

Academic Article

MODELS AND MECHANISMS OF THE OFFICE OF HEALTH ECONOMICS: LESSONS FOR THAILAND

Weerachai Nolwachai^{1,*}, Teerapun Lotongkum²

Received: July 17, 2026

Revised: August 17, 2026

Accepted: August 18, 2026

¹ Office of the Inspector General Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand² Independent Scholar, Lat Phrao, Bangkok 10230, Thailand

Corresponding author; E-mail: weerachai@moph.go.th *

Citation: Nolwachai W. & Lotongkum T. (2026). Models and Mechanisms of The Office of Health Economics: Lessons for Thailand. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 41(2), e17977.



Copyright (c) 2026 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Health systems worldwide face challenges arising from the rising burden of non-communicable diseases, demographic transition, advances in medical technology, and constraints on public budgets, requiring that policymaking draw upon economic analysis alongside clinical evidence. In Thailand, despite the country's success in achieving universal health coverage, the containment and forecasting of long-term fiscal burdens and the equitable allocation of health resources remain policy gaps for which no single agency holds unified responsibility. The purpose of this academic article was to examine the organizational models and operational mechanisms of health economics agencies in the United Kingdom, Australia, and the Republic of Korea, in order to synthesize lessons for designing an Office of Health Economics in Thailand, using a documentary research approach. The results of this study were as follows: although the three countries differ in their institutional structures, they share several essential features. These lessons led to proposals for four mechanisms: assessing the cost-effectiveness of health technologies, managing national health data, forecasting fiscal burdens, and evaluating policies after implementation. Establishing this agency would help fill policy gaps and support the long-term sustainability of Thailand's health system.

Keywords: Office of Health Economics; Health Economics; Public Health Policy; Health Technology Assessment

บทความวิชาการ

รูปแบบและกลไกสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข: บทเรียนต่างประเทศสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายไทย

วีระชัย นวลชัย^{1,*}, อีรพันธ์ โล่ห์ทองคำ²

รับบทความ: 17 กรกฎาคม 2569

แก้ไขล่าสุด: 17 สิงหาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์: 18 สิงหาคม 2569

¹ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ถนนพหลโยธิน 11000, ประเทศไทย

² นักวิชาการอิสระ, ตลาดพริ้ว, กรุงเทพมหานคร 10230, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: weerachai@moph.go.th *

อ้างอิง: วีระชัย นวลชัย และอีรพันธ์ โล่ห์ทองคำ. (2569). รูปแบบและกลไกสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข: บทเรียนต่างประเทศสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายไทย. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 41(2), e17977.



ลิขสิทธิ์ (c) 2569 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

ระบบสาธารณสุขทั่วโลกกำลังเผชิญความท้าทายจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ และข้อจำกัดของงบประมาณภาครัฐ ทำให้การกำหนดนโยบายสาธารณสุขจำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ควบคู่กับข้อมูลทางการแพทย์ สำหรับประเทศไทย แม้จะประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การควบคุมและพยากรณ์ภาระทางการคลังในระยะยาว ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพอย่างเป็นธรรม ยังคงเป็นช่องว่างเชิงนโยบายที่ยังไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบอย่างเป็นเอกภาพ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี เพื่อสังเคราะห์บทเรียนสำหรับการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข โดยใช้วิธีการศึกษาจากเอกสาร ผลการศึกษา พบว่าแม้ทั้งสามประเทศจะมีโครงสร้างสถาบันแตกต่างกัน แต่มีองค์ประกอบร่วมที่สำคัญ บทเรียนดังกล่าวนำไปสู่ข้อเสนอกลไก 4 ประการ ได้แก่ การประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีสุขภาพ การบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ การพยากรณ์ภาระทางการคลัง และการประเมินผลนโยบายภายหลังการดำเนินการ การจัดตั้งหน่วยงานนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างเชิงนโยบายและรองรับความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทยในระยะยาว

คำสำคัญ: สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข; เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข; นโยบายสาธารณสุข; การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ

บทนำ

ระบบสาธารณสุขทั่วโลกกำลังเผชิญกับความท้าทายทั้งจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และข้อจำกัดของงบประมาณภาครัฐ (Freihat et al., 2025) ดังนั้น การกำหนดนโยบายสาธารณสุขจึงไม่อาจอาศัยเพียงข้อมูลทางการแพทย์ แต่จำเป็นต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และผลกระทบทางเศรษฐกิจควบคู่กันไป ส่งผลให้หลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics) มีบทบาทสำคัญในการนำมาใช้วิเคราะห์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจภาครัฐให้สามารถจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน (Turner et al., 2023) หลายประเทศได้จัดตั้งหน่วยงานเฉพาะด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อศึกษาวิเคราะห์และประเมินนโยบายด้านสุขภาพบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีบทบาทครอบคลุมตั้งแต่การประเมินความคุ้มค่าของยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ การวิเคราะห์ภาระทางการเงินของระบบสุขภาพ การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ ตลอดจนการประเมินผลกระทบของนโยบายสาธารณะต่อสุขภาพของประชาชน ตัวอย่างเช่น สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี ต่างได้พัฒนากลไกการดำเนินงานที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ และการกำหนดนโยบายสาธารณะเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ จนสามารถยกระดับประสิทธิภาพของระบบสุขภาพและเสริมสร้างความยั่งยืนทางการเงินได้อย่างมีนัยสำคัญ (Millar et al., 2021)

