

การประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ธิดารัตน์ บุญไหล *

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์[†]

ฐิติพร สุแก้ว[‡]

ผู้รับผิดชอบบทความ: ฐิติพร สุแก้ว

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: นโยบาย “30 บาทรักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ซึ่งริเริ่มในปี พ.ศ. 2567 เป็นนวัตกรรมเชิงซับซ้อนที่อาศัยโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลสุขภาพเพื่อขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของนโยบายมิได้ขึ้นกับการออกแบบเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับความสามารถของหน่วยบริการในการนำนโยบายไปปฏิบัติจริง

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินปัจจัยกำหนดการนำนโยบายไปปฏิบัติและวัดระดับการยอมรับนโยบาย (adoption) ผ่านการเปลี่ยนแปลงของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ระเบียบวิธีศึกษา: ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานชนิดคู่ขนาน (convergent parallel mixed methods) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2568 เก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลกับผู้ปฏิบัติงาน 14 คน จาก 7 กลุ่มวิชาชีพ คัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่พัฒนาจาก Consolidated Framework for Implementation Research ครอบคลุม 35 ใน 43 องค์ประกอบของกรอบ CFIR 2.0 ในการศึกษาเชิงปริมาณได้วิเคราะห์ข้อมูลอนุกรมเวลารายสัปดาห์ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (E11) และโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2567 (36 สัปดาห์) กับเส้นฐาน พ.ศ. 2562-2566 (240 สัปดาห์) ด้วยสถิติ one-sample t-test, Welch’s t-test, Cohen’s d, Bootstrap CI (10,000 resamples) และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา: ด้านคุณภาพ พบว่าร้อยละ 71.4 ของ CFIR constructs (25 จาก 35 องค์ประกอบ) เป็นปัจจัยเอื้อต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยปัจจัยหลัก ได้แก่ ความสามารถปรับตัว (adaptability +2) การมีส่วนร่วมของผู้นำ

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[†] กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

[‡] สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Received 7 January 2026; Revised 24 April 2026; Accepted 18 May 2026

Suggested citation: Boonlai T, Suphanchaimat R, Sukaew T. Evaluation of the One ID Anywhere policy of the Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan province. Journal of Health Systems Research 2026;20(2):98-122.

ธิดารัตน์ บุญไหล, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, ฐิติพร สุแก้ว. การประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2569;20(2):98-122.

(leadership engagement +2) ความพร้อมของบุคลากร (self-efficacy, stage of change +2) และกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีระบบ (planning, executing, reflecting +2) ขณะที่อุปสรรคเชิงโครงสร้างที่สำคัญ (-2) ได้แก่ คุณภาพหลักฐาน ต้นทุนและทรัพยากร และความไม่สอดคล้องกับกระบวนการทำงานจริง อัตราการใช้บริการปี 2567 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งโรคเบาหวาน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.8 จาก 870 เป็น 1,042 ครั้ง/สัปดาห์; Cohen's $d = 1.040$, $p < 0.001$) และโรคความดันโลหิตสูง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.9 จาก 1,450 เป็น 1,695 ครั้ง/สัปดาห์; Cohen's $d = 0.896$, $p < 0.001$) เป็นผลลัพธ์ขนาดใหญ่ และการวิเคราะห์ความไวที่ยืนยันความแข็งแกร่งของผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบกับ baseline 2 ปีล่าสุดพบว่ากลุ่มโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.100$) ซึ่งบ่งชี้ถึงแนวโน้มระยะยาวก่อนนโยบาย

สรุป: ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติมิได้เกิดจากตัวนโยบายเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความสอดคล้องระหว่างความแข็งแกร่งของ “คน” และ “กระบวนการ” ภายในองค์กรกับโครงสร้างการสนับสนุนในระดับนโยบาย การที่อุปสรรคหลักทั้งสี่ประการอยู่นอกเหนืออำนาจของโรงพยาบาล สะท้อนว่าการขยายผลระดับประเทศจำเป็นต้องแก้ไขช่องว่างด้านการเบิกจ่าย ต้นทุนการดำเนินการ และความสอดคล้องของระบบดิจิทัลกับบริบทจริงก่อน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านการอ้างอิงผล เนื่องจากการศึกษาสถานพยาบาลเดียวที่เป็นโรงพยาบาลนาร่องและมีความพร้อมด้านดิจิทัล ประกอบกับการวิเคราะห์เชิงปริมาณไม่สามารถควบคุมแนวโน้มระยะยาวและตัวแปรกวนภายนอกได้อย่างสมบูรณ์

คำสำคัญ: การประเมินการนำนโยบายไปปฏิบัติ, กรอบ CFIR, นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ดิจิทัลสุขภาพ

Evaluation of the One ID Anywhere Policy of the Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province

Tidarat Boonlai^{*}, Rapeepong Suphanchaimat[†], Thitiporn Sukaew[‡]

^{*} Student of Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[†] Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

[‡] Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Corresponding author: Thitiporn Sukaew, thitiporn.s@pi.ac.th

Abstract

Background: The “30-Baht Treatment Anywhere with a Single ID Card” policy, launched in 2024, leverages digital health to challenge equitable access to care. Policy success, however, depends not only on its design but on the implementation capacity of service facilities.

Objective: To assess determinants of policy adoption and implementation through changes in outpatient service utilization at the Sawanpracharak Hospital pilot site.

Methods: A convergent parallel mixed-methods design was employed between May–August 2025. The qualitative strand used purposive sampling to recruit 14 staff from 7 professional groups for individual in-depth interviews via a semi-structured interview guide developed from the consolidated framework for implementation research (CFIR) version 2.0. Thirty-five qualitative of 43 CFIR constructs, with quantitative weekly time-series data for outpatient visits were analyzed for type 2 diabetes (E11) and hypertension (I10–I15) patients, comparing 2024 (36 weeks) against a 2019–2023 (240 weeks) baseline using one-sample t -test, Welch's t -test, Cohen's d , Bootstrap 95% CI (10,000 resamples), and Wilcoxon signed-rank test.



Results: Qualitatively, 71.4% of the assessed constructs (25/35) were facilitators of policy implementation. Key enablers included adaptability (+2), leadership engagement (+2), staff self-efficacy and stage of change (+2), and structured implementation processes including planning, executing, and reflecting (+2). Four structural barriers (-2) were identified: evidence quality, cost, available resources, and workflow compatibility. Quantitatively, outpatient utilization in 2024 increased significantly. Diabetes visits rose +19.8% (from 870 to 1,042 visits/week; Cohen’s $d = 1.040$, $p < 0.001$) and hypertension visits rose +16.9% (from 1,450 to 1,695 visits/week; Cohen’s $d = 0.896$, $p < 0.001$), both exhibiting large and robust effect sizes confirmed by sensitivity analyses. However, I10–I15 showed non-significant increase from the 2-year baseline ($p = 0.100$), suggesting a pre-existing secular trend.

Conclusion: The implementation success reflected the alignment between organizational capability—people and processes—and structural support at the policy level. The four main barriers lay beyond hospital control, the nationwide scale-up required prior fix on reimbursement gaps, operational costs, and compatible digital system–workflow. Nevertheless, the single-site design limited generalization including high digital capacity of the pilot hospital. The quantitative analysis of aggregate-level data could not effectively control for secular trends or external confounders.

Keywords: implementation evaluation, consolidated framework for implementation research (CFIR), the one ID policy, universal health coverage, digital health

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่ประสบความสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC) โดยครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ 98⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมเชิงปริมาณมิได้แปรผันโดยตรงกับความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการในทางปฏิบัติ เนื่องจากข้อจำกัดเชิงสถาบันจากการผูกสิทธิ์เข้ารับการรักษาพยาบาลเข้ากับสถานพยาบาลประจำ ได้ก่อให้เกิดต้นทุนทางอ้อมในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล ดังนั้น เพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าว รัฐบาลไทยได้ริเริ่มนโยบาย “30 บาทรักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในปี พ.ศ. 2567 โดยอาศัยโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลสุขภาพ ได้แก่ Health ID ระบบยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม และ Financial Data Hub (FDH) เพื่อสนับสนุนการให้บริการและการเบิกจ่าย⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม นโยบายนี้มีลักษณะเป็นนวัตกรรมเชิงซับซ้อนที่ต้องอาศัยการปรับ

ตัวพร้อมกันของหลายองค์ประกอบในระบบสุขภาพภายใต้ระดับความพร้อมของหน่วยบริการที่แตกต่างกัน

ในเชิงประจักษ์ ความท้าทายสำคัญของนโยบายมีได้ อยู่ที่การออกแบบเชิงแนวคิด แต่อยู่ที่ความสามารถของหน่วยบริการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีแนวโน้มเผชิญปรากฏการณ์ข้ามหน่วยบริการปฐมภูมิและความแออัดภายหลังการเปิดเสรีการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ ความซับซ้อนขององค์ประกอบดิจิทัลอาจก่อให้เกิดความฝืดในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation friction) ที่ชะลอความเร็วในการนำไปใช้จริง คำถามเชิงนโยบายจึงขยายจาก “นโยบายได้ผลหรือไม่” ไปสู่ “ระบบสามารถรองรับและนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด” ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านองค์กร (เช่น organizational readiness for change และภาวะผู้นำ) บุคลากร (เช่น ความสามารถในการปรับตัวและการยอมรับเทคโนโลยี) และบริบทภายนอกที่กำหนดแรงจูงใจหรือข้อจำกัดของหน่วยบริการ⁽³⁾

จากมุมมองเชิงทฤษฎี การประเมินนโยบายที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ปลายทาง (summative evaluation) เพียงอย่างเดียวมีข้อจำกัดในการอธิบายกลไกของความสำเร็จหรือความล้มเหลว และอาจนำไปสู่ข้อสรุปที่คลาดเคลื่อน หากไม่พิจารณาความล้มเหลวเชิงกระบวนการ หลักฐานชี้ว่าคุณภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติมีอิทธิพลโดยตรงต่อผลลัพธ์⁽⁴⁾ และในบริบทดิจิทัลสุขภาพ ปัจจัยด้านมนุษย์และองค์กรมีบทบาทสำคัญยิ่งกว่าปัจจัยทางเทคนิค^(5,6) ศาสตร์การดำเนินการ (implementation science) จึงมีบทบาทสำคัญในการอธิบายช่องว่างระหว่างองค์ความรู้กับการปฏิบัติ (know-do gap)^(7,8,9) โดยเฉพาะนโยบายที่มีความซับซ้อนและขึ้นกับบริบท⁽¹⁰⁾ การเลือกใช้กรอบแนวคิด Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ในการศึกษาที่ตั้งอยู่บนข้อจำกัดของกรอบ implementation science อื่นที่มีมุมมองเพียงบางระดับของระบบ เช่น Theoretical Domains Framework (TDF) ที่เน้นพฤติกรรมระดับบุคคล หรือ Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance (RE-AIM) ที่เน้นผลลัพธ์เชิงโปรแกรม ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดเชิงระเบียบวิธี (analytic blind spots) ในการอธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายระดับที่กำหนดความสำเร็จของนโยบายสาธารณสุข⁽⁶⁾ โดยเฉพาะนโยบายที่มีความซับซ้อนและพึ่งพาเทคโนโลยี เช่น นโยบาย “30 บาทรักษาได้ทุกที่” ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับการปฏิรูป UHC ในหลายประเทศ เช่น ระบบ Community-Based Health Insurance ของรวันดา⁽¹¹⁾ และโครงการ Ayushman Bharat ของอินเดีย⁽¹²⁾ ที่แม้จะมีการออกแบบนโยบายที่ชัดเจน แต่ผลลัพธ์ในทางปฏิบัติกลับขึ้นอยู่กับความสอดคล้องกับบริบท ความพร้อมขององค์กร และการยอมรับของผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ CFIR จึงมีข้อได้เปรียบในฐานะกรอบเชิงบูรณาการที่พัฒนาขึ้นเพื่อสังเคราะห์ตัวแปรกำหนดจากทฤษฎีที่หลากหลายเข้าสู่โครงสร้างเดียวกันอย่างเป็นระบบ⁽¹³⁾ โดยครอบคลุม 5 มิติหลัก ได้แก่ คุณลักษณะของนวัตกรรม บริบทภายนอก

