

การประชุมเพื่อพิจารณาโครงการวิจัย
เรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบต่องบประมาณของการบริการตรวจรักษา
จิตเวชทางไกล”

วันพฤหัสบดีที่ 8 สิงหาคม 2567 เวลา 13.00 – 15.30 น.

ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
และการประชุมออนไลน์ผ่านทางโปรแกรม Zoom Meeting ID: 942 2096 9248 Passcode: 168103

1

2 **รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม**

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. ศ. เกียรติคุณ นพ. รณชัย คงสกนธ์ | ผู้แทนแพทยสภา |
| 2. ผศ. ดร. เกสร มัยจิ้น | ผู้แทนสภาการพยาบาล |
| 3. ผศ. ดร.ภก.ถนอมพงษ์ เสถียรลัคนา | ผู้แทนสภาเภสัชกรรม |
| 4. ดร. นพ.วิวัฒน์ชัย จรุงวรธนะ | ผู้แทนสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวง
สาธารณสุข |
| 5. ดร. ณิชกฤตา ทุมวงศ์ | ผู้แทนสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและ
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข |
| 6. ดร. มยุรี กลั้ววงษ์ | นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย |
| 7. นพ. ภัทรวินท์ อุตตะสาระ | ผู้อำนวยการสำนักนิติจิตวิทยา แพทย์ กรมการแพทย์ |
| 8. ดร. จอมขวัญ เลื่องลือ | ผู้แทนสมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย |
| 9. ภก. อำพรชัย โฉมงาม | ผู้แทนโรงพยาบาลสวนปรุง |
| 10. ภก. สิริวัฒน์ สุวัฒนปรีดา | ผู้แทนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา |
| 11. คุณนุชจारी คล้ายสุวรรณ | นายกสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย |
| 12. คุณธัญลักษณ์ แก้วเมือง | ผู้แทนกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 13. คุณชลลดา จารุศิริชัยกุล | ผู้แทนกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 14. คุณศรีแพร หนูแก้ว | ผู้แทนกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 15. คุณกันตภัส วรธนะรุ่งโรจน์ | ผู้แทนศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 16. คุณรุ่งนภา อมาตยคง | ผู้แทนศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 17. คุณวรรณมา เอียดประพาล | ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 18. คุณสุรางค์รัตน์ จิรนนทนากกร | ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 19. คุณสิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์ | สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย |
| 20. คุณฐิตินิบ โกมลนิมิ | ผู้แทนกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยซึมเศร้า |
| 21. ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 22. ดร. ภญ.ปฤษฎาพร กิ่งแก้ว | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 23. ภญ.ปานทิพย์ จันทมา | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 24. อ. นพ. เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร | สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ |

- | | |
|-------------------------------|--|
| 25. ภญ. นิธิเจน กิตติรัชกุล | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 26. คุณชนิดา เอกอัศวรุ่งโรจน์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 27. คุณนรรณ วงศ์พัฑฒันธุ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 28. คุณพนิตพรรณ เอี่ยมนนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

1 **เริ่มประชุมเวลา 13.05 น.**

2 ดร. ภญ.ปภุชฐพร กิ่งแก้ว ประธานการประชุม กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมและชี้แจงวัตถุประสงค์
3 ของการประชุมเพื่อนำเสนอโครงร่างวิจัยและขอบเขตการศึกษาเรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าทาง
4 เศรษฐศาสตร์และผลกระทบต่องบประมาณของการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล” ซึ่งงานวิจัยนี้ได้รับทุน
5 สนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสำนักวิชาการ
6 สาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากนั้น คุณชนิดา เอกอัศวรุ่งโรจน์ ผู้ดำเนินการประชุม ขอให้
7 คณะผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านกล่าวแนะนำตัวและเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนต่อโครงการวิจัยนี้

8 ภญ. ปานทิพย์ จันทมา และนพ.เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร นำเสนอที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์
9 ของการศึกษา การทบทวนวรรณกรรม ขอบเขตการศึกษาและระเบียบวิธีวิจัย รายละเอียดดังเอกสารแนบ 1
10 โดยที่ประชุมมีข้ออภิปราย ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยจำแนกตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ 1)
11 กลุ่มประชากรโรคจิตเวช และ 2) กลุ่มประชากรติดสารเสพติด สรุปได้ดังนี้

