

1 รายงานการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อโครงงานวิจัย

2 เรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าด้านโรคจิตรูปแบบจิตออกฤทธิ์นานรุ่นที่ 2 ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

3 และโรคอารมณ์สองขั้วที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง”

4 วันจันทร์ที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เวลา 9.00-12.00 น.

5 ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

6 (การประชุมออนไลน์ผ่านทางโปรแกรม Zoom)

7 ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. นพ.นิธิวัชร แสงเรือง | ผู้แทนจากคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ |
| 2. ผศ. ดร. พญ.มุกิตา พนาสธิตย | ผู้แทนจากคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา
สาขาจิตเวชศาสตร์ |
| 3. รศ. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ | ผู้แทนคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข |
| 4. ผศ. นพ.ศุภโชค สิงห์กันต์ | ผู้แทนจากมหาวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 5. นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 6. นางสาวกนกทิพย์ ปันสันเทียะ | สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ประกันสังคม |
| 7. นางสาวกมลวรรณ สิริลัทธ | กลุ่มงานนโยบายสวัสดิการรักษายาบาล กองสวัสดิการ
รักษายาบาล กรมบัญชีกลาง |
| 8. นางวรรณภา พลอยเกลื่อน | ผู้แทนจากสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย |
| 9. ภก.ศักดิ์วีร์ เต็มมี | ผู้แทนจากสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (บริษัท Thai
Otsuka) |
| 10. ภก.เจริญ กัณหวิชัยวัฒน์ | ผู้แทนจากสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (บริษัท Thai
Otsuka) |
| 11. คุณจิรบูรณ์ ไตสงวน | ผู้แทนจากสมาคมการค้ายาโรเพียนเพื่อธุรกิจและการพาณิชย์
(บริษัท Viatris) |
| 12. คุณศิริรัตน์ โล่ห์เรืองทรัพย์ | ผู้แทนจากสมาคมการค้ายาโรเพียนเพื่อธุรกิจและการพาณิชย์
(บริษัท Janssen Cilag) |
| 13. รศ. ดร.พุดตาน พันธเนตร | คณะบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร มหาวิทยาลัย
นเรศวร |
| 14. นพ.เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร | สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ |
| 15. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง | กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต |
| 16. ภญ.ชมภูณัฐ วีระวัชรชัย | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 17. ภก.วิชัย ลิขสิทธิ์ดำรงกุล | โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ |

18. ญ.จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ
19. นางสาวชลลดา จารุศิริชัยกุล
20. นางสาวศรีแพร หนูแก้ว
21. ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์
22. รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย
23. ดร. ญ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว
24. ดร. พญ.จารวี สุขมณี
25. ญ.ปานทิพย์ จันทมา
26. นางสาวพิชญ์สินี ศุภผล
27. ญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์
28. ญ.บุสดี โสบุญ
29. ดร. ญ.อภิรุจี ปัญจะเทวคุปต์
30. นางสาวอาภรณ์ชัย สิมมาทอง
31. นางสาวสุพิชญาพร บวรบุญฤทธิ์
32. นางสาวปณณิกา วัฒนรัตน์
33. นางสาวพิชชาภา แดงช่วง

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
 กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
 กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

1 เริ่มประชุมเวลา 9.00 น.

2 ญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ นักวิจัยจากมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ได้กล่าว
3 ต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมและขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมแนะนำตนเองและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับ
4 ซ้อน (conflict of Interest) หากมี

5 จากนั้น ญ.วรัญญาได้นำเสนอที่มาของหัวข้อวิจัย โดยระบุว่า มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและ
6 นโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation:
7 HITAP Foundation) ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยาต้านโรคจิต
8 ชนิดฉีดออกฤทธิ์ นานรุ่นที่ 2 (second-generation long-acting injectable antipsychotics: second-
9 generation LAIs) ได้แก่ aripiprazole และ paliperidone เพื่อเสนอแก่คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลัก
10 แห่งชาติ อันจะนำไปสู่การพัฒนาสิทธิประโยชน์ด้านยาให้แก่ผู้ป่วยต่อไป โดยการศึกษาดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2
11 โครงการวิจัย ตามที่สรุปไว้ในตารางด้านล่าง

	โครงการวิจัยบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(1)	โครงการวิจัยบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2)
วัตถุประสงค์	โครงการการศึกษานำร่องเพื่อติดตามการใช้ยา (ดำเนินการโดยทีมวิจัยจากกรมสุขภาพจิต) โดยศึกษาประสิทธิผลและประเมินความคุ้มค่าของยาด้วยวิธีวิเคราะห์จากข้อมูลรายบุคคล (patient-level data)	การประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณของยา โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์
ประชากรเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงชนิด V2 – V4* ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือกรณีมีผลข้างเคียงรุนแรงจากยาต้านโรคจิตชนิดรับประทานอย่างน้อย 2 ชนิด หรือ ยาต้านโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ยาวรุ่นแรกอย่างน้อย 1 ชนิด ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงชนิด V3 และ V4* ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือกรณีมีผลข้างเคียงรุนแรงจากยาต้านโรคจิตชนิดรับประทานอย่างน้อย 2 ชนิด หรือ ยาต้านโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ยาวรุ่นแรกอย่างน้อย 1 ชนิด ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
รายการยา	Aripiprazole และ Paliperidone ซึ่งปัจจุบันได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(1)	Aripiprazole และ Paliperidone ที่ได้รับการเสนอเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2)
วิธีวิจัย	ทดลองใช้ยาจริงในโรงพยาบาลนำร่อง โดยคัดเข้าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 1,152 ราย	ทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์

	โครงการวิจัยปัญหาหลักแห่งชาติ จ(1)	โครงการวิจัยปัญหาหลักแห่งชาติ จ(2)
ระยะเวลา ดำเนินการ	2 ปี	6 เดือน หลังจากคณะทำงานด้าน เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข พิจารณาอนุมัติ โครงร่างวิจัย
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ กองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไข ปัญหาเสพติด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
*ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง ดังนี้ V1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน V3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อ บุคคลที่จะมุ่งทำร้าย V4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)		

1 วัตถุประสงค์ของการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในครั้งนี้ คือ 1) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้มี
2 ส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในกระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และ 2) เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะต่อ
3 ขอบเขตงานวิจัยและโครงร่างงานวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าของยา aripiprazole และ paliperidone ซึ่งมี
4 รายละเอียดดังเอกสารประกอบการประชุม (เอกสารแนบ) ภายหลังจากการนำเสนอของทีมนักวิจัยจากมูลนิธิ
5 HITAP และกรมสุขภาพจิต ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะต่อขอบเขตและโครงร่าง
6 งานวิจัย โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ตามแต่ละโครงการ ดังต่อไปนี้

7 โครงการวิจัยที่ 1: การประเมินความคุ้มค่าด้านโรคจิตรูปแบบฉีดออกฤทธิ์นานรุ่นที่ 2 ในการรักษาผู้ป่วยจิต
8 เภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ (โครงการวิจัยปัญหาหลัก
9 แห่งชาติ จ(2))

10 1.1 ประชากรเป้าหมายและแนวทางการรักษาผู้ป่วย

11 สืบเนื่องจากการหารือระหว่างทีมนักวิจัยกับที่ประชุมในประเด็นเกี่ยวกับกลุ่มประชากรเป้าหมายของการวิจัย โดย
12 จากผลการทบทวนวรรณกรรมประเภท systematic review หลายฉบับ พบว่ากลุ่มประชากรเป้าหมายตาม
13 คำถามเชิงนโยบาย ซึ่งระบุว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในระดับ V3 และ V4
14 และเป็นผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือมีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากยาต้านโรคจิตชนิดรับประทาน
15 อย่างน้อย 2 ชนิด หรือยาต้านโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ยาวรุ่นแรก (first-generation long-acting injectable
16 antipsychotics: first-generation LAIs) อย่างน้อย 1 ชนิด ที่อยู่ในปัญหาหลักแห่งชาติ อาจมีข้อจำกัดด้าน

ข้อมูลประสิทธิผล เนื่องจากการศึกษาวิจัยทางคลินิก (clinical trials) มักไม่ได้รวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวไว้ในการศึกษา

