

รายงานการประชุมเพื่อพิจารณาผลการศึกษาเบื้องต้น
เรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าของยา Alendronate สำหรับเงื่อนไขป้องกันการเกิดกระดูกหัก ใน
ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุนหรือกระดูกบางจากการใช้ยา glucocorticoid”

วันศุกร์ที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13.00 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
และการประชุมออนไลน์ผ่านทางโปรแกรม Zoom Meeting ID: 566 891 3194 Passcode: 123456

1

2 **รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม**

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. พลตรี ศ. ดร. นพ.ทวี ทรงพัฒนาศิลป์ | ผู้แทนมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทยฯ |
| 2. ศ. นพ.ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. ศ. พญ.รัตนวดี ณ นคร | ผู้แทนคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาออร์โธปิดิกส์และโรคข้อ |
| 4. ศ. นพ.อรุณพ ใจสำราญ | ผู้แทนสมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย |
| 5. รศ. นพ.พงศ์ศักดิ์ ยุกตะนันท์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 6. รศ. พญ.ลลิตา วัฒนะจรรยา | ผู้แทนสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย |
| 7. พ.อ.หญิง รศ.พญ.สุมาภา ชัยอำนาจ | ผู้แทนสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย |
| 8. ผศ. ดร. ภาณุ.กุลจิรา อุดมอักษร | ผู้แทนคณะทำงานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข |
| 9. พญ.อรรณดา ลิ้มวัฒนา ยิ่งยง | ผู้แทนคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ |
| 10. ดร. ภาณุ.จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์ | ผู้แทนมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| 11. คุณวรรณมา เอียดประพาล | ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 12. ภาณุ.กานต์มณี มิติสุบิน | ผู้แทนสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PREMA) |
| 13. คุณณัฐญา เจริญภักดี | ผู้แทนสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PREMA) |
| 14. ดร. ภาณุ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 15. ภาณุ.ปานทิพย์ จันทมา | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 16. นายธนกร เจริญกิตติวุฒ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 17. นางสาวชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 18. นางสาวนิชาต์ มูลคำ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 19. ดร.ธีรวัฒน์ วิวัฒน์พาณิชย์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 20. ภาณุ.บุสดี โสบุญ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 21. ภาณุ.ธมลวรรณ ดุลสัมพันธ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 22. ภาณุ.ชิตววรรณ พูนศิริ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 23. นางสาวธนย์นันท์ ขวอนไชยยะกุล | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 24. นางสาวภัทรภร พุฒมาเล | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |

3

4 **เริ่มประชุมเวลา 13.10 น.**

- 5 นางสาวนิชาต์ มูลคำ ผู้ดำเนินการประชุม กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมและชี้แจงวัตถุประสงค์ของ
- 6 การประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นของโครงการวิจัยเรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าของยา
- 7 Alendronate สำหรับเงื่อนไขป้องกันการเกิดกระดูกหัก ในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุนหรือกระดูกบางจากการ

1 ใช้ยาในกลุ่มโคคอร์ติคอยด์” จากนั้น คณะผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านกล่าวแนะนำตัวและเปิดเผย
2 ผลประโยชน์ทับซ้อนต่อรายการยาที่ศึกษาภายใต้โครงการวิจัยนี้

3 ภาณุ.ปานทิพย์ จันทมา นำเสนอที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการศึกษา การทบทวน
4 วรรณกรรม ระเบียบวิธีวิจัย ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รายละเอียดดั่งเอกสารแนบ 1 โดยที่
5 ประชุมมีข้ออภิปราย ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สรุปได้ดังนี้