บริบทภายในองค์กร คุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงาน และกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์เชิงระบบ (system interactions) ได้ดีกว่ากรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นเฉพาะมิติใดมิติหนึ่ง นอกจากนี้ CFIR ยังทำหน้าที่เป็น “ภาษากลาง” ที่เอื้อต่อการเปรียบเทียบผลการศึกษาและการระดมองค์ความรู้ข้ามบริบท⁽³⁾ ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบสำคัญสำหรับการวิจัยเชิงระบบในบริบทประเทศกำลังพัฒนา การใช้กรอบดังกล่าวช่วยให้สามารถระบุอุปสรรคและปัจจัยเอื้อ รวมถึงอธิบายกลไกที่เชื่อมโยงการออกแบบนโยบายกับผลลัพธ์เชิงปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบ อันเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมในบริบทจริง⁽⁷⁾ การศึกษานี้เลือกใช้กรอบ CFIR เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดในหลายระดับ^(3,13,14) และให้ความสำคัญกับตัวแปรการยอมรับนโยบาย (adoption) ในฐานะผลลัพธ์ระยะต้นของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งครอบคลุมทั้งการตัดสินใจในระดับองค์กร (organizational adoption) และการยอมรับในระดับบุคคล (individual adoption) ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัย เช่น perceived relative advantage, adaptability, outer setting pressures และระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย⁽¹⁵⁾ ในเชิงปฏิบัตินั้น การยอมรับสามารถสะท้อนผ่านตัวชี้วัดเชิงประจักษ์ เช่น การเข้าถึงบริการ (reach) และการใช้บริการ (utilization) ซึ่งเป็นตัวแทน (proxy) ของการแปลงการตัดสินใจเชิงนโยบายไปสู่การใช้งานจริง การทำความเข้าใจพลวัตของการยอมรับนโยบาย และปัจจัยกำหนดในบริบทจริงจึงมีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ต่อการอธิบายความสำเร็จของนโยบาย และต่อการออกแบบกลไกสนับสนุนเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทยในระยะยาว

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินนโยบาย (policy evaluation) ในกระบวนการนำไปปฏิบัติ (policy implementation process) โดยต้องการค้นหาสาเหตุปัจจัยที่

สนับสนุนหรือขัดขวางการนำนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ไปปฏิบัติ การประเมินผลใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ชนิดคู่ขนาน (convergent parallel design) ซึ่งประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณควบคู่กัน โดยข้อมูลเชิงคุณภาพจะเกี่ยวข้องกับข้อมูลความเห็นของผู้ปฏิบัติงานผ่านแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาภายใต้กรอบแนวคิด CFIR ซึ่งเป็นตัวแบบประเภทแบบจำลองปัจจัยกำหนด (determinant model) ที่มีวัตถุประสงค์ในการใช้หาปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ^(3,16) และข้อมูลเชิงปริมาณจะได้รับการประเมินการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการสุขภาพที่ใช้เป็นตัวแทน “adoption” ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ⁽¹⁵⁾ ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเหล่านี้จะถูกรวบรวมและวิเคราะห์แยกกันในเวลาเดียวกัน จากนั้นจึงนำผลมาเชื่อมโยงและตีความร่วมกันเพื่อความเข้าใจที่ครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดและผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การประเมิน CFIR เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคำถามที่โครงสร้างที่พัฒนาจากคู่มือ CFIR interview guide เพื่อเก็บข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติจำนวน 35 จาก 43 องค์ประกอบหลักภายใต้กรอบแนวคิด CFIR ตัวอย่างองค์ประกอบที่ถูกตัดออกการศึกษานี้ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเห็นของผู้ใช้บริการ เช่น องค์ประกอบที่ประเมินว่านวัตกรรมหรือนโยบายเป็นความต้องการของประชาชนจริงหรือไม่ (need) ซึ่งอยู่นอกเหนือจากขอบเขตของงานวิจัยในครั้งนี้ และถูกตรวจสอบตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity)⁽¹⁷⁾ โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) ไม่ต่ำกว่า 0.5 เพื่อสัมภาษณ์ผู้บริหาร หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินนโยบายภายในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 14 คน จาก 7 กลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร เจ้าหน้าที่เทคโนโลยี

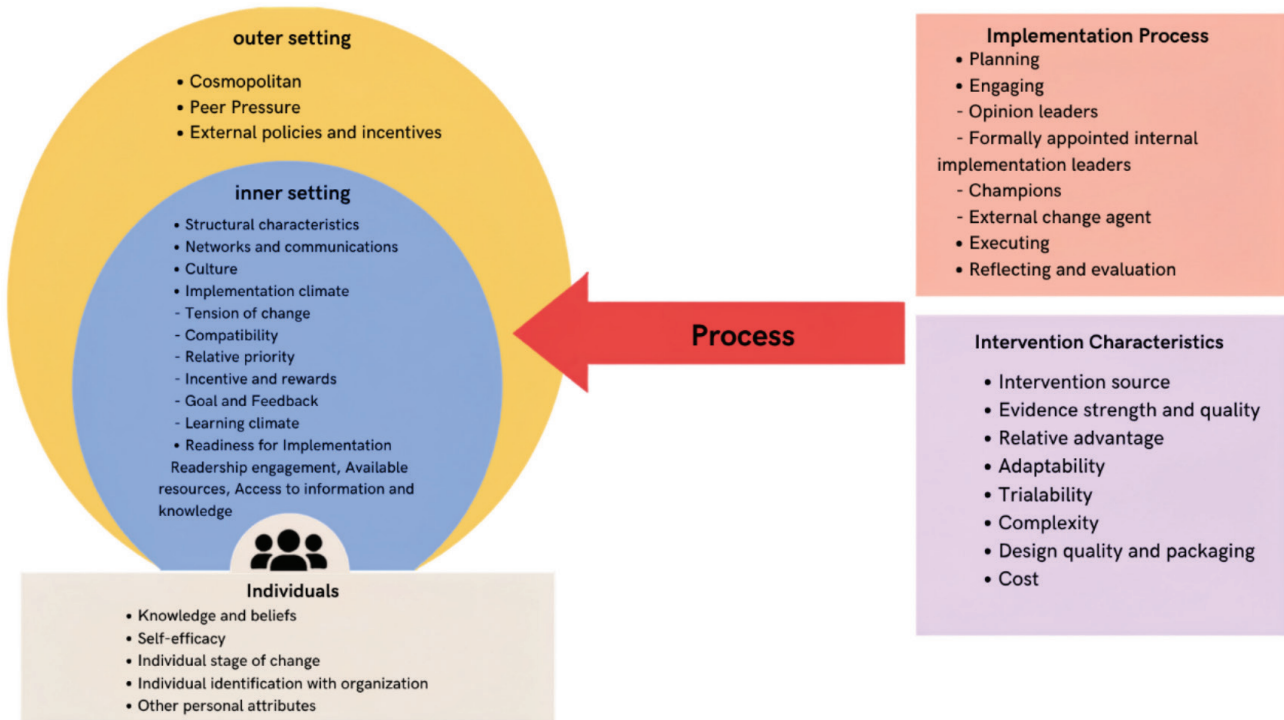
สารสนเทศ เจ้าหน้าที่งานจัดเก็บรายได้ เจ้าหน้าที่งานตรวจสอบสิทธิ เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน และเจ้าหน้าที่การเงิน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือน

กระบวนการเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกรายบุคคล (in-depth interview) ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยแนวคำถามพัฒนาตามกรอบ CFIR ครบทั้ง 5 องค์ประกอบ การสัมภาษณ์ดำเนินการจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูลโดยไม่พบประเด็นหรือข้อมูลใหม่ที่มีนัยสำคัญเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ ข้อมูลเสียงถูกถอดความ เข้ารหัส และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ภายใต้กรอบ CFIR เพื่อระบุปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และกลไกที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้วิจัยจำนวน 2 ราย ดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียง ให้รหัสข้อมูล (code) คัดแยกและจัดกลุ่มข้อมูล เขียนประมวลผล และสรุปความ เพื่อให้การแปลผลมีความเป็นระบบ และสามารถสะท้อนทั้งทิศทางและระดับความเข้มของอิทธิพลของแต่ละองค์ประกอบในบริบทของการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม การศึกษานี้ใช้แนวปฏิบัติที่ให้คะแนนข้อมูลเชิงคุณภาพภายใต้กรอบ CFIR ซึ่งใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบเชิงทิศทางและความเข้มของอิทธิพลของแต่ละองค์ประกอบต่อกระบวนการดำเนินงาน โดยกำหนดช่วงคะแนนตั้งแต่ -2 ถึง +2 รวมทั้งค่าที่เป็นกลาง (0) และค่าผสม (X) สำหรับกรณีที่มีข้อมูลทั้งด้านบวกและลบในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คะแนน -2 และ +2 สะท้อนถึงอิทธิพลเชิงลบหรือเชิงบวกที่ชัดเจนและมีความสอดคล้องกันในหมู่ผู้ให้สัมภาษณ์อย่างน้อย 2 ราย พร้อมทั้งมีตัวอย่างเชิงประจักษ์ในประเด็นสำคัญ ขณะที่คะแนน -1 และ +1 ใช้สำหรับกรณีที่มีการกล่าวถึงผลกระทบในเชิงลบหรือบวกในลักษณะทั่วไป แต่ขาดตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการอนุมานทิศทางของอิทธิพลได้ สำหรับคะแนน 0 ใช้ในกรณีที่องค์ประกอบไม่มีผลกระทบอย่าง

ชัดเจน หรือข้อมูลมีลักษณะเป็นกลางโดยปราศจากถ้อยคำเชิงประเมินค่า ขณะที่คะแนนแบบผสม (X) ใช้เมื่อข้อมูล

สะท้อนทั้งด้านบวกและลบโดยมีน้ำหนักใกล้เคียงกัน และไม่สามารถสรุปทิศทางหลักได้อย่างชัดเจน⁽¹⁸⁾

Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)



ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงของบริบทตัวแปร Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) รูปภาพดัดแปลงมาจาก Laura J. Damschroder และคณะ⁽¹⁸⁾

การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อศึกษาพฤติกรรมการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก (outpatient service utilization) ของกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญที่เป็นเป้าหมายของนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ได้แก่ กลุ่มโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เป็นตัวแทนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (adoption proxy) ข้อมูลอนุกรมเวลารายสัปดาห์ (weekly time series) ของอัตราการใช้บริการสาธารณสุขจะถูกแบ่งออกเป็นสองชุดหลัก ได้แก่ ชุดข้อมูลเส้นฐาน (baseline dataset) คือข้อมูลรายสัปดาห์ในช่วงปี พ.ศ.

2562–2566 รวมจำนวน 240 สัปดาห์ (5 ปี × 48 สัปดาห์ต่อปี) และชุดข้อมูลปัจจุบัน คือข้อมูลรายสัปดาห์ของปี พ.ศ. 2567 จำนวน 36 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1–36 ครอบคลุมช่วงมกราคม–กันยายน) ทั้งนี้ หน่วยวัดของข้อมูลคือจำนวนครั้งของการใช้บริการต่อสัปดาห์ (ครั้ง/สัปดาห์) แยกตามกลุ่มรหัสโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (E11) และความดันโลหิตสูง (I10–I15) ตามลำดับ การเตรียมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ประกอบด้วย การตรวจสอบความสมบูรณ์ของชุดข้อมูล การตรวจหาค่าผิดปกติ (outlier detection) ด้วยวิธี interquartile range (IQR) และการตรวจสอบความสอดคล้องของช่วงเวลาสัปดาห์ระหว่างปีฐานและปีปัจจุบัน

เพื่อให้การเปรียบเทียบมีความถูกต้องตามหลักการของการใช้ข้อมูลสถิติการรักษาในอดีตเป็นกลุ่มข้อมูลอ้างอิงเพื่อศึกษาการเพิ่มขึ้นของสถิติการรักษาพยาบาลภายหลังจากมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาจากพื้นที่/สถานพยาบาลเดียว (single-site study) และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลรายบุคคล (individual data) ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดอคติในการประเมินผลข้อมูล การวิเคราะห์จึงใช้กลยุทธ์แบบพหุวิธีซึ่งครอบคลุมทั้งการทดสอบพาราเมตริกและนอนพาราเมตริก เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือและสามารถตรวจสอบความแข็งแกร่งได้จากหลายมุมมอง โดยมีวิธีการสถิติหลัก 3 วิธี คือ 1) การทดสอบสมมติฐานหลักดำเนินการด้วย one-sample t-test แบบ one-tailed โดยกำหนดสมมติฐานทางเลือก (H_1) ว่าค่าเฉลี่ยอัตราการใช้บริการในปี พ.ศ. 2567 มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยเส้นฐาน ($\mu_{2024} > \mu_{baseline}$) ควบคู่กับ Welch's two-sample t-test ซึ่งไม่ต้องตั้งข้อสมมติเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวน (homogeneity of variance) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอย่างเป็นอิสระ 2) การวัดขนาดผลกระทบใช้ Cohen's d ซึ่งตีความตามเกณฑ์มาตรฐาน (Cohen, 1988) ได้แก่ ขนาดเล็ก ($d < 0.5$) ขนาดกลาง ($0.5 \leq d < 0.8$) และขนาดใหญ่ ($d \geq 0.8$)⁽¹⁹⁾ ร่วมกับการประมาณช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval) แบบ Bootstrap โดยใช้การสุ่มซ้ำ 10,000 ครั้ง (Bootstrap CI with 10,000 resamples) เพื่อให้ได้ช่วงประมาณที่มีความแข็งแกร่งและลดผลกระทบจากการกระจายตัวที่ไม่เป็นปกติ 3) การทดสอบแบบ non-parametric ด้วย Wilcoxon signed-rank test ถูกนำมาใช้เป็นทางเลือกเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของผลลัพธ์กรณีที่มีข้อมูลมีการกระจายตัวผิดปกติ นอกจากนี้ การวิเคราะห์รายสัปดาห์ (week-by-week analysis) ได้ดำเนินการโดยการทดสอบ t-test สำหรับแต่ละสัปดาห์เทียบกับค่าเฉลี่ยเส้นฐานของสัปดาห์ที่สอดคล้องกัน ก่อนดำเนินการ

