

1 (ร่าง) รายงานการประชุมเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษาเบื้องต้น “โครงการศึกษาความคุ้มค่าของยา
2 naltrexone และ acamprosate สำหรับบำบัดการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย และ
3 การสำรวจความรู้พื้นฐาน เจตคติและความเต็มใจของแพทย์ในการสั่งใช้ยา naltrexone
4 acamprosate และ disulfiram ในประเทศไทย”
5 วันศุกร์ที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 09.00 – 12.00น.
6 ณ ห้องประชุมเจตพงษ์ ชั้น 14 อาคารสภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข
7 หรือประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom Meeting ID: 996 8946 5751

8 ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. นพ.โสภณ เมฆธน | ผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. นพ.ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์ | ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |
| 3. พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์ | อธิบดีกรมสุขภาพจิต |
| 4. นพ.พงศ์ธร ชาติพิทักษ์ | สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
กรมควบคุมโรค |
| 5. ภก.ธนกฤต มงคลชัยภักดิ์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 6. ภญ.ศิริกุล เมธีวีรังสรรค์ | องค์การเภสัชกรรม |
| 7. นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์ | โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ |
| 8. รศ.พญ.รัศเมน กัลยาศิริ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9. พญ.ภัทรีนทร์ ชมภูคำ | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรม-
ราชชนนี (สบยช) |
| 10. คุณจินตนา ปีสิ่งห์ | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) |
| 11. คุณอัมราภรณ์ ปันทา | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) |
| 12. คุณวรรณัดดา ศรีสุพรรณ | กองบริหารการสาธารณสุข |
| 13. นพ.กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย | โรงพยาบาลบางคล้า |
| 14. ภก.สงกรานต์ ภาคโชคดี | สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า |
| 15. คุณวารีย์ แฉ่นแก้ว | กรมบัญชีกลาง |
| 16. คุณยุวดี อัครนิวรรณ | สำนักงานประกันสังคม |
| 17. ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 18. รศ.ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 19. ดร.รุ่งนภา คำผาง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 20. มานิต สิทธิมาตร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 21. ดนัย ชินคำ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 22. เฉลอริลินธุ์ ประทุมสุวรรณ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 23. จิราธร สุตะวงศ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

- | | |
|-------------------------|--|
| 24. ผนวชวิศ กิตติบวรดิฐ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 25. ฐาปนา แสนราช | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 26. ญัฎฐพร ลีฬหารวงค์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 27. ศรีนญา ศักดิ์ทองจีน | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

1

2 **เริ่มประชุมเวลา 09:00 น.**

3

4 **วาระที่ 1**

5 **นพ.โสภณ เมฆธน** ผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงสาธารณสุข ประธานการประชุม กล่าวเปิดการ
6 ประชุมและชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุมเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษาเบื้องต้น “โครงการศึกษาความ
7 คุ่มค่าของยา naltrexone และ acamprosate สำหรับบำบัดการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย และ
8 การสำรวจความรู้พื้นฐาน เจตคติและความเต็มใจของแพทย์ในการสั่งใช้ยา naltrexone acamprosate และ
9 disulfiram ในประเทศไทย” ลำดับถัดมา **ดร.รุ่งนภา คำผาง** นักวิจัยหลักโครงการศึกษาความคุ่มค่าของยา
10 naltrexone และ acamprosate สำหรับบำบัดการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย นำเสนอที่มาและ
11 ความสำคัญของปัญหา คำถามงานวิจัย และวัตถุประสงค์งานวิจัย จากนั้น **นายมานิต สิทธิมาตร** นักวิจัยร่วม
12 ได้นำเสนอระเบียบวิธีวิจัย และผลการศึกษา (*รายละเอียดตั้งเอกสารประกอบการประชุม*) จากนั้นให้ผู้เข้าร่วม
13 การประชุมร่วมกันอภิปรายเพื่อแสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้นำเสนอ