12 **1. กลุ่มประชากรโรคจิตเวช**

13 ■ **ที่มาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา**

14 ศ. เกียรติคุณ นพ. รณชัย คงสกนธ์ให้ข้อมูลว่า ภาระโรคและจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มสูงขึ้นใน
15 ปัจจุบันและมีควรรักษาในสถานพยาบาลจำนวนมาก ซึ่งการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (telepsychiatry)
16 เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย และมีหลักฐานทางวิชาการที่กล่าวถึงประโยชน์ด้าน
17 การลดต้นทุนค่าเดินทางสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการเดินทางและผู้ป่วยในเรือนจำ นอกจากนี้ ยังให้ข้อคิดเห็น
18 ว่า ประสิทธิภาพของ telepsychiatry เป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยตอบโจทย์วัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 1 ว่า
19 เทคโนโลยีจะมีความคุ้มค่าและควรนำมาใช้ในระบบสุขภาพหรือไม่ กับผู้ป่วยกลุ่มใด

20 ■ **ขอบเขตการศึกษา**

21 **1) ประชากรที่ศึกษาและเกณฑ์คัดเข้า**

22 คุณวรรณภา เอียดประพาล สอบถามถึงเกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วยว่า ผู้วิจัยจะคัดผู้ป่วยจิตเวชที่มี
23 ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness–High Risk to Violence; SMI-V) ออกจาก
24 การศึกษาหรือไม่ อ. นพ.เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร ให้ข้อมูลว่า การศึกษานี้จะคัดผู้ป่วย SMI-V ออกจากการศึกษา
25 เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการตรวจ
26 รักษาและติดตามอาการแบบต่อหน้า (face-to-face) เท่านั้น

27 ดร. ณิชกฤตา ทุมวงศ์ มีข้อสอบถามว่า การศึกษานี้จะพิจารณาประชากรที่ศึกษาครอบคลุมถึง
28 ผู้ป่วยในเรือนจำด้วยหรือไม่ ผู้วิจัยให้ข้อมูลว่า การศึกษานี้จะยังไม่ครอบคลุมการรับบริการของผู้ป่วยใน
29 เรือนจำ จะมุ่งเน้นเพียงผู้ป่วยที่สามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลได้เท่านั้น

1 ดร.นพ.วัฒน์ชัย จรุงวรธรรมะ มีข้อคิดเห็นว่า ผู้วิจัยควรพิจารณา 1) แบ่งกลุ่มประชากรให้
2 สอดคล้องกับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการประกาศใช้เชิงนโยบาย เช่น การจำแนก
3 กลุ่มผู้ป่วยตามความระดับอาการทางคลินิกด้วยสี (เขียว, เหลือง, แดง) เป็นต้น 2) กำหนดเกณฑ์คัดเข้ากลุ่ม
4 ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มที่ศึกษาให้ชัดเจน และ 3) ระบุลักษณะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดของการรับบริการ telepsychiatry
5 เป็นเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยอาการทางคลินิกรุนแรงและจำเป็นต้องรับบริการ face-to-face เท่านั้น
6 นอกจากนี้ ขอให้ระบุกลุ่มผู้ป่วยและขั้นตอนการรับบริการที่จะได้รับประโยชน์จาก telepsychiatry ให้ชัดเจน

7 อ.เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร ให้ข้อมูลว่า แนวทางการให้บริการของกรมสุขภาพจิตได้จำแนกระดับ
8 อาการผู้ป่วยออกเป็นสีเขียว เหลือง แดง โดยมีข้อแนะนำว่า การให้บริการ telepsychiatry จะครอบคลุม
9 เพียงผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวเท่านั้น ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนและระบบแพลตฟอร์มเอกชนจะให้บริการ
10 ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองและเขียว และผู้ที่ยังไม่เป็นโรค ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะจัดกลุ่มประชากรที่ศึกษา
11 โดยจำแนกตามลักษณะผู้ป่วยและระดับอาการทางคลินิก และกำหนดเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกของประชากรที่
12 ศึกษาให้ชัดเจน