วิเคราะห์ทางสถิติ ได้ตรวจสอบข้อสมมติเรื่องการแจกแจงแบบปกติด้วย Shapiro-Wilk Test และวิเคราะห์กำลังทางสถิติ (statistical power analysis) เพื่อยืนยันความเพียงพอของขนาดตัวอย่าง การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการด้วยโปรแกรม R version 4.5.2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ IRRB of SPCHPL 10/2567.2.6 และเอกสารรับรองโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ COA.No.21/2568

ผลการศึกษา

มีรายละเอียดการวิเคราะห์ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณดังนี้

1. ผลลัพธ์การดำเนินงานตามนโยบาย ช่วงเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2568

ผลของการดำเนินงานตามนโยบายที่เกิดจากการประเมินผลด้วยกรอบแนวคิด CFIR ได้สรุปไว้ในตารางที่ 1 และรายละเอียดการจัดกลุ่มและสังเคราะห์ผลการประเมินตามคะแนน CFIR (-2 ถึง +2) ซึ่งแยกปัจจัยเอื้อ/จุดแข็งและปัจจัยคุกคาม/อุปสรรคเพื่อให้เห็นภาพรวมของความสำเร็จและความท้าทายในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นไปตามตารางที่ 2

ผลการประเมินตามบริบทของ CFIR พบว่าปัจจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่ส่งผลเชิงบวกต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยปัจจัยที่มีผลเอื้อต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างชัดเจน ได้แก่ กลุ่มปัจจัยในกลุ่มคะแนน +2 [ยกเว้นปัจจัยด้านความซับซ้อนของนโยบาย (complexity) ซึ่งคะแนน +2 จะส่งผลเชิงลบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ] ซึ่งมีอยู่

ทั้งหมด 21 องค์ประกอบจาก 35 องค์ประกอบที่ทำการศึกษา และคิดเป็นร้อยละ 60 ของปัจจัยที่ทำการศึกษทั้งหมด องค์ประกอบเหล่านี้กระจายอยู่อย่างหนาแน่นใน 4 โดเมนหลัก ได้แก่ คุณลักษณะของนโยบาย สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก คุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงาน และกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งสามารถจัดองค์ประกอบอยู่ในกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มลักษณะของนโยบายด้านความยืดหยุ่นและความสามารถในการทดลองใช้นโยบาย (adaptability และ trialability) ที่สะท้อนถึงการปรับการใช้นโยบายให้เข้ากับบริบทของตนเอง ซึ่งปัจจัยเอื้อที่แข็งแกร่งดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติสามารถจัดการกับนโยบายที่ซับซ้อนได้ผ่านการดัดแปลงนโยบายให้มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลและการวางแผนที่ดี 2) กลุ่มเครือข่ายและแรงผลักดันภายนอก (cosmopolitan และ peer pressure) ซึ่งสะท้อนถึงเครือข่ายสนับสนุนการทำงานที่แข็งแกร่งกับศูนย์สุขภาพชุมชน 5 แห่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 3 และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นครสวรรค์ ประกอบกับแรงกดดันจากการที่นโยบายเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการทำให้เกิดแรงผลักดันเชิงบวกทั้งจากภายในและภายนอก ซึ่งมีส่วนผลักดันให้เกิดแรงผลักดันเชิงบวกต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ 3) กลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร ที่สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมขององค์กรในการปฏิบัติ (structural characteristics, culture, relative priority, incentive & rewards, goals & feedbacks, leadership engagement และ access to knowledge) 4) กลุ่มปัจจัยทางศักยภาพของบุคลากรด้านความรู้ ความเชื่อมั่น ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง รวมถึงความรู้สึเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร (knowledge & beliefs, self-efficacy, stage of change, individual identification) และ 5) กลุ่มกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตั้งแต่กระบวนการแต่งตั้งผู้นำในรูปแบบต่างๆ ไปจนถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติและการ feedback ข้อมูลผลการดำเนินงาน (planning, opinion leaders, ap-

pointed leaders, external agents, executing และ reflecting & evaluation)

กลุ่มปัจจัยที่มีคะแนนในระดับที่ 1 ซึ่งเอื้อต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติแต่ยังมีข้อจำกัดหรือมีความเห็นที่แตกต่างกันในระดับปานกลาง ตัวแปรในกลุ่มนี้ได้แก่ 1) intervention source สะท้อนถึงความน่าเชื่อถือของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นที่มาของนโยบาย 2) ตัวแปร quality and packaging ที่สะท้อนให้เห็นว่าการออกแบบลำดับขั้นตอนของนโยบายมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง หมายถึงยังไม่สามารถออกแบบนโยบายให้เข้ากับระบบการทำงานจริงได้อย่างลงตัว 3) networks & communications ที่สะท้อนให้เห็นถึงการสื่อสารในองค์กรที่ทำได้ดีในระดับกลาง อย่างไรก็ตามในบริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะทำให้มีช่องว่างในการสื่อสารจากส่วนกลางไปยังจุดบริการในระดับหนึ่ง และ 4) learning climate ที่สะท้อนให้เห็นถึงช่องทางการเรียนรู้และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ดีอย่างไรก็ตามยังขาดการเรียนรู้อย่างเป็นทางการและต่อเนื่อง

ปัจจัยที่เป็นกลางที่ได้คะแนนในระดับ 0 อาจมีที่มาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ (1) ปัจจัยที่มีผลทั้งบวกและลบหักล้างกัน (2) ปัจจัยที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับรู้ว่ามีผลสำคัญหรือ (3) ปัจจัยที่บริบทยังไม่เอื้อให้แสดงผลชัดเจน กลุ่มตัวแปรในกลุ่มนี้ได้แก่ 1) relative advantage ซึ่งผู้ปฏิบัติไม่มีการมองว่านโยบายฯ มีประโยชน์มากกว่านโยบายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่มีการใช้ในโรงพยาบาลมาก่อนแล้ว โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับนโยบายที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเช่น OP (outpatient) anywhere 2) tension for change ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานหลักรับรู้ถึงแรงกดดันว่าต้องปรับวิธีการทำงานแต่ก็ไม่ได้เรียกร้องให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และ 3) การขาดบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติจริง หรือที่เรียกว่า champion ซึ่งหมายถึงการขาด implementation champion ที่แยกออกมาจากโครงสร้างการบริหารแบบปกติ



ปัจจัยที่มีข้อมูลขัดแย้งกันหรือมีผลลัพธ์ที่ไม่ชัดเจน (กลุ่มคะแนน X) ได้แก่ กลุ่ม external policies ที่สะท้อนให้เห็นว่านโยบายช่วยลดความแออัด อย่างไรก็ตาม จะพบการรายงานอุปสรรคที่เกิดจากนโยบายอื่นของ สปสช.จากระเบียบ สปสช.ที่มีจำนวนมาก และกลุ่ม other personal attributes (X) ที่พบว่าลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานมีความหลากหลายสูง มีทั้งกลุ่มสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ กลุ่มที่มีค่านิยมการทำงานเป็นทีม รับผิดชอบกับความคลุมเครือได้ดีไปจนถึงกลุ่มที่ยึดติดกับการทำงานแบบเดิม

กลุ่มปัจจัยที่เป็นอุปสรรคอย่างชัดเจน ซึ่งรวมถึง

กลุ่มที่มีคะแนนเป็น -2 รวมตัวแปรด้านความซับซ้อนของนโยบาย (complexity) ที่คะแนน +2 มีความหมายเชิงลบ ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คิดเป็นร้อยละ 11.4 ซึ่งรวมตัวแปรด้าน 1) ต้นทุนและทรัพยากร (cost & available resources) ซึ่งจัดเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน 2) ความสอดคล้องของงานและคุณภาพหลักฐาน (compatibility และ evidence quality) และ 3) ความซับซ้อนของนโยบาย (complexity) ซึ่งสะท้อนถึงมุมมองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติในแง่มุมต่างๆ ว่า งานที่มอบหมายมามีความซับซ้อนหรือยากต่อการนำไปปฏิบัติหรือไม่

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยใช้กรอบการศึกษา CFIR

โดเมน CFIR	องค์ประกอบ	ทิศทางอิทธิพล	คะแนน	ตัวอย่างประเด็น
1. คุณลักษณะของนโยบาย (8 องค์ประกอบ)	แหล่งที่มา (source)	ปัจจัยเอื้อ	+1	“นโยบายที่มาจากกระทรวงสาธารณสุขมีความน่าเชื่อถือ เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการที่สามารถเข้ารับรักษาได้ทุกที่ อีกทั้งยังลดขั้นตอนและระยะเวลารอคอย” (พยาบาล) และ “มีความโปร่งใสในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล เชื่อมั่นว่าในอนาคตจะมีการพัฒนาโปรแกรม FDH ของกระทรวงเพื่อลดขั้นตอน” (การเงิน)
	คุณภาพหลักฐาน (evidence)	ปัจจัยอุปสรรค	-2	“ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่มีสมาร์ตโฟนหรือเข้าไม่ถึงแอปพลิเคชันพร้อม อาจเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้ไม่เท่าเทียมกับคนในเมือง” (ตรวจสอบสิทธิ) และ “แม้จะมีหลักฐานรองรับในระดับสากลว่าช่วยลดความซ้ำซ้อน แต่ยังไม่พบข้อผิดพลาดจากผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยอาจไปพบแพทย์หลายแห่งในเวลาใกล้เคียงกันโดยไม่มี ความจำเป็น” (เภสัชกร, พยาบาล)
	ข้อได้เปรียบ (relative advantage)	เป็นกลาง	0	“กระบวนการทำงานเหมือนเดิม ไม่ได้มีแนวทางปฏิบัติใหม่” (เวชระเบียน) และ “ไม่ได้มีผลกระทบต่อโรงพยาบาลเนื่องจากดำเนินตามนโยบาย OP Anywhere อยู่ก่อนหน้าแล้ว” (จัดเก็บรายได้)
	ความสามารถปรับตัว (adaptability)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“มีการปรับกระบวนการจัดส่งยาให้สอดคล้องกับนโยบายโดยมีการลงทะเบียนผู้ป่วยและให้คำแนะนำก่อนการส่งยาผ่าน health rider” (เภสัชกร) และ “ภายในทีม IT เตรียมระบบเซิร์ฟเวอร์ตั้งค่ารหัส 16 บิต และพัฒนาปุ่มคำสั่งพิเศษเพื่อลดขั้นตอนการบันทึกข้อมูล” (IT)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยใช้กรอบการศึกษา CFIR (ต่อ)

โดเมน CFIR	องค์ประกอบ	ทิศทางอิทธิพล	คะแนน	ตัวอย่างประเด็น
	การทดลองนำไปใช้ (trialability)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“ก่อนประกาศใช้เต็มรูปแบบได้ทดสอบการยืนยันตัวตนผ่านแอปหมอมพร้อมปรับปรุงและทดสอบระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย” (ตรวจสอบสิทธิ) และ “ทดลองเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพ.สต. และ รพช. ในจังหวัดนครสวรรค์ก่อนเริ่มนโยบายจริง 1 สัปดาห์ รวมถึงทดลองส่งยาผ่าน health rider เพื่อตรวจสอบจุดบกพร่อง” (IT, เกสซ์กร)
	ความซับซ้อน (complexity)	ปัจจัยเอื้อ*	+2	“ตั้งแต่มีนโยบายนี้เข้ามา รู้สึกว่าขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย 1 คนเพิ่มขึ้น เช่น การซักประวัติ ระบุ Project Code และตรวจสอบการบันทึกข้อมูล” (พยาบาล) แต่ “ไม่มีความซับซ้อนในกระบวนการปฏิบัติงาน และลดระยะเวลาปฏิบัติงาน โดยมีหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้องเพื่อขอรับค่าบริการ” (จัดเก็บรายได้, เวชระเบียน)(หมายเหตุ: คะแนน +2 ในกรณีนี้หมายถึงความซับซ้อนของนโยบายที่มากขึ้น ซึ่งเป็นผลเชิงลบต่อการ implement)
	การจัดองค์ประกอบ (packaging)	ปัจจัยเอื้อ	+1	“มีความเหมาะสมเพราะลำดับขั้นตอนเอื้ออำนวยต่อผู้รับบริการในการลดระยะเวลารอคอย แต่ยังมีส่วนที่สามารถปรับปรุงได้ เช่น ความเสถียรของระบบ และการใช้ช่องทางสื่อสารที่หลากหลายเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย” (เกสซ์กร) ขณะที่ “การส่งข้อมูลผ่านระบบ FDH ก่อน 24.00 น. มีความไม่เหมาะสมเนื่องจากโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการปิดสิทธิ” (จัดเก็บรายได้)
	ต้นทุน (cost)	ปัจจัยอุปสรรค	-2	“ต้นทุนเวชภัณฑ์ยามามีมูลค่าสูง และสิทธิบัตรของไม่ครอบคลุมยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ แต่รายรับได้รับอัตราค่าชดเชยที่น้อยกว่ามูลค่าต้นทุน” (เกสซ์กร) และ “เมื่อเปรียบเทียบรายได้กับรายจ่ายพบว่ามีการจ่ายเรื่องค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวรนอกเวลาเพิ่มขึ้น” (การเงิน)
2. สิ่งแวดล้อมภายนอก (3 องค์ประกอบ)	เครือข่าย (cosmopolitan)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“มีการสร้างความร่วมมือกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองทั้ง 5 แห่ง ในการตั้งค่าข้อมูล 16 แพ้ม การยืนยันตัวตนผ่าน Health ID/Provider ID รวมถึงการเชื่อมโยง PHR ผ่านแอปหมอมพร้อม” (IT) และ “มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการบริหารจัดการนโยบาย 30 บาท กับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จเพื่อนำมาปรับใช้”
	แรงกดดัน (peer pressure)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“เป็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการ จึงส่งผลให้มีการปรับตัวอย่างรวดเร็วของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้” (เกสซ์กร) และ “เป็นการประเมินการดำเนินงานของโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น”