14 **นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์** สอบถามประเด็นต้นตุนทางตรงทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคหรือภาวะที่เกิดขึ้น
15 จากแอลกอฮอล์ที่อยู่ในแบบจำลอง เห็นว่ามีรายการของโรคที่น่าจะเกิดทั่วไป โดยให้ความเห็นว่าโรคกลุ่ม
16 Pancreatitis, Stroke และ Cirrhosis รวมอยู่ในแบบจำลองแล้ว แต่ยังมีโรคเมเร็งหลายชนิดที่มีความสัมพันธ์
17 กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่แน่ใจว่านักวิจัยได้รวมในการศึกษาแล้วหรือไม่ **ดร.รุ่งนภา** ได้ตอบคำถาม
18 ว่า โรคเมเร็งหลายๆ ชนิดที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทีมวิจัยมีข้อมูลเฉพาะต้นตุนใน
19 การรักษาในประเทศไทย แต่ไม่มีข้อมูลตัวเลขความน่าจะเป็นในการเกิดโรคเมเร็งนั้นๆในผู้ที่ดื่มในระดับต่างๆ
20 หรือผู้ที่หยุดดื่มว่าเป็นเท่าไร จึงนำมาวิเคราะห์ไม่ได้ โดยในการศึกษานี้ทีมวิจัยทบทวนแบบจำลองและโอกาส
21 ในการเกิดโรคจากข้อมูลในต่างประเทศ **ดร.นพ.ยศ ติระวัฒนานนท์** กล่าวเสริมว่า ถ้ามีการรวมข้อมูล
22 โรคเมเร็งเข้ามาด้วยก็จะทำให้มีความคุ่มค่ามากยิ่งขึ้นไปอีก

23 ต่อมา **ภก.สงกรานต์ ภาคโชคดี** เสนอข้อคิดเห็น โดยกล่าวว่าภาครัฐหรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ
24 น่าจะดูที่ข้อมูลของความคุ่มค่าเป็นหลัก ในอดีต โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เคย
25 ประเมินต้นทุนการสูญเสียจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่ามีมากกว่ารายได้จากการเก็บภาษีสุรา แต่
26 ข้อค้นพบในอดีตมีข้อจำกัดของข้อมูลด้านอุบัติเหตุน้อยกว่าความเป็นจริง การประเมินความคุ่มค่าของยาจึง
27 ควรพิจารณาต้นทุนให้ครอบคลุม โดยไม่แน่ใจว่าทีมวิจัยได้พิจารณาต้นทุนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดครบถ้วนหรือไม่
28 ส่วนเรื่องราคาขายที่แพง ถ้ามีการเจรจาจะมีการนำยามาเข้าบัญชียาหลัก ก็มีความเป็นไปได้ที่จะได้ราคาที่ถูก
29 กว่านี้ อาจจะต้องมีกระบวนการต่อรองราคาเพื่อให้ได้ในราคาที่เหมาะสม

