

1 การเปลี่ยนแปลงของราคา ยา การตัดสินใจคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ และภาระงบประมาณของ
2 เจ้าภาพกองทุนต่าง ๆ จากนั้นทีมวิจัยนำเสนอผลการศึกษา สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

3 เพดานความคุ้มค่า (cost-effectiveness threshold: CET) คือ ความเต็มใจจ่ายของผู้กำหนด
4 นโยบายสำหรับการลงทุนด้านสุขภาพ การประเมินความคุ้มค่าเป็นการคำนวณต้นทุนและผลลัพธ์ที่เพิ่มขึ้นจาก
5 ยาใหม่เมื่อเปรียบเทียบกับยาเดิม ผลการประเมินความคุ้มค่าจะแสดงในรูปแบบของ อัตราส่วนต้นทุน
6 ประสิทธิภาพส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio: ICER) มีหน่วยเป็น บาท/ปีสุขภาพ การ
7 ตัดสินใจว่ายามีความคุ้มค่า พิจารณาจากกรณี ICER มีค่าต่ำกว่า CET การศึกษานี้ใช้ข้อมูลรายงานการ
8 ประเมินความคุ้มค่าของยาที่เสนอเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติและได้รับการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการฯ จน
9 มีการตัดสินใจขั้นสุดท้าย ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2563 การวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามใช้วิธี Difference-in-
10 Difference (DID) และใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาผลกระทบของการปรับเพิ่มเพดานความคุ้มค่า ผลการ
11 ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p\text{-value} \leq 0.05$

12 ผลการศึกษาพบว่า การปรับเพิ่มเพดานความคุ้มค่า 1) มีผลกระทบต่อราคาที่ใช้ในการศึกษาความ
13 คุ้มค่าอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ และ 2) มีผลกระทบต่อ การตัดสินใจของคณะอนุกรรมการฯ ในการบรรจุยา
14 ใหม่เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคำถามวิจัยที่ 3 การปรับเพิ่มเพดานความคุ้มค่ามี
15 ผลกระทบต่อภาระงบประมาณของระบบประกันสุขภาพหรือไม่ ข้อมูลงบประมาณไม่สามารถตอบคำถามวิจัย
16 ได้

17 หลังจากนั้น ที่ประชุมร่วมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษา โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

18 **การเก็บข้อมูลของ 3 กองทุน และการนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคต**

19 ศ.กิตติคุณ นพ.เกรียง ตั้งสง่า กล่าวถึงการเก็บข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในอนาคตของทั้ง
20 3 กองทุน คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (ปกส.) และ
21 กรมบัญชีกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลตัวเลขแสดงค่าใช้จ่ายของแต่ละกองทุนในระบบประกันสุขภาพ ซึ่ง
22 ควรมีการพัฒนาในอนาคตด้วย

23 เนื่องจากข้อมูลการเบิกจ่ายยาบัญชี จ(2) ที่ทีมวิจัยได้รับจาก สปสช. และ ปกส. เป็นข้อมูลการ
24 เบิกจ่ายยา พ.ศ. 2562-2564 และกรมบัญชีกลางเป็นข้อมูลการเบิกจ่ายยา พ.ศ. 2558-2564 แต่ไม่มีข้อมูล
25 ระบุโรค (ICD-10) ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้สอบถามตัวแทนจาก 3 กองทุนเพิ่มเติมถึงแนวโน้มเรื่องการ
26 เก็บข้อมูลจะเป็นอย่างไรในอนาคต โดย น.ส.ดารากร เครือแดง ให้ข้อมูลว่า กรมบัญชีกลางยินดีสนับสนุน
27 ข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย โดยมีขั้นตอนคือ 1) ทีมวิจัยทำหนังสือขอใช้ข้อมูล 2) เมื่อได้รับอนุมัติแล้วให้ติดต่อ
28 สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) เพื่อรับข้อมูลตามที่ขอ ในปัจจุบัน กรมบัญชีกลางเริ่มเก็บ
29 ข้อมูล ICD-10 ประกอบการเบิกจ่ายทุกกรณีตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 คาดว่าในอนาคตจะมีข้อมูล
30 การเบิกจ่ายสำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยต่อไปได้ สำหรับ ปกส. มีการเก็บข้อมูลโดยอ้างอิงตามระบบของ สปสช.
31 และยังคงเก็บข้อมูลต่อไปในอนาคต

