



The Role of Utilization Review Nurses in Promoting Appropriate Use of Health Services within Thailand's Public Health Insurance Schemes: A Narrative Literature Review and Evidence Gaps

Nitiya Intapot

Mahidol Bumrungrak Nakhonsawan Medical Center, Mahidol University

Abstract

Thailand's public health insurance schemes face pressure to use resources efficiently. Utilization Review (UR) nurses have been proposed as one mechanism to promote appropriate service use, but evidence on this role in the Thai context has not been synthesised.

The objectives to (1) synthesise the roles and processes of UR nurses, (2) identify factors related to the effectiveness of UR, and (3) appraise the evidence on UR/pre-claim review in Thailand's public health insurance schemes.

This narrative review, reported according to SANRA, searched PubMed, Scopus, Google Scholar, ScienceDirect, ThaiJO, and the websites of the National Health Security Office and the ABIM Foundation (June 2025–June 2026). Ten core documents were synthesised by content analysis using a five-domain coding framework; 46 supporting documents informed concepts and context.

Four themes emerged: (1) inappropriate and low-value care has multilevel drivers; (2) appropriateness assessment relies on clinical criteria and tools that need contextual adaptation; (3) documents describing the UR nurse role are largely descriptive, covering screening, record review, appropriateness assessment, multidisciplinary coordination and decision support; and (4) information technology and artificial intelligence are beginning to support UR in Thailand. No study evaluated the effect of UR nurses on low-value care or patient outcomes in Thailand, and no empirical evidence on pre-claim review was found among the selected documents.

The literature suggests that UR nurses' roles may extend from benefit and documentation checks to data-informed quality improvement, but this rests mainly on descriptive and conceptual sources. Evidence that UR nurses reduce low-value care or improve care value is lacking. Outcome evaluation, competency frameworks and safeguards against conflicts of interest are needed.

Keywords: utilization review, utilization management, low-value care, utilization review nurse, public health insurance

**Corresponding author: Pravekornsmartmom@gmail.com*



บทบาทของพยาบาลทบทวนการใช้บริการในการส่งเสริมการใช้บริการทางการแพทย์ อย่างเหมาะสมภายใต้ระบบกองทุนสุขภาพภาคีรัฐของประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยายและช่องว่างของหลักฐาน

นิตยา อินทพรต

ศูนย์การแพทย์มหิตลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

บทคัดย่อ

ระบบกองทุนสุขภาพภาคีรัฐของไทยเผชิญความท้าทายในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า พยาบาลทบทวนการใช้บริการ (Utilization Review Nurse: UR Nurse) เป็นบทบาทหนึ่งที่มีการกล่าวถึงว่าอาจสนับสนุนการใช้บริการอย่างเหมาะสม แต่ยังไม่มีการสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับบทบาทนี้ในบริบทไทย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สังเคราะห์บทบาทและกระบวนการของพยาบาล UR 2) ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของ UR และ 3) ประเมินหลักฐานเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ UR/Pre-claim Review ในระบบกองทุนสุขภาพภาคีรัฐของไทย

วิธีการศึกษา เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย รายงานตามแนวทาง SANRA สืบค้นจาก PubMed, Scopus, Google Scholar, ScienceDirect, ThaiJO และเว็บไซต์ สปสช. กับ ABIM Foundation ระหว่างมิถุนายน 2568 - มิถุนายน 2569 คัดเลือกเอกสารหลัก 10 รายการเพื่อสังเคราะห์เชิงเนื้อหาตามกรอบลธส 5 ประเด็น และใช้เอกสารสนับสนุนอีก 46 รายการเพื่ออธิบายแนวคิดและบริบท

ผลการศึกษา พบว่า สังเคราะห์ได้ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) การใช้บริการที่ไม่เหมาะสมและบริการคุณค่าต่ำมีหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง (2) การประเมินความเหมาะสมอาศัยเกณฑ์ทางคลินิกและเครื่องมือที่ต้องปรับตามบริบท (3) เอกสารที่อธิบายบทบาทพยาบาล UR มีลักษณะเชิงบรรยาย บทบาทครอบคลุมการคัดกรอง ทบทวนเวชระเบียน ประเมินความเหมาะสม ประสานสหวิชาชีพ และสนับสนุนการตัดสินใจ และ (4) เทคโนโลยีสารสนเทศและปัญญาประดิษฐ์เริ่มถูกนำมาสนับสนุน UR ในไทย ทั้งนี้ไม่พบงานที่ประเมินผลของพยาบาล UR ต่อการลดบริการคุณค่าต่ำหรือผลลัพธ์ผู้ป่วยในประเทศไทย และไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ Pre-claim Review ในเอกสารที่คัดเลือก

วรรณกรรมสนับสนุนว่าบทบาทพยาบาล UR อาจขยายจากการตรวจสิทธิและเอกสารไปสู่การใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพ แต่ข้อสรุปนี้อยู่บนฐานเอกสารเชิงอธิบายและเชิงแนวคิดเป็นหลัก ยังไม่มีหลักฐานว่าลดบริการคุณค่าต่ำหรือเพิ่มคุณค่าของการดูแลได้จริง จึงควรมีการวิจัยประเมินผล กรอบสมรรถนะ และมาตรการป้องกันผลประโยชน์ขัดกัน

คำสำคัญ: การทบทวนการใช้บริการ, การบริหารจัดการการใช้บริการ, บริการที่มีคุณค่าต่ำ, พยาบาลทบทวนการใช้บริการ, กองทุนสุขภาพภาคีรัฐ



บทนำ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นความท้าทายของหลายระบบสุขภาพ และส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับบริการที่ให้ประโยชน์น้อยหรือไม่ให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วย หรือก่อความเสี่ยงและต้นทุนมากกว่าประโยชน์ (Berwick & Hackbarth, 2012; Shrank et al., 2019) มีรายงานว่าการใช้บริการเกินความจำเป็นพบได้ในหลายประเทศ (Brownlee et al., 2017; O'Connor & Buchbinder, 2019) ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรผ่านสามระบบหลัก คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Tangcharoensathien, 2024) และมีระบบสวัสดิการของ อปท. ในปี พ.ศ. 2568 คณะกรรมการพิจารณาค่ารักษายาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของประเทศไทยได้หารือแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งบประมาณด้านสุขภาพ โดยมีการนำเสนอว่ารายจ่ายด้านสุขภาพเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 11 ต่อปี สูงกว่าการเติบโตของ GDP ที่ประมาณร้อยละ 2-2.5 และมีความแตกต่างของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวระหว่างระบบสิทธิการรักษายาบาล และที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและงบประมาณด้านสุขภาพ เช่น การบริหารจัดการยาและการจัดซื้อเวชภัณฑ์ให้เกิดความคุ้มค่ามากขึ้น (The Active, 2568)

ความแตกต่างของข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อหัวระหว่างกองทุนสุขภาพภาครัฐจากรายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาค่ารักษายาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของประเทศไทย วันที่ 12 มีนาคม 2568 ณ กระทรวงการคลัง สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างด้านโครงสร้างการเงินการคลังสุขภาพ (ตารางที่ 1) ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ขอบเขตและประเภทสิทธิประโยชน์ โครงสร้างอายุและภาระโรคของประชากรที่อยู่ภายใต้แต่ละกองทุน รูปแบบการจ่ายค่าบริการ และวิธีการจัดสรรงบประมาณ ดังนั้น ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่แตกต่างกันจึงไม่ควรตีความโดยตรงว่าเป็นหลักฐานของการใช้บริการเกินความจำเป็น แต่ใช้เป็นบริบทที่สะท้อนความสำคัญของการบริหารทรัพยากร การใช้บริการอย่างเหมาะสม และการควบคุมความคุ้มค่าของระบบสุขภาพ