สำหรับประเทศไทย แม้จะประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ แต่การบริหารจัดการระบบสุขภาพยังคงเผชิญความท้าทายหลายประการ ทั้งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง (Sumriddetchkajorn et al., 2019) รวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งยังขาดเอกภาพ (Kaushik et al., 2025) ภายใต้บริบทดังกล่าว การพัฒนากลไกด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรของประเทศในระยะยาว (Leelahavarong et al., 2019) ทั้งนี้ ปัจจุบันมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ HITAP ที่มีหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้สนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (HITAP, n.d.) แต่การควบคุมและพยากรณ์ภาระทางการเงินของระบบหลักประกันสุขภาพในระยะยาว ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ยังคงเป็นช่องว่างเชิงนโยบายที่ยังไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบอย่างเป็นเอกภาพ จึงขอเสนอจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข ทั้งนี้ ผู้เขียนได้วิเคราะห์ฐานอำนาจทางกฎหมายและรูปแบบองค์กรที่เป็นไปได้สำหรับการจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขไว้แล้วในงานก่อนหน้า ซึ่งพบว่าสามารถดำเนินการได้สามรูปแบบ ได้แก่ หน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนราชการระดับกรม และองค์การมหาชน โดยเสนอแนวทางการพัฒนาแบบเป็นระยะ (Nolwachai, 2026) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวมุ่งเน้นมิติเชิงกฎหมายและโครงสร้างองค์กรเป็นหลัก ยังไม่ได้วิเคราะห์รูปแบบและกลไกการดำเนินงานเชิงเปรียบเทียบกับหน่วยงานในต่างประเทศ บทความนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยศึกษารูปแบบและกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี เพื่อสังเคราะห์บทเรียนสำหรับการออกแบบรูปแบบและกลไกการดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

การคัดเลือกสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี มาเป็นกรณีศึกษาสำคัญ คือเป็นประเทศที่พัฒนากลไกด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจนได้รับการยอมรับในระดับสากล แต่มีรูปแบบเชิงสถาบันที่แตกต่างกัน จึงสะท้อนทางเลือกที่หลากหลายซึ่งครอบคลุมมิติที่ระบบของไทยยังขาดเอกภาพ กล่าวคือสหราชอาณาจักรเป็นตัวอย่างของหน่วยงานกลางที่มีสถานะเป็นองค์กรสาธารณะที่มีใช้ส่วนราชการ (Non-Departmental Public Body) ซึ่งบูรณาการการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเข้ากับการกำหนดนโยบายอย่างเป็นระบบ (Health and Social Care Act 2012; Rawlins, 2013) ออสเตรเลียเป็นตัวอย่างของคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตามกฎหมายที่เน้นการประเมินความคุ้มค่าของยาก่อนการอุดหนุนงบประมาณจากภาครัฐ (National Health Act, 1953; Department of Health, Disability and Ageing, n.d.) และสาธารณรัฐเกาหลีเป็นตัวอย่างของการใช้ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ระดับชาติควบคู่กับการแบ่งบทบาทเชิงสถาบันระหว่างหน่วยงานประเมินหลักฐานกับหน่วยงานพิจารณาการเบิกจ่ายอย่างชัดเจน (Seong et al., 2017; Oh et al., 2023) ทั้งนี้ การวิเคราะห์เปรียบเทียบในบทความนี้กำหนดมิติการพิจารณาไว้ได้แก่หน่วยงานหลัก สถานะทางกฎหมาย ขอบเขตภารกิจ และเครื่องมือหรือกลไกการดำเนินงานหลัก เพื่อให้สามารถสังเคราะห์บทเรียนที่นำมาประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทยได้อย่างเป็นระบบ

บทความนี้มุ่งเติมเต็มช่องว่างจากงานก่อนหน้า (Nolwachai, 2026) ด้วยการศึกษารูปแบบและกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และสังเคราะห์บทเรียนมาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และยั่งยืนในอนาคต

สหราชอาณาจักร: กลไกการดำเนินงานของ National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

สหราชอาณาจักรนำหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาใช้ประกอบการกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ โดยมี National Institute for Health and Care Excellence (NICE) เป็นหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ประเมินความคุ้มค่าทางคลินิกและทางเศรษฐศาสตร์ของยา เทคโนโลยีทางการแพทย์ และมาตรการด้านสาธารณสุข ก่อนนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) (Rawlins, 2013) ทั้งนี้ พระราชบัญญัติ Health and Social Care Act 2012 ส่วนที่ 8 ได้จัดตั้ง NICE ขึ้นใหม่จากเดิมที่มีสถานะเป็นองค์กรพิเศษด้านสุขภาพ (Special Health Authority) ให้เป็นองค์กรสาธารณะที่มีใช้ส่วนราชการ (Non-Departmental Public Body) ซึ่งมีความเป็นอิสระในเชิงปฏิบัติการ (Health and Social Care Act 2012) NICE จึงมีบทบาทสำคัญในการจัดทำคำแนะนำด้านสุขภาพบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพเกิดประโยชน์สูงสุดภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณสาธารณะ (Rawlins, 2013) ซึ่งช่วยให้การตัดสินใจด้านนโยบายมีความโปร่งใสและตั้งอยู่บนข้อมูลทางวิชาการมากกว่าปัจจัยทางการเมือง

กลไกสำคัญของ NICE คือ การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Technology Assessment: HTA) โดยใช้การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis) และปีสุขภาวะ (Quality-Adjusted Life Year: QALY) ในการวัดความคุ้มค่าของยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ โดยพิจารณาความคุ้มค่าจากอัตราส่วนต้นทุนต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ NICE ไม่ได้พิจารณาเพียงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อย่างเดียว แต่ยังคำนึงถึงปัจจัยอื่นประกอบด้วย (Dakin et al., 2015) ดังเช่นการมีเอกสารหลักการเชิงคุณค่าทางสังคม (Social Value Judgements) เป็นกรอบการอ้างอิงในการตัดสินใจ

(Charlton, 2022) นอกจากนี้ NICE ยังจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Guidelines) ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาอิสระที่ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ผู้แทนภาคประชาชนและนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Garbi, 2021) ภายใต้แนวคิดที่ว่าทรัพยากรด้านสุขภาพมีอยู่อย่างจำกัด ค่าเกณฑ์ความคุ้มค่าจึงสะท้อนต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ในรูปของสุขภาพที่จะต้องสูญเสียไปจากการจัดสรรทรัพยากรไปยังทางเลือกอื่น (Dakin et al., 2015)

กรณีศึกษาของสหราชอาณาจักรสะท้อนความสำคัญของการมีหน่วยงานกลางที่เชื่อมโยงการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ และการกำหนดนโยบายสาธารณะเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักความคุ้มค่าเป็นพื้นฐานสำคัญ ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขของประเทศไทยได้

ออสเตรเลีย: กลไกการประเมินความคุ้มค่าทางยาโดย Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC)

ออสเตรเลียนีมีระบบการประเมินความคุ้มค่าทางยาและเทคโนโลยีสุขภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง โดยมี Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) เป็นคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญอิสระที่ได้รับการแต่งตั้งจากรัฐบาล ประกอบด้วย แพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข นักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และผู้แทนผู้บริโภค ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบรรจุยาและวัคซีนเข้าสู่ระบบ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ซึ่งเป็นโครงการอุดหนุนค่ายาแห่งชาติ ทั้งนี้ ยาใหม่จะไม่สามารถได้รับการบรรจุเข้าสู่ PBS ได้หากยังไม่ได้รับคำแนะนำเชิงบวกจาก PBAC ก่อน (Department of Health, Disability and Ageing, n.d.) โดยฐานอำนาจ

ของ PBAC กำหนดไว้ใน National Health Act 1953 ซึ่งกำหนดให้ PBAC เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตามกฎหมาย ทำหน้าที่แนะนำต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่ายาใดควรได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐ (National Health Act, 1953)

PBAC ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญด้านระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ โดยพิจารณาข้อบ่งชี้ที่ได้รับ การขึ้นทะเบียนในออสเตรเลีย ประสิทธิภาพทางคลินิก ความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยา เปรียบเทียบกับทางเลือกการรักษาที่มีอยู่เดิม จุดเด่นของ PBAC คือ องค์ประกอบจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ได้แก่ แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข นักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และผู้แทนผู้บริโภค ทำให้การพิจารณามีความรอบด้าน (Department of Health, Disability and Ageing, n.d.)

กรณีศึกษาของออสเตรเลียสะท้อนความสำคัญของการมีองค์กรผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความคุ้มค่าของยา ก่อนการใช้งบประมาณสาธารณะ แม้ PBAC จะมีขอบเขตจำกัดเฉพาะยาและวัคซีน แต่กลไกดังกล่าวแสดงให้เห็นรูปแบบการตัดสินใจที่อาศัยข้อมูลทางวิชาการและการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นแนวทางที่ประเทศไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกลไกการประเมินความคุ้มค่าก่อนการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ

สาธารณรัฐเกาหลี: การใช้ Big Data และ Health Technology Assessment (HTA)

สาธารณรัฐเกาหลีมีความโดดเด่นในการนำข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) มาใช้สนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ โดยอาศัยฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ผ่านระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ กลไกสำคัญ คือ National Health Information Database (NHID) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสาธารณะที่รวบรวมข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ การเบิกจ่าย การตรวจ