1 ภญ.อัญชลี จิตรักษ์นที มีข้อสังเกตเรื่องการจัดทำชุดข้อมูลว่าควรเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง 3 กองทุน
2 เนื่องจาก ภายหลังที่มีการบันทึกและจัดเก็บตาม ICD-10 ที่เป็นระบบแล้ว จะสามารถนำมาเชื่อมโยงกับการใช้
3 ยาบัญชี จ(2) ได้

4 ศ.กิตติคุณ นพ.เกรียง ตั้งสง่า ให้ข้อเสนอแนะต่อผู้แทนกรมบัญชีกลางเรื่องของการจัดให้มีมาตรการ
5 ควบคุมการใช้ยาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยสิทธิกรมบัญชีกลางและการติดตาม ตรวจสอบ เพื่อการควบคุมดูแล
6 ค่าใช้จ่ายด้านยา เพื่อให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและสมเหตุผล

7 ระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ทางสถิติและแบบจำลอง (model)

8 ดร.กรวิกา พิมุขมนัสกิจ สอบถามเรื่องการวิเคราะห์ทางสถิติและแบบจำลอง (model) ที่นำมาใช้ใน
9 การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษา โดยมีคำถามว่าจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสถิติและ model มี
10 วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติหรือ model แบบอื่นๆ หรือไม่นอกเหนือจากวิธี DID รศ.ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย
11 ให้ข้อมูลว่า จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศจะมีเพียงประเทศอังกฤษเป็นประเทศแรก
12 ทำการศึกษา แต่เป็นการศึกษาเรื่องตัวแปร/ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อเพดานความคุ้มค่า และส่วนใหญ่รายงาน
13 เป็นสถิติเชิงพรรณนา เนื่องจากไม่มีตัวเปรียบเทียบเมื่อมีการเพิ่มเพดานความคุ้มค่า ขณะที่การศึกษาของทีม
14 วิจัยนี้เป็นชุดข้อมูลแรกในโลก เพราะมีเพียงประเทศไทยที่มีการปรับเพดานความคุ้มค่า อย่างไรก็ตาม ทีมวิจัย
15 ได้ปรึกษากับนักวิจัยร่วมจากต่างประเทศที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และนักวิเคราะห์ทาง
16 สถิติ เพื่อหาวิธีวิเคราะห์ที่เหมาะสม จนได้วิธีวิเคราะห์ผลการศึกษทางสถิติด้วยวิธี DID ที่ถึงแม้จะมีข้อจำกัด
17 และอาศัยสมมติฐานในหลายประเด็น แต่เป็นวิธีที่ลดอคติ (biases) จากปัจจัยต่างๆ และสามารถตอบคำถาม
18 วิจัยได้

19 ทีมวิจัยวางแผนในการเปิดเผยข้อมูลชุดนี้ (open data) ที่ไม่รวมข้อมูลงบประมาณ ให้เป็นสาธารณะ
20 หากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการฯ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อที่นักวิจัยจากทั่วโลก
21 สามารถเข้าถึงข้อมูลและนำไปใช้ในงานวิจัยอื่นได้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ศ.กิตติคุณ นพ.เกรียง ตั้งสง่า ให้
22 ข้อคิดเห็นในประเด็นนี้ว่า ขอให้ทีมวิจัยคิดให้รอบคอบว่าข้อมูลใดเปิดเผยได้หรือข้อมูลใดเปิดเผยไม่ได้บ้าง

23 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษา

24 ศ.กิตติคุณ นพ.เกรียง ตั้งสง่า ได้ร่วมตั้งคำถามและข้อเสนอแนะต่อที่ประชุม ดังนี้

25 1) ประเด็นเรื่องข้อมูลงบประมาณไม่สามารถวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัยได้ มีความเป็นไปได้หรือไม่
26 หากทีมวิจัยวิเคราะห์เฉพาะ 2 กองทุน ไม่รวมกรมบัญชีกลาง และนำผลการวิเคราะห์มาใช้ประโยชน์ต่อไปใน
27 อนาคต