13 **2) รูปแบบการให้บริการ**

14 ศ. เกียรติคุณ นพ. รณชัย คงสกนธ์ มีข้อเสนอแนะให้ผู้วิจัยกำหนดกรอบการให้บริการ
15 telepsychiatry ให้สอดคล้องกับรูปแบบบริการในประเทศไทย และประกาศแพทยสภา เรื่อง แนวทางปฏิบัติ
16 การแพทย์ทางไกลหรือโทรเวชและคลินิกออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในทุกภาคส่วน นพ. ภัทรวิมล
17 อັตตะสาระ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพลตฟอร์ม DMS telemedicine ที่มีรูปแบบการให้บริการสอดคล้องกับ
18 ข้อกำหนดของประกาศแพทยสภาและราชวิทยาลัยอื่น ๆ ซึ่งขณะนี้ แพลตฟอร์มอยู่ระหว่างการพัฒนาให้
19 รองรับระบบบริการโรงพยาบาลเสมือนจริง (virtual hospital) ที่ผู้ป่วยสามารถระบุตัวตน (identify) ให้ความ
20 ยินยอม (informed consent) และเข้ารับบริการตรวจรักษาทางออนไลน์ได้ทันที (real-time)

21 คุณนุชจารี คล้ายสุวรรณ ให้ข้อมูลว่า คณะทำงานจากสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตพบปัญหาที่
22 เกิดขึ้นในปัจจุบัน คือ ผู้ป่วยจิตเวชมักถูกปฏิเสธการเข้ารับรักษาและการส่งต่อรักษาในสถานพยาบาลเนื่องจาก
23 ปัญหาจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอ และผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ห่างไกลหรืออับสัญญาณโทรศัพท์ที่ไม่สามารถเข้าถึง
24 สิทธิการรักษาได้ ซึ่งสมาคมได้มีการสนับสนุนค่าเดินทางให้กับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดปัญหาดังกล่าว และมีแผน
25 จัดตั้งศูนย์นำร่องเพื่อการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการทางจิตที่มีอาการปกติกว่า 30 แห่ง ในปี พ.ศ. 2568 ทั้งนี้
26 สมาคมฯ จึงมีข้อเสนอแนะให้ผู้วิจัยพิจารณารูปแบบบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาที่พึง
27 ได้รับ และขยายขอบเขตรูปแบบบริการให้ครอบคลุมระยะการฟื้นฟูและการดูแลผู้ป่วยในระยะโรคสงบ ทั้งนี้
28 ผู้วิจัยจะดำเนินการสืบค้นข้อมูลโครงการเน็ตประชารัฐและพิจารณาว่าจะสามารถเชื่อมโยงกับรูปแบบบริการ
29 ของการศึกษานี้ได้หรือไม่ เพื่อลดปัญหาการรับบริการของผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกลหรืออับสัญญาณโทรศัพท์
30 นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและพิจารณาความเป็นไปได้ของรูปแบบบริการที่ครอบคลุม
31 ถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะหลังโรคสงบอีกครั้ง สำหรับการศึกษานี้

32 คุณจิตตินบ โกมลณี ให้ข้อมูลว่า สิทธิประโยชน์การรักษาผู้ป่วยจิตเวชมักให้ความสำคัญเพียงการ
33 รักษาในระยะ acute และการรักษาในระยะ maintenance เท่านั้น โดยไม่คำนึงว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชสามารถ
34 เข้าสู่ระยะของโรคเรื้อรัง (chronic) ได้ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะโรคสงบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
35 เรื้อรังบางรายอาจมีระยะเวลาการรักษาด้วยยานานถึง 10 ปี โดยไม่มีสิทธิการรักษา เนื่องจากสิทธิประโยชน์ไม่

1 ครอบคลุมถึงโรคจิตเวชเรื้อรัง จึงให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่หรือมีภาวะโรคสงบจำเป็นต้องได้รับการ
2 ดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ร่วมกับการใช้ยา เช่น การทำจิตบำบัด (cognitive
3 behavioral therapy; CBT) เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ และตัดวงจรการดำเนินโรคไปสู่ภาวะโรคเรื้อรัง
4 ดังนั้น ผู้วิจัยควรพิจารณาารูปแบบบริการให้ครอบคลุมถึงการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ในระยะ maintenance
5 และ remission ด้วย ผศ. ดร.เกสร มัยจิ้น มีข้อคิดเห็นสอดคล้องกับที่ประชุมว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยทางเลือก
6 การรักษาอื่น ๆ ได้แก่ การให้คำปรึกษา การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของ
7 การรักษา ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของวิชาชีพพยาบาลและสหวิชาชีพ จึงสอบถามผู้วิจัยว่า จะวางแผนเรื่อง
8 ระยะเวลาเก็บข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละรายอย่างไร เนื่องจากระยะเวลาการรักษาจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา
9 คณะผู้วิจัยรับทราบและให้ความสำคัญกับมาตรฐานการให้บริการของสหวิชาชีพต่าง ได้แก่ จิตแพทย์
10 นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่าการเก็บข้อมูลจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายผู้
11 ให้บริการที่มีการเก็บข้อมูล จึงสอบถามที่ประชุมถึงแหล่งข้อมูลหรือเครือข่ายที่มีการเก็บข้อมูลอยู่ในปัจจุบัน