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ที่เข้าร่วมประชุมเห็นพ้องกับข้อจำกัดดังกล่าว ที่ประชุมจึงได้ร่วมกันอภิปรายและเห็นชอบกับข้อเสนอของทีมนิวิจัยในการประเมินความคุ้มค่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยยอมรับว่าข้อมูลด้านประสิทธิผลที่มีอยู่ในปัจจุบันอาจไม่สามารถจำแนกเฉพาะเจาะจงไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่ตรงตามนิยามในคำถามเชิงนโยบาย (ได้แก่ ระดับความรุนแรง V3 หรือ V4 ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีผลข้างเคียงรุนแรงจากยาต้านโรคจิตในบัญชียาหลักแห่งชาติ) ได้อย่างครบถ้วน

นอกจากนี้ จากการอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในทางปฏิบัติ พบว่า โดยทั่วไปแพทย์จะเริ่มการรักษาด้วยยา first-generation LAI ที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือมีภาวะไม่รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเอง ทั้งนี้ ตัวอย่างข้อมูลจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 60–70 ได้รับการรักษาด้วย first-generation LAI

เภสัชกรผู้ร่วมประชุมได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย first-generation LAI มักจำเป็นต้องใช้ยา Benzhexol หรือ Trihexyphenidyl ร่วมด้วย เพื่อควบคุมอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของการรักษา เช่น อาการกล้ามเนื้อเกร็ง (dystonia) และอาการคล้ายพาร์กินสัน (parkinsonism) อาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้ซึ่งมักเกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นของการใช้ยา first-generation LAI ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น การไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ หรือประสบภาวะความสามารถด้านการรู้คิด (cognitive function) ลดลง นอกจากนี้ อาการง่วงซึม ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ยา first-generation LAI ก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการอภิปรายเกี่ยวกับประชากรเป้าหมายและแนวทางการรักษาผู้ป่วยในการประชุม สามารถสรุปกรอบแนวคิด PICO ของการศึกษาครั้งนี้ได้ดังนี้

Population	ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
Intervention	Second-generation LAIs
Comparator	First-generation LAIs
Outcome (ประสิทธิผลของเทคโนโลยี)	Relapse rate หรือ Hospitalizations rate

ทั้งนี้ สำหรับตัวชี้วัดผล (outcome) ที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของเทคโนโลยี ทีมวิจัยจะ
ดำเนินการทบทวนเพิ่มเติมในประเด็นที่ที่ประชุมแนะนำ เช่น ความยอมรับในการใช้ยา (acceptability) ความ
ทนต่อยา (tolerability) หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น โดยอ้างอิงข้อมูลจาก clinical trials
และหากพบว่ามีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกระหว่าง first- และ second-generation LAIs ทีม
วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นหนึ่งในตัวแปรในแบบจำลองการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

1.2 ระเบียบวิธีวิจัย

ทีมวิจัยได้ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และแนวทาง
การดำเนินงานในโครงการนี้ อ้างอิงตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ทั้งนี้ ที่
ประชุมมีข้อเสนอแนะให้ทีมวิจัยพิจารณาต้นทุนจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลรอบข้าง (spillover
effects) เช่น ต้นทุนจากการก่ออาชญากรรมหรือการใช้ความรุนแรงในครอบครัว หากสามารถสืบค้นและ
ประเมินข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

สำหรับแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ความคุ้มค่า ซึ่งในที่นี้คือแบบจำลองมาร์คอฟ
(Markov model) ที่ประชุมเห็นว่ามีความเหมาะสม และสอดคล้องกับหลักการวิเคราะห์ที่สามารถสะท้อน
สถานะทางสุขภาพที่สำคัญของโรคจิตเภทได้

1.3 แนวทางการประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ

ทีมวิจัยได้หารือกับที่ประชุมเกี่ยวกับข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ
โดยเฉพาะอัตราความชุกของโรคจิตเภทในประชากรไทย และสัดส่วนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ
ก่อความรุนแรงชนิด V3 และ V4 โดยทีมวิจัยได้นำเสนอข้อมูลจากการสำรวจของพุดตาน พันธุเณร และคณะ
ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งระบุว่า อัตราความชุกของโรคจิตเภทในประชากรไทยกลุ่มอายุ 15–59 ปี อยู่ที่ 8.8 ต่อ
ประชากร 1,000 คน สำหรับสัดส่วนของผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่ม V3 และ V4 คิดเป็นร้อยละ 22.24 โดยอ้างอิง
จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (Health Data Center)