1 **พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์** ในฐานะจิตแพทย์ให้ความเห็นว่า หลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์
 2 ในปัจจุบัน ยังไม่มีการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เนื่องจากยังไม่มียาที่ใช้รักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ในประเทศ
 3 ทั้งนี้หากมีการนำยาเข้ามาใช้ ก็มีโอกาสที่แพทย์จะได้เรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง ปัจจุบันการใช้ยา
 4 Disulfiram จิตแพทย์ไม่ค่อยสบายใจในการสั่งจ่ายยา การเสพติดเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งใน
 5 เรื่องของราคา ยา และกระบวนการรักษาตั้งแต่การรักษาภาวะถอนพิษสุรา จนถึงการทำบำบัดฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ต้น
 6 เห็นด้วยกับการมีทางเลือกให้แพทย์และผู้ป่วยในการใช้ยา เพื่อที่จะได้มีประสบการณ์ และมีหลักฐานทาง
 7 วิชาการเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาที่เกิดขึ้นจริงในประเทศไทย และขั้นต่อไปคือการพิจารณานำเข้ายาสู่อินซี
 8 ยาหลักแห่งชาติ แต่ในขั้นแรกเพื่อให้มียาใช้ หากยายังมีราคาที่สูงอยู่ เราอาจจะต้องมีวิธีการที่จะทำให้แพทย์
 9 และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ในระดับหนึ่งด้วย เพราะเรื่องราคา ยา หากจ่ายได้ราคาถูกลงก็จะส่งผลกระทบต่อ
 10 ต่อทั้งระบบสุขภาพ นอกจากนี้ **พญ.อัมพร** กล่าวในฐานะของอธิบดีกรมสุขภาพจิตว่า สนับสนุนให้มียาดังกล่าว
 11 เพื่อให้แพทย์มีทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา เพราะว่าการรักษาด้วย biological
 12 treatment มีความสำคัญมากขึ้น และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ อีกทั้งการเสพติดยังมีความเกี่ยวข้องกับ
 13 receptor ต่างๆ ที่มีปัจจัยทางด้านพันธุกรรมร่วมด้วย ถ้าติดอยู่ที่ปัญหาการขาดยาจนทำให้ไม่มียาให้แพทย์ใช้ใน
 14 ประเทศไทย ควรมีโอกาสช่วยเหลือ โดยมองว่าเป็นเรื่องที่ดีมากในการนำเสนอเรื่องนี้

15 **พญ.ภัทรินทร์ ชมภูคำ** ให้ข้อคิดเห็นว่า ยังไม่มีโอกาสใช้ยา naltrexone และ acamprosate แต่ขอ
 16 กล่าวถึงการให้ยา disulfiram ผลที่เกิดกับผู้ป่วยไม่ค่อยดี เกิดการกลับมาดื่มซ้ำที่ค่อนข้างสูง จึงมีความสนใจใน
 17 การให้ยา naltrexone และ acamprosate และนอกจากจะประเมินผลกระทบด้านงบประมาณแล้ว การ
 18 ประเมินผลกระทบจากแอลกอฮอล์บางอย่างอาจไม่สามารถตีเป็นราคาเงินได้ เช่น การทำร้ายร่างกาย ดังนั้น
 19 การที่มียาช่วยบำบัดผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ถือว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก ในส่วนการศึกษาทดลองใช้ยา
 20 naltrexone และ acamprosate ในประเทศไทย ทาง สบยช. มีการทำ protocol ซึ่งน่าจะเกือบสมบูรณ์แล้ว
 21 แต่ยังมีปัญหาเรื่องงบประมาณ ทำให้ต้องลดขนาดของการทดลองลง สรุปว่าจะมีการทดลองใน สบยช. รพ.
 22 ัญญารักษ์ในภูมิภาคอีก 3 แห่ง (เชียงใหม่ อุตรดิตถ์ ขอนแก่น) เพราะยาราคาค่อนข้างสูง โครงการจึงถูกชะลอ
 23 ไว้ก่อน โดยยังไม่มีการกำหนดในการทำ pilot study ส่วนเรื่องความมั่นใจในการสั่งใช้ยา หากมีแนวทางจากทาง
 24 ราชวิทยาลัยฯ ระบุออกมาเป็นแนวทางก็จะทำให้แพทย์มีความมั่นใจมากขึ้นในการสั่งใช้ยา

