Policy Brief

PB

Volume 13

Issue 215 • SEP 2025

เพดานความคุ้มค่าของบัญชียาหลักแห่งชาติ : เท่าเดิม เพิ่ม หรือลด?

Highlight

- **เพดานนั้น สำคัญไฉน:** ผลการศึกษาเชิงปริมาณในปี พ.ศ. 2564 และผลการศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้ต่างชี้ให้เห็นว่า เพดานความคุ้มค่าไม่ใช่ปัจจัยเพียงอย่างเดียวที่มีผลต่อการตัดสินใจของคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติในการบรรจุยาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์
- **ปรับหรือไม่:** ยังไม่มีฉันทมติว่า ควรปรับค่าของเพดานความคุ้มค่าหรือไม่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนหนึ่งกังวลว่า การปรับเพิ่มหรือลดเพดานความคุ้มค่าโดยไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจน จะทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อระบบสุขภาพ เช่น สูญเสียปีสุขภาวะของประชาชนโดยรวมจากการลงทุนที่มีค่าเสียโอกาสสูงกว่าผลลัพธ์ที่ได้ เนื่องจากเพดานความคุ้มค่าไม่สะท้อนค่าเสียโอกาสนั้น ขณะที่อีกส่วนหนึ่งเห็นว่า การไม่ปรับเพดานความคุ้มค่าจะทำให้ประเทศไทยเสียโอกาสในการเข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ที่มีราคาแพงและมีโอกาสคุ้มค่าได้น้อยที่เพดานความคุ้มค่าปัจจุบัน
- **ปรับอย่างไร:** ที่ผ่านมาประเทศไทยเคยกำหนดค่าตามตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจ เช่น ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากร (gross domestic product (GDP) per capita) หรือตามค่าความเต็มใจจ่ายของคนไทยต่อปีสุขภาวะ ขณะที่ปัจจุบันผู้มีส่วนได้เสียเห็นว่าควรอ้างอิงเพดานความคุ้มค่ากับต้นทุนค่าเสียโอกาสในระบบสุขภาพ

เหตุใดเพดานความคุ้มค่าจึงไม่ใช่คำตอบสุดท้าย?

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551

ประเทศไทยใช้เพดานความคุ้มค่าเป็นหลักเกณฑ์สำคัญในการตัดสินว่า

มาตรการด้านสุขภาพ ✓ คุ้มค่า หรือ ✗ ไม่คุ้มค่า

ในปี พ.ศ. 2564

คณะผู้วิจัยจากมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ดำเนินการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative analysis) เพื่อตอบคำถามว่า **"การเพิ่มเพดานความคุ้มค่ามีผลต่อการตัดสินใจของคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติหรือไม่"**

โดยมีข้อค้นพบว่า **มีผล แต่ยังไม่มากพอให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน** แล้วเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น?

ในปี พ.ศ. 2568

การค้นหาคำตอบด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative analysis) ในครั้งนี้ได้อธิบายถึงหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญ คือ **การตัดสินใจของคณะอนุกรรมการฯ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย** ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านนโยบาย งบประมาณ ความเป็นไปได้ในการจัดบริการ จริยธรรมหรือความเท่าเทียม เป็นต้น

> "บางกรณีคณะอนุกรรมการฯ คัดเลือกยาที่ไม่คุ้มค่าเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยา imiglucerase สำหรับรักษาโรคโกเช่ร์ (Gaucher disease) ชนิดที่ 1 ในขณะที่มาตรการที่คุ้มค่าอย่างยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี (hepatitis C) กลับไม่สามารถเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติได้ทันที เนื่องจากผลกระทบด้านงบประมาณสูง"

HITAP
Health Intervention and Technology Assessment Program
FOUNDATION

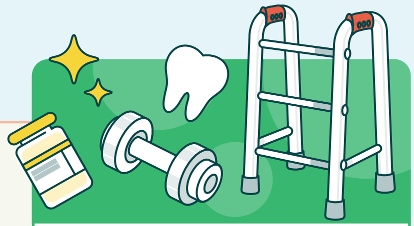
มุมมองต่อการปรับเพดานความคุ้มค่า: ได้หรือเสียโอกาส?

