รายงานโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการรักษาพยาบาลในประเทศไทยด้วยการบริหารจัดการหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำ (low-value care) ในประเทศไทย

รหัสโครงการ 4710573

โดย

ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวภิชารีย์ กรุณายาวงศ์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวมันตา กรกฎ	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวอธิพร เรืองทวีป	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวเขมจิรา เวสจรูญ	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวจันทัปปภา จันทร์ครบ	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
รศ. ดร.วรรณฤดี อิสรานุวัฒน์ชัย	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เดือนกันยายน พ.ศ. 2568

งบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

รายงานฉบับสมบูรณ์

แผนงาน การเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

ชื่อโครงการ

ภาษาไทย เพิ่มประสิทธิภาพระบบการรักษาพยาบาลในประเทศไทยด้วยการบริหารจัดการหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำ (low-value care) ในประเทศไทย

ภาษาอังกฤษ Optimizing healthcare system in Thailand through addressing low-value care in Thailand

“โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2568”

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของแหล่งทุน

กันยายน พ.ศ. 2568

คณะผู้วิจัย

ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวภิชารีย์ กรุณายาวงศ์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวมันตา กรกฎ	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวอธิพร เรืองทวีป	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวเขมจิรา เวสจรูญ	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวจันทัปปภา จันทร์ครบ	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
รศ. ดร.วรรณฤดี อิสรานุวัฒน์ชัย	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอแสดงความขอบคุณเป็นอย่างยิ่งต่อ ดร. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนทางวิชาการ และการนำผลการวิจัยไปใช้ต่อยอดในการพัฒนานโยบายสาธารณสุขของประเทศ

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณราชวิทยาลัยทางการแพทย์ สมาคมและชมรมทางการแพทย์ ตลอดจนคณาจารย์และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ สละเวลาอันมีค่า เพื่อให้คำปรึกษา แสดงความคิดเห็น และช่วยยืนยันความเหมาะสมของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำอย่างรอบด้าน

ท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทีมงานหน่วยการคลังสุขภาพ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program Foundation: IHPP Foundation) รวมทั้ง สปสช. สำหรับการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในการผลักดันให้เกิดกลไกเชิงระบบเพื่อสนับสนุนการลดการใช้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ อันจะเป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพในระยะยาว

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2568

บทคัดย่อ

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร (resource scarcity) ทั้งงบประมาณและบุคลากรทางการแพทย์ ขณะเดียวกันยังพบการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (low-value care: LVC) ซึ่งไม่เพียงแต่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่ยังก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรโดยเปล่าประโยชน์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ระบุและจำแนกหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทประเทศไทย 2) สำรวจความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำจากมุมมองของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และ 3) ยืนยันรายการหัตถการหรือมาตรการที่มีคุณค่าต่ำผ่านการหารือกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ รวมทั้งประเมินผลกระทบเบื้องต้นต่อระบบสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัยประกอบด้วยสามส่วนหลัก ได้แก่ 1) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเร่งด่วน (rapid review) เพื่อรวบรวมคำจำกัดความและรายการบริการที่จัดเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำจากงานวิชาการระดับนานาชาติ 2) การสำรวจออนไลน์ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ราชวิทยาลัยทางการแพทย์ และกองทุนประกันสุขภาพ เพื่อรวบรวมรายการหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำ รวมถึงสำรวจทัศนคติและมุมมองต่อการให้บริการดังกล่าว และ 3) การประชุมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อยืนยันความเหมาะสมและจัดลำดับความสำคัญของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในบริบทประเทศไทย

ผลการศึกษาพบคำจำกัดความของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ในบริบทไทย และสามารถรวบรวมรายการหัตถการและมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำได้รวม 583 รายการ จากการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจ โดยหลังการคัดกรองและจัดลำดับความสำคัญ เหลือ 23 รายการที่ควรศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงก่อนผ่าตัด (preoperative echocardiography) และการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 155 คน พบว่าร้อยละ 82 เห็นว่าการให้บริการ LVC เป็นปัญหาของระบบ แม้ว่าปัญหาส่วนใหญ่จากบริการดังกล่าวจะถูกประเมินว่าไม่รุนแรง อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้บริการจำนวนมากที่เคยพบหรือปฏิบัติการรักษาที่เข้าข่ายบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ โดยมีปัจจัยจูงใจจากทั้งการขาดความรู้ในหัตถการหรือมาตรการทางการแพทย์ คำร้องขอจากผู้ป่วย และระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ การประชุมผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาทางการแพทย์ยังได้ยืนยันรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่สำคัญและเห็นพ้องถึงความจำเป็นในการสร้างมาตรการป้องกันหรือลดการใช้บริการเหล่านี้

ข้อค้นพบสะท้อนว่าการจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำอย่างเป็นระบบในประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น แต่มีศักยภาพที่จะช่วยลดความสูญเปล่าของทรัพยากรและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย โดยสรุป การศึกษานี้ถือเป็นก้าวแรกของการสร้างฐานข้อมูลและแนวทางจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในประเทศไทย ซึ่งจะช่วยยกระดับประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และสร้างความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

Abstract

Thailand's health system is facing challenges from resource constraints including limited budgets, shortages of health professionals, and restricted access to essential medical equipment. At the same time, the system continues to provide low-value care (LVC), which not only fails to deliver meaningful benefits to patients but also results in potentially wasteful use of scarce resources. This study aimed to: 1) identify and classify medical procedures or interventions that may be considered LVC in the Thai context; 2) explore healthcare providers' perspectives and experiences regarding LVC; and 3) validate specified potential LVC procedures through expert consultations while assessing their potential impact on the health system.

The study employed three main methods: 1) a rapid review of international and national literature for definitions and lists of services categorized as LVC; 2) an online survey among healthcare professionals, medical royal colleges, and health insurance funders to identify potential LVC procedures and to assess perceptions and experiences related to LVC; and 3) expert consultation discussions to validate the potential LVC services in the Thai context.

The results identified a working definition of LVC applicable to Thailand and compiled 583 potential LVC procedures and interventions from the literature review and survey. After screening and prioritization process in collaboration with the LVC Working Group under the National Health Security Office, 23 items were shortlisted for in-depth investigations such as preoperative echocardiography and colonoscopy. Additionally, a total of 155 healthcare professionals responded to the survey and 82% considered LVC a problem in the health system although most perceived it as not severe. Many respondents reported either observing or occasionally providing LVC in practice due to factors such as lack of knowledge, patient demand, and financial incentives under the reimbursement system. Expert consultations across multiple medical specialties confirmed the relevance of potential LVC procedures and highlighted the need for policies to prevent or reduce their use.

The findings indicated that systematic management of LVC in Thailand is still at an early stage but should remain a priority as addressing this topic has significant potential to reduce waste and enhance patient safety. In conclusion, this study provides an initial foundation for developing a national database and framework for LVC management in Thailand, thereby improving health system efficiency, reducing unnecessary costs, and strengthening the sustainability of healthcare delivery for the population.

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ 4
บทคัดย่อ 5
Abstract 6
สารบัญ 7
สารบัญรูป 9
สารบัญตาราง 10
บทที่ 1 บทนำ 11
1.1 หลักการและเหตุผล 11
1.2 วัตถุประสงค์ 13
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม 15
2.1 กรอบแนวคิดการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (low-value care de-implementation) 15
2.2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (low-value care list) ทั้งในและต่างประเทศ 17
2.3 การดำเนินงานด้าน low-value care ในประเทศไทย 19
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย 21
3.1 วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อจำแนกหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยโดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 21
3.2 วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในมุมมองของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข 21
3.3 วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อยืนยันหัตถการที่มีคุณค่าต่ำผ่านการหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และเพื่อประเมินผลกระทบของการให้บริการหัตถการที่มีคุณค่าต่ำเบื้องต้นตามนิยามบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ 22
บทที่ 4 ผลการศึกษา 23
4.1 วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อจำแนกหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยโดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 23
4.1.1 ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเร่งด่วน 23
4.1.2 ผลการสำรวจ 24
4.1.3 สรุปผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 26
4.2 วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในมุมมองของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข 28
4.2.1 มุมมองต่อหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำ (low-value care) 30
4.2.3 สรุปผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 33

4.3 วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อยืนยันหัตถการที่มีคุณค่าต่ำผ่านการหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และเพื่อประเมินผลกระทบของการให้บริการหัตถการที่มีคุณค่าต่ำเบื้องต้นตามนิยามบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ 33
4.3.1 ข้อสรุปจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก 35
4.3.2 สรุปผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 38
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา 39
เอกสารอ้างอิง 41
ภาคผนวก 44

สารบัญรูป

รูป 1 กรอบแนวคิดการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (low-value care de-implementation) (#Ref) ... 16
รูป 2 ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม ... 22
รูป 3 นิยามของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ ... 27
รูป 4 การจัดกลุ่มของบริการที่ควรนำไปศึกษาต่อ ... 27
รูป 5 ความคิดเห็นต่อการให้บริการ LVC ... 30
รูป 6 ความถี่ของการให้บริการ LVC ... 31
รูป 7 สาเหตุของการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ ... 31
รูป 8 ประสบการณ์ในการร้องขอบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำจากผู้ป่วย ... 32
รูป 9 ประสบการณ์ในการเจอผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ... 32

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ประเภทและตัวอย่างของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ 23
ตารางที่ 2 ประเภทและจำนวนของบริการสุขภาพที่ถูกเสนอจากแบบสำรวจ 25
ตารางที่ 3 รายการบริการสุขภาพที่ถูกเสนอมากกว่า 1 ครั้ง 25
ตารางที่ 4 รายการบริการสุขภาพ 23 รายการที่ต้องศึกษานิยามและข้อบ่งชี้ 28
ตารางที่ 5 ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสำรวจ 29
ตารางที่ 6 รายละเอียดการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก 34
ตารางที่ 7 ข้อสรุปจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก 36
ตารางที่ 8 รายการเอกสารแนบ 44

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ระบบสุขภาพของประเทศไทยและทั่วโลกล้วนเผชิญความท้าทายจากปัญหาทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด (resource scarcity) เช่น งบประมาณ บุคลากรสาธารณสุข หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายรวมถึงนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับการศึกษาเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ทั้งการลงทุนในมาตรการสุขภาพใหม่ ๆ หรือการนำมาตรการสุขภาพที่เพิ่งถูกคิดค้นขึ้นมาใช้ รวมถึงการทดลองใช้นวัตกรรมด้านสุขภาพ

แนวคิดเรื่องระบบสุขภาพเน้นคุณค่า หรือ value-based healthcare (VBH) เป็นอีกหนึ่งแนวคิดและวิธีการที่ถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยแนวคิดดังกล่าวได้เปรียบเทียบว่าการให้บริการในระบบสุขภาพเปรียบสมือนเหรียญที่มีสองด้าน โดยเมื่อพูดถึง “คุณค่า” ก็จะพบว่าในระบบสุขภาพมีทั้ง 1) บริการสุขภาพที่มีคุณค่าสูง (high-value care: HVC) และ 2) บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (low-value care: LVC) บริการสุขภาพที่มีคุณค่าสูง หมายถึง บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง (1,2) เช่น วัคซีนสำหรับป้องกันโรคต่าง ๆ (เช่น วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papillomavirus: HPV) วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (Measles-Mumps-Rubella: MMR) และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (poliomyelitis)) (3) ในขณะที่บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำมีหลายรูปแบบและหลายคำจำกัดความ อาทิ การสั่งจ่ายยาเกินความจำเป็น (overprescription) การตรวจคัดกรองที่ไม่จำเป็น (over screening) หัตถการที่ให้บริการโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ทั้งนี้ หนึ่งในคำจำกัดความของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่เป็นที่นิยมในหลายการศึกษา คือ บริการสุขภาพที่มีหลักฐานว่าไม่มีประโยชน์หรือมีประโยชน์น้อยมากต่อผู้ป่วย หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย หรือทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรโดยไม่จำเป็น (4)

ปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทยมุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณค่าสูง เช่น ระบบสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ (universal coverage benefit package development: UCBP) ที่ครอบคลุมการศึกษาเรื่องการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบงบประมาณ ตลอดจนความเป็นไปได้ในการให้บริการ (5) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเพื่อลดการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประมาณการว่า ร้อยละ 20 – 40 ของทรัพยากรด้านสุขภาพอาจถูกใช้ไปอย่างสูญเปล่า (wasted) เนื่องจากความไร้ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพซึ่งรวมถึงการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (6) ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 30 ของรายจ่ายด้านสุขภาพหรือคิดเป็น 75 – 101 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ อาจถูกใช้ไปอย่างสูญเปล่าโดยมีสาเหตุหลักคือ การให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำเช่นเดียวกัน (7) ดังนั้น การศึกษาและระบุบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในระบบสุขภาพของ

ไทยเพื่อนำไปสู่มาตรการป้องกันและจำกัดการให้บริการเหล่านั้นจะเป็นหนึ่งแนวทางที่ช่วยแก้ปัญหาและยกระดับประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของระบบสุขภาพไทยได้

ที่ผ่านมามูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation) หรือ HITAP เริ่มจำแนกบริการสุขภาพหรือหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำผ่านการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งคณะผู้วิจัยพบวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 327 บทความและทำการคัดออก 315 บทความ เนื่องจากเป็นวรรณกรรมที่ซ้ำกันและมีบริบทที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำถามวิจัยในโครงการ (เช่น เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอก การรักษาฉุกเฉิน การคัดกรอง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาด้วยยา หรือเนื้อหาไม่เกี่ยวข้องกับหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำ) และจาก 12 บทความ คณะผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำจากนานาประเทศได้ร่วมกันคัดเลือกบริการสุขภาพหรือหัตถการที่มีคุณค่าต่ำจำนวน 38 รายการที่คาดว่าสามารถพบการให้บริการในบริบทของประเทศไทย จากนั้นได้ปรึกษาหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในไทยซึ่งได้มีมติคัดเลือก 1) หัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวน (percutaneous coronary intervention: PCI) และ 2) หัตถการตัดมดลูกทางหน้าท้อง (abdominal hysterectomy: AH) ให้เป็นหัตถการที่มีความสำคัญและควรมีการศึกษาในรายละเอียด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวน และการตัดมดลูกทางหน้าท้อง อยู่ใน 8 อันดับแรกของรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่พบมากที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา ในขณะที่ประเทศไทย ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบการทำหัตถการทั้งสองประเภทประมาณ 2 – 3 หมื่นครั้งต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2564 และในช่วงมกราคม พ.ศ. 2562 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2564 พบการให้บริการการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวนที่อาจมีคุณค่าต่ำ (possible LVC PCI) จำนวน 4,229 ครั้ง คิดเป็น 6.3% จากจำนวนการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวนทั้งหมด 67,157 ครั้ง หรือคิดเป็นภาระงบประมาณกว่า 400 ล้านบาท และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการรับบริการการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวนจำนวน 52 ราย ดังนั้นหากผู้กำหนดนโยบายหรือผู้ให้บริการสามารถป้องกันหรือจำกัดการให้บริการการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวนที่อาจมีคุณค่าต่ำ ก็จะทำให้ระบบสุขภาพมีงบประมาณเพิ่มขึ้นอีก 400 ล้านบาทในการนำไปสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีคุณค่าสูงและมีความจำเป็น

นอกจากนี้ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมายังมีข้อจำกัด เช่น ข้อมูลที่นำมาศึกษายังมีความจำกัดในด้านประวัติการส่งต่อและด้านค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การเบิกจ่ายจาก สปสช. รวมถึงไม่ครอบคลุมข้อมูลของผู้ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และผู้ใช้กองทุนประกันสังคม ตลอดจนผู้ที่จ่ายเองหรือใช้ประกันสุขภาพส่วนบุคคล การศึกษาที่ผ่านมาจึงเป็นเพียงภาพสะท้อนของสถานการณ์ส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสุขภาพภายใต้ข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรจึงไม่ได้เป็นเพียงเป้าหมาย แต่เป็นการเดินทางต่อเนื่องร่วมกันของทุกคนที่ควรดำเนินการต่อไป เพราะฉะนั้นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจึงมี

ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการผลักดันการศึกษาบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในระบบสุขภาพ เพื่อจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยการป้องกัน หรือลดการใช้บริการสุขภาพคุณค่าต่ำเพื่อเพิ่มการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าสูง และเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความยั่งยืนกับระบบสาธารณสุขไทยได้อย่างแท้จริง

“We need to keep the candle burning”

1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก: เพื่อศึกษาหัตถการที่มีคุณค่าต่ำในประเทศไทย ในฐานะประเด็นหนึ่งที่อาจเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบสุขภาพของไทยได้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์ย่อย:

1) เพื่อจำแนกหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยโดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2) เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำที่สนใจ และผลลัพธ์ของมาตรการเหล่านั้น

3) เพื่อศึกษาข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำที่สนใจ ในบริบทโรงพยาบาล

ทั้งนี้ เมื่อคณะผู้วิจัยเริ่มต้นการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 1 กล่าวคือ การจำแนกหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทย (ทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจ) ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการศึกษาได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญต่อการศึกษาความคิดเห็น (perspective) ของบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่เป็นผู้รับบริการต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ เนื่องจาก ความท้าทายของปัญหาการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำเกิดขึ้นทั้งในด้านอุปทานและด้านอุปสงค์ของการให้บริการ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้ปรับแก้ไขวัตถุประสงค์ที่ 2 ให้มุ่งเน้นไปที่การศึกษาประเด็นดังกล่าว และได้ดำเนินการสำรวจเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นี้แล้ว

จากนั้น ก่อนที่จะศึกษาในรายละเอียดข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำตามที่ได้ระบุไว้ คณะผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก โดยเฉพาะผ่านราชวิทยาลัยทางการแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งได้ให้คำแนะนำแก่คณะผู้วิจัยว่า ควรมีการหารือถึงรายละเอียดของหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำในแต่ละรายการกับราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องก่อนการศึกษาข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เนื่องจากบุคคลเหล่านี้เป็นผู้เชี่ยวชาญโดยตรงและจะช่วยให้เกิดความชัดเจนในการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำอย่างแท้จริง ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้ปรับแก้ไขวัตถุประสงค์ที่ 3 ให้มุ่งเน้นการยืนยันความเหมาะสมกับผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (ผ่านการประชุมร่วมกับราชวิทยาลัยและสมาคม

วิชาชีพทางการแพทย์รวม 15 แห่ง ครอบคลุม 10 สาขาทางการแพทย์) และเริ่มประมาณการผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากหัตถการที่ได้รับการยืนยันแล้วในเบื้องต้น

ดังนั้น วัตถุประสงค์ย่อยที่ได้มีการปรับแก้ไขจึงสรุปได้ดังนี้

1) เพื่อจำแนกหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยโดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2) เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในมุมมองของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข

3) เพื่อยืนยันหัตถการที่มีคุณค่าต่ำผ่านการหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และเพื่อประเมินผลกระทบของการให้บริการหัตถการที่มีคุณค่าต่ำเบื้องต้นตามนิยามของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

2.1 กรอบแนวคิดการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (low-value care de-implementation)

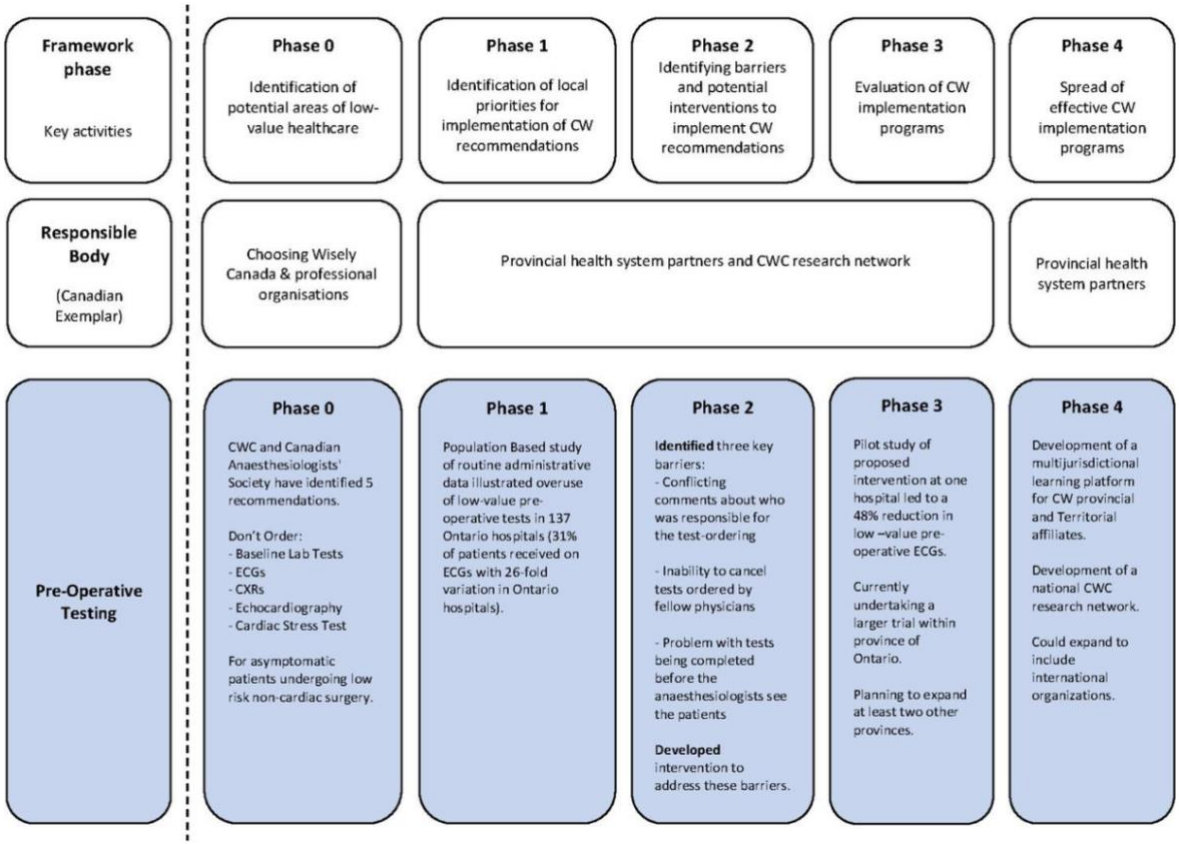
การลดการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในระบบสุขภาพถือเป็นเป้าหมายสูงสุดสำหรับการศึกษาวิจัยในประเด็นด้าน low-value care เนื่องจากจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการระบบสุขภาพและเพิ่มความยั่งยืนให้ระบบการคลังสุขภาพ ปัจจุบันโครงการ Choosing Wisely โดย มูลนิธิ American Board of Internal Medicine (ABIM Foundation) ได้มีการจัดทำกรอบแนวคิดการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำหรือ low-value care de-implementation framework อย่างเป็นระบบ (8) โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวมีรากฐานจากแนวคิดพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Science) ได้แก่ กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Theoretical Domains Framework) และ เมทริกซ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Matrix) โดยมีบริการการตรวจประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (pre-operative testing) เป็นกรณีศึกษาของกรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ ประกอบด้วย 4 ระยะ (รูป 1) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) **ระยะที่ 0 (Phase 0) การระบุบริการสุขภาพที่มีแนวโน้มเป็นบริการที่มีคุณค่าต่ำ** โดยเริ่มจากการสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญและผลกระทบในการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ จากนั้นสร้างความร่วมมือกับกลุ่มสภาวิชาชีพทางการแพทย์ต่าง ๆ ในการร่วมระบุบริการที่มีแนวโน้มเป็นบริการคุณค่าต่ำในแต่ละบริบทของสังคม รวมถึงข้อแนะนำในการลดบริการสุขภาพที่ถูกระบุว่ามีคุณค่าต่ำ
2) **ระยะที่ 1 (Phase 1) การจัดลำดับความสำคัญในการปฏิบัติใช้สำหรับข้อแนะนำในการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่ถูกระบุ** โดยสร้างความร่วมมือระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการโดยเฉพาะสภาวิชาชีพในระบบสุขภาพ ในการจัดลำดับความสำคัญของการเลือกข้อแนะนำจากระยะที่ 0 มาปฏิบัติใช้ ทั้งนี้ ในการจัดลำดับความสำคัญควรมีการนำเสนอหลักฐานเชิงวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำเพื่อประกอบการตัดสินใจ
3) **ระยะที่ 2 (Phase 2) การระบุอุปสรรค ความท้าทาย และเครื่องมือที่เป็นไปได้สำหรับการปฏิบัติตามข้อแนะนำในการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่ถูกระบุ** เนื่องจากการลดการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในระบบสุขภาพต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมของกลุ่มผู้ให้บริการในระบบสุขภาพ ดังนั้น การระบุอุปสรรคและความท้าทายจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมและเป็นไปได้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการให้บริการที่จะนำไปสู่การลดการ