25 **ภญ.ศิริกุล เมธีวีรังสรรค์** ให้ข้อมูลว่า องค์การเภสัชกรรมได้ติดต่อตัวแทนบริษัทยาที่เคยนำเข้ายา
 26 naltrexone เบื้องต้นพบว่าราคาแพงขึ้นจริง ส่วนยา acamprosate จากบริษัทประเทศเดนมาร์ก ซึ่งได้
 27 มาตรฐาน USFDA ถ้าจะเอาราคาที่ต่ำกว่านี้ก็ต้องเป็นบริษัทที่ได้มาตรฐาน GMP ของประเทศอินเดีย โดยทาง
 28 ตัวแทนยาที่องค์การเภสัชกรรมติดต่อกับไม่มั่นใจว่าประเทศไทยอยากได้มาตรฐาน USFDA หรือไม่ ซึ่งถ้าได้
 29 มาตรฐานนี้ราคายาก็จะแพง หรือจะยึดมาตรฐานใด แต่อย่างไรก็ตาม จากการคุยเบื้องต้น พบว่าจากปริมาณ
 30 ยาที่ใช้ยังมีไม่สูงมาก จึงทำให้ต่อราคาค่อนข้างยาก หากมีแผนประมาณการในการใช้ยาว่าจะต้องใช้ยา
 31 เท่าไรให้แก่บริษัท ก็จะมาสามารถต่อราคาได้ ซึ่งเบื้องต้นอาจต้องทราบข้อมูลว่า จะต้องใช้ในผู้ป่วยที่ราย
 32 ในแต่ละปี ใช้ยาจำนวนเท่าไร **ดร.นพ.ยศ** เสนอว่าหากแจ้งจำนวนยาที่ใช้ไปเท่ากับการทำ pilot project ก็
 33 อาจจะไม่มากพอที่จะต่อราคา ซึ่งในการใช้จริงอาจจะมากกว่านั้น

1 **รศ.พญ.รัศเมน กัลยาศิริ** กล่าวว่า จากประสบการณ์การรักษาผู้ป่วย แพทย์มักใช้ตัวเลือกอื่น ๆ ที่ยังไม่มี
 2 ผลการศึกษาชัดเจน แต่ด้วยการรักษาทางจิตสังคมบำบัดก็ช่วยได้ส่วนหนึ่ง แต่ว่ายาก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ
 3 ของการรักษาเข้าไปอีก เมื่อไม่มียาที่มีประสิทธิภาพ แพทย์ก็เลยต้องไปใช้ยาทางเลือกอื่น ๆ ซึ่งยาบางตัวอาจมี
 4 ราคาแพงกว่ายาสองตัวข้างต้นเสียอีก โดยรวมหากได้ยาดังกล่าวเข้ามารักษาก็จะดีมาก เรื่องราคายาหากได้
 5 ราคาถูกกว่านี้การประเมินความคุ้มค่าอาจจะคุ้มกว่านี้ ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม อาจจะใช้เงินไม่มาก แต่
 6 ต้องใช้เวลาในการฝึกแพทย์ให้มีความเชี่ยวชาญซึ่งต้องใช้เวลาและงบประมาณเช่นกัน นอกจากนี้ **รศ.**
 7 **พญ.รัศเมน** ให้ความเห็นว่าไม่แน่ใจเรื่องมาตรฐาน เพราะยาอื่นๆ บางตัวก็ใช้มาตรฐานจากประเทศอินเดีย ทั้งนี้
 8 หากสามารถนำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลแล้ว แพทย์ก็สะดวกใจในการสั่งจ่าย ส่วนประสิทธิภาพของยาในทุก
 9 ตัวก็ไม่ต่างกันมากจนต้องนำกังวล ส่วนทางด้านกฎหมายไม่แน่ใจว่าจะต้องเป็นอย่างไร