6 1. แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์

7 ศ. นพ.ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล ให้ข้อเสนอแนะต่อแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ว่า Markov model ที่
8 ใช้ในการศึกษานี้อาจยังไม่เหมาะสมต่อกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุนจากการใช้ยาสเตียรอยด์ เนื่องจาก
9 แบบจำลองที่ทีมวิจัยเลือกใช้จะพิจารณาเพียงผลลัพธ์การเกิดกระดูกหัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลประสิทธิผล
10 ของยาส่วนใหญ่ที่วัดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของ Bone Mineral Density (BMD) ในขณะที่การศึกษา
11 ประสิทธิภาพด้านผลลัพธ์การเกิดกระดูกหักมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อ
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
ปฏิบัติ (policy implementation) นอกจากนี้ หากคณะผู้วิจัยไม่ได้ปรับผลลัพธ์ที่ใช้พิจารณาในแบบจำลอง
เศรษฐศาสตร์ดังที่กล่าวไปข้างต้น คณะผู้วิจัยควรพิจารณานำเสนอว่า แม้ยาในกลุ่ม Bisphosphonates บาง
รายการที่พิจารณาในการศึกษานี้ ยังไม่พบข้อมูลประสิทธิผลการป้องกันการเกิดกระดูกหักอย่างมีนัยสำคัญ
อย่างสถิติ ยาดังกล่าวนั้นมีประสิทธิผลในการเพิ่ม BMD ของผู้ป่วยได้ อีกทั้งข้อมูลประสิทธิผลของยาในกลุ่ม
Bisphosphonates ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้จากการศึกษาที่มีระยะเวลาการติดตามที่สั้น จึงอาจจะยังไม่สามารถ
แสดงประสิทธิผลในแง่การป้องกันการเกิดกระดูกหักซึ่งเป็นประสิทธิผลที่ต้องติดตามเป็นระยะเวลานาน ทั้งนี้ ด้วย
ข้อจำกัดของข้อมูลการศึกษาที่นำมาใช้ในแบบจำลองนี้ อาจต้องพิจารณาว่าจะสามารถดูผลลัพธ์ในการเพิ่ม
BMD ร่วมกับข้อมูลการต่อรองราคายาได้หรือไม่ ในการนี้ คณะผู้วิจัยชี้แจงว่า การประเมินความคุ้มค่าทาง
เศรษฐศาสตร์เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายที่อ้างอิงจากแนวทางการประเมินความคุ้มค่าฯ นั้น จะ
พิจารณาผลลัพธ์สุดท้าย (final outcome) ในการตัดสินใจและเปรียบเทียบกับยาอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม
คณะผู้วิจัยจะดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมในส่วนประสิทธิผลของยาในกลุ่ม Bisphosphonates ใน
รูปแบบการศึกษาระยะยาว (long term study) ไม่ใช่การศึกษาที่เป็นการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม
(Randomized Controlled Trials: RCT) เพื่อพิจารณาว่ายาในกลุ่มนี้ช่วยลดการเกิดกระดูกหักได้หรือไม่ และ
ใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลประกอบการนำเสนอผลการศึกษาต่อที่ประชุม
คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป

27 2. ข้อมูลที่นำมาใช้ในแบบจำลอง

28 2.1 ข้อมูลประสิทธิผลยา Alendronate

29 รศ. นพ.พงศ์ศักดิ์ ยุกตะนันท์ มีข้อคิดเห็นต่อการพิจารณาข้อมูลประสิทธิผลของยา Alendronate
30 จากผลลัพธ์การเกิดกระดูกหักว่า เนื่องจากยา Alendronate เป็นยาที่มีการใช้มาเป็นระยะเวลานานแล้ว และ
31 การศึกษาถึงผลลัพธ์สุดท้ายจำเป็นต้องศึกษาในรูปแบบ long-term study ที่ต้องมีการติดตามระยะยาวและมี
32 ค่าใช้จ่ายสูง ด้วยเหตุนี้ ข้อมูลประสิทธิผลของยา Alendronate ที่วัดผลลัพธ์การป้องกันการเกิดกระดูกหักจึง
33 มีค่อนข้างจำกัด อย่างไรก็ตาม แม้ว่ายา Alendronate มีประสิทธิผลการป้องกันการเกิดกระดูกหักอย่างไม่มี
34 นัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับมาตรการเปรียบเทียบ แต่อย่างไรก็ตาม พบหลักฐานว่ายา Alendronate มี
35 ข้อมูลประสิทธิผลในการเพิ่ม BMD และลด bone marker ของผู้ป่วยได้เมื่อเทียบกับมาตรการเปรียบเทียบ