ตารางที่ 1 ผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยใช้กรอบการศึกษา CFIR (ต่อ)

โดเมน CFIR	องค์ประกอบ	ทิศทางอิทธิพล	คะแนน	ตัวอย่างประเด็น
	นโยบายภายนอก (external policies)	ไม่ชัดเจน	X	“มีหลักเกณฑ์จ่ายชดเชยของ สปสช. และระเบียบย่อยจำนวนมากที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สับสนในช่วงแรก” (จัดเก็บรายได้) และ “มีคู่มือขั้นตอนการบันทึกข้อมูลในหน่วยบริการแต่ละแผนก แต่มีการให้ความเห็นที่ขัดแย้งกัน” (พยาบาล)
3. สิ่งแวดล้อมภายใน (12 องค์ประกอบ)	โครงสร้างทางสังคม (structural characteristics)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและทันสมัย พื้นที่ 200 ไร่รองรับผู้มารับบริการ” (พยาบาล) และ “ทีมบุคลากรที่มีประสบการณ์และความเข้าใจในระบบสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย มีการคัดกรองและบริหารจัดการที่เป็นระบบ” (เวชระเบียน, ตรวจสอบสิทธิ)
	เครือข่ายการสื่อสาร (networks)	ปัจจัยเอื้อ	+1	“มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลของแต่ละหน่วยงานในการดำเนินงานตามนโยบายทุกสัปดาห์ และแจ้งผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ หากมีจุดบริการที่ติดขัดจะได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการแก้ไขปัญหาทันที” (ทุกหน่วยงาน)
	วัฒนธรรมองค์กร (culture)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“โรงพยาบาลมีความพร้อมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศตามวิสัยทัศน์การเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ พัฒนาระบบ Paperless และระบบ DI” (IT) และ “เมื่อมีการนำระบบใหม่มาใช้ ทีมบุคลากรสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับนโยบายใหม่ได้อย่างรวดเร็ว” (พยาบาล)
	ความตึงเครียด การเปลี่ยนแปลง (tension)	เป็นกลาง	0	“มีความเป็นกลาง เนื่องจากประชาชนไม่ได้คิดว่าต้องมีการเปลี่ยนแปลงตามนโยบาย” และ “ในตอนเริ่มนโยบายมีความกดดันสูงในการบันทึกข้อมูล project code ตอนชักประวัติ ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการทำงาน” (พยาบาล)
	ความสอดคล้อง (compatibility)	ปัจจัยอุปสรรค	-2	“ต่อให้งานจะคล้ายเดิม แต่ในมุมมองของการทำงานจะไม่โอเค เพราะต้องทำงานเยอะขึ้น ภาระงานเพิ่มมากขึ้น” และ “ไม่มีความสอดคล้องกับการบริการผู้ป่วย มีระยะเวลารอคอยเท่าเดิม ทำให้เกิดความแออัด เนื่องจากผู้รับบริการต้องการมารักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง” (เภสัชกร, การเงิน, พยาบาล)
	การจัดลำดับ ความสำคัญ (priority)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามนโยบายโดยมีการประชาสัมพันธ์อย่างเร่งด่วนทั้งในตัวเมืองนครสวรรค์และต่างอำเภอ มีการประชุมหัวหน้างานเพื่อชี้แจงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง” (ทุกหน่วยงาน)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยใช้กรอบการศึกษา CFIR (ต่อ)

โดเมน CFIR	องค์ประกอบ	ทิศทางอิทธิพล	คะแนน	ตัวอย่างประเด็น
	รางวัลและแรงจูงใจ (incentives)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานเพิ่มระยะเวลาการทำงานในการลงรหัสโรคให้ครบถ้วน ถูกต้องทันตามเวลาเพื่อส่งออกข้อมูลไปยัง Financial Data Hub ก่อน 24.00 น. ของทุกวัน” (จัดเก็บรายได้, เวชระเบียน, พยาบาล)
	เป้าหมายและการสะท้อนกลับ (feedback)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“การแก้ไขปัญหาข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) โดยการคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้องตามหลักเกณฑ์การขอรับค่าบริการสาธารณสุขของ สปสช.” (จัดเก็บรายได้)
	สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ (learning)	ปัจจัยเอื้อ	+1	“ผู้ปฏิบัติงานเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงกระบวนการทำงานหรือรายงานปัญหาให้หัวหน้างานทราบ มีช่องทางให้สอบถามและขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้เชี่ยวชาญ” (เภสัชกร) และ “ในการปฏิบัติจริงเกิดปัญหาที่ไม่คาดคิด เช่น ระบบล่ม ข้อมูลไม่ตรงกัน มีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง” (IT)
	การมีส่วนร่วมของผู้นำ (leadership)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“หัวหน้างานให้ความร่วมมือปฏิบัติงานตามนโยบายได้ดี ตั้งแต่การวางแผนงาน กระบวนการทำงาน และการติดตามประเมินผล หากมีปัญหาอุปสรรคหัวหน้างานจะประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและร่วมกันแก้ไขปัญหา” (ทุกหน่วยงาน)
	ทรัพยากรที่เพียงพอ (resources)	ปัจจัยอุปสรรค	-2	“ขาดแคลนอัตรากำลังด้านการพยาบาลและมีเจ้าหน้าที่ลาไปฝึกอบรม ทำให้มีการเพิ่มภาระงานในการอยู่เวรนอกเวลา” (พยาบาล) และ “ในการตั้งค่าชุดข้อมูล 16 แห่งยังมีปัญหาข้อมูลไม่เข้าระบบ FDH ทำให้สูญเสียรายได้ในผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา” (IT)
	การเข้าถึงข้อมูล (knowledge access)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“หัวหน้างานประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ อธิบายคู่มือการบันทึกข้อมูลตามประกาศ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขให้กับผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกที่” (จัดเก็บรายได้, ตรวจสอบสิทธิ, การเงิน)
4. คุณลักษณะผู้ปฏิบัติงาน (5 องค์ประกอบ)	ความรู้และความเชื่อมั่น (knowledge)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“มีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการตรวจสอบสิทธิ การให้รหัสโรค และเงื่อนไขในการเบิกจ่ายของ สปสช. ทำให้มีการทวนสอบข้อมูลที่จะส่งในแต่ละวันอยู่เสมอเพื่อป้องกันการส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน” (ตรวจสอบสิทธิ, เวชระเบียน)



ตารางที่ 1 ผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยใช้กรอบการศึกษา CFIR (ต่อ)

โดเมน CFIR	องค์ประกอบ	ทิศทางอิทธิพล	คะแนน	ตัวอย่างประเด็น
	ความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“มีความเชื่อมั่นในระดับสูงในการยืนยันตัวตนและตรวจสอบสิทธิ มีการทำรายงานตรวจสอบการขอเลข authentication ในแต่ละวัน เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน” (ตรวจสอบสิทธิ, เวชระเบียน) และ “มีความมั่นใจในการบริหารจัดการระบบซอฟต์แวร์ หากมีปัญหา อินเทอร์เน็ตล่มได้จัดทำแผนสำรองไว้และประกาศแจ้งเตือนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” (IT)
	ความพร้อมการเปลี่ยนแปลง (stage of change)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“ผู้ปฏิบัติงานมีการประชุมออนไลน์เกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายในแต่ละจุดบริการ มีการศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่ดำเนินการไปแล้ว และมีการสื่อสารภายในองค์กรกำกับติดตามโดยหัวหน้างาน” (ทุกหน่วยงาน)
	ความเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร (identification)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและคำนึงถึงคุณภาพการบริการและการรักษาถึงแม้ว่าต้องเผชิญกับความท้าทายจากนโยบายใหม่ รวมถึงมีเพื่อนร่วมงานคอยช่วยเหลือ” (พยาบาล) และ “รู้สึกว่าผู้บริหารรับฟังความคิดเห็น สามารถเสนอแนวทางปฏิบัติใหม่หรือวิธีการที่ช่วยลดขั้นตอนการทำงานได้” (เภสัชกร)
	ลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ (personal attributes)	ไม่ชัดเจน	X	“ผู้ปฏิบัติงานบางคนคุ้นเคยกับระบบการทำงานแบบเก่า มองว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นภาระหรือยุ่งยาก ทำให้เกิดการต่อต้านหรือไม่เต็มใจที่จะปรับตัว” (การเงิน) แต่ “โรงพยาบาลมีค่านิยมการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ ช่วยให้การส่งต่อข้อมูลและการแก้ไขปัญหาจากนโยบายใหม่เป็นไปอย่างราบรื่น” (พยาบาล)
5. กระบวนการนำไปปฏิบัติ (7 องค์ประกอบ)	การวางแผน (planning)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“มีการจัดสรรทรัพยากรงบประมาณในการอบรม จัดสรรบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ จัดเตรียมระบบคอมพิวเตอร์ ซอฟต์แวร์ และอุปกรณ์สำหรับการเชื่อมโยงข้อมูล” (IT) และ “มีการวางแผนสำรองสำหรับอินเทอร์เน็ตล่ม รวมถึงวางแผนการจัดซื้อยาเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้น” (ตรวจสอบสิทธิ, เภสัชกร)
	ผู้นำทางความคิด (opinion leaders)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“สร้างความเข้าใจร่วมกัน ชี้แจงถึงเหตุผลและความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้บุคลากรเห็นภาพใหญ่และเชื่อมโยงงานของตนเองเข้ากับเป้าหมายของนโยบาย สอบถามผู้ปฏิบัติงานโดยตรงเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในนโยบาย” (ทุกหน่วยงาน)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยใช้กรอบการศึกษา CFIR (ต่อ)

โดเมน CFIR	องค์ประกอบ	ทิศทางอิทธิพล	คะแนน	ตัวอย่างประเด็น
	ผู้นำที่แต่งตั้ง (appointed leaders)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัลสุขภาพ (digital health) ขับเคลื่อนนโยบายผ่านบัตรประชาชนใบเดียว โรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) และการแพทย์ทางไกล (telemedicine) พร้อมพัฒนาระบบพิสูจน์ยืนยันตัวตนและเชื่อมต่อข้อมูล HIS กับ telemedicine” (ทุกหน่วยงาน)
	ผู้สนับสนุน (champions)	เป็นกลาง	0	“ขอความช่วยเหลือจากทีมบริหารได้อย่างต่อเนื่อง มีการประชุม ทุกสัปดาห์และแก้ไขข้อจำกัดของระบบเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ของนโยบาย แต่ไม่ได้มี champion แยกออกมาต่างหาก”
	ตัวแทนภายนอก (external agents)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์จัดตั้งศูนย์ประสานงาน (war room) เพื่อติดตามการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา รวมถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตที่ 3 รายงานการส่งข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบและแนวทางแก้ไข” (จัดเก็บรายได้) และ “มีผู้พัฒนาโปรแกรม HosXP เข้ามาช่วยตั้งค่าชุดข้อมูล 16 แพ้ม และประสานงานกับโปรแกรมเมอร์ระบบ FDH ของกระทรวง” (IT)
	การดำเนินงาน (executing)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“กระบวนการทำงานมีการวางแผนตั้งแต่การประชาสัมพันธ์ เจริญในสถานศึกษา การยืนยันตัวตนผ่าน health ID การตั้งค่า ข้อมูล การบันทึกข้อมูล และแนะนำผู้รับบริการที่สนใจจัดส่งยา ผ่าน health rider พร้อมประสานงานกับบริษัทเอกชนในการ วางระบบจัดส่งยา” (จัดเก็บรายได้, ตรวจสอบสิทธิ, เกสซิงกร)
	การสะท้อนและ ประเมินผล (reflecting)	ปัจจัยเอื้อ	+2	“จัดประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้ป่วย ที่ใช้สิทธิ รายงานสถิติการเบิกจ่าย จำนวนข้อร้องเรียน ระยะเวลา รอคอย และอัตราการส่งต่อ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทบทวนผลการ ดำเนินงานที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและพัฒนาทักษะความรู้ใน การทำงาน” (ทุกหน่วยงาน)