ตารางที่ 1 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวต่อปีของกองทุนสุขภาพภาครัฐหลักของไทย (ข้อมูลประมาณการ ปี 2568)

กองทุน	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท/คน/ปี)	ต่างจากกองทุนสูงสุด (%)
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	18,000	–
สิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	12,000	– 33.3
สิทธิประกันสังคม	4,900	– 72.8
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3,800	– 78.9

หมายเหตุ: คำนวณร้อยละใหม่จากตัวเลขเดิม (4,900/18,000 และ 3,800/18,000)



แนวคิดที่เกี่ยวข้อง การใช้บริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีหลายมิติ ซึ่งเกี่ยวข้องกันแต่ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน (ตารางที่ 2) Unnecessary services คือบริการที่ไม่จำเป็นทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยรายนั้น (Derakhshan et al., 2023; Travasso, 2014) overuse เน้นการได้รับบริการมากกว่าที่เหมาะสม เช่น การซ้ำซ้อนหรือความเข้มข้นเกินจำเป็น (Brownlee et al., 2017; Lipitz-Snyderman & Bach, 2013) low-value care พิจารณาคูณค่าของบริการเทียบกับต้นทุน ความเสี่ยง และทางเลือกอื่น (Baker et al., 2013; De Vries et al., 2016) โดยวิธีวัดในงานวิจัยแตกต่างกันตามชนิดของบริการ (Kjelle et al., 2022) ส่วน inappropriate care มีความหมายกว้างกว่า คือการดูแลที่ไม่สอดคล้องกับข้อบ่งชี้ หลักฐาน ความต้องการของผู้ป่วย หรือบริบท เช่น การใช้โรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม (Kossovsky et al., 2002; Panis et al., 2002)

ตารางที่ 2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

แนวคิด	ความหมายโดยสรุป	จุดเน้น	แหล่งอ้างอิงหลัก
Unnecessary services	บริการที่ไม่จำเป็นทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยรายนั้น หรือไม่เพิ่มประโยชน์ต่อผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญ	ความจำเป็นทางคลินิก	Derakhshan et al., 2023; Travasso, 2014
Overuse	ได้รับหรือใช้บริการมากกว่าที่เหมาะสม เช่น ซ้ำซ้อนหรือเข้มข้นเกินจำเป็น	ปริมาณและความเข้มข้น	Brownlee et al., 2017; Lipitz-Snyderman & Bach, 2013
Low-value care	บริการที่ให้ประโยชน์น้อยเมื่อเทียบกับต้นทุน ความเสี่ยง และทางเลือกอื่น	คุณค่า	Baker et al., 2013; De Vries et al., 2016
Inappropriate care	การดูแลที่ไม่สอดคล้องกับข้อบ่งชี้ หลักฐาน ความต้องการผู้ป่วย หรือบริบท	ความเหมาะสมเชิงบริบท	Kossovsky et al., 2002; Panis et al., 2002

หมายเหตุ: บริการหนึ่งอาจไม่ใช่บริการที่ไม่จำเป็นโดยสิ้นเชิง แต่ยังไม่เหมาะสมได้จากวิธี ช่วงเวลา หรือความเข้มข้นของการให้บริการ

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการใช้บริการเกินจำเป็นมีหลายระดับ เช่น การตรวจหรือรักษาเกินความจำเป็น เวชศาสตร์ป้องกันตนเอง (defensive medicine) ความคาดหวังของผู้ป่วย และระบบจ่ายเงิน (Brownlee et al., 2017; Baungaard et al., 2022; Lorenc et al., 2024; ฐิชาลักษณ์ ณรงค์วิทย์, 2566) และเกี่ยวข้องกับจริยธรรมด้านความปลอดภัยและสิทธิของผู้ป่วย (Ungureanu et al., 2018; Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017)



UM และ UR การบริหารจัดการการใช้บริการ (Utilization Management: UM) เป็นกรอบการจัดการในระดับองค์กรหรือระบบ ส่วนการทบทวนการใช้บริการ (Utilization Review: UR) เป็นกระบวนการทบทวนความจำเป็นและความเหมาะสมในระดับผู้ป่วยหรือรายกรณี ซึ่งทำได้ก่อนให้บริการ (prospective) ระหว่างการรักษา (concurrent) หรือหลังให้บริการ (retrospective) (Wickizer & Lessler, 2002; Plebani et al., 2014; Giardino & Wadhwa, 2023) พยาบาล UR เป็นบทบาทที่ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในกระบวนการนี้ (American Nurses Association [ANA], 2024) ในระบบที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าของการดูแล (Value-Based Healthcare: VBHC) ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับเทียบกับต้นทุนเป็นเป้าหมายกลาง (Porter, 2010; Institute of Medicine, 2001; Moynihan et al., 2013) ขณะที่ Choosing Wisely เน้นการตัดสินใจร่วมระหว่างแพทย์และผู้ป่วยบนหลักฐาน (ABIM Foundation, 2015; PerryUndem Research/Communication, 2014; Kerr et al., 2017; นิตดา เฝ้าจินตามุข, 2560)

ช่องว่างและคำถามการทบทวน หลักฐานเชิงประจักษ์ในไทยเรื่องการประยุกต์ใช้ UR หรือ Pre-claim Review เพื่อคัดกรองบริการที่ไม่จำเป็นหรือคุณค่าต่ำยังจำกัด และยังไม่มีการสังเคราะห์บทบทของพยาบาล UR ในบริบทโรงพยาบาลไทย บทความนี้จึงตอบคำถาม (1) พยาบาล UR มีบทบาทและกระบวนการอย่างไรในการทบทวนบริการที่ไม่จำเป็นหรือคุณค่าต่ำ (2) ปัจจัยใดเกี่ยวข้องข้อกับประสิทธิผลของกระบวนการ UR และ (3) หลักฐานเรื่องการประยุกต์ใช้ UR/Pre-claim Review ในระบบกองทุนสุขภาพภาครัฐของไทยมีอย่างไร

วิธีการทบทวน (Methodology)

1. รูปแบบและแนวทางรายงาน

เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย (narrative review) ใช้การวิเคราะห์เอกสารและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา รายงานตามแนวทาง SANRA (Baethge et al., 2019) การทบทวนนี้ไม่ใช้การทบทวนอย่างเป็นระบบ จึงไม่ได้ประเมินอคติเชิงระบบรายงานหรือรวมผลเชิงปริมาณ

2. การสืบค้น

สืบค้นระหว่างมิถุนายน พ.ศ. 2568–มิถุนายน พ.ศ. 2569 จาก PubMed, Scopus, Google Scholar, ScienceDirect และ ThaiJO รวมทั้งเว็บไซต์ สปสช. และ ABIM Foundation ด้วยคำค้นภาษาไทยและอังกฤษร่วมกับตัวดำเนินการ AND และ OR รายละเอียดฐานข้อมูล คำค้น และชุดคำค้นอยู่ในภาคผนวก ก