1 นอกจากนี้ การขึ้นทะเบียนยาในกลุ่ม Bisphosphonate ในอดีต จะพิจารณาข้อมูลประสิทธิผลด้านการลด
2 กระดูกหักในการศึกษาระยะยาวในข้อบ่งชี้หลักคือ postmenopausal osteoporosis และมักมีการศึกษา
3 ต่อเนื่องในรูปแบบการปรับเปลี่ยนการให้ยา (Bridging study) ในข้อบ่งชี้ secondary osteoporosis จึงมี
4 ความเห็นว่า หากยามีประสิทธิภาพในการลดการกระดูกหักสำหรับข้อบ่งชี้ postmenopausal osteoporosis
5 ในการศึกษาระยะยาว จะเป็นที่ยอมรับว่ายามีประสิทธิภาพต่อข้อบ่งชี้ใน Bridging study ด้วยเช่นกัน ดังนั้น
6 จึงเสนอให้ทีมวิจัยนำเสนอข้อสรุปด้านประสิทธิผลการเพิ่ม BMD ของยาและพิจารณา bridging study เป็น
7 ส่วนหนึ่งในการตัดสินใจร่วมด้วย และไม่ควรสรุปว่ายา Alendronate ไม่มีประสิทธิผล

8 พลตรี ศ. ดร. นพ.ทวิ ทรงพัฒนาศิลป์ ให้ข้อมูลถึง pathophysiology ของการเกิดกระดูกพรุนจาก
9 ยาสเตียรอยด์ว่า ยาสเตียรอยด์ส่งผลให้เกิดกระดูกพรุนจากการกด bone formation ในขณะที่ยาในกลุ่ม
10 Bisphosphonates เป็นกลุ่มยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์เป็น anti-resorptive และมีความแตกต่างกันระหว่าง
11 ชนิดตัวยานี้ เป็นไปได้ว่า ยาบางชนิดที่มีความแรงสูงอาจส่งผลในการกด bone formation ได้ ด้วยเหตุนี้ การ
12 รักษาอย่างต่อเนื่องจึงไม่พบว่ามีประสิทธิผลในการลดกระดูกหักที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม การไม่พบหลักฐาน
13 ด้านประสิทธิผลในการศึกษาระยะยาว ไม่ได้หมายความว่า ยาดังกล่าวไม่มีประสิทธิผล จึงมีข้อเสนอแนะให้
14 คณะผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาเป็นข้อมูลประกอบการนำเสนอผลการศึกษานี้

15 ในการนี้ คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงว่า เนื่องจากไม่พบข้อมูลเชื่อมโยงระหว่าง BMD และอุบัติการณ์การเกิด
16 กระดูกหักที่ชัดเจน การศึกษานี้จึงไม่สามารถพิจารณาผลลัพธ์การเพิ่มขึ้นของ BMD เป็นผลลัพธ์หลักของ
17 การศึกษาได้ แต่อย่างไรก็ตาม แม้ข้อสรุปด้านประสิทธิผลของยา Alendronate จะไม่พบหลักฐานการลด
18 กระดูกหักอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยจะนำเสนอข้อสรุปด้านประสิทธิผลการเพิ่ม BMD ของ
19 ยา Alendronate เป็นส่วนหนึ่งของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้ที่ประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา
20 บัญชียาหลักแห่งชาติได้พิจารณาร่วมด้วย

21 มติที่ประชุม มีข้อเสนอแนะดังนี้

- 22 ■ ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้คณะผู้วิจัย ดังนี้
- 23 - ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมในส่วนของประสิทธิผลของยา Alendronate ในรูปแบบการศึกษาระยะยาว
24 ที่ไม่ใช่การศึกษาที่เป็นการศึกษาทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม
- 25 - นำเสนอข้อสรุปด้านประสิทธิผลการเพิ่ม BMD ของยา เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลเพื่อการพิจารณา
26 ให้กับคณะทำงานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติได้พิจารณาร่วมด้วย