12 คุณวรรณ เอียดประพาล สอบถามว่า ปัจจุบันมี protocol หรือแนวทางการดูแลรักษาที่
13 กล่าวถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยของสหวิชาชีพหรือไม่ คณะผู้วิจัยให้ข้อมูลว่า ข้อเสนอแนะของแนวทางการดูแล
14 รักษาผู้ป่วยจิตเวทยังมุ่งเน้นเพียงบทบาทของวิชาชีพแพทย์ แม้แนวทางการให้บริการจิตเวชทางไกลผู้ป่วยนอก
15 ที่จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต ได้มีข้อเสนอแนะถึงระบบ telepsychiatry ที่กล่าวถึง patient journey และขั้นตอน
16 การเข้ารับบริการของผู้ป่วย แต่มิได้ระบุถึงบทบาทของสหวิชาชีพอื่น ๆ มากนัก จึงสอบถามที่ประชุมถึง
17 ลักษณะการให้บริการและบทบาทวิชาชีพในทางปฏิบัติว่ามีลักษณะอย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของ
18 ต้นทุนการให้คำปรึกษาในแต่ละสถานะสุขภาพ ผศ. ดร. เกสร มัยจิ้น ให้ข้อมูลว่า พยาบาลมีบทบาทการดูแล
19 และติดตามผู้ป่วยในทุกสถานะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาระยะ active แล้ว
20 พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วย และจะแจ้งจิตแพทย์ผู้รักษา หากผู้ป่วยมีความ
21 เสี่ยงกลับเข้าสู่ระยะ active ซึ่ง telepsychiatry เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายการเดินทางและ
22 ประหยัดเวลาการติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาล นอกจากนี้ ดร. มยุรี กลับวงษ์ ให้ข้อมูลว่า พยาบาลยังมี
23 บทบาทหลักในหน่วยให้บริการระดับต่าง ๆ ได้แก่ คลินิกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ จิตเวชชุมชน
24 เป็นต้น จึงเสนอให้ผู้วิจัยระบุว่า รูปแบบให้บริการจะครอบคลุมถึงระดับหน่วยบริการใด ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยชี้แจง
25 ว่า การศึกษานี้จะประเมินเพื่อให้ได้รูปแบบบริการที่เหมาะสม และนำรูปแบบบริการไปศึกษาความพร้อมการ
26 ให้บริการของหน่วยให้บริการแต่ละระดับในการศึกษาความเป็นไปได้

27 ภก. อัมพรชัย โฉมงาม ให้ข้อมูลว่า การให้บริการ telepsychiatry ของโรงพยาบาลสวนปรุงยัง
28 ไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยระยะ acute หรือ active ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเพื่อประเมิน
29 อาการ โดยให้บริการเพียงผู้ป่วยที่มีอาการคงที่หลากหลายช่องทาง เช่น 1) โรงพยาบาลสวนปรุงเป็น
30 โรงพยาบาลต้นทางที่ติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง และ 2) การติดต่อระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและ
31 โรงพยาบาลปลายทาง นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามอาการและให้คำปรึกษาจากสหวิชาชีพ แต่จะ
32 ให้บริการโดยแยกวันเวลาเข้ารับบริการ ขึ้นอยู่กับความสะดวกของบุคลากรผู้ให้บริการ นอกจากนี้
33 รพ. สวนปรุง ยังมีบริการ home ward ซึ่งเป็นรูปแบบบริการที่อยู่ในสิทธิประโยชน์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
34 ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยรับทราบถึงความสำคัญของรูปแบบบริการที่หลากหลายและบทบาทของสหวิชาชีพ ทั้งนี้
35 ดร. ภญ.ปฤษฐพร กิ่งแก้ว ให้ข้อมูลว่า การศึกษานี้จะมุ่งเน้นรูปแบบบริการและกำหนดเกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วยโดย