10 **ภก.ธนกฤต มงคลชัยภักดิ์** เลขาธิการอนุกรรมการกรมบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้ข้อมูลว่าการนำเข้ายา
 11 จากต่างประเทศ มาตรฐานในการนำเข้ายาจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ มาตรฐาน GMP ของประเทศ
 12 อินเดียก็เคยเสนอนำเข้ายามาแล้ว คิดว่าไม่น่าเป็นประเด็นปัญหา ส่วนการศึกษาความคุ้มค่า มีข้อคำถาม
 13 เกี่ยวกับผลกระทบต่องบประมาณของยาว่ามีการคิดแยกระหว่างยา naltrexone และ acamprosate
 14 หรือไม่ **ดร.นพ.ยศ** ตอบคำถามว่าสามารถแยกได้ หากแต่ตอนนี้ที่ยังไม่แยกราคา naltrexone และ
 15 acamprosate **ภก.ธนกฤต** แนะนำให้รวมการนำเสนอหน้า 27 และ 28 แยกออกมาเป็น naltrexone และ
 16 รวมผลกระทบต่องบประมาณของยาทั้งสองตัวมาด้วยว่ามีสัดส่วนการใช้เท่าไร ส่วนการขึ้นทะเบียนยาโดยใช้
 17 เกณฑ์ยากำพร้า มีเงื่อนไขว่าจะนำมาพิจารณาต้องสามารถระบุได้ว่าไม่มียาตัวอื่นที่สามารถใช้แทนได้ ซึ่ง
 18 อาจจะติดขัดที่ว่ามียา disulfiram อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้ว

19 **นพ.สุจิระ** ให้ข้อมูลว่า หากเปรียบเทียบกับยาทางจิตเวช Fluoxetine ที่มีการใช้ก็ไม่ได้มาตรฐาน
 20 USFDA ของอเมริกา แต่พบว่าประสิทธิภาพของยา (ชีวสมมูล) ไม่แตกต่างจากยา original ซึ่งหากได้รับ
 21 มาตรฐานจาก ออย.ของไทยแล้ว ก็ถือว่ายาที่มีมาตรฐานในการใช้ ส่วนข้อเสนอแนะในส่วนของแบบจำลองหน้า
 22 17 อาจต้องเพิ่มภาวะ Delirium tremens นำมาคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายในแบบจำลองด้วย เนื่องจากภาวะ
 23 ดังกล่าวพบได้บ่อยมีอัตราการป่วยและการตายที่ค่อนข้างสูง และค่าใช้จ่ายในการรักษาก็สูงมาก นอกจากนี้ยัง
 24 สอบถามว่ากลุ่มตัวอย่างที่นำเข้ามาวิเคราะห์ในแบบจำลอง มี stage of change ที่เหมาะสมสำหรับใช้ยาแล้ว
 25 หรือไม่ เพราะจะมีผลต่อผลกระทบต่องบประมาณที่ทางทีมจะนำมาวิเคราะห์ต่อไป

26 **คุณยุวดี อัครนิวรรณ** ผู้แทนจากสำนักงานประกันสังคม กล่าวว่า หากทางกระทรวงสาธารณสุขมี
 27 ระบบบริการในเรื่องของการเลิกเหล้า ที่จะให้ทางประกันสังคมช่วยสื่อสารประชาสัมพันธ์ แล้วก็สนับสนุนให้
 28 ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการ หน่วยงานก็ยินดี ส่วนในเรื่องที่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มสำหรับการดูแลนี้ คงต้องนำ
 29 รายละเอียดของข้อมูลที่จะสนับสนุนของทั้งสามกองทุนนำเรียนเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์
 30 ประกันสังคม และจะมีอนุกรรมการส่งเสริมป้องกันโรคร่วมพิจารณาด้วย อย่างไรก็ตาม อาจยังไม่ชัดเจนว่า
 31 บริการดังกล่าวเป็นการส่งเสริมป้องกันโรค หรือเป็นบริการรักษา

32 **นพ.กฤษฏา เจริญรุ่งเรืองชัย** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลบางคล้า แสดงข้อคิดเห็นว่า
 33 จากประสบการณ์ยังไม่เคยสั่งจ่ายยาดังกล่าว เพราะส่วนใหญ่จะมาด้วย alcohol withdrawal ก่อนแล้วต่อ