ด้วยสถานการณ์ที่ยังขาดหลักฐานชี้ชัดให้ปรับเพดานความคุ้มค่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนหนึ่งจึงกังวลว่า การปรับเพดานความคุ้มค่า อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเพดานความคุ้มค่าที่กำหนดขึ้นไม่สะท้อนค่าเสียโอกาส จะส่งผลให้ปีสุขภาวะของประชาชนโดยรวมลดลง

ปีสุขภาวะของประชาชนโดยรวม คืออะไร?

ตัวอย่าง :

— สมมติประเทศไทย —
มีงบประมาณ
1,000
ล้านบาท



ถ้าลงทุนใน **ยาใหม่ A**	ถ้าลงทุนใน **โครงการสุขภาพ B**
ต้องใช้งบประมาณ **1 ล้านบาท/คน**	ต้องใช้งบประมาณ **1 แสนบาท/คน**
จะช่วยผู้ป่วยได้ **1,000 คน**	จะช่วยผู้ป่วยได้ **10,000 คน**
ได้ปีสุขภาวะรวม **เพิ่ม 500 ปี**	ได้ปีสุขภาวะรวม **เพิ่ม 2,000 ปี**

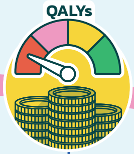
ด้วยงบประมาณเท่ากัน

ถ้าประเทศเลือกลงทุนในยาใหม่ A โดยไม่คำนึงถึงค่าเสียโอกาส เท่ากับว่า
"ประชาชนโดยรวมเสีย 1,500 ปีสุขภาวะ"
ที่ควรจะได้รับ เมื่อลงทุนในโครงการสุขภาพ B

ทำไมเพดานความคุ้มค่าจึงควรสะท้อน "ค่าเสียโอกาสที่แท้จริง"?

ถ้าตั้งเพดาน **สูงเกินไป**

มาตรการที่ไม่คุ้มค่าจะผ่านเกณฑ์ง่ายขึ้น



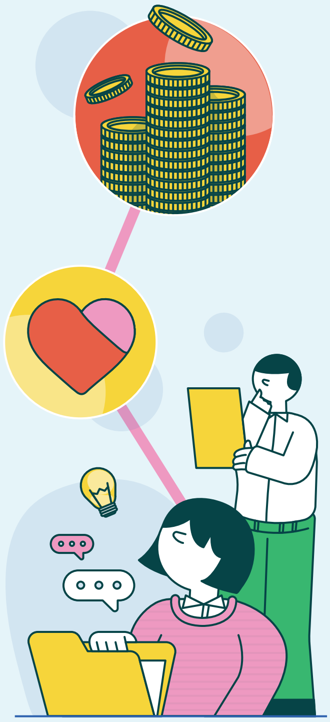
รัฐลงทุนใช้เงินไปกับสิ่งที่ให้ปีสุขภาวะน้อยกว่า

ปีสุขภาวะโดยรวมของประชาชนลดลง

ในทางกลับกัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอีกกลุ่มหนึ่งเกิดความกังวลว่า การไม่ปรับเพิ่มเพดานความคุ้มค่าอาจส่งผลให้ประเทศไทยเสียโอกาสเข้าถึงเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมด้านสุขภาพใหม่ ๆ เช่น การบำบัดทางชีวภาพ (biological therapy) หรือการบำบัดด้วยยีน (gene therapy) เนื่องจากการรักษาเหล่านี้มักมีราคาแพง และโอกาสที่ต้นทุนต่อปีสุขภาวะส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio: ICER) จะต่ำกว่าเพดานความคุ้มค่านั้นเป็นไปได้ยาก เมื่อรัฐไม่สนับสนุนค่าใช้จ่าย อาจจะทำให้ไม่มีการนำเข้าหรือทำการตลาดในประเทศ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงเสนอแนะให้ใช้นโยบายประชาชนร่วมจ่าย (co-payment) เพื่อเพิ่มโอกาสให้มีการรักษาเหล่านี้อยู่ในประเทศและเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชน

อนาคตเพดานความคุ้มค่าของไทย

แม้จะยังไม่มีข้อสรุปที่เป็นฉันทมติว่า ควรปรับเพดานความคุ้มค่าที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (160,000 บาท/ปีสุขภาวะ) หรือไม่ แต่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้หารือกันเกี่ยวกับวิธีปรับเพดานความคุ้มค่าในอนาคต โดยที่ผ่านมาประเทศไทยใช้วิธีการกำหนดเพดานความคุ้มค่าด้วย 2 วิธีการหลัก คือ



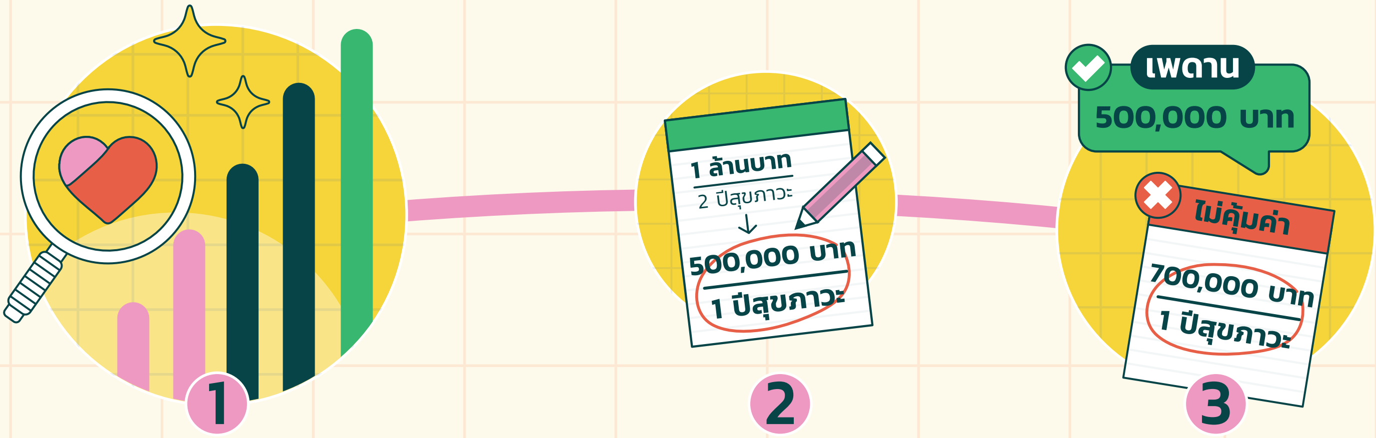
1. การอ้างอิงดัชนีชี้วัดทางเศรษฐกิจ เช่น GDP per capita หรือรายได้มวลรวมประชาชาติต่อหัวประชากร (gross national income (GNI) per capita) ซึ่งอาจไม่สะท้อนงบประมาณด้านสุขภาพโดยตรง และไม่สะท้อนความสามารถในการจ่ายของระบบสุขภาพ โดยในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อมูลว่า การแนะนำให้ใช้เพดานความคุ้มค่าโดยอิงจากจำนวนเท่าของ GDP per capita นั้น ขาดความเจาะจงต่อบริบทของแต่ละประเทศ ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาดในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพได้

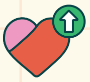
2. การอ้างอิงความเต็มใจจ่ายของภาคประชาชน ยังมีข้อจำกัด เพราะความเต็มใจจ่ายอาจแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากร และอาจได้รับอิทธิพลจากวิธีการเก็บข้อมูล อีกทั้งความเต็มใจจ่ายของประชาชนอาจแตกต่างจากความสามารถในการจ่ายของประเทศ โดยที่ผ่านมายังไม่เคยมีเพดานความสามารถในการจ่าย (budget impact threshold) ของประเทศไทย แม้คณะอนุกรรมการฯ จะเคยพยายามกำหนดเพดานดังกล่าวมาแล้วถึง 2 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2554 และ ปี พ.ศ 2559