1 อิงตาม patient journey จากนั้น จึงนำไปสู่การประเมินความคุ้มค่าและความพร้อมของการให้บริการ โดยยัง
2 ไม่มุ่งเน้นถึงระบบการเบิกจ่าย อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยจะดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นข้อมูล
3 รูปแบบบริการที่หลากหลายในประเทศไทย และบทบาทของสาขาวิชาชีพเป็นส่วนสำคัญในการศึกษา

4 ญ. นิธิเจน กิตติรัชกุล เสนอให้ผู้วิจัยกำหนดมาตรการที่สนใจเป็นรูปแบบการให้บริการแบบ
5 augmented telepsychiatry กล่าวคือ เป็นรูปแบบการให้บริการ telepsychiatry ร่วมกับการให้บริการแบบ
6 face-to-face เป็นมาตรการที่สนใจ โดยมีข้อกำหนดว่า ผู้ป่วยกลุ่มมาตรการที่สนใจมีสัดส่วนการได้รับบริการ
7 telepsychiatry และ face-to-face อย่างไร เพื่อให้มีความสอดคล้องกับรูปแบบบริการในบริบทประเทศไทย
8 มากที่สุด

9 3) ความพร้อมการให้บริการ

10 ศ. เกียรติคุณ นพ.รณชัย คงสกนธ์ สอบถามที่ประชุมถึงความพร้อมของสัญญาณโทรศัพท์สำหรับ
11 ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เนื่องจากการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ไม่ชัดเจน อาจส่งผลต่อ
12 ประสิทธิภาพการให้บริการได้ นพ.ภัทรวิมล อุตตะสารให้ข้อมูลว่า ผู้ให้บริการมักพบปัญหาสัญญาณโทรศัพท์
13 เพียงพื้นที่ห่างไกลที่มีระดับสัญญาณต่ำ ซึ่งกรมการแพทย์อยู่ระหว่างการประสานงานร่วมกับบริษัท
14 โทรคมนาคมแห่งชาติ จำกัด (telecom) ถึงการแก้ปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการสามารถแจ้งให้
15 ผู้รับบริการพูดซ้ำได้ หากมีการสื่อสารไม่ชัดเจน นอกจากนี้ ระบบแพลตฟอร์มของ DMS มีการอัดวิดีโอและ
16 เสียงระหว่างการให้บริการตามข้อกำหนดมาตรฐานข้อมูล เพื่อใช้เป็นหลักฐานกรณีมีการฟ้องร้องบุคลากร
17 ทางการแพทย์ได้

18 ดร. จอมขวัญ เลื่องลือ มีข้อกังวลว่า จำนวนบุคลากรผู้ให้บริการไม่เพียงพอต่อความต้องการรับ
19 บริการของผู้ป่วย อีกทั้ง ยังส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการทางจิตเวชมีภาวะหมดไฟ (burnout)
20 จำนวนมาก จึงเสนอให้ผู้วิจัยศึกษาถึงความพร้อมด้านบุคลากรในระบบว่ามีเพียงพอหรือไม่ กรณีมีบุคลากรผู้
21 ให้บริการไม่เพียงพอ อาจพิจารณาต้นทุนการจ้างบุคลากรจากภายนอกมาช่วยรองรับการให้บริการ
22 ญ. นิธิเจน กิตติรัชกุล ให้ข้อมูลว่าขณะนี้ HITAP อยู่ระหว่างการศึกษาดำเนินการต่อหน่วยการให้บริการที่จะ
23 ครอบคลุมถึงงบประมาณลงทุนที่เกี่ยวข้อง เช่น งบบุคลากร งบวัสดุ เป็นต้น และมีความสอดคล้องกับระบบ
24 การเบิกจ่ายรายหัวของสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยรับทราบถึงข้อ
25 กังวลและชี้แจงว่า หลังจากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาความคุ้มค่าและทราบถึงระบบบริการที่เหมาะสมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
26 แล้ว จะดำเนินการประเมินความพร้อมของการให้บริการด้านบุคลากร งบประมาณและเครื่องมือที่ใช้ ด้วย
27 การศึกษาความเป็นไปได้ในลำดับถัดไป