28 2) รายงานผลที่ขัดกับความรู้สึกในความเป็นจริงที่บ่งชี้ว่า “การปรับเพิ่มเพดานความคุ้มค่า มีผลต่อ
29 การตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ในการบรรจุยาใหม่เข้าบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างไม่มีนัยสำคัญ” ควร
30 อธิบายว่าทำไมผลจึงเป็นเช่นนั้น และควรมีข้อเสนอว่าจะทำอย่างไรได้บ้างที่เป็นส่วนของการอธิบายขยาย
31 ความ

1 3) ยาที่มีสิทธิบัตรมีโอกาสเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติมากกว่ายาที่ไม่มีสิทธิบัตร เป็นประเด็นข้อมูล
2 รายงานผลที่ขัดกับความรู้สึกในความเป็นจริง ซึ่งควรอธิบายให้ทราบหรือเข้าใจว่า ผลเป็นเช่นนี้ได้อย่างไร นำ
3 จะต้องนำไปปัจจัย/เหตุผลของการตัดสินใจโดยคณะกรรมการฯ มาใช้ประกอบคำอธิบายเพิ่มเติม

4 4) ปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามามีอิทธิพล ต่อการตัดสินใจของคณะกรรมการฯ มีอะไรบ้าง ควรมีคำอธิบาย
5 ในส่วนนี้

6 5) เสนอให้เพิ่มข้ออภิปรายในประเด็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายมาช่วยอธิบายเรื่องของ
7 เหตุใดราคายาที่ใช้ในการศึกษาความคุ้มค่าช่วงเพดานความคุ้มค่า 160,000 บาท/ปีสุขภาพจะมีแนวโน้มลดลง
8 น้อยกว่าช่วงเพดานความคุ้มค่า 100,000-120,000 บาท/ปีสุขภาพ

9 สำหรับในประเด็นต่างๆข้างต้นนี้ ทีมวิจัยจะเพิ่มการอธิบาย ตามข้อเสนอแนะไว้ในรายงานฉบับ
10 สมบูรณ์ หากมีข้อมูลจากผลการศึกษาเพียงพอที่เขียนอธิบายได้

11 ญ.อัญชลี จิตรรกนที เสนอความเห็นเพิ่มเติมต่อที่ประชุม ดังนี้

12 1) เรื่องปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ ควรนำเรื่องของยาโครงการพิเศษต่าง ๆ ของกรมบัญชีกลาง เช่น
13 โรคมะเร็ง โรคข้อ โรคสะกดเงิน ซึ่งกรมบัญชีกลางมีการต่อรองราคายากับบริษัทยาด้วยในระดับกองทุนฯ ควร
14 นำศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งในอนาคต เพราะเป็นส่วนหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการตัดสินใจของคณะกรรมการพัฒนา
15 บัญชียาหลักแห่งชาติในอนาคต เมื่อยานั้นได้จัดอยู่ในกลุ่มที่ทำการศึกษาความคุ้มค่า อย่างไรก็ตาม ทีมวิจัย
16 ชี้แจงว่าการศึกษานี้มีเกณฑ์คัดเข้าคือรายงานวิจัยการศึกษาความคุ้มค่าที่คณะกรรมการฯ ใช้ในการตัดสินใจ
17 คัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ยังไม่ได้ขยายขอบเขตยานอกเหนือจากบัญชียาหลัก

18 2) ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของคณะกรรมการฯ สำหรับยาที่ ICER
19 มากกว่า 160,000 บาท/QALY รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ด้วย

20 ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า มีนักวิจัยจากหลายประเทศรอผลการศึกษานี้
21 เนื่องจากไม่มีประเทศใดที่ทำวิจัยแบบนี้ได้ เพราะไม่มีประเทศใดที่มีการปรับ/เปลี่ยนเพดานความคุ้มค่า
22 นอกจากประเทศไทย และจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญจากนานาชาติเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 มี
23 ข้อเสนอแนะให้ทำการศึกษาวินิจฉัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยทีมวิจัยจาก HITAP วางแผนที่จะทำการศึกษาร่วมกับ
24 กองนโยบายแห่งชาติด้านยา เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้ข้อมูลจากบันทึกการประชุมต่างๆ ในการพิจารณา
25 เข้าบัญชียาหลักแห่งชาติในส่วนของการตัดสินใจโดยคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่ง
26 การศึกษาเชิงคุณภาพจะสามารถตอบคำถามในหลายประเด็นที่ในที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะไว้