ให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ยังคงหรือเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ในการให้บริการกับผู้ป่วย

4) **ระยะที่ 3 (Phase 3) การประเมินเครื่องมือสำหรับการปฏิบัติตามข้อแนะนำในการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่ถูกระบุ** หลังจากนำเครื่องมือสำหรับการลดบริการที่มีคุณค่าต่ำไปปฏิบัติใช้แล้ว การประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือถือเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้ประเมินสามารถประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือด้วยการทำการวิจัยทางคลินิก (randomized controlled trial) อย่างไรก็ตาม ผู้ประเมินควรพิจารณาทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาปัจจัยหรือกระบวนการที่ทำให้เครื่องมือนั้น ๆ ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว รวมถึงการประเมินความคุ้มค่าของการใช้เครื่องมือนั้น ๆ ซึ่งการประเมินทุกรูปแบบควรถูกระบุอยู่ในแผนการดำเนินงานตั้งแต่ระยะที่ 2 เพื่อวางแผนการเก็บข้อมูล
5) **ระยะที่ 4 (Phase 4) การขยายการดำเนินงานของเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่ถูกระบุ** หากสามารถพิสูจน์ได้แล้วว่าเครื่องมือที่นำมาใช้นั้นมีประสิทธิภาพ ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาขยายการใช้เครื่องมือไปยังวงกว้าง (scale-up) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบสุขภาพ ทั้งนี้ ในระหว่างการดำเนินงานในระยะที่ 1-3 ควรมีการพิจารณาและวางแผนถึงแนวทางในการขยายการดำเนินงานของเครื่องมือร่วมด้วย



รูป 1 กรอบแนวคิดการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (low-value care de-implementation) (8)

สำหรับการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยได้ยึดกรอบแนวคิดการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในระยะที่ 0 ถึงระยะที่ 2 บางส่วน เพื่อให้สามารถระบุรายการบริการสุขภาพที่คุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยโดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการระบุเหตุปัจจัยและความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในมุมมองของผู้ให้บริการ ตามวัตถุประสงค์ย่อยของโครงการ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปต่อยอดในการหาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำต่อไปในการศึกษาในอนาคตตามกรอบแนวคิดฯ ในระยะที่ 2 ถึง 4

2.2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (low-value care list) ทั้งในและต่างประเทศ

โครงการ **Choosing Wisely** เป็นโครงการที่ริเริ่มโดยมูลนิธิ American Board of Internal Medicine (ABIM Foundation) ในปี พ.ศ. 2555 มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ผ่านการสนทนาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงการตรวจและการรักษาที่ไม่จำเป็นซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยมีประสิทธิภาพ ลดภาระงานและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น พร้อมทั้งยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (9)

ในระยะแรก Choosing Wisely ได้ร่วมมือกับ 9 สมาคมวิชาชีพแพทย์ ได้แก่ 1) American College of Physicians (ACP) 2) American Academy of Family Physicians (AAFP) 3) American College of Radiology (ACR) 4) American Society of Clinical Oncology (ASCO) 5) American Geriatrics Society (AGS) 6) American Society of Nephrology (ASN) 7) American Academy of Pediatrics (AAP) 8) American Society of Anesthesiologists (ASA) และ 9) Society of Hospital Medicine (SHM) โดยแต่ละสมาคมได้นำเสนอรายการการตรวจหรือการรักษาที่ถือเป็น low-value care เพื่อลดการใช้ที่ไม่ก่อประโยชน์และกระตุ้นการสนทนาเรื่องการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมา Choosing Wisely ได้รับการยอมรับและปรับใช้ในหลายประเทศ เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร โดยพัฒนาแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทการแพทย์ของแต่ละประเทศ ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปตัวอย่างการดำเนินงานและตัวอย่างความสำเร็จของ แต่ละประเทศได้ดังนี้

โครงการ **Choosing Wisely Canada** มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการใช้บริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น (unnecessary care) ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และใช้ทรัพยากรของระบบสาธารณสุขอย่างไม่เหมาะสม (10) โครงการได้พัฒนาเครื่องมือสื่อสารที่เข้าใจง่ายสำหรับประชาชน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและบูรณาการแนวคิดเข้าสู่หลักสูตรของนักศึกษาแพทย์ผ่านโครงการ Student and Trainees Advocating for Resource Stewardship (STARS) (11) โดยเน้นการสร้างความรู้ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์แพทย์ ภายใต้หลักการว่า แพทย์ควรเป็นผู้นำในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ (12) ตัวอย่างผลสำเร็จของการนำข้อแนะนำจาก Choosing Wisely Canada ปฏิบัติในโรงพยาบาล พบว่า North York General Hospital สามารถลด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการลงได้ถึงร้อยละ 41 โดยไม่กระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิก (13) นอกจากนี้ โครงการยังมีบทบาทระดับนานาชาติภายใต้เครือข่าย Choosing Wisely International ซึ่งส่งเสริมแนวทางเดียวกันมากกว่า 25 ประเทศทั่วโลก (14)

โครงการ **Choosing Wisely Australia** มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์เลือกใช้บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ป่วย หลักการดำเนินงานของโครงการประกอบด้วย 1) การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการตรวจหรือการรักษาที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน 2) การให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) 3) การลดความเสี่ยงจากการใช้ยา การตรวจ หรือการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ที่ชัดเจน 4) การสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม และ 5) การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพที่เน้นคุณภาพของการดูแลมากกว่าปริมาณของการรักษา (15,16) โครงการนี้ได้ขับเคลื่อนในสถานพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศออสเตรเลียและแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เช่น โรงพยาบาล Austin Health สามารถลดการตรวจวัดการแข็งตัวของเลือด (coagulation test) ที่ไม่จำเป็นลงได้ร้อยละ 37.8 และโรงพยาบาล Royal Children's Hospital ในเมืองเมลเบิร์นสามารถลดการใช้ยาขยายหลอดลม (bronchodilator) ที่ไม่เหมาะสมในเด็กลงกว่าร้อยละ 50 (17)

โครงการ **Choosing Wisely UK** มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาอย่างรอบคอบก่อนดำเนินการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาที่อาจไม่จำเป็นและอาจก่อให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์ต่อผู้ป่วย (18,19) Choosing Wisely UK มุ่งเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการ "การตัดสินใจร่วมกัน" (shared decision making) ซึ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งคำถามหลัก 4 ข้อ ได้แก่ 1) การตรวจหรือการรักษานี้มีความจำเป็นหรือไม่ 2) มีความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงใดบ้าง 3) มีทางเลือกอื่นหรือไม่ และ 4) หากไม่ทำจะเกิดผลอย่างไร เพื่อประกอบการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ (20) ผลลัพธ์ของโครงการสะท้อนให้เห็นถึงการลดลงของบริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ การตรวจทางรังสีหรือห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ในการเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุน และยกระดับคุณภาพการดูแลรักษา (18)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแก้ปัญหาการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำไม่ได้จำกัดเฉพาะโครงการ Choosing Wisely เท่านั้น แต่ยังมีแนวปฏิบัติอื่นที่มีเป้าหมายคล้ายกัน ซึ่งหนึ่งในแนวทางสำคัญคือแนวปฏิบัติ "**Do Not Do**" ของสถาบัน NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ในสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นแนวทางเชิงนโยบายที่มุ่งลดการใช้หัตถการ การรักษา หรือการสั่งจ่ายยาที่ไม่มีประสิทธิผล ไม่ปลอดภัย หรือไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ตัวอย่างคำแนะนำภายใต้แนวปฏิบัตินี้ได้แก่ การไม่แนะนำให้ใช้สารสกัดจากแปะก๊วย (Ginkgo biloba) ในผู้ป่วยสมองเสื่อม การหลีกเลี่ยงการผ่าตัดล้างข้อในโรคข้อเสื่อม และการไม่ใช้ยากระตุ้นในเด็กเล็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เนื่องจากล้วนไม่มีหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิผลทางคลินิกเมื่อเทียบกับความเสี่ยงหรือค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น แนวปฏิบัติ "Do

Not Do" จึงถือเป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญในการส่งเสริมความปลอดภัย ลดการแทรกแซงที่ไม่จำเป็น และสร้างความยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพในระยะยาว (21)

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในระดับนานาชาติเท่านั้น ประเทศไทยเองก็ได้ดำเนินการศึกษาและผลักดันประเด็นนี้อย่างจริงจัง โดยงานวิจัยของมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้ระบุบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยจำนวน 38 รายการ แบ่งเป็น 27 รายการจากการทบทวนวรรณกรรมระดับนานาชาติ (22) และอีก 11 รายการจากการประชุมระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเทศ ต่อมาได้มีการจัดลำดับความสำคัญโดยอิงจากข้อมูลการใช้บริการจริงจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในผู้ป่วยใน (inpatient) พบว่ามีหัตถการ 13 รายการที่มีการให้บริการ 1,000–9,999 ครั้งต่อปี และอีก 5 รายการที่ให้บริการมากกว่า 10,000 ครั้งต่อปี โดยหัตถการที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญเพื่อศึกษาเชิงลึก ได้แก่ 1) หัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวน และ 2) หัตถการตัดมดลูกทางหน้าท้อง รวมถึงหัตถการเพิ่มเติมอีก 2 รายการตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ 1) การผ่าคลอด (cesarean section) (23) และ 2) การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ (appendectomy) (24) ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยพบว่า นอกจากงานศึกษาข้างต้น ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเพื่อระบุรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำอย่างเป็นระบบแต่อย่างใด