หมายเหตุ: ข้อมูลติด C (claim error) = ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ผ่านการตรวจสอบระบบ e-claim ของ สปสช., CFIR (consolidated framework for implementation research) = กรอบแนวคิดเชิงระบบแบบบูรณาการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ, FDH (financial data hub) = ระบบดิจิทัลของกระทรวง สาธารณสุขที่เชื่อมโยงข้อมูลการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายระหว่างโรงพยาบาลกับกองทุนสุขภาพ, HIS (hospital information system) = ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล, IT = เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ, OP (outpatient) = ผู้ป่วยนอก, X = ข้อมูลด้านบวกและลบใกล้เคียงกัน



ตารางที่ 2 ภาพรวมการกระจายของคะแนนตามกลุ่มตัวแปรที่ทำการศึกษา

คะแนน	จำนวน	ระดับอิทธิพล	องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง
+2	22	ปัจจัยเอื้ออย่างชัดเจน "ศักยภาพองค์กรและความมุ่งมั่นในการขับเคลื่อนนโยบาย" — องค์ประกอบในกลุ่มนี้สะท้อนว่าโรงพยาบาลมีระบบและกระบวนการที่เข้มแข็ง ทั้งด้านการวางแผน การปรับตัว ความพร้อมของบุคลากร ภาวะผู้นำที่มีส่วนร่วม และกระบวนการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติดำเนินไปได้อย่างมีระบบ	Adaptability, trialability, cosmopolitan, peer pressure, structural characteristics, culture, relative priority, incentives, goals & feedback, leadership, knowledge access, knowledge & beliefs, self-efficacy, stage of change, identification, planning, opinion leaders, appointed leaders, external agents, executing, reflecting
+1	4	ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง "ปัจจัยเอื้อที่ยังต้องการการเสริมสร้างและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง" — องค์ประกอบด้านแหล่งที่มาของนโยบาย การจัดองค์ประกอบ เครือข่ายการสื่อสารและสภาพแวดล้อม การเรียนรู้มีทิศทางบวก แต่ยังมีจุดอ่อนที่สะท้อนว่าการรับรู้และความเข้าใจนโยบายยังไม่ทั่วถึง ต้องได้รับการพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง	Intervention source, quality & packaging, networks & communications, learning climate
0	3	เป็นกลาง / ไม่ส่งผล "ปัจจัยที่ยังไม่ก่อให้เกิดแรงขับเคลื่อน" — ข้อได้เปรียบเชิงนโยบาย ความตึงเครียดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และการมี champion ยังไม่สร้างพลังผลักดันที่ชัดเจน สะท้อนถึงการขาดแรงจูงใจหรือกลไกที่กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง	Relative advantages, tension for change, champions
X	2	ข้อมูลขัดแย้ง / ไม่ชัดเจน "ปัจจัยที่มีสัญญาณขัดแย้งและต้องติดตามอย่างใกล้ชิด" — นโยบายภายนอกและระเบียบที่เกี่ยวข้อง มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขณะที่ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานมีทั้งที่เอื้อและต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนเหล่านี้อาจกลายเป็นอุปสรรคหรือปัจจัยเอื้อขึ้นอยู่กับการจัดการของผู้บริหาร	External policies & incentives, other personal attributes
-1	0	—	ไม่มีองค์ประกอบในกลุ่มนี้
-2	4	ปัจจัยอุปสรรคอย่างชัดเจน "อุปสรรคเชิงโครงสร้างที่คุกคามความยั่งยืนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ" — คุณภาพหลักฐาน ต้นทุนความสอดคล้องกับกระบวนการทำงาน และทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ เป็นอุปสรรคเชิงระบบที่ส่งผลต่อทั้งความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ความยั่งยืนทางการเงินและภาระงานของบุคลากร จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อไม่ให้ขัดขวางการ implement ในระยะยาว	Evidence quality, cost, compatibility, available resources, complexity

หมายเหตุ: จากองค์ประกอบทั้งหมด 35 รายการ พบว่า 25 รายการ (ยกเว้นตัวแปร complexity ที่มีความหมายเป็นลบจึงถูกจัดกลุ่มในปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ) (ร้อยละ 71.4) มีทิศทางเชิงบวก (+1 และ +2) ขณะที่ 4 รายการ (ร้อยละ 11.4) เป็นอุปสรรค (-2), X = ข้อมูลด้านบวกและลบใกล้เคียงกัน

2. การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการผู้ป่วยนอกภายหลังจากการใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่เพื่อใช้เป็นตัวแทนของปัจจัยด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติ (adoption)

การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการสาธารณสุขรายสัปดาห์ในปี 2024 เปรียบเทียบกับช่วง baseline ปี 2019–2023 พบว่าทั้งกลุ่มโรคเบาหวาน (E11) (แสดงผลในภาพที่ 2) และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) (แสดงผลในภาพที่ 3) มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง โดยกลุ่ม E11 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 172 ครั้งต่อสัปดาห์ (จาก 870 เป็น 1,042 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ +19.8; $t(35) = 7.89, p < 0.001, \text{Cohen's } d = 1.040$) และกลุ่ม I10-I15 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 245 ครั้งต่อสัปดาห์ (จาก 1,450 เป็น 1,695 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ +16.9; $t(35) = 5.55, p < 0.001, \text{Cohen's } d = 0.896$) ผลการศึกษาแสดงถึงผลกระทบขนาดใหญ่ตามเกณฑ์การแปลผลของ Cohen อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์รายปีเผยให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2021 โดยเฉพาะกลุ่ม I10-I15 ที่ค่าเฉลี่ยปี 2023 (1,728 ครั้ง) ใกล้เคียงกับปี 2024 และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับ baseline 2 ปีล่าสุด ($p = 0.100$) ผลการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) ด้วยวิธี Bootstrap, trimmed means และ Wilcoxon signed-rank test ให้ผลสอดคล้องกัน ยืนยันความแข็งแกร่งของข้อค้นพบ และบ่งชี้ว่าการเพิ่มขึ้นมิได้ขับเคลื่อนโดยค่าผิดปกติหรือการกระจายข้อมูลที่ไม่เป็นปกติ

การศึกษาเพื่อลดอคติที่เกิดจากแนวโน้มระยะ

ยาว (secular trend bias) ซึ่งได้รับการจัดการผ่านการวิเคราะห์เปรียบเทียบ baseline ทางเลือก ทั้งในระดับรายปีและการใช้ค่าเฉลี่ยของช่วงปีล่าสุด (2022–2023) เพื่อประเมินว่า การเปลี่ยนแปลงที่พบเกินกว่าที่แนวโน้มเดิมอธิบายได้หรือไม่ ผลการวิเคราะห์การประเมินข้อมูลและสนับสนุนว่าความมีนัยสำคัญยังคงปรากฏในกลุ่ม E11 แต่ไม่พบในกลุ่ม I10–I15 ภายใต้อัตรา baseline ดังกล่าว ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการตีความเชิงระเบียบวิธี นอกจากนี้ ยังมีการจัดการอคติที่เกิดจากค่าผิดปกติ (outlier bias) อย่างเป็นระบบโดยใช้ IQR method ในการตรวจจับค่า outlier ร่วมกับการทดสอบความคงทนของผลลัพธ์ผ่าน trimmed means หลายระดับ และ Bootstrap confidence intervals (10,000 resamples) ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับวิธีเชิงพารามิเตอร์ สะท้อนถึงความเสถียรของข้อค้นพบ ขณะเดียวกัน การตั้งสมมติฐานว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (normality assumption bias) ได้รับการตรวจสอบอคติด้วย Shapiro–Wilk test และยืนยันผลด้วย Wilcoxon signed-rank test โดยอาศัยคุณสมบัติของขนาดตัวอย่างที่เพียงพอซึ่งช่วยเพิ่มความทนทานของการทดสอบเชิงพารามิเตอร์

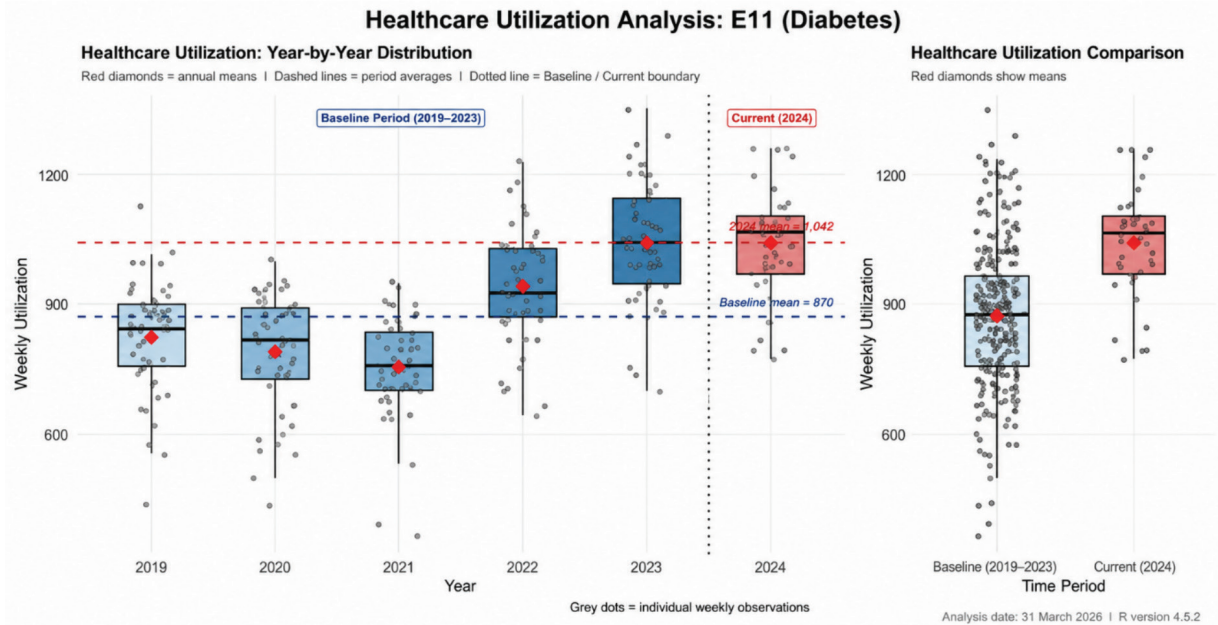
การวิเคราะห์แยกรายไตรมาสเพื่อประเมินความสม่ำเสมอของผลลัพธ์ระหว่างฤดูกาลพบการเพิ่มขึ้นของกลุ่ม E11 ที่มีความสอดคล้องในทุกไตรมาส อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดจากการขาดข้อมูลในไตรมาสที่ 4 ยังคงเป็นแหล่งของความคลาดเคลื่อนเชิงฤดูกาลที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด

ตารางที่ 3 สรุปผลการวิเคราะห์อัตราการใช้บริการสาธารณสุขรายสัปดาห์ ปี 2024 เทียบกับ baseline ปี 2019–2023 จำแนกตามกลุ่มโรค

ตัวชี้วัด	กลุ่มโรค E11 (เบาหวานชนิดที่ 2) (n = 36 สัปดาห์)	กลุ่มโรค I10–I15 (ความดันโลหิตสูง) (n = 36 สัปดาห์)
ก. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)		
ค่าเฉลี่ย baseline 2019–2023 (ครั้ง/สัปดาห์)	870.05	1,449.91
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน baseline (SD)	170.04	274.65
ค่าเฉลี่ย ปี 2024 (ครั้ง/สัปดาห์)	1,042.31	1,694.97
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปี 2024 (SD)	131.01	264.97
ผลต่างเฉลี่ยสัมบูรณ์ (Δ ครั้ง/สัปดาห์)	+172.26	+245.06
ผลต่างเฉลี่ยสัมพัทธ์ ($\Delta\%$)	+19.8%	+16.9%
median baseline / median 2024 (ครั้ง/สัปดาห์)	875 / 1,066.5	1,460 / 1,785
ข. ผลการทดสอบสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics)		
one-sample t-statistic (df = 35)	$t = 7.889$	$t = 5.549$
p-value (one-tailed)	< 0.001 ***	< 0.001 ***
95% CI (lower bound)	$\geq 1,005.41$ ครั้ง/สัปดาห์	$\geq 1,620.36$ ครั้ง/สัปดาห์
Cohen's d (ขนาดผลกระทบ)	1.040 (ใหญ่)	0.896 (ใหญ่)
Welch's two-sample t-test (p-value)	$p = 1.653 \times 10^{-9}$	$p = 2.530 \times 10^{-6}$
สัดส่วนสัปดาห์ที่มีนัยสำคัญ (vs baseline รายสัปดาห์)	63.9%	66.7%
ค. การวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis)		
Bootstrap 95% CI (10,000 resamples)	สอดคล้องกับ parametric	สอดคล้องกับ parametric
Wilcoxon signed-rank test (p-value)	$p = 5.353 \times 10^{-7}$	$p = 1.623 \times 10^{-5}$
trimmed means (ความทนทานต่อ outlier)	ยืนยันการเพิ่มขึ้น	ยืนยันการเพิ่มขึ้น
Shapiro–Wilk normality test	ตรวจสอบแล้ว; ยืนยันด้วย non-parametric	ตรวจสอบแล้ว; ยืนยันด้วย non-parametric
IQR-based outlier detection	ดำเนินการแล้ว; ผลคงทน	ดำเนินการแล้ว; ผลคงทน
ง. การเปรียบเทียบกับ baseline ทางเลือก (alternative baseline comparison)		
vs ปี 2023 (เดี่ยว)	$p = 0.538$	$p = 0.772$
vs ปี 2022–2023 (2-year baseline)	$p = 0.013$ *	$p = 0.100$
vs ปี 2019–2021 (pre-trend)	$p < 0.001$ **	$p < 0.001$ **
ข้อสรุปเชิงระเบียบวิธี	การเพิ่มขึ้นเกินกว่าแนวโน้มเดิมอธิบาย	การเพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งสะท้อนแนวโน้มต่อเนื่อง
จ. ความสม่ำเสมอรายไตรมาส (seasonal consistency)		
Q1 (สัปดาห์ที่ 1–12)	สอดคล้อง	สอดคล้อง
Q2 (สัปดาห์ที่ 13–24)	สอดคล้อง	สอดคล้อง
Q3 (สัปดาห์ที่ 25–36)	สอดคล้อง	สอดคล้อง
Q4 (สัปดาห์ที่ 37–52)	ไม่มีข้อมูล (ข้อจำกัด)	ไม่มีข้อมูล (ข้อจำกัด)