คัดกรองสุขภาพ ข้อมูลทางสังคมประชากร และการเสียชีวิต ทำให้สามารถติดตามแนวโน้มของโรค ภาระค่าใช้จ่าย และรูปแบบการให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง (Seong et al., 2017) ส่งผลให้ภาครัฐสามารถวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและประเมินผลกระทบของนโยบายได้บนพื้นฐานของข้อมูลจริง

ในด้านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ สาธารณรัฐเกาหลีได้แบ่งบทบาทระหว่างหน่วยงานอย่างชัดเจน โดยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 เทคโนโลยีสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายจะได้รับการทบทวนโดย National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency (NECA) ซึ่งประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผล ขณะที่ได้รับการทบทวนโดย Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA) ทั้งนี้ เมื่อ NECA ประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลของเทคโนโลยีที่มีค่าใช้จ่ายแล้ว HIRA จะประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อพิจารณาการบรรจุเข้าสู่บัญชีสิทธิประโยชน์และกำหนดราคาเบิกจ่าย โดยการตัดสินใจขั้นสุดท้ายอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ กลไกดังกล่าวช่วยเสริมสร้างการตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ (Oh et al., 2023)

กรณีศึกษาของสาธารณรัฐเกาหลีสะท้อนสองประเด็นสำคัญ ประการแรก การมีฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศและมีมาตรฐานเดียวกัน ทำให้สามารถติดตามแนวโน้มของโรคและภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างต่อเนื่อง ประการที่สอง การแบ่งบทบาทระหว่างหน่วยงานประเมินหลักฐาน (NECA) กับหน่วยงานพิจารณาการเบิกจ่าย (HIRA) แสดงให้เห็นการแยกบทบาทเชิงสถาบันที่ชัดเจน ทั้งสองประเด็นเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทยในการพัฒนาสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการบริหารข้อมูลสุขภาพและการกำหนดนโยบายบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์

บทเรียนร่วมจากต่างประเทศสำหรับการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

จากการศึกษากรณีของสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี แม้แต่ละประเทศจะมีโครงสร้างสถาบันและระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 แต่พบองค์ประกอบสำคัญที่สอดคล้องกันหลายประการ

ประการแรก ทุกประเทศให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีกลไกเฉพาะที่รวบรวม วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลทางวิชาการก่อนการตัดสินใจ

ประการที่สอง การมีระบบฐานข้อมูลสุขภาพส่วนกลางเป็นปัจจัยเอื้อสำคัญ ดังจะเห็นได้ชัดจากกรณีสาธารณรัฐเกาหลีซึ่งมีฐานข้อมูลครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ

ประการที่สาม หน่วยงานเหล่านี้อาศัยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ ดังกรณี NICE และ PBAC ที่ไม่จำกัดเพียงบุคลากรทางการแพทย์ แต่รวมถึงนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพและผู้แทนภาคประชาชน

และประการที่สี่ ทุกประเทศมีกลไกระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญ

จากบทเรียนของทั้งสามประเทศ สรุปได้ว่าหน่วยงานด้านเศรษฐกิจสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญอย่างน้อยสี่ประการ ได้แก่ (1) ระบบข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพและเชื่อมโยงกันได้ (2) กลไกการวิเคราะห์และประเมินผลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (3) คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพที่มีความเป็นอิสระ และ (4) ระบบประเมินเทคโนโลยีสุขภาพและผลกระทบทางการคลัง องค์ประกอบเหล่านี้เป็นแนวทางสำคัญที่ประเทศไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขในอนาคต

ตารางที่ 1: การเปรียบเทียบกลไกของสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี

มิติเปรียบเทียบ	สหราชอาณาจักร	ออสเตรเลีย	สาธารณรัฐเกาหลี
หน่วยงานหลัก	NICE	PBAC	NECA และ HIRA
สถานะทางกฎหมาย	องค์กรสาธารณะที่มีใช้ส่วนราชการ (NDPB) จัดตั้งตาม Health and Social Care Act 2012	คณะกรรมการที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตามกฎหมายฐานอำนาจกำหนดไว้ใน National Health Act 1953	หน่วยงานของรัฐภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
ขอบเขตภารกิจ	ประเมินความคุ้มค่าทางคลินิกและเศรษฐศาสตร์ของยา เทคโนโลยีการแพทย์ และมาตรการสาธารณสุข พร้อมจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ	ให้คำแนะนำการบรรจย และวัคซีนเข้าสู่ระบบ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)	NECA ประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลของเทคโนโลยีที่มีใช้ยา; HIRA ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และการเบิกจ่าย
เครื่องมือ/กลไกการดำเนินงานหลัก	การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ (HTA) ด้วยการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (CUA) และ QALY	การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเปรียบเทียบกับทางเลือกการรักษาเดิมที่มีอยู่	ฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติ ควบคุมการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ

ข้อเสนอกลไกการดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

จากบทเรียนของทั้งสามประเทศ เมื่อนำมาพิจารณาภายใต้บริบทของระบบสุขภาพไทย พบว่า มีกลไกสำคัญสี่ประการที่สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรพัฒนาขึ้นให้ครบวงจร ตั้งแต่การประเมินความคุ้มค่าก่อนการตัดสินใจ การบริหารจัดการข้อมูล การพยากรณ์ภาระทางการคลัง ไปจนถึงการประเมินผลภายหลังการดำเนินนโยบาย