2.3 การดำเนินงานด้าน low-value care ในประเทศไทย

ปัจจุบัน ประเทศไทยให้ความสำคัญกับปัญหาการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ เช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก โดยเริ่มมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่ริเริ่มโครงการ จัดทำแนวทางปฏิบัติ รวมถึงแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะด้านเพื่อจัดการกับการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการลดบริการกลุ่มดังกล่าวเพื่อยกระดับประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขไทย

ตัวอย่างหนึ่งที่สำคัญคือ **โครงการการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Lab Use: RLU)** ซึ่งดำเนินการโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายหลักเพื่อลดปัญหาการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกินความจำเป็น (overutilization) โดยมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์ สมาคมโรคต่าง ๆ มหาวิทยาลัย และชมรมเทคนิคการแพทย์ ปัจจุบัน RLU ได้จัดทำแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ครอบคลุมโรคนำร่อง 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพ (Check-up) 2) โรคเบาหวาน 3) โรคความดันโลหิตสูง 4) โรคหัวใจ 5) โรคตับและระบบทางเดินอาหาร 6) โรคไต 7) โรคติดเชื้อ (เช่น ปอดอักเสบ อุจจาระร่วง วัณโรค ไข้เลือดออก ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการติดเชื้อระบบประสาทส่วนกลาง) และ 8) การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative) ซึ่งแนวทางนี้ถูกนำไปใช้จริงในโรงพยาบาลนำร่องจำนวน 23 แห่ง ครอบคลุม 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2565–2566 และยังมีแนวโน้มการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ แนวทาง RLU ยังได้รับการพัฒนาเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

ในขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการตรวจสอบ ควบคุมและป้องกันการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ ดังนั้นจึงได้มีมติจัดตั้ง 1) **คณะทำงานพัฒนาระบบและกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานบริการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคหัวใจผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยมีเป้าหมายสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวนที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย สำหรับประชาชนไทย เพื่อลดผลกระทบและความเสี่ยงจากการเข้ารับบริการสุขภาพ 2) **คณะทำงานพัฒนาระบบกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานนโยบายการคลอดที่ปลอดภัยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานกำกับติดตามประเมินผลคุณภาพมาตรฐานการคลอด รวมถึงการพัฒนานโยบายเพื่อลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และสนับสนุนการคลอดธรรมชาติ ซึ่งการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ถือเป็นหัตถการคุณค่าต่ำที่เป็นปัญหาทั่วโลก (22,25) และ 3) **คณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** เมื่อวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2568 **(เอกสารแนบ 1)** ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญในการศึกษา การประเมินสถานการณ์ การจัดลำดับความสำคัญ รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อจำกัดและป้องกันการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในประเทศไทย ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ถูกนำไปใช้สนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงาน ฯ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศไทยกำลังเร่งผลักดันการลดบริการที่อาจเข้าข่ายเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ ยกระดับคุณภาพบริการ และเสริมความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในระยะยาว

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

ในส่วนถัดไปของรายงานฉบับนี้ คณะผู้วิจัยจะนำเสนอระเบียบวิธีวิจัย ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามรายวัตถุประสงค์ย่อย การศึกษานี้ยังมีการรายงานในรูปแบบต้นฉบับ (manuscript) ที่จะมีการส่งไปยังวารสารวิชาการระดับนานาชาติเพื่อพิจารณาและตีพิมพ์

3.1 วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อจำแนกหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยโดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 วิธีการ ได้แก่

1) **การทบทวนวรรณกรรมอย่างเร่งด่วน (rapid review)** เพื่อค้นหาคำจำกัดความ (definition) ของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ หรือ low-value care และค้นหารายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ โดยเป็นการค้นหาต่อยอดจากบทความเชิงวิชาการที่มีการอ้างอิงบทความของ Badgery-Parker T และคณะ (2562) ที่ใช้เป็นงานศึกษาอ้างอิงหลักจากโครงการวิจัยที่ผ่านมา เพื่อให้ได้มาซึ่งรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่มีความเป็นปัจจุบันมากที่สุด

2) **แบบสำรวจ** เพื่อทำการสำรวจรายการหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องและเพื่อให้ได้มาซึ่งรายการบริการสุขภาพที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทย **(เอกสารแนบ 2)** แบบสำรวจแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ และ 2) มุมมองต่อหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำ โดยการสำรวจมีกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุข 2) ราชวิทยาลัยทางการแพทย์ 15 แห่ง และ 3) กองทุนหลักประกันสุขภาพ รูปแบบของการสำรวจใช้แบบสำรวจออนไลน์ (online survey) สำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ในขณะที่กลุ่มราชวิทยาลัยทางการแพทย์และกองทุนหลักประกันสุขภาพ คณะผู้วิจัยส่งแบบสำรวจไปยังแต่ละหน่วยงาน การสำรวจดำเนินการระหว่างวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2568

ทั้งนี้ ในการออกแบบและพัฒนาแบบสำรวจ คณะผู้วิจัยได้มีการทดลองแบบสำรวจกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ตัวแทนจากราชวิทยาลัย ตัวแทนกองทุนประกันสุขภาพ ตัวแทนสื่อ และนักวิชาการในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ **(เอกสารแนบ 3)** พร้อมทั้งได้ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ก่อนนำแบบสำรวจไปใช้จริง **(เอกสารแนบ 4)**

3.2 วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในมุมมองของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข

การศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 2 ใช้แบบสำรวจรายการหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำเช่นเดียวกับแบบสำรวจในวัตถุประสงค์ที่ 1 ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายหลักของการสำรวจในประเด็นเรื่องความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ คือ บุคลากรสาธารณสุข โดยข้อคำถามในประเด็นเรื่องความ

คิดเห็นและมุมมองต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ประสบการณ์กับผู้ให้บริการ จำนวน 7 ข้อ และ 2) ประสบการณ์กับผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ การสำรวจดำเนินการระหว่างวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2568 **(รายละเอียดเพิ่มเติมตามเอกสารแนบ 1)**

3.3 วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อยืนยันหัตถการที่มีคุณค่าต่ำผ่านการหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และเพื่อประเมินผลกระทบของการให้บริการหัตถการที่มีคุณค่าต่ำเบื้องต้นตามนิยามบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คณะผู้วิจัยใช้การจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ โดยเชิญแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาที่เกี่ยวข้องกับหัตถการหรือบริการนั้น ๆ รวมถึงตัวแทนจากคณะทำงานฯ และตัวแทนจากราชวิทยาลัย เพื่อพิจารณาและให้ความเห็นต่อรายการหัตถการหรือบริการที่ได้รับการเสนอว่าเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์และบริบทของระบบสุขภาพไทย และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการอภิปรายสำหรับการยืนยันหัตถการที่มีคุณค่าต่ำ คณะผู้วิจัยจึงแบ่งการประชุมออกเป็น 10 การประชุมย่อยตามประเภทของสาขาความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับหัตถการนั้น ๆ

ในขณะเดียวกัน คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูล อาทิ Choosing Wisely, Do not Do list, PubMed รวมถึงแนวทางเวชปฏิบัติทั้งของไทยและต่างประเทศ เพื่อศึกษาคำจำกัดความและข้อบ่งชี้ในการเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำของหัตถการหรือบริการนั้น ๆ **(รูป 8)** นอกจากนั้น คณะผู้วิจัยยังได้สืบค้นข้อมูลการใช้บริการของหัตถการหรือบริการนั้น ๆ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการสืบค้นข้อมูลผ่านการใช้รหัสการรับหัตถการ (ICD-9-CM: International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) และรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10: International Classification of Diseases, Tenth Revision) ที่เกี่ยวข้องกับบริการนั้น ๆ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าเบื้องต้นสำหรับพิจารณาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำนั้น ๆ

รูป 2 ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม

บทที่ 4

ผลการศึกษา

4.1 วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อจำแนกหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยโดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

4.1.1 ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเร่งด่วน

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเร่งด่วนใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) คำจำกัดความของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ หรือ low-value care และ 2) รายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ ที่มีการรายงานในวารสารทางวิชาการระดับนานาชาติ และมีข้อค้นพบดังต่อไปนี้

1) คำจำกัดความของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ หรือ low-value care หมายถึง หัตถการหรือมาตรการที่ยังมีการปฏิบัติทางคลินิกในปัจจุบันและมีหลักฐานที่ทำให้สงสัยได้ว่าเป็น

1. มาตรการที่ไม่มีประโยชน์หรือมีประโยชน์น้อยมากต่อตัวผู้ป่วย หรือ
2. มาตรการที่ส่งผลกระทบเชิงลบต่อตัวผู้ป่วยมากกว่าประโยชน์ หรือ
3. ต้นทุนของมาตรการไม่ได้ก่อให้เกิดผลประโยชน์ในสัดส่วนที่เท่ากันหรือมากกว่า หรือ
4. มีต้นทุนสูงกว่าผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการทางเลือก

หัตถการหรือมาตรการใดที่เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งข้างต้นสามารถพิจารณาได้ว่า หัตถการหรือมาตรการนั้นอาจมีคุณค่าต่ำ (4) นอกจากนั้นยังพบว่า บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ สามารถแบ่งออกได้ 4 ประเภท ตามลักษณะของสาเหตุที่ทำให้มาตรการดังกล่าวมีคุณสมบัติเป็นมาตรการที่มีคุณค่าต่ำ (26)

ตารางที่ 1 ประเภทและตัวอย่างของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

ประเภท	ตัวอย่าง
1. การใช้ที่ไม่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก (Inappropriate indication)	การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าช่องไขสันหลังเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ไม่มีอาการปวดร้าวลงขาจากเส้นประสาท: การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าช่องไขสันหลังส่วนล่างให้ประโยชน์ในระยะสั้น (น้อยกว่า 3-6 เดือน) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาและปวดหลังเฉียบพลันจากการกดทับของเส้นประสาท และหากมีเพียงอาการปวดหลังส่วนล่างเพียงอย่างเดียว ผลดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะน้อยกว่าความเสี่ยงจากผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาสเตียรอยด์ ที่มา: Choosing Wisely Australia

ประเภท	ตัวอย่าง
2. การใช้ที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง หรือ กลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่ำ (Inappropriate population)	การสั่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) เป็นประจำทุกปี สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำและไม่มีอาการ: การคัดกรองโรคหัวใจในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการบ่งชี้ทางคลินิกและมีความเสี่ยงต่ำต่อโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เนื่องจากการคัดกรองดังกล่าวไม่ได้ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ที่มา: Choosing Wisely Canada
3. การให้บริการที่ซับซ้อนหรือแพงกว่า ในกรณีมีทางเลือกที่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน (Unnecessary service intensity)	การใช้ยาเพื่อรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในผู้ป่วยหญิงอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่ดีกว่าการบำบัดด้วยพฤติกรรม (เช่น การฝึกการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ, การฝึกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน) ที่มา: NQF: Quality positioning system
4. การให้บริการที่มีความถี่ในการติดตามผลมากเกินไป (Unnecessary service frequency)	การส่องกล้อง (Endoscopy) และการติดตามติ่งเนื้อในลำไส้ (polyp surveillance) ในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติพบติ่งเนื้อในลำไส้ขนาดเล็กประเภทความเสี่ยงต่ำ ภายในระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี หลังการตรวจในครั้งก่อน ที่มา: NQF: Quality positioning system

2) รายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมต่อยอดจากบทความของ Badgery-Parker T และคณะ (2562) (22) ที่ถูกใช้เป็นบทความอ้างอิงหลักในโครงการวิจัยที่ผ่านมา คณะผู้วิจัยพบบทความทางวิชาการรายงานรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ จำนวน 35 บทความ และมีหัตถการหรือมาตรการทางสุขภาพที่ถูกรายงานว่ามีคุณค่าต่ำ จำนวน 583 รายการ **(เอกสารแนบ 5)**

4.1.2 ผลการสำรวจ

ผลจากแบบสำรวจรายการหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำ พบว่า มีผู้ตอบแบบสำรวจกลับมาในแต่ละกลุ่มดังนี้ 1) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 155 คน 2) กลุ่มราชวิทยาลัยทางการแพทย์ จำนวน 2 แห่ง และ 3) กลุ่มกองทุนประกันสุขภาพ จำนวน 1 กองทุน จากผู้ตอบแบบสำรวจทั้งหมด มีรายการหัตถการหรือมาตรการที่ต้องสงสัยว่ามีคุณค่าต่ำถูกเสนอเข้ามาจำนวน 154 รายการ ซึ่งสามารถจัดประเภทได้ดัง**ตารางที่ 2**

ตารางที่ 2 ประเภทและจำนวนของบริการสุขภาพที่ถูกเสนอจากแบบสำรวจ

ประเภทของบริการ	จำนวนรายการที่ถูกเสนอ (%)
1. หัตถการและบริการทางการแพทย์ (Medical procedures)	60 (39%)
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory examinations)	25 (16%)
3. การใช้ยา (Drug uses)	18 (12%)
4. การวินิจฉัยด้วยภาพ (Imaging)	15 (10%)
5. การตรวจวินิจฉัย (Diagnostic/ screening tests)	13 (8%)
6. อื่น ๆ (Others/ Unspecified)	23 (15%)
รวม	**154 (100%)**

*ข้อมูลก่อนการตรวจสอบความซ้ำซ้อน (before remove duplication)

นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่ามีบางหัตถการหรือมาตรการที่ถูกเสนอเข้ามามากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหัตถการหรือมาตรการดังกล่าวมีแนวโน้มในการเป็นบริการที่มีคุณค่าต่ำและมีการให้บริการเป็นจำนวนมากในปัจจุบัน ข้อมูลในส่วนนี้จะช่วยให้คณะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถจัดลำดับความสำคัญในการศึกษาและการจัดการบริการเหล่านั้นได้ต่อไป โดยรายการหัตถการหรือมาตรการที่ต้องสงสัยว่ามีคุณค่าต่ำมีรายละเอียดดังแสดงใน**ตารางที่ 3**

ตารางที่ 3 รายการบริการสุขภาพที่ถูกเสนอมากกว่า 1 ครั้ง

รายการบริการ	จำนวนครั้งที่เสนอ
1. การสั่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมากเกินความจำเป็น (Routine lab)	12
2. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ	9
3. หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสเตียรอยด์ เช่น กระดูกสันหลัง ไขสันหลัง	8
4. การผ่าคลอด (C-section)	6
5. การสั่งยาที่ไม่จำเป็นหรือเกินความจำเป็น เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะ	6
6. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) ในผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นหรือมีความเสี่ยงต่ำ	4
7. การสั่งสิ่งส่งตรวจก่อนการผ่าตัด (Preoperative testing)	3
8. การสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography: CAG)	3
9. การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) และการส่องกล้องกระเพาะอาหาร (Gastroscopy)	2

รายการบริการ	จำนวนครั้งที่เสนอ
10. การฉีดยา Lincomycin และ Dexamethasone ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอหรือมีไข้	2
11. การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)	2
12. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)	2
13. การล้างไต (Dialysis) หรือการล้างไตด้วยการฟอกเลือด (Hemodialysis)	2

รายการหัตถการหรือมาตรการทั้งหมดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจจะถูกรวบรวมไว้เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการจัดลำดับความสำคัญเพื่อคัดเลือกหัตถการหรือมาตรการที่จะนำไปศึกษาต่อในรายละเอียดเป็นลำดับถัดไป

4.1.3 สรุปผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

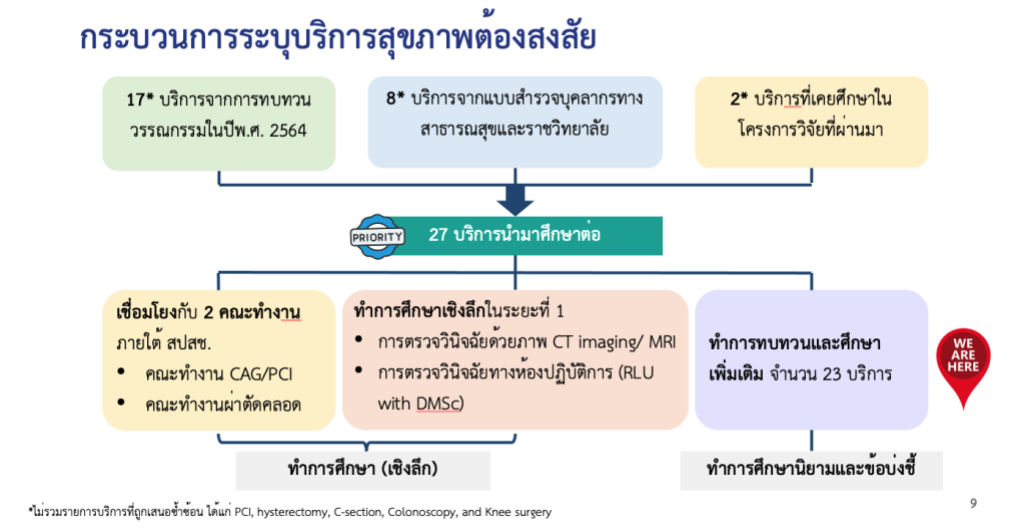
เพื่อให้โครงการวิจัยดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์ของโครงการสามารถนำไปสู่การพัฒนาและยกระดับประสิทธิภาพของระบบสุขภาพได้จริง คณะผู้วิจัยจึงได้จัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อโครงการวิจัย ได้แก่ ตัวแทนจากราชวิทยาลัยทางการแพทย์ ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข และตัวแทนกองทุนประกันสุขภาพ โดยในการประชุมคณะผู้วิจัยได้นำเสนอที่มาและความสำคัญของการศึกษาประเด็นด้านบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำพร้อมทั้งมีช่วงให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแบ่งปันประสบการณ์การให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในด้านต่าง ๆ นอกจากนั้น คณะผู้วิจัยได้นำเสนอและขอความคิดเห็นต่อแบบสำรวจที่จะใช้ในโครงการจากที่ประชุมเพื่อให้มั่นใจว่าแบบสำรวจนั้นมีความครอบคลุมและจะนำมาซึ่งผลการศึกษาที่สามารถนำไปขยายผลต่อได้ **(รายละเอียดดังเอกสารแนบ 3)** ซึ่งการประชุมดังกล่าวประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดีและถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการแนะนำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้องได้รู้จักกับการศึกษาด้านบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในฐานะประเด็นหนึ่งที่จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้

คณะผู้วิจัยยังได้ทำงานอย่างใกล้ชิดกับคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ตัวแทนราชวิทยาลัยทางการแพทย์ และตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข ที่มีความสนใจและร่วมกันผลักดันเพื่อขับเคลื่อนการศึกษาและนโยบายเพื่อจำกัดและป้องกันการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

คณะผู้วิจัยได้มีการนำเสนอโครงร่างการวิจัยและนิยามของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ในการประชุมคณะทำงานฯ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ทั้งนี้คณะทำงานได้มีการร่วมกันให้ความเห็นและอนุมัติคำนิยามและประเภทของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ **(รูป 1)** ไว้เป็นบรรทัดฐานของการศึกษาและการทำงานร่วมกันต่อไปในอนาคต **(รายละเอียดดังเอกสารแนบ 6)**

รูป 3 นิยามของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

นอกจากนั้น คณะผู้วิจัยได้นำเสนอรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำจากผลการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจเพื่อให้คณะทำงานฯ พิจารณาและให้ความเห็นในการนำไปศึกษาต่อ ซึ่งในการประชุมคณะทำงานครั้งที่ 1 และ 2 คณะทำงานได้ให้ความเห็นต่อรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่ทบทวนมาและมีมติอนุมัติให้คณะผู้วิจัยเน้นไปดำเนินการศึกษาหัตถการหรือมาตรการจำนวน 27 บริการ และแบ่งประเภทการศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีคณะทำงานฯ ของสปสช. ดำเนินการอยู่แล้ว ได้แก่ การผ่าคลอดและรักษาโรคหัวใจผ่านสายสวน 2) กลุ่มที่ควรทำการศึกษาในเชิงลึก ได้แก่ การวินิจฉัยด้วยภาพ CT/ MRI และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 3) กลุ่มที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจำนวน 23 รายการ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 10 กลุ่มตามความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ **(รูป 2 และตารางที่ 4) (รายละเอียดดังเอกสารแนบ 7-9)** ซึ่งรายการดังกล่าวถือเป็นรายการบริการสุขภาพที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยรายการแรกและเป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาในอนาคต



รูป 4 การจัดกลุ่มของบริการที่ควรนำไปศึกษาต่อ

ตารางที่ 4 รายการบริการสุขภาพ 23 รายการที่ต้องศึกษานิยามและข้อบ่งชี้

รายการบริการ	กลุ่ม
1. Colonoscopy	Gastroenterology
2. Esophagogastroduodenoscopy/ Gastroscopy	
3. Endoscopic retrograde chlorangio pancreatography (ERCP)	
4. Appendectomy	
5. Bariatric procedure	
6. Hyperbaric oxygen to treat foot ulcers or decubitus ulcers	Rehabilitation Medicine
7. Electrotherapy with diagnosis of pressure ulcer	
8. Breast biopsy	Surgery
9. Sentinel lymph node biopsy for melanoma in situ	
10. Abdominal hysterectomy	Gynecology and Surgery
11. Preoperative pulmonary function testing	Pulmonology
12. Preoperative chest radiography	
13. Renal angioplasty/ stenting	Nephrology
14. Dialysis	
15. Knee arthroscopy	Orthopedics
16. Spinal fusion	
17. Epidural Steroid Injections (ESI)	
18. Cataract surgery	Ophthalmology
19. Intravitreal injection	
20. Hypercoagulability testing	Hematology
21. Preoperative echocardiography	Cardiology
22. Electrocardiogram in low-risk patient	
23. Exercise stress testing	

4.2 วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในมุมมองของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข

ผลจากแบบสำรวจรายการหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำ พบว่า มีบุคลากรสาธารณสุขตอบแบบสำรวจจำนวน 155 คน ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ 46) เพศหญิง (ร้อยละ 65) อายุเฉลี่ย 45 ปี มีการปฏิบัติงานทางคลินิกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 83) มีประสบการณ์การทำงาน 21-30 ปี (ร้อยละ 30) และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 38) **(ตารางที่ 5)**