27 โรคหายากกับการปรับเพดานความคุ้มค่า

28 คุณเอกวัฒน์ สุวันทโรจน์ มองว่าสิ่งที่นำเสนอค่อนข้างเข้าใจได้ยากเนื่องจากการศึกษาวินิจฉัยใน
29 มุมมองเชิงวิชาการและนำเสนอข้อมูลทางสถิติ จึงเสนอว่าควรมีการทำสื่อในหลายรูปแบบเกี่ยวกับผลงานวิจัย
30 นี้เพื่อสื่อสารไปยังกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป และควรให้ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยเข้าร่วมใน
31 การศึกษาเชิงคุณภาพในอนาคตด้วยถ้าเป็นไปได้ โดยเฉพาะผลการศึกษาที่กล่าวถึงการเป็นโรคหายากเป็นหนึ่งใน
32 ในปัจจัยที่ก่อให้เกิดโอกาสในการตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ที่จะคัดเลือกยาไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

1 คุณบุญ พุฒิพงศ์ธนโชติ กล่าวถึงนโยบายเกี่ยวกับโรคหายากมีการเปิดกว้างมากขึ้นกว่าในอดีตมาก มี
2 การพัฒนาทั้งนโยบายและการเงินการคลังที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษามากขึ้น ดังนั้นการกำหนดค่า
3 ICER และการปรับเพิ่มเพดานความคุ้มค่าจึงไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่นำมาใช้ในการตัดสินใจคัดเลือกยาสำหรับโรคหา
4 ยาก แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น นโยบายไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังและสิ่งสนับสนุน (ปัจจัยอื่นๆ) ที่มาเกื้อกูลให้เกิดขึ้น
5 ได้กลุ่มโรคหายาก

6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7 นางสาวอภิรดา พันธุ์สิทธิ์ ผู้แทนจาก สปสช. เห็นด้วยกับผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และคิดว่าควร
8 นำไปใช้ได้จริง เนื่องจากผลการศึกษามีผลกระทบเชิงนโยบายที่สูงมาก และควรมีการขยายผลการศึกษา
9 ออกไปอีก

10 ดร.ภญ.รัชนิกร เจวประเสริฐพันธุ์ ผู้แทนจากองค์การเภสัชกรรม เห็นด้วยกับงานวิจัยครั้งนี้ และเสนอ
11 ว่าควรขยายผลการศึกษาออกไปอีกยังกลุ่มวัคซีน และควรนำปัจจัยอื่น เช่น ราคากลางยามาร่วมในการศึกษาที่
12 จะขยายผลต่อไปด้วย

13 น.ส.กุลวดี จิระชัยธร สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เห็นด้วยกับผล
14 การศึกษานี้ และมองว่างานวิจัยเชิงนโยบายเช่นนี้มีประโยชน์อย่างมาก ในอนาคตมีความเป็นไปได้ในการ
15 พิจารณาให้ทุนวิจัยงานวิจัยเชิงนโยบายกับหน่วยงานอื่นๆ มากขึ้น

16 ท้ายนี้ ศ.กิตติคุณ นพ.เกรียง ตั้งสง่า กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการประชุมทุกท่าน และ ดร.นพ.ยศ ตีระ
17 วัฒนานนท์ แจ้งที่ประชุมว่า ทีมวิจัยจะส่งรายงานการประชุมให้ทุกท่านพิจารณาและรับรองรายงานการ
18 ประชุมทางอีเมล ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากที่ประชุมในวันนี้ ทีมวิจัยจะนำไปเพิ่มเติมในการนำเสนอผลงานวิจัย
19 ต่อคณะกรรมการฯ และในรายงานผลการศึกษาบับสมบูรณ์

20 ปิดประชุมเวลา 11.30 น.

21

 ภญ.จุฑาทิพย์ เลหาเรื่องชัยยศ

 รศ.ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย

 ภญ.บุสดี โสบุญ

 ผู้บันทึกรายงานการประชุม

 ผู้ตรวจรายงานการประชุม

22

23