3. เกณฑ์คัดเลือกและกระบวนการคัดเลือก

เกณฑ์คัดเข้า คือ เอกสารภาษาไทยหรืออังกฤษที่เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2540–2568 หรือเป็นเอกสารพื้นฐานของแนวคิด ครอบคลุมงานวิจัย บทความวิชาการ บทความทบทวน หนังสือ คู่มือ แนวทางปฏิบัติ และเอกสารเชิงนโยบายที่เกี่ยวกับ UR, UM, บริการที่ไม่จำเป็น overuse, low-value care, inappropriate care, VBHC หรือบทบาทพยาบาล UR และเข้าถึงข้อมูลได้เพียงพอ เกณฑ์คัดออก คือ ไม่เกี่ยวข้อง ข้อมูลไม่เพียงพอ ซ้ำ หรือเข้าถึงเนื้อหาไม่ได้ ผู้ทบทวน 1 คนคัดกรองจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และฉบับเต็มตามลำดับ การคัดเลือกเอกสารดำเนินการโดยผู้วิจัย 1 คน โดยคัดกรองจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และประเมินเอกสารฉบับเต็มตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ ไม่มีผู้ทบทวนคนที่สองร่วมตรวจสอบการคัดเลือกเอกสาร จำนวนเอกสารในแต่ละชั้นแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เอกสารที่ผ่านการคัดเลือกและนำมาใช้ในการทบทวน

ขั้นตอน	จำนวน
เอกสารหลักที่นำมาสังเคราะห์	10
เอกสารสนับสนุนเชิงแนวคิด บริบท และหลักฐานใกล้เคียง	36
รวม	46

4. การจำแนกและการให้น้ำหนักหลักฐาน

เอกสารหลัก 10 รายการเลือกเพราะเกี่ยวข้องโดยตรงกับ UR/UM บทบาทพยาบาล เครื่องมือประเมินความเหมาะสม หรือนโยบายและเทคโนโลยีในไทย เอกสารสนับสนุนใช้อธิบายนิยาม ปัจจัย จริยธรรม และหลักฐานใกล้เคียงเท่านั้น และไม่ใช้เป็นหลักฐานว่าพยาบาล UR ลดบริการคุณค่าต่ำ ผู้ทบทวนจำแนกเอกสารตามชนิด (งานวิจัย/การทบทวน แนวทางหรือคู่มือ เอกสารนโยบาย เอกสารเชิงอธิบายหรือความเห็น) และพิจารณาความเกี่ยวข้องโดยตรงกับบทบาทพยาบาล UR การให้น้ำหนักใช้การอภิปรายเชิงคุณภาพ ไม่ได้ใช้เครื่องมือให้คะแนนมาตรฐานรายงานฉบับ

5. การสังเคราะห์

วิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยกรอบรหัส 5 ประเด็น ได้แก่ (1) ความหมายและความแตกต่างของบริการที่ไม่จำเป็น overuse low-value care และ inappropriate care (2) แนวคิดและกระบวนการของ UM และ UR (3) บทบาทและกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาล UR (4) การประยุกต์ใช้ Pre-claim Review และ (5) การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและการเพิ่มคุณค่าของการดูแล จากนั้นสกัดข้อมูล จัดหมวดหมู่ เปรียบเทียบความสอดคล้องและความต่างระหว่างแหล่ง ผลการลงรหัสถูกจัดเป็น 4 ประเด็นหลัก (ประเด็นที่ 1 มาจากกรอบรหัสข้อ 1 ประเด็นที่ 2 จากข้อ 2 และ 4 ประเด็นที่ 3 จากข้อ 3 ส่วนประเด็นที่ 4 เรื่องข้อมูลและเทคโนโลยี เกิดขึ้นจากข้อมูลระหว่างการวิเคราะห์) ส่วนกรอบรหัสข้อ 5 ใช้ตอบคำถามการทบทวนข้อ 3 และสรุปผล ตรวจสอบข้อมูลที่สังเคราะห์กับเอกสารต้นฉบับเมื่อพบความไม่ชัดเจนหรือความแตกต่างระหว่างแหล่ง หลีกเลี่ยงข้อสรุปเชิงเหตุและผลเกินระดับหลักฐาน

ผลการสังเคราะห์ (Results)

1. ลักษณะของเอกสารหลัก

เอกสารหลัก 10 รายการเป็นงานทบทวน 4 รายการ (Brownlee et al., 2017; Derakhshan et al., 2023; Wickizer & Lessler, 2002; Giardino & Wadhwa, 2023) เอกสารวิชาชีพหรือแนวทาง 3 รายการ (ANA, 2024; Fitch et al., 2001; สปสช., 2567) และงานพัฒนา/ประยุกต์ใช้ 3 รายการ (Aruldas, 1999; Esmaili et al., 2015; จินธา ปัญญาสรณ์ และคณะ, 2563) (ตารางที่ 4) มีเพียง 2 รายการที่อธิบายบทบาทพยาบาล UM/UR โดยตรง คือ ANA (2024) และ Giardino และ Wadhwa (2023) ซึ่งเป็นเอกสารเชิงอธิบาย ไม่ใช่งานประเมินผล ในกลุ่มเอกสารของไทย 2 รายการเกี่ยวกับเทคโนโลยีและนโยบาย ไม่มีรายการใดประเมินผลลัพธ์ของพยาบาล UR



ตารางที่ 4 ลักษณะของเอกสารหลักที่นำมาสังเคราะห์ (n = 10)

ผู้แต่ง (ปี)	ประเทศ	ชนิดเอกสาร	ประเด็นหลัก	ความเกี่ยวข้องกับ พยาบาล UR
Brownlee et al. (2017)	หลายประเทศ	การทบทวนเชิงบรรยาย (Lancet series)	การใช้บริการเกินจำเป็น (overuse)	ทางอ้อม (บริบทปัญหา)
Derakhshan et al. (2023)	อิหร่าน	การทบทวนอย่างเป็นระบบ และ meta-synthesis	นิยามและปัจจัยของบริการที่ไม่จำเป็น	ทางอ้อม (บริบทปัญหา)
Wickizer & Lessler (2002)	สหรัฐอเมริกา	การทบทวน	ประเด็นและผลของ UM	ตรงต่อ UM (ไม่เฉพาะพยาบาล)
Giardino & Wadhwa (2023)	สหรัฐอเมริกา	เอกสารอ้างอิงเชิงอธิบาย (StatPearls)	UM และบทบาทพยาบาล	ตรง (เชิงอธิบาย)
ANA (2024)	สหรัฐอเมริกา	เอกสารวิชาชีพ	บทบาทพยาบาล UM	ตรง (เชิงอธิบาย)
Fitch et al. (2001)	สหรัฐอเมริกา	คู่มือวิธี RAND/UCLA	วิธีประเมินความเหมาะสม (ไม่ใช่ AEP)	ทางอ้อม (วิธีประเมิน)
Aruldas (1999)	อินเดีย	งานวิจัยประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล	AEP ในโรงพยาบาลหลายสาขา	ทางอ้อม(เครื่องมือ)
Esmaili et al. (2015)	อิหร่าน	การศึกษาพัฒนา/ตรวจสอบเครื่องมือ	ปรับ AEP ให้เหมาะกับโรงพยาบาลรัฐ	ทางอ้อม(เครื่องมือ)
จินธา ปัญญาสรณ์ และคณะ (2563)	ไทย	การศึกษาพัฒนาระบบ	BURT: AI/NLP ประเมินความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาล	ตรงต่อเทคโนโลยีสนับสนุน UR
สปสช. (2567)	ไทย	แนวทางปฏิบัติ/นโยบาย	การตรวจสอบหลังจ่าย ชดเชยและคุณภาพบริการ	ทางอ้อม (นโยบายที่เกี่ยวข้อง)