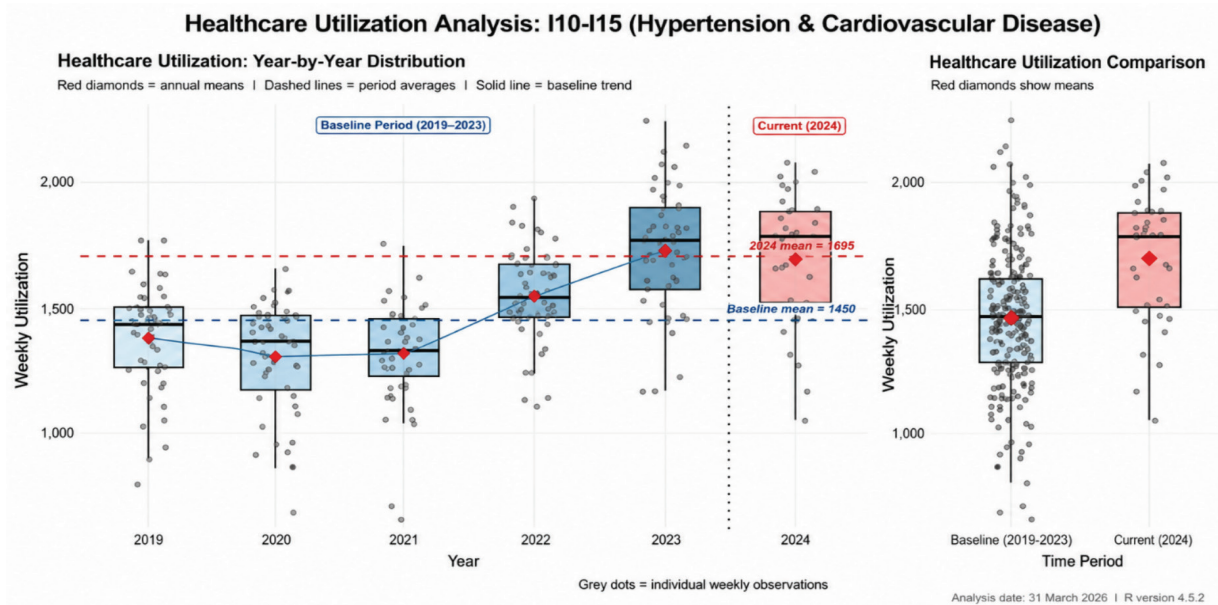
หมายเหตุ. baseline = ค่าเฉลี่ยรายสัปดาห์ปี 2019–2023 (n = 240 สัปดาห์), ปี 2024 = สัปดาห์ที่ 1–36 (n = 36), CI = ช่วงความเชื่อมั่น (one-tailed), df = degrees of freedom, IQR = inter-quartile, Q = quarter, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขนาดผลกระทบ: Cohen's $d \geq 0.8$ = ใหญ่; Bootstrap CI จำนวนจาก 10,000 resamples; การวิเคราะห์รายสัปดาห์เป็นเชิงสำรวจ ยังไม่ได้ปรับค่า p-value สำหรับการเปรียบเทียบหลายกลุ่ม (multiple comparisons) * = $p < 0.05$, ** = $p < 0.001$



Healthcare Utilization Analysis — E11 (Diabetes) กราฟซ้ายแสดงการกระจายของอัตราการใช้บริการรายสัปดาห์แยกตามปี (2019–2024) ในรูปแบบ box plot ร่วมกับ jitter points โดยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นตามลำดับปีเพื่อแสดงแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลง เพชรสีแดงแสดงค่าเฉลี่ยรายปี เส้น dashed สีฟ้าและสีแดงแสดงค่าเฉลี่ย baseline (870 ครั้ง/สัปดาห์) และค่าเฉลี่ยปี 2024 (1,042 ครั้ง/สัปดาห์) ตามลำดับ เส้น dotted แนวตั้งแบ่งช่วง baseline และ current อย่างชัดเจน กราฟขวาสรุปการเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม (baseline 2019–2023 vs current 2024) จากภาพพบว่าค่าเฉลี่ยปี 2021 ต่ำที่สุดในช่วง baseline จากนั้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2022–2023 และปี 2024 อยู่เหนือค่าเฉลี่ย baseline อย่างชัดเจน

ภาพที่ 2 การเปลี่ยนแปลงการให้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (E11)



Healthcare Utilization Analysis — I10-I15 (Hypertension & Cardiovascular Disease) กราฟซ้ายแสดงการกระจายรายปีพร้อม trend line สีฟ้าที่ลากผ่านค่าเฉลี่ยรายปี ช่วง Baseline ซึ่งเผยให้เห็นรูปแบบ U-shape โดยปี 2019 มีค่าเฉลี่ยสูง (1,374) ลดลงในปี 2020–2021 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี 2022–2023 เส้น dashed แสดงค่าเฉลี่ย baseline (1,450 ครั้ง/สัปดาห์) และค่าเฉลี่ยปี 2024 (1,695 ครั้ง/สัปดาห์) กราฟขวาแสดงให้เห็นว่า box ปี 2024 อยู่สูงกว่า baseline อย่างชัดเจน แม้ว่าระดับปี 2023 จะใกล้เคียงกับปี 2024 มากที่สุด สะท้อนถึงแนวโน้มระยะยาวที่ต้องพิจารณาในการตีความ

ภาพที่ 3 การเปลี่ยนแปลงการให้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง (I10-15)

วิจารณ์และข้อยุติ

ผลการประเมินการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แสดงถึงผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติในเชิงบวก หลักฐานเชิงปริมาณแสดงหลักฐานของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (adoption) ในระดับที่วัดได้ และมีนัยสำคัญทางสถิติและทางปฏิบัติ ในมิติเชิงปริมาณ อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable disease: NCD) เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.9–19.8 ด้วย effect size ที่ใหญ่ ตลอด 36 สัปดาห์นับจากเริ่มนโยบาย หลักฐานทั้งสองมิตินี้บ่งชี้ว่าโรงพยาบาลมีการนำนโยบายไปปฏิบัติผลดังกล่าวเมื่อนำมาวิเคราะห์ควบคู่กับปัจจัยเอื้อ/อุปสรรคที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติตามกรอบ CFIR พบปัจจัยเชิงบวกที่เอื้อต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติประมาณร้อยละ 70 โดยจุดแข็งในการนำนโยบายไปปฏิบัติกระจายอย่างกว้างขวางในกลุ่มความเข้มแข็งของระบบปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล สำหรับจุดอ่อนในการนำนโยบายไปปฏิบัติมีแนวโน้มกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกโรงพยาบาล เช่น ลักษณะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนและทรัพยากร (cost และ available resources) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวนโยบายเองทั้งด้านความซับซ้อนของนโยบายตามมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละส่วนของนโยบาย ความสอดคล้องของงานที่ได้รับมอบหมายเพิ่มเติมจากการนำนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ไปปฏิบัติและคุณภาพหลักฐาน (complexity, compatibility และ evidence quality)

การเพิ่มขึ้นของอัตราการใช้บริการสามารถตีความตามกรอบ Proctor และคณะ (2011) ว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่การตัดสินใจยอมรับนโยบายในระยะแรกได้รับการแปลงไปสู่การนำไปใช้จริงที่วัดได้อย่างเป็นรูปธรรม⁽¹⁵⁾ การที่โรงพยาบาลรองรับการเพิ่มขึ้น +172–245 ครั้งต่อสัปดาห์ได้อย่างต่อเนื่อง บ่งชี้ว่าโมเดลการดำเนินงานมีระดับความเป็นไปได้ (feasibility) ในทางปฏิบัติ อย่างน้อย

ในบริบทของโรงพยาบาลที่มีโครงสร้างพื้นฐานพร้อม ขณะที่รูปแบบในไตรมาสที่ 3 (Q3) ที่การเพิ่มขึ้นลดลงและไม่มีนัยสำคัญในกลุ่ม I10-I15 ($p = 0.077$) อาจสะท้อนการปรับตัวเข้าสู่ดุลยภาพใหม่ (new equilibrium) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรมที่คาดการณ์ว่าอัตราการยอมรับจะสูงสุดในช่วงแรกก่อนชะลอตัวลงเมื่อกลุ่มผู้นำนโยบายไปปฏิบัติในระยะแรก (early adopters) เข้าสู่ระบบแล้ว ตัวเลขที่ดูเป็นบวกนี้จึงต้องอ่านควบคู่กับผล CFIR เสมอ เพราะ compatibility (-2) บ่งชี้ชัดว่าการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการนำมาซึ่งความแออัดและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งขัดกับเป้าหมายของนโยบายในการลดระยะเวลาการรอคอย อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบที่ต้องการการตีความอย่างรอบคอบเป็นพิเศษคือการที่ปี 2566 มีระดับการใช้บริการใกล้เคียงกับปี 2567 โดยเฉพาะในกลุ่ม I10-I15 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับ baseline 2 ปีล่าสุด ($p = 0.100$) ปรากฏการณ์นี้เปิดสู่การตีความสองทิศทาง ทิศทางแรก การเพิ่มขึ้นในปี 2567 อาจเป็นส่วนหนึ่งของแนวโน้มระยะยาว (secular trend) ที่ดำเนินมาก่อน อันเกิดจากสังคมสูงวัยและความชุกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ทิศทางที่สอง นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้แนวโน้มที่มีอยู่แล้วเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดขึ้นอีกระดับ การแยกแยะทั้งสองการตีความมีนัยสำคัญสูงในเชิงนโยบาย เนื่องจากส่งผลต่อการวางแผนกำลังการรองรับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นในปี 2567 อาจได้รับอิทธิพลรวมจากนโยบายที่ดำเนินการก่อนหน้านี้ เช่น OP Anywhere⁽²⁰⁾ และรายงาน สปสช. ปี 2566 ที่ระบุว่าประชาชนรับบริการต่างหน่วยบริการประจำเพิ่มขึ้นอยู่แล้ว⁽²¹⁾ การติดตามแนวโน้มในไตรมาสที่ 4 และปี 2568 จะมีความสำคัญยิ่งในการยืนยันว่า adoption ที่สังเกตพบมีความยั่งยืนจริง

การใช้กรอบแนวคิด CFIR เพื่อวิเคราะห์การนำนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่เพื่อวิเคราะห์การนำนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ไปปฏิบัติในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ที่เน้นการรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ พบกลุ่มปัจจัยที่สะท้อนถึงความไม่ลงรอยและความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ รูปแบบที่หนึ่งสอดคล้องกับจุดแข็งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเอื้อในกลุ่มคะแนน +2 ที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งของ “บุคคล” และ “กระบวนการ” ที่กระจายอยู่ในเกือบทุกองค์ประกอบของโดเมนกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ คุณลักษณะผู้ปฏิบัติงาน และสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร ปัจจัยที่โดดเด่น ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้นำ (leadership engagement) ทั้งในแง่ผู้นำทางความคิด (opinion leaders) ที่สร้างความเข้าใจร่วมกันจากบนลงล่าง และผู้นำที่แต่งตั้ง (appointed leaders) ผ่านคณะกรรมการดิจิทัลสุขภาพ ขณะที่บุคลากรในระดับปฏิบัติการแสดงถึงความพร้อมในการนำนโยบายไปปฏิบัติค่อนข้างสูง ทั้งทางด้านความรู้ที่เกี่ยวข้อง ความมั่นใจในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และการรับรู้ถึงความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง (knowledge, self-efficacy และ stage of change) ในระดับสูง ซึ่ง Kirk และคณะพบว่าบุคลากรที่รับรู้บทบาทหน้าที่ มีเป้าหมายชัดเจน และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารมีแนวโน้มที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติสำเร็จ⁽³⁾ สอดคล้องกับ Rangachari และคณะที่พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำเป็นปัจจัยหลักต่อความสำเร็จของการปรับปรุงระบบสุขภาพทางไกล⁽²²⁾ และ Strehlenert และคณะที่แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารนโยบายที่ปรับให้เหมาะสมจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและความมุ่งมั่นร่วมกัน^(3,23) ความแข็งแกร่งในมิตินี้คือรากฐานที่สำคัญที่สุดของการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างยั่งยืน ตามที่ Fixsen และคณะ (2005) ระบุใน active implementation frameworks⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ การวางวิสัยทัศน์ smart hospital ของโรงพยาบาลมีส่วนทำหน้าที่เป็นกรอบยุทธศาสตร์ด้านดิจิทัลของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ให้นโยบายดิจิทัลสุขภาพได้รับการรับรู้ว่าเป็นส่วนขยายของทิศทาง