ปัจจุบันเริ่มมีทิศทางเกี่ยวกับการกำหนดเพดานความคุ้มค่าที่สะท้อนต้นทุนค่าเสียโอกาสในระบบสุขภาพ เพื่อให้ได้ปีสุขภาวะโดยรวมของประชาชนสูงที่สุด โดยวิธีการดังกล่าวอาจเป็นตัวกำหนดเพดานความคุ้มค่าของไทยในอนาคต

แล้วจะหาค่าเพดานความคุ้มค่าที่สะท้อนค่าเสียโอกาสได้อย่างไร?

หลักการอย่างง่าย :





คำนวณว่า **งบประมาณด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี** มีจำนวนเท่าใด

คำนวณว่า **แต่ละปีที่มีงบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นประมาณกี่หน่วย**

สมมติว่า ทุก ๆ 1 ล้านบาท ของงบประมาณที่เพิ่มขึ้น ได้ 2 ปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น แสดงว่า **"เพดาน" คือ 500,000 บาท/1 ปีสุขภาวะ**

ถ้าการลงทุนในมาตรการใหม่ต้องใช้เงินมากกว่าเพดานนี้ แปลว่า **ให้ปีสุขภาวะน้อยกว่ามาตรการเดิม จึงถือว่า "ไม่คุ้มค่า"**

เกี่ยวกับการศึกษานี้

การศึกษานี้ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อทบทวนเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้และการเปลี่ยนแปลงเพดานความคุ้มค่าสำหรับประกอบการตัดสินใจระดับนโยบาย (policy decision making) โดยมุ่งค้นหาคำอธิบายและทำความเข้าใจในบริบทของการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย

วิธีการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วย 4 วิธีการหลัก ได้แก่

- การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- การอภิปรายกลุ่ม
- การสัมภาษณ์เชิงลึก
- การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ "การศึกษาเชิงคุณภาพของการกำหนดการใช้และการเปลี่ยนแปลงเพดานความคุ้มค่าสำหรับพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ"

โดย ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล, ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์, ดร. ภญ.ปฤษฐพร กิ่งแก้ว, Ms. Siobhan Botwright, ภญ.บุสดี โสบุญ, พว.พรอุมา ราศรี, ดร.นภดล พิมสาร, นางสาวอธิพร เรืองทวีป, นางสาวพิชญ์สินี ศุภผล, รศ. ดร.วรรณฤดี อิสรานุวัฒน์ชัย

งานวิจัยนี้ได้รับการร่วมสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้เขียน

ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล

ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

พว.พรอุมา ราศรี

นางสาวอธิพร เรืองทวีป

ดาวน์โหลด Policy brief ฉบับอื่น ๆ ได้ที่ https://www.hitap.net/resources/downloads

HITAP เป็นองค์กรวิจัยที่ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจดำเนินนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น รวมถึงทำการประเมินเพื่อพัฒนาองคาพยพต่าง ๆ ในองค์กรภาครัฐ

ติดต่อ: มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สำนักงานใหญ่ : 88/22 หมู่ที่ 4 อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. : 0 2590 4549, 0 2590 4374-5
โทรสาร : 0 2590 4369
อีเมล: comm@hitap.net
เว็บไซต์: www.hitap.net

CC BY NC ND
งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้ครีเอทีฟคอมมอนส์ แสดงที่มา ไม่ใช้เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง

hitap.net | HITAPTHAILAND | @hitap_thailand | HITAP_Thailand | hitap thai | @hitapthailand

HITAP Health Intervention and Technology Assessment Program FOUNDATION