษา โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่นที่ 325 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า 86,882,250 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่มีอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้นโดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) จึงอยู่ที่ 78,194,025 บาท

### **3) ผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น**

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น โดยมีการดำเนินการกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในภาวะปกติได้ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณมูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่นโดยคิดจากร้อยละ 23.20 ของ GPP รวมจังหวัดขอนแก่นในปีฐาน (ปีพ.ศ.2562) คิดเป็น 49,652,176,000 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าในการพิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมกลับสู่ภาวะปกติได้นั้น ส่วนหนึ่ง มาจากการปรับตัวของภาคเอกชน และประชาชน

ในการรับมือกับสภาวะเศรษฐกิจในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานด้านเศรษฐกิจที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 60 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 50 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ตลอดจนการดำเนินการในการฉีดวัคซีน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 จึงอยู่ที่ 9,930,435,200 บาท

### ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยการพิจารณาจากงบประมาณที่ใช้ในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 และผลตอบแทนโครงการที่เกิดขึ้นในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3 ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

**ผลการวิเคราะห์ต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลขอนแก่น (ขนาด 1,000 เตียง)**

ต้นทุนของโรงพยาบาลขอนแก่น จำแนกเป็น ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ดังแสดงในตาราง

#### 1. ต้นทุนค่าแรง

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนค่าแรง โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าแรง

ลำดับ	ต้นทุนค่าแรง		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	เงินเดือนข้าราชการ		

	ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว เงินเดือนพนักงานราชการ เงินประจำตำแหน่ง เงินตอบแทนฯ เต็มขั้น ค่าครองชีพข้าราชการ ค่าครองชีพลูกจ้างประจำ ค่าครองชีพพนักงานราชการ เงิน พตส.	2,297,579,281.00	2,241,341,027.00
	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาและวันหยุดราชการ เงินค่าตอบแทนพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินสมทบประกันสังคม ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าใช้จ่ายไปราชการ ค่ารักษาพยาบาล เงินช่วยการศึกษาบุตร		
2	ค่าเสียหายบุคลากร (เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับโควิด 19)	0	27,617,875
	<b>รวม</b>	2,297,579,281.00	2,268,958,902.00



## 2. ต้นทุนค่าวัสดุ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนค่าวัสดุ โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าวัสดุ

ลำดับ	ต้นทุนค่าวัสดุ		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	9,850,000.00	57,328,000.00
	รวม	9,850,000.00	57,328,000.00

## 3. ต้นทุนค่าแรง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนค่าลงทุน โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าลงทุน

ลำดับ	ต้นทุนค่าลงทุน		
	ประเภท	ค่าลงทุน ปี 2563 จำนวน(บาท)	ค่าลงทุน ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	การจัดเตรียมสถานที่ทางกายภาพในการบริการผู้ป่วยโควิด	15,352,000	52,645,159
	รวม	15,352,000	52,645,159

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลขอนแก่น

รวมต้นทุนทางตรง			
ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)	รวม ปี 2563 และ ปี 2564
ต้นทุนค่าแรง	2,297,579,281.00	2,268,958,902.00	4,566,538,183.00
ต้นทุนค่าวัสดุ	9,850,000.00	57,328,000.00	67,178,000.00
ต้นทุนค่าลงทุน	15,352,000.00	52,645,159.00	67,997,159.00
รวม	2,322,781,281.00	2,378,932,061.00	4,701,713,342.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ต้นทุนค่าแรง มีค่ารวมเท่ากับ 4,566,538,183.00 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 67,178,000.00 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 67,997,159.00 บาท ดังนั้นต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2563 และ 2564 มีค่าเท่ากับ 4,701,713,342.00 บาท

ตารางที่ 39 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พขอ.เมืองขอนแก่น

ปี	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 พขอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น				ค่าใช้จ่ายรวม
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.)	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ	โรงพยาบาลรัฐ	องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	
2563	4,302,000	-	2,322,781,281	6,947,804.00	2,334,031,085
2564	6,598,000	1,009,900	2,378,932,061	257,343,449	2,643,883,410
<b>รวม</b>					<b>4,977,914,495</b>

ตารางที่ 40 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น)

ปีที่	ต้นทุนรวมของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ				รวมรายได้สุทธิ
		หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้	อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	ผลตอบแทนรวม	
1/2563	2,334,031,085.00	-	-	-	-	-2,334,031,085.00
2/2564	2,643,883,410.00	235,872,576	78,194,025	9,930,435,200	10,244,501,801	7,600,618,391.00
<b>รวม</b>	4,977,914,495.00	235,872,576	78,194,025	9,930,435,200	10,244,501,801	5,266,587,306.00

ตารางที่ 41 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้ พชอ.เมืองขอนแก่น ในปี 2563-2564

โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3

ปีที่	ต้นทุนรวม ของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ	Discount Factor 3%	NPV	PV of Cost	PV of Benefit	BC Ratio
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถ เข้าถึงสู่ระบบ บริการ สาธารณสุขได้	อัตราการ หายจากโค วิด-19 ภายหลัง การรักษา เพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับ วัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความ รุนแรงของโรคโค วิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและ สังคมในพื้นที่ สามารถกลับสู่ ภาวะปกติได้เร็ว ขึ้น	ผลตอบแทน รวม						
1/2563	2,334,031,085 .00	-	-	-	-	-2,334,031,085.00	0.971	(2,266,344,183.54)	2,266,344,183.54		
2/2564	2,643,883,410 .00	235,872,576	78,194,025	9,930,435,200	10,244,501,801	7,600,618,391.00	0.943	7,167,383,142.71	2,493,182,055.63	9,660,565,198.3 4	3.87
<b>รวม</b>	4,977,914,495 .00	235,872,576	78,194,025	9,930,435,200	10,244,501,801	5,266,587,306.00		4,901,038,959.18	4,759,526,239.17	9,660,565,198.3 4	3.87

ตารางที่ 40 แสดงถึงการคำนวณการหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) และต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 เป็นงบประมาณทั้งสิ้น 4,977,914,495 บาท

โดยมีผลผลตอบแทนโครงการหลังหักค่า Dead Weight และ Attribution โดยพิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น คิดเป็นผลตอบแทนรวมในช่วงปี 2563-2564 อยู่ที่ 10,244,501,801 บาท และมีรายได้สุทธิจากการดำเนินโครงการอยู่ที่ 5,266,587,306.00 บาท

การคำนวณหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 4,901,038,959.18 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 3.87 เท่า ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยเปรียบเทียบระหว่างมูลค่าปัจจุบันสุทธิกับมูลค่างบประมาณที่ใช้ไป พบว่า งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พชอ.เมืองขอนแก่น จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 0.98 บาท

ตารางที่ 42 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำนวยการของเมืองขอนแก่น

1. มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) (ปี 63-64)	4,901,038,959.18	
2. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64)	3.87	
3. อัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64)	0.98 เท่า (ทุก 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำนวยการของเมืองขอนแก่น จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 0.98 บาท)	
4. ประโยชน์ผู้มีส่วนได้เสีย/ปี		
- พขอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. อปท.	235,872,576	2.30
- ผู้ป่วย/ญาติ	78,194,025	0.76
- ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรมภาคเกษตรกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะภาคบริการ การท่องเที่ยว และการค้า)	9,930,435,200	96.93
รวม	10,244,501,801	100

จากการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำนวยการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เมืองขอนแก่น พบว่ามีมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ปี 2563-2564 อยู่ที่ 4,901,038,959.18 บาท การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64) อยู่ที่ 3.87 เท่า และอัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64) อยู่ที่ 0.98 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้อำนวยการของเมืองขอนแก่นจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 0.98 บาท โดยผู้ได้รับประโยชน์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบไปด้วย (1) พขอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. และอปท. ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 235,872,576 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.30 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม (2) ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 78,194,025 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.76 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม และ (3) ภาคเกษตรกรรม ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม) ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 9,930,435,200 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 96.93 ของ

มูลค่าผลตอบแทนรวม จะเห็นได้ว่าผลของการดำเนินงานในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพชอ. จะสร้างผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ทางสังคมกับภาคประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมในอัตราร้อยละ 96.93 ของมูลค่าผลตอบแทนรวมทั้งหมด



## บทที่ 7

### ผลการศึกษารับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

#### 7.1 ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

##### 7.1.1 ข้อมูลพื้นฐานอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี มี 8 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลบางคูรัด ตำบลบางบัวทอง ตำบลตำบลบางรักพัฒนา ตำบลบางรักใหญ่ ตำบลพิมลราช ตำบลละหาร ตำบลลำโพ และตำบลโสนลอย มีพื้นที่ทั้งหมด 116,439 ตารางกิโลเมตร มีประชากรจำนวน 281,766 คน ท้องที่อำเภอบางบัวทองประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองบางบัวทอง เทศบาลเมืองพิมลราช เทศบาลเมืองบางคูรัด เทศบาลเมืองบางรักพัฒนา เทศบาลเมืองใหม่บางบัวทอง องค์การบริหารส่วนตำบลบางรักใหญ่ องค์การบริหารส่วนตำบลละหาร องค์การบริหารส่วนตำบลลำโพ ในพื้นที่มีโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง รพ.สต.14 แห่ง โรงงาน 2 แห่ง โรงเรียน 86 แห่ง



ภาพที่ 11 แผนภาพอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

### 7.1.2 ข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงาน โดยมีการร่วมรับรู้และทำงาน เพื่อการตอบสนองต่อสุขภาวะและสภาวะที่เปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลา ซึ่งอาจจะเป็นด้านที่ต้องอาศัยความชำนาญ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ต้องร่วมมือหรือส่วนสนับสนุนกับเครือข่ายอื่นๆเพื่อให้เกิดการดูแลกันและกันของประชาชนในชุมชนที่เป็นกลไกการทำงาน ด้านสุขภาพพระดั่งพื้นที่ เข้ามาดำเนินการโดยมีเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและท้องถิ่น ตลอดจนโรงเรียนหรือวัดและภาคส่วนอื่นๆในการมีส่วนร่วม ส่งเสริมการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ทั้งนี้คณะกรรมการพชอ.บางบัวทอง มีระบบการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันทุกภาคส่วนมีการบูรณาการทรัพยากร ภายใต้บริบทของพื้นที่ที่ซึ่งเชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิ ชุมชนและท้องถิ่นตาม UCCARE และสามารถจัดให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยมีนายอำเภอบางบัวทองเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนทำงานกับท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายโดยใช้ปัญหาของประชาชนในพื้นที่ 4 ประเด็น คือ (1) การจัดการขยะ (2) การดูแลผู้สูงอายุ (3) โรคไม่ติดต่อ และ (4) อุบัติเหตุ

### 7.1.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

สถานการณ์ผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม ตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2563 - เดือนธันวาคม ปีพ.ศ. 2564 จำนวน 2,313 ราย โดยสามารถแบ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ออกเป็น 4 ระลอก ได้ดังนี้

**การแพร่ระบาดระลอกที่ 1 การระบาดของโควิดสายพันธุ์อัลฟา เริ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม - 14 ธันวาคม 2563 รวมระยะเวลา 11 เดือน**

การดำเนินงานระดับจังหวัด มอบหมายให้รพ.ศูนย์บริการการแพทย์นนทบุรี และ โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 เปิดหอผู้ป่วยรวม (cohort ward) รองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ส่วนโรงพยาบาลบางบัวทองรับผู้ป่วยในจากรพ.บางบัวทอง 2 มาช่วยดูแลและมีมาตรการในการปรับระบบบริการ มีการกำหนดจุดคัดกรองการปิดประตูให้มีการเข้าออกทางเดียว และการให้แต่ละหน่วยงานให้บริการแบบวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

โดยทางฝ่ายเภสัชกรรม มีนวัตกรรมรางวัลรับยา งานการพยาบาลผู้คลอดมีแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดวิถีใหม่ มีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน แนวทางการกักตัวสำหรับผู้มีประวัติสัมผัสเสี่ยงสูง กลางต่ำ มีการเปิดคลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection : ARI clinic) อย่งครบวงจร (One stop service) มีการบริหารจัดการเกี่ยวกับวัสดุการแพทย์ โดยส่วนหนึ่งได้รับบริจาค จากประชาชนในพื้นที่ และที่อื่นๆ ได้รับการจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุข

**การแพร่ระบาดระลอกที่ 2 การระบาดของโควิดสายพันธุ์อัลฟา เบต้า เริ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ ธันวาคม 2563 – มีนาคม 2564 รวมระยะเวลาประมาณ 4 เดือน**

โรงพยาบาลบางบัวทองเปิดหอผู้ป่วยรวม (cohort ward) มีการประสานงานการรับส่งผู้ป่วยจากบ้านมาโรงพยาบาลโดยใช้รถของท้องถิ่น และการจัดอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ ทีม CDCU ของอำเภอบางบัวทองได้แก่ การใส่ชุด PPE การเก็บตัวอย่างเชื้อเพื่อหาผู้ป่วยเชิงรุก การตรวจพื้นที่เสี่ยง ขยายเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย ในช่วงแรกมีการรับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว แต่เมื่อมีการระบาดมากขึ้นจึงปรับระดับการดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มสีเขียวเข้ม และเหลืองเข้ม มีการวางระบบห้อง Negative ใน ARI clinic ในห้อง ER งดเยี่ยมทุกกรณี มีการตรวจ RT-PCR ทุกรายก่อนเข้ารับการรักษา และเมื่อผลตรวจออกติดเชื้อจึงย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยรวม (cohort ward) ต่อไป

**การแพร่ระบาดระลอกที่ 3 การระบาดของโควิดสายพันธุ์เดลต้า เริ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 1-14 เมษายน 2564 รวมระยะเวลา 14 วัน**

การแพร่ระบาดในระยะดังกล่าว ประชาชนเริ่มมีการตื่นตัวและรับรู้แนวทางการป้องกันโรคโควิด-19 มากขึ้น อย่างไรก็ตามการกลายพันธุ์ของโควิด-19 ส่งผลต่อการแพร่กระจายของโรคที่สามารถติดต่อกันได้ง่ายขึ้น ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดยังคงหนังก้อยู่

**การแพร่ระบาดระลอกที่ 4 การระบาดของโควิดสายพันธุ์เดลต้า เริ่มพบเพิ่มขึ้นช่วงเดือนกรกฎาคม 2564**

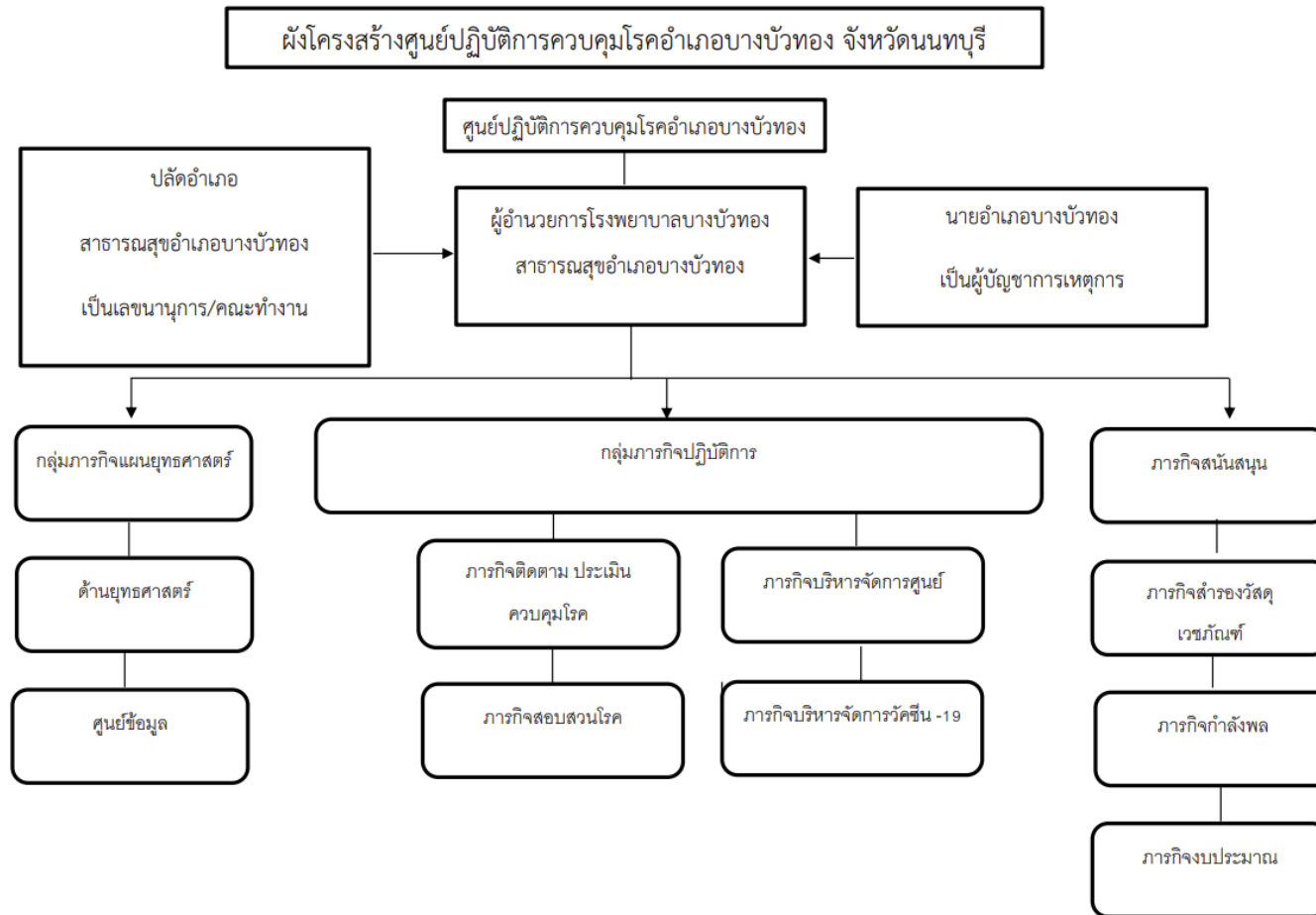
มีการประชุมวางแผนร่วมกับ เทศบาล ท้องถิ่น เปิดโรงพยาบาลสนามโรงเรียนบางบัวทอง 15 ก.ค.- 4 ต.ค.64 มีการดูแลผู้ป่วยในระบบ HI/CI โดยประสานงานกับ รพ.สต.ในเครือข่าย มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล , Telamed เปิดให้บริการ ประมาณ เดือน สิงหาคม 2564 ในระลอกนี้มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลติดเชื้อสะสม

ประมาณ 32 ราย และเริ่มมีการระบาดในกลุ่มแรงงานก่อสร้าง จัดทีมเจ้าหน้าที่ สํารวจสถานที่ก่อสร้าง และฉีดวัคซีนเชิงรุกป้องกัน COVID-19

#### 7.1.4 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

การบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง มีการดำเนินงานโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอบางบัวทอง (ศปก.อ.บางบัวทอง) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ โดยมีบทบาทในการติดตามสถานการณ์ จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ติดตามประเมินผลและแก้ปัญหาการดำเนินงานในส่วนต่างๆ บริหารจัดการทรัพยากร ประสานระดับนโยบาย มีการบริหารจัดการวัคซีนให้กับประชาชนทั่วไปทั้งในและนอกพื้นที่ ทั้งคนไทย แรงงานข้ามชาติ และต่างชาติ ที่เซ็นทรัลเวสต์เกต โดยมีรายละเอียดโครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ดังนี้

ภาพที่ 12 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี



### 7.1.5 แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการทำงานร่วมกันทั้งการกำหนดยุทธศาสตร์ และมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมาตรการป้องกันและดูแลบุคลากรในหน่วยงาน ตลอดจนมาตรการการสอบสวนโรค และการคาดการณ์การแพร่ระบาดเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดการโรค

- การบริการประชาชน ต้องประสานงาน ติดต่อสื่อสารกับภาคีเครือข่าย รวมถึงประชาสัมพันธ์ และมีการประชุมผ่าน Zoom Cloud Meeting ทุกวัน
- การประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 แก่ประชาชน และสร้างความตระหนัก การดูแลตนเองในเบื้องต้น และแนวทางปฏิบัติหลังจากทราบผลติดเชื้อ
- จุดสำคัญคือทุกหน่วยจะมุ่งไปยังประชาชนเป็นหลัก มีการแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประสานงานส่งไปรักษา รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มตั้งครรภ์ เบื้องต้นต้องส่ง PCR เพื่อยืนยัน

## 7.2 การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

### ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders)

ในขั้นตอนแรกของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมต่อการดำเนินงานการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (key stakeholders) จำเป็นต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Stakeholders Analysis) กลุ่มสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่

(1) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (primary stakeholders)

(2) ผู้มีส่วนได้เสียรอง (secondary stakeholders)

โดยคำนึงถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจาก 2 ประเด็นหลัก คือ

(1) ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(2) การมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

โดยในการรับมือสถานการณ์โควิด-19 พชอ. อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ได้กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 9 กลุ่ม ได้แก่ ดังตาราง

### ตารางที่ 43 ผู้มีส่วนได้เสียได้กับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และบทบาทที่เกี่ยวข้องของแต่ละกลุ่ม

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	หน่วยงานสนับสนุนการขับเคลื่อนป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
2	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	อาสาสมัครดำเนินการ ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ชุมชน และประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	หน่วยงานหลักในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ และประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายและภาคประชาชน
4	โรงพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.บางบัวทอง 1</li> <li>- รพ.บางบัวทอง 2</li> </ul>	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคในระดับอำเภอ ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคโควิด-19ทุกหน่วยงาน
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบล
6	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.)	หน่วยงานส่งเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับชุมชน และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ภาคประชาชน
7	ชมรมผู้สูงอายุ	กลุ่มดูแลผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ การให้ความรู้ แนวทางการป้องกัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการระดมทุนภายในกลุ่มเพื่อนำสิ่งของไปบริจาคตามหน่วยงานต่าง ๆ
8	กลุ่มภาคเอกชน <ul style="list-style-type: none"> <li>- SB furniture</li> <li>- Tesco Lotus</li> </ul>	กลุ่มผู้สนับสนุนงบประมาณและสิ่งของอุปโภคและบริโภคที่จำเป็น
9	ศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ภาคประชาชน จังหวัดนนทบุรี	กลุ่มภาคประชาสังคม (NGOs) ที่เน้นการช่วยประสานงานในพื้นที่ ระหว่างประชาชนและโรงพยาบาลในการเข้ารับการรักษา และช่วยประชาสัมพันธ์การดูแลตนเองและการฉีดวัคซีน

โดยบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละกลุ่ม สามารถสรุปดังตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 44 สรุปบทบาทผู้มีส่วนได้เสียขอ.บางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลสัมฤทธิ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเครือข่าย</li> <li>- การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองของประชาชน</li> <li>- บริการวัคซีนแก่ประชาชน ส่งเสริมมาตรการปรับตัวต่อร้านอาหาร และดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยป่วยติดเตียง และกลุ่มเปราะบาง</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะกลไกหลักในการสื่อสารผ่านคณะกรรมการ พชอ. รวมถึงการให้ความช่วยเหลือประสานงาน และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ สามารถเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่
2	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- สนับสนุนและดูแลผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลสนาม/CI/HI และให้บริการผู้ป่วยติดเตียง และรับยาจากรพ.มาให้ผู้ป่วยติดเตียง</li> <li>- บริการชุมชน เช่น การฉีดพ่นฆ่าเชื้อโรค การตรวจ ATK</li> <li>- การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้เสมือนเป็นที่เลี้ยงให้กลุ่มครู เทศบาล</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะผู้ประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่ รวมถึงดูแลให้ประชาชนและชุมชนอย่างใกล้ชิด ตลอดจนการมีบริการและกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรการป้องกันโควิด-19
3	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนด้านทรัพยากรงบประมาณ อาหาร และความรู้ให้แก่ชุมชน โดยใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพ (สปสช.)</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็นกลไกการปกครองที่สำคัญในการจัดการโควิดในพื้นที่ และเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ พชอ. โดยตรงไม่ว่าจะเป็นบุคลากร ข้อมูลทรัพยากรทางการแพทย์ สิ่งอุปโภค



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผล ลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน เช่น การรับส่งผู้ป่วย การพ่นยาฆ่าเชื้อโรค การตรวจคัดกรอง</li> <li>- ประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ</li> <li>- ดูแลความปลอดภัยในชุมชน</li> </ul>	และบริโภค รวมทั้งประมาณในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ
4	โรงพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ. บางบัวทอง 1</li> <li>- รพ. บางบัวทอง 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานที่ดูแลรักษาทางการแพทย์ เช่น Cohort ward การตั้งรพ.สนาม</li> <li>- ให้บริการฉีดวัคซีน การตรวจโรค และการดูแลรักษาโรค</li> <li>- บริการตรวจเชิงรุกนอกสถานที่ เช่น แคมป์ก่อสร้าง จัดตั้งศูนย์บริการฉีดวัคซีนนอกโรงพยาบาล</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เพราะเป็นกลไกหลักในการดำเนินการตามมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ และเป็นตัวกลางในการรับผู้ป่วยจากที่ต่าง ๆ ภายในจังหวัดนนทบุรี รวมถึงเป็นหน่วยงานทางการแพทย์ที่มีความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยมากที่สุดในอำเภอและจังหวัด ซึ่งนับเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงจากมาตรการของรัฐ
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้ให้แก่ชุมชน</li> <li>- ดำเนินตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน เช่น การรับส่งผู้ป่วย การพ่นยาฆ่าเชื้อโรค การตรวจเชิงรุก</li> <li>- ประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้ยารักษาแก่อสม. ไปยังผู้ป่วย</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะผู้ประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่ รวมถึงดูแลให้ประชาชนและชุมชนอย่างใกล้ชิด ตลอดจนการมีบริการและกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรการป้องกันโควิด-19

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		- ให้บริการแก่ผู้ป่วยติดเตียงหรือไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้	
6	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.)	- พัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับชุมชน โดยผ่านการให้ความรู้และการฝึกอาชีพ - ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงแหล่งเงินทุนกู้ยืม	ควรนำมาพิจารณาเพราะเป็นหน่วยงานหลักที่ช่วยเหลือประชาชนและชุมชนโดยตรง โดยเฉพาะผู้ยากไร้และเด็กร้อนต่าง ๆ โดยเน้นส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้
7	ชมรมผู้สูงอายุ	- มีการระดมทุนในกลุ่มเพื่อบริจาคให้แก่โรงพยาบาลอภัยภูเบศร - บริจาคอาหาร และสิ่งของที่จำเป็น เช่น ชุด PPE และอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าที่จำเป็นในหอผู้ป่วย (เช่น พัดลม กาน้ำร้อน)	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลไกสนับสนุนทรัพยากร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการขับเคลื่อนภารกิจดูแลและรักษาโรคโควิด-19 ในหน่วยงานด้านสาธารณสุข
8	กลุ่มภาคเอกชน - SB furniture - Tesco Lotus	- การสนับสนุนงบประมาณสิ่งของที่จำเป็นต่าง ๆ	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลุ่มที่สนับสนุนด้านงบประมาณ และปัจจัยต่าง ๆ ที่ช่วยเติมเต็มการทำงานของหน่วยงานและช่วยเหลือผู้เด็กร้อนได้ในยามวิกฤต
9	ศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ภาคประชาชน จังหวัดนนทบุรี	- ประสานงานความร่วมมือเกี่ยวกับอุปกรณ์ และปัจจัยที่ขาดแคลน เช่น ถังยั้งชีพ หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ - การประสานงานโรงพยาบาลในการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนและประสานงานที่ใกล้ชิดภาคประชาชน ทั้งด้านทรัพยากร การรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ให้แก่คนในพื้นที่

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีน</li> <li>- ให้คำแนะนำเรื่องการเขียนร้องเรียนเพื่อรับการเยียวยาให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบ</li> </ul>	

จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้เสีย และการมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยสามารถสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ ในตาราง Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย ดังต่อไปนี้

#### ตารางที่ 45 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย

ปัจจัย	การมีอิทธิพล	
	น้อย	มาก
ความสำคัญ	<p><u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลน้อย (Keep informed)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (P)</li> <li>- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.) (P)</li> <li>- ศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้บริโภคภาคประชาชน จังหวัดนนทบุรี (S)</li> </ul>	<p><u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลมาก (Key players)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (K)</li> <li>- โรงพยาบาล (รพ.บางบัวทอง และ รพ.บางบัวทอง 2) (k)</li> <li>- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) (K)</li> </ul>
	<p><u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลน้อย (Minimal effort)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชมรมผู้สูงอายุ (P)</li> </ul>	<p><u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลมาก (Keep Satisfied)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มภาคเอกชน (S)</li> </ul>

จากตารางในข้างต้น สรุปได้ว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก และมีอิทธิพลมากในการขับเคลื่อนประเด็น การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ประกอบไปด้วย 1) พชอ./สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ เพราะเป็นผู้กำหนดแผนและเป้าหมายในการขับเคลื่อนการดำเนินการทางสาธารณสุข 2) โรงพยาบาล (รพ.บางบัวทอง และ รพ.บางบัวทอง 2) เพราะเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการตามมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ และ

เป็นหน่วยกลางในการรับผู้ป่วยจากที่ต่าง ๆ ภายในจังหวัดนนทบุรี รวมถึงเป็นหน่วยงานทางการแพทย์ที่มีความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยมากที่สุดในอำเภอและจังหวัด และ 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.) เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร ตลอดจนการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก แต่มีอิทธิพลน้อยในการดำเนินโครงการคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสนับสนุนสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลและประสานงานระหว่างหน่วยงานและประชาชนได้อย่างครอบคลุมในพื้นที่ และ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เนื่องจากเป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านการให้บริการทางการแพทย์ และสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร และเครือข่ายที่ทำงานอย่างเชื่อมต่อในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ 3) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.) เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่ทำให้เกิดการดูแลผู้เดือดร้อนอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ยากไร้และผู้พิการ และ 4) ศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้บริโภคภาคประชาชน จังหวัด นนทบุรี เป็นกลไกหลักที่เชื่อมประสานงานระหว่างประชาชนและหน่วยงานด้านสาธารณสุข และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชนในพื้นที่