1 ด้วยการบำบัดทางจิตสังคม หรือ motivational interviewing แล้วผู้ป่วยก็จะเลิกดื่มได้ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วน
 2 น้อยที่เลิกดื่มได้ถาวร ส่วนใหญ่ก็จะวนกลับมารักษาใหม่ ซึ่งหากมียาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ที่ต้องการเลิก
 3 สุรา หรือทำให้การติดสุราน้อยลง ก็จะเป็นผลดี

4 **นพ.โสภณ** ตั้งข้อสังเกตว่า naltrexone เคยมีบริษัทขึ้นทะเบียนแล้วตั้งแต่ปี 2540 แต่ถอนทะเบียน
 5 ไปปี 2555 เหตุผลที่เลิกไปเพราะอะไร บริษัทดังกล่าวได้นำเข้ามาหรือไม่ นำเข้ามาแล้วแพทย์ไม่ใช้จึงเลิก
 6 นำเข้า หรือเป็นเพราะอะไร และประเด็นที่ว่า naltrexone รักษาเรื่องของ opioid ด้วยฉะนั้นปริมาณที่ใช้มาก
 7 น้อยแค่ไหน แล้ววันนี้แพทย์ดูแลอย่างไรในเมื่อไม่มียา naltrexone **ดร.รุ่งนภา** ตอบว่า naltrexone อัตรา
 8 การใช้ไม่เยอะ เพราะเหตุผลในการใช้ยาครั้งแรกใช้เพื่อการรักษา opioid เป็นหลัก ไม่ใช่เพื่อรักษาแอลกอฮอล์
 9 อาจจะทำให้เจอผู้ป่วย opioid ไม่มาก ทำให้บริษัทขาดออกไป และไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักด้วย ทำให้ผู้ป่วย
 10 ต้องจ่ายเอง **รศ.พญ.รัศมน** ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า naltrexone สามารถรักษา opioid ได้แต่ผู้ป่วยต้องยินยอม
 11 เพราะถ้าผู้ป่วยใช้ naltrexone แล้วไปใช้ opioid อาจเกิดอาการถอน (withdraw) ได้เพราะเป็น opioid
 12 antagonist ส่วนปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษา opioid จะเป็น opioid agonist ทั้งหมด เช่น methadone รวม
 13 ไปถึงการทำ detox กรณีที่ผู้ป่วยอยากรักษาโดยไม่ใช้ยาและไม่มีอาการถอนที่รุนแรง อีกทั้งมีการใช้จิตสังคม
 14 บำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่วนเท่าที่ทราบเหตุผลแรกที่ naltrexone เข้ามาในตอนนั้นมีราคาค่อนข้างสูง และบริษัท
 15 ก็ไม่มีกำไร

16 **นพ.คำณวน อึ้งชูศักดิ์** เสนอว่าประเด็นในการนำเสนอ หน้า 10 เป็นสิ่งที่สำคัญ เกณฑ์การพิจารณา
 17 บัญชียาหลักแห่งชาติอาจจะทำข้อมูลให้ชัดเจนขึ้น และสามารถโน้มน้าวผู้กำหนดนโยบายได้ นักวิจัยควร
 18 นำเสนอผลการศึกษาให้ผู้อื่นเข้าใจง่าย และขอให้แสดงผลลัพธ์ของการให้บริการว่าโอกาสที่จะมีผู้ประสบ
 19 ความสำเร็จในการรักษากี่คน

20

21 **วาระที่ 2**

22 **ดร.รุ่งนภา** นำเสนอการสำรวจความรู้พื้นฐาน เจตคติและความเต็มใจของแพทย์ในการสั่งใช้ยา
 23 naltrexone acamprosate และ disulfiram ในประเทศไทย (รายละเอียดดังเอกสารประกอบการประชุม)
 24 จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการประชุมร่วมกันอภิปรายเพื่อแสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้นำเสนอ