หมายเหตุ: Fitch et al. (2001) คือ RAND/UCLA Appropriateness Method ซึ่งเป็นวิธีจัดทำเกณฑ์ความเหมาะสมโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ ต่างจาก Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) ที่ใช้ประเมินวันนอนโรงพยาบาลรายกรณี (Gertman & Restuccia, 1981)

2. ประเด็นที่ 1: การใช้บริการที่ไม่เหมาะสมและบริการคุณค่าต่ำ

เอกสารสอดคล้องกันว่าการให้บริการเกินความจำเป็นเป็นปัญหาเชิงระบบที่พบในหลายประเทศ และการตรวจหรือรักษาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ไม่ได้ให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเสมอไป อาจเพิ่มภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่าย (Brownlee et al., 2017; O'Connor & Buchbinder, 2019 ซึ่งเป็นบทความความเห็น) Derakhshan และคณะ (2023) เสนอว่าบริการที่ไม่จำเป็นเกิดจากปัจจัยหลายระดับ ทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการ องค์กร และนโยบาย จึงต้องใช้มาตรการแบบบูรณาการมากกว่าการควบคุมค่าใช้จ่ายหรือการเบิกจ่ายอย่างเดียว



3. ประเด็นที่ 2: การประเมินความเหมาะสมและการบริหารจัดการการใช้บริการ

UM และ UR ใช้เกณฑ์ทางคลินิก เครื่องมือมาตรฐาน การทบทวนเวชระเบียน และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อประเมินความเหมาะสม (Wickizer & Lessler, 2002; Giardino & Wadhwa, 2023; Plebani et al., 2014) AEP ถูกใช้ประเมินความจำเป็นของการนอนโรงพยาบาลในหลายบริบท (Aruldas, 1999; Panis et al., 2002) แต่ Esmaili และคณะ (2015) ชี้ว่าต้องปรับให้เหมาะกับโครงสร้างบริการ การส่งต่อ และแนวปฏิบัติของแต่ละประเทศ ส่วน Choosing Wisely เน้นการตัดสินใจร่วมระหว่างแพทย์และผู้ป่วยบนหลักฐาน (ABIM Foundation, 2015) ต่างจาก UM ซึ่งเป็นกลไกเชิงระบบขององค์กร แต่ทั้งสองมีจุดร่วมในการส่งเสริมบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักฐาน

ในด้านผลของการแทรกแซง มีงานวิจัยที่ตรวจสอบมาตรการ UM ในหน่วยงานเฉพาะ (Wang et al., 2002) มาตรการพัฒนาคุณภาพเพื่อลดการใช้โรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม (Kossovsky et al., 2002) และงานทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกลยุทธ์ลดบริการคุณค่าต่ำ (Colla et al., 2017; Heus et al., 2023) แต่ไม่ได้เจาะจงบทบาทพยาบาล UR (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 หลักฐานสนับสนุนเกี่ยวกับมาตรการลดบริการคุณค่าต่ำและบริการที่ไม่เหมาะสม (ไม่เฉพาะพยาบาล UR)

แหล่ง	ประเภทและขอบเขต	ผลหลัก/ปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิผล	ความเกี่ยวข้องกับพยาบาล UR
Wang et al. (2002)	การแทรกแซง UM เพื่อลดการตรวจที่ไม่จำเป็นในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ	พบว่าการใช้มาตรการ UM สามารถลดการตรวจที่ไม่จำเป็นได้ หลักฐานจากการศึกษาแทรกแซงระดับหน่วยงาน	ตัวอย่างมาตรการ UM ระดับหน่วยงาน ไม่ได้ระบุบทบาทพยาบาล
Kossovsky et al. (2002)	ประเมินมาตรการพัฒนาคุณภาพเพื่อลดการใช้โรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม	มาตรการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งทบทวนความเหมาะสมของการใช้โรงพยาบาล สามารถลดการใช้ที่ไม่เหมาะสมได้ หลักฐานจากการศึกษาพัฒนาคุณภาพ	ประเด็นเดียวกับ UR ด้านการประเมินการใช้โรงพยาบาล
Joo & Liu (2017)	การทบทวนอย่างเป็นระบบ เรื่องประสิทธิผลของ case management ในการลดการใช้โรงพยาบาล	ผลของ case management แตกต่างตามองค์ประกอบและบริบทของโปรแกรม โดยการประสานการดูแลและการติดตามต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญ Systematic review	บทบาทพยาบาลที่ใกล้เคียง แต่ไม่ใช่ UR โดยตรง
Verkerk et al. (2018)	ประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกทางการพยาบาลเพื่อหา low-value care	พบกิจกรรมทางการพยาบาลที่อาจเป็น low-value care และชี้ให้เห็นความจำเป็นของการระบุและทบทวนกิจกรรมเหล่านี้ หลักฐานด้านการพยาบาล	เกี่ยวข้องโดยตรงกับพยาบาลและ low-value care



แหล่ง	ประเภทและขอบเขต	ผลหลัก/ปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิผล	ความเกี่ยวข้องกับ พยาบาล UR
Colla et al. (2017)	การทบทวนอย่างเป็นระบบ เรื่องมาตรการลดบริการ คุณค่าต่ำ	มาตรการหลายองค์ประกอบมีแนวโน้มมี ประสิทธิผลมากกว่ามาตรการเดี่ยว และ มาตรการที่ผสมผสานหลายระดับ เช่น ผู้ ให้บริการและผู้ป่วย มีแนวโน้มได้ผล ดีกว่า Systematic review	สนับสนุนบทบาท UR ในการใช้ข้อมูล การทบทวน และการ ประสานมาตรการ หลายองค์ประกอบ
Heus et al. (2023)	วิเคราะห์การศึกษา de- implementation แบบ สุ่มควบคุม 121 เรื่อง	75 จาก 109 การศึกษาที่เปรียบเทียบกับ usual care พบการลด low-value care อย่างมีนัยสำคัญ และจาก 73 การศึกษาที่รายงานผลเชิงปริมาณ การ ลดสัมพัทธ์มีค่ามัธยฐาน 17%; ไม่พบว่า ชนิดหรือจำนวนองค์ประกอบของ มาตรการใดให้ผลดีที่สุดอย่างสม่ำเสมอ Systematic review/RCT evidence	สนับสนุนการเลือก มาตรการตามบริบท ไม่พึง intervention ชนิดเดียว
Takada et al. (2020)	การทบทวนอย่างเป็นระบบ เรื่องกลยุทธ์ลดการตรวจ คุณค่าต่ำในบริการปฐมภูมิ	กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลดการตรวจที่มีคุณค่าต่ำ มีผลแตกต่างกันตามชนิดการตรวจและ บริบทของบริการ Systematic review	ใช้สนับสนุนแนวคิด การทบทวนความ เหมาะสมของการ ตรวจ แต่บริบทต่าง จาก UR ในโรงพยาบาล
Cliff et al. (2021)	การทบทวนอย่างเป็นระบบ เรื่องมาตรการ Choosing Wisely	มาตรการหลายองค์ประกอบมีแนวโน้ม ประสบความสำเร็จมากกว่ามาตรการ เดี่ยว และมาตรการเชิงรุกมีแนวโน้ม ได้ผลมากกว่าการเผยแพร่คำแนะนำ เพียงอย่างเดียว Systematic review	สนับสนุนการทำ UR ร่วมกับ education, feedback และ decision support
Tyack et al. (2024)	การทบทวนขอบเขตเรื่อง กระบวนการระบุและ จัดลำดับ low-value care ในโรงพยาบาล	การระบุและจัดลำดับบริการคุณค่าต่ำ เป็นขั้นตอนสำคัญก่อนการออกแบบ มาตรการลด และต้องพิจารณาบริบท ขององค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง Scoping review	เชื่อมโยงกับบทบาท UR ในการใช้ข้อมูล เพื่อระบุรายการที่ ควรทบทวน