ที่องค์กรมุ่งอยู่แล้วเป็นหนึ่งในปัจจัยทำนายความสำเร็จที่สำคัญในการนำนวัตกรรมมาใช้ในองค์กรสุขภาพ⁽²⁵⁾ ความสำเร็จของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณค่าสำหรับการออกแบบกลยุทธ์การขยายผลในวงกว้าง

รูปแบบของกลุ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบที่สอง ได้แก่ จุดอ่อนเชิงโครงสร้างที่ “อยู่เหนือการควบคุมของโรงพยาบาล” การกระจุกตัวของปัจจัยอุปสรรคที่คะแนน -2 ทั้งสี่รายการล้วนเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและอยู่นอกเหนืออำนาจการจัดการของโรงพยาบาล ประการแรก evidence strength and quality (-2) สะท้อนช่องว่างระหว่างหลักฐานของนโยบายและผลลัพธ์ของนโยบายเมื่อนำไปปฏิบัติจริงซึ่ง Cresswell และ Sheikh (2013) พบว่าเป็นปัญหาพื้นฐานในการนำระบบข้อมูลสุขภาพมาใช้ทั่วโลก⁽⁵⁾ โดยเฉพาะความกังวลว่าผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลซึ่งเข้าไม่ถึง “แอปหมอพร้อม” อาจเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้ไม่เท่าเทียม และปัญหาผู้ป่วยไปพบแพทย์หลายแห่งในเวลาใกล้เคียงกัน ความไม่เชื่อมั่นในหลักฐานของผู้ปฏิบัติงานที่พบในการศึกษานี้เป็นสัญญาณเตือนที่อาจนำไปสู่การดำเนินงานตามนโยบายในระยะยาวที่เบี่ยงเบนไปจากแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้โดยหน่วยงานส่วนกลาง (implementation fidelity)⁽²³⁾ ประการที่สอง compatibility (-2) สะท้อนว่าระบบ FDH และกำหนดส่งข้อมูลก่อน 24.00 น. ขัดกับกระบวนการทำงานเดิม May และคณะ (2009) ในกรอบแนวคิด Normalization Process Theory เรียกปรากฏการณ์นี้ว่าความสามารถในการทำงานร่วมกันได้จริงในทางปฏิบัติที่ต่ำ หรือขั้นตอนการดำเนินงานของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่นั้นขัดขวางการทำงานร่วมกันกับแนวปฏิบัติเดิม ซึ่งหากไม่แก้ไขมักนำไปสู่การปฏิบัติตามนโยบายโดยขาดความต่อเนื่องในระยะยาว⁽²⁶⁾ ประการที่สาม cost (-2) และ available resources (-2) เชื่อมโยงกันโดยตรงเมื่อต้นทุนยานอกบัญชีฯ ไม่ได้รับค่าชดเชยตามมูลค่าจริง



ชุดข้อมูล 16 แพ้ไม่เข้าระบบ FDH ทำให้สูญเสียรายได้ ผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา ประกอบกับการขาดแคลน อัตรากำลังพยาบาล สถานการณ์นี้สอดคล้องกับ Margaret และคณะที่พบว่าความกดดันทางการเงินที่เพิ่มขึ้นในระบบที่พึ่งพางบประมาณรัฐเป็นหลักเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อความยั่งยืน⁽¹⁴⁾ รวมถึงปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรและความล่าช้าในการให้บริการที่พบในหลายประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(7,27)

ความไม่สมดุลระหว่างปัจจัยเอื้อที่แข็งแกร่งด้าน “บุคคล” และ “กระบวนการ” กับข้อจำกัดด้านทรัพยากร สะท้อนปรากฏการณ์ capability-resource mismatch กล่าวคือ องค์กรมีศักยภาพในการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่ขาดทรัพยากรที่จำเป็นในการรองรับอย่างยั่งยืน ความไม่สมดุลดังกล่าวอาจนำไปสู่การพึ่งพาความทุ่มเทของบุคลากรเกินควร และเพิ่มความเสี่ยงต่อความล่าช้าในการปฏิบัติงานในระยะยาว ซึ่งมักนำไปสู่ high-performer burn-out และในระยะยาวจะกัดกร่อนปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคลที่ปัจจุบัน +2 ให้อ่อนแอลงได้ นัยสำคัญคือความสำเร็จในระยะสั้นที่พึ่งพาความมุ่งมั่นของบุคลากรเป็นหลัก ไม่สามารถทดแทนการแก้ปัญหาคอนกรีตที่แท้จริงได้⁽²⁸⁾ นอกจากนี้ความไม่สมดุลระหว่างปัจจัยเอื้อที่แข็งแกร่งในระดับ “บุคคล” กับอุปสรรคในระดับ “โครงสร้าง” ซึ่งเชื่อมโยงกับนโยบาย งบประมาณ และการกำกับจากส่วนกลาง⁽²⁹⁾ การที่อุปสรรคทั้งสองต่างกันอยู่กับ สปสช. กระทรวง หรือการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลาง สะท้อนให้เห็นว่าการแก้ปัญหาต้องการการแทรกแซงในระดับนโยบาย มิใช่เพียงระดับโรงพยาบาล นัยสำคัญคือหากการขยายผลระดับประเทศดำเนินไปโดยไม่แก้อุปสรรคเชิงโครงสร้างเหล่านี้ก่อน ความสำเร็จที่สังเกตเห็นในโรงพยาบาลนำร่องจะไม่สามารถทำซ้ำได้ในสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรน้อยกว่า

รูปแบบที่สามของกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติจัดอยู่ในกลุ่มโอกาสที่รอการพัฒนาในกลุ่มคะแนน 0 และ +1 ปัจจัยในกลุ่มคะแนน 0 จำนวน 3

รายการ ได้แก่ relative advantage, tension for change และ champions และกลุ่ม +1 จำนวน 4 รายการ ได้แก่ source, packaging, networks และ learning climate คือ โอกาสที่โรงพยาบาลสามารถพัฒนาได้เองโดยไม่ต้องรอการสนับสนุนจากภายนอก relative advantage ได้คะแนน 0 เนื่องจากบุคลากรมองว่ากระบวนการทำงานเหมือนเดิมและโรงพยาบาลดำเนินตามนโยบาย OP Anywhere อยู่ก่อนแล้ว และปัจจัย champions ได้คะแนนระดับ 0 เพราะแม้จะมีการสนับสนุนจากทีมบริหารอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่มีแต่งตั้ง champion แยกออกมาต่างหาก ซึ่งกระบวนการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ยากในหน่วยงานราชการระดับโรงพยาบาลตติยภูมิ ปัจจัยกลุ่ม +1 สะท้อนว่าการรับรู้แหล่งที่มาของนโยบาย การจัดองค์ประกอบเครือข่ายสื่อสาร และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้มีทิศทางบวกแต่ยังมีจุดอ่อนที่ต้องพัฒนา การยกระดับปัจจัยกลุ่มนี้จะทำหน้าที่เป็นกั้นชนลดผลกระทบจากอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่ต้องรอการแก้ไขจากภายนอก โดยเฉพาะการพัฒนา champions อย่างเป็นทางการ และการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมที่ได้จากหลักฐานจากโรงพยาบาลเอง (practice-based evidence) เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในหลักฐานของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่กำหนดขอบเขตการอ้างอิงผลออกไปสามประการ ประการแรก การใช้โรงพยาบาลแห่งเดียวซึ่งเป็นโรงพยาบาลนำร่องที่อาจได้รับการสนับสนุนเกินกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้เกิดข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานพยาบาลที่วิสัยทัศน์ด้านดิจิทัลยังเป็นข้อจำกัดอยู่มาก ประการที่สอง การเปรียบเทียบในหน่วยจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อช่วงเวลา อันเกิดจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลรายบุคคล ทำให้ไม่สามารถประเมินสถานะผู้รับบริการว่าเป็นผู้ป่วยใหม่ภายหลังนโยบายหรือไม่ และยังไม่สามารถ

ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนจากอคติจากแนวโน้มระยะยาวได้อย่างเพียงพอ ข้อจำกัดประการที่สามเกิดจากการศึกษาเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ ทำให้ไม่สามารถประเมินผลกระทบของนโยบายต่อระบบสุขภาพได้อย่างครบวงจร แม้กระทั่งในบริบทของจังหวัดนครสวรรค์เอง เนื่องจากยังไม่ครอบคลุมผลกระทบที่เกิดกับโรงพยาบาลเครือข่ายตั้งแต่ระบบปฐมภูมิ เพื่อให้ทราบผลกระทบของนโยบายอย่างแท้จริงจึงควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังสถานพยาบาลทุกระดับ และควรทำการศึกษาเปรียบเทียบ implementation strategies ที่แตกต่างกัน เช่น กลยุทธ์การจัดการผู้ป่วย การปรับกระบวนการ การใช้ระบบดิจิทัล หรือการกระจายบทบาทหน้าที่บุคลากร ซึ่งสามารถใช้ CFIR เปรียบเทียบกลยุทธ์เหล่านี้ได้อย่างเป็นระบบ^(3,30)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่เกิดจากกระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นการให้คะแนน CFIR โดยทีมวิจัยถึงแม้ว่าการศึกษานี้ใช้กระบวนการให้คะแนนโดยผู้วิจัย 2 รายดำเนินการแยกกันอย่างอิสระก่อนหรือร่วมกันเพื่อหาข้อสรุป ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่แนะนำในคู่มือ CFIR สำหรับการให้คะแนนแบบทีมเพื่อลด interviewer/coder bias^(16,17) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดด้านการไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบ inter-rater reliability อย่างเป็นทางการด้วยสถิติ เช่น Cohen's kappa ซึ่งถือเป็นมาตรการเสริมที่แนะนำในการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเพิ่มความโปร่งใสของกระบวนการวิเคราะห์⁽³¹⁾ เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการกระจายคะแนนที่พบ เช่น การมีคะแนน +1 จำนวน 4 รายการแต่มีคะแนน -1 เลยนั่น สะท้อนถึงลักษณะของข้อมูลและบริบทของสถานที่ศึกษาเป็นหลัก ใน 3 ประการ ประการแรก องค์ประกอบที่เป็นอุปสรรคในโรงพยาบาลนำร่องที่มีความพร้อมสูงแห่งนี้มักปรากฏในรูปแบบที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถยกตัวอย่างเชิงประจักษ์ได้ทันที เช่น ต้นทุนยานอวกาศที่ไม่ได้รับการชดเชยตามมูลค่าจริง และปัญหาข้อมูล 16 แฟ้มที่ไม่เข้าระบบ Financial Data Hub ซึ่งส่งผลให้สูญเสียรายได้ผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสี

รักษาอย่างเป็นรูปธรรม หลักฐานที่เป็นรูปธรรมเช่นนี้ตรงกับเกณฑ์ -2 โดยตรงตามนิยามของคู่มือ CFIR⁽¹⁶⁾ ประการที่สอง กรณีซึ่งข้อมูลมีทั้งด้านบวกและลบในสัดส่วนใกล้เคียงกัน เช่น external policies และ personal attributes ซึ่งถูกจัดเป็นหมวด X ตามแนวปฏิบัติของคู่มือ CFIR ที่แยกกรณีข้อมูลขัดแย้งออกจากกรณีที่มีทิศทางลบแต่อ่อน ซึ่งทำให้พื้นที่สำหรับคะแนน -1 ในทางปฏิบัติมีน้อยลง ประการที่สาม ลักษณะของแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์ด้วยตัวอย่างรูปธรรมอาจทำให้ทิศทางของอิทธิพลปรากฏชัดเจนในระดับ +2/-2 หรือเป็นกลาง (0) มากกว่าที่จะคลุมเครือในระดับ -1 ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนนของ Damschroder และ Lowery ที่พบว่าการสัมภาษณ์เชิงลึกที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายตัวอย่างจริงมีแนวโน้มทำให้ทิศทางของอิทธิพลปรากฏชัดเจนในระดับ +2/-2⁽¹⁷⁾ ดังนั้น การศึกษาในอนาคตที่ประยุกต์ใช้ CFIR ในบริบทของระบบสุขภาพไทยควรพิจารณาเพิ่มการตรวจสอบ inter-rater reliability อย่างเป็นทางการควบคู่กับการขยายขอบเขตไปยังสถานพยาบาลที่หลากหลายกว่า เพื่อให้การกระจายของคะแนนสะท้อนความซับซ้อนของปัจจัยกำหนดการนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดสำคัญอีกข้อหนึ่งจากการศึกษานี้ได้แก่ การเปรียบเทียบจำนวนผู้เข้ารับบริการในหน่วยการวัดแบบจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อช่วงเวลาเดียวกันซึ่งเกิดจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคลส่งผลให้ไม่สามารถประเมินสถานะผู้รับบริการว่าเป็นผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับบริการภายหลังจากมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่หรือไม่ นอกจากนี้ข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัยที่อาจยังไม่สามารถควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนจากปัจจัยภายนอกได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้การตีความการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้รับบริการภายใต้นโยบายมีความไม่แน่นอนในระดับหนึ่ง ดังนั้น การศึกษาต่อไปควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่มีความเข้มแข็งมากขึ้น เช่น การใช้ข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล การวิเคราะห์เชิงอนุกรมเวลาแบบ interrupted time series หรือการ