อย่างไรก็ดี ที่ประชุมมีความเห็นว่าข้อมูลดังกล่าวอาจล้าสมัย และแนะนำให้ทีมวิจัยพิจารณาสืบค้น
ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากขึ้น ทั้งนี้ ผู้แทนจากกรมสุขภาพจิตได้แจ้งว่ากรมสุขภาพจิตมีการสำรวจระดับประเทศ
เมื่อปลายปี พ.ศ. 2567 โดยมีรายงานเบื้องต้น (preliminary report) ซึ่งสามารถนำมาใช้ประกอบการ
วิเคราะห์ได้

นอกจากนี้ ผู้แทนจากสำนักงานประกันสังคมให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ในกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 33
และมาตรา 39 โดยไม่รวมแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีจำนวนรวมประมาณ 13.75 ล้านคน มีผู้ป่วยที่ได้รับการ
วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (รหัส F20–29) จำนวนทั้งสิ้น 15,454 ราย ขณะเดียวกัน ข้อมูลจากโรงพยาบาลจิต
เวชนครราชสีมาทราบกันว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการจิตเวชที่โรงพยาบาล พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง

ต่อการก่อความรุนแรงร้อยละ 15 โดยประมาณ โดยในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในประเภท V2 มีสัดส่วนมากที่สุด ขณะที่ประเภท V4 มีสัดส่วนน้อยที่สุด

ท้ายนี้ ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้ทีมวิจัยดำเนินการคำนวณผลกระทบทางงบประมาณโดยแยกการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยชนิด V3 และ V4 รวมถึงการวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้งหมดควบคู่กันไป

1.4 ประเด็นอื่น ๆ

ทีมวิจัยแจ้งที่ประชุมเกี่ยวกับขั้นตอนถัดไปของการดำเนินงานวิจัยว่า ทางทีมจะจัดทำโครงร่างงานวิจัยและนำเสนอโครงร่างดังกล่าวต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อพิจารณาอนุมัติการดำเนินงานต่อไป

นอกจากนี้ ทีมวิจัยได้เรียนเชิญผู้เข้าร่วมประชุมที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนเข้าร่วมเป็นนักวิจัยร่วมในโครงการวิจัยนี้ เพื่อให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยท่านที่สนใจสามารถแจ้งความประสงค์มายังทีมวิจัย หรือทางทีมวิจัยจะติดต่อผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านเพื่อเชิญเข้าร่วมเป็นนักวิจัยร่วมในโครงการนี้

โครงการวิจัยที่ 2: การศึกษานำร่องเพื่อติดตามการใช้ยา โดยศึกษาประสิทธิผลและประเมินความคุ้มค่าของยา ด้วยวิธีวิเคราะห์จากข้อมูลรายบุคคล (โครงการวิจัยบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(1))

ทีมวิจัยของโครงการวิจัยบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(1) นำเสนอผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorders) ซึ่งครอบคลุมข้อมูลภาระโรค แนวทางเวชปฏิบัติ ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของยา aripiprazole และ paliperidone จากนั้น ได้นำเสนอความก้าวหน้าของโครงการศึกษานำร่องเพื่อติดตามประสิทธิผลของยาทั้งสองรายการ พร้อมทั้งระเบียบวิธีวิจัยการประเมินความคุ้มค่าด้วยข้อมูลระดับบุคคล โดยผลการศึกษานำเสนอบนรูปแบบของส่วนต่างผลประโยชน์สุทธิ (incremental net benefit: INB)

ทั้งนี้ ที่ประชุมมีข้ออภิปรายและข้อเสนอแนะต่อระเบียบวิธีวิจัยและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลโครงการวิจัยบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(1) สรุปประเด็นได้ดังนี้

2.1. การเก็บข้อมูลค่าอรรถประโยชน์ด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L

ที่ประชุมมีข้อคิดเห็นว่า แบบสอบถาม EQ-5D-5L อาจไม่เหมาะสมกับการเก็บข้อมูลค่าอรรถประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จึงเสนอแนะให้ทีมวิจัยพิจารณาใช้แบบสอบถามสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตที่เจาะจงโรค (disease-specific quality of life instruments) ร่วมด้วย และหารือเพิ่มเติมร่วมกับ ศ. ญ. ดร.พรณทิพา ศักดิ์ทอง ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งทีมวิจัยรับทราบและเห็นด้วยกับข้อเสนอดังกล่าว

นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ทีมวิจัยพิจารณาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการแปลงข้อมูลจากแบบประเมินอาการทางจิต (Clinical Global Impression: CGI) และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและสังคม (Personal and Social Performance Scale: PSP) ที่มีการเก็บข้อมูลในโครงการนำร่องนี้ ให้เป็นค่าอรรถประโยชน์ รวมทั้งพิจารณานำค่าดังกล่าวมาใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของค่าคุณภาพชีวิตและค่าอรรถประโยชน์ที่ได้จากแบบสอบถาม EQ-5D-5L ด้วย

2.2. ผลลัพธ์ที่เลือกใช้ในการศึกษา

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้พิจารณาการที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้เป็นหนึ่งในผลลัพธ์ของการศึกษาเพิ่มเติมจากค่าอรรถประโยชน์ของผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ก่อความรุนแรง และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา เนื่องจากความสามารถในการกลับไปทำงานถือเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทีมวิจัยรับทราบข้อเสนอดังกล่าว และจะพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลผลลัพธ์นี้เพิ่มเติมในโครงการนำร่อง

2.3. ตัวแปรกวน (Covariates) อื่น ๆ ที่ควรพิจารณา

ที่ประชุมเสนอให้พิจารณา ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) เป็นอีกหนึ่งในตัวแปรกวนของการศึกษา เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและสะท้อนระดับความรุนแรงของโรคจิตเภท ทีมวิจัยรับทราบข้อเสนอดังกล่าว และชี้แจงว่ามีการเก็บข้อมูลดังกล่าวจากระบบเวชระเบียนผู้ป่วยไว้แล้วในโครงการนำร่อง

2.4. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลรอบข้าง (Spillover effect)

ตามที่ทีมวิจัยได้หารือกับที่ประชุมเกี่ยวกับการรวมผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลรอบข้างในการประเมินความคุ้มค่า ที่ประชุมเห็นชอบให้รวมผลกระทบของ spillover effect ในการวิเคราะห์ โดยครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายด้านคดียุติธรรมที่เกิดจากการทำร้ายร่างกายและค่ารักษาพยาบาลของผู้ได้รับบาดเจ็บจากการทำร้าย อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมมีข้อสังเกตเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านคดียุติธรรมที่อ้างอิงฐานข้อมูลกระทรวงยุติธรรม พร้อมสอบถามว่าทีมวิจัยจะใช้ข้อมูลจากคดีทำร้ายร่างกายทั้งหมด หรือเฉพาะคดีที่เกิดจากผู้ป่วยโรคจิตเวช ทีมวิจัยชี้แจงว่า จะเลือกใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจากคดีทำร้ายร่างกายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรในโครงการนำร่องมากที่สุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของข้อมูลที่มีอยู่ โดยจะนำค่าใช้จ่ายต่อกรณีมาคูณกับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยก่อความรุนแรงตามข้อมูลจากโครงการนำร่อง เพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายรวมที่เกิดขึ้นทั้งหมด

2.5. การจัดการข้อมูลที่สูญหาย (Missing data)

ที่ประชุมสอบถามแนวทางการจัดการข้อมูลสูญหาย เนื่องจากโครงการนำร่องเป็นการศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มเปราะบาง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งมีแนวโน้มสูงที่จะเกิดการ

- 1 ขาดการติดตามการรักษา (loss to follow-up) ดังนั้น การวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่ปฏิบัติตามแผนการทดลอง
- 2 (per-protocol analysis) อาจส่งผลให้ผลการศึกษามีความลำเอียง (bias) ทีมวิจัยรับทราบข้อกังวลดังกล่าว
- 3 และจะพิจารณาศึกษาแนวทางการจัดการข้อมูลสูญหาย เช่น การตัดข้อมูลทิ้ง การคาดคะเนข้อมูล
- 4 (imputation) เพื่อปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโครงการวิจัยต่อไป
- 5 ทำยนี้ ทีมวิจัยจากมูลนิธิ HITAP แจ้งที่ประชุมว่าจะจัดส่งรายงานการประชุมทางอีเมลภายใน 2
- 6 สัปดาห์ ขอความกรุณาผู้เชี่ยวชาญทุกท่านตอบรับเพื่อรับรองรายงานการประชุม หรือแจ้งข้อแก้ไขและ
- 7 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม หลังจากนั้น รายงานการประชุมจะได้รับการเผยแพร่บนเว็บไซต์ของ HITAP ต่อไป
- 8 ปิดประชุมเวลา 11.30 น.