กลุ่มที่มีความสำคัญน้อย มีอิทธิพลน้อย ได้แก่ 1) ชมรมผู้สูงอายุแม่สาย เป็นกลุ่มภาคประชาชนที่เน้นส่งเสริมองค์ความรู้ในการพึ่งพาตนเอง และมีการสนับสนุนทรัพยากรให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ และผู้ที่เดือดร้อน

กลุ่มที่มีความสำคัญน้อย มีอิทธิพลมาก คือ 1) กลุ่มภาคเอกชน เป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในอำเภอ ทั้งงบประมาณ ปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ทั้งต่อหน่วยงานและประชาชนที่เดือดร้อน

ดังนั้น เมื่อสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครง (Stakeholders Analysis) ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคระบาดโควิด-19 พขอ. บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี สามารถจำแนกใน 3 กลุ่มสำคัญ ดังนี้

(1) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (Key stakeholders) ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4) โรงพยาบาล (รพ.บางบัวทอง 1-2)

(2) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (Primary stakeholders) ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.) 3) ชมรมผู้สูงอายุแม่สาย

(3) ผู้มีส่วนได้เสียรอง (Secondary stakeholders) ได้แก่ 1) ศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้บริโภคภาคประชาชน จังหวัด นนทบุรี และ 2) กลุ่มภาคเอกชน

## ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping Outcomes)

จากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยการจัดสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น ทักษะคติที่มีต่อโครงการร่วมกัน แล้วหาข้อสรุปผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่ม โดยการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้า (Input) ผ่านกระบวนการกิจกรรม (Activities) ไปสู่ผลผลิต (Output) ที่มองเห็นได้ สามารถวัดได้และเป็นรูปธรรม ซึ่งจะแสดงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงาน (Outcome/Impact) โดยในประเด็นการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พขอ. อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 46 แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พชอ. บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
1	โรงพยาบาล (รพ.บางบัวทอง และ รพ.บาง บัวทอง 2)	1.1 Cohort ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข</li> <li>- งบประมาณจากภาครัฐ</li> <li>- งบบำรุง (ฉุกเฉิน) ของหน่วยงาน</li> <li>- การสนับสนุนเครื่องออกซิเจน high flow ประมาณ 20-30 เครื่อง และเครื่อง X-ray digital จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.บางบัวทอง ให้บริการ Cohort ward จำนวน 160-170 เตียง</li> <li>- รพ.บางบัวทอง 2 ให้บริการ Cohort ward จำนวน 30 เตียง</li> <li>- มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เข้ารับบริการ จำนวน 2,014 ราย (ปี พ.ศ.2563-2564)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ติดเชื้อที่ผ่านการสอบสวนโรคและ ATK/RT-PCR มีผลบวกเข้าถึงบริการ 100%</li> <li>- อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อลดลง</li> <li>- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รับบริการวัคซีน ครบ 3 เข็ม 100%</li> </ul>
		1.2 รพ.สนาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข</li> <li>- งบประมาณจากภาครัฐ</li> <li>- โรงเรียนบางบัวทอง สนับสนุนสถานที่ในการจัดตั้ง รพ.สนาม</li> <li>- อปท. ปรับปรุงสถานที่ในการจัดตั้ง รพ.สนาม</li> <li>- อบจ.บริจาคงบประมาณ 100 ล้านบาท</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้ง รพ.สนาม จำนวน 4 แห่ง ได้แก่</li> <li>- รพ.สนาม โรงเรียนบางบัวทอง จำนวน 30 เตียง</li> <li>- รพ.สนาม รพ.บางบัวทอง 2 จำนวน 100 เตียง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนกลุ่ม 608 ได้รับบริการวัคซีน อย่างน้อย 2 เข็ม 60%</li> <li>- ประชาชนในกลุ่ม อายุ 18-59 ปี ได้รับบริการ</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริษัท ไทยออปติคอลล กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) สนับสนุนงบประมาณ จำนวน 100,000 บาท</li> <li>- บริษัท SB เพอร์นิเจอร์ บริจาคเตียง จำนวน 300 เตียง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.สนาม เทศบาลวิมลลาด 200 เตียง</li> <li>- รพ.สนาม เทศบาลเมืองใหม่ 200 เตียง</li> <li>- รพ.สนาม โรงเรียนบางบัวทอง มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เข้ารับบริการ จำนวน 1,067 ราย (ปี พ.ศ. 2564)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วัคซีน อย่างน้อย 2 เข็ม 70%</li> <li>- หน่วยงานต่าง ๆ สามารถตรวจคัดกรอง ATK ได้ด้วยตนเอง</li> <li>- ประชาชน สามารถตรวจ ATK ด้วยตนเอง</li> <li>- ประชาชนมีความตระหนักในการตรวจ ATK ด้วยตนเอง</li> <li>- ทุกหน่วยงานเกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเชื่อมโยงกัน</li> <li>- ประชาชนมีความตระหนักใส่ใจสุขภาพ</li> </ul>
		1.3 ศูนย์พักคอย (community Isolation, CI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่ายรักษาพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แห่งที่ 1 CI เทศบาลเมืองใหม่บางบัวทอง มีผู้รับบริการจำนวน 250 ราย</li> <li>- แห่งที่ 2 CI สถาบัน อรรบิตี มีผู้รับบริการจำนวน 221 ราย</li> </ul>	

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- แห่งที่ 3 CI อบต.ลำโพ มีผู้รับบริการจำนวน 137 ราย</li> <li>- แห่งที่ 4 CI เทศบาล เมืองบางคูรัด มีผู้รับบริการจำนวน 137 ราย</li> <li>- แห่งที่ 5 CI ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กบางรักพัฒนา มีผู้รับบริการจำนวน 99 ราย</li> </ul>	<p>ตนเอง และใส่ใจเพื่อนบ้าน เช่น วิถีปฏิบัติ ไม่มีการมั่วสุม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อลดลง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกหน่วยบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้บริการวัคซีน</li> </ul>
		1.4 การแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation, HI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุปกรณ์ทางการแพทย์และยา เช่น ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ยาลดไข้ เป็นต้น</li> <li>- อาหารสำหรับผู้กักตัว</li> </ul>	- มีผู้รับบริการ จำนวน 1,313 ราย	
		1.5 การฉีดวัคซีน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรของโรงพยาบาล อปท. ท้องที่ และ อสม.</li> <li>- วัคซีนจากภาครัฐและ อปท.</li> </ul>	- ประชากรอายุ 12 ปีขึ้นไป มีผู้ได้รับวัคซีน 1 เข็ม จำนวน 34,578 วัคซีน 2	



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			- ภาคเอกชนสนับสนุนสถานที่ในการให้บริการเชิงรุก (เช่นทรัลเวสเกท)	เข็ม จำนวน 30,095 ราย วัคซีน 3 เข็ม จำนวน 17,714 ราย	
		1.6 การตรวจ RT-PCR	- เครื่องมือ อุปกรณ์ และสารเคมีที่ใช้ในการตรวจ โดยการจัดจ้างบริษัทเอกชน - จัดเตรียมห้องตรวจของโรงพยาบาล	- มีผู้ได้รับการตรวจ จำนวน 4,181 ราย	
		1.7 การตรวจคัดกรอง ATK	- สนับสนุน ATK ให้แก่ สสอ.และ รพ.สต.	- มีผู้ได้รับการตรวจ จำนวน 4,987 ราย	
		1.8 การจัดการขยะติดเชื้อโควิด-19	- งบประมาณจาก สปสช.	- ส่งต่อให้ อบจ.บริหารจัดการ	
		1.9 การอบรม	- บุคลากรของโรงพยาบาล	- สร้าง ครู ก. และ ครู ข.	
		1.10การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ /การให้ความรู้	- บุคลากรของโรงพยาบาล	- เว็บไซต์นันทพร้อม	
2	ท้องถิ่น (อปท.) 2.1 เทศบาล จำนวน 5 แห่ง	2.1 รพ.สนาม	- เทศบาลเมืองใหม่ บางบัวทอง ซื้ออุปกรณ์ (บริจาค) - สถานที่ น้ำประปา ไฟฟ้า	- รพ.สนาม เทศบาลวิมลลาด 200 เตียง - รพ.สนาม เทศบาลเมืองใหม่ 200 เตียง	- ผู้ติดเชื้อได้รับการรับ-ส่ง เข้าสู่การรักษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
	2.2 อบต. จำนวน 3 แห่ง		<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากร ดูแลความปลอดภัย 3-4 คน/เวร และให้บริการรับ-ส่งผู้ติดเชื้อ</li> <li>- ยานพาหนะและน้ำมันเชื้อเพลิง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เข้ารับบริการ จำนวน 129 ราย (ปี พ.ศ. 2564)</li> <li>- ผู้ติดเชื้อและญาติได้รับบริการรับ-ส่งโดยไม่มีค่าใช้จ่าย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ</li> <li>- ประชาชนในพื้นที่ได้รับการสนับสนุน เจลแอลกอฮอล์และหน้ากากอนามัย</li> <li>- ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโควิด</li> <li>- เจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับโควิด</li> <li>- ผู้ที่ติดเชื้อเข้าถึงระบบศูนย์แยกกักตัวในชุมชน (CI) 100%</li> <li>- ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการวัคซีนทางเลือก</li> </ul>
		2.2 ศูนย์พักคอย (community Isolation, CI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานที่ น้ำประปา ไฟฟ้า</li> <li>- วัสดุอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น</li> <li>- วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์</li> <li>- เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา</li> <li>- บุคลากร ดูแลความปลอดภัย 3-4 คน/เวร และเจ้าหน้าที่ให้บริการรับ-ส่งผู้ติดเชื้อ</li> <li>- ยานพาหนะและน้ำมันเชื้อเพลิง</li> <li>- งบประมาณในการจัดหาอาหาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แห่งที่ 1 CI เทศบาล เมืองใหม่บางบัวทอง มีผู้รับบริการจำนวน 250 ราย</li> <li>- แห่งที่ 2 CI สถาบัน อรรบิตี มีผู้รับบริการจำนวน 221 ราย</li> <li>- แห่งที่ 3 CI อบต.ลำโพ มีผู้รับบริการจำนวน 137 ราย</li> <li>- แห่งที่ 4 CI เทศบาล เมืองบางคูรัด มี</li> </ul>	

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
				ผู้รับบริการจำนวน 137 ราย - แห่งที่ 5 CI ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางรักพัฒนา มีผู้รับบริการจำนวน 99 ราย	
		2.3 สถานที่ควบคุมเพื่อสังเกตอาการเริ่มป่วย (Local Quarantine: LQ) (1.โรงแรม เฟิร์ล รีสอร์ท แอนด์ โฮเทล 2.โรงแรม ริชมอนด์ 3.โรงแรมพาเลซ นนทบุรี 4. โรงแรม 13 เจริญ)	- เจ้าหน้าที่ให้บริการรับ-ส่ง - ยานพาหนะและน้ำมันเชื้อเพลิง	- ทม.บางคูรัด ให้บริการรับ-ส่ง จำนวน 39 ราย (ปี พ.ศ. 2563)	
		2.4 การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation: HI)	- งบประมาณในการจัดหาอาหาร - เจ้าหน้าที่ให้บริการรับ-ส่ง - ยานพาหนะและน้ำมันเชื้อเพลิง	- ทม.บางคูรัด ให้บริการรับ-ส่ง จำนวน 39 ราย (ปี พ.ศ. 2564)	

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		2.5 สนับสนุนชุดตรวจ ATK	- งบประมาณในการจัดซื้อ ATK จาก กองทุนสุขภาพ (สปสช.)	- ทม.บางคูรัด จัดซื้อ ATK จำนวน 4,800 ชุด แจกจ่ายให้ประชาชน จำนวน 3,560 คน - อบต.ลำโพ จัดซื้อ ATK จำนวน 1,600 ชุด	
		2.6 สนับสนุนวัคซีน	- งบประมาณในการจัดซื้อวัคซีน	- ทม.บางคูรัด จัดซื้อวัคซีน จำนวน 3,000 โดส แจกจ่ายให้ประชาชน จำนวน 1,504 คน	
		2.7 การพ่นฆ่าเชื้อ	- งบประมาณในการจัดซื้อน้ำยา	- คริวเรือนในเขต อบต.ลำโพ ได้รับการพ่นฆ่าเชื้อ จำนวน 200 คริวเรือน	
		2.8 การช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	- งบประมาณในการจัดเตรียมถุงยังชีพ	- ทม.บางคูรัด จัดเตรียมถุงยังชีพแจกจ่ายให้ประชาชน จำนวน 9,008 คน	

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		2.9 การอบรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิทยากร</li> <li>- สื่อการสอน</li> <li>- สถานที่</li> <li>- อาหาร</li> <li>- สมุด ปากกา กระเป่าผ้า ป้ายพิวเจอร์บอร์ดให้ความรู้ ป้ายไว้นิลประชาสัมพันธ์ โครงการฯ, คู่มือเผยแพร่ความรู้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019และการจัดทำหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันตนเอง แก่ แกนนำชุมชน ประชาชนจิตอาสา และเจ้าหน้าที่ จำนวน 404 คน</li> </ul>	
3	รพ.สต./อสม. - ร พ . ส ต . จำนวน 14 แห่ง - อสม. จำนวน 1,400 คน	3.1 รพ.สนาม  2.2 CI  2.2 HI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรและ อสม.</li> <li>- บุคลากรและ อสม.</li> <li>- บุคลากรและ อสม.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานและส่งต่อผู้ติดเชื้อ</li> <li>- ประสานเทศบาล (HI ประเมินแล้วต้องเข้า CI )</li> <li>- ให้บริการเชิงรุก</li> <li>- อสม. ดูแล/รับยาจาก รพ. มาแจกผู้ติดเชื้อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก</li> <li>- การตรวจเชิงรุกในกรณีที่ไม่สามารถมารับบริการ</li> <li>- ลดการแพร่ระบาด และการสัมผัสเชื้อ</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		2.3 การฉีดวัคซีน	- บุคลากรและ อสม. - วัคซีน	- ให้บริการเชิงรุกผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง - ตั้งหน่วยฉีด ประชาสัมพันธ์ ให้ ประชาชนมารับบริการ	- กลุ่ม 608 สามารถได้รับ บริการอย่างต่อเนื่อง
		2.4 การตรวจคัดกรอง ATK	- บุคลากรและ อสม. - ชุดตรวจ ATK	- ให้บริการเชิงรับ	
		2.5 การตรวจ RT-PCR	- บุคลากรและ อสม. - ชุดเก็บตัวอย่าง (swab)	- กลุ่ม 608 ให้บริการทุกวัน - กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง Swab ให้ในบ้าน	
		2.6 การอบรม	- บุคลากร	- เป็นพี่เลี้ยง สอนครู เทศบาล ตรวจ ATK	
		2.7 ก า ร ร ณ ร ัง ค์ ประชาสัมพันธ์ การ ให้ความรู้	- บุคลากร - งบประมาณจาก สปสช.	- เสียงตามสาย - กลุ่มไลน์ อสม./เพจ/ป้าย ไว้นิล	
		2.8 การจัดการขยะติด เชื้อ	- งบประมาณในการจัดซื้อถุงขยะติดเชื้อ	- ส่งต่อให้ อบจ.บริหาร จัดการ	

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		2.9 การสอบสวนโรค	- บุคลากร	- การสอบสวนโรคทุกรายที่มีผลการตรวจคัดกรอง ATK และ การตรวจ RT-PCR เป็นบวก	
		2.10 การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุก	- บุคลากรและ อสม.	- การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกในพื้นที่	
4	ชมรมผู้สูงอายุ	- การระดมทุนในกลุ่มเพื่อบริจาคให้แก่โรงพยาบาล และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19	- สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ	- โรงพยาบาลได้รับบริจาคอาหาร และสิ่งของที่จำเป็น เช่น ชุด PPE และ อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าที่จำเป็นในหอผู้ป่วย (เช่น พัดลม กาน้ำร้อน)	- โรงพยาบาลมีอาหารและสิ่งของที่จำเป็นเพียงพอ
5	ภาคเอกชน	- การสนับสนุนเงินและสิ่งของที่จำเป็นต่างๆ	- กลุ่มภาคเอกชน เช่น SB furniture Tesco Lotus และ บริษัท ไทยออปติคอลลกรุป จำกัด (มหาชน)	- หน่วยงานภาครัฐที่บริหารจัดการโรคโควิด-19 ได้รับการสนับสนุนเงินและสิ่งของที่จำเป็นต่างๆ	- หน่วยงานภาครัฐ มีเงินและสิ่งของที่จำเป็นต่างๆ เพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการบริหารจัดการโรคโควิด-19

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
6	ศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้บริโภคภาคประชาชนจังหวัดนนทบุรี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานความร่วมมือเกี่ยวกับอุปกรณ์และปัจจัยที่ขาดแคลน เช่น ถูยั้งชีพ หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์</li> <li>- การประสานงานโรงพยาบาลในการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา</li> <li>- ประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีน</li> <li>- ให้คำแนะนำเรื่องการเขียนร้องเรียนเพื่อการเยียวยาให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ได้รับคำแนะนำ และช่วยเหลือในด้านต่างๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 มีการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ</li> </ul>
7	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับชุมชน โดยผ่านการให้ความรู้และการฝึกอาชีพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากร</li> <li>- งบประมาณ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนได้รับความรู้และการฝึกอาชีพ ตลอดจนช่องทางการเข้าถึงแหล่งทุนกู้ยืม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนมีความรู้และมีอาชีพ ตลอดจนมีแหล่งทุนกู้ยืม</li> </ul>



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
	มนุษย (พม./พมจ.)	- ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงแหล่งเงินทุนกู้ยืม			
8	สสอ.	- ประสาน - สนับสนุน - ส่งต่อ - จัดเก็บข้อมูล	- บุคลากร - งบประมาณ	- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายได้รับการประสานและสนับสนุนในการบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่	- การบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่มีประสิทธิภาพ
9	พชอ.	- โรคโควิด-19 ไม่ได้เป็นประเด็นขับเคลื่อน แต่ใช้กลไกความเข้มแข็งของพชอ. เป็นกลไกหลักของการทำงานในพื้นที่	- คณะกรรมการ พชอ. ภาคส่วนต่างๆ และเครือข่าย	- เกิดการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่	- ทุกภาคส่วนมีการบูรณาการการทำงานในการบริหารจัดการโรคโควิด-19 ในพื้นที่

### ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประมาณการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and the availability)

สำหรับขั้นตอนที่สาม เป็นขั้นตอนการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยแสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน (Theory of Change) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยภายหลังจากการพิจารณา “แผนที่ผลลัพธ์” เพื่อทำความเข้าใจถึงการดำเนินนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้อพชอ. บางบัวทอง ที่มี

ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยในขั้นตอนนี้คือ การทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของพขอ.บางบัวทอง ซึ่งจากการจัดสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์และตัวชี้วัดได้ดังนี้

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
1. พขอ. / พชต. 2.อปท. (ผู้ใหญ่บ้าน/ เทศบาล/ อบต./สจ.) 3.โรงพยาบาล 4.รพ.สต. 5.เกษตรอำเภอ 6.โรงเรียน และ กศน. 7. ประชาชน 8. พัฒนาชุมชน	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)	- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย
	- อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อลดลง	- ระยะเวลาในการรักษาลดลง ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ	- ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยการแปลงค่าเป็นเงินคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำราย

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
	- อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น		เดือนในพื้นที่อำเภอบางบัวทองที่ 331 บาท (ข้อมูลอัตราค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดนนทบุรี ณ ปี 2564)
	- อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง	- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง โดยคิดจาก 20.40% ของ GPP รวมจังหวัดนนทบุรีในปีฐาน 2562

#### ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact)

เพื่อให้การประเมินผลตอบแทนทางสังคมในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความเที่ยงตรง โดยเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการของคณะกรรมการ พชอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในขั้นตอนที่ 4 ก่อนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution)
- ผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจเกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่มีโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ไม่มีหน่วยงานมาขับเคลื่อน ผลลัพธ์ก็จะมีทิศทางที่ดีขึ้น อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียดำเนินการเอง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้นเอื้อประโยชน์

จากขั้นตอนที่ 3 ในการทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการ โดยจากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปความคิดเห็นร่วมกันของผู้มีส่วนได้เสียในรูปอัตราร้อยละของการให้ค่าน้ำหนัก

การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) ที่เกิดจากการดำเนินงานว่าถึงแม้ไม่มีโครงการนี้ก็จะเกิดผลลัพธ์ดังกล่าว และอัตราร้อยละของปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) แล้วร่วมกันเลือกตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความเชื่อมโยงของพันธกิจและบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปของตัวเงินได้ โดยสามารถสรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ดังนี้

ตารางที่ 47 ตารางการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พชอ.บางบัวทอง

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย โดยอำเภอ บางบัวทอง มีจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 จำนวน 2,313 ราย คิดเป็น $2,313 * 28,940 = 66,938,220$ บาท	-	66,938,220	10	60,244,398	60,244,398

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
	สาธารณสุข สำหรับกรณีโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)						
อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ ชีวิตประจำวัน และประกอบ อาชีพได้ตามปกติ	ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบ อาชีพได้ตามปกติ คิดจากจำนวน อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศ ต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทาง ห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกใน ประเทศไทย ดังนั้นอัตราการหาย ป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จาก จำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 คิด เป็น 2,276 ราย และเมื่อคิด ผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยที่ สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ตามปกติในรายปี โดยคิดจาก ผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรง ขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอบางบัวทองที่	- -	22,600,680	10	20,340,612	20,340,612

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
		331 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า $2,276 * 331 * 30 = 22,600,680$ บาท					
ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น		-มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง โดยคิดจาก 22.40% ของ GPP รวมจังหวัดนนทบุรีในปีฐาน 2562 คิดเป็น 49,543,872,000 บาท	60	19,817,548,800	50	9,908,774,400	9,908,774,400
							9,989,359,410

จากตารางที่ 46 แสดงถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และผลการคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบส่วนเกิน และผลลัพธ์บางส่วนที่อาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1) ผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ร้อยละ 100 โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย (แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ โดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) จึงอยู่ที่ 60,244,398 บาท

## 2) ผลลัพธ์จากอัตราการตายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากอัตราการตายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณจากจำนวนอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศที่ต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็น

บวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการหายป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 โดยในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง คิดเป็น 2,276 ราย จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด 2,313 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยในระหว่างการรักษา โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอบางบัวทองที่ 331 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า 22,600,680 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่มีอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้นโดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) จึงอยู่ที่ 20,340,612 บาท

### **3) ผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น**

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น โดยมีการดำเนินการกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในภาวะปกติได้ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณมูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอบางบัวทองโดยคิดจากร้อยละ 22.40 ของ GPP รวมจังหวัดนนทบุรีในฐานะ (ปีพ.ศ.2562) คิดเป็น 49,543,872,000 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าในการพิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมกลับสู่ภาวะปกติได้นั้น ส่วนหนึ่ง มาจากการปรับตัวของภาคเอกชน และประชาชน



ในการรับมือกับสถานะเศรษฐกิจในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานด้านเศรษฐกิจที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 60 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 50 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ตลอดจนการดำเนินการในการฉีดวัคซีน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 จึงอยู่ที่ 9,908,774,400 บาท

### ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยการพิจารณาจากงบประมาณที่ใช้ในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 และผลตอบแทนโครงการที่เกิดขึ้นในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3 ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

#### ผลการวิเคราะห์ต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลบางบัวทอง 1 (ขนาด 60 เตียง)

ต้นทุนของโรงพยาบาลบางบัวทอง 1 จำแนกเป็น ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ดังแสดงในตาราง

#### 1. ต้นทุนค่าแรง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนค่าแรง โรงพยาบาลบางบัวทอง 1 ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าแรง

ลำดับ	ค่าแรง		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	เงินเดือนข้าราชการ ค่าจ้างประจำ		

	ค่าจ้างชั่วคราว เงินเดือนพนักงานราชการ เงินประจำตำแหน่ง เงินตอบแทนฯ เต็มขั้น ค่าครองชีพข้าราชการ ค่าครองชีพลูกจ้างประจำ ค่าครองชีพพนักงานราชการ เงิน พตส. ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาและ วันหยุดราชการ เงินค่าตอบแทนพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินสมทบประกันสังคม ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าใช้จ่ายไปราชการ ค่ารักษาพยาบาล เงินช่วยการศึกษาบุตร	137,854,756.88	134,480,461.6
2	ค่าเสียงภัยบุคลากร (เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับโควิด 19)	322,250.00	18,365,550.00
3	ค่าห้อง/ค่าอาหาร		89,520,300.00

4	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต		27,360.00
5	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา		1,615,320.00
6	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา		1,943,600.00
7	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ		7,500.00
8	ทำหัตถการและบริการวิสัญญี		42,020.00
9	ค่าบริการทางการพยาบาล		10,178,870.00
10	บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู		8,540.00
11	ค่าห้องผ่าตัด/ห้องคลอด		41,308,280.00
12	ค่าใช้จ่ายการคัดกรองโควิด 19 ได้แก่ การตรวจ ATK /RT-PCR/Anti-Body	1,547,500.00	14,802,400.00
	<b>รวม</b>	<b>139,724,506.88</b>	<b>312,300,201.60</b>

## 2. ต้นทุนค่าวัสดุ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนค่าวัสดุ โรงพยาบาลบางบัวทอง 1 ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าวัสดุ

ลำดับ	ค่าวัสดุ		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา		7,750.00
2	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.		25,324,597.37
3	ยาที่นำไปใช้ที่บ้าน		133,224.75
4	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา		88,436.17
5	อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์		133,729,087.00
6	ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ		31,220.00
	<b>รวม</b>		<b>159,314,315.29</b>

### 3. ต้นทุนค่าลงทุน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนค่าลงทุน โรงพยาบาลบางบัวทอง 1 ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าลงทุน

ลำดับ	ค่าลงทุน		
	ประเภท	ค่าลงทุน ปี 2563 จำนวน(บาท)	ค่าลงทุน ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	การจัดเตรียมสถานที่ทางกายภาพในการบริการ ผู้ป่วยโควิด	-	-
	<b>รวม</b>		

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลบางบัวทอง 1

รวมต้นทุนทางตรง			
ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)	รวม ปี 2563 และ ปี 2564
ต้นทุนค่าแรง	139,724,506.88	312,300,201.60	452,024,708.48
ต้นทุนค่าวัสดุ	-	159,314,315.29	159,314,315.29

ต้นทุนค่าลงทุน	-	-	-
<b>รวมทั้งหมด</b>	139724506.9	471614516.89	611,339,023.77

จากตารางที่ 4 พบว่า ต้นทุนค่าแรง มีค่ารวมเท่ากับ 452,024,708.48 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 159,314,315.29 บาท และไม่มีต้นทุนค่าลงทุน ดังนั้นต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลบางบัวทอง1 ในปี 2563 และ 2564 มีค่าเท่ากับ 611,339,023.77 บาท

ตารางที่ 48 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พขอ.บางบัวทอง

ปี	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19					ค่าใช้จ่ายรวม
	พขอ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี					
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	โรงพยาบาลรัฐ	องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น		
			เทศบาลเมืองบางคูรัด	อบต.ลำโพ		
2563	0	0	139,724,507	571,740	0	140,296,247
2564	652,128	135,625	471,614,517	31,549,396	3,457,504	507,409,170
<b>รวม</b>						<b>647,705,417</b>



ตารางที่ 49 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง)

ปีที่	ต้นทุนรวมของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	ผลตอบแทนรวม	
1/2563	140,296,246.88	-	-			-140,296,246.88
2/2564	507,409,169.89	60,244,398	20,340,612	9,908,774,400	9,989,359,410	9,481,950,240.11
รวม	647,705,416.77	60,244,398	20,340,612	9,908,774,400	9,989,359,410	9,341,653,993.23

ตารางที่ 50 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในปี 2563-2564

โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3

ปีที่	ต้นทุนรวม ของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ	Disco unt Factor 3%	NPV	PV of Cost	PV of Benefit	BC Ratio
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถ เข้าถึงสู่ระบบ บริการ สาธารณสุขได้	อัตราการ หายจาก โควิด-19 ภายหลัง การรักษา เพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับ วัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความ รุนแรงของโรคโค วิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและ สังคมในพื้นที่ สามารถกลับสู่ ภาวะปกติได้เร็ว ขึ้น	ผลตอบแทน รวม						
1/2563	140,296,246.8 8					-140,296,246.88	0.971	(136,227,655.72)	136,227,655.72		
2/2564	507,409,169.8 9	60,244,398	20,340,612	9,908,774,400	9,989,359,410	9,481,950,240.11	0.943	8,941,479,076.42	478,486,847.21	9,419,965,923.63	19.69
<b>รวม</b>	647,705,416.7 7	60,244,398	20,340,612	9,908,774,400	9,989,359,410	<b>9,341,653,993.23</b>		8,805,251,420.70	<b>614,714,502.93</b>	9,419,965,923.63	19.69

ตารางที่ 49 แสดงถึงการคำนวณการหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) และต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 เป็นงบประมาณทั้งสิ้น 647,705,417 บาท

โดยมีผลผลตอบแทนโครงการหลังหักค่า Dead Weight และ Attribution โดยพิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น คิดเป็นผลตอบแทนรวมในช่วงปี 2563-2564 อยู่ที่ 9,989,359,410 บาท และมีรายได้สุทธิจากการดำเนินโครงการอยู่ที่ 9,341,653,993.23 บาท

การคำนวณหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 8,805,251,420.70 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 19.69 เท่า ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยเปรียบเทียบระหว่างมูลค่าปัจจุบันสุทธิกับมูลค่างบประมาณที่ใช้ไป พบว่า งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พชอ.บางบัวทอง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.59 บาท

ตารางที่ 51 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.บางบัวทอง

1. มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) (ปี 63-64)	8,805,251,420.70	
2. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64)	19.69	
3. อัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64)	13.59 เท่า (ทุก 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.บางบัวทอง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.59 บาท)	
4. ประโยชน์ผู้มีส่วนได้เสีย/ปี		
- พชอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. อปท.	60,244,398	0.60
- ผู้ป่วย/ญาติ	20,340,612	0.20
- ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาคเกษตรกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะภาคบริการ การท่องเที่ยว และการค้า)	9,908,774,400	99.19
รวม	9,989,359,410	100

จากการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บางบัวทอง พบว่ามีมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ปี 2563-2564 อยู่ที่ 8,805,251,420.70 บาท การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64) อยู่ที่ 19.69 เท่า และอัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64) อยู่ที่ 13.59 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.นาทวีจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.59 บาท โดยผู้ได้รับประโยชน์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบไปด้วย (1) พชอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. และอปท. ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 60,244,398 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.60 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม (2) ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 20,340,612 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.20 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม และ (3) ภาคเกษตรกรรม ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาค

ประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะภาคบริการ การท่องเที่ยว และการค้าชายแดน) ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 9,908,774,400 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 99.19 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม จะเห็นได้ว่าผลของการดำเนินงานในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพชอ. จะสร้างผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ทางสังคมกับภาคประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมในอัตราร้อยละ 99.19 ของมูลค่าผลตอบแทนรวมทั้งหมด

## บทที่ 8

### ผลการศึกษารับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

#### 8.1 ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

##### 8.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ

###### ข้อมูลทั่วไป

อำเภอบางพลี จ.สมุทรปราการ มีจำนวนประชากรชาย 114,722 คน หญิง 127,976 คน รวม 242,698 คน โดยแบ่งเขตการปกครองเป็น 6 ตำบล 83 หมู่บ้าน ได้แก่ 1. บางพลีใหญ่ (23 หมู่บ้าน) 2. บางแก้ว (16 หมู่บ้าน) 3. บางปลา (15 หมู่บ้าน) 4. บางโฉลง (11 หมู่บ้าน) 5. ราชاتهวะ (15 หมู่บ้าน) 6. หนองปรือ (3 หมู่บ้าน)

การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 7 แห่ง ได้แก่ 1. เทศบาลเมืองบางแก้ว 2. เทศบาลตำบลบางพลี 3. องค์การบริหารส่วนตำบลบางพลีใหญ่ 4. องค์การบริหารส่วนตำบลบางปลา 5. องค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง 6. องค์การบริหารส่วนตำบลราชاتهวะ 7. องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ

###### หน่วยงานและสถานบริการด้านสาธารณสุขของอำเภอบางพลี

สถานบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ 1. โรงพยาบาลบางพลี 2. สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางพลี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัด จำนวน 8 แห่ง ดังนี้ 1. รพ.สต.บางแก้ว 2. รพ.สต.ราชاتهวะ 3. รพ.สต.บางปลา 4. รพ.สต.บางโฉลง 5. รพ.สต.วัดสลุด 6. รพ.สต.หนองปรือ 7. รพ.สต.คลองสี 8. รพ.สต.บัวเกราะ ส่วนโรงพยาบาลภาคเอกชน มีจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ 1. โรงพยาบาลพริ้นซ์ สุวรรณภูมิ 2. โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ 3. โรงพยาบาลบางนา 5 4. โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 5 5. โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 1 สุวรรณภูมิ 6. โรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค

### 8.1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางพลี จ. สมุทรปราการ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางพลี ได้มีการแต่งตั้งเมื่อปี พ.ศ.2561 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมายเดียวกัน อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ดำเนินการบนหลักการของภาวะนำร่วม โดยมีการบูรณาการร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางพลี มีจำนวน 21 คน ประกอบด้วย นายอำเภอบางพลี เป็นประธานกรรมการ ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรบางพลี เป็นรองประธานกรรมการ สาธารณสุขอำเภอบางพลี เป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอบางพลี เป็นกรรมการผู้ช่วยเลขานุการ มีผู้แทนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
2. ดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนภายในและภายนอกเขตอำเภอ
3. บูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ
4. สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
5. เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
6. ประสานงานกับ พชอ. ในอำเภออื่น หรือ พชข. เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ
7. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

8. เรียกให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของเอกชนในอำเภอ จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ หรือการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

9. ปฏิบัติการอื่นใดที่จำเป็นและต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ พชอ. หรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

ประเด็นการขับเคลื่อน พชอ.บางพลี ปี 2565 ได้มีการกำหนด ดังนี้ 1.ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเปราะบาง 2.การจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3.การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

### **8.1.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในพื้นที่ อำเภอบางพลี จังหวัด**

#### **สมุทรปราการ**

พบว่าในพื้นที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม ตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2563 - 2564 จำนวน 21,851 ราย โดยสามารถแบ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ออกเป็น 4 ระลอก ได้ดังนี้

#### **การแพร่ระบาดระลอกที่ 1 เริ่มขึ้นในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563**

การแพร่ระบาดระลอกที่ 1 เริ่มขึ้นในเดือนมกราคม 2563 – เมษายน เป็นการระบาดจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อชาวจีน คลัสเตอร์สนามมวยลุมพินี สถานบันเทิง และงานเลี้ยง โดยมีผู้ติดเชื้อจำนวน 27 ราย

#### **การแพร่ระบาดระลอกที่ 2 คลัสเตอร์ตลาดสดและโรงงานฯ**

พบคลัสเตอร์ตลาดสดและโรงงานฯที่เดินทางมาจากจังหวัดสมุทรปราการและในพื้นที่อำเภอบางพลี ในช่วงเดือนธันวาคมปีพ.ศ. 2563 – มีนาคมปีพ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อจำนวน 51 ราย มีมาตรการสำคัญ คือ การกักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูงผ่านรูปแบบ Home Quarantine (HQ) โดยทางส่วนปกครอง อสม. ตำรวจ และตม.จะเป็นผู้ติดตามอาการ และมอบอาหารให้แก่ผู้ป่วย และอีกส่วนหนึ่งคือการกักตัวแบบ Factory Quarantine (FQ) ที่ทางท้องถิ่นและหน่วยงานส่วนปกครองจะเป็นผู้กำกับดูแล



### การแพร่ระบาดระลอกที่ 3 คลัสเตอร์โรงงาน โรงเรียน และห้างสรรพสินค้า

พบคลัสเตอร์จำนวน 4 แห่ง คือโรงงาน โรงเรียน และห้างสรรพสินค้าภายในอำเภอบางพลี ช่วงเดือนธันวาคมปีพ.ศ. 2563 – เดือนมีนาคมปีพ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อจำนวน 483 ราย

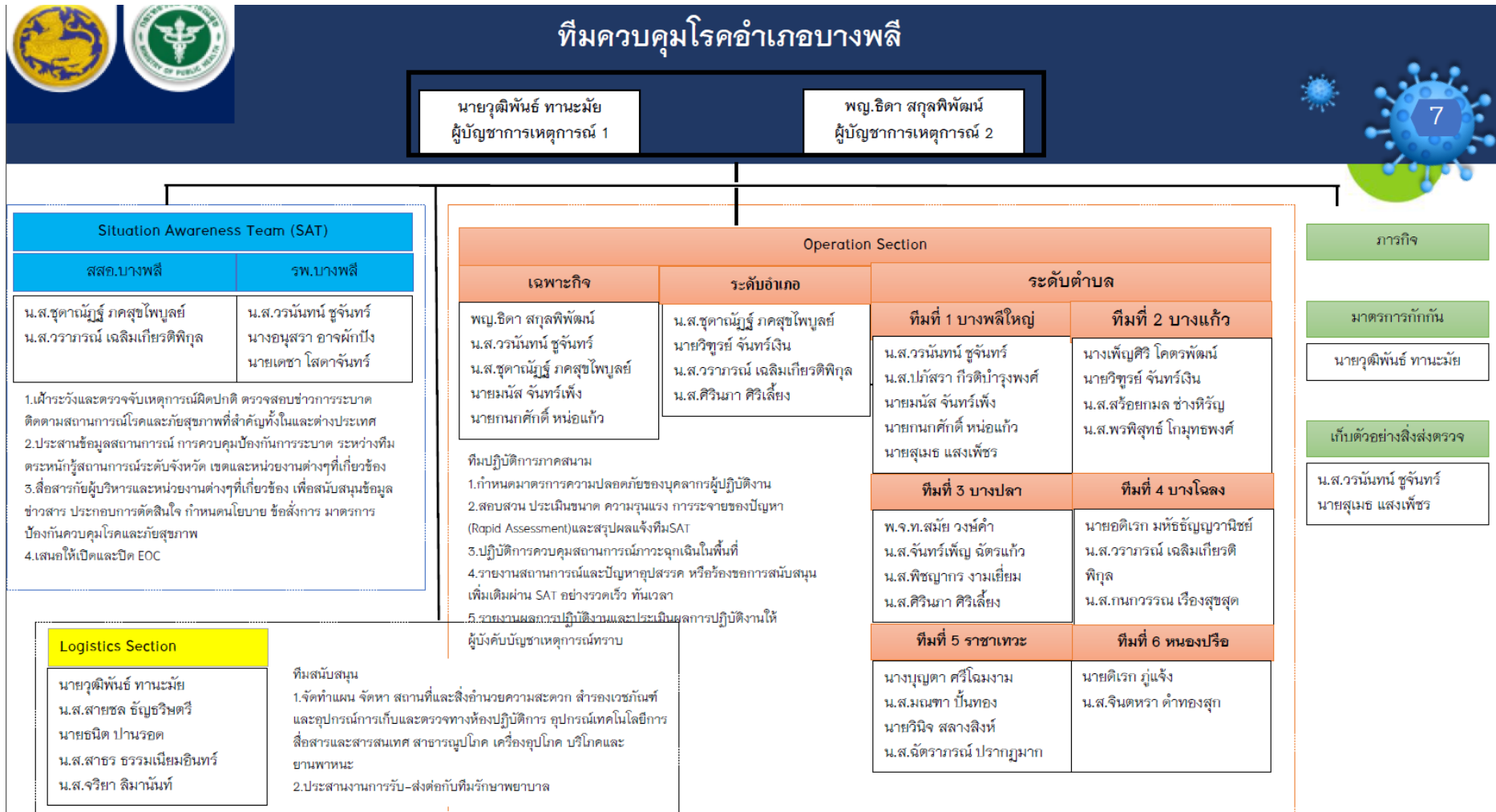
### การแพร่ระบาดระลอกที่ 4 คลัสเตอร์สนามบิน โรงงาน ตลาดสด แคมป์ก่อสร้าง และภายในชุมชน

นับระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤษภาคมปีพ.ศ. 2564 – เดือนธันวาคม มีผู้ติดเชื้อจำนวน 21,290 ราย จากคลัสเตอร์จำนวน 139 แห่งภายในอำเภอ ได้แก่ สนามบิน โรงงาน ตลาดสด แคมป์ก่อสร้าง และชุมชน

#### 8.1.4 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในพื้นที่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ได้มีการดำเนินงานผ่านคำสั่งแต่งตั้งศูนย์ควบคุมโรคอำเภอบางพลี (ศปก.อ.บางพลี) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ กำกับดูแล ตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ราชการกำหนด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 มีนายอำเภอบางพลีเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการ ปลัดอำเภอฝ่ายความมั่นคงและสาธารณสุขอำเภอบางพลี เป็นเลขานุการร่วม ได้มีการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้แก่ โรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางพลี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัด จำนวน 8 แห่ง รวมทั้ง อสม. และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 7 แห่ง โรงพยาบาลภาคเอกชน จำนวน 6 แห่ง ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยมีรายละเอียดโครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ดังนี้

ภาพที่ 13 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ



ภารกิจ
มาตรการกักกัน
นายวุฒิพันธ์ ทานะมัย
เก็บตัวอย่างส่งตรวจ
น.ส.วรมันท์ ชูจันทร์ นายสุเมธ แสงเพชร

### 8.1.5 แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการทำงานร่วมกันทั้งการกำหนดยุทธศาสตร์ และมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมาตรการป้องกันและดูแลบุคลากรในหน่วยงาน ตลอดจนมาตรการการสอบสวนโรค และการคาดการณ์การแพร่ระบาดเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดการโรค

- ภาคเอกชนและภาคประชาชนที่ให้การสนับสนุนทั้งในรูปของเงิน คน สิ่งของ และสถานที่ เพื่อรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- การบริการประชาชน ต้องประสานงาน ติดต่อสื่อสารกับภาคีเครือข่าย รวมถึงประชาสัมพันธ์ และมีการประชุมผ่าน Zoom Cloud Meeting ทุกวัน เพื่อขับเคลื่อนไปเป้าหมายและขั้นตอนการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเมื่อประชาชนทราบว่าตนเองติดเชื้อ จะต้องได้รับการดูแลภายใน 1 ชม. รวมถึงการระบุว่าจะต้องเข้ารับการรักษาในรูปแบบ Home Isolation (HI) หรือ Community Isolation (CI)
- มีการเตรียมแผนเพื่อจัดตั้งสถานรักษาผู้ป่วยเฉพาะกิจ 1.หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (cohort ward) 2.โรงพยาบาลสนาม (Field hospital) 3.Hospitel 4.ศูนย์พักคอย (Community Isolation; CI) 5. Home Quarantine; HQ 6.Factory Quarantine; FQ 7.Local Quarantine; LQ 8. Factory Accommodation Isolation; FAI 9.Bubble and Seal 10. การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation; HI) เพื่อเป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีผลตรวจ RT-PCR เป็นบวกได้อย่างทั่วถึง
- นอกจากนี้มีการให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมาย การให้บริการตรวจคัดกรอง ATK และการตรวจยืนยันด้วย RT-PCR ตลอดจนมีการให้ความรู้ การรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักและสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีการให้บริการฉีดพ่นฆ่าเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน ตลอดจนการมีมาตรการต่างๆ เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 19

## 8.2 การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

### ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders)

ในขั้นตอนแรกของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมต่อการดำเนินงานการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (key stakeholders) จำเป็นต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Stakeholders Analysis) กลุ่มสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่

- (1) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (primary stakeholders)
- (2) ผู้มีส่วนได้เสียรอง (secondary stakeholders)

โดยคำนึงถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจาก 2 ประเด็นหลัก คือ

- (1) ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- (2) การมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

โดยในการรับมือสถานการณ์โควิด-19 พชอ. อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ได้กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 14 กลุ่ม ได้แก่ ดังตาราง

#### ตารางที่ 52 บทบาทผู้มีส่วนได้เสีย อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	หน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
2	โรงพยาบาลบางพลี	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคในระดับอำเภอ การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ และสนับสนุนการปฏิบัติงาน งบประมาณ กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์
3	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	หน่วยงานหลักในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ประสานงานกับเครือข่าย และสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์ รวมถึงบริการประชาชนด้านการสาธารณสุขต่าง ๆ
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบล โดยทำงานประสานร่วมกับ อสม.
5	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	อาสาสมัครดำเนินการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ชุมชน และประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
6	โรงพยาบาลเอกชน <ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.บางนา 5</li> <li>- รพ.จุฬารัตน์</li> <li>- รพ.เซ็นทรัล พาร์ค</li> <li>- รพ. ปรีณซ์ สุวรรณภูมิ</li> <li>- สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์</li> </ul>	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับอำเภอ และสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการป้องกันและรักษาโรค
7	สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)/ สาธารณสุขอำเภอจังหวัด (สสจ.)	หน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนป้องกันและควบคุมโรค สนับสนุนทรัพยากรสำคัญ รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
8	ภาคประชาชน	กลุ่มผู้สนับสนุนทรัพยากรด้วยการบริจาค
9	ฝ่ายปกครอง	หน่วยงานหลักในการตรวจสอบ ป้องกัน และควบคุมโรค รวมถึงเป็นผู้กำหนดนโยบาย และถ่ายทอดนโยบายแก่หน่วยงานในพื้นที่
10	สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง	หน่วยงานตรวจสอบและเฝ้าระวังโรค รวมถึงดำเนินมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคข้ามพรมแดน
11	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.)	หน่วยงานส่งเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับชุมชน
12	กลุ่มเกษตรกร	กลุ่มส่งเสริมและพัฒนาอาชีพแก่เกษตรกร
13	กลุ่มรักไทย	กลุ่มภาคประชาสังคม (NGOs) มีหน้าที่ในการเป็นตัวกลางสื่อสารกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
14	วัด	เป็นสถานที่ช่วยเหลือในการจัดการศพ

โดยบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละกลุ่ม สามารถสรุปดังตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 53 การวิเคราะห์แบบแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเครือข่าย</li> <li>- สนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญแก่หน่วยงานและประชาชนที่เดือดร้อน และช่วยเหลือผ่าน CI HI โรงพยาบาลสนาม</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะกลไกหลักในการให้ความช่วยเหลือ ประสานงาน และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ สามารถเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่
2	โรงพยาบาลบางพลี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยติดเชื้อ และบริการทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองโรค การส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- สนับสนุนโรงพยาบาลสนาม เจ้าหน้าที่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น วัสดุ อุปกรณ์ ชุด PPE</li> <li>- จัดตั้ง Cohort ward และ ดูแล CI HI</li> <li>- การจัดการขยะติดเชื้อให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ เช่น โรงงาน</li> <li>- การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และสร้างความตระหนัก</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
3	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนด้านทรัพยากรงบประมาณ เช่น สิ่งของอุปโภคและบริโภค ถูยั้งชีพ</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็นกลไกการปกครองที่สำคัญในการจัดการโควิดในพื้นที่ และเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการ

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้ให้แก่ชุมชน เช่น รณรงค์และประชาสัมพันธ์</li> <li>- ดำเนินตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน เช่น การรับส่งผู้ป่วย การพ่นยาฆ่าเชื้อโรค ล้างตลาด การตรวจคัดกรอง รวมถึงดูแลความปลอดภัย ณ โรงพยาบาลสนาม</li> <li>- ประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ เพื่อตรวจคัดกรองโรค และดูแลอาหารและถุงยังชีพ</li> </ul>	<p>ดำเนินงานของ พชอ. โดยตรงไม่ว่าจะเป็นบุคลากร ข้อมูล ทรัพยากรทางการแพทย์ สิ่งอุปโภคและบริโภค ยานพาหนะในการรับส่งผู้ป่วย รวมทั้งงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่สำคัญคือเป็นแกนกลางในการเชื่อมประสานกับทุกหน่วยงานและภาคประชาชนในพื้นที่</p>
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และให้บริการวัคซีน และตรวจ ATK เชียงรุก เก็บเชื้อส่งตรวจ PCR</li> <li>- สอบสวนโรค และส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา</li> <li>- ตั้งด่าน และส่งเจ้าหน้าที่สนับสนุนในที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลสนาม CI ด่าน</li> <li>- ดำเนินมาตรการเชิงรุก เช่น เคาะประตูบ้านให้ความรู้ ค้นหากลุ่มเสี่ยง การตั้งด่าน</li> </ul>	<p>ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19</p>
5	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทางสาธารณสุขและประชาชน และทำงานร่วมกับ รพ.สต.</li> </ul>	<p>ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะผู้ประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่ รวมถึงดูแลให้ประชาชนและ</p>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และให้บริการวัคซีน และตรวจ ATK เชียงรุก เก็บเชื้อส่งตรวจ PCR</li> <li>- สอบสวนโรค และส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา</li> <li>- ตั้งด่าน และส่งเจ้าหน้าที่สนับสนุนในที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลสนาม CI ด่าน</li> <li>- ดำเนินมาตรการเชิงรุก เช่น เคาะประตูบ้านให้ความรู้ ค้นหา กลุ่มเสี่ยง การตั้งด่าน</li> </ul>	กิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรการป้องกันโควิด-19
6	โรงพยาบาลเอกชน <ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.บางนา 5</li> <li>- รพ.จุฬารัตน์</li> <li>- รพ.เซ็นทรัลพาร์ค</li> <li>- รพ. ปรินซ์ สุวรรณภูมิ</li> <li>- สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยติดเชื้อ และบริการทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองโรค</li> <li>- สนับสนุนผู้ป่วย HI</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากรทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบเชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
7	สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)/สาธารณสุขอำเภอจังหวัด (สสจ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเครือข่าย</li> <li>- สนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญแก่หน่วยงานและประชาชนที่</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะกลไกหลักในการให้ความช่วยเหลือ ประสานงาน และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		เด็ตร้อน และช่วยเหลือผ่าน HI CI	
8	ภาคประชาชน	- ให้งบประมาณสนับสนุน และบริจาคสิ่งของ เครื่องอุปโภคบริโภค และอาหาร	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลุ่มที่ช่วยสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนที่เด็ตร้อน
9	ฝ่ายปกครอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินมาตรการในเชิงรุก ค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะแรงงานต่างชาตินักท่องเที่ยว เพื่อเข้าสู่กระบวนการกักตัว</li> <li>- รับส่งผู้ติดเชื้อ และสอบสวนโรค โดยมอบหมายให้ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านดำเนินการ</li> <li>- กำหนดนโยบายและมาตรการในพื้นที่ รวมถึงถ่ายทอดนโยบายไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาคปฏิบัติ</li> <li>- ตรวจสอบ ป้องกัน และดูแลเรื่องข่าวกรองจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำเสนอและกระจายข่าวสารต่อไป</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็นกลไกหลักที่ต้องทำงานประสานกับคณะกรรมการ พชอ. และเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ พชอ. โดยตรงไม่ว่าจะเป็นบุคลากร ข้อมูล ทรัพยากรต่าง ๆ ที่สำคัญคือเป็นแกนกลางในการกำหนดนโยบาย และถ่ายทอดแผน ตลอดจนการเชื่อมประสานกับทุกหน่วยงานและภาคประชาชนในพื้นที่
10	สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดำเนินการมาตรการเพื่อลดการลักลอบแรงงานเข้าสู่ประเทศไทย เช่น การลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย บังคับใช้กฎหมาย และผลักดันส่งกลับประเทศ</li> <li>- ดำเนินการเชิงรุก เช่น ตรวจแคมป์คนงาน และในสนามบิน</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ ทั้งการประสานงานประเทศพม่า การประสานงานในเขตพื้นที่ชายแดน และส่งมอบอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		รวมถึงนักท่องเที่ยวจากสนามบิน	
11	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.)	- ส่งเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับชุมชน เน้นให้ความรู้และส่งเสริมอาชีพ เช่น การให้เมล็ดพืชพันธุ์ในการปลูกเพื่อนำไปจำหน่ายและบริโภค	ควรนำมาพิจารณาเพราะเป็นหน่วยงานหลักที่ช่วยเหลือประชาชนและชุมชนโดยตรง โดยเฉพาะผู้ยากไร้ และเดือดร้อนต่าง ๆ โดยเน้นส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้
12	กลุ่มเกษตรกร	- ส่งเสริมอาชีพ โดยให้ความรู้ด้านการเกษตร ให้แก่ชุมชนและเกษตรกรในชุมชนได้รับผลกระทบจากราคาผลผลิตตกต่ำ และปริมาณการขายลดต่ำลง ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นกลไกที่ใกล้ชิดกับชุมชน เป็นกลุ่มเกษตรกรที่รวมตัวช่วยเหลือกัน
13	กลุ่มรักไทย	- การสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติ เช่น ชาวพม่า และกัมพูชา ผ่านโครงการชื่อ “ต้องรอด” - สนับสนุน อาหาร อาหารแห้ง และน้ำดื่ม	ควรนำมาพิจารณาเพราะเป็นหน่วยงานหลักที่ช่วยประสานกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และช่วยเหลือประชาชนผู้ยากไร้ และเดือดร้อนต่าง ๆ
14	วัด	- ช่วยเหลือเรื่องการจัดการศพสำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย	ควรนำมาพิจารณาเพราะเป็นสถาบันหลักที่ช่วยช่วยเหลือประชาชนโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้เสีย และการมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยสามารถสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ ในตาราง Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 54 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย

ปัจจัย		การมีอิทธิพล	
		น้อย	มาก
ความสำคัญ	มาก	<u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลน้อย (Keep informed)</u> - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (P) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) (K) - โรงพยาบาลเอกชน (K) - สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (P) - กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.) (P)	<u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลมาก (Key players)</u> - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (K) - โรงพยาบาลบางพลี (K) - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) (K) - สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) / สาธารณสุขอำเภอจังหวัด (สสจ.) (K) - ฝ่ายปกครอง (K)
	น้อย	<u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลน้อย (Minimal effort)</u> - ภาคประชาชน (P) - กลุ่มเกษตรกร (P) - กลุ่มรักไทย (S) - วัด (S)	<u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลมาก (Keep Satisfied)</u> -

จากตารางในข้างต้น สรุปได้ว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก และมีอิทธิพลมากในการขับเคลื่อนประเด็น การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบไปด้วย 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) โรงพยาบาลบางพลี และ 3) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) / สาธารณสุขอำเภอจังหวัด (สสจ.) เพราะเป็นผู้กำหนดแผนและเป้าหมายในการขับเคลื่อนการดำเนินการทางสาธารณสุข ร่วมกับ 4) ฝ่ายปกครอง ที่เป็นผู้กำหนดนโยบายและถ่ายทอดแผนงานไปสู่การปฏิบัติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และ 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) เป็นหน่วยงานทั้งในเชิงนโยบาย และเชิงการสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร ตลอดจนการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก แต่มีอิทธิพลน้อยในการดำเนินโครงการคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสนับสนุนสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลและประสานงานระหว่างหน่วยงานและประชาชนได้อย่างครอบคลุมในพื้นที่ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล รวมถึง 3) โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งหมดนับเป็นหน่วยหลักที่สนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านการให้บริการทางการแพทย์ และสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร และเครือข่ายที่ทำงานอย่างเชื่อมต่อในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ 4) สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง เป็นหน่วยงานที่เน้นดำเนินการเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ป่วยจากกลุ่มต่างชาติ อาจไม่ได้มีส่วนในการกำหนดนโยบายหรือขับเคลื่อนงานโดยตรง และ 5) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.) อาจไม่ใช่ผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง แต่ก็นับว่ามีบทบาทในการเป็นหน่วยงานช่วยเหลือประชาชนผู้เดือดร้อน

กลุ่มที่มีความสำคัญน้อย มีอิทธิพลน้อย กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการสนับสนุนทรัพยากรและช่วยเหลืองานในบางจุด ได้แก่ 1) ภาคประชาชน สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ให้แก่หน่วยงานในรูปแบบการบริจาค 2) กลุ่มเกษตรกร เน้นการดูแลและช่วยเหลือกันเองในกลุ่มและชุมชน 3) กลุ่มรักไทย เป็นตัวกลางในการสื่อสารกับแรงงานต่างชาติ และ 4) วัด เป็นสถาบันทางศาสนาที่มีบทบาทต่อชุมชนและประชาชนที่เดือดร้อน

ดังนั้น เมื่อสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครง (Stakeholders Analysis) ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคระบาดโควิด-19 พขอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ สามารถจำแนกใน 3 กลุ่มสำคัญ ดังนี้

(1) **ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (Key stakeholders)** ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) 2) โรงพยาบาลบางพลี 3) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)/สาธารณสุขอำเภอจังหวัด (สสจ.) 3) ฝ่ายปกครอง และ 4) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และ 6) โรงพยาบาลเอกชน (K)

(2) **ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (Primary stakeholders)** ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และ 3) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม./พมจ.) 4) ภาคประชาชน และ 5) กลุ่มเกษตรกร

(3) **ผู้มีส่วนได้เสียรอง (Secondary stakeholders)** ได้แก่ 1) กลุ่มรักไทย เป็นตัวกลางในการสื่อสารกับแรงงานต่างชาติ และ 2) วัด

## ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping Outcomes)

จากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียโดยการจัดสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น ทศนคตที่มีต่อโครงการร่วมกัน แล้วหาข้อสรุปผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่ม โดยการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้า (Input) ผ่านกระบวนการกิจกรรม (Activities) ไปสู่ผลผลิต (Output) ที่มองเห็นได้ สามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะแสดงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงาน (Outcome/Impact) โดยในประเด็นการรับมือกับสถานการณ์การ

แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พขอ. อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 55: แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พชอ. บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
1	โรงพยาบาลบางพลี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohort ward จำนวน 129-150 เตียง</li> <li>- Negative pressure room</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณ (รัฐและเอกชน)</li> <li>- จัดเตรียมสถานที่</li> <li>- Oxygen high flow</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cohort ward</li> <li>- รพ.สนาม 2 แห่ง</li> <li>- จำนวนผู้รับบริการ cohort ward</li> <li>- จำนวนผู้รับบริการ รพ.สนาม</li> <li>- ผู้รับบริการ HI</li> <li>- ให้คำแนะนำ BB&amp;S</li> <li>- จำนวนผู้รับบริการ วัคซีน</li> <li>- บุคลากรสายปฏิบัติการใน รพ. ประมาณ 500 คน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ติดเชื้อที่ผ่านการสอบสวนโรคและ ATK/RT-PCR มีผลบวกและผ่านการตรวจด้วยการ X-ray ปอด เข้าถึงบริการ 100%</li> <li>- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับบริการวัคซีนครบ 3 เข็ม 100%</li> <li>- ประชาชนกลุ่ม 608 ได้รับบริการวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม 80%</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนในกลุ่ม โรคเรื้อรัง ได้รับบริการวัคซีน อย่างน้อย 2 เข็ม 80%</li> <li>- อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 2</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ รพ.สนาม 3 แห่ง จำนวน 450 เตียง</li> <li>○ (OTOP150</li> <li>○ บางแก้ว150</li> <li>○ ร า ช ภั ฏ</li> <li>ธนบุรี(รับผิดชอบ โดยรพ.บางพลีและบางบ่อ) 150)</li> <li>○ WHA ที่บางปลา</li> <li>○ Prince &amp; CP ที่บางแก้ว(50 ล้าน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานที่ ค่าน้ำ ค่าไฟ (ท้องถิ่น)</li> <li>- บุคลากร (รพ.บางพลีและ รพ.เอกชน)</li> <li>- อาหาร (เจ้าภาพของแต่ละ CI ดูแล และบริจาคจากภาคเอกชน )</li> <li>- ภูมัย ส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- ศูนย์ส่งต่อ ผู้ป่วย (อปท.และมูลนิธิ ร่วมกตัญญูรับผิดชอบ)</li> <li>-</li> </ul>	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		○ ภาพรวมจังหวัด			
		○ hospitel จำนวน ... แห่ง (ภาพรวม จังหวัด ไม่มีใน อำเภอบางพลี)	-	-	-
		○ ○ CI จำนวน 10 แห่ง ○ ประเมินอาการและ ส่งต่อผู้ป่วยตาม สิทธิการรักษา (สสอ./อสม./รพ. สต./ท้องที่/ท้องถิ่น)	- สถานที่ อาหาร อุปกรณ์ (อปท. รับผิดชอบหลัก, รพ.รักษา)	-	-
		○ ปัจจุบันมี 8 ที่ ○ HI ○ -ร พ . (PCU) เป็น เจ้าภาพหลัก ดูแล ติดตาม ทำหนังสือ	- รพ.ที่ปรึกษา - เป็นเจ้าภาพหลักในพื้นที่รับผิดชอบ	- ผู้รับบริการ HI	-