แหล่ง	ประเภทและขอบเขต	ผลหลัก/ปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิผล	ความเกี่ยวข้องกับ พยาบาล UR
Van Dulmen et al. (2020)	การสังเคราะห์หลักฐานเชิง คุณภาพเรื่องอุปสรรคและ ปัจจัยเอื้อ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลด low-value care อยู่หลายระดับ ได้แก่ ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย ทีม องค์กร และระบบ โดยความรู้ ทัศนคติ ความเคยชิน ทรัพยากร โครงสร้าง และการสนับสนุนขององค์กร เป็นปัจจัยสำคัญ Qualitative evidence synthesis	สนับสนุนว่าการทำ UR ต้องอาศัยทั้ง ทักษะของพยาบาล การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูล และการ สนับสนุนระดับ องค์กร
Sypes et al. (2020)	การทบทวนอย่างเป็นระบบ เรื่องการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในมาตรการ de- implementation	การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็น องค์ประกอบที่ควรพิจารณาในการลด low-value care แต่หลักฐานเกี่ยวกับ ผลโดยตรงต่อการลดบริการยังมีข้อจำกัด Systematic review	พยาบาล UR สามารถเชื่อมโยงการ ทบทวนความ เหมาะสมกับการ สื่อสารและการมีส่วน ร่วมของผู้ป่วย

หมายเหตุ: คอลัมน์ขอบเขตสรุปจากชื่อเรื่องและการอ้างอิงเท่านั้น ยังไม่ได้รวมผลการศึกษา

4. ประเด็นที่ 3: บทบาทของพยาบาล UR

เอกสารเชิงอธิบายระบุว่าพยาบาล UR/UM มีบทบาทประเมินความจำเป็นของการรับไว้รักษา ติดตามการใช้ทรัพยากร ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย โดยต้องมีสมรรถนะด้านวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสาร การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และความเข้าใจการเงินการคลังสุขภาพ (ANA, 2024; Giardino & Wadhwa, 2023) จุฬาลักษณ์ สุขสบาย (2567) เสนอให้พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้านดิจิทัล การใช้ข้อมูล และการบริหารทรัพยากร งานที่ใกล้เคียงแต่ไม่ใช่ UR โดยตรงชี้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการลดการใช้โรงพยาบาลผ่าน case management (Joo & Liu, 2017) และในการระบุ low-value care ในแนวปฏิบัติทางพยาบาล (Verkerk et al., 2018) ในบริบทไทย เอกสารที่คัดเลือกระบุเพียงว่าบทบาทแตกต่างกันตามหน่วยบริการ บางแห่งเน้นการตรวจสอบสิทธิและการเบิกจ่าย บางแห่งเริ่มนำข้อมูลจากการทบทวนไปพัฒนาคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อสังเกตของผู้เขียน ไม่ได้มาจากงานที่เก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

5. ประเด็นที่ 4: ข้อมูลและเทคโนโลยี

จินธา ปัญญาสรณ์ และคณะ (2563) พัฒนาระบบ BURT ซึ่งใช้ปัญญาประดิษฐ์และการประมวลผลภาษาธรรมชาติภาษาไทยเพื่อวิเคราะห์เวชระเบียนและประเมินความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาล โดย



BURT 1.1 มีผลการประเมินแบบจำลอง NLP ในด้าน accuracy, precision, recall และ F1-score สูงกว่า 99% และเมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาลกับมิติของคณะผู้เชี่ยวชาญ ด้าน UM ในกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย พบความสอดคล้องร้อยละ 86 และ precision ร้อยละ 99 เมื่อเทียบกับ สถานะการอนุมัติการเบิกจ่าย อย่างไรก็ตาม การศึกษายังไม่ได้รายงานค่า sensitivity และ specificity ของ ระบบในการจำแนกความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาล และระบุว่าควรมีการประเมินตัวชี้วัดดังกล่าว เพิ่มเติมในอนาคต แนวทางตรวจสอบหลังจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการของ สปสช. (2567) เน้นความถูกต้อง ของข้อมูลและความเหมาะสมของบริการ ข้อมูลจากกระบวนการนี้อาจใช้วิเคราะห์คุณภาพได้หากเชื่อมโยง อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการใช้ข้อมูลเชิงบริหารในการประเมินคุณภาพ (Iezzoni, 1997) เทคโนโลยี ควรสนับสนุนดุลยพินิจของบุคลากร ไม่ทดแทน

6. คำตอบต่อคำถามการทบทวน

ตารางที่ 6 สรุปคำตอบต่อคำถามการทบทวนและระดับหลักฐาน

คำถาม	สิ่งที่พบ	ระดับหลักฐาน/ช่องว่าง
1. บทบาทและ กระบวนการของ พยาบาล UR	คัดกรองข้อมูล ทบทวนเวชระเบียน ประเมิน ความเหมาะสม ประสานสหวิชาชีพ สนับสนุน การตัดสินใจ ผ่านการทบทวนก่อน ระหว่าง และ หลังให้บริการ	เอกสารเชิงอธิบายจากต่างประเทศ เป็นหลัก ไม่มีงานประเมินผลใน ไทย
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับประสิทธิภาพของ UR	เกณฑ์ที่ปรับตามบริบท (Esmaili et al., 2015) สมดุลระหว่างการควบคุมต้นทุนกับดุลยพินิจ วิชาชีพ (Epstein, 2006) มาตรการบูรณาการ หลายระดับ (Derakhshan et al., 2023) สมรรถนะและระบบข้อมูลสนับสนุน (ANA, 2024)	ส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอเชิงแนวคิด ไม่ใช่ผลจากงานประเมินพยาบาล UR โดยตรง
3. UR/Pre-claim Review ในกองทุน สุขภาพภาคีรัฐของ ไทย	ในเชิงแนวคิด การทบทวนก่อนให้บริการหรือ ก่อนเบิกจ่ายเป็นรูปแบบหนึ่งของ UR ส่วน หลักฐานไทยที่พบคือแนวทางตรวจสอบหลังจ่าย ของ สปสช. (2567) และเครื่องมือ BURT	ยังไม่พบการศึกษาเชิงประจักษ์ที่ ประเมินผลของระบบ Pre-claim Review ในกองทุนสุขภาพภาคีรัฐ ของไทยโดยตรงจากเอกสารที่ คัดเลือกในการทบทวนครั้งนี้



การอภิปรายและวิเคราะห์ (Discussion & Analysis)

1. การเปรียบเทียบมุมมองและข้อขัดแย้งในวรรณกรรม

ประการแรก นิยามของ "บริการที่ไม่จำเป็น" ต่างกัน Brownlee และคณะ (2017) เน้นหลักฐานว่าให้ประโยชน์ต่ำเทียบกับความเสี่ยงและต้นทุน ขณะที่ Derakhshan และคณะ (2023) เสนอว่าต้องพิจารณาบริบทผู้ป่วย ความต้องการ ทรัพยากร แนวปฏิบัติ และนโยบายด้วย ความต่างนี้ชี้ว่าเกณฑ์เดียวใช้กับทุกสถานการณ์ไม่ได้ ต้องอาศัยหลักฐานร่วมกับวิจารณญาณทางคลินิก