28 4) การเก็บข้อมูล

29 ดร. นพ.วัฒน์ชัย จรุงวรธนะ มีข้อกังวลว่า การเก็บข้อมูลต้นทุนอาจมีข้อจำกัดคือ ระบบ
30 ฐานข้อมูลในประเทศไทยยังไม่สมบูรณ์และฐานข้อมูล สปสช. อาจครอบคลุมเพียงต้นทุนการดำเนินงาน
31 (operating cost) เท่านั้น จึงเสนอให้ผู้วิจัยพิจารณาการเก็บข้อมูลจากหน่วยผู้ให้บริการโดยตรงเพื่อเป็น
32 ตัวแทนของต้นทุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) เป็นต้น

33 ญ. นิธิเจน กิตติรัชกุล ให้ข้อมูลว่าฐานข้อมูลผู้ให้บริการ telepsychiatry จากแหล่งข้อมูล
34 สปสช. อาจมีข้อมูลเพียงกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับอาการคงที่เท่านั้น เนื่องจากนโยบายการเบิกจ่ายสำหรับ
35 กลุ่มโรคระยะเฉียบพลัน จำนวน 42 กลุ่มโรค มิได้ครอบคลุมถึงอาการจิตเวชระยะเฉียบพลัน จึงเป็นข้อจำกัดที่

1 สำคัญของการเก็บข้อมูล จึงเสนอให้ผู้วิจัยพิจารณาถึงขอบเขตของกรอบการให้บริการว่าจะมุ่งเน้นศึกษาผู้ป่วย
2 กลุ่มใด นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะให้ผู้วิจัยระวังการเกิดอคติจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) จาก
3 จากเก็บข้อมูล เนื่องจากผู้ป่วยที่รับบริการผ่าน telepsychiatry ส่วนใหญ่มีอาการทางคลินิกดีกว่าผู้ป่วยที่รับ
4 บริการผ่าน face-to-face จึงอาจส่งผลให้มาตรการที่สนใจมีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าสูงกว่าความเป็นจริง

5 2. กลุ่มประชากรโรคจิตตสารเสพติด

6 1) ประชากรที่ศึกษาและเกณฑ์คัดเข้า

7 ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์ ให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้วิจัยควรพิจารณากลุ่มประชากรติดกัญชาด้วยหรือไม่ แม้ว่า
8 ปัจจุบันยังไม่พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบ่อยนัก แต่ถือเป็นสาเหตุของโรคจิตเวชที่พบได้บ่อยในประเทศไทย
9 ญ. ปานทิพย์ จันทมา ชี้แจงว่า ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกสารเสพติดจากภาวะโรคและผลกระทบจาก
10 ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งหลักฐานทางวิชาการที่กล่าวถึงผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของกัญชายังมีอยู่อย่างจำกัด
11 อ. นพ.เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร ชี้แจงเพิ่มเติมว่า หากพิจารณาความสำคัญจากภาวะโรคในประเทศไทย
12 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่และแอมเฟตามีน ถือเป็นสารเสพติดที่มีภาวะโรคสูงสุดและมีผลกระทบของ
13 ภาวะแทรกซ้อนอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมให้ข้อมูลว่า แนวทางของ DSM (Diagnostic and
14 Statistical Manual of Mental Disorders) กัญชาถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคทางจิตเวช จึงเสนอให้
15 พิจารณาในการศึกษานี้เพื่อให้เห็นผลกระทบและสอดคล้องกับนโยบายในอนาคต

16 3. ประเด็นสำคัญอื่น ๆ

17 1) การจัดลำดับกลุ่มประชากรที่ศึกษา

18 คณะผู้วิจัยชี้แจงที่ประชุมว่า เนื่องจากงานวิจัยนี้มีระยะเวลาการศึกษาเพียง 12 เดือน ด้วยเหตุนี้
19 ผู้วิจัยจะพิจารณาศึกษาเพียงประชากรกลุ่มเดียวเท่านั้น คือ ประชากรกลุ่มโรคจิตเวช และจะดำเนินการศึกษา
20 ประชากรกลุ่มสารเสพติดในลำดับถัดไป ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์ ให้ข้อมูลว่า การศึกษาประชากรทั้ง 2
21 กลุ่มอาจใช้ระยะเวลานานและส่งผลกระทบต่อการนำไปใช้ในด้านนโยบาย ดังนั้น ขอให้ผู้วิจัยเลือกกลุ่ม
22 ประชากรที่จะได้ประโยชน์และมีความเป็นไปได้ของระบบบริการสูงสุด คณะผู้วิจัยจึงอยากทราบจากที่ประชุม
23 ว่า หากจัดลำดับความสำคัญโดยอิงตามประโยชน์ที่ได้รับและระบบบริการที่รองรับมีความพร้อมสูงสุด จะ
24 พิจารณาเลือกกลุ่มประชากรใดเป็นอันดับแรก