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		<p>กักตัว (หนังสือโดย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน)</p> <p>○ -รพ.ตรวจประเมิน อาการ, X-ray ให้ยา ชุดอุ่นใจ (มี O2 SAT เครื่องวัดอุณหภูมิ หน้ากาก แบบ ประเมินสุขภาพจิต ยา)</p> <p>○</p>	<p>ให้ยาชุดอุ่นใจ (มี O2 SAT เครื่องวัด อุณหภูมิ หน้ากาก แบบประเมิน สุขภาพจิต ยา)</p> <p>- อาหาร (พื้นที่รับผิดชอบ) ,ถุงยังชีพ</p>		
		<p>○ LQ จำนวน ... แห่ง</p> <p>○</p>	<p>- จังหวัดรับผิดชอบ</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
		<p>○ FQ</p> <p>○ (โรงงาน เป็น เจ้าภาพ)</p> <p>○ ทำ BB&amp;S ทำคล้าย CI ให้เอกชนดูแล สถานที่</p>	<p>-</p>	<p>- ให้คำแนะนำ BB&amp;S</p>	<p>-</p>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ (รพ./สสอ./รพ.สต.) ดูแลเรื่องสุขภาพ</li> <li>○ ขยะติดเชื้อ ความปลอดภัย(ท้องถิ่นดูแลและเจ้าภาพในพื้นที่ที่ดูแล)</li> </ul>			
		1.8 FAI (Factory Accommodation Isolation)	-	-	-
		1.8 วัคซีน <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ศูนย์ฉีดวัคซีนที่วัดบางพลี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับจากจังหวัด และบริหารจัดการ</li> <li>- บุคลากร (ฉีดในสถานที่ ไม่ได้รับค่าบริการ)</li> <li>- วัคซีนจากท้องถิ่นร่วม ซิโนฟาร์ม โมเดอร์นา ไฟเซอร์</li> </ul>	- จำนวนผู้รับบริการ วัคซีน	-
		1.9 ATK	- รัฐ ท้องถิ่นสนับสนุนให้ รพ.สต.	-	-
		2.0 RT-PCR อบรมบุคลากรในการ Swabและส่งตรวจ <ul style="list-style-type: none"> <li>- LAB RT-PCR</li> <li>- Swab เชิงรุก กลุ่ม 608</li> </ul>	-	- ตรวจได้วันละอย่างน้อย 600 ราย/วัน	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		การอบรม - อบรมการใส่ชุด PPE CPE - การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	- วิทยากร และอุปกรณ์ สถานที่	- บุคลากร สายปฏิบัติงานใน รพ. ประมาณ 500 คน	-
		การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ /การให้ความรู้	- รถวิ่งประชาสัมพันธ์ - เสียงตามสาย - ป้ายไว้นิล (ห้องถิ่น) - กลุ่มไลน์ อสม.	-	-
		- 1.13 การจัดการขยะติดเชื้อ	-	-	-
		- 1.14 โรงงาน 7,000+ แห่ง	-	-	-
		- 1.15 สนามบิน	-	-	-
		- 1.16 BB&S	-	-	-
2	ท้องถิ่น (อปท.) 2.1 เทศบาล จำนวน 2 แห่ง 2.2 อบต จำนวน 4 แห่ง	- HI	- เป็นเจ้าภาพหลักในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.ให้ยาชุดอุ่นใจ (มี O2 SAT เครื่องวัดอุณหภูมิ หน้ากาก แบบ ประเมินสุขภาพจิต ยา) - อาหาร (พื้นที่รับผิดชอบ) ,ถุงยังชีพ	- มีข้อมูลการ สอบสวนโรค - ผู้ติดเชื้อได้รับ บริการรับ-ส่ง เข้า สู่บริการรักษา	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
			-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานที่เสี่ยง ได้รับการฆ่าเชื้อ 100%</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติ ได้รับความรู้เรื่อง การจัดการขยะ ติดเชื้อ</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับเงิน เยียวยา ครอบครัวละ 2,000-3,000 บาท</li> <li>- พื้นที่บางแห่ง ประชาชนได้รับ วัคซีน(วัคซีนโดย งบประมาณ ท้องถิ่น) ไม่เกิน</li> </ul>	

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
				30% ของ ประชากร - หน่วยงานด้าน สธ. ได้รับการ สนับสนุน ATK จาก อปท. - ประชาชนใน พื้นที่ได้รับการ สนับสนุน เจล หน้ากากอนามัย - ผู้ติดเชื้อและ ครอบครัวได้รับการ สนับสนุน เจล หน้ากากอนามัย 100%	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฟันฆ่าเชื้อ (รพ.สต.กับท้องถิ่น)</li> <li>- ช่วยฉีดวัคซีน</li> <li>- ค้นหากลุ่มเสี่ยง 608</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับถุงยังชีพ จาก ลพม.รอบละ 300 ถุง 2 รอบ</li> <li>- งบประมาณ กำลังคน วัสดุอุปกรณ์</li> </ul>	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		- เยียวยา (หญิงยังชีพ) ครอบครัวละ 3,000 ในครอบครัวที่ ติดเชื้อ 100%			
3	รพ.สต./อสม. 3.1 รพ.สต. จำนวน 8 แห่ง	- เคาะประตูบ้านให้ความรู้เรื่องโรค โควิด-19 - ค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะแรงงานต่างชาตินักท่องเที่ยว เพื่อเข้าสู่ กระบวนการกักตัว	- งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์	-	-
	3.2 อสม. จำนวน 1,480 คน	- 1.2 hospitel จำนวน ... แห่ง	-	-	-
		- 1.3 CI จำนวน ... แห่ง	-	-	-
		1.4 HI - รพ.สตเป็นเจ้าภาพหลัก ดูแล ติดตาม ทำหนังสือ กักตัว (หนังสือโดย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) - รพ.ตรวจประเมินอาการ, X-ray ให้ยาชุดอุ่นใจ (มี	-	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		O2 SAT เครื่องวัดอุณหภูมิ แบบประเมินสุขภาพจิต ยา)			
		- 1.5 LQ จำนวน ... แห่ง	-	-	-
		- 1.6 วัคซีน	-	-	-
		- 1.7 ATK	-	-	-
		- 1.8 RT-PCR	-	-	-
		- 1.9 การอบรม	-	-	-
		- 1.10 การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ ไลน์กลุ่ม	-	-	-
		- 1.11 การตั้งด่าน	-	-	-
		- 1.12 การจัดการขยะติดเชื้อ	-	-	-
		- 1.13 การสอบสวนโรค	-	-	-
		- 3.14 การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุก	-	-	-
		- 3.15 Covid free setting (สสอ.)	-	-	-
		- 3.16 สนามบินสุวรรณภูมิ	- บุคลากร	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		พื้นที่มีคนประมาณ 20,000-30,000 คน	- รับส่งต่อ ในการรักษา		
4	โรงพยาบาล เอกชน - รพ.บางนา 5 - รพ.จุฬารัตน์ - รพ.เซ็นทรัล พาร์ค - รพ. ปรีณซ์ สุวรรณภูมิ - สถาบันการ แพทย์ จักรีน ฤบดินทร์	- ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ตี ด เชื้อ และ บริการ ทาง สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น การ ฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองโรค - สนับสนุนผู้ป่วย HI	อาหาร (บางแห่งให้) ,ถุงยังชีพ		
5	ท้องถิ่น (กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน)	ผู้อำนวยการศูนย์ - ประสานงานระหว่าง ประชาชนและหน่วยบริการ ด้านสาธารณสุข	กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน		



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉีดพ่น ฆ่าเชื้อ</li> <li>- อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย</li> <li>- ตรวจสอบและลงทะเบียนการเข้า-ออก ของประชาชนในและนอกพื้นที่</li> <li>- ประสานงานรับส่งผู้ป่วยที่มีโรคส่วนตัว รถสองแถว</li> <li>- ประสานงานเรื่องการบริจาค</li> <li>- สนับสนุน หน้ากาก เจล</li> <li>- ช่องทาง(สายด่วนและสายตรงกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และไลน์กลุ่ม )ให้ประชาชนเข้าสู่ระบบบริการด้านสาธารณสุข</li> </ul>			
6	ประชาชน	บริจาค			
7	พขอ./พชต.				
8	สสอ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Covid free setting</li> <li>- การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุก</li> </ul>	- บุคลากร รับส่งต่อ ในการรักษา		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ติดเชื้อที่เข้าสู่ระบบได้รับการ</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สอบสวนโรค</li> <li>- ควบคุมป้องกัน (HI CQ SQ FQ)</li> <li>- สุ่มตรวจ คัดกรอง พื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากร</li> <li>- ฉีดวัคซีน</li> <li>- การบริหารจัดการเคส (ทีมแพทย์สนามบินร่วมกับ สสอ./รพ.สต.)</li> </ul> <p>ทำงานโดยอาศัยความร่วมมือ ไม่ใช่การสั่งการ เนื่องจากความพิเศษของพื้นที่</p> <p>เป็นห้องที่พิเศษ ห้องอื่นไม่ได้เข้าไปดูแล</p>			<p>สอบสวนโรค 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่ม high risk contact จากการสอบสวนโรค ได้รับการเฝ้าระวัง 100%</li> <li>- ในกรณีที่เป็น Cluster (&gt;3 คน) จะได้รับการทำ Active case finding 100%</li> <li>- ลดการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพ</li> </ul>

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
9	- ปกครอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะแรงงานต่างชาติ นักท่องเที่ยว เพื่อเข้าสู่กระบวนการกักตัว</li> <li>- รับส่ง สอบสวนโรค (กักกัน/ ผู้ใหญ่บ้าน)</li> <li>- ประชุม สั่งการถ่ายทอดนโยบาย</li> <li>- ตรวจสอบ ป้องกัน ดูแลเรื่องข่าวกรอง</li> </ul>			
11	ตม.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งรายชื่อ เพื่อติดตามและสอบสวนโรค ทั้งนักท่องเที่ยว และต่างด้าว ที่ลักลอบเข้าประเทศ</li> <li>- ตรวจแคมป์คนงานและที่พักอาศัย, ในสนามบิน</li> <li>- การลักลอบเข้าเมืองผิด กฎหมาย</li> <li>- บังคับใช้กฎหมาย</li> </ul>	-	-	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
		- ผลักดันส่งกลับประเทศ			
12	พม.	- ส่งเสริมอาชีพ ให้เมล็ดพันธุ์ พืช	-	-	-
13	เกษตร	- ส่งเสริมอาชีพ	-	-	-
14	เอกชน	-	-	-	-
15	สสจ.	- ศูนย์ส่งต่อ ผู้ป่วย	-	-	-
16	NGOs กลุ่มรัก ไทย	- โครงการต้องรอด - ให้อาหาร อาหารแห้ง น้ำดื่ม O2 Sat	-	-	-
17	วัด	- ช่วยเหลือเรื่องการจัดการศพ สำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19	-	-	-
18	ประชาชน	-	-	- ผู้ติดเชื้อได้รับการ รักษา - ผู้มีความเสี่ยงสูง ได้รับการเฝ้า ระวัง	-

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลผลิต	ผลลัพธ์
				- ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโควิด	

### ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประมาณการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and the availability)

สำหรับขั้นตอนที่สาม เป็นขั้นตอนการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยแสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน (Theory of Change) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยภายหลังจากการพิจารณา “แผนที่ผลลัพธ์” เพื่อทำความเข้าใจถึงการดำเนินนโยบายและมาตรการต่างๆในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้ พชอ.บางพลี ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยในขั้นตอนนี้คือ การทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของพชอ.บางพลี ซึ่งจากการจัดสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์และตัวชี้วัดได้ดังนี้

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
1. พชอ. / พชต. 2.อปท. (ผู้ใหญ่บ้าน/ เทศบาล/ อบต./สจ.) 3.โรงพยาบาล 4.รพ.สต. 5.เกษตรอำเภอ 6.โรงเรียน และ กศน.	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ 100 %	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีและผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว	- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย

ผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัดตัวชี้วัด
7. ประชาชน 8. พัฒนาชุมชน 9. สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง		ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อลดลง</li> <li>- อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาในการรักษาลดลง ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยการแปลงค่าเป็นเงินคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำรายเดือนในพื้นที่อำเภอบางพลีที่ 353 บาท (ข้อมูลอัตราค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดสมุทรปราการ ณ ปี 2564)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอบางพลี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอบางพลี โดยคิดจาก 12.41% ของ GPP รวมจังหวัดสมุทรปราการในปีฐาน 2562</li> </ul>

#### ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact)

เพื่อให้การประเมินผลตอบแทนทางสังคมในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความเที่ยงตรง โดยเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการของคณะกรรมการ พชอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในขั้นตอนที่ 4 ก่อนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution)
- ผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจเกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่มีโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ไม่มีหน่วยงานมาขับเคลื่อน ผลลัพธ์ก็จะมีทิศทางที่ดีขึ้น อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียดำเนินการเอง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้นเอื้อประโยชน์

จากขั้นตอนที่ 3 ในการทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการ โดยจากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปความคิดเห็นร่วมกันของผู้มีส่วนได้เสียในรูปอัตราร้อยละของการให้ค่าน้ำหนักการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) ที่เกิดจากการดำเนินงานว่าถึงแม้ไม่มีโครงการนี้ก็จะเกิดผลลัพธ์ดังกล่าว และอัตราร้อยละของปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) แล้วร่วมกันเลือกตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความเชื่อมโยงของพันธกิจและบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปของตัวเงินได้ โดยสามารถสรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ดังนี้

ตารางที่ 56 การพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พขอ.บางพลี

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่มีผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย โดยอำเภอบางพลี มีจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 จำนวน 21,851ราย คิดเป็น $21,851 * 28,940 = 632,367,940$ บาท	-	632,367,940	10	569,131,146	569,131,146
อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ	ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ คิดจากจำนวนอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูล	-	227,695,590	10	204,926,031	204,926,031



ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
		<p>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)</p> <p>โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการหายป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 คิดเป็น 21,501 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยที่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติในรายปี โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอบางพลีที่ 353 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า <math>21,501 * 353 * 30 = 227,695,590</math> บาท</p>					
ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น		-มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอบางพลี โดยคิดจาก 12.41% ของ GPP รวมจังหวัดสมุทรปราการในปีฐาน 2562 คิดเป็น 95,867,001,800 บาท	60	38,346,800,720	50	19,173,400,360	19,173,400,360

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
							19,947,457,537

จากตารางที่ 55 แสดงถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และผลการคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบส่วนเกิน และผลลัพธ์บางส่วนที่อาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1) ผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ร้อยละ 100 โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย (แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ โดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) จึงอยู่ที่ 569,131,146 บาท

## 2) ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณจากจำนวน

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศที่ต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการตายเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 โดยในพื้นที่อำเภอบางพลี คิดเป็น 21,501 ราย จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด 21,851 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยในระหว่างการรักษา โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอบางพลีที่ 353 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า 227,695,590 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่มีอัตราการตายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้นโดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) จึงอยู่ที่ 204,926,031 บาท

### 3) ผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น โดยมีการดำเนินการกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในภาวะปกติได้ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณมูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอบางพลีโดยคิดจากร้อยละ 12.41 ของ GPP รวมจังหวัดสมุทรปราการในปีฐาน (ปี พ.ศ.2562) คิดเป็น 95,867,001,800 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าในการพิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมกลับสู่ภาวะปกติได้นั้น ส่วนหนึ่ง มาจากการปรับตัวของภาคเอกชน และประชาชนในการรับมือกับสถานะเศรษฐกิจในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานด้านเศรษฐกิจที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 60 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 50 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ตลอดจนการดำเนินการในการฉีดวัคซีน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 จึงอยู่ที่ 19,173,400,360 บาท

#### ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยการพิจารณาจากงบประมาณที่ใช้ในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 และผลตอบแทนโครงการที่เกิดขึ้นในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3 ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลบางพลี (ขนาด 200 เตียง)

ต้นทุนของโรงพยาบาลบางพลี จำแนกเป็น ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ดังแสดงในตาราง

1. ต้นทุนค่าแรง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนค่าแรง โรงพยาบาลบางพลี ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าแรง

ลำดับ	ต้นทุนค่าแรง		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	เงินเดือนข้าราชการ ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว เงินเดือนพนักงานราชการ เงินประจำตำแหน่ง เงินตอบแทนฯ เต็มขั้น ค่าครองชีพข้าราชการ ค่าครองชีพลูกจ้างประจำ ค่าครองชีพพนักงานราชการ เงิน พตส.	459,515,856.30	448,268,205.50

	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาและวันหยุดราชการ เงินค่าตอบแทนพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินสมทบประกันสังคม ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าใช้จ่ายไปราชการ ค่ารักษาพยาบาล เงินช่วยการศึกษาบุตร		
2	ค่าเสียหายบุคลากร (เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับโควิด 19)	616500.00	1669265.00
3	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด	4,008	144123585.8
4	ค่าใช้จ่ายการคัดกรองโควิด 19 ได้แก่ การตรวจ ATK /RT-PCR/Anti-Body	0	37682632
	<b>รวม</b>	460,136,364.30	631,743,688.26

## 2. ต้นทุนค่าวัสดุ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนค่าวัสดุ โรงพยาบาลบางพลี ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าวัสดุ

ลำดับ	ต้นทุนค่าวัสดุ		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการโควิด-19 ได้แก่ การจัดซื้อวัคซีน	-	112,542,750.92.-
	<b>รวม</b>		112,542,750.92.-

## 3. ต้นทุนค่าลงทุน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนค่าลงทุน โรงพยาบาลบางพลี ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าลงทุน

ลำดับ	ต้นทุนค่าลงทุน		
	ประเภท	ค่าลงทุน ปี 2563 จำนวน(บาท)	ค่าลงทุน ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	การจัดเตรียมสถานที่ทางกายภาพในการบริการผู้ป่วยโควิด		
	<b>รวม</b>		



ตารางที่ 4 แสดงจำนวนต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลบางพลี

รวมต้นทุนทางตรง			
ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)	รวม ปี 2563 และ ปี 2564
ต้นทุนค่าแรง	460136364.3	631,743,688.26	1,091,880,052.56
ต้นทุนค่าวัสดุ		112,542,750.92	112,542,750.92
ต้นทุนค่าลงทุน			
รวม	460136364.3	744286439.18	1,204,422,803.48

จากตารางที่ 4 พบว่า ต้นทุนค่าแรง มีค่ารวมเท่ากับ 1,091,880,052.56 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 112,542,750.92 บาท ดังนั้นต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลบางพลี ในปี 2563 และ 2564 มีค่าเท่ากับ 1,204,422,803.48 บาท

ตารางที่ 57 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พขอ.บางพลี

ปี	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19						ค่าใช้จ่ายรวม
	พขอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ						
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.)	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ	โรงพยาบาลรัฐ	องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น			
เทศบาลเมืองบางแก้ว				เทศบาลบางพลี	อบต.หนองปรือ		
2563	564,000	52,500	460,136,364	0	32,860	50,000	460,835,724
2564	450,725	129,500	744,286,439	98,054,163	7,459,248	486,507	850,866,582
<b>รวม</b>							<b>1,311,702,306</b>

ตารางที่ 58 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี)

ปีที่	ต้นทุนรวมของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	ผลตอบแทนรวม	
1/2563	460,835,724	-	-	-	-	-460,835,724.30
2/2564	850,866,582	569,131,146	204,926,031	19,173,400,360	19,947,457,537	19,096,590,955
<b>รวม</b>	1,311,702,306	569,131,146	204,926,031	19,173,400,360	19,947,457,537	18,635,755,231

ตารางที่ 59 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พขอ.บางพลี ในปี 2563-2564

โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3

ปีที่	ต้นทุนรวม ของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ	Disco unt Factor 3%	NPV	PV of Cost	PV of Benefit	BC Ratio
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถ เข้าถึงสู่ระบบ บริการ สาธารณสุขได้	อัตราการหาย จากโควิด-19 ภายหลังการ รักษาเพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับ วัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผล ให้ความรุนแรงของ โรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคม ในพื้นที่สามารถกลับ สู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	ผลตอบแทนรวม						
1/2563	460,835,724.30	-	-	-	-	-460,835,724.30	0.971	(447,471,488.30)	447,471,488.30		
2/2564	850,866,582.18	569,131,146	204,926,031	19,173,400,360	19,947,457,537	19,096,590,955	0.943	18,008,085,270.40	802,367,186.99	18,810,452,457.39	23.44
<b>รวม</b>	1,311,702,306.48	569,131,146	204,926,031	19,173,400,360	19,947,457,537	18,635,755,231		17,560,613,782.10	1,249,838,675.29	18,810,452,457.39	23.44

ตารางที่ 58 แสดงถึงการคำนวณการหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) และต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 เป็นงบประมาณทั้งสิ้น 1,311,702,306 บาท

โดยมีผลผลตอบแทนโครงการหลังหักค่า Dead Weight และ Attribution โดยพิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น คิดเป็นผลตอบแทนรวมในช่วงปี 2563-2564 อยู่ที่ 19,947,457,537 บาท และมีรายได้สุทธิจากการดำเนินโครงการอยู่ที่ 18,635,755,231 บาท

การคำนวณหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 17,560,613,782.10 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 23.44 เท่า ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยเปรียบเทียบระหว่างมูลค่าปัจจุบันสุทธิกับมูลค่างบประมาณที่ใช้ไป พบว่า งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พชอ.บางพลี จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.39 บาท

ตารางที่ 60 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.บางพลี

1. มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) (ปี 63-64)	17,560,613,782.10	
2.การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64)	23.44	
3.อัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64)	13.39 เท่า (ทุก 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.บางพลี จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.39 บาท)	
4. ประโยชน์ผู้มีส่วนได้เสีย/ปี		
- พขอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. อปท.	569,131,146	2.85
- ผู้ป่วย/ญาติ	204,926,031	1.03
- ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาคเกษตรกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะภาคบริการ การท่องเที่ยว และการค้า)	19,173,400,360	96.12
รวม	19,947,457,537	100

จากการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) บางพลี พบว่ามีมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ปี 2563-2564 อยู่ที่ 17,560,613,782.10 บาท การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64) อยู่ที่ 23.44 เท่า และอัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64) อยู่ที่ 13.39 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.บางพลีจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.39 บาท โดยผู้ได้รับประโยชน์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบไปด้วย (1) พขอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. และอปท. ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 569,131,146 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.85 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม (2) ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 204,926,031 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.03 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม และ (3) ภาคเกษตรกรรม ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม

ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม) ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 19,173,400,360 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 96.12 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม จะเห็นได้ว่าผลของการดำเนินงานในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพชอ. จะสร้างผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ทางสังคมกับภาคประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมในอัตราร้อยละ 96.12 ของมูลค่าผลตอบแทนรวมทั้งหมด

## บทที่ 9

### ผลการศึกษารับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

#### 9.1 ประเด็นการรับมือสถานการณ์โควิด-19 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

##### 9.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

###### ข้อมูลทั่วไป

อำเภอสองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี มีจำนวนประชากร รวม 110,301 คน โดยแบ่งเขตการปกครองเป็น 15 ตำบล 149 หมู่บ้าน ได้แก่ 1. สองพี่น้อง 2. บางเลน 3. บางบางตาเถร 4. บางตะเคียน 5. บ้านกุ่ม 6. หัวโพธิ์ 7. บางพลับ 8. เนินพระปรารักษ์ 9. บ้านช้าง 10. ต้นตาล 11. ศรีสำราญ 12. ทุ้งคอก 13. หนองบ่อ 14. บ่อสุพรรณ 15. ดอนมะนาว และมีการปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 16 แห่ง

###### หน่วยงานและสถานบริการด้านสาธารณสุขของอำเภอสองพี่น้อง

สถานบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ 1. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางพลี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัด จำนวน 25 แห่ง ดังนี้ 1. รพ.สต.บ้านไผ่โรงวัว 2. รพ.สต.บางพลับ 3. รพ.สต.บ้านย่านซื่อ 4. รพ.สต.หนองบ่อ 5. รพ.สต.บ้านหนองเฝ้า 6. รพ.สต.บ้านหัววัง 7. รพ.สต.ศรีสำราญ 8. รพ.สต.หัวโพธิ์ 9. รพ.สต.ทุ้งคอก 10. รพ.สต.ดอนมะนาว 11. รพ.สต.เนินพระปรารักษ์ 12. รพ.สต.ต้นตาล 13. รพ.สต.บางเลน 14. รพ.สต.บ้านช้าง 15. รพ.สต.บางตะเคียน 16. รพ.สต.บ้านกุ่ม 17. รพ.สต.บางตาเถร 18. รพ.สต.บ้านท่าไชย 19. รพ.สต.บ้านดอนกระเบื้อง 20. รพ.สต.บ้านลองตอง 21. รพ.สต.บ้านชื่อนก 22. รพ.สต.บางบางสะแก 23. รพ.สต.บ้านหนองกระทู้ 24. รพ.สต.บ้านบางเกตุ 25. สนอ.บ่อสุพรรณ

##### 9.1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสองพี่น้อง ได้มีคำสั่งแต่งตั้งและมีการดำเนินการตามนโยบายตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ให้เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมในการพัฒนา



และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคลครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิตและสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสองพี่น้อง มีจำนวน 22 คน ประกอบด้วย นายอำเภอสองพี่น้อง เป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 เป็นรองประธานกรรมการ สาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง เป็นเลขานุการ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง เป็นผู้ช่วยเลขานุการ มีผู้แทนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่
2. กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่
3. ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่กำหนด ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของภาครัฐ
4. สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบการในพื้นที่ เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนด
5. ประสานงานหรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น หรือ พชข. คณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชนหรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
7. ปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสองพี่น้อง ในปี พ.ศ. 2562-2565 ได้มีการกำหนด ดังต่อไปนี้

ปี พ.ศ.	ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต
2562	1. การแก้ไขปัญหาทางานอุบัติเหตุทางถนน 2. การแก้ไขปัญหาทางานป้องกันควบคุมวัณโรค 3. อาหารปลอดภัย 4. ปัญหาผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2563	1. การแก้ไขปัญหาทางานอุบัติเหตุทางถนน 2. การแก้ไขปัญหาทางานป้องกันควบคุมวัณโรค 3. อาหารปลอดภัย 4. ปัญหาผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5. การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
2564	1. การแก้ไขปัญหาทางานอุบัติเหตุทางถนน 2. พัฒนาการเด็กปฐมวัย 3. การดูแลกลุ่มเปราะบาง 4. การแก้ไขปัญหาทางานป้องกันควบคุมวัณโรค 5. อาหารปลอดภัย
2565	1. การแก้ไขปัญหาทางานป้องกันควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 2. การดูแลกลุ่มเปราะบาง

### 9.1.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 19 ในพื้นที่ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

พบว่าในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2563 - ปีพ.ศ. 2564 จำนวน 4,004 ราย โดยสามารถแบ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ออกเป็น 3 ระลอก ได้ดังนี้

#### การแพร่ระบาดระลอกที่ 1 เริ่มขึ้นในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563

พบผู้ติดเชื้อจำนวน 10 ราย เป็นการระบาดจากคลัสเตอร์ตลาดกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร

#### การแพร่ระบาดระลอกที่ 2 คลัสเตอร์ตลาดสด

ช่วงเดือนมีนาคมพ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อจำนวน 10 ราย เป็นการระบาดจากคลัสเตอร์ตลาดบางแคและตลาดสี่มุมเมือง

### การแพร่ระบาดระลอกที่ 3 คลัสเตอร์โรงงาน

การระบาดระลอกที่ 3 ในช่วงเดือนกรกฎาคมพ.ศ. 2564 เกิดคลัสเตอร์โรงงานหลายแห่ง มีผู้ติดเชื้อจำนวน 671 ราย โดยเกิดการแพร่ระบาดใน 3 โรงงาน คือ 1. บริษัทสปริงคิทเซ็น จำนวน 222 ราย แบ่งเป็นคนไทย 78 ราย แรงงานพม่า 144 ราย 2.บริษัทเอฟแอนด์เอฟฟู้ด จำนวน 402 ราย แบ่งเป็นคนไทย 109 ราย แรงงานพม่า 293 ราย และ 3. บริษัท PSI จำนวน 47 ราย เป็นคนไทยทั้งหมด

