

รายงานการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อผลงานวิจัยเรื่อง
“การประเมินความคุ้มค่าของยาตีโนซูแมบ สำหรับการรักษาภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง”
ในวันอังคารที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13.00-15.30 น.
ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
และการประชุมออนไลน์ผ่านทางโปรแกรม Zoom meeting ID: 943 5577 5153 Passcode: 1234

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. พญ.อรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง | ผู้แทนจากคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ |
| 2. รศ. ดร. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ | ผู้แทนคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข |
| 3. รศ. นพ.พงศ์ศักดิ์ ยุกตะนันท์ | ผู้แทนคณะทำงานบัญชียาหลักแห่งชาติสาขาออร์โธปิดิกส์และโรคข้อ |
| 4. ศ. พญ.รัตนวดี ณ นคร | ประธานคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา
สาขาออร์โธปิดิกส์และโรคข้อ |
| 5. พลตรี ศ. ดร. นพ.ทวิ ทรงพัฒนาศิลป์ | ผู้แทนมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย |
| 6. รศ. พญ.ณัฐฉิณี จรัสเจริญวิทยา | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 7. รศ. ดร. พญ.ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ | ผู้แทนสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย |
| 8. รศ. พญ.ลลิตา วัฒนะจรรยา | ผู้แทนสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย |
| 9. รศ. พญ.สุมาภา ชัยอำนาย | ผู้แทนสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย และกองอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 10. พล.ต.ท. วัชรินทร์ พิภพมงคล | กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ |
| 11. คุณธนพลธ์ ดอกแก้ว | สมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย |
| 12. คุณวรรณณา เอียดประพาล | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 13. คุณกนกทิพย์ ปันสันเทียะ | สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม |
| 14. ภญ.พุทธิดา เพิ่มพรสกุล | สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (บริษัท แอมเจน) |
| 15. คุณพนิดา ทองอร่าม | สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และ
นวัตกรรม |
| 16. ดร. ภญ.ปฤษฎร กิ่งแก้ว | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 17. คุณธนกร เจริญกิตติวุฒ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 18. คุณชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 19. ภญ.ธมลวรรณ ดุลสัมพันธ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

เริ่มประชุมเวลา 13.00 น.

ภญ.ธมลวรรณ ตูลสัมพันธ์ ผู้ดำเนินการประชุมกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมและขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมแนะนำตนเองและเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of Interest) จากนั้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในครั้งนี้ คือ 1) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในกระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และ 2) เพื่อขอข้อเสนอแนะต่อผลงานวิจัยเรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าของยาดีโนซูแมบ สำหรับการรักษาภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” และร่วมจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ด้านยาในอนาคต ซึ่งงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

จากนั้นคุณธนกร เจริญกิตติวุฒ นำเสนอผลงานวิจัยต่อที่ประชุม ซึ่งมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการประชุม (เอกสารแนบ) และสรุปผลงานวิจัยได้ดังนี้

- ณ ราคา denosumab ปัจจุบัน การให้ยา denosumab เพื่อรักษาภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และ 4 ที่มีค่า eGFR 15-44 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ไม่มีความคุ้มค่าในบริบทประเทศไทย และมีภาระงบประมาณที่ต้องลงทุนเพิ่ม 1,408 ล้านบาท ในระยะเวลา 5 ปี
- ราคา denosumab ที่ทำให้เกิดความคุ้มค่าที่เกณฑ์ความเต็มใจจ่ายในปัจจุบัน (160,000 บาท/ปีสุขภาพ) คือ 2,144 บาท ต่อ 1 prefill syringe (60 mg/ml)

หลังจากนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะต่อผลงานวิจัย โดยมีประเด็นและข้อสรุปดังต่อไปนี้

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ระยะเวลาในการให้ยา denosumab

คุณวรรณ เอียดประพาล สอบถามระยะเวลาในการให้ยา denosumab ว่าเป็นการให้ยาไปตลอดหรือมีช่วงหยุดการรักษา เนื่องจากแนวทางการดูแลรักษาโรคกระดูกพรุนมีคำแนะนำให้ประเมินผลการรักษาระหว่างที่ได้รับยาและอาจพิจารณาหยุดการรักษาได้ ทีมวิจัยให้ข้อมูลว่า แนวทางการดูแลรักษาโรคกระดูกพรุนที่กล่าวถึงเป็นคำแนะนำการใช้ยาในประชากรทั่วไป ซึ่งทีมวิจัยยังไม่พบแนวทางการหยุดยา denosumab ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทีมวิจัยจึงหารือร่วมกับกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในประเด็นดังกล่าว และมีข้อเสนอแนะให้ใช้ยา denosumab เพื่อรักษาโรคกระดูกพรุนเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และ 4 เมื่อผู้ป่วยมีการพัฒนาของโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะที่ 5 จะพิจารณาหยุดการรักษา โดยไม่มีการให้ยาอื่นทดแทน