ประการที่สอง เรื่องสมดุลระหว่างการควบคุมทรัพยากรและคุณภาพการดูแล บางแหล่งเสนอว่า UM ช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพ (Wickizer & Lessler, 2002; Giardino & Wadhwa, 2023) แต่ Epstein (2006) ตั้งข้อสังเกตว่าหาก UM มุ่งควบคุมต้นทุนเป็นหลัก บุคลากรอาจรู้สึกถูกจำกัดดุลยพินิจและอาจกังวลว่าผู้ป่วยได้รับบริการไม่เพียงพอ ประเด็นนี้สำคัญต่อบริบทไทยเพราะสอดคล้องกับข้อกังวลเรื่องผลประโยชน์ขัดกัน (หัวข้อถัดไป)

การนำเครื่องมือที่พัฒนาจากต่างประเทศมาใช้ เช่น Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) จำเป็นต้องมีการปรับเกณฑ์ให้สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพแต่ละประเทศ โดย Esmaili et al. (2015) ได้ปรับ AEP ที่พัฒนาจากสหรัฐอเมริกาให้เหมาะสมกับบริบทของอิหร่าน โดยอาศัยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพและทดสอบความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง ดังนั้นสำหรับประเทศไทย ความท้าทายจึงอาจไม่ได้อยู่ที่การขาดเครื่องมือเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการประยุกต์เกณฑ์ให้สอดคล้องกับโครงสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ รูปแบบการจัดบริการ ระบบการส่งต่อ และบริบทการปฏิบัติงานจริงของบุคลากร จากการสืบค้นวรรณกรรมครั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาที่กำหนดบทบาทและมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาล Utilization Review ในระดับประเทศอย่างชัดเจน จึงสะท้อนช่องว่างด้านการพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาล UR ในบริบทประเทศไทยขาดเครื่องมือ แต่คือการประยุกต์ให้เข้ากับโครงสร้างหลักประกันสุขภาพและการปฏิบัติจริง ซึ่งยังไม่พบแนวปฏิบัติระดับประเทศที่กำหนดบทบาทหรือมาตรฐานของพยาบาล UR

ประการที่สี่ วรรณกรรมต่างประเทศส่วนใหญ่ประเมินผลของ UM ต่อการลดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นและต้นทุน ขณะที่งานที่พบในไทยเน้นการพัฒนาเครื่องมือ เทคโนโลยี หรือสมรรถนะบุคลากร ยังขาดหลักฐานผลลัพธ์เชิงระบบระยะยาวต่อคุณภาพ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

2. พยาบาล UR ฝั่งผู้จ่ายเงินกับฝั่งโรงพยาบาล และผลประโยชน์ขัดกัน

ข้อวิเคราะห์ในหัวข้อนี้เป็นการพิจารณาเชิงแนวคิดของผู้เขียน ไม่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการทบทวน บทบาท UR อาจอยู่ในองค์กรผู้จ่ายเงิน (payer) หรือในสถานพยาบาลผู้ให้บริการ ซึ่งมีแรงจูงใจต่างกัน ในโรงพยาบาลไทยการตรวจสอบสิทธิและเวชระเบียนเพื่อการเบิกจ่ายอาจเอนไปทางความถูกต้องของการเบิกและรายรับ มากกว่าการลดบริการเกินจำเป็น หากไม่มีมาตรการป้องกัน บทบาท UR อาจถูกใช้เพื่อ



เพิ่มรายรับมากกว่าเพิ่มคุณค่าของการดูแล ตัวอย่างเช่น การเน้นความครบถ้วนของการบันทึกโดยไม่ตรวจสอบความเหมาะสมทางคลินิก (ตารางที่ 7) ประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับจริยธรรมด้านความปลอดภัยและสิทธิผู้ป่วยที่ระบุไว้ (Ungureanu et al., 2018; Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017)

ตารางที่ 7 ข้อพิจารณาเชิงแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท UR ฝั่งผู้จ่ายเงินและฝั่งโรงพยาบาล (การวิเคราะห์ของผู้เขียน)

มิติ	UR ฝั่งผู้จ่ายเงิน	UR ฝั่งโรงพยาบาลผู้ให้บริการ
วัตถุประสงค์หลัก	ควบคุมการจ่ายและความเหมาะสมของบริการที่เบิก	สนับสนุนความถูกต้องของการเบิกจ่าย และ/หรือพัฒนาคุณภาพและการใช้ทรัพยากร
ข้อมูลหลัก	ข้อมูลการเบิก เวชระเบียนที่ส่งมา	เวชระเบียนแบบทันเวลา ข้อมูลทรัพยากรและคุณภาพ
ความเสี่ยงที่อาจขัดผลประโยชน์	ลดจ่ายจนกระทบการเข้าถึงบริการ	ให้น้ำหนักรายรับมากกว่าความเหมาะสมทางคลินิก
มาตรการป้องกันที่ควรพิจารณา	เกณฑ์โปร่งใส กระบวนการอุทธรณ์ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก	แยกการทบทวนความเหมาะสมทางคลินิกออกจากงานเบิกจ่าย ตัวชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วยควบคู่และการตรวจสอบภายนอก

3. เทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์

BURT แสดงศักยภาพของ AI/NLP ในการประเมินความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาล (จินธา ปัญญาสรณ์ และคณะ, 2563) แต่ผลที่รายงานในบทความนี้ยังเป็นการแสดงศักยภาพ ยังไม่มีหลักฐานว่าลดบริการคุณค่าต่ำหรือปรับปรุงผลลัพธ์ผู้ป่วยได้ การนำ AI มาใช้ควรสนับสนุนดุลยพินิจของบุคลากร มีการตรวจสอบผลลัพธ์ และมีการกำกับดูแลด้านความถูกต้อง ความโปร่งใส และความปลอดภัยของข้อมูล

4. ประสบการณ์เชิงปฏิบัติของผู้เขียน (ไม่ใช่หลักฐานเชิงประจักษ์)

ผู้เขียนมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้าน UR ที่ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ นครสวรรค์ ซึ่งช่วยให้เห็นการประยุกต์แนวคิดกับการปฏิบัติจริง แต่เป็นประสบการณ์ของผู้เขียนเอง ไม่ใช่ผลการศึกษา จึงไม่ถูกใช้ยืนยันข้อสรุปของการทบทวนนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

ข้อเสนอต่อไปนี้จัดตามระดับหลักฐานที่รองรับ ทั้งหมดเป็นข้อเสนอให้พิจารณา ไม่ใช่ข้อสรุปว่าได้ผล

1. กรอบสมรรถนะและบทบาท: ควรพิจารณากำหนดกรอบสมรรถนะและบทบาทหน้าที่ของพยาบาล UR ให้ชัด ครอบคลุมการประเมินความเหมาะสม การวิเคราะห์ข้อมูล การประสานสหวิชาชีพ และการใช้ข้อมูลพัฒนาคุณภาพ (ฐานหลักฐาน: เอกสารเชิงอธิบาย ANA, 2024; จุฬาลักษณ์ สุขสบาย, 2567)