25 ศ. เกียรติคุณ นพ. รณชัย คงสกนธ์ ให้ข้อคิดเห็นว่า แม้หลักฐานทางวิชาการของกลุ่มประชากรโรค
26 จิตเวชจะมีความพร้อมมากกว่ากลุ่มประชากรโรคจิตตสารเสพติด แต่ปัจจุบันการป้องกันปราบปรามและแก้ไข
27 ปัญหาเสพติดเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล เปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วย อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ
28 นโยบายเพื่อสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด ได้แก่ การจัดตั้งกองทุนยาเสพติด เป็นต้น จึงเสนอ
29 ให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่ม นอกจากนี้ ที่ประชุมให้ข้อคิดเห็นอย่างกว้างขวาง ดังนี้
30 1) เริ่มศึกษาในกลุ่มประชากรโรคจิตเวชก่อนกลุ่มประชากรติดสารเสพติด 2) ให้ผู้วิจัยพิจารณาทบทวนภาวะ
31 โรคและจัดลำดับความสำคัญตามหลักฐานวิชาการให้ชัดเจนอีกครั้งก่อนการตัดสินใจ เป็นต้น

32 ดร. นพ.วัฒน์ชัย จรุงวรรณธณะ เสนอให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจาก
33 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการบริการในทางปฏิบัติจากคลินิกจิตเวชด้วยรูปแบบบริการและต้นทุนที่ไม่แตกต่างกัน และ
34 ทุกกลุ่มสามารถรับบริการผ่าน telepsychiatry ได้ ทั้งนี้ หากงานวิจัยก่อให้เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเชิง
35 บวก งบประมาณจะถูกจัดสรรเพื่อใช้ร่วมกันสำหรับประชากรทั้ง 2 กลุ่ม

1 คณะผู้วิจัยรับทราบข้อคิดเห็นที่หลากหลาย และชี้แจงว่าหากผู้วิจัยพิจารณาศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม
2 ประชากร โดยจะดำเนินการร่างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ในรูปแบบอย่างง่ายและไม่ซับซ้อน เพื่อให้
3 สามารถครอบคลุมกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่ม แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยจะพิจารณาข้อจำกัดของข้อมูลตัวแปรที่ใช้
4 ในแบบจำลองอีกครั้งก่อนการตัดสินใจ

5

6 **มติที่ประชุมมีข้อเสนอแนะโดยสรุป ดังนี้**

- 7 - จัดกลุ่มประชากรที่ศึกษา (population) โดยจำแนกตามลักษณะผู้ป่วยและระดับอาการทางคลินิก
- 8 และกำหนดเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกของประชากรที่ศึกษาให้ชัดเจน
- 9 - กำหนดมาตรการที่สนใจ (intervention) คือ การให้บริการ augmented telepsychiatry ที่
- 10 ผสมผสานการให้บริการ telepsychiatry ร่วมกับการให้บริการแบบ face-to-face เพื่อให้
- 11 สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย
- 12 - ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมถึงรูปแบบการให้บริการ โดยออกแบบให้สอดคล้องกับ patient
- 13 journey และมาตรฐานการให้บริการของสหวิชาชีพมากที่สุด
- 14 - ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมด้านประสิทธิผลของเทคโนโลยีหลังกำหนดรูปแบบบริการและกลุ่ม
- 15 ประชากรเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
- 16 - ขอบเขตของงานวิจัยนี้จะไม่ครอบคลุมถึงการเบิกจ่าย การรักษาด้วยยา และกำหนดขอบเขตของ
- 17 การให้บริการ augmented telepsychiatry เท่านั้น

18 **การดำเนินงานขั้นตอนต่อไป**

19 ท้ายนี้ คณะผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน จากนั้น ประธานการประชุมแจ้งที่ประชุม
20 ถึงการส่งรายงานการประชุมนี้ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านรับรองรายงานการประชุมภายใน 2 สัปดาห์

21

22 ปิดประชุมเวลา 15.30 น.

.....

 ภญ. ปานทิพย์ จันทมา
 ผู้บันทึกรายงานการประชุม

.....

 ดร. ภญ.ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว
 นพ. เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร
 ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์
 ผู้ตรวจรายงานการประชุม

23

24