#### 9.1.4 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

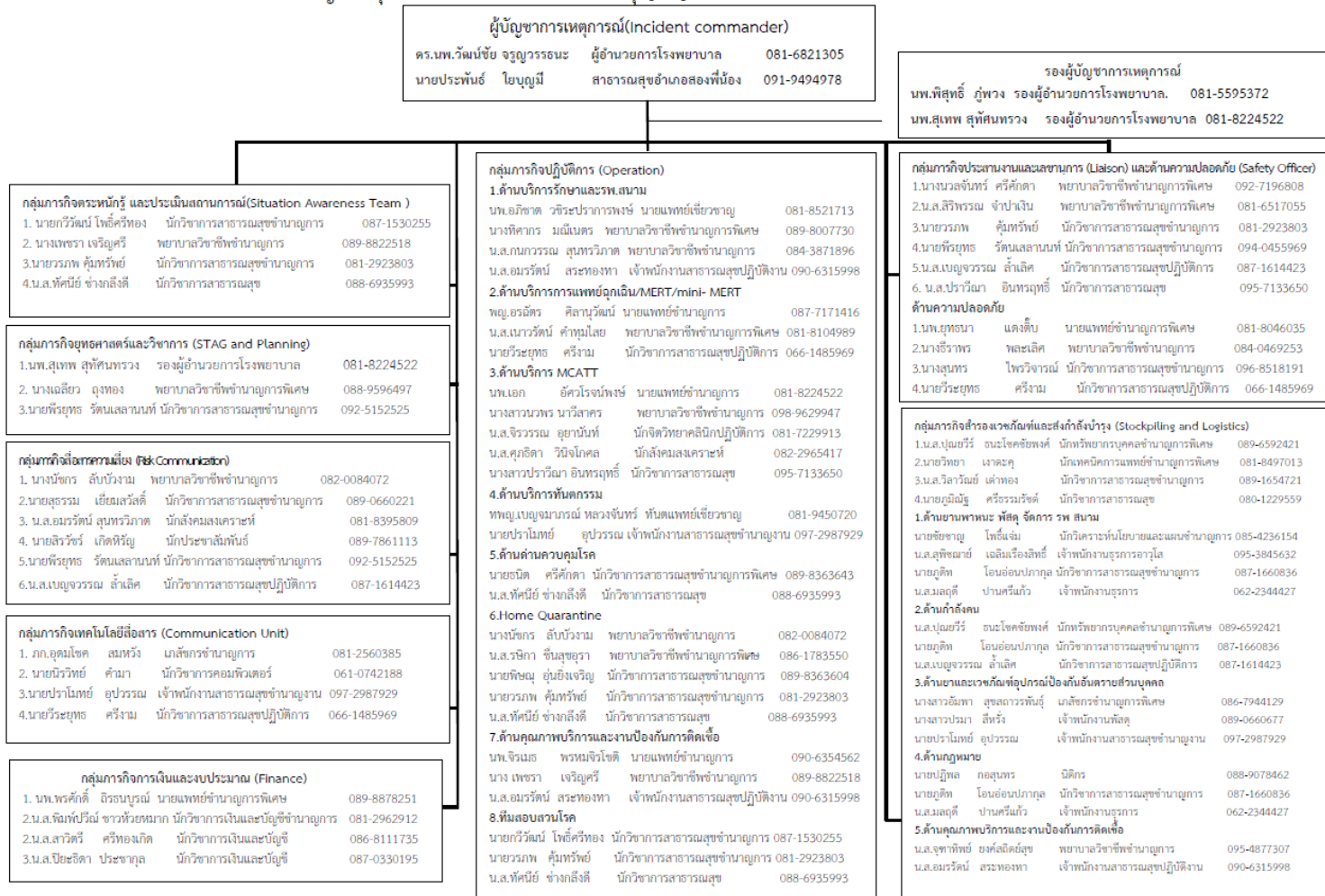
การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในพื้นที่ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรีได้มีการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัด จำนวน 25 แห่ง รวมทั้ง อสม. และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 16 แห่ง ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดโครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 ดังนี้

#### ตารางที่ 61 ศูนย์พักคอยในพื้นที่ อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี ปี พ.ศ.2564

ชื่อสถานที่ตั้ง	ประเภทสถานที่ตั้ง	จำนวนเตียง
1.วัดลาดบัวหอม	วัด/สถานที่ปฏิบัติธรรม/ศาสนสถาน	12
2.วัดย่านซื่อ	วัด/สถานที่ปฏิบัติธรรม/ศาสนสถาน	12
3.วัดบ้านโพธิ์	วัด/สถานที่ปฏิบัติธรรม/ศาสนสถาน	20
4.วัดศรีเฉลิมเขต	วัด/สถานที่ปฏิบัติธรรม/ศาสนสถาน	50
5.อบต.บางตะเคียน	สถานที่ราชการ/บ้านพักข้าราชการ	8
6.โรงแรมสองวิวิธอร์ท	โรงแรม/รีสอร์ท/หอพัก	36
7.วัดเนินมะปรางค์	วัด/สถานที่ปฏิบัติธรรม/ศาสนสถาน	30
8.อบต.หนองบ่อ	สถานที่ราชการ/บ้านพักข้าราชการ	48
9.โรงเรียนบางลี่วิทยา	สถานศึกษา	100
	จำนวนเตียงรวม	316

ภาพที่ 14 โครงสร้างการบริหารจัดการโควิด-19 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

ผังโครงสร้างระบบบัญชาเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข[ICS] คปสอ.สองพี่น้อง กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 ปีงบประมาณ 2565



### 9.1.5 แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการทำงานร่วมกันทั้งการกำหนดยุทธศาสตร์ และมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมาตรการป้องกันและดูแลบุคลากรในหน่วยงาน ตลอดจนมาตรการการสอบสวนโรค และการคาดการณ์การแพร่ระบาดเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดการโรค

- ด้านการเงิน มีหน้าที่ตรวจสอบงบประมาณดำเนินงานในเรื่องต่าง ๆ การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ การบันทึกข้อมูลการเก็บฐานข้อมูล เพื่อสรุปผลกลับไปทาง สปสช.
- ภาคเอกชนและภาคประชาชนที่ให้การสนับสนุนทั้งในรูปของเงิน คน สิ่งของ และสถานที่เพื่อรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (cohort ward) โรงพยาบาลสนาม (Field hospital) จำนวน 3 แห่ง ศูนย์พักคอย (Community Isolation; CI) จำนวน 9 แห่ง (ดังแสดงในตาราง) และการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation; HI) เพื่อเป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีผลตรวจ RT-PCR เป็นบวกได้อย่างทั่วถึง
- มีการให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมาย การให้บริการตรวจคัดกรอง ATK และการตรวจยืนยันด้วย RT-PCR ตลอดจนมีการให้ความรู้ การรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักและสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

## 9.2 การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

### ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Identify key stakeholders)

ในขั้นตอนแรกของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมต่อการดำเนินงานการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (key stakeholders) จำเป็นต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ (Stakeholders Analysis) กลุ่มสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่

- (1) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (primary stakeholders)
  - (2) ผู้มีส่วนได้เสียรอง (secondary stakeholders)
- โดยคำนึงถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจาก 2 ประเด็นหลัก คือ
- (1) ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
  - (2) การมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

โดยในการรับมือสถานการณ์โควิด-19 พชอ. อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 12 กลุ่ม ได้แก่ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 62 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พขอ.สองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	หน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
2	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	อาสาสมัครดำเนินการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ชุมชน และประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	หน่วยงานหลักในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ และสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงการสร้างความตระหนักแก่ชุมชน
4	โรงพยาบาล	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคในระดับอำเภอ รวมถึงการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)	หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบล
6	ภาคประชาชน	บริจาคทรัพยากรทางการเงินและสิ่งของที่จำเป็น
7	เจ้าหน้าที่ตำรวจ	หน่วยงานหลักในการปราบปรามการกระทำผิดและควบคุมโรคตามมาตรการควบคุมโรค และการดูแลให้บริการประชาชน
8	เกษตรกรอำเภอ	หน่วยงานที่สร้างความมั่นคงทางอาชีพแก่เกษตรกร เน้นการให้ความรู้และสนับสนุนปัจจัยการผลิต
9	ชมรมตลาด	กลุ่มภาคเอกชนช่วยสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์ ตลอดจนสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น
10	โรงเรียนเอกชน	หน่วยงานสร้างความรู้ความเข้าใจ รวมถึงการดูแลความปลอดภัยและสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับของนักเรียน
11	โรงเรียนรัฐบาล	หน่วยงานสร้างความรู้ความเข้าใจ และการดูแลและป้องกันในเชิงรุกแก่นักเรียน รวมถึงการจัดหาทรัพยากรที่สำคัญแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท
12	กลุ่มจิตอาสา/ผู้นำชุมชน	กลุ่มที่สนับสนุนการทำงานของ อสม. และหน่วยงานต่าง ๆ โดยเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ การเฝ้าระวังและควบคุมโรค และรักษาความปลอดภัย

โดยบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละกลุ่ม สามารถสรุปดังตารางต่อไปนี้

### ตารางที่ 63 ประเด็นพิจารณาการวัดผลลัพธ์ทางสังคมของผู้มีส่วนได้เสีย

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเครือข่าย</li> <li>- สนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญแก่หน่วยงานและประชาชนที่เดือดร้อน และช่วยเหลือผ่าน HI</li> <li>- จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม</li> <li>- ประชาสัมพันธ์ และสร้างช่องทางบริจาคผ่าน “โครงการธารน้ำใจสู้ภัยโควิด”</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะกลไกหลักในการให้ความช่วยเหลือ ประสานงาน และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ สามารถเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่
2	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนและประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข อปท. รพ.สต. และชุมชน</li> <li>- รายงานข้อมูลด้านสาธารณสุข</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะผู้ประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในพื้นที่ รวมถึงดูแลให้ประชาชนและกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรการป้องกันโควิด-19
3	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนด้านทรัพยากรงบประมาณ เช่น สิ่งของอุปโภคและบริโภค ถูยั้งชีพ</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็นกลไกการปกครองที่สำคัญในการจัดการโควิดในพื้นที่ และเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการ

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้ให้แก่ชุมชน เช่น รณรงค์และประชาสัมพันธ์</li> <li>- ดำเนินตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน เช่น การรับส่งผู้ป่วย การพ่นยาฆ่าเชื้อโรค ล้างตลาด การตรวจคัดกรอง รวมถึงดูแลความปลอดภัย ณ โรงพยาบาลสนาม</li> <li>- ประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ เพื่อตรวจคัดกรองโรค และดูแลอาหารและถุงยังชีพ</li> <li>- การตั้งศูนย์พักคอย</li> </ul>	<p>ดำเนินงานของ พชอ. โดยตรงไม่ว่าจะเป็นบุคลากร ข้อมูล ทรัพยากรทางการแพทย์ สิ่งอุปโภคและบริโภค ยานพาหนะในการรับส่งผู้ป่วย รวมทั้งงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่สำคัญคือเป็นแกนกลางในการเชื่อมประสานกับทุกหน่วยงานและภาคประชาชนในพื้นที่</p>
4	โรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยติดเชื้อ และบริการทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองโรค</li> <li>- สนับสนุนโรงพยาบาลสนาม เจ้าหน้าที่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น วัสดุ อุปกรณ์ ชุด PPE</li> <li>- การจัดฝึกรวม</li> </ul>	<p>ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19</p>
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และให้บริการวัคซีน และตรวจ ATK เชิงรุก เก็บเชื้อส่งตรวจ PCR</li> <li>- สอบสวนโรค และส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา</li> </ul>	<p>ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งทำให้เกิดกลไกการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ เชื่อมต่อ ในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19</p>



ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการ วัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะ อะไร
		- ตั้งด่าน และส่งเจ้าหน้าที่ สนับสนุนในที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลสนาม CI ด่าน	
6	ภาคประชาชน	- ให้งบประมาณสนับสนุน และ บริจาคสิ่งของ เครื่องอุปโภค บริโภค และอาหาร	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็น เป็นกลุ่มที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน ของเจ้าหน้าที่ และประชาชนที่ เดือดร้อน
7	เจ้าหน้าที่ตำรวจ	- การตั้งด่านเพื่อป้องกันและเฝ้า ระวังโรค - ดูแลและควบคุมการปฏิบัติตาม มาตรการของประชาชนในพื้นที่ - เตรียมยาพาหนะสำรองในการ รับส่งผู้ป่วย	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจากเป็น เป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลด้าน ความปลอดภัยมาตรการของรัฐใน พื้นที่ และดูแลสวัสดิภาพของ ประชาชนโดยตรง
8	เกษตรกรอำเภอ	- สนับสนุนต้นทุน ให้เฉพาะ อาสาสมัครเกษตรกร - ส่งเสริมอาชีพผ่านโครงการฟ้า ทลายโจร เพื่อเป็นแปลงสาธิต - สนับสนุนงบประมาณและปัจจัย การผลิต และความรู้ให้กลุ่ม เกษตรกรแปลงใหญ่	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็น หน่วยงานภาครัฐที่ส่งเสริมการ รวมกลุ่มเกษตรกรมาโดยตลอดและ ให้การสนับสนุนกลุ่มเกษตรกรอย่าง ต่อเนื่อง ย่อมมีความใกล้ชิดและ เข้าถึงกลุ่มเกษตรกรได้ทั่วถึง
9	ชมรมตลาด	- การบริจาคสิ่งของที่เป็น เช่น ยาเพิ่มความชุ่มชื้นให้ปอด 10 ข้าวสาร อาหารแห้ง และสิ่งของ ที่เป็นแก่โรงพยาบาลสนาม - บริจาคงบประมาณสนับสนุนให้ หน่วยงานทางการแพทย์	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็น กลุ่มภาคเอกชนที่มีส่วนสำคัญในการ ให้สิ่งของที่เป็นแก่การปฏิบัติงาน ของหน่วยงานต่าง ๆ
11	โรงเรียนเอกชน	- การตรวจคัดกรองนักเรียน	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็น แกนกลางในการประสานความ

ลำดับ	ผู้มีส่วนได้เสีย	การมีส่วนร่วม/ส่วนเกี่ยวข้อง	ควรรวมเข้ามาพิจารณาในการวัดผลลัพธ์ทางสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีมาตรการเชิงรุกและเชิงรับในโรงเรียน</li> <li>- สร้างความรู้และความตระหนักแก่นักเรียน</li> </ul>	ร่วมมือ สร้างความตระหนักและความรู้ และจากนักเรียนและผู้ปกครอง ตลอดจนยังเป็นหน่วยงานการป้องกันโรค โดยการช่วยตรวจคัดกรองเบื้องต้น
12	โรงเรียนรัฐบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มาตรการเชิงรุกในการตรวจคัดกรองนักเรียน</li> <li>- บริจาคปันสุข</li> <li>- สร้างความรู้และความตระหนักผ่านการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ และเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้แก่นักเรียน</li> <li>- การบริจาคทรัพยากรให้หน่วยงานต่าง ๆ</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็นแกนกลางในการประสานความร่วมมือ สร้างความตระหนักและความรู้ และจากนักเรียนและผู้ปกครอง ตลอดจนยังเป็นหน่วยงานการป้องกันโรค โดยการช่วยตรวจคัดกรองเบื้องต้น
13	กลุ่มจิตอาสา/ผู้นำชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มาตรการเชิงรุกในการค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง</li> <li>- รวบรวมกำลังคน เพื่อจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม</li> <li>- ขอรับบริจาคจากเงินทุกภาคส่วน ยอดบริจาค 1,848,021 บาท และรับบริจาคสิ่งของอุปโภค-บริโภค</li> </ul>	ควรนำมาพิจารณาเนื่องจาก เป็นกลุ่มภาคประชาชนที่เน้นไปที่ผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นกลไกหลักในการเชื่อมโยงกับประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ

จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสำคัญต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้เสีย และการมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยสามารถสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการ ในตาราง Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 64 Matrix ความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิทธิพลและความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย

ปัจจัย		การมีอิทธิพล	
		น้อย	มาก
ความสำคัญ	มาก	<u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลน้อย (Keep informed)</u> - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (P) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) (K) - เกษตรอำเภอ (P) - เจ้าหน้าที่ตำรวจ (P) - กลุ่มจิตอาสา/ผู้นำชุมชน (P)	<u>ความสำคัญมาก/อิทธิพลมาก (Key players)</u> - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (K) - โรงพยาบาล (K) - องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) (K)
	น้อย	<u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลน้อย (Minimal effort)</u> - ชมรมตลาด (S) - โรงเรียนเอกชน (S) - โรงเรียนรัฐบาล (S) - ภาคประชาชน (P)	<u>ความสำคัญน้อย/อิทธิพลมาก (Keep Satisfied)</u> -

จากตารางในข้างต้น สรุปได้ว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก และมีอิทธิพลมากในการขับเคลื่อนประเด็น การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบไปด้วย 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพราะเป็นผู้กำหนดแผนและเป้าหมายในการขับเคลื่อนการดำเนินการทางสาธารณสุข 2) โรงพยาบาล และ 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./อบจ.) เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร ตลอดจนการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่มีความสำคัญมาก แต่มีอิทธิพลน้อยในการดำเนินโครงการคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสนับสนุนสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลและประสานงานระหว่างหน่วยงานและประชาชนได้อย่างครอบคลุมในพื้นที่ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

เนื่องจากเป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านการให้บริการทางการแพทย์ และสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร และเครือข่ายที่ทำงานอย่างเชื่อมต่อการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ 3) เกษตรอำเภอ เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่ทำให้เกิดการดูแลเกษตรกรผู้เดือดร้อนอย่างครอบคลุม 4) เจ้าหน้าที่ตำรวจ อาจไม่ใช่ผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง แต่ก็จำเป็นบทบาทในการเป็นกลุ่มที่ดำเนินงานในด้านความมั่นคงเป็นหลัก และสร้างความปลอดภัยตามมาตรการของรัฐให้แก่ท้องที่ และ 5) กลุ่มจิตอาสา/ผู้นำชุมชน เป็นกลุ่มสนับสนุนการทำงานของ อสม. และหน่วยงานต่าง ๆ เป็นหลักแม้ว่าจะไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข แต่นับว่ามีส่วนในการให้ความรู้แก่ประชาชนและประสานงานเป็นอย่างดี

กลุ่มที่มีความสำคัญน้อย มีอิทธิพลน้อย ได้แก่ 1) ชมรมตลาด และ 2) ภาคประชาชน ทั้งสองกลุ่มเป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในอำเภอ ทั้งงบประมาณ ปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ทั้งต่อหน่วยงานและประชาชนที่เดือดร้อน 3) โรงเรียนเอกชน 4) โรงเรียนรัฐบาล ทั้งสองกลุ่มเป็นกลุ่มที่เน้นการสร้างความตระหนักแก่นักเรียน และตรวจเชิงรุกในโรงเรียน ซึ่งอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการขับเคลื่อนงานทางสาธารณสุข

ดังนั้น เมื่อสรุปผู้มีส่วนได้เสียกับโครง (Stakeholders Analysis) ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคระบาดโควิด-19 พขอ. สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี สามารถจำแนกใน 3 กลุ่มสำคัญ ดังนี้

(1) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก (Key stakeholders) ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) 2) โรงพยาบาล (เทศบาล/อบต.) 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(2) ผู้มีส่วนได้เสียขั้นพื้นฐาน (Primary stakeholders) ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) เกษตรอำเภอ 3) เจ้าหน้าที่ตำรวจ 4) กลุ่มจิตอาสา/ผู้นำชุมชน และ 5) ภาคประชาชน

(3) ผู้มีส่วนได้เสียน้อย (Secondary stakeholders) ได้แก่ 1) ชมรมตลาด 2) โรงเรียนเอกชน และ 3) โรงเรียนรัฐบาล

## ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping Outcomes)

จากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยการจัดสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น ทศนคตที่มีต่อโครงการร่วมกัน แล้วหาข้อสรุปผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่ม โดยการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้า (Input) ผ่านกระบวนการกิจกรรม (Activities) ไปสู่ผลผลิต (Output) ที่มองเห็นได้ สามารถวัดได้ว่าเป็นรูปธรรม ซึ่งจะแสดงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงาน (Outcome/Impact) โดยในประเด็นการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พขอ. อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 65: แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes) ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พขอ. สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลลัพธ์	ผลผลิต
<p>1. โรงพยาบาล</p> <p>- โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ ๑๗</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohort ward 160 เตียง รongรับได้ถึง 200 เตียง</li> <li>- โรงพยาบาลสนาม 3 แห่ง               <ol style="list-style-type: none"> <li>1)รพ.สนามวัดรางสะแกสูง 110 เตียง (ปี 64)</li> <li>2)รพ.สนามศลีรีสอร์ท (กค. - กย. ปี 64) 236 เตียง</li> <li>3)โรงงานไก่ 300 เตียง (ปี 65) รพ.สนามวัดท่าจืด (พย. ปี64) 200 เตียง</li> </ol> </li> <li>- ให้บริการวัคซีน</li> <li>- ตรวจคัดกรอง ATK</li> <li>- RT-PCR</li> <li>- HI</li> <li>รพสต. 14 แห่ง</li> <li>เทศบาล 1 แห่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-วัสดุ อุปกรณ์ ชุด PPE ได้จากงบ สปสช.และประชาชนบริจาค</li> <li>-บุคลากร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 60 คน</li> <li>- จำนวนผู้ได้รับวัคซีน</li> <li>- จนท.ได้รับการอบรม</li> <li>- อสม.ได้รับการอบรม</li> <li>- จำนวนคนไข้ที่ได้รับการตรวจ RT-PCR ได้รับการรักษา 100%</li> <li>- จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและผู้ผ่านการสอบสวนโรคได้รับการดูแลเฝ้าระวัง HQ CQ</li> <li>- ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อเสียชีวิตที่บ้านและในชุมชน</li> <li>- จำนวนผู้รับวัคซีน(ขาดแคลนวัคซีน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ</li> <li>-ร้อยละคนไข้ที่ได้รับการตรวจ RT-PCR ได้รับการรักษา 100%</li> <li>-ร้อยละผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้รับการดูแล/เข้าถึงบริการ</li> <li>-อัตราการเข้าถึงการฉีดวัคซีน</li> <li>-อัตราการรับวัคซีนกลุ่มประชาชนทั่วไป และ กลุ่ม 608</li> <li>-ผู้ป่วยที่มีผล ATK+RT-PCR positive เข้าสู่ระบบบริการ 100%</li> <li>-อัตราการตาย ร้อยละของผู้ติดเชื้อ</li> </ul>

ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลลัพธ์	ผลผลิต
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Training (PPE/CPE/ATK) เพื่อชี้แจงนโยบายจัดทำแผนรพ.อบรม จนท.สธ จนท.อบรม อสม.</li> <li>- ประชาสัมพันธ์</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการรับวัคซีนกลุ่มประชาชนทั่วไป และ กลุ่ม 608</li> <li>- อัตราการเสียชีวิตของกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่ม 608</li> <li>- ระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับบริการ (สีแดง)</li> <li>- ประชาชนมีความตระหนักในการตรวจคัดกรอง ATK</li> <li>- ประชาชนมีความรู้</li> <li>- เจ้าหน้าที่ มีความรู้</li> <li>- สุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข</li> </ul>
<p>2. ท้องถิ่นอปท. เทศบาลตำบล 1 แห่ง เทศบาลเมือง 1 แห่ง อบต. 14 แห่ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การจัดตั้งศูนย์พักคอย CI 9 แห่ง</li> <li>-การจัดตั้ง CQ เทศบาลตำบลทุ่งคอก(ปี 64) จำนวน 35 เตียง</li> <li>-ล้างตลาด นีดยาฆ่าเชื้อ 2 สัปดาห์/ครั้ง</li> </ul>	งบประมาณ	ประชาชนมีความเชื่อมั่น	CI ที่มีประสิทธิภาพ

ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลลัพธ์	ผลผลิต
	->>การตรวจคัดกรองหน่วยงาน โรงเรียน รพสต. ->> การรณรงค์ ทำป้ายประชาสัมพันธ์ -สนับสนุนเครื่องอุปโภค บริโภค -บริการรับส่งผู้ป่วย -สนับสนุนบุคลากรดูแลความปลอดภัย โรงพยาบาลสนาม -นำส่งผู้ติดเชื้อ(positive) ไปยัง โรงพยาบาล -ดูแลเรื่องอาหาร ถูยั้งชีพที่ CQ สองวิ รีสอร์ท			
3.ประชาชน	บริจาคสิ่งของ เครื่องอุปโภค บริโภค บริจาคอาหาร บริจาคเงิน			
4.เจ้าหน้าที่ตำรวจ	- ตั้งด่าน - ดูแลและควบคุมการปฏิบัติตาม มาตรการดูแลประชาชนในพื้นที่ - เตรียมรถสำรองในการรับส่งผู้ป่วย	งบประมาณสำนักงานตำรวจ แห่งชาติ และภายในอำเภอ		

ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลลัพธ์	ผลผลิต
5.เกษตรอำเภอ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนต้นพันธุ์ ให้เฉพาะอาสาสมัครเกษตร</li> <li>- ส่งเสริมอาชีพผ่านโครงการฟ้าหลายใจ เพื่อเป็นแปลงสาธิต</li> <li>- สนับสนุนปัจจัยการผลิตและความรู้กลุ่มเกษตรแปลงใหญ่</li> </ul>	3 ล้านบาท ต่อกลุ่ม มีทั้งหมด 2 กลุ่ม ข้าวและผัก		
6.พขอ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโควิด, ช่องทางการบริจาคโครงการธารน้ำใจสู้ภัยโควิด</li> <li>- จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม</li> <li>- การช่วยเหลือ HI</li> </ul>	งบจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม วัดรางสแกสูง 1.8 ล้านบาท คงเหลือ 2.9 แสน		
7.ภาคเอกชน (ชมรมตลาด)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริจาคยาเพิ่มความชุ่มชื้นให้ปอด 522 ขวด ขวดละ 100 บาท</li> <li>ข้าวสาร 4 กระสอบ อาหารแห้ง</li> <li>ของใช้จำเป็น ให้ รพ.สนามและศูนย์พักคอย</li> </ul>	ยอดบริจาคประมาณ 7 หมื่น		



ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลลัพธ์	ผลผลิต
8. โรงเรียนเอกชน	มีการตรวจคัดกรองนักเรียน			
9. ผู้นำชุมชน	>>ค้นหา ฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง รวบรวมกำลังคน เพื่อจัดตั้งโรงพยาบาล สนาม - ขอรับบริจาคจากเงินทุกภาคส่วน ยอด บริจาค 1,848,021 บาท และรับบริจาค เครื่องอุปโภค บริโภค			
10. รพสต. /อสม.	เก็บเชื้อส่งตรวจ PCR ตรวจคัดกรอง ATK ตั้งด่าน ส่งเจ้าหน้าที่สนับสนุน (ด่านถนน , CQ, CI, รพ.สนาม) เวรด่าน/ เวน รพ.สนาม	ได้รับการบริจาคจาก ประชาชน ออกซิเจน 8 เครื่อง, ชุด PPE  ได้รับการสนับสนุนจาก งบประมาณท้องถิ่น		
11. โรงเรียนประถม รัฐบาล	เชิญ รพสต. ให้ความรู้ในโรงเรียน	สนับสนุนจากเทศบาล สสจ.		

ผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	ผลลัพธ์	ผลผลิต
12. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ เพื่อการเกษตร	เปิดบัญชี ธารน้ำใจสู้ภัยโควิด	ยอดรับบริจาคเงิน 1,550,000 บาท		

### ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและการประมาณการเป็นมูลค่า (Evidencing outcomes and the availability)

สำหรับขั้นตอนที่สาม ในการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยชี้ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน (Theory of Change) ที่เข้าร่วมการขับเคลื่อนการดำเนินการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยหลังจากที่ได้ “แผนที่ผลลัพธ์” เพื่อทำความเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เป็นผลจากกิจกรรมในการดำเนินโครงการ ในขั้นตอนนี้คือ การทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการวัดผลลัพธ์ทางสังคมของ พชอ. อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ สามารถสรุปแผนที่ผลลัพธ์ได้ดังนี้

กลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัด
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาล</li> <li>2. ท้องถิ่น</li> <li>3. ประชาชน</li> <li>4. เจ้าหน้าที่ตำรวจ</li> <li>5. เกษตรอำเภอ</li> <li>6. พชอ.</li> <li>7. ภาคเอกชน (ชมรมตลาด)</li> <li>8. โรงเรียนเอกชน</li> <li>9. ผู้นำชุมชน</li> <li>10. รพสต. /อสม.</li> <li>11. โรงเรียนประถม รัฐบาล</li> </ol>	<p>- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้</p>	<p>- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100</p> <p>- ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว</p> <p>ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)</p>	<p>- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนลดลง</li> <li>- อัตราการตายต่ำ</li> </ul>	<p>ระยะเวลาในการรักษาลดลง ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยการแปลงค่าเป็นเงินคิดจาก ผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำรายเดือนในพื้นที่อำเภอสองพี่น้องที่ 340</p>

กลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย	ผลลัพธ์ร่วม	ตัวชี้วัด	วิธีการวัด
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิดเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดน้อย</li> <li>- อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น</li> </ul>		บาท (ข้อมูลอัตราค่าแรงขั้นต่ำจังหวัดสุพรรณบุรี ณ ปี 2564)
	อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง	มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง โดยคิดจาก 15.07% ของ GPP รวมจังหวัดสุพรรณบุรีในปีฐาน 2562

ตารางที่ 66 แผนที่ผลลัพธ์ พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

#### ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ (Establishing Impact)

เพื่อให้การประเมินผลตอบแทนทางสังคมในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความเที่ยงตรง โดยเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการของคณะกรรมการ พชอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในขั้นตอนที่ 4 ก่อนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution)
- ผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจเกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่มีโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ไม่มีหน่วยงานมาขับเคลื่อน ผลลัพธ์ก็จะมีทิศทางที่ดีขึ้น อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียดำเนินการเอง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้นเอื้อประโยชน์

จากขั้นตอนที่ 3 ในการทบทวนผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการ โดยจากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปความคิดเห็นร่วมกันของผู้มีส่วนได้เสียในรูปอัตราร้อยละของการให้ค่าน้ำหนัก การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) ที่เกิดจากการดำเนินงานว่าถึงแม้ไม่มีโครงการนี้ก็เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว และอัตราร้อยละของปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์บางส่วนอาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) แล้วร่วมกันเลือกตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความเชื่อมโยงของพันธกิจและบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปของตัวเงินได้ โดยสามารถสรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ดังนี้

ตารางที่ 67 การพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้ พ.ชอ.สองพี่น้อง

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	- ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ร้อยละ 100 - ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่มีผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว ที่มา: แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย โดยอำเภอสองพี่น้อง มีจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 จำนวน 4,004 ราย คิดเป็น $4,004 * 28,940 = 115,875,760$ บาท	-	115,875,760	10	104,288,184	104,288,184
อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ	ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ คิดจากจำนวนอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูล	-	53,182,800	10	47,864,520	47,864,520

ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
		<p>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)</p> <p>โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการหายป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 คิดเป็น 3,940 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยที่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติในรายปี โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอสองพี่น้องที่ 340 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า <math>5,214 * 340 * 30 = 53,182,800</math> บาท</p>					
ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น		<p>-มูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง โดยคิดจาก 15.07% ของ GPP รวมจังหวัดสุพรรณบุรีในปีฐาน 2562 คิดเป็น 13,758,005,800 บาท</p>	60	5,503,202,320	50	2,751,601,160	2,751,601,160



ผลลัพธ์ (Outcomes /Impacts)	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Proxies)	Dead Weight		Attribution		มูลค่ารวม (บาท)
			ร้อยละ	คงเหลือ	ร้อยละ	คงเหลือ	
							2,903,753,864

จากตารางที่ 66 แสดงถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม วิธีการวัด และผลการคำนวณผลลัพธ์ทางสังคมตามตัวชี้วัด เมื่อหักผลกระทบส่วนเกิน และผลลัพธ์บางส่วนที่อาจเกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1) ผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ร้อยละ 100 โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีอาการน้อยได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยและได้รับการรักษาโดยเร็ว รัฐจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละ 28,940 บาทต่อราย (แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ โดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) จึงอยู่ที่ 104,288,184 บาท

## 2) ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณจากจำนวนอัตราผู้ป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศที่ต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ตามข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็น

บวกในประเทศไทย ดังนั้นอัตราการหายป่วยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.4 จากจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 63-64 โดยในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง คิดเป็น 3,940 ราย จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด 4,004 ราย และเมื่อคิดผลตอบแทนขั้นต่ำของผู้ป่วยในระหว่างการรักษา โดยคิดจากผลตอบแทนขั้นต่ำจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำในพื้นที่อำเภอสองพี่น้องที่ 340 บาท ดังนั้น คิดเป็นมูลค่า 53,182,800 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 0 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีกลไกในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 10 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่มีอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้นโดยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) จึงอยู่ที่ 47,864,520 บาท

### **3) ผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น**

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น โดยมีการดำเนินการกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในภาวะปกติได้ โดยกำหนดวิธีการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) จากการคำนวณมูลค่าเศรษฐกิจโดยรวมในพื้นที่อำเภอสองพี่น้องโดยคิดจากร้อยละ 15.07 ของ GPP รวมจังหวัดสุพรรณบุรีในปีฐาน (ปีพ.ศ.2562) คิดเป็น 13,758,005,800 บาท

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าในการพิจารณาผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมกลับสู่ภาวะปกติได้นั้น ส่วนหนึ่ง มาจากการปรับตัวของภาคเอกชน และประชาชน

ในการรับมือกับสภาวะเศรษฐกิจในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานด้านเศรษฐกิจที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ ดังนั้นการหักผลลัพธ์และผลกระทบส่วนเกิน (deadweight) จึงอยู่ที่ร้อยละ 60 และพิจารณาหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ซึ่งในประเด็นนี้มีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีหน้าที่รับผิดชอบในการบรรเทาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่อยู่ จึงหักผลลัพธ์บางส่วนที่เกิดจากการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น (attribution) ที่ร้อยละ 50 มูลค่ารวมที่เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ตลอดจนการดำเนินการในการฉีดวัคซีน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลงส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 จึงอยู่ที่ 2,751,601,160 บาท

### ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมต่อโครงการ (Calculating the SROI)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยการพิจารณาจากงบประมาณที่ใช้ในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 และผลตอบแทนโครงการที่เกิดขึ้นในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3 ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI) โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

#### ผลการวิเคราะห์ต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

ต้นทุนของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 (ขนาด 210 เตียง) จำแนกเป็น ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ดังแสดงในตาราง

##### 1. ต้นทุนค่าแรง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนค่าแรง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าแรง

ลำดับ	ต้นทุนค่าแรง		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	เงินเดือนข้าราชการ ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว		

	เงินเดือนพนักงานราชการ เงินประจำตำแหน่ง เงินตอบแทนฯ เต็มขั้น ค่าครองชีพข้าราชการ ค่าครองชีพลูกจ้างประจำ ค่าครองชีพพนักงานราชการ เงิน พตส. ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาและวันหยุดราชการ เงินค่าตอบแทนพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินสมทบประกันสังคม ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าใช้จ่ายไปราชการ ค่ารักษาพยาบาล เงินช่วยการศึกษาบุตร	482,491,649.10	470,681,615.70
2	ค่าเสี่ยงภัยบุคลากร (เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับโควิด 19)	0	16,146,125.00
3	ค่าเวรในการปฏิบัติหน้าที่	0	886,446.00
4	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด	0	60,393,409.40
5	ค่าใช้จ่ายการคัดกรองโควิด 19 ได้แก่ การตรวจ ATK /RT-PCR/Anti-Body	72,000.00	11,476,500.00
	<b>รวม</b>	482,563,649.10	559,584,096.10

## 2. ต้นทุนค่าวัสดุ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนค่าวัสดุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าวัสดุ

ลำดับ	ต้นทุนค่าวัสดุ		
	ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	-	12,731,300.00
	รวม	-	12,731,300.00

## 3. ต้นทุนค่าลงทุน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนค่าลงทุน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามประเภทค่าลงทุน

ลำดับ	ต้นทุนค่าลงทุน		
	ประเภท	ค่าลงทุน ปี 2563 จำนวน(บาท)	ค่าลงทุน ปี 2564 จำนวน(บาท)
1	การจัดเตรียมสถานที่ทางกายภาพในการบริการผู้ป่วยโควิด	500,000.00	100,000.00
	รวม	500,000.00	100,000.00

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

รวมต้นทุนทางตรง			
ประเภท	ปี 2563 จำนวน(บาท)	ปี 2564 จำนวน(บาท)	รวม ปี 2563 และ ปี 2564
ต้นทุนค่าแรง	482563649.1	559584096.1	1,042,147,745.20
ต้นทุนค่าวัสดุ		12,731,300.00	12,731,300.00
ต้นทุนค่าลงทุน	500000	100000	600,000.00
รวม	483063649.1	572415396.10	1,055,479,045.20

จากตารางที่ 4 พบว่า ต้นทุนค่าแรง มีค่ารวมเท่ากับ 1,042,147,745.20 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 12,731,300.00 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 600,000.00 บาท ดังนั้นต้นทุนรวมทางตรงของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ในปี 2563 และ 2564 มีค่าเท่ากับ 1,055,479,045.20 บาท



ตารางที่ 68 แสดงต้นทุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายใต้ พชอ.สองพี่น้อง

ปี	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี				ค่าใช้จ่ายรวม
	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.)	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ	โรงพยาบาลรัฐ	องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	
2563	-	-	483,063,649.10	525,240.00	483,588,889
2564	12,075,200	2,501,490	572,415,396.10	3,730,910	590,722,996
<b>รวม</b>					<b>1,074,311,885</b>

ตารางที่ 69 แสดงถึงต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการ  
การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง)

ปีที่	ต้นทุนรวมของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้	อัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น	ผลตอบแทนรวม	
1/2563	483,588,889.10	-	-	-	-	-483,588,889.10
2/2564	590,722,996.10	104,288,184	47,864,520	2,751,601,160	2,903,753,864	2,313,030,867.91
รวม	1,074,311,885.20	104,288,184	47,864,520	2,751,601,160	2,903,753,864	1,829,441,978.81

ตารางที่ 70 การคำนวณหาค่า NPV และ B/C Ratio การจัดสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้ พขอ.สองพี่น้อง ในปี 2563-2564

โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3

ปีที่	ต้นทุนรวม ของโครงการ	ผลตอบแทนโครงการ หลังหักค่า Dead Weight และ Attribution				รวมรายได้สุทธิ	Disco unt Factor 3%	NPV	PV of Cost	PV of Benefit	BC Ratio
		ผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT- PCR positive สามารถเข้าถึงผู้ ระบบบริการ สาธารณสุขได้	อัตราการ หายจากโค วิด-19 ภายหลัง การรักษา เพิ่มขึ้น	อัตราการได้รับ วัคซีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความ รุนแรงของโรคโค วิด-19 ลดลง เศรษฐกิจและ สังคมในพื้นที่ สามารถกลับสู่ ภาวะปกติได้เร็ว ขึ้น	ผลตอบแทน รวม						
1/256 3	1,233,951	-	-	-	-	-1,233,951	0.971	-1198166.42	1198166.42	-	-
2/256 4	359,966,701	104,288,184	47,864,520	1,719,750,725	1,871,903,429	1,511,936,728	0.943	1425756334.50	339448599.04	1765204933.55	5.20
<b>รวม</b>	361,200,652	104,288,184	47,864,520	1,719,750,725	1,871,903,429	1,510,702,777		1424558168.08	340646765.46	1765204933.55	5.20

ตารางที่ 69 แสดงถึงการคำนวณการหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) และต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 เป็นงบประมาณทั้งสิ้น 1,074,311,885 บาท

โดยมีผลผลตอบแทนโครงการหลังหักค่า Dead Weight และ Attribution โดยพิจารณาผลลัพธ์จากการผู้ป่วยที่มีผล ATK และ RT-PCR positive สามารถเข้าถึงสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้ ผลลัพธ์จากอัตราการหายจากโควิด-19 ภายหลังจากการรักษาเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์จากการลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น คิดเป็นผลตอบแทนรวมในช่วงปี 2563-2564 อยู่ที่ 2,903,753,864 บาท และมีรายได้สุทธิจากการดำเนินโครงการอยู่ที่ 1,829,441,978.81 บาท

การคำนวณหาค่ามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 1,711,623,297.12 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 4.92 เท่า ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยเปรียบเทียบระหว่างมูลค่าปัจจุบันสุทธิกับมูลค่างบประมาณที่ใช้ไป พบว่า งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พชอ.สองพี่น้อง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 1.59 บาท

ตารางที่ 71 ผลการคำนวณการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (SROI) ของการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.สองพี่น้อง

1. มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) (ปี 63-64)	1,711,623,297.12	
2.การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64)	4.92	
3. อัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี63-64)	1.59 เท่า (ทุก 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.สองพี่น้อง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 1.59 บาท)	
4. ประโยชน์ผู้มีส่วนได้เสีย/ปี		
- พขอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. อปท.	104,288,184	3.59
- ผู้ป่วย/ญาติ	47,864,520	1.65
- ภาคเกษตรกรรม ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะภาคบริการ การท่องเที่ยว และการค้า)	2,751,601,160	94.76
รวม	2,903,753,864	100

จากการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) สองพี่น้อง พบว่ามีมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ปี 2563-2564 อยู่ที่ 1,711,623,297.12 บาท การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (BC Ratio) (ปี 63-64) อยู่ที่ 4.92 เท่า และอัตราผลตอบแทนทางสังคม (SROI) (ปี 63-64) อยู่ที่ 1.59 เท่า กล่าวคือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.นาทิวีจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 1.59 บาท โดยผู้ได้รับประโยชน์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบไปด้วย (1) พขอ. สสอ. โรงพยาบาล รพสต. และอปท. ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 104,288,184 บาท

หรือคิดเป็นร้อยละ 3.59 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม (2) ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 47,864,520 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.65 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม และ (3) ภาคเกษตรกรรม ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม ภาคประชาชน (เศรษฐกิจโดยรวม) ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 2,751,601,160 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 94.76 ของมูลค่าผลตอบแทนรวม จะเห็นได้ว่าผลของการดำเนินงานในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพชอ. จะสร้างผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ทางสังคมกับภาคประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมในอัตราร้อยละ 94.76 ของมูลค่าผลตอบแทนรวมทั้งหมด

## บทที่ 10

### สรุปผลการศึกษา ปัจจัยความสำเร็จและข้อเสนอแนะจากการดำเนินโครงการ

จากการศึกษาตามโครงการการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) ของการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน โดยทำการศึกษาใน 6 พื้นที่ ได้แก่ พชอ.นาทวี จังหวัดสงขลา พชอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พชอ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พชอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และพชอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย

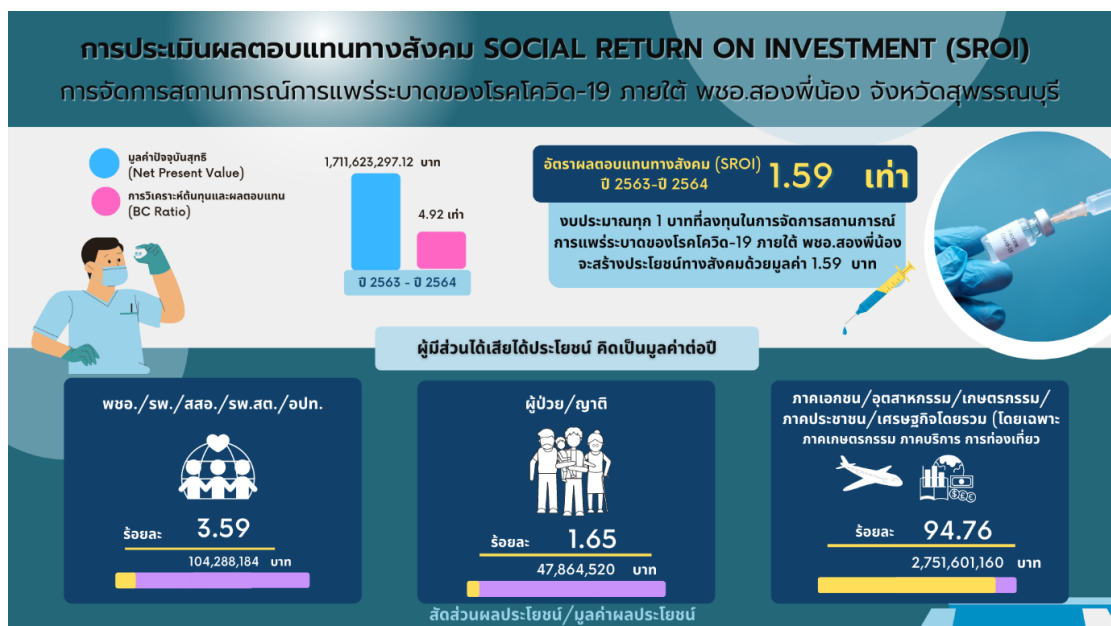
ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้แนวคิดการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยกระบวนการในการศึกษาประกอบไปด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) การจัดสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้เสีย (Focus Group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) และแบบสอบถาม (Questionnaire) ตลอดจนการแปลงคุณค่าทางสังคม (social value) หรือผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการมาเป็นมูลค่าทางการเงิน (financial proxy) ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ด้วยอัตราคิดลดตามพันธบัตรรัฐบาล (Discount Rate) ร้อยละ 3

ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของโครงการดังต่อไปนี้

## 10.1 ผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) ของการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ผลการศึกษาผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้ อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3 โดยผลการศึกษาทั้ง 6 พื้นที่ มีดังนี้

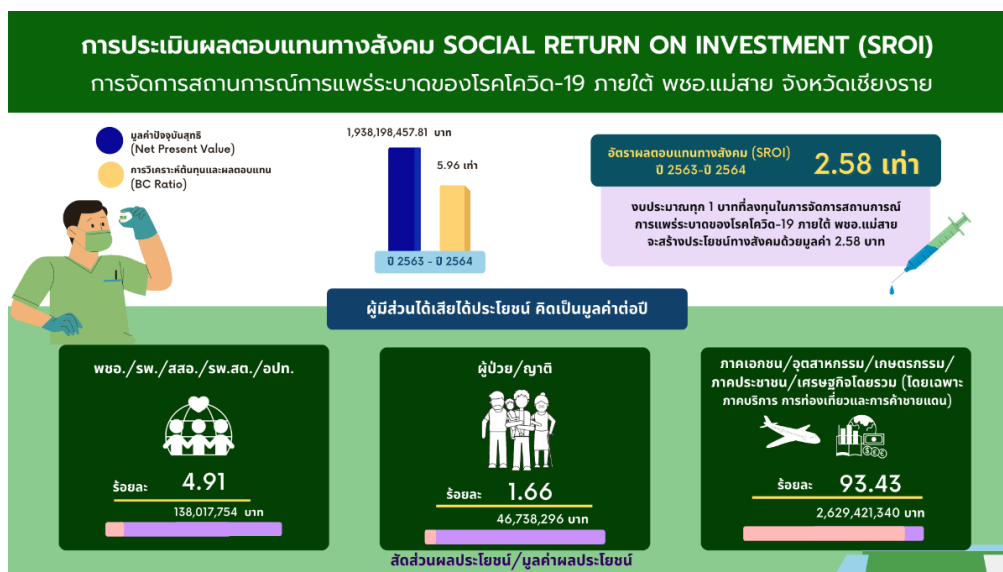
1) พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้ อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 1,711,623,297.12 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 4.92 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 1.59 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.สองพี่น้อง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 1.59 บาท



ภาพที่ 15 ผลการประเมินการตอบแทนทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพชอ.สองพี่น้อง

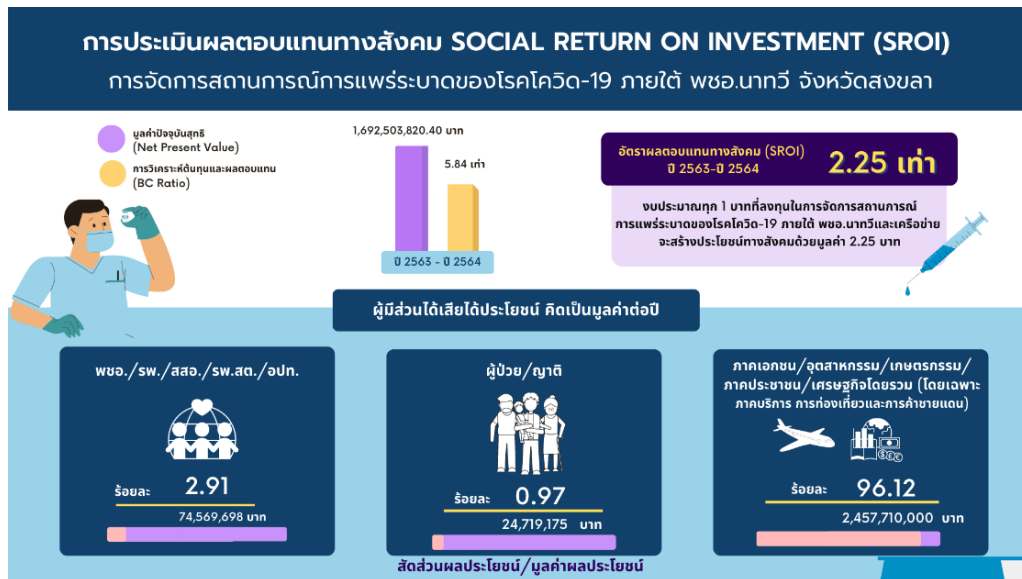


2) พขอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.แม่สาย) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิตั้งสิ้น 1,938,198,457.81 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 5.96 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 2.58 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.แม่สาย จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.58 บาท



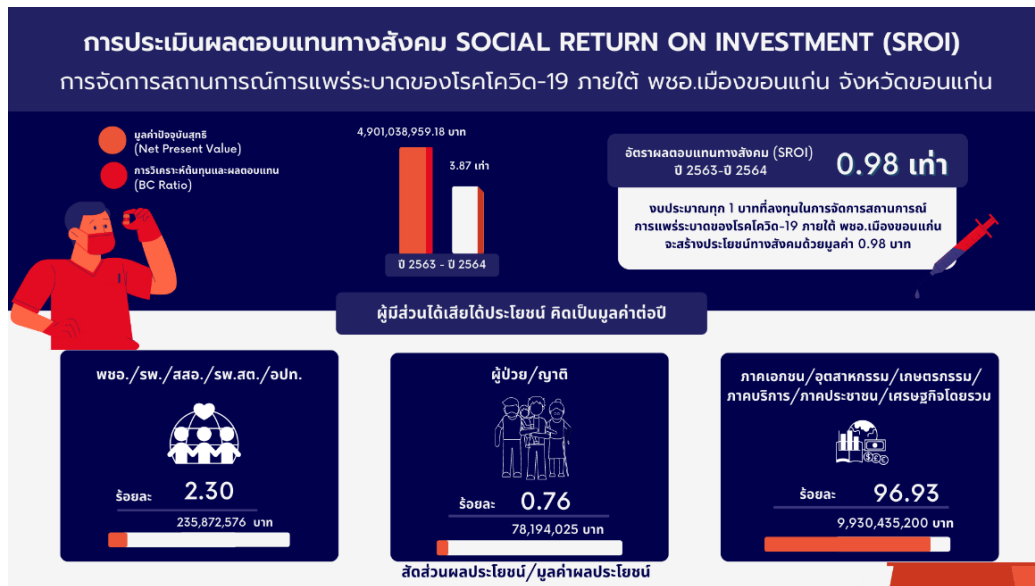
ภาพที่ 16 ผลการประเมินการตอบแทนทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพขอ.แม่สาย

3) พขอ.นาทวี จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.นาทวี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิตั้งสิ้น 1,692,503,820.40 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 5.84 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 2.25 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.นาทวีจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.25 บาท



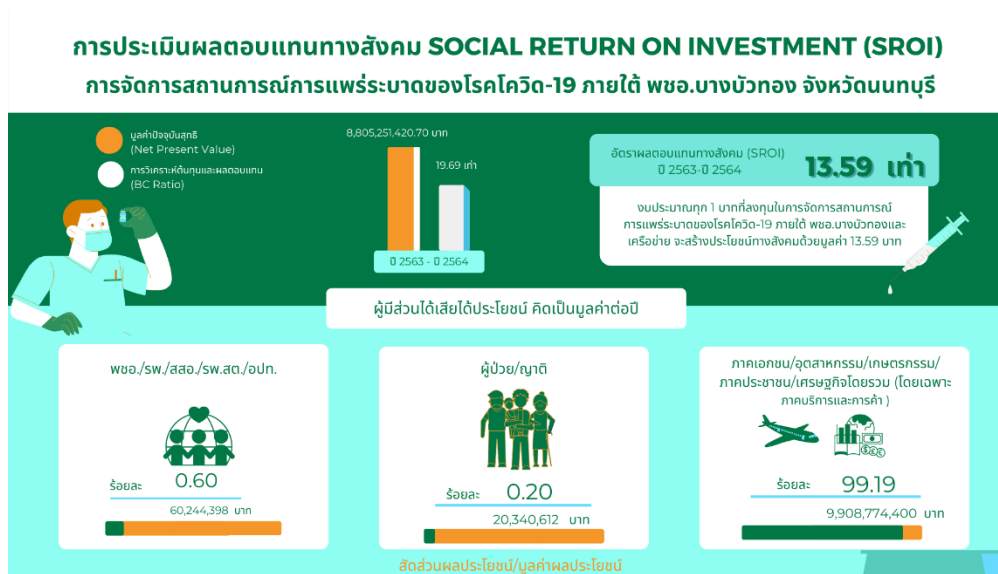
ภาพที่ 17 ผลการประเมินการตอบแทนทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพชอ.นาทวี

4) พชอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.เมืองขอนแก่น) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิตั้งสิ้น 4,901,038,959.18 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 3.87 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 0.98 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.เมืองขอนแก่น จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 0.98 บาท



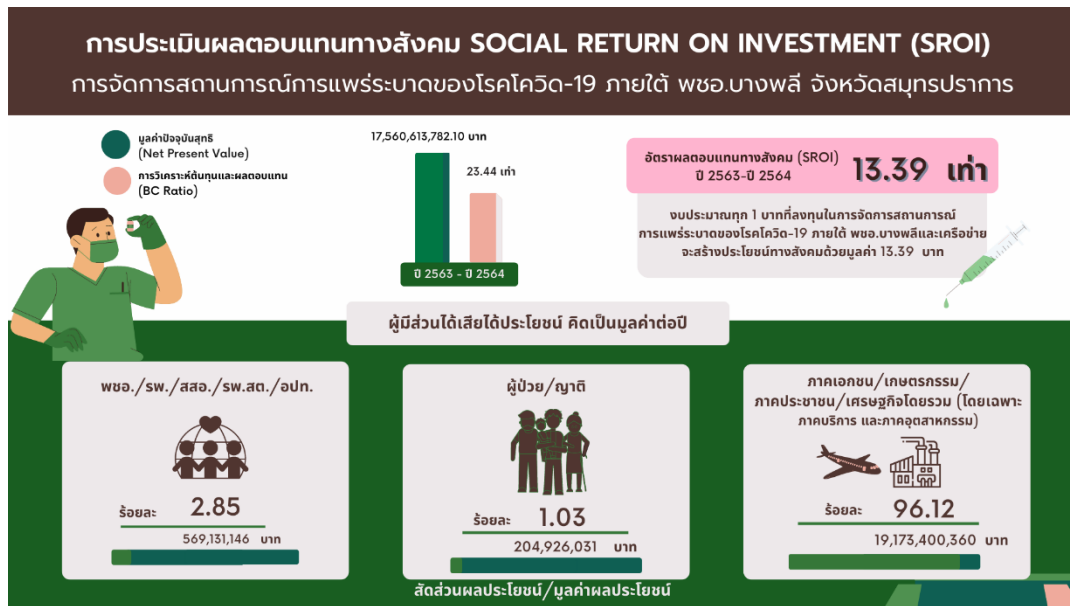
ภาพที่ 18 ผลการประเมินการตอบแทนทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพชอ.เมืองขอนแก่น

5) พชอ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางบัวทอง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิตั้งสิ้น 8,805,251,420.70 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 19.69 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 13.59 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.บางบัวทอง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.59 บาท



ภาพที่ 19 ผลการประเมินการตอบแทนทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพชอ.บางบัวทอง

6) พชอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.บางพลี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิตั้งสิ้น 17,560,613,782.10 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 23.44 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 13.39 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.บางพลี จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.39 บาท ตามลำดับ



ภาพที่ 20 ผลการประเมินการตอบแทนทางสังคมการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพชอ.บางพลี

จากโครงการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดำเนินงาน 6 พื้นที่ พบว่าการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ใน 6 พื้นที่ที่มีความแตกต่างกันด้วยเหตุผลปัจจัยหลักใน 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

### ปัจจัยที่ 1 ต้นทุนค่าใช้จ่าย หรืองบประมาณที่ใช้ในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

ต้นทุนค่าใช้จ่าย หรืองบประมาณที่ใช้ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ในการบริหารจัดการโควิด-19 ในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในภาพรวม ดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้ความแตกต่างขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลในการรองรับการเข้ารับบริการของประชาชน จำนวนเตียง (Cohort Ward) ที่รองรับผู้ป่วยโควิด-19 ต้นทุนในส่วนของคุณค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ ต้นทุนค่าลงทุน และค่าใช้จ่ายในการจัดการโควิดในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างในส่วนของคุณค่าแรงส่งผลต่อการคำนวณ SROI ที่ทำให้ผลของตัวเลขในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

พื้นที่	พขอ.สองพี่น้อง	พขอ.แม่สาย	พขอ.นาทวี	พขอ.เมือง ขอนแก่น	พขอ.บางบัว ทอง	พขอ.บางพลี
ต้นทุนรวม	1,074,311,885	750,552,075	752,832,123.01	4,977,914,495	647,705,417	1,311,702,306

ตารางที่ 73 ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดการโควิดทั้ง 6 พื้นที่

## ปัจจัยที่ 2 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

ในการประเมินผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพขอ. ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการที่นำไปสู่กระบวนการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) ไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ในส่วนของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโควิด-19 อัตราการหายภายหลังการเข้ารับการรักษาที่เพิ่มขึ้น และอัตราการได้รับวัคซีนที่ส่งผลต่อสถานการณ์ความรุนแรงของโรคลดลง และทำให้เศรษฐกิจ สังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง 3 ส่วนนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการพิจารณาผลลัพธ์และตัวชี้วัดที่จะนำไปสู่การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในรายละเอียดของการแปลงค่าเป็นเงินของผลลัพธ์ในแต่ละพื้นที่นั้นมีปัจจัยที่ทำให้ผลการประเมินมีความแตกต่างกัน ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดและจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ตลอดจนอัตราการหายหลังการรักษาในช่วงปีพ.ศ.2563-2564 ของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้นในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากมาตรการในการจัดการสถานการณ์โควิด-19 ทั้ง 6 พื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากขนาดของเศรษฐกิจ จำนวนประชากร ลักษณะการประกอบอาชีพ อัตราค่าแรงขั้นต่ำ และผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ซึ่งนำมาใช้ในการคำนวณการแปลงค่าเป็นเงินมีความแตกต่างกันทั้ง 6 พื้นที่ ส่งผลให้การคำนวณผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) มีผลที่ได้แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจากการคำนวณผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพขอ.ทั้ง 6 แห่ง พบว่าผลที่ได้มีค่าเป็นบวก ซึ่งแสดงถึงความคุ้มค่าในการลงทุนเมื่อเทียบกับการใช้งบประมาณต่อหน่วย

### 10.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการการแพร่ระบาดโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นการบูรณาการการทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่ โดยมีเป้าหมายและพันธกิจในการดำเนินงานขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยจากการศึกษาการจัดการการแพร่ระบาด

ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใน 6 พื้นที่ ได้แก่ (1) พชอ.บางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี (2) พชอ.สองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี (3) พชอ.เมืองขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (4) พชอ.บางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (5) พชอ.แม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และ (6) พชอ.นาทวี อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา พบว่ามีจุดร่วมปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการดำเนินงาน ที่ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมายตามลำดับ ดังนี้

1. การมีกลไกที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการในพื้นที่ ได้แก่ ศปก. EOC การปกครองท้องถิ่น พชอ. ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมคิดร่วมทำอย่างสม่ำเสมอโดยผ่านเวทีการประชุมในกลไกต่างๆ กลไกนี้ กล่าวดูได้ว่าเป็นกลไกที่มีความสำคัญสูงสุด เนื่องจากเป็นระบบการสั่งการในภาวะฉุกเฉิน ตั้งแต่ระดับประเทศ จึงถึงระดับอำเภอ โดยมีกฎหมายเป็นเครื่องมือในการกำกับดูแลและควบคุม ทำให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด นำไปสู่การรับรู้ ร่วมมือ ในการแก้ปัญหาโรคติดต่อร้ายแรง และการปฏิบัติงานของทุกภาค
2. การมีนโยบายและมาตรการที่เอื้อต่อการทำงานทั้งระดับส่วนกลางและองค์กร ทำให้สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็ว ทัวถึงและมีประสิทธิภาพ รัฐบาลมีการกำหนดนโยบาย/มาตรการที่นำมาสู่การปฏิบัติตามช่วงเวลาและความเสี่ยงในพื้นที่ เช่นการกำหนดมาตรการล็อกดาวน์ในระยะแรก และกำหนดการล็อกดาวน์ที่เข้มงวดที่ได้ถูกกลับมาใช้อีกครั้งในบางพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง การรับมือกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็น Cohort ward CI FAI HI LQ และอื่นๆ พร้อมทั้งงบประมาณในการดำเนินการในแต่ละภาคส่วน และแนวทางในการดำเนินงาน ในอนาคตหากมีภัยวิกฤตเกี่ยวกับการระบาดของโรค รัฐบาลควรมีการทบทวนนโยบาย/มาตรการในสถานการณ์ที่ผ่านมาทั้งที่ประสบความสำเร็จและแนวทางในการพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตลอดจนการนำไปเผยแพร่ให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและเรียนรู้ หรือกำหนดเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมในการรับมือต่อไป
3. การมีภาวะผู้นำที่ดี ทั้งการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยเฉพาะผู้นำในระดับต่างๆ ในพื้นที่ ได้แก่ พชอ. ศปก. โรงพยาบาล องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ภาวะผู้นำมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในการเผชิญและรับมือกับสถานการณ์วิกฤต/สถานการณ์ฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทาง การบริหารจัดการทรัพยากรทั้งหมดในองค์กร และขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายหรือพันธกิจที่วางไว้ ภายใต้ข้อจำกัดของสถานการณ์ที่ไม่ปกติ เพื่อลดความเสียหาย/สูญเสียที่จะเกิดขึ้น ภาวะผู้นำเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ในบุคคลทุกคน ดังนั้นการ