ตารางที่ 5 ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสำรวจ

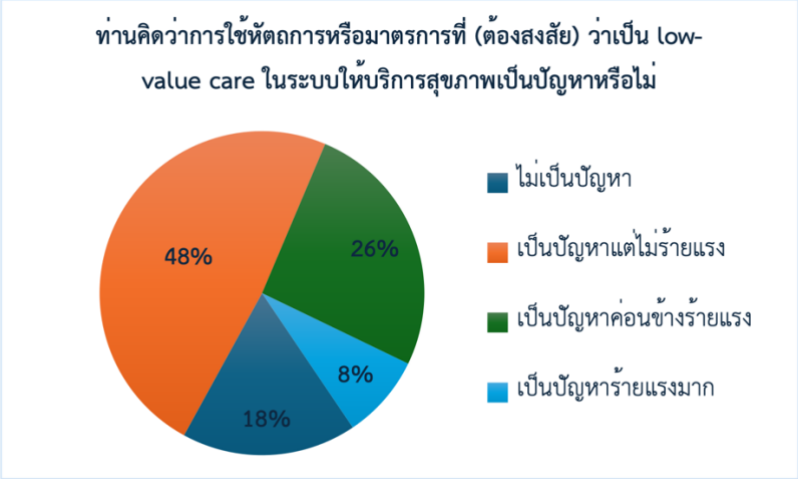
ตัวแปร	จำนวน (N = 155)
ข้อมูลทั่วไป	
อายุ	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน; SD)	45 (9)
ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด	26, 65
เพศ	
ชาย	51 (33%)
หญิง	101 (65%)
ไม่ต้องการเปิดเผย	3 (2%)
ข้อมูลด้านการปฏิบัติงานทางคลินิก	
1. การปฏิบัติงานทางคลินิกในช่วง 12 เดือนที่ผ่าน	
ใช่	129 (83%)
ไม่ใช่	26 (17%)
2. สัดส่วนเวลาในการปฏิบัติงานทางคลินิกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	
0 – 20%	33 (21%)
21 – 40%	19 (12%)
41 – 60%	21 (14%)
61 – 80%	30 (19%)
81 – 100%	52 (34%)
3. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางคลินิก	
น้อยกว่า 5 ปี	16 (10%)
5 – 10 ปี	34 (22%)
11 – 20 ปี	37 (24%)
21 – 30 ปี	46 (30%)
มากว่า 30 ปี	22 (14%)
4. วิชาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม	
แพทย์	56 (36%)
พยาบาล	72 (46%)
เภสัชกร	5 (3%)
ทันตแพทย์	7 (5%)
นักเทคนิคการแพทย์	2 (1%)

ตัวแปร	จำนวน (N = 155)
อื่น ๆ	13 (8%)
ประเภทของสถานบริการที่ท่านปฏิบัติงานอยู่	
โรงพยาบาลศูนย์	31 (18%)
โรงพยาบาลทั่วไป	36 (21%)
โรงพยาบาลชุมชน	67 (38%)
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	6 (3%)
โรงพยาบาลเอกชน	5 (3%)
คลินิกเอกชน	6 (3%)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	6 (3%)
ศูนย์บริการสาธารณสุข	1 (1%)
ร้านยา	0 (0%)
อื่น ๆ	17 (10%)

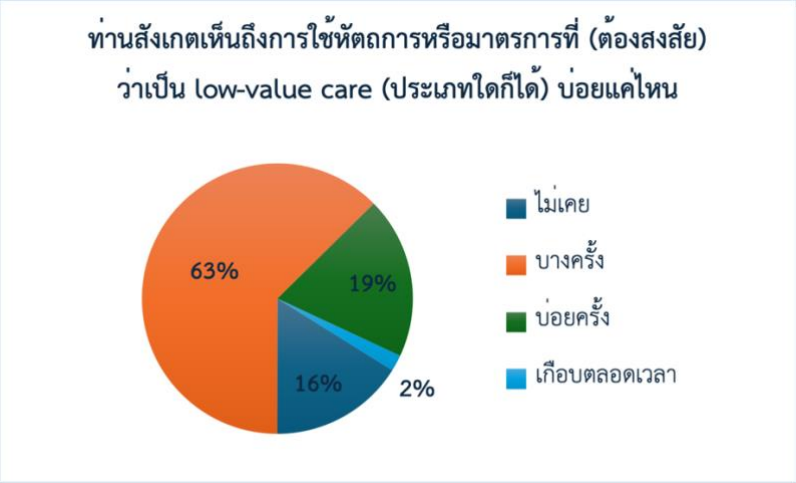
4.2.1 มุมมองต่อหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำ (low-value care)

ส่วนที่ 1 ประสบการณ์กับผู้ให้บริการ (experience with other health providers)

ผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 82 ของผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่าการใช้หัตถการหรือมาตรการที่มีคุณค่าต่ำเป็นปัญหาต่อระบบสุขภาพ โดยร้อยละ 48 คิดว่าเป็นปัญหาแต่ไม่ร้ายแรง **(รูป 3)** นอกจากนั้น ร้อยละ 21 ของผู้ตอบแบบสอบถามสังเกตเห็นถึงการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา ในขณะที่ ร้อยละ 63 สังเกตเห็นการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำเพียงบางครั้ง **(รูป 4)** ข้อคิดเห็นเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและต้องได้รับการแก้ไขต่อไป

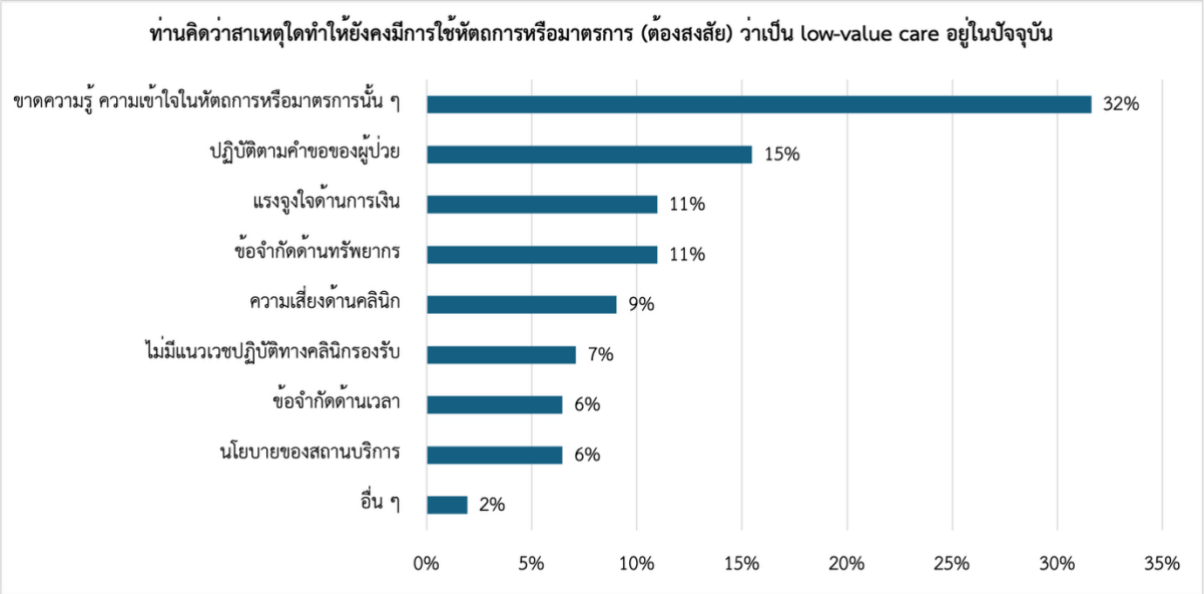


รูป 5 ความคิดเห็นต่อการให้บริการ LVC



รูป 6 ความถี่ของการให้บริการ LVC

สำหรับสาเหตุที่ยังทำให้มีการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในปัจจุบัน ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 32 คิดว่าเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในหัตถการหรือมาตรการนั้น ๆ ร้อยละ 15 คิดว่าเป็นการปฏิบัติตามคำขอของผู้ป่วย และร้อยละ 11 คิดว่าเกิดจากแรงจูงใจทางด้านการเงิน เช่น อัตราการเบิกจ่าย หรือโครงการสนับสนุนพิเศษ และข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ หรือข้อจำกัดด้านสถานที่ **(รูป 5)** นอกจากนั้น ร้อยละ 54 เคยพบประสบการณ์ด้านลบของการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ เช่น ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อน หรือการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ และ ร้อยละ 55 ได้พูดคุยถึงประเด็นปัญหานี้อย่างจริงจังกับเพื่อนร่วมงานอยู่เป็นบางครั้ง และร้อยละ 87 ของผู้ตอบแบบสอบถามต้องการลดการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำอย่างจริงจังเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



รูป 7 สาเหตุของการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์กับผู้ป่วย (experience with patients)

ในประเด็นด้านประสบการณ์กับผู้ป่วย ผลการสำรวจพบว่า ผู้ตอบแบบสำรวจหรือเพื่อนร่วมงานของผู้ตอบแบบสำรวจร้อยละ 44 ได้รับการร้องขอให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำจากผู้ป่วยไม่บ่อยนัก (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน) ในขณะที่ร้อยละ 23 ได้รับการร้องขอจากผู้ป่วยอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อเดือน **(รูป 6)** อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ตอบแบบสำรวจได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงการรับบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ กลับพบว่าร้อยละ 40 เจอผู้ป่วยปฏิเสธและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และมีเพียงร้อยละ 12 ที่พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำตลอดเวลา **(รูป 7)** นอกจากนี้ หากผู้ป่วยยืนยันความต้องการในการรับบริการที่ผู้ตอบแบบสอบถามมั่นใจว่าเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำหรือไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ร้อยละ 48 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ระบุว่า ตนเองยอมให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วย หรือให้บริการพร้อมกับแสดงความคิดเห็นว่าไม่เห็นด้วยกับการให้บริการนั้น

รูป 8 ประสบการณ์ในการร้องขอบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำจากผู้ป่วย

รูป 9 ประสบการณ์ในการเจอผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

4.2.3 สรุปผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข สะท้อนให้เห็นว่า ระบบสาธารณสุขไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ เช่นเดียวกับอีกหลายประเทศทั่วโลก โดยบุคลากรทางการแพทย์รับรู้ถึงปัญหานี้ แต่อย่างไรก็ตาม บางส่วนมองว่าเรื่องนี้ยังไม่ใช่ประเด็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข นี่อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ยังไม่พบความพยายามอย่างเป็นระบบในการจัดการกับปัญหานี้ที่ประสบผลสำเร็จอย่างชัดเจน ทั้งนี้ ปัญหาการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เชื่อมโยงกับทัศนคติ และแนวทางปฏิบัติที่ดำเนินต่อเนื่องมายาวนาน การเข้าใจมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจเริ่มต้นและดำเนินการรักษา จึงเป็นหัวใจสำคัญของการลดบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้ได้ผลอย่างแท้จริง นอกจากจะต้องพัฒนาในฝั่งผู้ให้บริการแล้ว ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งผู้รับบริการและผู้กำหนดนโยบาย เนื่องจากสาเหตุของการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำไม่ได้มาจากการขาดความรู้หรือความเข้าใจในหัตถการเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่น เช่น ความต้องการจากผู้ป่วย และแรงจูงใจทางการเงิน ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายควรสื่อสารให้ทั้งประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขตระหนักถึงปัญหานี้มากขึ้น พร้อมรณรงค์ให้เกิดการพูดคุยร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยถึงความจำเป็นของการรับหรือให้บริการต่าง ๆ รวมถึงพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการบริหารจัดการการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เช่น การลดการใช้ระบบ fee-for-service เพื่อจำกัดแรงจูงใจในการให้บริการที่ไม่จำเป็น หรือพิจารณาเพิ่มกลไกการตรวจสอบการเบิกจ่ายให้เข้มข้นยิ่งขึ้น

