

รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
เพื่อพิจารณาโครงร่างวิจัยโครงการ “การประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบงบประมาณของการใช้ PET-CT
scan ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด

Diffuse Large B-cell Lymphoma (DLBCL)”

วันศุกร์ ที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2566 เวลา 13.00 – 14.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ

ผ่านระบบ Zoom Meeting ID: 914 9276 3290 Passcode: 422295

ผู้มาประชุม ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. ดร. ภาณุ.ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 2. ภาณุ.ชิตวราธรณ พูนศิริ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 3. ภาณุ.โชติกา สุวรรณพานิช | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

ผู้มาประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. พญ.ลลิตา นรเศรษฐ์ธาดา | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. รศ. พญ.ชนิสสา โชติพานิช | โรงพยาบาลจุฬารัตน์ |
| 3. พญ.มนัสมนต์ นาวิณพิพัฒน์ | โรงพยาบาลจุฬารัตน์ |
| 4. ผศ. พญ.เจษฎาพร พร้อมเที่ยงตรง | โรงพยาบาลจุฬารัตน์ |
| 5. ผศ. พญ.วิชชา จำรูญรัตน์ | สมาคมเวชศาสตร์นิวเคลียร์แห่งประเทศไทย |
| 6. รศ. พญ.เบญจมาภา เขียวหวาน | ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 7. คุณอภิรดา พันธุ์สิทธิ์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 8. คุณดารากร เครือแดง | กรมบัญชีกลาง |
| 9. รศ. นพ.ธีระ วรรณรัตน์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 10. รศ. ดร.วิจิตต์ศรี สงวนวงศ์ | คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 11. ภก. ปรีชา พันธุ์ติเวช | สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย |
| 12. ดร. นพ.ยศ ติระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 13. รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานวัฒน์ชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

1 **เปิดประชุมเวลา 13.00 น.**

2 ภญ. ดร.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมจากนั้น ภญ.ชิตวรรณ พุนศิริ ชี้แจงวัตถุประสงค์
3 ของการประชุมโดยจัดขึ้น เพื่อพิจารณาและขอข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ
4 การประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบงบประมาณของการใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะและการ
5 ตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด diffuse large B – cell lymphoma (DLBCL) และ
6 คณะผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยโดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

7 **1. ที่มาของการศึกษา**

8 ที่มาของโครงการการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบงบประมาณของการใช้ PET-CT scan ในการ
9 ตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL มาจากกระบวนการ
10 พิจารณาคัดเลือกหัวข้อของโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2565
11 เนื่องจากการใช้ PET-CT scan ในการประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อม
12 น้ำเหลืองชนิด DLBCL ยังไม่ถูกรับรองในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประเทศไทยยังไม่มี
13 การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจ PET-CT ในข้อบ่งใช้ดังกล่าว

14 **2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

15 วัตถุประสงค์ของการศึกษา 1) เพื่อประเมินต้นทุนหรือผลประโยชน์ของการใช้ PET-CT scan ในการตรวจ
16 ประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL 2) เพื่อประเมินผลกระทบ
17 ด้านงบประมาณของการใช้ PET-CT ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อม
18 น้ำเหลืองชนิด DLBCL และ 3) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการบรรจุการใช้ PET-CT scan ในการ
19 ตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ในชุดสิทธิประโยชน์
20 ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

21 **3. การทบทวนวรรณกรรม**

22 **3.1. อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL**

23 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง DLBCL ในประเทศไทยจากการศึกษาของ Intragumtornchai
24 และคณะ และข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO)) มีจำนวน 4,118 รายต่อปี

25 **3.2. แนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline (CPG))**

26 แนวทางเวชปฏิบัติ National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ของประเทศสหรัฐอเมริกา
27 แนวทางเวชปฏิบัติ European Society for Medical Oncology (ESMO) ของสหภาพยุโรป และแนวทางเวช
28 ปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองของประเทศไทยโดยแต่ละแนวทางเวชปฏิบัติมี
29 รายละเอียดในการใช้ PET-CT แตกต่างกันไปรายละเอียดดังภาพที่ 1