พัฒนาศักยภาพของผู้นำและหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับกระบวนการทัศน์จำเป็นต้องมีความต่อเนื่องและเวทีในการแลกเปลี่ยน

4. ผู้นำด้านสุขภาพและบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีการทำงานด้านชุมชนมา ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เป็นอย่างดี จาก การที่ ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุขในระดับฐานรากที่มีความเข้มแข็งและมีการดำเนินงานอย่างเป็น ระบบมาเป็นระยะเวลายาวนาน ต่อเนื่อง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ทำให้สามารถใช้ระบบการดำเนินงานที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าถึงพื้นที่ ควบคุมการ ระบาดในพื้นที่ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
5. การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้การบริหารจัดการ ของ พชอ. ทั้งหน่วยงานทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข การปกครอง และหน่วยงานอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง กลไกของ พชอ. เป็นกลไกระดับปฏิบัติงานในพื้นที่ บางพื้นที่ได้รับการพัฒนา มากกว่า 10 ปี และหลายพื้นที่เริ่มมีการพัฒนาและนำไปใช้ใน ปี 2561 ทำให้ในแต่ละพื้นที่มีความเข้มแข็ง ต่างกัน อาจกล่าวได้ว่าในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งจะมีการบูรณาการงานที่เป็นประเด็นที่ต้องอาศัย ความร่วมมือของพื้นที่ได้อย่างเข้มแข็ง ในอนาคตหากต้องการใช้กลไกนี้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องมีการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้ พชอ. อย่างต่อเนื่อง
6. ศักยภาพ ความเข้มแข็ง และการเสียสละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ท้องถิ่น บุคลากร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคในชุมชน ประเทศไทยมีรากฐาน ของสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 30 ปี ทำให้ อสม. ซึ่งเป็นด่านหน้ามีความ ใกล้ชิดกับประชาชน และเป็นนักจิตอาสาอยู่ในตัวเองอยู่แล้ว อีกทั้งปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขโดยเฉพาะในมิติของการเฝ้าระวัง ควบคุม ส่งเสริม ป้องกันโรค ร่วมกับบุคลากรด้าน สาธารณสุขและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่ง อสม. ของประเทศไทยได้รับการชื่น ชมที่เป็นที่ประจักษ์ทั่วโลก เมื่อเกิดสถานการณ์โควิด อสม. สามารถเป็นกำลังสำคัญในการทำงาน โดยทั่วไปแล้วไม่ว่าจะมีหรือไม่มีวิกฤตของโรคโควิด อสม. ก็ทำงานอย่างความเข้มแข็งอยู่แล้ว เพียงแต่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิดทำให้ อสม. ต้องทุ่มเท และทำงานหนักมากขึ้น
7. การพัฒนาทักษะบุคลากร ในการดำเนินงานของภาครัฐมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับส ถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด มีการพัฒนาทักษะของบุคลากรในหลายภาคส่วนไม่ว่า จะเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรกลุ่มอื่นเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องใน เรื่องต่างๆ อย่างเร่งด่วนเพื่อลดภาระงานที่ล้นมือของแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างครอบคลุม เช่น การสวมชุด PPE CPC การคัดกรองผู้ป่วย เป็นต้น



8. การมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทุกภาคส่วนมีการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง และทรัพยากรอย่างเป็นองค์รวม เนื่องจากสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิดเกิดขึ้นทั่วโลก อาจกล่าวได้ว่าทุกคน ทุกภาคส่วนรับรู้ถึงความร้ายแรงและผลกระทบทั้งต่อประเทศ องค์กร และประชาชน ผ่านเผยแพร่กระจายทางสื่อหลัก สื่อสังคมออนไลน์ และถูกกล่าวถึงเป็นวงกว้าง เมื่อมีช่องทางที่จะให้ความช่วยเหลือภาคส่วนต่างๆ ก็มีความพร้อมที่จะร่วมมือ เสียสละ เพื่อช่วยเหลือกันให้ผ่านภาวะวิกฤตนี้เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว การดำเนินการที่แสดงถึงความชื่นชมของภาครัฐอย่างเป็นทางการจะเป็นรูปธรรมจะช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจและการรับรู้ต่อสังคมในวงกว้าง และนำไปสู่ความร่วมมือในอนาคต
9. การมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะภาคเอกชนและภาคประชาชนในการสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐและผู้ได้รับผลกระทบ พขอ. กล่าวได้ว่ามีส่วนร่วมอย่างยิ่งในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมในระดับพื้นที่ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อน พขอ. อย่างต่อเนื่องจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้คงไว้ซึ่ง การมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง และการขยายเครือข่ายในการทำงานมากขึ้น
10. ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และให้ความร่วมมืออันดีกับหน่วยงานภาครัฐ ทำให้การดำเนินการต่างๆ ในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
11. การมีมาตรการช่วยเหลือเยียวยาจากภาครัฐ และการส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ เป็นส่วนที่จะขาดไม่ได้และต้องดำเนินงานคู่ขนานไปกับการดำเนินงานของภาครัฐทั้งในภาวะวิกฤตและระยะที่ประชาชนได้รับผลกระทบกับชีวิตความเป็นอยู่
12. การสร้างขวัญกำลังใจอย่างต่อเนื่องทั้งที่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นรูปธรรมของภาครัฐ ส่งผลการทำงานของบุคลากรทุกฝ่ายที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด

### ปัจจัยความสำเร็จเฉพาะตามพื้นที่

ความสำเร็จในการบริหารจัดการกับภาวะวิกฤตในพื้นที่นั้นเกิดขึ้นได้เพราะมีปัจจัยที่สำคัญหลายอย่าง นอกจากปัจจัยร่วมที่แต่ละพื้นที่มีคล้ายกันแล้ว ยังมีปัจจัยความสำเร็จที่แต่ละพื้นที่มีความโดดเด่นแตกต่างกันตามบริบทและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 1. พื้นที่ อ.นาทวี จ.สงขลา

1.1 ภาคประชาชนมีความเข้มแข็งอย่างเด่นชัด โดยผู้แทนภาคประชาชนมีศักยภาพในการแสดงความคิดเห็น การให้คำปรึกษาแนะนำ การประสานหน่วยงาน การระดมทรัพยากรในพื้นที่ ตลอดจนการร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาพื้นที่ได้

1.2 มีการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย Home isolation โดยการพัฒนาแอปพลิเคชัน “home.songkhla care” สำหรับติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 และสามารถโทรศัพท์หรือติดต่อแพทย์ผ่าน zoom ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้มีระบบการดูแลผู้ติดเชื้อที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบ Home Isolation จะได้รับกล่องหาย-ห่วง (Safe Box) ภายในกล่องประกอบด้วย เทอร์โมมิเตอร์ เครื่องวัดออกซิเจน ยาลดไข้ ยาแก้ไอ และยาแก้แพ้ กรณียาหมดเจ้าหน้าที่จะจัดส่งยาไปให้ผู้ป่วยถึงที่บ้านต่อไป

1.3 มีกลยุทธ์การสื่อสารที่สามารถเข้าถึงกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีทีมสื่อสารในทุกระดับ มีการแปลงข้อมูลให้เข้าใจได้ง่าย การสื่อสารโดยกลุ่มคนเดียวกัน ตลอดจนมีการสัมภาษณ์ผู้นำทางศาสนา (อิหม่าม พระสงฆ์) เพื่อให้ประชาชนเกิดการยอมรับโดยเฉพาะในประเด็นที่ยังมีความหวาดกลัวและมีความตระหนก

1.4 ความเข้มแข็งของเครือข่ายในพื้นที่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการสร้างการรับรู้ เพื่อลดความตระหนกในชุมชน เช่น บางหมู่บ้านที่ไม่ยอมรับการจัดตั้ง CI เมื่อได้เห็นหมู่บ้านอื่นสามารถทำได้ ก็เกิดการเรียนรู้และการยอมรับ ทำให้สามารถนำนโยบายต่างๆ ไปสู่ภาคปฏิบัติในพื้นที่ได้

1.5 บทบาทผู้นำของแต่ละภาคส่วน สามารถเป็น Back up และรับผิดชอบร่วมกันได้

1.6 มีการพัฒนาเครือข่ายให้มีศักยภาพ โดยการเตรียมทีมบุคลากรในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง มีความรู้ความสามารถ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ เช่น การสอนการตรวจ ATK แก่ครู เพื่อตรวจให้เด็กและบุคลากรในโรงเรียน

1.7 มีพื้นที่ให้คนในชุมชนมีโอกาสแสดงศักยภาพ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการช่วยพัฒนาบ้านเมืองและชุมชน

1.8 ภาคการเมือง ได้เข้ามามีส่วนในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรด้านหน้า

## 2. พื้นที่ อ.เมือง จ.ขอนแก่น

2.1 มีหน่วยงานและสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมาก ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ศูนย์แพทย์ (สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น) ศูนย์อนามัยที่ 6 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น และโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง เป็นต้น ทำให้มีศักยภาพสูงในการระดมทรัพยากรต่างๆ เพื่อการดำเนินงานรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และมีขีดความสามารถทางการคลังที่เข้มแข็ง ได้มีการจัดสรรวัคซีนทางเลือก “ซิโนฟาร์ม” ให้แก่ประชาชนในพื้นที่

2.3 มีการจัดตั้งศูนย์ฉีดวัคซีนย่อย 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ฉีดวัคซีนเทศบาลศิลาและศูนย์ฉีดวัคซีนโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ตลอดจนมีการรณรงค์ให้ประชาชนทั้งกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปได้รับวัคซีนโควิด-19 ทำให้มีอัตราการฉีดวัคซีนสูงเกินร้อยละ 90

## 3. พื้นที่ อ.แม่สาย จ.เชียงราย

3.1 ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอแม่สาย (ศปก.อ.แม่สาย) มีการกำหนดมาตรการสำหรับยานพาหนะประเภทรถตู้สัญชาติเมียนมาที่เข้ามารับสินค้าภายในอำเภอแม่สาย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประธานหอการค้า ผู้ประกอบการขนส่ง ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดมาตรการขนส่งสินค้าตามช่องทางเข้า-ออก ราชอาณาจักรในพื้นที่อำเภอแม่สาย

3.2 ภาคเอกชนมีความเข้มแข็งอย่างเด่นชัด โดยหอการค้าและผู้ประกอบการขนส่ง ได้มีการหาแนวปฏิบัติเพื่อรองรับมาตรการของ ศปก.อ.แม่สาย ในการขนส่งสินค้าตามช่องทางเข้า-ออก ราชอาณาจักรในพื้นที่อำเภอแม่สาย ซึ่งได้มีการแยกสี่ล้อคนขับรถตู้สองฝั่งประเทศให้ชัดเจน โดยฝั่งไทยจะสวมเสื้อกั๊กเขียว มีอักษร “Maesai” ติดอยู่ ส่วนคนขับรถตู้ฝั่งเมียนมา ก็มีการแจกเสื้อกั๊กสีส้มให้คนขับ มีอักษร “Tachilek” ติดอยู่เพื่อการเฝ้าระวังที่ทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ

3.3 ภาคการเมือง ได้เข้ามามีส่วนในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรด้านหน้า

#### 4. พื้นที่ อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

4.1 มีการใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสองพี่น้อง (พขอ.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนประเด็นการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 และคณะกรรมการ พขอ.สองพี่น้อง ได้มีมติเลือก “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ประจำปี 2565

4.2 มีการนำกระบวนการ UCCARE มาใช้ในการดำเนินงานโควิด-19 อย่างชัดเจน ดังนี้

U = มีทีมที่ร่วมดำเนินการทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

C = การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ทั้งประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เห็นความสำคัญของปัญหาพร้อม

C = การมีส่วนร่วมในการค้นหา คัดกรอง กักตัว จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม การตรวจ ATK และการฉีดวัคซีน

A = ผู้ป่วยในพื้นที่ลดลง กลุ่มผู้ป่วยมีโรงพยาบาลรองรับในการดูแลรักษาทุกราย เกิดความภูมิใจเห็นคุณค่าของกันและกัน มีการชื่นชมให้กำลังใจบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อสม. ผู้นำท้องถิ่น ส่วนราชการ เอกชน และประชาชนที่ให้ความร่วมมือทุกฝ่าย

R = ทำให้มองเห็นการแบ่งปันทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทุกคน (บุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ อสม. ผู้นำ) เงิน (ไม่ได้รอแค่งบประมาณจากภาครัฐเพียงอย่างเดียว แต่มีการระดมทุนในการแก้ไขปัญหาการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม การดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีคำสั่งกักตัว การสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ในการค้นหา คัดกรอง การฉีดวัคซีน) สิ่งของทั้งวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน อาหารในการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีคำสั่งกักตัว กลุ่มผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเชิงรับและเชิงรุก

E = การดูแลกลุ่มเป้าหมายทั้งกลุ่มเสี่ยงที่ถูกกักตัว กลุ่มผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่เหมาะสม กลุ่มที่รับวัคซีน ผู้ที่ได้รับผลกระทบในการฉีดวัคซีน รวมถึงการปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั่วไปในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยมีการสวมหน้ากากอนามัย หน้ากากผ้า การตรวจวัดอุณหภูมิเมื่อเข้าไปในสถานที่ชุมชน ห้างร้าน หรือเมื่อมีการจัดกิจกรรมในชุมชน รวมถึงการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์

## 5. พื้นที่ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ

5.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการได้มีการสำรวจความพร้อมในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยแนวทาง Bubble and seal และอื่นๆ รวมทั้งการได้รับวัคซีนของพนักงานในสถานประกอบการ เนื่องจากอำเภอบางพลีเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนโรงงานอุตสาหกรรมมากเป็นอันดับสอง (มีจำนวน 1,931 แห่ง) รองจากอำเภอเมือง (มีจำนวน 2,043 แห่ง) ทำให้สามารถวิเคราะห์และกำหนดแนวทางควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และมีขีดความสามารถทางการคลังที่เข้มแข็ง ได้เร่งรัดให้มีการขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 ตามวาระแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยการจัดสรรวัคซีนทางเลือก “ซิโนฟาร์ม” ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งได้มีมติเห็นชอบอนุมัติจ่ายขาดเงินสะสม จำนวน 120 ล้านบาท เพื่อใช้ในการจัดซื้อวัคซีน

5.3 ภาคเอกชนมีความเข้มแข็งอย่างเด่นชัด โดยภาคเอกชนได้ร่วมกันก่อตั้งโรงพยาบาลสนามที่ได้มาตรฐานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 6 เต็นท์ผู้ป่วย รวม 450 เตียง จะรับผู้ป่วยสีเขียวและสีเหลืองอ่อน และมีโรงพยาบาลในเครือพรีนซิเพิล เฮลท์แคร์ รองรับสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนเป็นหนักขึ้น ซึ่งการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามโดยความร่วมมือภาคเอกชนเป็นแห่งแรก และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในครั้งนี้นอกจากจะเป็นการช่วยชุมชนสังคมในและนอกพื้นที่แล้ว ยังเป็นการแบ่งเบาภาระให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และทำให้การตรวจค้นหาเชิงรุกของโรงพยาบาลเดินหน้าได้อย่างเต็มที่ในการแยกผู้ป่วยไม่มีอาการ หรืออาการน้อยออกมารักษาที่โรงพยาบาลสนาม หากมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงจะดำเนินการรับตัวเข้ามารักษาในโรงพยาบาลทันที ซึ่งทางโรงพยาบาลได้มีการลงทุนขยายห้องผู้ป่วย ICU เพิ่มขึ้นอีก 60 ห้อง รวมเป็น 85 ห้อง ส่วนหนึ่งเพื่อเป็นการรองรับการขยายโรงพยาบาลสนามในกรณีผู้ป่วยอาการทรุดลง และต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จะสามารถดูแลรักษาและรองรับผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ซึ่งเครือข่ายพันธมิตรที่ร่วมกันปฏิบัติภารกิจในครั้งนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลในเครือพรีนซิเพิล เฮลท์แคร์, MQDC, อีอีซี เอ็นจิเนียริง เน็ทเวิร์ค, มูลนิธิธินันท์ เทวี เจียรนวนนท์, มูลนิธิอริยวารมย์ และมูลนิธิพุทธรักษา ต่างร่วมมือกันทั้งการดำเนินการระดมทุน ดำเนินงานจัดสร้างและตั้งระบบต่างๆ และอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

## 6. พื้นที่ อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี

6.1 การรับผู้ป่วยของหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด (Cohort ward) โดยมีนโยบายรองรับ “กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว” ด้วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการแต่ไม่รุนแรง และมีปัจจัยเสี่ยงอาการหนัก สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นระบบได้เร็วขึ้นก่อนที่จะมีอาการมากขึ้นได้ ทำให้สามารถลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวลงได้

6.2 การตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR โดยมีนโยบายในการตรวจให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์พักคอย (CI) ซึ่งทำให้การวินิจฉัยมีความแม่นยำและสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

6.3 การได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างเต็มที่ทั้งวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และวัคซีน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของกระทรวงสาธารณสุขและหนุนเสริมกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด

6.4 การจัดตั้งศูนย์ฉีดวัคซีนในห้างสรรพสินค้า ได้แก่ เซ็นทรัลเวสต์เกต ทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และสามารถให้บริการได้เป็นจำนวนมาก

## เอกสารอ้างอิง

### ภาษาอังกฤษ

- Banke-Thomas, Madaj, Cherles, and Van Den Broek. (2015). Social return on investment (SROI) methodology to account for value for money of public health interventions: a systematic review. BMC Public Health
- Bateman, I.J., Loveet, A.A. & Brainard, J.S. (2005). Applied Environment Economics. A GIS approach to cost-benefit analysis. The United Kingdom: Cambridge University Press.
- Jeremy, N. & et al. (2013). A guide to social return on investment. Retrieved November 15, 2013. From [http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset\\_955900.pdf](http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_955900.pdf)
- London Business School. (2004). Measuring social impact: The foundation of social return on investment (SROI). London: Nef, small business service.
- Muyambi, K., Gurd, B., Martinez, L., Walker-Jeffreys, M., Vallury, K., Beach, P., & Dennis, S. (2017). Issues in Using Social Return on Investment as An Evaluation Tool. Evaluation Journal of Australasia, 17(3), 32–39. <https://doi.org/10.1177/1035719X1701700305>
- Nithra Kitreerawutiwong, Sunsanee Mekrungrongwong, Orawan Keeratisroj. (2018). The Development of the Community-based Palliative Care Model in a District Health System, Phitsanulok Province, Thailand. National Library of Medicine.
- Phehlukwayo, S. M., & Tsoka-Gwegweni, J. M. (2018). Investigating the influence of contextual factors in the coordination of chronic mental illness care in a district health system. African Health Sciences, 18(4), 1027-1035. doi:10.4314/ahs.v18i4.24
- Phehlukwayo, Stanford Mandlenkosi Tsoka-Gwegweni, Joyce Mahlako. (2018). Investigating the influence of contextual factors in the coordination of chronic mental illness care in a district health system. National Library of Medicine.
- Sarah Weld and the UWE SROI Research Group. (2015). For all healthy living centre healthy connections project
- Social Value International. (2017). Social Return on Investment: SROI, SOCIAL VALUE THAILAND, 61.
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for

successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. doi:10.1016/S0140-6736(18)30198-3

Tejativaddhana, P. (2017). Strengthening the district health system management: Challenging facing Thailand and Thai health managers. Retrieved from [http://chsm.nu.ac.th/en/wp-content/uploads/2017/10/Strengthening-the-District-health-system-management\\_PT\\_draft3\\_170718.pdf](http://chsm.nu.ac.th/en/wp-content/uploads/2017/10/Strengthening-the-District-health-system-management_PT_draft3_170718.pdf)

Then, V., Schober, C., Rauscher, O., & Kehl, K. (2017). Social return on investment analysis. *Measuring the Impact of Social Investment*.

### ภาษาไทย

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2559). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2559. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : กรม

กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 ประจำวัน. Retrieved from <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2557). การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (SROI): กรณีศึกษาการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม SROI. (2562). สำนักยุทธศาสตร์และการขับเคลื่อน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, วิมล แสงอุทัย, กมลชัย อมรเทพรักษ์. (2018). แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(2)

ชื่นกมล นาคประเสริฐ. (2557). บทบาทและผลกระทบขององค์กรพัฒนาเอกชนในการพัฒนาพื้นที่ชายแดนจังหวัดเชียงราย. *วิทยานิพนธ์ ปร.ด., มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย*.

โชติกา ภาชีผล. (2560). การประเมินผลตอบแทนทางสังคม Social Return on Investment (SROI). *วารสารครุศาสตร์*, 45(4), 343-353.

ไชยยะ คมณี, พลากร สัตย์ซื่อ, และ ปุรวิษญ์ พิทยาภินันท์. (2561). ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนของโครงการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ในชุดโครงการพัฒนาอุตสาหกรรมยางพารา. *วารสารการจัดการสมัยใหม่*, 16(2), 50-53



- ฐานกร คำหารพล, ชนะพล ศรีฤ๓ษา. (2018). บรรยาการคองค้การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของผู้ำานวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. บทความวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 25(2)
- ฐานเศรษฐกิจ. (2564). โชนสีโควิดล่ำสุด เริ่ม16ต.ค.64 พื้นที่สีแดงเข้ม สีแดง สีส้ม อัพเทศที่นี่. Retrieved from <https://www.thansettakij.com/general-news/497470>
- นริสา และ คณะ. (2556). การประเมินความค้ค่าการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีเพื่อประเมินปีสุภาวะและผลกระทบทางงบประมาณ. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยสาธารณสุข (สวรส.)
- นักนายกรัฐมนตรี. (2561). ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ. Retrieved from [https://www.nesdb.go.th/download/document/SAC/RF\\_Plan07.pdf](https://www.nesdb.go.th/download/document/SAC/RF_Plan07.pdf)
- ประสิทธิ์ คงประเสริฐอมร. (2556). การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมของวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ วท.ม., สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ผศ.ดร. นิคม แหลมส้ก. (2560). คู่มือการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders Analysis), จาก <http://innovation.forest.ku.ac.th>
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร่ำจวน เบญจศิริ. (2558). ความค้ค่าทางสังคมของการลงทุนสร้างทางเดินลอยฟ้าในกรุงเทพมหานคร (Social Return on Investment of Skywalk in Bangkok). วารสารการเมืองการบริหาร และกฎหมาย, 7(2), 92-101
- พิกุล สิทธิประเสริฐกุล. (2559). แผนที่ผลลัพธ์ (Mapping outcomes):การสร้างการเรียนรู้และการสะท้อนกลับในแผนงานพัฒนา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.)
- พิงรัก ริยะชั้น. (2547). องค์ประกอบของการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI). วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์สาร, 19(2), 4.
- มนตรีธรรม์ และ คณะ. (2552). การประเมินความเต็มใจที่จะจ่ายต่อปีสุภาวะ (WTP/QALY) เพื่อนำมาประกอบเป็นเกณฑ์เพดานความค้ค่าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และนโยบายสาธารณสุขในประเทศไทย. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยสาธารณสุข (สวรส.)
- ยงยศ ธรรมวุฒิ. (2562). พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒๕๖๒ เครื่องมือสำคัญขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุข. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2019/07/17430>
- รายละเอียดตัวชี้วัดระดับกระทรวง ปี 2561. (2019). Retrieved from [https://www.lamphunhealth.go.th/web\\_ssj/webmanager/uploads/2017-12-29093614017%20%E0%B8%84%E0%B8%93%E0%B8%B0%201%20%E0%B8%9E%E0%B8%8A%E0%B8%AD.%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8](https://www.lamphunhealth.go.th/web_ssj/webmanager/uploads/2017-12-29093614017%20%E0%B8%84%E0%B8%93%E0%B8%B0%201%20%E0%B8%9E%E0%B8%8A%E0%B8%AD.%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8)

%B5%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%93%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E.p  
df

วศิน อภิวงศ์ปัญญา. (2556). การวัดผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในธุรกิจสถานที่พักแรม: กรณีศึกษา  
โรงแรมในกรุงเทพมหานครและวิสาหกิจชุมชนบางน้ำผึ้งโฮมสเตย์. วิทยานิพนธ์ บข.ม.,  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

วัชชีรานนท์ ทองเทพ. (2564). โควิด-19 : "นิวไฮ" ต่อเนื่อง ตัวเลขคนติด-คนตาย บอกระยะการ  
ระบาดในไทย. Retrieved from <https://www.bbc.com/thai/thailand-57708265>

วีระสิทธิ์ คงประเสริฐอมร. (2556). การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมของวิสาหกิจชุมชนในจังหวัด  
สมุทรสงคราม. บัณฑิตวิทยาลัยการจัดการและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า  
ธนบุรี.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). ระบบสุขภาพระดับอำเภอ. Retrieved  
from  
<https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/AS+RS+DHS/Attach/DHS%20Standards.p>  
df

สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น). (2552). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2552.  
(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น)

สฤณี อาชวานันทกุล และ ภัทรพร แยมละออ. (2560). คู่มือการประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและผลตอบแทน  
ทางสังคมจากการลงทุน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สวก.)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). ผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัด. Retrieved from  
[https://www.nesdc.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=5628](https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5628)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. (2563). ข้อมูลทั่วไปอำเภอบางกรวย. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2563,  
จาก <https://nbi.hdc.moph.go.th>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. Retrieved from  
[https://www.nhso.go.th/page/online\\_service](https://www.nhso.go.th/page/online_service)

สุกานดา โพธิพิทักษ์. (2560). ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน จากการทำเกษตรอินทรีย์: กรณีศึกษาสาม  
พรานโมเดล. วิทยานิพนธ์ วท.ม., สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สุรศักดิ์ และ ปิยะ. (2558). การประเมินต้นทุนประสิทธิผลการให้บริการยาละลายลิ้มเลือดโดยเปรียบเทียบ  
ระหว่างต้นทุนเวลาชีวิตกับปีสุขภาวะ. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยสาธารณสุข  
(สวรส.)

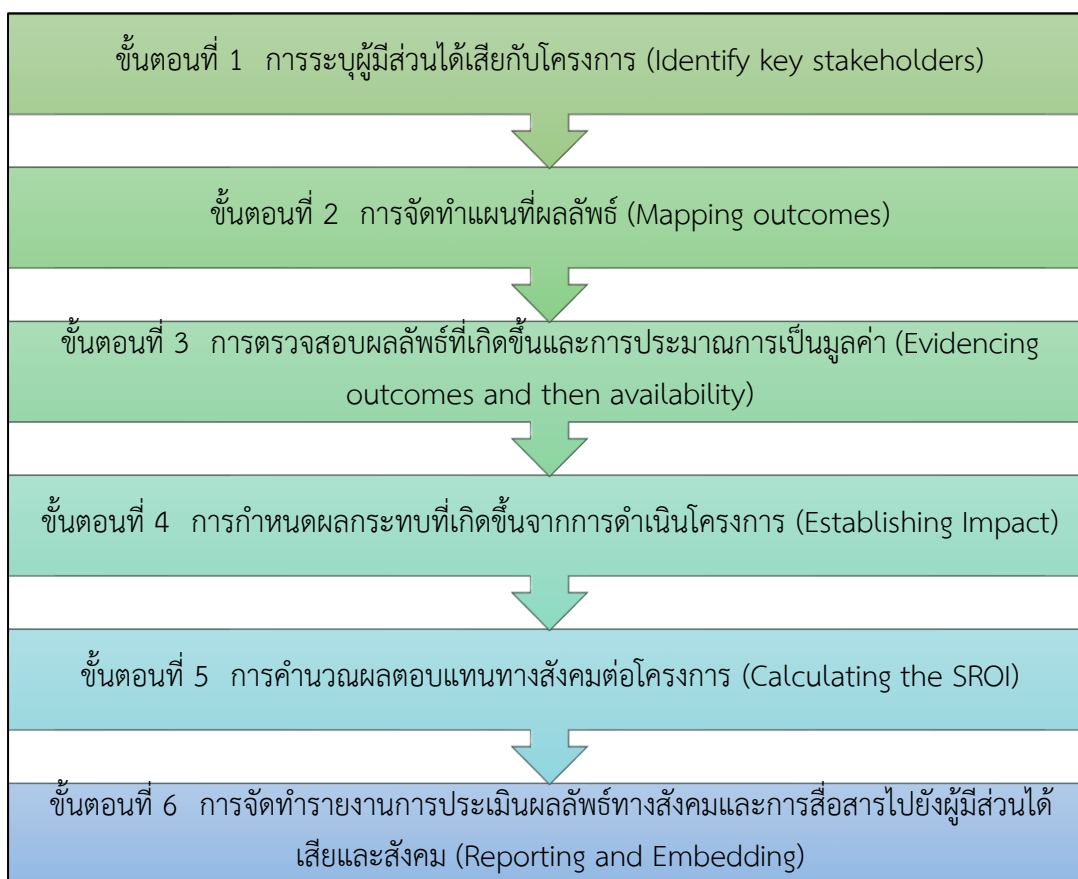
สุรสิทธิ์ และ คณะ. (2650). การวิเคราะห์ผลได้ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเปรียบเทียบกับบริการ  
ที่โรงพยาบาลในปัจจุบัน. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยสาธารณสุข (สวรส.)