2. ข้อมูลนำเข้าในแบบจำลอง

ประสิทธิผลของยา denosumab

ยา denosumab มีประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดกระดูกหัก โดยในการวิเคราะห์ความคุ้มค่า ทีมวิจัยได้คำนวณประสิทธิผลของยาครอบคลุมทั้งการป้องกันการเกิดกระดูกหักครั้งแรก (first fracture) และการเกิดกระดูกหักครั้งถัดไป (subsequence fracture) รศ. ดร. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ ให้ข้อเสนอแนะต่อทีมวิจัยเกี่ยวกับการนำเสนอประสิทธิผลของยา denosumab ในการป้องกันการเกิดกระดูกหัก โดยให้ทีมวิจัยพิจารณาเพิ่มการนำเสนอข้อมูลจำนวนการเกิดกระดูกหักของแต่ละทางเลือกการรักษาและรายงานจำนวนการเกิดกระดูกหักที่ลดลงจากการได้รับยา denosumab

ความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะสุขภาพ/โอกาสในการเกิดกระดูกหัก

พลตรี ศ. ดร. นพ.ทวิ ทรงพัฒนาศิลป์ ให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติกระดูกหักจะมีโอกาสในการเกิดกระดูกหักครั้งถัดไปที่สูงมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับโอกาสในการเกิดกระดูกหักครั้งแรก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลตัวแปรโอกาสการเกิดกระดูกหักที่ทีมวิจัยนำเสนอ คือ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และ 4 จะมีโอกาสในการเกิดกระดูกหักครั้งถัดที่สูงกว่าโอกาสในการเกิดกระดูกหักครั้งแรก

รศ. ดร. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ สอบถามว่า กรณีที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b หากเกิดกระดูกหักครั้งแรกแล้วมี CKD progression ไปเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และหากผู้ป่วยเกิดกระดูกหัก ผู้วิจัยมีหลักในการเลือกใช้ข้อมูลตัวแปรโอกาสในการเกิดกระดูกหักครั้งนี้อย่างไร เนื่องจากโอกาสการเกิดกระดูกหักครั้งแรกและครั้งถัดไปมีค่าแตกต่างกัน ทีมวิจัยให้ข้อมูลว่า ตัวแปรโอกาสในการเกิดกระดูกหักครั้งแรกอ้างอิงข้อมูลจากประชากรที่ไม่เคยมีประวัติการเกิดกระดูกหักมาก่อน (no prior fracture) และโอกาสในการเกิดกระดูกหักครั้งถัดไปอ้างอิงข้อมูลจากประชากรที่มีประวัติการเกิดกระดูกหักมาก่อน (prior fracture) ดังนั้นหากผู้ป่วยเคยมีประวัติการเกิดกระดูกหักมาก่อนไม่ว่าการเกิดกระดูกหักครั้งแรกนั้นเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะใดก็ตาม การเกิดกระดูกหักครั้งถัดไปจะมีโอกาสการเกิดกระดูกหักเท่ากับผู้ที่ไม่มีประวัติการเกิดกระดูกหักมาก่อนตามสถานะสุขภาพของโรคไตระยะนั้นๆ

พญ.อรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง สอบถามว่า การศึกษานี้พิจารณาโอกาสการเกิดกระดูกหักในภาพรวมหรือจำแนกโอกาสการเกิดกระดูกหักตามตำแหน่งที่เกิดกระดูกหักเช่นเดียวกับงานวิจัยโรคกระดูกพรุนที่ผ่านมา ทีมวิจัยชี้แจงว่า ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลการเกิดกระดูกหักในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอยู่อย่างจำกัดซึ่งเฉพาะพบข้อมูลที่รายงานการเกิดกระดูกหักในภาพรวม นอกจากนี้ ทีมวิจัยตระหนักดีว่าตัวแปรความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะสุขภาพถือเป็นข้อมูลสำคัญในการวิเคราะห์ความคุ้มค่า เพื่อไม่ให้มีการตั้งสมมติฐานของแบบจำลองที่มากเกินไป ทีมวิจัยจึงได้ปรึกษากับกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและได้มีข้อสรุปให้การศึกษานี้พิจารณาการเกิดกระดูกหักในภาพรวมแบบไม่ระบุตำแหน่งการหัก โดยจำแนกเป็นการเกิดกระดูกหักครั้งแรกและการเกิดกระดูกหักครั้งถัดไป