27 2.2 ระยะเวลาการรักษา

28 ศ. พญ.รัตนาวดี ณ นคร สอบถามเหตุผลที่คณะผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการให้ยาเพื่อรักษาภาวะ
29 กระดูกพรุนจากการใช้ยาสเตียรอยด์เท่ากับ 5 ปี เนื่องจากโดยหลักการแล้วหากผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้ยา
30 สเตียรอยด์ได้ จะได้รับการรักษาภาวะกระดูกพรุนจากการใช้ยาสเตียรอยด์เป็นระยะเวลาเพียง 6 เดือน ถึง 1
31 ปี แล้วจึงหยุดการให้ยา นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ค่อนข้างมีความหลากหลายตามความ
32 รุนแรงของโรค เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis: RA) ที่อยู่ในระดับความเสี่ยง
33 ต่อการเกิดกระดูกหักสูงจะได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ในปริมาณต่ำที่ 5-7.5 มิลลิกรัม และกลุ่มผู้ป่วย
34 โรคแพ้ภูมิตนเอง (Systemic Lupus Erythematosus: SLE) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ในปริมาณสูง

1 จะเป็นผู้ป่วยที่อายุน้อยและใช้ยาสเตียรอยด์ในระยะเวลาสั้น ดังนั้น การให้ยาเพื่อรักษาภาวะกระดูกพรุนจาก
2 การใช้ยาสเตียรอยด์เป็นระยะเวลา 5 ปีในการศึกษานี้ อาจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่กล่าวไปข้างต้น

3 ในการนี้ คณะผู้วิจัยชี้แจงว่าเนื่องจากแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์วิเคราะห์ตามระยะเวลาต่อรอบ
4 (Cycle) ที่ผู้ป่วยได้รับยาสเตียรอยด์ และข้อจำกัดที่สำคัญของแบบจำลองนี้ คือ ไม่สามารถครอบคลุม
5 ระยะเวลาการได้รับยาสเตียรอยด์ที่แตกต่างกันตามรายบุคคล คณะผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาการรักษาภาวะ
6 กระดูกพรุนจากการใช้ยาสเตียรอยด์ที่ 5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาสูงสุดที่ระบุไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม
7 หากผู้เชี่ยวชาญมีข้อมูลระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะกระดูกพรุนจากการใช้ยาสเตียรอยด์
8 คณะผู้วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวไปปรับปรุงแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ และการวิเคราะห์ผลกระทบต่อ
9 งบประมาณในส่วนของการรักษาเพื่อป้องกันกระดูกหักปฐมภูมิ (Primary prevention)

10 จากนั้น คณะผู้วิจัยได้ขอข้อเสนอแนะจากที่ประชุมเกี่ยวกับระยะเวลาที่เหมาะสมในการรักษาภาวะ
11 กระดูกพรุนจากการใช้ยาสเตียรอยด์ ศ. พญ.รัตนวดี ณ นคร และ พ.อ.หญิง รศ. พญ.สุมาภา ชัยอำนวย ให้
12 ข้อคิดเห็นว่า การรักษาภาวะกระดูกพรุนจากการใช้ยาสเตียรอยด์ ควรสอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับ
13 ยาสเตียรอยด์ ซึ่งโดยเฉลี่ยจะได้รับในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี หากแบบจำลองในการศึกษานี้มีสมมติฐานว่าผู้ป่วย
14 ตั้งต้นได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ปริมาณ 7.5 มิลลิกรัม การรักษาภาวะกระดูกพรุนจากการใช้ยา
15 สเตียรอยด์ที่ระยะเวลา 1 ปี จึงมีความเหมาะสม ทั้งนี้ การรักษาผู้ป่วยด้วยยาสเตียรอยด์มีเป้าหมายว่าต้องลด
16 ปริมาณยาสเตียรอยด์ลงเรื่อย ๆ จึงมีข้อเสนอแนะให้คณะผู้วิจัยพิจารณาวิเคราะห์ผลการประเมินความคุ้มค่า
17 การรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ปริมาณ 7.5 มิลลิกรัมในระยะเวลาการรักษาเท่ากับ 1 ปี และพิจารณาผู้ป่วยตั้งต้น
18 ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ปริมาณ 5 มิลลิกรัม เนื่องจากมีข้อมูลว่าเป็นขนาดยาที่ส่งผลการเกิด
19 กระดูกหักได้ คณะผู้วิจัยรับข้อเสนอแนะและจะพิจารณาปรับการวิเคราะห์ และให้ข้อมูลในเบื้องต้นว่า ในกรณี
20 การรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ปริมาณ 5 มิลลิกรัมในระยะเวลา 5 ปี พบว่า ผลการประเมินความคุ้มค่าไม่ได้
21 แตกต่างจากกรณีผู้ป่วยตั้งต้นได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ปริมาณ 7.5 มิลลิกรัมมากนัก นอกจากนี้ พ.อ.
22 หญิง รศ.พญ.สุมาภา ชัยอำนวย ได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ในกรณีของการประเมินความคุ้มค่าในเพศชาย
23 เสนอให้วิเคราะห์ในผู้ป่วยตั้งต้นได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ปริมาณมากกว่า 7.5 มิลลิกรัมขึ้นไป