1) กลไกการประเมินความคุ้มค่าของนโยบายและเทคโนโลยีสุขภาพ คือ ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ซึ่งวิเคราะห์ความเหมาะสมของยา วัคซีน เครื่องมือแพทย์ และมาตรการด้านสุขภาพก่อนการสนับสนุนงบประมาณ โดยพิจารณาประสิทธิผลทางคลินิก ความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

เปรียบเทียบกับทางเลือกเดิม ดังกรณี NICE และ PBAC (Rawlins, 2013; Department of Health, Disability and Ageing, n.d.) เครื่องมือสำคัญคือการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (CUA) ซึ่งวัดผลลัพธ์ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพชีวิตรวมเป็นหน่วยเดียวคือปีสุขภาพ (QALY) และนำเสนอผลในรูปของต้นทุนต่อ QALY หรือค่าอัตราส่วนต้นทุนต่อผลลัพธ์ส่วนเพิ่ม (ICER) ทำให้เปรียบเทียบมาตรการที่แตกต่างกันได้ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน (Office for Health Improvement and Disparities, 2020) สำหรับประเทศไทย ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพถูกบูรณาการเข้าสู่การตัดสินใจเรื่องสิทธิประโยชน์อย่างเป็นทางการแล้ว ทั้งบัญชียาหลักแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงมีความท้าทายเชิงสถาบัน โดยเฉพาะการขาดองค์การกำกับดูแลและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการประเมิน

เทคโนโลยีสุขภาพ (Leelahavarong et al., 2019) สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขจึงควรเป็นหน่วยงานกลางในการสนับสนุนการกำหนดนโยบาย การบรรจุสิทธิประโยชน์ และการจัดสรรทรัพยากรของประเทศ

2) กลไกการจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ คือ ระบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ ซึ่งอาศัยแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ (1) การใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) จากฐานข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ การเบิกจ่าย และการตรวจคัดกรองสุขภาพ ดังกรณีสาธารณสุขเกาหลีซึ่งมีฐานข้อมูลครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ทำให้สามารถติดตามแนวโน้มของโรคและภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างต่อเนื่อง (Seong et al., 2017) (2) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (Data Sharing) ซึ่งความแตกต่างกระจายของระบบและแนวทางการแบ่งปันข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Kaushik et al., 2025) และ (3) ธรรมาภิบาลข้อมูล (Data Governance) เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการใช้ประโยชน์จากข้อมูลกับการคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคล (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2025) สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขจึงควรเป็นศูนย์กลางบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ

3) กลไกการพยากรณ์ภาระทางการคลังด้านสุขภาพ คือ ระบบพยากรณ์ภาระทางการคลังเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ดังการศึกษาของสหรัฐอเมริกาซึ่งคาดการณ์ว่ารายจ่าย Medicare จะเพิ่มจากร้อยละ 2.2 เป็นประมาณร้อยละ 8 ของ GDP ภายในปี ค.ศ. 2075 โดยครึ่งหนึ่งของการเพิ่มขึ้นมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทั้งนี้ แบบจำลองอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะเจริญพันธุ์ อัตราตาย และรายจ่ายสุขภาพรายบุคคลซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนปีก่อนเสียชีวิต (Lee and Miller, 2002) สำหรับประเทศไทยซึ่งเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้วและมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นต่อเนื่องภายใต้ข้อจำกัดงบประมาณ

(Sumriddetchkajorn et al., 2019) สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขจึงควรจัดทำแบบจำลองคาดการณ์ภาระทางการคลังด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการวางแผนงบประมาณระยะยาวและรักษาเสถียรภาพทางการคลังของระบบสาธารณสุขไทย

4) กลไกการประเมินผลนโยบายภายหลังการดำเนินการ คือ ระบบตรวจสอบว่านโยบายบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ และนำผลมาปรับปรุงนโยบายอย่างต่อเนื่อง ดังที่การทบทวนวรรณกรรมระดับนานาชาติชี้ว่าการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการติดตามและประเมินนโยบายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง แต่ข้อมูลการประเมินนโยบายด้านคุณภาพในระดับชาติยังมีอยู่จำกัด (Pellense et al., 2025) กลไกดังกล่าวต้องอาศัยข้อมูลจากหน่วยบริการ กองทุนสุขภาพ และฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติ เพื่อติดตามตัวชี้วัดสำคัญ เช่น การเข้าถึงบริการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ทั้งนี้ แนวคิดวงจรการเรียนรู้เชิงนโยบาย (Translation-to-Policy Learning Cycle) เสนอให้เชื่อมโยงนักวิชาการ ผู้ให้บริการ และผู้กำหนดนโยบายเข้าด้วยกันเป็นกระบวนการที่ทำซ้ำได้ เพื่อให้นโยบายตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ และเกิดผลจริงอย่างยั่งยืน (Kilbourne et al., 2024) อันเป็นบทบาทสำคัญที่สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรรับผิดชอบ

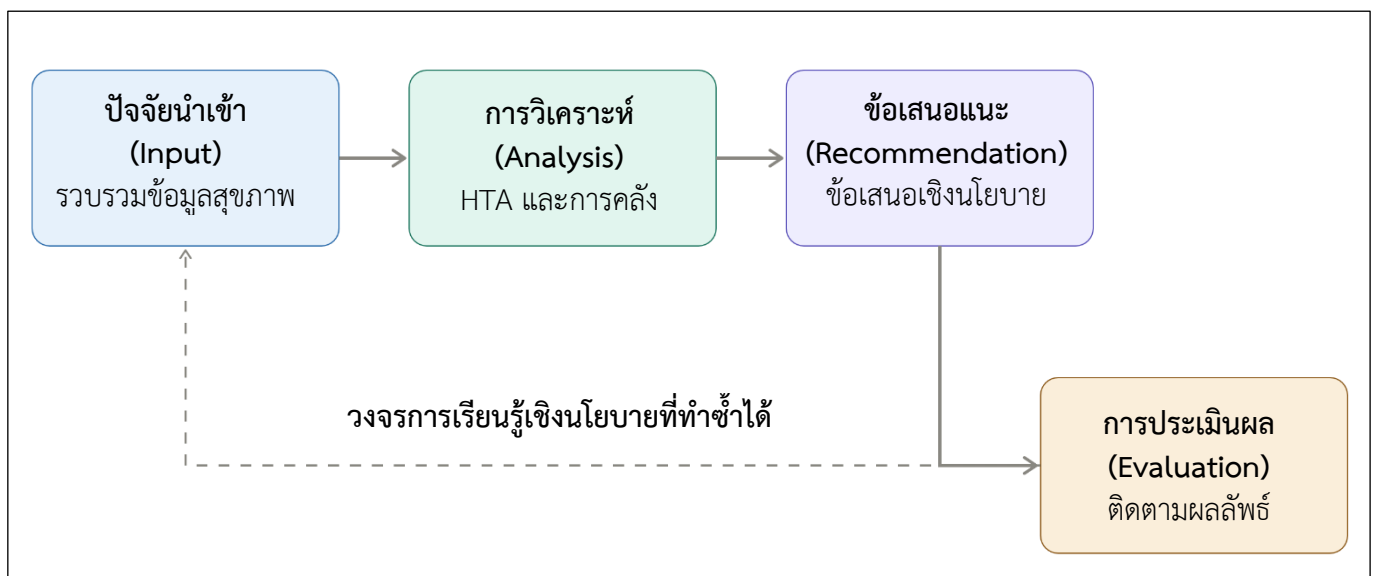
ข้อเสนอรูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

เมื่อนำกลไกทั้งสี่ประการข้างต้นมาแปลงเป็นรูปธรรม สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทั้งกระบวนการทำงาน คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ระบบฐานข้อมูล และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ทั้งนี้ ในส่วนของฐานอำนาจทางกฎหมายและรูปแบบองค์กร ผู้เขียนได้วิเคราะห์ไว้แล้วในงานก่อนหน้า (Nolwachai, 2026) หัวข้อนี้จึงมุ่งนำเสนอในมิติของกระบวนการ

ดำเนินงานซึ่งสังเคราะห์จากบทเรียนของต่างประเทศเป็นหลัก ดังนี้

1) กระบวนการทำงาน จากบทเรียนของทั้งสามประเทศ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) การวิเคราะห์ (Analysis) ข้อเสนอแนะ (Recommendation) และการประเมินผล (Evaluation) ดังแสดงในภาพที่ 1 ในส่วนของปัจจัยนำเข้า สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรเป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และหน่วยบริการ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติที่เชื่อมโยงได้อย่างมีมาตรฐานภายใต้หลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและธรรมาภิบาล

ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรวิเคราะห์ในมิติการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบด้านงบประมาณ และการพยากรณ์ภาระทางการคลังระยะยาว โดยเฉพาะผลกระทบจากสังคมสูงวัยและเทคโนโลยีต้นทุนสูง ในส่วนของข้อเสนอแนะ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการบรรจุสิทธิประโยชน์ การจัดลำดับความสำคัญ และการกำหนดงบประมาณบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ความคุ้มค่า และความเป็นธรรม และสุดท้ายการประเมินผล สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประสิทธิภาพการใช้งบประมาณ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ เพื่อสร้างวงจรการเรียนรู้เชิงนโยบายที่ทำซ้ำได้



ภาพที่ 1: กระบวนการดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

2) ระบบคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรจัดตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่พิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนเสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย ประกอบด้วย นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (วิเคราะห์ความคุ้มค่าและความยั่งยืนทางการคลัง) แพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (ประเมินประสิทธิผลและ

ความปลอดภัยของเทคโนโลยีทางการแพทย์) นักสถิติและนักวิทยาศาสตร์ข้อมูล (วิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่และแบบจำลอง) และนักกฎหมาย (พิจารณาเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและธรรมาภิบาล) องค์ประกอบเช่นนี้สอดคล้องกับ NICE ซึ่งมีคณะกรรมการที่ปรึกษาอิสระประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้แทนภาคประชาชน

และนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Garbi, 2021) และ PBAC ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข นักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และผู้แทนผู้บริโภค (Department of Health, Disability and Ageing, n.d.)

3) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรจัดตั้งระบบฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมข้อมูลการใช้บริการ การเบิกจ่ายของกองทุนสุขภาพ ข้อมูลโรคและปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนข้อมูลประชากรและเศรษฐกิจ ดังกรณีสาธารณรัฐเกาหลีซึ่งมีฐานข้อมูลครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ทำให้ติดตามแนวโน้มของโรคและภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างต่อเนื่อง (Seong et al., 2017) ทั้งนี้ ความแตกกระจายของระบบสุขภาพและแนวทางการแบ่งปันข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเป็นอุปสรรคสำคัญในบริบทไทย (Kaushik et al., 2025) จึงต้องกำหนดระบบธรรมาภิบาลข้อมูลที่ชัดเจน ทั้งสิทธิการเข้าถึงและมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานภาครัฐ (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2025)

4) การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น การดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่บริหารกองทุนสุขภาพ ได้แก่ สปสช. (ข้อมูลการใช้บริการและงบประมาณ) สำนักงานประกันสังคม (ข้อมูลผู้ประกันตน) กรมบัญชีกลาง (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) และกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลบริการและสถานการณ์โรค) ทั้งนี้ ความแตกกระจายของกองทุนประกันสุขภาพไทยซึ่งแต่ละกองทุนดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายของตนเองและยังไม่มีกลไกรวมศูนย์ในการควบคุมรายจ่าย เป็นความท้าทายสำคัญที่การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานจะสามารถช่วยบรรเทาได้ (Sumriddetchkajorn et al., 2019)

บทสรุป

ระบบสาธารณสุขไทยกำลังเผชิญแรงกดดันจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง ภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณภาครัฐ บทความนี้จึงศึกษารูปแบบและกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี เพื่อสังเคราะห์บทเรียนสำหรับการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขของไทย

จากการศึกษาพบว่า แม้ทั้งสามประเทศจะมีโครงสร้างสถาบันแตกต่างกัน แต่มีองค์ประกอบร่วมที่สำคัญได้แก่ การกำหนดนโยบายบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านกลไกการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ การมีระบบฐานข้อมูลสุขภาพส่วนกลางที่สนับสนุนการวิเคราะห์เชิงนโยบาย การอาศัยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพที่รวมนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพและผู้แทนภาคประชาชน บทเรียนดังกล่าวนำไปสู่ข้อเสนอกลไกสี่ประการที่สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรพัฒนาให้ครบวงจรได้แก่ การประเมินความคุ้มค่าของนโยบายและเทคโนโลยีสุขภาพ การบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ การพยากรณ์ภาระทางการคลัง และการประเมินผลนโยบายภายหลังการดำเนินการ โดยดำเนินงานผ่านกระบวนการปัจจัยนำเข้า การวิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ และการประเมินผล ควบคู่กับการมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญระบบฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ และการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่บริหารกองทุนสุขภาพ

เพื่อให้ข้อเสนอข้างต้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในบริบทของประเทศไทยใน 3 มิติสำคัญ ได้แก่ กรอบกฎหมายและรูปแบบองค์กร งบประมาณและทรัพยากร และความพร้อมด้านข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2: การวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขในบริบทไทย

มิติ	ปัจจัยเอื้อ	อุปสรรค/เงื่อนไขที่ต้องจัดการ
กรอบกฎหมายและรูปแบบองค์กร	มีการวิเคราะห์ฐานอำนาจทางกฎหมายไว้แล้วว่าสามารถจัดตั้งได้ 3 รูปแบบ (หน่วยงานภายใน ส่วนราชการระดับกรม และองค์การมหาชน) โดยเริ่มเป็นหน่วยงานภายในในระยะแรกได้ (Nolwachai, 2026)	การยกระดับสู่รูปแบบที่มีความเป็นอิสระมากขึ้นต้องอาศัยการผลักดันเชิงนโยบายและกระบวนการทางกฎหมายเพิ่มเติม
งบประมาณและทรัพยากร	สามารถอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอยู่เดิม เช่น HITAP และ สปสช. เพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อนในระยะเริ่มต้น (HITAP, n.d.)	ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพของไทยยังขาดองค์การกำกับดูแลและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ชัดเจน (Leelahavarong et al., 2019)
ความพร้อมด้านข้อมูล	มีฐานข้อมูลจากกองทุนสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับการบูรณาการ	ความแตกกระจายของระบบสุขภาพและกองทุนที่ต่างดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายของตนเอง ประกอบกับแนวทางการแบ่งปันข้อมูลที่ไม่ชัดเจน เป็นอุปสรรคสำคัญ (Kaushik et al., 2025; Sumriddetchkajorn et al., 2019)