โอกาสในการเสียชีวิต

รศ. ดร. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ สอบถามถึงโอกาสในการเสียชีวิตกรณีที่เกิดกระดูกหักว่าอยู่ในรูปของ relative risk หรือ probability และมีหลักการคำนวณในแบบจำลองอย่างไร ทีมวิจัยให้ข้อมูลว่า โอกาสในการเสียชีวิตกรณีที่เกิดกระดูกหักอยู่ในรูปของ probability วิธีการคำนวณโอกาสในการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และ 4 ที่เกิดกระดูกหัก คือ นำโอกาสในการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังระยะนั้น ๆ บวกกับโอกาสการเสียชีวิตในกรณีที่เกิดกระดูกหักตามระยะของโรคไต รศ. ดร. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ ให้ข้อสังเกตเพิ่มเติมในประเด็นของสมมติฐานของการศึกษาที่กำหนดให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และ 4 มีค่าเท่ากับอัตราการเสียชีวิตในประชากรไทยทั่วไป ซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจมีการเสียชีวิตที่สูงกว่าประชากรทั่วไป ทีมวิจัยชี้แจงว่า จากการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นประชากรไทยแสดงข้อมูลว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และ 4 จะมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับประชากรไทยทั่วไป โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จะมีโอกาสการเสียชีวิตที่สูงขึ้น รศ. ดร. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ รับทราบเหตุผลและให้ข้อพึงระวังว่า หากค่าของตัวแปรอัตราการเสียชีวิตที่นำมาใช้มีค่าน้อยกว่าความเป็นจริงอาจมีผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและได้รับยาเป็นระยะเวลาที่นานขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อต้นทุนตลอดชีพของผู้ป่วยที่ได้รับยา denosumab

ต้นทุน

รศ. ดร. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ ให้ข้อสังเกตเรื่องต้นทุนการรักษากรณีกระดูกสะโพกหักที่คิดต้นทุนการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ร้อยละ 60 ทีมวิจัยให้ข้อมูลว่า ในการวิเคราะห์ความคุ้มค่า กรณีฐาน ต้นทุนการรักษากระดูกสะโพกหักจะคำนวณจากสัดส่วนของการรักษากระดูกสะโพกหักแบบผ่าตัดร้อยละ 60 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย นอกจากนี้ ทีมวิจัยได้วิเคราะห์เพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและได้รับการรักษาแบบผ่าตัดที่ร้อยละ 100 พบว่า เมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของการรักษากระดูกสะโพกหักด้วยวิธีผ่าตัด ค่า ICER ยังคงสูงกว่าเกณฑ์ความเต็มใจจ่ายของประเทศไทย ที่กำหนดไว้ที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ

รศ. ดร. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ สอบถามถึงต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ กรณีผู้ป่วยกระดูกพรุนที่เกิดกระดูกหัก และกรณีผู้ป่วยกระดูกพรุนภายหลังเกิดกระดูกหัก (ตั้งเอกสารแบบ model parameter) ทีมวิจัยชี้แจงว่า ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์กรณีผู้ป่วยกระดูกพรุนที่เกิดกระดูกหักและต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์กรณีผู้ป่วยกระดูกพรุนภายหลังเกิดกระดูกหักเป็นต้นทุนตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งค่าของต้นทุนได้มาจากวิธีการคำนวณ โดยต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์กรณีผู้ป่วยกระดูกพรุนที่เกิดกระดูกหักคำนวณจากค่าเดินทางและค่าอาหารในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล ค่าจ้างผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก ค่าซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ และค่าปรับปรุงที่อยู่อาศัย สำหรับต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์กรณีผู้ป่วยกระดูกพรุนภายหลังเกิดกระดูกหัก จะใช้วิธีการคำนวณเช่นเดียวกับต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์กรณีผู้ป่วยกระดูกพรุนที่เกิดกระดูกหัก แต่จะไม่นำค่าปรับปรุงที่อยู่อาศัยมาคำนวณร่วมด้วย

รศ. ดร. ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ ให้ข้อสังเกตว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดกระดูกหักจะมีต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติกระดูกหักมาก่อน จึงให้ข้อเสนอแนะต่อทีมวิจัยในการปรับวิธีการนำเสนอผลการศึกษาศึกษากรณีฐาน โดยเพิ่มการแจกแจงรายละเอียดต้นทุนตลอดชีพว่าประกอบด้วยต้นทุนส่วนใดบ้าง เพื่อให้ทราบได้ว่าสาเหตุที่ต้นทุนของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา denosumab มีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ current practice เกิดจากต้นทุนในส่วนใด