	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2 ที่มีรอยโรค < 7.5 เซนติเมตร	ระยะที่ 2 ที่มีรอยโรคขนาดใหญ่กว่า หรือเท่ากับ 7.5 เซนติเมตร	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4
การตรวจหาระยะของโรค (Staging) NCCN, ESMO					
การตรวจประเมินระยะ (restaging/interim staging)	NCCN, ESMO	NCCN, ESMO		-	-
การตรวจหลังสิ้นสุดการรักษา (End-of-treatment response or Response Evaluation)	NCCN, ESMO	NCCN, ESMO	NCCN, ESMO	NCCN, ESMO, Thai Guideline	NCCN, ESMO, Thai Guideline

30

31

ภาพที่ 1 แสดงคำแนะนำการใช้ PET-CT ในแนวทาง NCCN ESMO และประเทศไทย

32

3.3. การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้ PET-CT ในประเทศไทย

33

34

35

36

37

38

ประเทศไทยมีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้ PET-CT ในโรคมะเร็งปอดชนิดไม่เล็ก โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน ผลการศึกษามีเพียงโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กินเท่านั้นที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สำหรับโรคมะเร็งปอดชนิดไม่เล็กการตรวจ PET-CT จะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในกรณีที่มีการลดราคาค่าบริการลงเหลือ 34,377 บาท ปัจจุบันการใช้ PET-CT ถูกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ใน 2 โรค ได้แก่ โรคมะเร็งปอดชนิดไม่เล็ก และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน

39

3.4. การศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

40

41

42

43

44

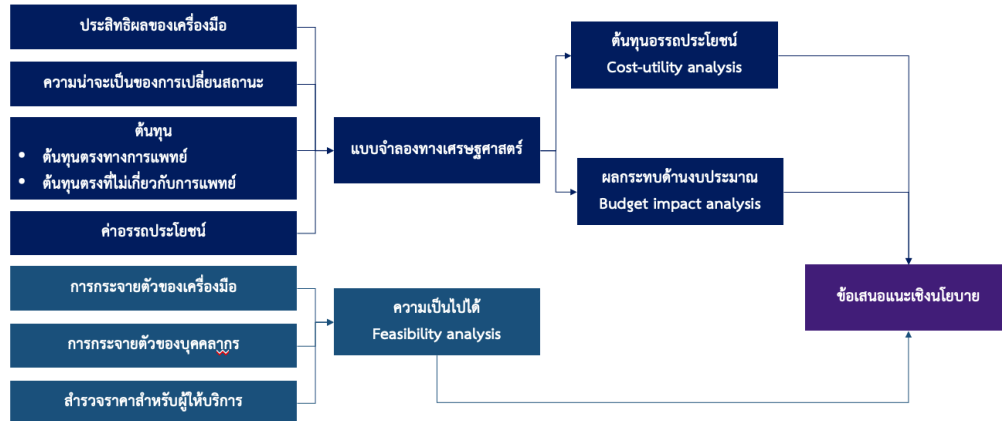
45

46

การศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการบรรจุการตรวจ PET-CT ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับโรคมะเร็งปอดชนิดไม่เล็ก โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน ในปี พ.ศ. 2562 ที่จัดทำโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ พบว่าเครื่อง PET-CT มีจำนวน 12 เครื่อง กระจายตัวในจังหวัดดังต่อไปนี้ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 เครื่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 เครื่อง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 เครื่อง และจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 9 เครื่อง

4. กรอบการศึกษา

กรอบงานวิจัย



47
48

ภาพที่ 2 แสดงกรอบของงานวิจัย

49 การศึกษานี้วิเคราะห์ 1) ต้นทุนอรรถประโยชน์ 2) ผลกระทบด้านงบประมาณ และ 3) ความเป็นไปได้
50 ในทางปฏิบัติ ของการใช้ PET-CT ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อม
51 น้ำเหลืองชนิด DLBCL โดยจะนำผลการวิเคราะห์ทั้ง 3 ส่วนข้างต้นนำเสนอเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อ
52 ประกอบการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย

53 การศึกษานี้จะใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์นำเข้าตัวแปร ประสิทธิภาพของเครื่อง PET-CT ความน่าจะเป็น
54 ของการเปลี่ยนสถานะ ต้นทุน ค่าอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง DLBCL เพื่อวิเคราะห์
55 ต้นทุนอรรถประโยชน์และประมาณการผลกระทบด้านงบประมาณ สำหรับการศึกษความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
56 จะสำรวจความสามารถในการให้บริการการตรวจ PET-CT ของหน่วยบริการแต่ละแห่ง รวมทั้งสำรวจราคาจากผู้
57 ให้บริการพึงพอใจในการให้บริการตรวจ PET-CT