25 **พญ.อัมพร** ให้ความเห็นว่า แพทย์ยังไม่มีโอกาสใช้ยาจริง เพียงแค่ได้เรียนรู้ทางทฤษฎี สนับสนุนให้
 26 เกิดโอกาสในการใช้ยาดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีประเด็นอภิปรายเกี่ยวกับการนำเสนอข้อมูลและเสนออย่างต่อเนื่อง
 27 คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือดยา สาขาจิตเวชศาสตร์ เพื่อนำเสนอเข้าสู่บัญชียาหลัก
 28 แห่งชาติต่อไป โดย **ภก.ธนกฤต** ได้ให้ข้อมูลว่าในคณะทำงานจิตเวชศาสตร์ ยังไม่มีตัวแทนจากกรมสุขภาพจิต
 29 หากต้องการเสนอเข้าสู่บัญชียาหลัก แนะนำว่าเป็นควรเป็นการเสนอจากกรมสุขภาพจิต หรือราชวิทยาลัย
 30 โดยทำเป็นข้อมูลวิชาการเข้ามาและแนบข้อเสนอด้านความคุ้มค่าและผลกระทบงบประมาณจากโครงการ
 31 ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพมาด้วย ส่วนเรื่องารขึ้นทะเบียนยา **ภก.ธนกฤต** สนับสนุนให้ทำ
 32 ควบคู่กันไปโดยการส่งเสริมหรือประสานให้บริษัทที่สามารถนำเข้ยามาขึ้นทะเบียน เนื่องจาก
 33 คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักจะพิจารณาว่าที่ขึ้นทะเบียนก่อน จึงมีความสำคัญว่ากระบวนการขึ้น
 34 ทะเบียนและกระบวนการเสนอเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติต้องดำเนินการไปพร้อมกัน โดย **พญ.อัมพร**

1 ขอรับเรื่องไปประสานงานต่อภายในกรมสุขภาพจิต ที่ประชุมมีข้อเสนอให้ทีมวิจัยเขียนรายงานเพื่อเสนอกรม
 2 สุขภาพจิต กรมควบคุมโรค และราชวิทยาลัยเพื่อพิจารณาก่อนนำเสนอไปที่คณะทำงาน นอกจากนี้ **รศ.
 3 พญ.รัศมน** ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยมีความเห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ
 4 อยากให้มีการนำยาทั้งสองเข้ามาใช้ และถ้าพูดถึงการเรียนการสอนแพทย์ หากมียาใช้ มีการส่งจ่ายโดย
 5 อาจารย์ ก็จะสร้างความมั่นใจให้กับแพทย์ฝึกหัด ส่วนแพทย์ที่จบไปแล้วอาจต้องมีการอบรม หรือสวดแทรก
 6 เนื้อหาเข้าไปในงานประชุมต่างๆ

7 **ภก.สงกรานต์** ให้ความเห็นเห็นว่า แพทย์ส่วนใหญ่อาจจะไม่เห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาสุรา
 8 เท่าที่ควร ทั้งที่สุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก เช่น เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจำนวนมาก รวมถึงความ
 9 รุนแรงในสังคมและในครอบครัว ดังนั้นควรส่งเสริมให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์เห็นความสำคัญและ
 10 ตระหนักในเรื่องนี้