- 24 ■ ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้คณะผู้วิจัย ดังนี้
- 25 - เสนอให้พิจารณาประเมินความคุ้มค่าและคำนวณผลกระทบต่องบประมาณโดยกำหนด
26 ระยะเวลาการให้ยาเท่ากับ 1 ปี สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ปริมาณ 7.5
27 มิลลิกรัมต่อวัน และปรับปริมาณการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ในกลุ่มเพศชายให้มีปริมาณมากกว่า
28 7.5 มิลลิกรัมขึ้นไป
 - 29 - เสนอให้พิจารณากรณีรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ปริมาณ 5 มิลลิกรัมต่อวันร่วมด้วย ว่าส่งผลต่อ
30 ความคุ้มค่าหรือไม่

31 2.3 รูปแบบและราคายาที่ใช้ในการวิเคราะห์

32 คุณวรรณ เอียดประพาล สอบถามเรื่องราคายา Alendronate ในปัจจุบัน ว่ามีราคาถูกกว่าข้อมูลที่
33 นำเสนอหรือไม่ ทาง ผศ. ดร. ภญ.กุลจิรา อุดมอักษร ให้ข้อมูลว่า ในปัจจุบันราคายา Alendronate คือ 16
34 บาท และยา Risedronate ราคาต่ำกว่า 800 บาท อย่างไรก็ตาม ทางคณะผู้วิจัยชี้แจงว่า การวิเคราะห์นี้
35 จำเป็นต้องอ้างอิงข้อมูลราคาจากประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา

1 ลงวันที่ 4 มกราคม 2567 ซึ่ง Alendronate 70 mg tablet ราคา 25 บาท และ Risedronate 150 mg
2 tablet ราคา 860.80 บาท

3 รศ. นพ.พงศ์ศักดิ์ ยุกตะนันท์ ให้มีข้อเสนอแนะต่อรูปแบบยาที่วิเคราะห์ว่า เนื่องจากยา
4 Risedronate มีจำหน่ายในประเทศไทยทั้งในรูปแบบ 35 mg สำหรับการให้สัปดาห์ละครั้ง (weekly) และ
5 รูปแบบ 150 mg สำหรับการให้เดือนละครั้ง (monthly) จึงควรพิจารณานำเสนอผลการศึกษา ทั้งการให้ยาทั้ง
6 2 รูปแบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการต่อรองราคาและพิจารณายาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้ หาก
7 คณะผู้วิจัยพิจารณาวิเคราะห์ด้วยราคายา generic ในรูปแบบ weekly ที่มีแนวโน้มต่ำกว่าราคากลาง อาจ
8 ส่งผลต่อสรุปผลความคุ้มค่าของผู้ป่วยเพศชายอีกด้วย

9

10 4 การดำเนินงานขั้นตอนต่อไป

11 ท้ายนี้ คณะผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน จากนั้น ผู้ดำเนินการประชุมแจ้งที่ประชุมถึง
12 การส่งรายงานการประชุมนี้ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านรับรองรายงานการประชุมภายใน 2 สัปดาห์

13

14 ปิดประชุมเวลา 15.30 น.

.....
ชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์
นิชาต์ มูลคำ
ธนกร เจริญกิตติวุฒ
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

.....
ภญ. ปานทิพย์ จันทมา
ดร.ภญ. ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

15