58 5. ระเบียบวิธีวิจัย

59 การศึกษานี้ประชากรที่ศึกษา (population) คือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL มาตรการที่
60 สนใจ (intervention) คือ การใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะ (staging) การตอบสนองต่อการรักษา
61 ทั้งในระหว่างการรักษา (interim) รวมถึงประเมินเมื่อสิ้นสุดการรักษา (end of treatment) มาตรการ
62 เปรียบเทียบ (comparator) คือ การใช้ CT scan ในการตรวจประเมินระยะการตอบสนองต่อการรักษาทั้งใน
63 ระหว่างการรักษารวมถึงประเมินเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผลลัพธ์ (outcome) ที่สนใจ คือ ปีสุขภาวะ (Quality-
64 adjusted life years (QALYs))

65 การประเมินความคุ้มค่าของการใช้ PET-CT จะใช้การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility
66 analysis) โดยใช้แบบจำลองต้นไม้การตัดสินใจ (Decision tree) และแบบจำลองมาร์คอฟ (Markov model)
67 การศึกษานี้เป็นการศึกษาความคุ้มค่าในบริบทประเทศไทย โดยใช้มุมมองทางสังคม กรอบระยะเวลาการศึกษา
68 ตลอดชีวิตของผู้ป่วย (life time) ต้นทุนในมุมมองทางสังคมเป็นมูลค่าปี พ.ศ. 2566 ในหน่วยไทยบาท โดยวาง

69 แผนการเก็บต้นทุนทางการแพทย์จากฐานข้อมูลโรงพยาบาล และต้นทุนตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์จากรายการ
70 ต้นทุนมาตรฐานหรือการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผลลัพธ์คือ ปีสุขภาวะ ซึ่งวางแผนเก็บค่าอรรถประโยชน์ (utility) ใน
71 แต่ละสถานะสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมหรือการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

72 การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณของการใช้ PET-CT จะวิเคราะห์ในบริบทของประเทศไทย ศึกษา
73 ในมุมมองของผู้ให้บริการโดยกรอบระยะเวลาการศึกษาจำนวน 5 ปี

74 การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จะศึกษาความสามารถในการให้บริการของหน่วยบริการแต่ละ
75 หน่วยที่ให้บริการตรวจ PET-CT และสำรวจค่าบริการการตรวจ PET-CT ที่หน่วยบริการพึงพอใจ โดยส่งแบบ
76 สำรวจให้หน่วยบริการทั่วประเทศ

77 ประเด็นขอข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

78 1. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ในปัจจุบัน

79 พญ.มนัสสมนต์ นาวิณพิพัฒน์ ให้ข้อมูลว่าปัจจุบันสมาคมโลหิตวิทยากำลังอยู่ในระหว่างรวบรวมข้อมูล
80 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง คณะผู้วิจัยสามารถขอข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจากสมาคมโลหิตวิทยา และ
81 สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ประมาณ 150 รายต่อปี

82 2. สถานการณ์การเบิกจ่ายค่าตรวจ PET-CT สำหรับการประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษา 83 ของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ในปัจจุบัน

84 พญ.มนัสสมนต์ นาวิณพิพัฒน์ ให้ข้อมูลว่าสำหรับสิทธิ์สวัสดิการรักษายาพยาบาล กรมบัญชีกลาง สามารถ
85 เบิกจ่ายการตรวจ PET-CT ในข้อบ่งใช้ ก่อนเริ่มการรักษา (initial) และระหว่างได้รับการรักษา (interim) สำหรับ
86 สิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิ์ประกันสังคมหากผู้ป่วยสะดวกจ่ายค่าตรวจ PET-CT ได้ผู้ป่วยจะเป็น
87 ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย แต่หากผู้ป่วยไม่สะดวกจ่ายค่าตรวจ PET-CT ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจโดย CT เพียงอย่าง
88 เดียว

89 3. ประโยชน์ของ PET-CT ในโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ในข้อบ่งใช้ต่าง ๆ