ในส่วนนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลดังกล่าวต่อที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ครั้งที่ 1 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568) เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนากลยุทธ์เชิงนโยบายที่เหมาะสมต่อไป **(รายละเอียดเพิ่มเติมตามเอกสารแนบ 7)** และยังได้จัดทำเอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Brief) เพื่อเผยแพร่เป็นองค์ความรู้แก่สาธารณชน **(รายละเอียดเพิ่มเติมตามเอกสารแนบ 10)**

4.3 วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อยืนยันหัตถการที่มีคุณค่าต่ำผ่านการหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และเพื่อประเมินผลกระทบของการให้บริการหัตถการที่มีคุณค่าต่ำเบื้องต้นตามนิยามบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากคณะทำงานฯ ตัวแทนจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงตัวแทนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยืนยันรายการหัตถการที่มีคุณค่าต่ำที่ถูกเสนอให้มีการศึกษาจำนวน 10 ครั้ง โดยแบ่งการจัดตามกลุ่มสาขาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับหัตถการหรือบริการนั้น ๆ รายละเอียดการจัดประชุมดัง**ตารางที่ 6**

ตารางที่ 6 รายละเอียดการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก

กลุ่ม	รายการ	วันที่จัดประชุม	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ
1. Gynecology	1. Abdominal hysterectomy	7 กรกฎาคม 2568	2
2. Cardiology	1. Preoperative echocardiography	8 กรกฎาคม 2568	6
	2. Electrocardiogram in low-risk patient		
	3. Exercise stress testing		
3. Ophthalmology	1. Cataract surgery	9 กรกฎาคม 2568	7
	2. Intravitreal injection		
4. Pulmonology	1. Preoperative pulmonary function testing	9 กรกฎาคม 2568	2
	2. Preoperative chest radiography		
5. Nephrology	1. Renal angioplasty/ stenting	9 กรกฎาคม 2568	7
	2. Dialysis		
6. Surgery	1. Breast biopsy	15 กรกฎาคม 2568	9
	2. Sentinel lymph node biopsy for melanoma in situ		
7. Rehabilitation Medicine	1. Hyperbaric oxygen to treat foot ulcers or decubitus ulcers	21 กรกฎาคม 2568	4
	2. Electrotherapy with diagnosis of pressure ulcer		
8. Hematology	1. Hypercoagulability testing	21 กรกฎาคม 2568	3
9. Gastroenterology	1. Colonoscopy	21 กรกฎาคม 2568	7
	2. Esophagogastroduodenoscopy		
	3. Endoscopic retrograde chlorangio pancreatography (ERCP)		
	4. Appendectomy		
	5. Bariatric procedure		
10. Orthopedics	1. Knee arthroscopy	21 กรกฎาคม 2568	5

	2. Spinal fusion		
	3. Epidural Steroid Injections		

ในที่ประชุม คณะผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมของแต่ละหัตถการและเปิดอภิปรายให้ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อมูลรวมถึงแสดงข้อคิดเห็นรวมถึงให้ข้อสรุปว่าหัตถการที่ถูกเสนอนั้นเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยหรือไม่อย่างไร และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการสรุปมติจากที่ประชุม คณะผู้วิจัยจึงได้แบ่งข้อสรุปของการประชุมเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มที่ 1 หัตถการนั้น**เป็น**บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ
2) กลุ่มที่ 2 หัตถการนั้น**ไม่เป็น**เป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ
3) กลุ่มที่ 3 หัตถการนั้น**มีแนวโน้ม**เป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำและต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

นอกจากนั้น คณะผู้วิจัยได้ขอให้ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกระบุสาเหตุหรือประเภทของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำสำหรับหัตถการนั้น ๆ ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) การใช้ที่ไม่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก
2) การใช้ที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มประชากร
3) การให้บริการที่มีความถี่เกินความจำเป็น และ
4) การให้บริการที่ซับซ้อนหรือแพงกว่าในกรณีมีทางเลือกที่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน

4.3.1 ข้อสรุปจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก

จากการประชุมทั้งหมด พบว่าในบรรดาหัตถการที่มีการเสนอจำนวน 23 รายการ มี 6 หัตถการที่ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกมีความเห็นสอดคล้องกันว่าเป็นบริการสุขภาพที่มี "คุณค่าต่ำ" ได้แก่

- Colonoscopy
- Esophagogastroduodenoscopy
- Bariatric procedure
- Electrotherapy
- Sentinel lymph node biopsy for melanoma in situ
- Appendectomy (Incidental appendectomy)

ในขณะที่มี 1 หัตถการที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นพ้องกันว่า**ไม่**เป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ ได้แก่

- Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)

สำหรับหัตถการที่เหลืออีก 16 รายการ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า มีแนวโน้ม จะเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ แต่ยังจำเป็นต้องมีข้อมูลเพิ่มเติมก่อนที่จะสามารถสรุปได้อย่างชัดเจน **ตารางที่ 7** แสดงข้อสรุปของแต่ละหัตถการ พร้อมรายละเอียดของเอกสารแนบที่เกี่ยวข้องจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกทั้ง 10 ครั้ง

ตารางที่ 7 ข้อสรุปจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก

กลุ่ม	รายการ	ข้อสรุปจากที่ประชุม			ประเภทของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ				เอกสารแนบ
		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	ไม่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก	ไม่เหมาะสมกับกลุ่มประชากร	ความถี่เกินความจำเป็น	มีทางเลือกอื่น	
1. Gynecology	1. Abdominal hysterectomy			✓	✓	✓	-	✓	เอกสารแนบ 11
2. Cardiology	1. Preoperative echocardiography			✓	✓	✓	-	-	เอกสารแนบ 12
	2. Electrocardiogram in low-risk patient			✓	✓	✓	✓	-	
	3. Exercise stress testing			✓	✓	✓	-	-	
3. Ophthalmology	1. Cataract surgery			✓	✓	✓	-	-	เอกสารแนบ 13
	2. Intravitreal injection			✓	✓	✓	-	-	
4. Pulmonology	1. Preoperative pulmonary function testing**	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	เอกสารแนบ 14
	2. Preoperative chest radiography			✓	✓	✓	✓	✓	
5. Nephrology	1. Renal angioplasty/ stenting			✓	✓	-	-	-	เอกสารแนบ 15
	2. Dialysis			✓	✓	✓	✓	✓	
6. Surgery	1. Breast biopsy			✓	-	-	-	-	เอกสารแนบ 16
	2. Sentinel lymph node biopsy for melanoma in situ	✓			✓	-	-	-	
7. Rehabilitation Medicine	1. Hyperbaric oxygen to treat foot ulcers or decubitus ulcers			✓	✓	✓	✓	-	เอกสารแนบ 17

กลุ่ม	รายการ	ข้อสรุปจากที่ประชุม			ประเภทของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ				เอกสารแนบ
		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	ไม่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก	ไม่เหมาะสมกับกลุ่มประชากร	ความถี่เกินความจำเป็น	มีทางเลือกอื่น	
	2. Electrotherapy with diagnosis of pressure ulcer	✓			✓	-	-	-	
8. Hematology	1. Hypercoagulability testing			✓	✓	✓	✓	-	เอกสารแนบ 18
9. Gastroenterology	1. Colonoscopy	✓			-	✓	✓	-	N/A
	2. Esophagogastroduodenoscopy	✓			✓	✓	✓	-	
	3. Endoscopic retrograde chlorangio pancreatography (ERCP)		✓		-	-	-	-	
	4. Appendectomy (Incidental)	✓			-	-	-	-	
	5. Bariatric procedure	✓			✓	✓	-	✓	
10. Orthopedics	1. Knee arthroscopy			✓	✓	-	-	-	เอกสารแนบ 19
	2. Spinal fusion			✓	✓	-	-	-	
	3. Epidural steroid injections			✓	-	-	-	-	

** ต้องจัดประชุมใหม่อีกครั้ง เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าร่วมการประชุมได้

4.3.2 สรุปผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกช่วยให้คณะผู้วิจัยสามารถจัดทำรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำที่มีกระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบได้เป็นครั้งแรกของประเทศไทย ถึงแม้ว่าบางหัตถการในรายการจะยังคงต้องมีการศึกษาในรายละเอียดต่อไปในอนาคต งานศึกษาชิ้นนี้จึงถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการสร้างพื้นฐานการศึกษาในประเด็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายเพื่อป้องกันและลดการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำของประเทศไทยและเป็นการทำงานร่วมกันกับราชวิทยาลัย สมาคม หรือชมรมทางการแพทย์ต่าง ๆ ในรูปแบบ participatory

คณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกเพื่อให้ข้อคิดเห็นและยืนยันบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในการประชุมคณะทำงานฯ ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เพื่อที่ทางคณะทำงานฯ จะได้นำข้อมูลจากการศึกษาไปดำเนินการเชิงนโยบายต่อไป เช่น คณะทำงานฯ ได้มอบหมายให้ฝ่ายเลขาคณะทำงานฯ ดำเนินการติดต่อกับราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องเพื่อปรึกษาความเป็นไปได้ในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการที่ได้รับการยืนยันแล้วว่าเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้เป็นฝ่ายให้บริการหัตถการนั้น ๆ **(รายละเอียดเพิ่มเติมตามเอกสารแนบ 20)**

บทที่ 5
อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้เน้นย้ำถึงก้าวสำคัญของประเทศไทยในการระบุและจัดการกับบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ (low-value care: LVC) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นเชิงรุกในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับหลักการบริการสุขภาพที่เน้นคุณค่า (value-based healthcare) โดยมุ่งเน้นการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดจากบริการที่ไม่จำเป็นหรือให้ประโยชน์น้อย ไปสู่บริการที่สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า แม้ว่าที่ผ่านมาประเด็นเรื่อง LVC จะมีการอภิปรายอย่างกว้างขวางเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้สูง (high-income countries) แต่การศึกษาประเด็นดังกล่าวในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางถึงรายได้ต่ำ (middle to low-income countries) ยังมีอยู่อย่างจำกัด ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยในฐานะประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลาง โดยคณะทำงานด้าน LVC ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาดังกล่าวโดยให้มีการศึกษาเพื่อระบุรายการบริการสุขภาพที่เข้าข่าย LVC โดยการที่ผลการศึกษาสามารถระบุรายการบริการสุขภาพในครั้งแรกได้มากถึง 27 รายการ ซึ่งครอบคลุมหลายสาขาทางคลินิก อาทิ การผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และการตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่เกินความจำเป็น ซึ่งสะท้อนถึงขอบเขตของปัญหาเรื่อง LVC ในวงกว้างที่มีความสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับนานาชาติ

ทั้งนี้ วัตถุประสงค์หลักของโครงการนี้คือเพื่อศึกษาหัตถการที่มีคุณค่าต่ำในประเทศไทย ในฐานะประเด็นหนึ่งที่อาจเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบสุขภาพของไทยได้ เพื่อสนับสนุนคณะทำงาน ฯ เดิมที การดำเนินการตามวัตถุประสงค์ข้อแรก มุ่งเน้นการจำแนกหัตถการที่อาจมีคุณค่าต่ำในบริบทประเทศไทย โดยอาศัยทั้งการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจความคิดเห็นร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการทำความเข้าใจมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการ ตลอดจนผู้ป่วยในฐานะผู้รับบริการต่อประเด็นดังกล่าว อีกทั้งยังเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการทำงานร่วมกับราชวิทยาลัยทางการแพทย์ต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด ทำให้มีการปรับรายละเอียดของวัตถุประสงค์การศึกษาให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทมากขึ้น

ประเด็นสำคัญที่พบในส่วนของปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำคือ ช่องว่างระหว่างการรับรู้ถึงปัญหาและความพร้อมในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ แม้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่จะยังไม่มองว่า LVC เป็นปัญหาเร่งด่วน แต่กลับยอมรับว่าพบเห็นการปฏิบัติดังกล่าวจริงและมีความเต็มใจที่จะลดการให้บริการเหล่านี้ ซึ่งสะท้อนถึงโอกาสในการสร้างความตระหนักรู้ผ่านการศึกษาต่อเนื่องและการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือเพื่อลดการให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในอนาคต นอกจากนี้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการยังเป็นปัจจัยชี้ขาดสำคัญ เนื่องจากพบว่าความต้องการของผู้ป่วยมักส่งผลให้เกิดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็น แม้ผู้ให้บริการจะมีความกังวลทางการแพทย์ก็ตาม โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ให้บริการยังคงตัดสินใจดำเนินการตามคำร้องขอของผู้ป่วย ผลการศึกษานี้จึงเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) การสร้างเครื่องมือ

สื่อสารที่เข้าใจง่าย และการสนับสนุนเชิงสถาบันเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนนำไปสู่การลดการให้บริการบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำได้อย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม การระบุรายการบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำและการสร้างความเห็นพ้องผ่านการปรึกษาหารือเชิงคลินิกกับผู้เชี่ยวชาญและมีส่วนได้เสียเป็นเพียงขั้นตอนเริ่มต้น แต่การลดหรือยุติการให้บริการเหล่านี้อย่างได้ผล (de-implementation) จำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์เชิงนโยบายที่บูรณาการในหลายมิติ ทั้งการปรับระบบแรงจูงใจให้เหมาะสม การพัฒนาระบบตรวจสอบและให้ข้อมูลป้อนกลับ (audit and feedback) การผนวกเกณฑ์ LVC เข้ากับแนวทางเวชปฏิบัติ ตลอดจนการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับนโยบายและสถานพยาบาล ที่สำคัญคือการดำเนินงานตามกลยุทธ์ดังกล่าวต้องคำนึงถึงบริบทความเป็นจริงของระบบสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะภาระงานของบุคลากร ทรัพยากรที่มีจำกัด และความคาดหวังของสังคม เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณค่าสามารถเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดสำคัญของการศึกษานี้คือการมีลักษณะเชิงพรรณนา (descriptive nature) ซึ่งมุ่งวางรากฐานสำหรับการวิจัยด้านบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในประเทศไทย ตัวอย่างเช่น การกำหนดคำนิยามของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำในบริบทของประเทศไทยที่สามารถใช้เป็นบรรทัดฐานและถือเป็นประโยชน์สำคัญสำหรับการศึกษาอื่น ๆ ในอนาคต ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยยังพบความท้าทายในการยืนยันบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวต้องใช้เวลาและสามารถทำได้ในปริมาณที่จำกัด อีกทั้งประเด็นเรื่องบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำยังมีลักษณะเชิงเทคนิคและมีความอ่อนไหวต่อผู้ให้บริการ จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ โดยเฉพาะราชวิทยาลัย สมาคม หรือชมรมทางการแพทย์ เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้นำไปสนับสนุนการทำงานของคณะทำงาน ฯ และทำให้ประเทศไทยมีคำนิยามของบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำซึ่งได้รับการรับรองโดยผู้กำหนดนโยบายและราชวิทยาลัยทางการแพทย์ พร้อมทั้งมีรายการเบื้องต้นของบริการสุขภาพที่อาจเข้าข่ายมีคุณค่าต่ำ นอกจากนี้ ยังช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขต่อบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำมากยิ่งขึ้น งานวิจัยในอนาคตสามารถนำผลลัพธ์เหล่านี้ไปต่อยอดสู่การกำหนดกลไกในการระบุหัตถการที่อาจเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่าต่ำอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนออกแบบแนวทางเพื่อลดหรือยกเลิกการใช้หัตถการดังกล่าว รวมถึงพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล เพื่อยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพไทยให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Moriates C, Silverstein WK, Bandeira de Mello R, Stammen L, Wong BM. High-value care education can learn from the evidence-based medicine movement: moving beyond competencies and curricula to culture. BMJ Evid-Based Med. 2024 May 22;29(3):147–50.

2. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, America C on the LHCS in, Medicine I of. Achieving and rewarding high-value care. In: Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America [Internet]. National Academies Press (US); 2013 [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207237/

3. World Health Organization. Essential Programme on Immunization [Internet]. [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization

4. Scott IA, Duckett SJ. In search of professional consensus in defining and reducing low-value care. Med J Aust. 2015 Aug 17;203(4):179–81.

5. National Health Security Office. Development of the benefits package for the universal health coverage scheme [Internet]. [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://eng.nhso.go.th/assets/portals/1/files/2_%20Benefit%20Development%20EN-15JUL21.pdf

6. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage [Internet]. World Health Organization; 2010 [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/44371

7. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. JAMA. 2019 Oct 15;322(15):1501–9.

8. Grimshaw JM, Patey AM, Kirkham KR, Hall A, Dowling SK, Rodondi N, et al. De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low-value care. BMJ Qual Saf. 2020 May 1;29(5):409–17.

9. Kerr EA, Kullgren JT, Saini SD. Choosing Wisely: How To Fulfill The Promise In The Next 5 Years. Health Aff (Millwood). 2017 Nov;36(11):2012–8.

10. Levinson W, Born K, Wolfson D. Choosing Wisely Campaigns: A Work in Progress. JAMA. 2018 May 15;319(19):1975–6.

11. Choosing Wisely Canada. About [Internet]. [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://choosingwiselycanada.org/about/

12. Levinson W, Huynh T. Engaging physicians and patients in conversations about unnecessary tests and procedures: Choosing Wisely Canada. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2014 Mar 18;186(5):325–6.

13. Erard Y, Del Giorno R, Zasa A, De Gottardi S, Della Bruna R, Keller F, et al. A multi-level strategy for a long lasting reduction in unnecessary laboratory testing: A multicenter before and after study in a teaching hospital network. Int J Clin Pract. 2019 Mar;73(3):e13286.

14. Choosing Wisely Canada. Choosing Wisely International Campaigns [Internet]. [cited 2025 Sept 23]. Available from: https://choosingwiselycanada.org/about/international/

15. Choosing Wisely Australia. What is Choosing Wisely Australia? [Internet]. [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://www.choosingwisely.org.au/what-is-choosing-wisely-australia

16. Choosing Wisely Australia. Become a Choosing Wisely Champion Health Service [Internet]. [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://www.choosingwisely.org.au/health-services

17. Couser G, Hospital H. Becoming a Choosing Wisely Champion Health Service.

18. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, et al. "Choosing Wisely": a growing international campaign. BMJ Qual Saf. 2015 Feb;24(2):167–74.

19. The Academy of Medical Royal Colleges. Choosing Wisely UK [Internet]. [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://www.aomrc.org.uk/projects-and-programmes/choosing-wisely/

20. The General Medical Council. Decision making and consent [Internet]. [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://www.gmc-uk.org/professional-standards/the-professional-standards/decision-making-and-consent

21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE “do-not-do” reccommendations [Internet]. 2015. Available from: https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/716_716donotdobookletfinal.pdf

22. Badgery-Parker T, Pearson SA, Chalmers K, Brett J, Scott IA, Dunn S, et al. Low-value care in Australian public hospitals: prevalence and trends over time. BMJ Qual Saf. 2019 Mar 1;28(3):205–14.

23. Karunayawong P, Isaranuwatchai W, Lumbhikanon P, Khantidham P, Kunanusonthi C. Policy Brief: ฉบับที่ 139: แนวโน้มการผ่าคลอดในไทยเพิ่มสูง: ถึงเวลาต้องพูดคุยอย่างจริงจังแล้วหรือไม่ ? [Internet]. 2022 [cited 2025 Sept 15]. Available from: https://www.hitap.net/documents/184063

24. Sukmanee J, Butchon R, Sarajan MH, Saeraneesopon T, Boonma C, Karunayawong P, et al. Estimating the potential overdiagnosis and overtreatment of acute appendicitis in Thailand using a secondary data analysis of service utilization before, during and after the COVID-19 lockdown policy. PloS One. 2022;17(11):e0270241.

25. Albarqouni L, Abukmail E, MohammedAli M, Elejla S, Abuelazm M, Shaikhkhalil H, et al. Low-Value Surgical Procedures in Low- and Middle-Income Countries. JAMA Netw Open. 2023 Nov 7;6(11):e2342215.

26. Chan KS, Chang E, Nassery N, Chang HY, Segal JB. The state of overuse measurement: a critical review. Med Care Res Rev MCRR. 2013 Oct;70(5):473–96.

ภาคผนวก

ตารางที่ 8 รายการเอกสารแนบ

ลำดับที่	เอกสาร
เอกสารแนบ 1	หนังสือแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เอกสารแนบ 2	แบบสำรวจรายการหัตถการหรือมาตรการ (ต้องสงสัย) ที่อาจมีคุณค่าต่ำ
เอกสารแนบ 3	รายงานการประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อโครงการวิจัย เรื่อง “เพิ่มประสิทธิภาพระบบการรักษาพยาบาลในประเทศไทยด้วยการบริหารจัดการหัตถการหรือมาตรการที่อาจมีคุณค่าต่ำ (low-value care) ในประเทศไทย”
เอกสารแนบ 4	หนังสืออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
เอกสารแนบ 5	รายการบริการสาธารณสุขจากการทบทวนวรรณกรรมต่อยอด
เอกสารแนบ 6	Factsheet Low-value care
เอกสารแนบ 7	เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2568
เอกสารแนบ 8	เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2568
เอกสารแนบ 9	เอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ฉบับที่ 211 เดือนกันยายน พ.ศ. 2568
เอกสารแนบ 10	เอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ฉบับที่ 210 เดือนกันยายน พ.ศ. 2568
เอกสารแนบ 11	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในกลุ่ม Gynecology
เอกสารแนบ 12	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในกลุ่ม Cardiology
เอกสารแนบ 13	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในกลุ่ม Ophthalmology
เอกสารแนบ 14	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในกลุ่ม Pulmonology
เอกสารแนบ 15	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในกลุ่ม Nephrology
เอกสารแนบ 16	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในกลุ่ม Surgery
เอกสารแนบ 17	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในกลุ่ม Rehabilitation Medicine
เอกสารแนบ 18	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในกลุ่ม Hematology
เอกสารแนบ 19	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในกลุ่ม Orthopedics
เอกสารแนบ 20	เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริการสาธารณสุขที่มีคุณค่าต่ำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2568