- อนุวัฒน์ และ คณะ. (2553). การจัดการความรู้แบบบูรณาการ กรณีเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล , 2553
- อุษาวดี และ คณะ. (2555). การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการใช้ยาในโรคที่สำคัญได้แก่ โรคเอดส์ โรคมะเร็งเต้านม และโรคกระดูกพรุน. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยสาธารณสุข (สวรส.)

# ภาคผนวก

### บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ

การดำเนินโครงการการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment: SROI) ของการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่ในการศึกษาจำนวน 6 พื้นที่ ได้แก่ ได้แก่ 1) พชอ.นาทวี จังหวัดสงขลา 2) พชอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย 3) พชอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 4) พชอ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 5) อำเภอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และ 6) พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ตามการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) 6 ขั้นตอน ดังนี้

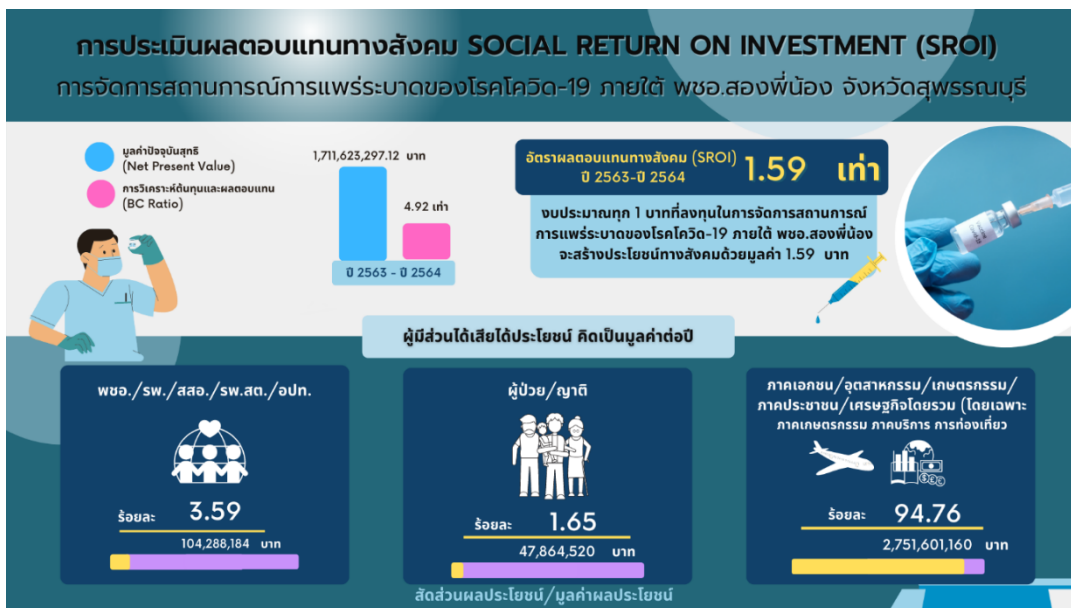


ขั้นตอนการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI)

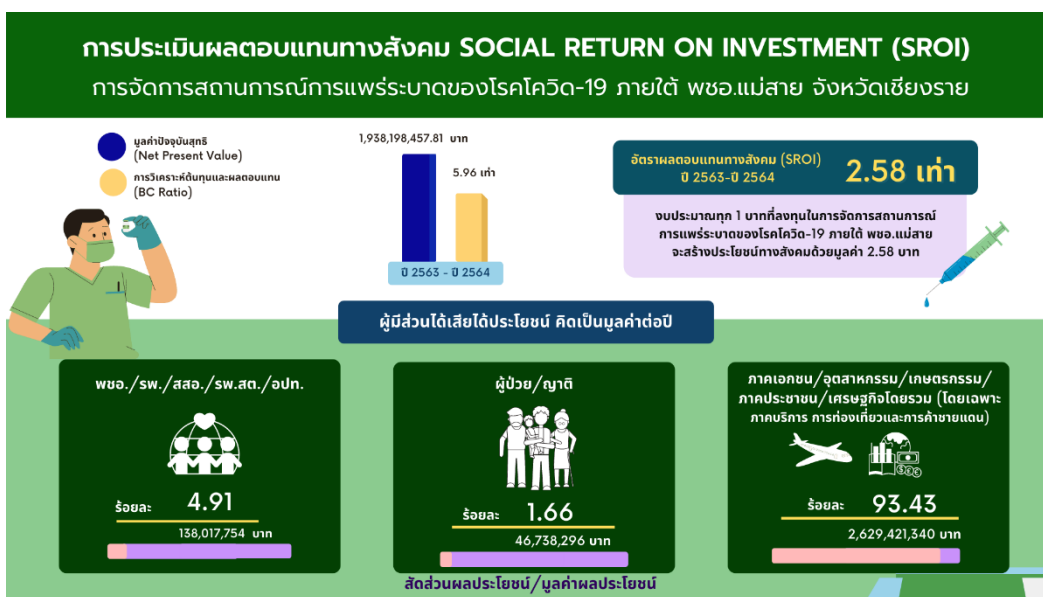
ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้แนวคิดการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยกระบวนการในการศึกษาประกอบไปด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการศึกษาดocuเม้นต์ (Documentary Research) ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) การจัดสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้เสีย (Focus Group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) และแบบสอบถาม (Questionnaire) ตลอดจนการแปลงคุณค่าทางสังคม (social value) หรือผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการมาเป็นมูลค่าทางการเงิน (financial proxy) ผ่านการวิเคราะห์มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ต้นทุนและผลตอบแทนของโครงการ (Cost-Benefit Analysis) และการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ด้วยอัตราคิดลดตามพันธบัตรรัฐบาล (Discount Rate) ร้อยละ 3

ผลการศึกษาผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 โดยใช้อัตราคิดลดตามอัตราผลตอบแทนตามพันธบัตรรัฐบาลร้อยละ 3 โดยผลการศึกษาทั้ง 6 พื้นที่ มีดังนี้

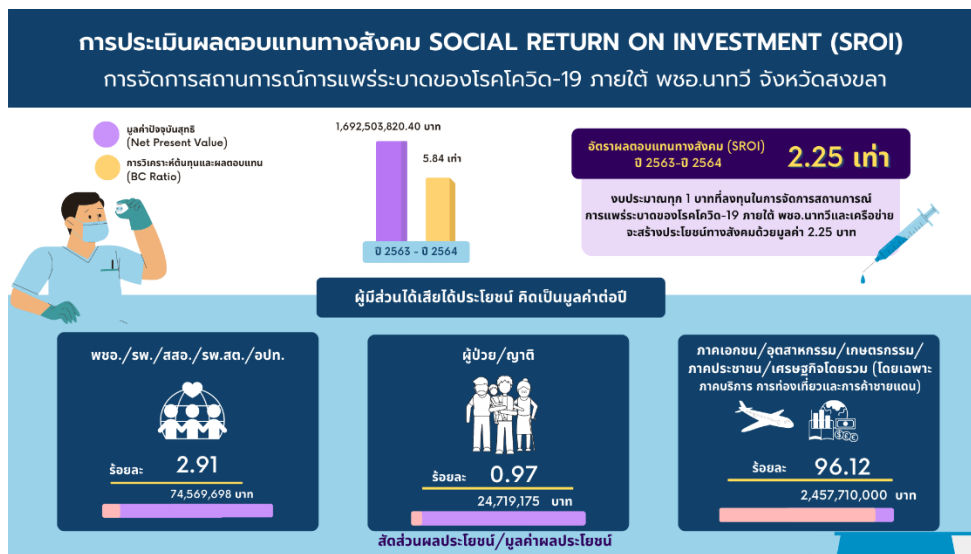
**1) พชอ.สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี** ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.สองพี่น้อง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิตั้งสิ้น 1,711,623,297.12 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 4.92 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 1.59 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.สองพี่น้อง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 1.59 บาท



2) พชอ.แม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แม่สาย) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 1,938,198,457.81 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 5.96 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 2.58 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พชอ.แม่สาย จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.58 บาท



3) พขอ.นาทวี จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.นาทวี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่า จะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 1,692,503,820.40 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 5.84 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 2.25 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ใช้ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.นาทวีจะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 2.25 บาท

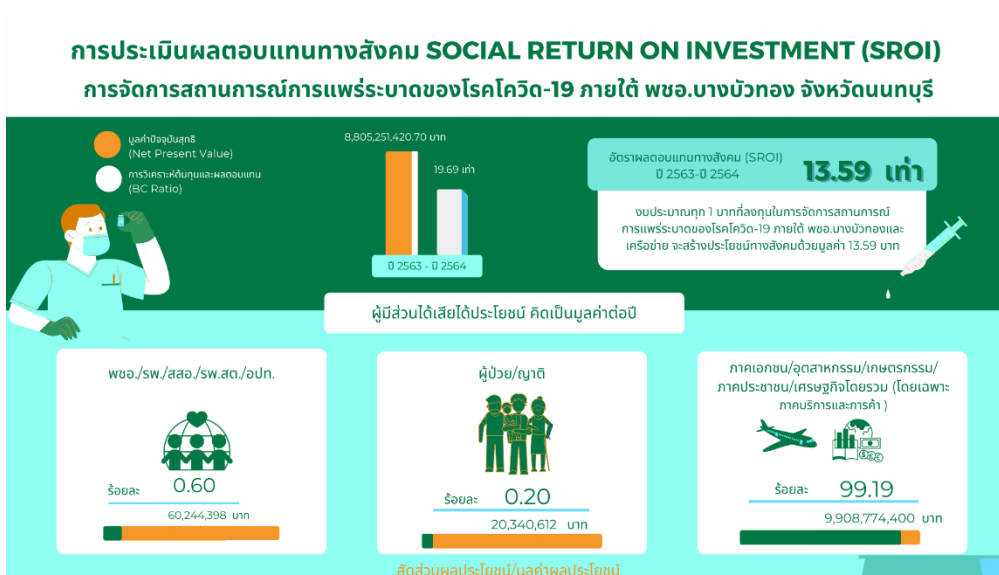


4) พขอ.เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.เมืองขอนแก่น) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่า จะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 4,901,038,959.18 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 3.87 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 0.98 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.เมืองขอนแก่น จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 0.98 บาท

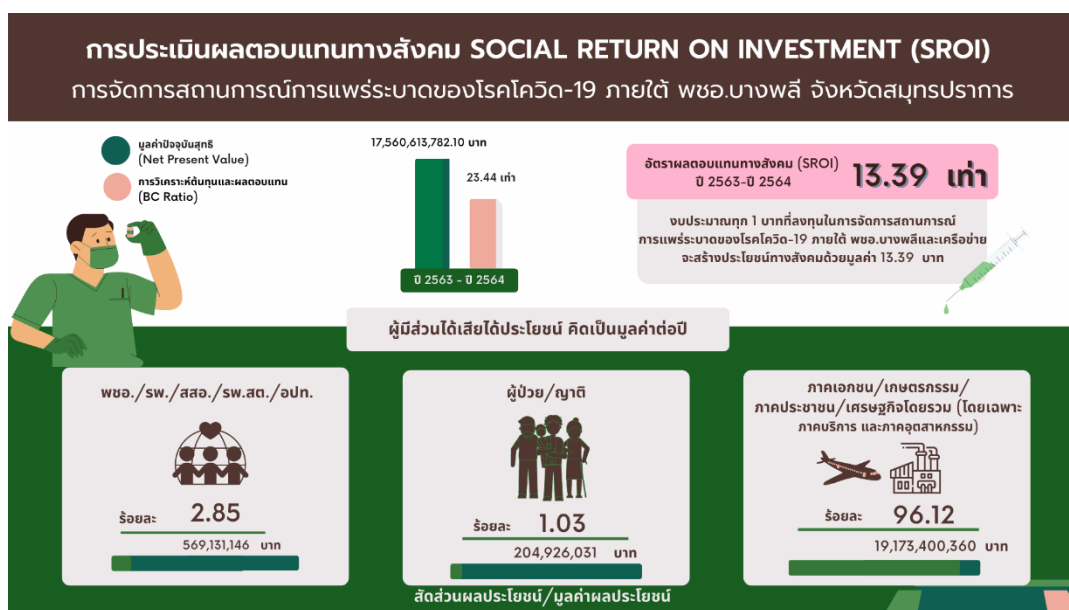




5) พ.ช.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พช.บางบัวทอง) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 8,805,251,420.70 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 19.69 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 13.59 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พ.ช.บางบัวทอง จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.59 บาท



6) พขอ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณหามูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value) ของการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.บางพลี) ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ใช้อัตราคิดลด (Discount Rate) ที่ร้อยละ 3 พบว่าจะมีมูลค่าปัจจุบันสุทธิรวมทั้งสิ้น 17,560,613,782.10 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-Benefit Analysis) มีผลการคำนวณอยู่ที่ 23.44 เท่า การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) อยู่ที่ 13.39 เท่า ผลที่ได้คือ งบประมาณ 1 บาทที่ลงทุนในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้ พขอ.บางพลี จะสร้างประโยชน์ทางสังคมด้วยมูลค่า 13.39 บาท ตามลำดับ



จากโครงการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในการดำเนินงาน 6 พื้นที่ พบว่าการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ใน 6 พื้นที่ที่มีความแตกต่างกันด้วยเหตุผลปัจจัยหลักใน 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

### ปัจจัยที่ 1 ต้นทุนค่าใช้จ่าย หรืองบประมาณที่ใช้ในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

ต้นทุนค่าใช้จ่าย หรืองบประมาณที่ใช้ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ในการบริหารจัดการโควิด-19 ในแต่

ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในภาพรวม ดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้ความแตกต่างขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลในการรองรับการเข้ารับบริการของประชาชน จำนวนเตียง (Cohort Ward) ที่รองรับผู้ป่วยโควิด-19 ต้นทุนในส่วนของค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ ต้นทุนค่าลงทุน และค่าใช้จ่ายในการจัดการโควิดในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างในส่วนของต้นทุนนี้ส่งผลต่อการคำนวณ SROI ที่ทำให้ผลของตัวเลขในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

พื้นที่	พขอ.สองพี่น้อง	พขอ.แม่สาย	พขอ.นาทวี	พขอ.เมือง ขอนแก่น	พขอ.บางบัว ทอง	พขอ.บางพลี
ต้นทุนรวม	1,074,311,885	750,552,075	752,832,123.01	4,977,914,495	647,705,417	1,311,702,306

ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดการโควิดทั้ง 6 พื้นที่

## ปัจจัยที่ 2 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

ในการประเมินผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานของพขอ. ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการที่นำไปสู่กระบวนการการแปลงค่าเป็นเงิน (Financial Proxy) ไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ในส่วนของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโควิด-19 อัตราการหายภายหลังการเข้ารับการรักษาที่เพิ่มขึ้น และอัตราการได้รับวัคซีนที่ส่งผลต่อสถานการณ์ความรุนแรงของโรคลดลง และทำให้เศรษฐกิจ สังคมในพื้นที่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง 3 ส่วนนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการพิจารณาผลลัพธ์และตัวชี้วัดที่จะนำไปสู่การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในรายละเอียดของการแปลงค่าเป็นเงินของผลลัพธ์ในแต่ละพื้นที่นั้นมีปัจจัยที่ทำให้ผลการประเมินมีความแตกต่างกัน ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดและจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ตลอดจนอัตราการหายหลังการรักษาในช่วงปีพ.ศ.2563-2564 ของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้นในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากมาตรการในการจัดการสถานการณ์โควิด-19 ทั้ง 6 พื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากขนาดของเศรษฐกิจ จำนวนประชากร ลักษณะการประกอบอาชีพ อัตราค่าแรงขั้นต่ำ และผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ซึ่งนำมาใช้ในการคำนวณการแปลงค่าเป็นเงินมีความแตกต่างกันทั้ง 6 พื้นที่ ส่งผลให้การคำนวณผลการตอบแทนทางสังคม (SROI) มีผลที่ได้แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจากการคำนวณผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ในการจัดการสถานการณ์การแพร่

ระบาดของโรคโควิด-19 ภายใต้การดำเนินงานพขอ.ทั้ง 6 แห่ง พบว่าผลที่ได้มีค่าเป็นบวก ซึ่งแสดงถึงความคุ้มค่าในการลงทุนเมื่อเทียบกับการใช้งบประมาณต่อหน่วย

จากผลการศึกษาทั้ง 6 พื้นที่ พบว่ามีจุดร่วมของ**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** ที่ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมาย ดังนี้

1. การมีกลไกที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการในพื้นที่ ได้แก่ ศปก. EOC การปกครองท้องถิ่น พขอ. ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมคิดร่วมทำอย่างสม่ำเสมอโดยผ่านเวทีการประชุมในกลไกต่างๆ กลไกนี้
2. การมีนโยบายและมาตรการที่เอื้อต่อการทำงานทั้งระดับส่วนกลางและองค์กร ทำให้สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็ว ทัวถึงและมีประสิทธิภาพ
3. การมีภาวะผู้นำที่ดี ทั้งการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยเฉพาะผู้นำในระดับต่างๆ ในพื้นที่ ได้แก่ พขอ. ศปก. โรงพยาบาล องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
4. ผู้นำด้านสุขภาพและบุคลากรทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขมีการทำงานด้านชุมชนมา ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เป็นอย่างดี
5. การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้การบริหารจัดการของ พขอ. ทั้งหน่วยงานทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข การปกครอง และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
6. ศักยภาพ ความเข้มแข็ง และการเสียสละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ท้องถิ่น บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคในชุมชน
7. การพัฒนาทักษะบุคลากร ในการดำเนินงานของภาครัฐมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด มีการพัฒนาทักษะของบุคลากรในหลายภาคส่วน
8. การมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทุกภาคส่วนมีการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง และทรัพยากรอย่างเป็นองค์รวม
9. การมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะภาคเอกชนและภาคประชาชนในการสนับสนุน หน่วยงานภาครัฐและผู้ได้รับผลกระทบ
10. ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และให้ความร่วมมืออันดีกับหน่วยงาน ภาครัฐ ทำให้การดำเนินการต่างๆ ในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
11. การมีมาตรการช่วยเหลือเยียวยาจากภาครัฐ และการส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้
12. การสร้างขวัญกำลังใจอย่างต่อเนื่องทั้งที่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นรูปธรรมของภาครัฐ ส่งผล การทำงานของบุคลากรทุกฝ่ายที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด

จากผลการศึกษา ได้แบ่งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเป็น 2 ส่วนคือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับชาติ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับปฏิบัติการ ดังนี้

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับชาติ

1. ภาครัฐควรจัดทำแผนรับมือในการเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินในภาวะวิกฤตที่ชัดเจนในทุกระดับ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับมือกับโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่
2. ควรมีการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ และระดับประเทศในการจัดการดูแลแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะทางด้านสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการเบื้องต้น
3. ควรมีการกำหนดให้มีกลไก พชอ. ในโครงสร้างของคณะกรรมการหลักในการบริหารจัดการสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉินในระดับจังหวัด เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติในระดับพื้นที่ ให้บรรลุตามแผนอย่างมีประสิทธิภาพ และมีกระบวนการดำเนินการที่มีการบูรณาการทุกภาคส่วนอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม
4. การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ควรมีความสอดคล้องกันและถ้ามีการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติควรมีการแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว ตลอดจนในบางกรณีที่คำสั่งมีการใช้ภาษาทางกฎหมาย ควรมีการปรับภาษาให้เข้าใจได้ง่าย เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและลดปัญหาความสับสนของเจ้าหน้าที่ผู้นำไปปฏิบัติ
5. ในการออกนโยบายหรือมาตรการในการควบคุมโรค ควรมีแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากอัตราความรุนแรงของโรค จำนวนผู้ติดเชื้อ มีความแตกต่างกัน เพื่อเป็นการลดผลกระทบจากการบังคับใช้มาตรการและนโยบายต่างๆ ที่มีต่อเศรษฐกิจ สังคม และภาคประชาชน
6. นโยบายเรื่องการจ่ายค่าตอบแทน ควรให้ครอบคลุมทั่วถึงทุกกลุ่ม เช่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรทางการปกครองท้องถิ่น และควรกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำเอกสารที่ไม่เร่งด่วนจนเกินไป ควรมีแนวทางในการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะ เป็นในเรื่องของค่าตอบแทนต่างๆ และควรจะต้องมีการเบิกจ่ายอย่างรวดเร็ว
7. ภาครัฐควรมีแผนในการรับมือกับสถานการณ์การประชาสัมพันธ์ และการตอบสนองต่อข่าวลวง ตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมหรือเทคโนโลยีที่ทันต่อการตอบสนองสถานการณ์ เช่น cofact ที่พัฒนาโดย สสส เป็นต้น

8. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่หรือภารกิจเกี่ยวข้องกับการรับมือกับภาวะฉุกเฉิน เช่น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการตามกล่องภารกิจต่างๆ ของ EOC เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างทัน่วงที

9. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลให้มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นจำนวนมากในหลายพื้นที่ อย่างไรก็ตามเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดอยู่ในสถานการณ์ที่ดีขึ้น ควรมีแผนในการใช้ประโยชน์หรือส่งต่ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ที่ขาดแคลนเพื่อประโยชน์ในการใช้ทรัพยากรอย่างสูงสุด

10. ควรมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) เข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับรู้และเข้าใจความจำเป็นในการเบิกจ่ายในภาวะฉุกเฉินที่อาจมีความแตกต่างจากสถานการณ์ปกติได้ เพื่อจะได้ให้คำปรึกษาหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และขอเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณตามระเบียบที่กำหนด เพื่อผู้ปฏิบัติจะได้มีแนวทางปฏิบัติที่โปร่งใส มีความชัดเจน และสามารถดำเนินการได้รวดเร็วทันต่อสถานการณ์

11. ควรมีการทบทวนกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ทันต่อสถานการณ์และพร้อมรับมือกับโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต เช่น เกาหลีใต้มีการทบทวนกฎหมายให้ทันต่อสถานการณ์ทางสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป

12. ควรมีการพัฒนาระบบเพื่อติดตามผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงผ่านการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและนวัตกรรมที่มีวิธีการใช้และการเข้าถึงที่ง่าย เช่น เกาหลีใต้มีกระทรวง ICT ในการกำกับดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง พร้อมเปิดเผยข้อมูลสาธารณสุขต่อประชาชนมากขึ้น

13. ควรมีการพัฒนาระบบ teleconsultation ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเข้าถึงกลุ่มคนทุกกลุ่ม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้มากยิ่งขึ้น เช่น สิงคโปร์มีระบบ teleconsultation ที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อและผู้ไม่ติดเชื้อได้ปรึกษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

14. ควรมีการประชาสัมพันธ์ในการรับวัคซีนอย่างต่อเนื่องและการสร้างแรงจูงใจ เช่น ญี่ปุ่นมีการจัดหาวัคซีนคุณภาพสูงให้แก่ประชาชน พร้อมกับทำการประชาสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการระบาดและการกลับมาเป็นซ้ำ

15. ควรมีการส่งเสริมงานวิจัย นวัตกรรม เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ทั้งทางด้านทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และสังคมศาสตร์ให้มากยิ่งขึ้น ตลอดจนการสร้างบัญชีนวัตกรรม เช่น ในญี่ปุ่น รัฐบาลส่งเสริมงบประมาณทางด้านงานวิจัยและพัฒนาที่มากขึ้นหลังจากพบการระบาดของโควิด

16. การส่งเสริมการสร้างความร่วมมือในระดับนานาชาติให้มากยิ่งขึ้นในการเตรียมความพร้อม การสนับสนุน องค์ความรู้ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ เช่น ความร่วมมือของสหภาพยุโรปในการซื้อและจัดหาหน้ากากอนามัย และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

17. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลและแนวทางการรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสายพันธุ์ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับปฏิบัติการ

#### ด้านสาธารณสุข

1. ชุดตรวจโควิด-19 (ATK) ในการแจกชุดตรวจโควิด-19 ควรมีการประสานงานงานกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐในการแจกจ่ายให้กับประชาชน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและงบประมาณของภาครัฐ

2. ยาฟาวิพิราเวียร์ ควรมีการกำหนดแนวทางการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ที่มีความชัดเจน ตลอดจนการสื่อสารและสร้างความเข้าใจให้กับภาคประชาชน

3. วัคซีน ควรมีแนวทางปฏิบัติในเรื่องของการรับวัคซีนที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานได้สอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐในแต่ละช่วงเวลา และลดความขัดแย้งกับประชาชนในพื้นที่

4. วัคซีน ควรมีแนวทางในการสร้างแรงจูงใจในการรับวัคซีนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสื่อสารผ่านภาครัฐ

5. วัคซีน ในการบริหารจัดการวัคซีนทางเลือก ควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีแนวทางในการจัดการวัคซีนทางเลือกให้ทั่วถึงโดยความร่วมมือของทั้ง ภาครัฐ และเอกชน ควรมีการบริหารจัดการที่ลดความเหลื่อมล้ำและประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด

6. ระบบการรักษาที่บ้าน (Home Isolation) ควรมีแนวทางในการปฏิบัติในการบริหารจัดการในแต่ละพื้นที่ เช่น คอนโดมิเนียม หมู่บ้านจัดสรรในเขตเมือง หมู่บ้านในชนบท ชุมชนแออัด เป็นต้น

7. ศูนย์แยกกักตัวในชุมชน community isolation (CI) ควรอยู่บนพื้นฐานตามมาตรฐานของกระทรวงที่กำหนดไว้ให้ได้มากที่สุดตามบริบทและข้อจำกัดด้านทรัพยากรในแต่ละพื้นที่

8. ระบบการบริหารจัดการข้อมูลของผู้ป่วย ควรมีระบบที่เชื่อมต่อและแชร์ข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโควิด เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการจัดการกับข้อมูล และสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ

9. คำสั่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรการในการรับมือกับโควิด-19 มีคำสั่งจำนวนมากที่ต้องใช้การตีความเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติและการใช้งบประมาณของภาครัฐ ควรมีหน่วยการในการให้ข้อมูลหรือมีแนวทางปฏิบัติ เพื่อสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยงต่อการนำไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

10. ระบบในการซ่อมแผนใช้รับมือกับโรคอุบัติใหม่ ควรมีการซ่อมแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

11. ควรมีการอบรมเพื่อประเมินความเสี่ยงและคาดการณ์สถานการณ์การระบาด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินสถานการณ์และเตรียมพร้อมรับมือที่ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการระบาดในพื้นที่

### **ด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม**

1. การจัดการขยะติดเชื้อควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ และหน่วยงานรับผิดชอบ ทั้งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมและเฝ้าระวังป้องกันโรค เพื่อให้เห็นและข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้มุมมองที่รอบด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเศรษฐกิจ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจและลดการชะงักงันของภาคเศรษฐกิจในระดับท้องถิ่น

3. กลุ่มชาติพันธุ์หรือแรงงานข้ามชาติ ควรมีล่ามที่ช่วยในการสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง จะช่วยให้ลดความกลัวหรือเกิดการหลบหนีลดลงโดยเฉพาะในกลุ่มที่เข้ามาอย่างไม่ถูกกฎหมาย

4. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ในกลุ่มกลุ่มชาติพันธุ์หรือแรงงานข้ามชาติ ควรมีการจัดทำแนวทางการพัฒนารูปแบบของการประสานงานและสนับสนุนจากเครือข่ายในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในอนาคต เช่น การทำงานร่วมกันระหว่าง พชอ. และเครือข่าย ทั้งอาสาสมัครชุมชนท้องถิ่นชายแดน หน่วยงานทางวิชาการ สื่อท้องถิ่น ในการจัดทำสื่อเพื่อให้มีรูปแบบ ภาษา และความน่าสนใจ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หอกระจายข่าว ทางช่องทางวิทยุ ที่ประชาชนในแต่ละกลุ่มสามารถเข้าถึงได้



## การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลผลิตและผลลัพธ์	รายละเอียดการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์*				กลุ่มเป้าหมาย เผยแพร่/หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	ตอบ OKR
	มิตินโยบาย	มิติวิชาการ	มิติการพัฒนา สังคม /ชุมชน	มิติ เศรษฐกิจ/ พาณิชย์		
ผลการประเมิน SROI ของการจัดการโควิด-19 ภายใต้การดำเนินการของพชอ.ทั้ง 6 พื้นที่ และ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับชาติ และระดับปฏิบัติการ	จากผลการประเมิน SROI สามารถนำข้อมูลไปประกอบเชิงนโยบาย โดยพิจารณาจากการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ ภายใต้การดำเนินงานของพชอ.	คณะผู้วิจัยจะดำเนินการนำผลการศึกษาค้นคว้าวารสารวิชาการ ระดับประเทศ/ระดับนานาชาติต่อไป	คณะผู้วิจัยได้มีการจัดทำแผนภาพ ( Infographic) ผลงานวิจัย และได้ดำเนินการจัดประชุมชี้แจงผลการดำเนินงานแก่พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 พื้นที่	-	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 6 พื้นที่	การยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ ให้พร้อมรับมือโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ด้วยการใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม

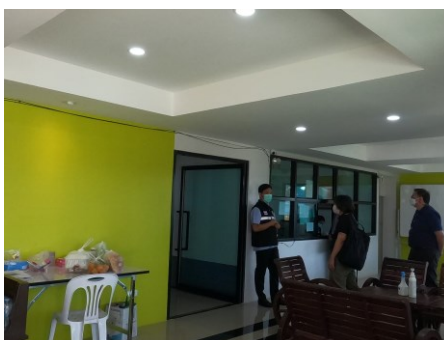
## 1. ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูล พชอ.นาทวี อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

### 1.1 ภาพการจัดประชุมกลุ่มตามขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI)



## 2. ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูล พขอ.แม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

### 2.1 ภาพการจัดประชุมกลุ่มตามขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI)



### 3. ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูล พชอ.เมืองขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

#### 3.1 ภาพการจัดประชุมกลุ่มตามขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI)



#### 4. ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูล พชอ.บางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

##### 4.1 ภาพการจัดประชุมกลุ่มตามขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI)



## 5. ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูล พขอ.บางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

### 5.1 ภาพการจัดประชุมกลุ่มตามขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI)



## 6. ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูล พขอ.สองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

### 6.1 ภาพการจัดประชุมกลุ่มตามขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI)