90 พญ.ลลิตา นรเศรษฐ์ธาดา ให้ข้อมูลว่า สำหรับโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ในระยะ 1 และ 2
91 หรือ limited stage ข้อบ่งใช้การหาระยะของโรค (staging) การตรวจ PET-CT จะมีการ upstaging เมื่อ
92 เปรียบเทียบกับการตรวจ CT ประมาณร้อยละ 30 นอกจากนี้ยังสามารถลดการตรวจ bone marrow biopsy ลง
93 ซึ่งช่วยให้วางแผนการรักษาได้แม่นยำขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ข้อบ่งใช้ การประเมินระยะ
94 (interim staging) หากผู้ป่วยตอบสนองอย่างสมบูรณ์ (complete response) สามารถหยุดการให้เคมีบำบัดได้
95 เร็วขึ้น และอาจถือเป็นข้อบ่งใช้การตรวจหลังสิ้นสุดการรักษา (end of treatment) ได้ด้วย

96 สำหรับโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง DLBCL ในระยะ 3 และ 4 หรือ advance stage ข้อบ่งใช้ staging อาจ
97 ไม่มีประโยชน์แต่แพทย์จำเป็นต้องมีผลการตรวจ PET-CT เริ่มต้นเพื่อใช้ในการประเมินก่อนการรักษา ข้อบ่งใช้

98 interim staging การตรวจ PET-CT ไม่มีประโยชน์การตรวจ CT ก็เพียงพอ และข้อบ่งใช้ end of treatment
 99 หากผลการตรวจ PET-CT พบว่าเหลือก้อนมะเร็งจะใช้พิจารณาในการรักษาด้วยการฉายรังสีต่อไป

100 **4. การศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการบรรจุการตรวจ PET-CT ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับ**
 101 **การประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL**

102 คณะผู้วิจัยสอบถามความเห็นที่ประชุมถึงจำนวนเครื่องตรวจ PET-CT ในประเทศไทยในปัจจุบัน และ
 103 ความจำเป็นในการศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการบรรจุการตรวจ PET-CT ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับ
 104 การประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL เนื่องจากมีผล
 105 การศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการบรรจุการตรวจ PET-CT ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับโรคมะเร็งปอด
 106 ชนิดไม่เล็ก โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน ที่จัดทำโดยโครงการ
 107 ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2562 และปัจจุบันมีการใช้ PET-CT ในชุดสิทธิประโยชน์
 108 สำหรับโรคมะเร็งปอดชนิดไม่เล็ก และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน

109 ผศ. พญ.วิชชา จำรูญรัตน์ ให้ข้อมูลว่าปัจจุบันมีเครื่อง PET-CT เพิ่มขึ้นจำนวน 1 เครื่องที่โรงพยาบาล
 110 สงขลานครินทร์ เพิ่มเติมจากผลการศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเดิม รายละเอียดดังภาพที่ 3 รศ. ดร.วิจิตต์
 111 ศรี สงวนวงศ์ เสนอแนะว่าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนทั้งจำนวนเครื่อง PET-CT และหน่วยบริการคณะผู้วิจัยควร
 112 สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากบริษัทที่นำเข้าเครื่อง PET-CT เนื่องจากเครื่อง PET-CT มีราคาสูงน่าจะมีการเก็บข้อมูล
 113 เป็นฐานข้อมูลไว้ ภก. ปรีชา พันธุ์ติเวช ตัวแทนจากสมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทยให้ความ
 114 อนุเคราะห์ในการดำเนินการสำรวจข้อมูลทั้งจำนวนและการกระจายของเครื่อง PET-CT เพื่อเป็นข้อมูลให้
 115 คณะผู้วิจัย

การศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ



อ้างอิงจากรายงานวิจัยการประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของบริการตรวจเพซซีทีในประเทศไทย ปี 2562

ภาพที่ 3 แสดงจำนวนและการกระจายตัวของเครื่อง PET-CT ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562