คุณวรรณณา เอียดประพาล ให้ข้อสังเกตว่า ตามคำแนะนำการใช้ยารักษาโรคกระดูกพรุนจะต้องมีการประเมินผลแทรกซ้อนจากการได้รับยา โดยต้นทุนในส่วนนี้ที่ทีมวิจัยได้คำนวณรวมเป็นค่าใช้จ่ายภายหลังจากการได้รับยาหรือไม่ ทีมวิจัยให้ข้อมูลว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับ denosumab จะคิดต้นทุนการตรวจติดตามภาวะ hypocalcemia หลังการได้รับยาทุกครั้งและคำนวณเฉพาะในปีแรกที่ได้รับยา เนื่องจากมีโอกาสเกิด hypocalcemia สูง นอกจากนี้ ทีมวิจัยได้นำต้นทุนการรักษาภาวะ hypocalcemia ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ denosumab คำนวณตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา

2. ผลการศึกษา

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบผลการศึกษา โดยรศ. พญ.ลลิตา วัฒนะจรรยา ให้ข้อสังเกตว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b บางส่วนสามารถใช้อายกลุ่ม bisphosphonate ได้ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้อายกลุ่ม bisphosphonate ได้ และจำเป็นที่จะต้องได้รับ denosumab ทีมวิจัยได้มีการวิเคราะห์ความคุ้มค่า แยกเป็นรายกลุ่มผู้ป่วยหรือไม่ ทีมวิจัยให้ข้อมูลในประเด็นของกลุ่มประชากรในการศึกษาว่า ยา alendronate ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีค่า eGFR น้อยกว่า 35 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร แต่จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอโครงสร้างการวิจัยได้มีข้อเสนอแนะให้กำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b (eGFR 30-44 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร) เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้อายกลุ่ม bisphosphonate ได้

ทั้งหมด และสำหรับการวิเคราะห์แบ่งกลุ่มย่อย (subgroup analysis) กรณีให้ denosumab เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย ที่มีวิสัยได้ทำการวิเคราะห์ความคุ้มค่า และพบว่า การให้ยาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b มีค่า ICER ที่ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การให้ยาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อย่างไรก็ตาม ค่า ICER ของทั้ง 2 กรณี ยังคงสูงกว่าเกณฑ์ความคุ้มค่าจ่ายของประเทศไทย ทั้งนี้ ทีมวิจัยจะนำผลการวิเคราะห์ subgroup analysis แสดงในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พญ.อรุณธยา ลิ้มวัฒนา ยิงยง ให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยขอให้ทีมวิจัย นำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมของการศึกษาวิจัยสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกที่ผ่านมาทั้งหมด และเชื่อมโยงไปสู่การศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อความสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูลในกรณีมีการพิจารณาเพิ่มข้อมูลเรื่องยาสามัญ (Generic drug) ที่อาจมีการนำเข้ามาในอนาคต ซึ่งจะมีผลให้ราคายาที่ใช้ในการศึกษา ลดลงจากราคา ณ ปัจจุบัน และอาจต้องปรับปรุงข้อมูลราคา ยาที่ใช้ในการศึกษา ทีมวิจัยรับทราบและจะดำเนินการปรับแก้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามที่ได้รับ ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องของยา generic ที่ปัจจุบันยังไม่มีใช้ในประเทศไทย ไม่ได้อยู่ในขอบเขตของการศึกษาวิจัยนี้ ดังนั้น ทีมวิจัยจะนำเสนอเพียงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวโน้มของราคา ยาที่อาจปรับลดลงเมื่อมีการนำยา generic มาใช้ในประเทศไทย

ท้ายนี้ ทีมวิจัยแจ้งที่ประชุมว่า จะจัดส่งรายงานการประชุมทางอีเมลภายใน 2 สัปดาห์ และขอให้ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านตอบกลับเพื่อรับรองรายงานการประชุมหรือแจ้งข้อแก้ไข/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้น รายงานการประชุมจะถูกเผยแพร่ในเว็บไซต์ HITAP ต่อไป นอกจากนี้ ทางทีมวิจัยจะจัดทำรายงานวิจัยและนำเสนอผลงานวิจัยแก่คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลัก แห่งชาติต่อไป

ปิดประชุมเวลา 14.40 น.

ภญ.ธมลวรรณ ดุลสัมพันธ์
ธนากร เจริญกิตติวุฒ
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

ชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์
ดร. ภญ.ปฤษฎัมพร กิ่งแก้ว
ผู้ตรวจรายงานการประชุม