11 **คุณวารี แวนแก้ว** จากกรมบัญชีกลาง เสนอว่าเนื่องจากยาไม่ถือว่าเป็นราคาที่สูง ขอให้มิมติและทำ
 12 ข้อมูลประกอบ และส่งไปที่อธิบดีกรมบัญชีกลาง จากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณา เช่น ส่งไปคณะทำงาน
 13 พิจารณา ทั้งนี้ยาจะต้องขึ้นทะเบียนก่อน หรือหากยังไม่เข้าบัญชียาหลักแต่ขึ้นทะเบียน ก็สามารถเสนอได้
 14 อาจจะยกเว้นให้ยานอกบางรายการ จะมีคณะทำงานพิจารณาอยู่แล้ว **ภญ.ศิริกุล** ให้ความเห็นว่าเป็นเรื่องการ
 15 นำเข้ายา มี 2 วิธี 1) ให้บริษัทยานำเข้า และขอขึ้นทะเบียน และ 2) องค์กรเภสัชกรรมนำเข้าเอง ทั้งนี้ต้อง
 16 เจจาะเรื่องจำนวน และราคา ว่าเหมาะสมหรือไม่ และควรจะต้องมีการต่อรองราคาที่เหมาะสม แต่จะต้องรู้ว่า
 17 ควรต่อรองที่เท่าไร ควรมีข้อมูลเพื่อใช้ในการต่อรอง รวมทั้งที่ว่าหลังจากกระบวนการนี้แล้ว จะมีการใช้
 18 เพิ่มขึ้นเป็นเท่าไร จึงจะสามารถนำไปต่อรองได้ และกล่าวต่อไปถึงความเป็นไปได้ในการผลิตเอง ขึ้นทะเบียน
 19 เอง อาจจะต้องพิจารณาคำนวณต้นทุนการผลิตและขึ้นทะเบียนอีกครั้ง

20 **นพ.โสภณ** มีข้อเสนออยากให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ผลิตเอง เนื่องจากเป็นมติของคณะกรรมการ
 21 ระดับชาติแล้ว จึงควรเร่งรัดให้มีการนำมาใช้ **นพ.กฤษฎา** ให้ความเห็นว่ายาน naltrexone และ acamprosate
 22 เป็นยาที่แพทย์ยังไม่ค่อยคุ้นเคย อาจจะรู้จักในแพทย์เฉพาะทางโดยตรง แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์
 23 ครอบครัวยังไม่คุ้นเคย และมองว่าเป็นยาที่น่าใช้ ถ้านำเข้าได้จริง และมีการเพิ่มพูนความรู้ให้กับแพทย์ที่
 24 ปฏิบัติงานโดยทั่วไปได้ใช้ด้วยก็น่าจะมีประโยชน์มาก

25 และในช่วงท้ายของการประชุม ได้มีข้อเสนอให้กำหนดช่วงเวลาของกิจกรรม ความรับผิดชอบ และ
 26 อยากให้มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นระยะ และ **นพ.โสภณ** ได้สรุปการประชุม ดังนี้

- 27 1. องค์การเภสัชกรรม ขอให้ช่วยรับผิดชอบเรื่องการนำเข้าและขึ้นทะเบียนยา โดยการสนับสนุน
- 28 ข้อมูลจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- 29 2. อธิบดีกรมสุขภาพจิต พิจารณาด้านการเสนอยาเข้าสู่คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการ
- 30 คัดเลือกยา สาขาจิตเวชศาสตร์ เพื่อนำเสนอเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป โดยการสนับสนุน
- 31 ข้อมูลจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- 32 3. อธิบดีกรมสุขภาพจิตช่วยผลักดันด้านความพร้อมของระบบบริการและการพัฒนาศักยภาพของ
- 33 แพทย์
- 34 4. กองทุนสุขภาพทั้ง 3 พิจารณาด้านการเบิกจ่าย
- 35 5. ภก.สงกรานต์ ภาคโชคดี ช่วยสร้างความตระหนักและความต้องการในการใช้ยาในฝั่งผู้รับบริการ

1 6. เสนอให้มีการนัดประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าในอีก 3 เดือนข้างหน้า

2

3

4 เลิกประชุมเวลา 12.00 น.

5

(.....)

นางสาวจิราธร สุตะวงศ์

(.....)

ดร.รุ่งนภา คำผาง

(.....)

นางสาวณิธิลลิตา ประทุมสุวรรณ

(.....)

นายมานิต สิทธิมาตร

ผู้บันทึกรายงานการประชุม

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

6