116
 117

118 รศ. นพ.ธีระ วรธนารัตน์ ให้ข้อคิดเห็นว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้ของ
 119 เครื่อง PET-CT เนื่องจากจำนวนเครื่อง PET-CT ในประเทศมีจำนวนไม่มาก เมื่อได้รายชื่อของหน่วยบริการทั้ง
 120 หมดแล้วแนะนำให้สอบถามความสามารถในการให้บริการตรวจ PET-CT ของหน่วยบริการแต่ละแห่งรวมถึง
 121 สถานการณ์การตรวจในหน่วยบริการปัจจุบันว่าสามารถให้บริการในโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL เพิ่มเติม
 122 ได้หรือไม่ รศ. พญ.ชนิสลา โชติพานิช ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าหากสอบถามความสามารถในการให้บริการอาจจะ
 123 สอบถามว่าหน่วยบริการนั้นให้บริการได้เท่าไร เช่น ศูนย์ใช้โคลตรอนและเทสแกนแห่งชาติโรงพยาบาลจุฬารัตน์
 124 เปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่ 08.00 – 20.00 น. แต่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ไม่สามารถเปิดให้บริการได้ในทุกวัน
 125 เนื่องจากการตรวจนั้นไม่เพียงจะต้องมีเครื่อง PET-CT แต่จะต้องมีเครื่องผลิตสารเภสัชรังสี F-18
 126 fluorodeoxyglucose ซึ่งแต่ละหน่วยการให้บริการมีเงื่อนไขในการให้บริการแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังต้อง
 127 คำนึงถึงความสามารถในการอ่านผลการตรวจโดยแพทย์รังสี

128 5. ข้อมูลประสิทธิผลของเครื่องมือ PET-CT และความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะ

129 รศ. ดร.วิจิตต์ศรี สงวนวงศ์ สอบถามถึงข้อมูลประสิทธิผลของเครื่องมือ PET-CT และความน่าจะเป็นใน
 130 การเปลี่ยนสถานะในกรอบงานวิจัยว่าคณะผู้วิจัยมีข้อมูลหรือไม่ คณะผู้วิจัยชี้แจงว่าตัวแปรดังกล่าวคณะผู้วิจัย
 131 วางแผนในการทบทวนวรรณกรรมซึ่งยังไม่ได้ค่าตัวแปรสุดท้าย เนื่องจากโครงการนี้ยังไม่ได้รับทุนในการทำวิจัย
 132 การประชุมครั้งนี้เป็นเพียงการกำหนดกรอบของโครงร่างวิจัยเท่านั้น รศ. ดร.วิจิตต์ศรี สงวนวงศ์ แนะนำว่าควร
 133 ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมในตัวแปรประสิทธิผลของเครื่องมือ PET-CT และความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะ
 134 ในโครงร่างวิจัยเพิ่มเติม

135 6. การเก็บข้อมูลต้นทุนตรงทางการแพทย์

136 รศ. ดร.วิจิตต์ศรี สงวนวงศ์ เสนอแนะให้เก็บข้อมูลต้นทุนจากทุกหน่วยที่ให้บริการการตรวจ PET-CT
 137 เนื่องจากจำนวนหน่วยบริการมีจำนวนไม่มาก รศ. พญ.ชนิสลา โชติพานิช หนึ่งในคณะผู้วิจัยในการศึกษาความคุ้มค่า
 138 ทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้ PET-CT ปี พ.ศ. 2561 ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าเดิมคณะผู้วิจัยวางแผนในการเก็บข้อมูล
 139 ต้นทุนจากทุก ๆ หน่วยให้บริการตรวจ PET-CT แต่ได้ข้อมูลเพียง 2 แห่งเท่านั้น ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ กล่าว
 140 เสริมว่าต้นทุนนั้นหากจะเก็บให้ละเอียดนั้นทำได้ยาก โรงพยาบาลบางแห่งข้อมูลต้นทุนจะปะปนกับต้นทุนอื่น ๆ
 141 รศ. ดร.วิจิตต์ศรี สงวนวงศ์ แนะนำให้คณะผู้วิจัยออกแบบวิธีในการเก็บ sharing cost ที่หน่วยบริการสามารถเก็บ
 142 ข้อมูลได้สะดวกขึ้น และคณะผู้วิจัยมาคำนวณต้นทุนต่อหน่วยต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลจากหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้
 143 รศ. นพ.ธีระ วรธนารัตน์ เสนอให้เก็บข้อมูลต้นทุนตามประเภทของหน่วยบริการ โดยแบ่งประเภทของหน่วยบริการ
 144 ตามขนาดของโรงพยาบาลหรือแบ่งประเภทตามสังกัดของโรงพยาบาล เก็บข้อมูลต้นทุนหน่วยบริการประเภทละ 1
 145 แห่ง รศ. ดร.วิจิตต์ศรี สงวนวงศ์ เสนอการเลือกเก็บข้อมูลโดยแบ่งประเภทตามจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจ
 146 PET-CT และสุ่มเลือกโรงพยาบาลประเภทละ 1 แห่งเพื่อเก็บข้อมูลต้นทุน