2. **เกณฑ์ประเมินที่ปรับตามบริบท:** ควรพัฒนาและทดสอบเกณฑ์ที่ปรับจาก AEP ให้เหมาะกับบริบทไทยก่อนใช้จริง (ฐานหลักฐาน: Esmaili et al., 2015; Aruldas, 1999)
3. **เทคโนโลยีแบบสนับสนุนการตัดสินใจ:** ควรใช้ AI ภายใต้การกำกับ และประเมินความแม่นยำและผลกระทบก่อนขยายผล (ฐานหลักฐาน: จินธา ปัญญาสรณ์ และคณะ, 2563 ซึ่งเป็นงานพัฒนาระบบ)
4. **การเชื่อมข้อมูล:** ควรพัฒนาระบบที่เชื่อมข้อมูลคลินิก สิทธิประโยชน์ การเบิกจ่าย และคุณภาพเข้าด้วยกัน เพื่อให้ข้อมูลจากการตรวจสอบนำไปพัฒนาคุณภาพได้ (ฐานหลักฐาน: สปสช., 2567 เชิงนโยบาย)
5. **การป้องกันผลประโยชน์ขัดกันและการประเมินผล:** ควรกำหนดมาตรการแยกบทบาท ตัวชี้วัด ความปลอดภัย และสนับสนุนการวิจัยประเมินผลในไทย (ฐานหลักฐาน: การวิเคราะห์เชิงแนวคิดของผู้เขียน และช่องว่างของหลักฐาน)

ข้อจำกัดของการทบทวน

1. เป็นการทบทวนเชิงบรรยาย ไม่ใช่การทบทวนอย่างเป็นระบบ จึงมีความเสี่ยงต่ออคติในการคัดเลือก และไม่ได้ประเมินคุณภาพงานแต่ละฉบับด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
2. ผู้ทบทวนคัดเลือกเอกสารเพียงผู้เดียว [ปรับตามที่ดำเนินการจริง] จึงอาจมีอคติของผู้ทบทวน
3. เอกสารหลักมีเพียง 10 รายการ ส่วนใหญ่จากต่างประเทศและเป็นเอกสารเชิงอธิบายหรือเชิงแนวคิด และมีงานไทยที่ตรงประเด็นเพียงเล็กน้อย จึงอาจไม่สะท้อนโรงพยาบาลทุกระดับ
4. สืบค้นเฉพาะภาษาไทยและอังกฤษ และมีเอกสารที่ไม่ผ่านการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (เช่น ข่าว เอกสารวิชาชีพ) ซึ่งอาจมีอคติของผู้ตีพิมพ์
5. การเปรียบเทียบข้ามประเทศจำกัด เพราะโครงสร้างการเงินการคลังและระบบหลักประกันแตกต่างกัน
6. ส่วนที่เป็นประสบการณ์ของผู้เขียนและการวิเคราะห์ผลประโยชน์ขัดกันเป็นข้อพิจารณาเชิงแนวคิด ไม่ใช่หลักฐานเชิงประจักษ์

บทสรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion & Recommendations)

วรรณกรรมที่ทบทวนสนับสนุนว่า UM และ UR เป็นกลไกหนึ่งที่อาจส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมควบคู่กับคุณภาพและความปลอดภัย และบทบาทของพยาบาล UR ถูกอธิบายว่าอาจขยายจากการตรวจสิทธิและเอกสารไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล การประสานงาน และการสนับสนุนการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม ข้อสรุปนี้อยู่บนฐานเอกสารเชิงอธิบายและเชิงแนวคิดเป็นหลัก ไม่พบงานที่ประเมินผลของพยาบาล UR ต่อการลดบริการคุณค่าต่ำหรือผลลัพธ์ผู้ป่วยในไทย และไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Pre-claim Review ในเอกสารที่คัดเลือก ดังนั้นความมองบทบาทยังเป็นทางเลือกที่ควรทดลองและประเมินผลอย่างระมัดระวัง โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ขัดกันและสิทธิผู้ป่วย



ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

- 1) ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน UR ในไทยด้านคุณภาพ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และเศรษฐศาสตร์สุขภาพ
- 2) พัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือประเมินความเหมาะสมที่เหมาะสมกับบริบทไทย และเปรียบเทียบความแม่นยำระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับ AI
- 3) ศึกษาสมรรถนะ บทบาท และรูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาล UR ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ
- 4) ศึกษาผลประโยชน์ขัดกันและการออกแบบมาตรการป้องกันในระบบไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรของศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ นครสวรรค์ ที่เอื้อต่อการเรียนรู้จาก
การปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

- จินชา ปัญญาสรณ์, เปี่ยมโชค บรรณโง, กุสุมา เพ็ชรสกุล, นพดล เพ็งพิณิต, วรุตวิชัย สีนธะ, และชัยโย คุณ
อนุนธิ์. (2563). การพัฒนาระบบ BDMS Utilization Review Technology (BURT): เครื่องมือ
ปัญญาประดิษฐ์โดยใช้การประมวลผลภาษาธรรมชาติภาษาไทยในการประเมินความเหมาะสมของการ
นอนโรงพยาบาล. Bangkok Medical Journal. [ระบุปีที่ ฉบับ และหน้า]
- จุฬาลักษณ์ สุขสบาย. (2567). การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่
21: กรณีศึกษา ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 51(2), 288–301.
- ฐิชาลักษณ์ ณรงค์วิทย์. (2566). เวชศาสตร์ป้องกันตนเอง: ตรวจรักษาเกินความจำเป็น. วารสารเวชศาสตร์
ป้องกัน, 12(1), 45–52.
- นัตตา เฝ้าจินตามุข. (2560, 18 กรกฎาคม). 5 คำถามเพื่อ Choosing Wisely: เมื่อคำว่า "มาก" ไม่ใช่คำตอบ
สำหรับสุขภาพเสมอไป. The101.world.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). แนวทางการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
ปีงบประมาณ 2568. ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ.
- The Active. (2568, 12 มีนาคม). ครั้งแรก! ถกรวม 3 กองทุนสุขภาพ ยันใช้สิทธิเดิมไม่เปลี่ยน เล็งพัฒนา
ระบบใหม่เพื่อคนรุ่นหลัง. ไทยพีบีเอส.
- ABIM Foundation. (2015). Advancing the Choosing Wisely campaign in clinical practices and
communities: Five things physicians and patients should question. ABIM Foundation.
- American Nurses Association. (2024). What is a utilization management nurse ANA Enterprise.



- Aruldas, V. (1999). Appropriateness evaluation protocol: An application in a multispeciality hospital. *Vikalpa: The Journal for Decision Makers*, 24(3), 19–28. <https://doi.org/10.1177/0256090919990304>
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4, 5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8> [ตรวจยืนยัน]
- Baker, D. W., Qaseem, A., Reynolds, P. P., Gardner, L. A., & Schneider, E. C. (2013). Design and use of performance measures to decrease low-value services and achieve cost-conscious care. *Annals of Internal Medicine*, 158(1), 55–59. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-1-201301010-00560>
- Baungaard, N., Skovvang, P. L., Assing Hvidt, E., Gerbild, H., Andersen, M. K., & Lykkegaard, J. (2022). How defensive medicine is defined in European medical literature: A systematic review. *BMJ Open*, 12(1), e057169. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057169>
- Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating waste in US health care. *JAMA*, 307(14), 1513–1516. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.362>
- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I., Nagpal, S., Saini, V., Srivastava, D., Chalmers, K., & Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*, 390(10090), 156–168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- Cliff, B. Q., Avanceña, A. L. V., Hirth, R. A., & Lee, S.-Y. D. (2021). The impact of Choosing Wisely interventions on low-value medical services: A systematic review. *The Milbank Quarterly*, 99(4), 1024–1058. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12531>
- Colla, C. H., Mainor, A. J., Hargreaves, C., Sequist, T., & Morden, N. (2017). Interventions aimed at reducing use of low-value health services: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 74(5), 507–550. <https://doi.org/10.1177/1077558716656970>
- De Vries, E. F., Struijs, J. N., Heijink, R., Hendriks, R. J. P., & Baan, C. A. (2016). Are low-value care measures up to the task? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 16, 405. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1656-3>
- Derakhshan, Z., Larijani, B., Shamsi-Gooshki, E., & Salari, P. (2023). Presenting a comprehensive definition of unnecessary healthcare services and their drivers: A systematic review and meta-synthesis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 37, 106. <https://doi.org/10.47176/mjiri.37.106>