ข้อเสนอนี้มีความสำคัญเนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยมี HITAP ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว แต่การควบคุมและพยากรณ์ภาระทางการคลังในระยะยาว ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ยังคงเป็นช่องว่างเชิงนโยบายที่ไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบอย่างเป็นเอกภาพ การจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข จึงเป็นกลไกเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยในระยะเริ่มต้นสามารถอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอยู่เดิมเพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อน

อย่างไรก็ตาม การนำข้อเสนอไปสู่การปฏิบัติยังมีประเด็นที่ต้องศึกษาต่อ ประการแรก ประเทศไทยควรจัดวาง

สำนักงานนี้ไว้ในโครงสร้างการบริหารราชการรูปแบบใด จึงจะรักษาความเป็นอิสระทางวิชาการควบคู่กับการเชื่อมโยงเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ประการที่สอง จะออกแบบกลไกเชิงสถาบันอย่างไรให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกองทุนสุขภาพซึ่งต่างดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายของตนเองเกิดขึ้นได้จริง และประการที่สาม เกณฑ์ความคุ้มค่าที่เหมาะสมกับบริบทและขีดความสามารถทางการคลังของไทยควรกำหนดไว้ที่ระดับใด คำถามเหล่านี้เป็นโจทย์สำคัญที่ต้องการการศึกษาเชิงลึกและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้การพัฒนาภาคด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของไทยเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

References

- Charlton, V. (2022). Justice, transparency and the guiding principles of the UK's National Institute for Health and Care Excellence. *Health Care Analysis*, 30(2), 115–145. <https://doi.org/10.1007/s10728-021-00444-y>
- Dakin et al. (2015). The influence of cost-effectiveness and other factors on NICE decisions. *Health Economics*, 24(10), 1256–1271. <https://doi.org/10.1002/hec.3086>
- Department of Health, Disability and Ageing. (n.d.). *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) membership*. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). <https://www.pbs.gov.au/industry/listing/participants/pbac>
- Freihat O. et al. (2025). Global burden and future projections of non-communicable diseases (2000–2050): Progress toward SDG 3.4 and disparities across regions and risk factors. *PLOS One*, 20(12), e0336036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0336036>
- Garbi, M. (2021). National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines development principles and processes. *Heart*, 107(12), 949–953. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-318661>
- Health and Social Care Act. (2012 c. 7 (UK). *Health and Social Care Act 2012*. legislation. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>
- HITAP. (n.d.). *About HITAP*. Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). <https://www.hitap.net/th/about-us/>
- Kaushik et al. (2025). Challenges and opportunities for data sharing related to artificial intelligence tools in health care in low- and middle-income countries: Systematic review and case study from Thailand. *Journal of Medical Internet Research*, 27(2025), e58338. <https://doi.org/10.2196/58338>
- Kilbourne et al. (2024). The translation-to-policy learning cycle to improve public health. *Learning Health Systems*, 8(4), e10463. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10463>
- Lee R. & Miller T. (2002). An approach to forecasting health expenditures, with application to the U.S. Medicare system. *Health Services Research*, 37(5), 1365–1386. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01112>
- Leelahavarong et al. (2019). Health technology assessment in Thailand: Institutionalization and contribution to healthcare decision making: Review of literature. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 35(6), 467–473. <https://doi.org/10.1017/S0266462319000321>

- Millar R. et al. (2021). Assessing the performance of health technology assessment (HTA) agencies: Developing a multi-country, multi-stakeholder, and multi-dimensional framework to explore mechanisms of impact. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(2021), 37. <https://doi.org/10.1186/s12962-021-00290-8>
- Latest version. (2026, July 07). *National Health Act 1953*. Australian Government. <https://www.legislation.gov.au/C1953A00095>
- Nolwachai, W. (2026). Legal analysis and organizational structure for the establishment of the Office of Health Economics in Thailand. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 8(2), e283216.
- Office for Health Improvement and Disparities. (2020, October 13). *Cost utility analysis: Health economic studies*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/guidance/cost-utility-analysis-health-economic-studies>
- Oh et al. (2023). Institutionalizing health technology assessment and priority setting in South Korea's universal health coverage journey. *Health Systems & Reform*, 9(3), 233830. <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2338308>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025, October 29). *Digital government review of Korea: Harnessing digital and data to transform government*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9defc197-en>
- Pellense et al. (2025). Evaluation of quality policies and strategies in health systems: A scoping review. *BMJ Open*, 15(2025), e092654. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092654>
- Rawlins, M. (2013). NICE: An evolving institution. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 95(2), 148–149. <https://doi.org/10.1308/003588413X13511609957650>
- Seong et al. (2017). Data resource profile: The National Health Information Database of the National Health Insurance Service in South Korea. *International Journal of Epidemiology*, 46(3), 799–800. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw253>
- Sumriddetchkajorn et al. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415–422. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.223693>
- Turner H. C. et al. (2023). What are economic costs and when should they be used in health economic studies? *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 21(2023), 31. <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00436-w>