ออกแบบการศึกษาที่ทดลอง เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผลกระทบเชิงสาเหตุของนโยบาย

ข้อสรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่านโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ด้วยระดับความสำเร็จที่น่าพอใจ หลักฐานเชิงคุณภาพ (ร้อยละ 71.4 ของ CFIR constructs เป็นปัจจัยเอื้อ) และเชิงปริมาณ (อัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.9–19.8 ด้วย large effect size) ยืนยัน adoption ที่วัดได้จริง อย่างไรก็ตาม ความยั่งยืนในระยะยาวจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอุปสรรค 4 ประการ ได้แก่ ช่องว่างด้านหลักฐาน ต้นทุนดำเนินงาน ความสอดคล้องกับ workflow จริง และความพอเพียงของทรัพยากร ซึ่งล้วนต้องการกลไกระดับนโยบาย ไม่ใช่ระดับโรงพยาบาล สำหรับการขยายผลระดับประเทศ ผู้กำหนดนโยบายควรใช้ผลการศึกษานี้ในการออกแบบกลยุทธ์ที่ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่มีวิสัยทัศน์ smart hospital เป็นทุนเดิม เพราะบทเรียนสำคัญที่สุดจากกรณีนี้คือ ความสำเร็จของนโยบายไม่ได้อยู่ที่ตัวนโยบาย แต่อยู่ที่ความสอดคล้องระหว่าง clinical reality ของผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมของระบบสนับสนุน และการออกแบบนโยบายที่แก้ปัญหาโครงสร้างที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากปัจจัยอุปสรรคทั้งสี่อยู่นอกเหนืออำนาจการจัดการของโรงพยาบาล การแทรกแซงต้องมาจากระดับนโยบายภายนอก โดยโรงพยาบาลควรนำเสนอผลการวิเคราะห์ต้นทุนที่แท้จริงต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทบทวนอัตราค่าชดเชยเวชภัณฑ์ให้สอดคล้องกับต้นทุนจริง ควบคู่กับการปรับปรุงระบบ FDH ให้มีความยืดหยุ่นด้านกำหนดเวลาส่งข้อมูล และพัฒนาหลักฐานด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เชื่อมโยงกับบริบทของโรง

พยาบาลเพื่อลดช่องว่างระหว่างหลักฐานเชิงนโยบายกับความเป็นจริงทางคลินิก นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาว่า หากปัจจัยเชิงลบ (กลุ่ม -2) เหล่านี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขในการขยายผลระดับประเทศ โรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัดอาจเผชิญวิกฤตความยั่งยืนที่รุนแรงกว่าที่ปรากฏในหลักฐานจากการศึกษานี้

2. กลยุทธ์เชิงรุกสำหรับกลุ่มปัจจัยที่มีคะแนนเป็นบวกหรือเป็นกลาง (+1 และ 0) ควรมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากโอกาสที่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้ทันทีโดยไม่ต้องพึ่งพาทรัพยากรจากภายนอก การยกระดับปัจจัยเหล่านี้จะช่วยสร้างแรงขับเคลื่อนในองค์กรเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ควบคู่กับการรื้อแก้ไขอุปสรรคเชิงโครงสร้าง แนวทางสำคัญประกอบด้วย การจัดตั้งผู้นำการเปลี่ยนแปลงหรือผู้สนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ การพัฒนาโปรแกรมเสริมทักษะที่ออกแบบอย่างเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติแต่ละกลุ่มงาน และการลงทุนด้านระบบการสื่อสารภายในที่สามารถเข้าถึงหน่วยบริการทุกจุดอย่างเท่าเทียม

3. กลยุทธ์ในการรักษาและต่อยอดจุดแข็งจากการนำนโยบายไปปฏิบัติในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (กลุ่มคะแนน +2) ควรมุ่งเน้นการปกป้องและใช้ประโยชน์จากศักยภาพในโดเมนกระบวนการและบุคลากรซึ่งถือเป็นสินทรัพย์เชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยควรดำเนินการถอดบทเรียนอย่างเป็นระบบเพื่อระบุปัจจัยกำหนดความสำเร็จจากกระบวนการวางแผน การดำเนินการ และการสะท้อนผลลัพธ์ และจัดทำเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถเผยแพร่เข้าสู่โรงพยาบาลอื่น รวมถึงการพัฒนามาตรการเพื่อคงระดับความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและความผูกพันของบุคลากรในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ หัวหน้างานและบุคลากรในโรงพยาบาลที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัยและทำให้งานวิจัยลุล่วงไปด้วยดี

References

1. World Bank Group. Thailand public revenue and spending assessment: promoting an inclusive and sustainable future [internet]. Washington, DC: World Bank; 2023 [cited 2026 May 14]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/69650541-253d-47b6-b257-104cf1ae9e26>.
2. Strategy and Planning Division; Office of the Permanent Secretary; MOPH. Monitoring and evaluation plan for key projects of the Ministry of Public Health for fiscal year 2024 [internet]. Bangkok: MOPH; 2024 [cited 2026 May 14]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/04/แผนติดตามผลการดำเนินงานโครงการสำคัญของก.pdf>. (in Thai)
3. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the consolidated framework for implementation research. *Implement Sci* [internet]. 2016 May [cited 2026 Apr 17];11:72. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4869309/>. doi: 10.1186/s13012-016-0437-z.
4. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol* [internet]. 2008 Mar [cited 2026 Apr 17];41(3-4):327-50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18322790/>. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0.
5. Cresswell K, Sheikh A. Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: an interpretative review. *Int J Med Inform* [internet]. 2013 May [cited 2026 Apr 17];82(5):e73-86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23146626/>. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.10.007.
6. McCool J, Dobson R, Muinga N, Paton C, Pagliari C, Agawal S, et al. Factors influencing the sustainability of digital health interventions in low-resource settings: lessons from five countries. *Journal of Global Health* [internet]. 2020 Dec [cited 2026 May 14];10(2):020396. Available from: <http://jogh.org/documents/issue202002/jogh-10-020396.pdf>. doi: 10.7189/jogh.10.020396.
7. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci* [internet]. 2006 Feb [cited 2026 Apr 17];1(1):1. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1436009/>. doi: 10.1186/1748-5908-1-1.
8. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci* [internet]. 2015 Apr [cited 2026 Apr 17];10(1):53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25895742/>. doi: 10.1186/s13012-015-0242-0.
9. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med* [internet]. 2011 Dec [cited 2026 Apr 17];104(12):510-20. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3241518/>. doi: 10.1258/jrsm.2011.110180.
10. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new medical research council guidance. *BMJ* [internet]. 2008 Sep [cited 2026 Apr 17];337:a1655. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2769032/>. doi: 10.1136/bmj.a1655.
11. Sekabaraga C, Diop F, Soucat A. Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda. *Health Policy Plan* [internet]. 2011 Nov [cited 2026 Apr 17];26 Suppl 2:ii52-62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22027920/>. doi: 10.1093/heapol/czr070.
12. Garg S, Chowdhury S, Sundararaman T. Utilisation and financial protection for hospital care under publicly funded health insurance in three states in Southern India. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2019 [cited 2026 May 14];19(1):1004. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6935172/>. doi: 10.1186/s12913-019-4849-8.
13. Damschroder LJ, Reardon CM, Opra Widerquist MA, Lowery J. Conceptualizing outcomes for use with the consolidated framework for implementation research (CFIR): the CFIR outcomes addendum. *Implement Sci* [internet]. 2022 Jan [cited 2026 Apr 17];17(1):7. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8783408/>. doi: 10.1186/s13012-021-01181-5.
14. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* [internet]. 2009 Aug [cited 2026 Apr 17];4(1):50. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2736161/>. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
15. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health* [internet]. 2010 Oct [cited 2026 Apr 17];38(2):65-76. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3068522/>. doi: 10.1007/s10488-010-0319-7.
16. Reardon CM, Damschroder LJ, Ashcraft LE. The consolidated



- framework for implementation research (CFIR) user guide: a five-step guide for conducting implementation research using the framework. *Implement Sci* [internet]. 2025 Aug [cited 2026 Apr 17];20:39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40819067/>. doi: 10.1186/s13012-025-01450-7.
17. Mokkink LB, Herbelet S, Tuinman PR, Terwee CB. Content validity: judging the relevance, comprehensiveness, and comprehensibility of an outcome measurement instrument – a COSMIN perspective. *J Clin Epidemiol* [internet]. 2025 Sep [cited 2026 Apr 17];185:111879. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40562250/>. doi: 10.1016/j.jclinepi.2025.111879.
 18. Damschroder LJ, Lowery JC. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implement Sci* [internet]. 2013 May [cited 2026 Apr 17];8(1):51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23663819/>. doi: 10.1186/1748-5908-8-51.
 19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 20. National Health Security Office (NHSO). Driving the “30 Baht Healthcare Anywhere” policy with a single national ID card [internet]. Bangkok: NHSO; 2024 [cited 2026 Apr 17]. Available from: <https://www.nhso.go.th/en/news-events/news-announcements/thailand-launches-30-baht-health-care-anywhere-scheme-expands-elderly-care-and-local-jobs>.
 21. National Health Security Office (NHSO). NHSO annual report 2023 [internet]. Bangkok: NHSO; 2023 [cited 2026 Apr 17]. Available from: <https://www.nhso.go.th/th/aboutus-th/reports-annual/2024-11-21-06-39-15>. (in Thai)
 22. Rangachari P, Mushiana SS, Herbert K. A scoping review of applications of the consolidated framework for implementation research (CFIR) to telehealth service implementation initiatives. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2022 Nov [cited 2026 Apr 17];22(1):1450. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36447279/>. doi: 10.1186/s12913-022-08871-w.
 23. Strehlenert H, Hansson J, Nyström ME, Hasson H. Implementation of a national policy for improving health and social care: a comparative case study using the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2019 Oct [cited 2026 Apr 17];19(1):730. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31640680/>. doi: 10.1186/s12913-019-4591-2.
 24. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation research: a synthesis of the literature* [internet]. Tampa (FL): University of South Florida; 2005 [cited 2026 Apr 17]. Available from: <https://fpg.unc.edu/publications/implementation-research-synthesis-literature>.
 25. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* [internet]. 2004 [cited 2026 Apr 17];82(4):581-629. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15595944/>. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x.
 26. May CR, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, et al. Development of a theory of implementation and integration: normalization process theory. *Implement Sci* [internet]. 2009 May [cited 2026 Apr 17];4(1):29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19460163/>. doi: 10.1186/1748-5908-4-29.
 27. Lee T, Becerra BJ, Becerra MB. Seems like there is no stopping point at all whatsoever: a mixed-methods analysis of public health workforce perception on COVID-19 pandemic management and future needs. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2023 Jul [cited 2026 Apr 17];20(14):6350. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37510582/>. doi: 10.3390/ijerph20146350.
 28. Pentland BT, Feldman MS. Organizational routines as a unit of analysis. *Ind Corp Chang* [internet]. 2005 Feb [cited 2026 Apr 17];14(5):793-815. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=914668. doi: 10.1093/icc/dth070.
 29. Pritchett L, Woolcock M, Andrews M. Capability traps? The mechanisms of persistent implementation failure [internet]. Working paper 234. Washington(DC): Center for Global Development; 2010 Dec [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.cgdev.org/publication/capability-traps-mechanisms-persistent-implementation-failure-working-paper-234>.
 30. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the expert recommendations for implementing change (ERIC) project. *Implement Sci* [internet]. 2015 Dec [cited 2026 May 14];10(1):21. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0209-1>. doi: 10.1186/s13012-015-0209-1.
 31. O'Connor C, Joffe H. Intercoder reliability in qualitative research: debates and practical guidelines. *International Journal of Qualitative Methods* [internet]. 2020 Jan [cited 2026 May 14];19:1609406919899220. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406919899220>. doi: 10.1177/1609406919899220.