- Epstein, R. M. (2006). Managing utilization of healthcare services: Reducing unnecessary interventions. *Journal of Healthcare Management*, 51(4), 225–235. <https://doi.org/10.1097/00115514-200607000-00005>
- Esmaili, A., Ravaghi, H., Seyedin, H., Delgoshaei, B., & Salehi, M. (2015). Developing of the Appropriateness Evaluation Protocol for public hospitals in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(3), e19030. <https://doi.org/10.5812/ircmj.19030>
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lazaro, P., van het Loo, M., McDonnell, J., Vader, J., & Kahan, J. P. (2001). The RAND/UCLA Appropriateness Method user's manual. RAND Corporation.
- Gertman, P. M., & Restuccia, J. D. (1981). The appropriateness evaluation protocol: A technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Medical Care*, 19(8), 855–871.
- Giardino, A. P., & Wadhwa, R. (2023). Utilization management. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Heus, P., van Dulmen, S. A., Weenink, J.-W., Naaktgeboren, C. A., Takada, T., & Verkerk, E. W. (2023). What are effective strategies to reduce low-value care? An analysis of 121 randomized deimplementation studies. *Journal for Healthcare Quality*, 45(5), 261–271. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000392>
- Iezzoni, L. I. (1997). Assessing quality using administrative data. *Annals of Internal Medicine*, 127(8 Pt 2), 666–674. https://doi.org/10.7326/0003-4819-127-8_Part_2-199710151-00048
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2017). Case management effectiveness in reducing hospital use: A systematic review. *International Nursing Review*, 64(2), 296–308. <https://doi.org/10.1111/inr.12335>
- Kerr, E. A., Kullgren, J. T., & Saini, S. D. (2017). Choosing Wisely: How to fulfill the promise in the next 5 years. *Health Affairs*, 36(11), 2012–2018. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0953>
- Kjelle, E., Andersen, E. R., Krokeide, A. M., Soril, L. J. J., van Bodegom-Vos, L., Clement, F. M., & Hofmann, B. M. (2022). Characterizing and quantifying low-value diagnostic imaging internationally: A scoping review. *BMC Medical Imaging*, 22, 73. <https://doi.org/10.1186/s12880-022-00798-2>
- Kossovsky, M. P., Chopard, P., Bolla, F., Sarasin, F. P., Louis-Simonet, M., Allaz, A.-F., Perneger, T. V., & Gaspoz, J.-M. (2002). Evaluation of quality improvement interventions to reduce inappropriate hospital use. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(3), 227–232. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.intqhc.a002614>



- Lipitz-Snyderman, A., & Bach, P. B. (2013). Overuse of health care services: When less is more more or less. *JAMA Internal Medicine*, 173(14), 1277–1278. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6181>
- Lipitz-Snyderman, A., & Korenstein, D. (2017). Reducing overuse—Is patient safety the answer? *JAMA*, 317(8), 810–811. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0896>
- Lorenc, T., Khouja, C., Harden, M., Fulbright, H., & Thomas, J. (2024). Defensive healthcare practice: Systematic review of qualitative evidence. *BMJ Open*, 14(7), e085673. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085673>
- Moynihan, R., Heneghan, C., & Godlee, F. (2013). Too much medicine: From evidence to action. *BMJ*, 347, f7141. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7141>
- O'Connor, D. A., & Buchbinder, R. (2019). More signals that overuse of healthcare is a pervasive problem contributing to health system waste. *Internal Medicine Journal*, 49(7), 815–817. <https://doi.org/10.1111/imj.14342>
- Panis, L. J. G. G., Verheggen, F. W. S. M., & Pop, P. (2002). To stay or not to stay: The assessment of appropriate hospital stay: A Dutch report. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 55–67. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.1.55>
- PerryUndem Research/Communication. (2014). Unnecessary tests and procedures in the health care system: What physicians say about the problem, the causes, and the solutions. ABIM Foundation.
- Plebani, M., Zaninotto, M., & Faggian, D. (2014). Utilization management: A European perspective. *Clinica Chimica Acta*, 427, 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2013.03.002>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Shrank, W. H., Rogstad, T. L., & Parekh, N. (2019). Waste in the US health care system: Estimated costs and potential for savings. *JAMA*, 322(15), 1501–1509. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.13978>
- Sypes, E. E., de Grood, C., Whalen-Browne, L., Clement, F. M., Parsons Leigh, J., Niven, D. J., & Stelfox, H. T. (2020). Engaging patients in de-implementation interventions to reduce low-value clinical care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 18, 116. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01567-0>
- Takada, T., Heus, P., van Doorn, S., Naaktgeboren, C. A., Weenink, J.-W., van Dulmen, S. A., & Hooft, L. (2020). Strategies to reduce the use of low-value medical tests in primary



- care: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 70(701), e858–e865. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713693>
- Tangcharoensathien, V. (Ed.). (2024). *Thailand health system review* (2nd ed.). World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.
- Travasso, C. (2014). India must act to stem rise of unnecessary medical interventions. *BMJ*, 349, g5084. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5084>
- Tyack, Z., Carter, H., Allen, M., Senanayake, S., Warhurst, K., Naicker, S., Abell, B., & McPhail, S. M. (2024). Multicomponent processes to identify and prioritise low-value care in hospital settings: A scoping review. *BMJ Open*, 14(4), e078761. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078761>
- Ungureanu, G., Popescu, I., & Ionescu, R. (2018). Unnecessary medicine, an issue with major ethical implications. *Internal Medicine*, 15(5), 65–74. <https://doi.org/10.2478/inmed-2018-0039>
- Van Dulmen, S. A., Naaktgeboren, C. A., Heus, P., Weenink, J.-W., Kool, R. B., & Hooft, L. (2020). Barriers and facilitators to reduce low-value care: A qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*, 10(10), e040025. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040025>
- Verkerk, E. W., Huisman-de Waal, G., Vermeulen, H., Westert, G. P., Kool, R. B., & van Dulmen, S. A. (2018). Low-value care in nursing: A systematic assessment of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.002>
- Wang, T. J., Mort, E. A., Nordberg, P., Chang, Y., Cadigan, M. E., Mylott, L., Ananian, L. V., Thompson, B. T., Fessler, M. F., Warren, W., Wheeler, A., Jordan, M., & Fifer, M. A. (2002). A utilization management intervention to reduce unnecessary testing in the coronary care unit. *Archives of Internal Medicine*, 162(16), 1885–1890. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.16.1885>
- Wickizer, T. M., & Lessler, D. (2002). Utilization management: Issues, effects, and future prospects. *Annual Review of Public Health*, 23, 233–254. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140529>