147 พญ.มนัสมนต์ นาวิณพิพัฒน์ ให้ข้อเสนอแนะว่าให้คณะผู้วิจัยควรพิจารณาคำนวณต้นทุนของการตรวจ
 148 PET-CT ในข้อบ่งใช้ 1) staging 2) interim staging และ 3) end of treatment เนื่องจากในแต่ละข้อบ่งใช้จะมี
 149 ต้นทุนที่แตกต่างกัน สำหรับข้อบ่งใช้ staging ความแม่นยำของ PET-CT มากกว่า CT ประมาณร้อยละ 15 – 20
 150 หากไม่สามารถ staging ได้อย่างแม่นยำทำให้โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย
 151 ยา และต้องรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งราคาค่าปลูกถ่ายไขกระดูกประมาณ 1 – 2 ล้านบาทต่อราย ข้อ
 152 บ่งใช้ interim staging เพื่อวางแผนการรักษาพิจารณาผู้ป่วยว่าควรได้รับการฉายแสงหรือไม่ และข้อบ่งใช้ end of
 153 treatment มีผลต่อขนาด (dose) ของการฉายแสง หรือให้สูตรยาใหม่ (savage regimen) ซึ่งการให้สูตรยาใหม่
 154 นั้นอาจทำให้ต้องปลูกถ่ายไขกระดูก นำมาสู่การติดเชื้อ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตจากการติด
 155 เชื้อ

156 พญ.ลลิตา นรเศรษฐ์ชาติดา สอบถามคณะผู้วิจัยว่า ต้นทุนที่จะนำมาคำนวณเป็นเพียงต้นทุนค่าตรวจ PET-
 157 CT หรือรวมถึงต้นทุนค่ารักษาด้วย คณะผู้วิจัยให้ข้อมูลว่าต้นทุนที่จะนำมาคำนวณนั้นเป็นข้อมูลต้นทุนค่าตรวจ
 158 PET-CT รวมถึงต้นทุนค่ารักษาด้วย พญ.ลลิตา นรเศรษฐ์ชาติดา ให้ข้อคิดเห็นว่า ต้นทุนค่ารักษาด้วยเคมีบำบัดของ
 159 ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ที่ได้รับการตรวจด้วย PET-CT และ CT ไม่แตกต่างกัน แต่จะมีความ
 160 แตกต่างกันที่ต้นทุนค่าฉายแสง เนื่องจาก PET-CT ช่วยในการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย ผู้ป่วย
 161 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ที่ได้รับการตรวจ PET-CT อาจจะได้การรักษาด้วยการฉายแสงเพิ่มขึ้นทำให้
 162 ต้นทุนมีความแตกต่างกัน

163 รศ. พญ.ชนิสรา โชติพานิช และพญ.มนัสมนต์ นาวิณพิพัฒน์ ให้ข้อมูลว่าหากคณะผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูลที่
 164 หน่วยบริการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ สามารถให้ข้อมูลได้ พญ.มนัสมนต์ นาวิณพิพัฒน์ มีความกังวลว่า ข้อมูลผู้ป่วย
 165 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ในโรงพยาบาลนั้นเป็นข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective) ซึ่งข้อมูลในปี พ.ศ.
 166 2561- 2562 มีข้อมูลในข้อบ่งใช้ initial และข้อมูล end of treatment ในทุก ๆ ระยะโรค แต่ ข้อมูลในปี พ.ศ.
 167 2563 – 2564 มีข้อมูลที่หลายหลากตามกำลังการจ่ายค่าตรวจ PET-CT ของผู้ป่วยและสำหรับข้อมูลผู้ป่วยที่มีสิทธิ์
 168 สวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง จะไม่มีข้อมูลในข้อบ่งใช้ end of treatment เนื่องจากสิทธิ์สวัสดิการ
 169 รักษาพยาบาล กรมบัญชีกลาง ไม่สามารถเบิกในข้อบ่งใช้นี้ได้ อย่างไรก็ตามสามารถพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยใน
 170 โรงพยาบาลจุฬารัตน์เป็นข้อมูลเบื้องต้นได้

171 ปิดประชุมเวลา 14.00 น.

172

.....
 ญ.โชติกา สุวรรณพานิช
 ผู้บันทึกรายงานการประชุม

.....
 ญ.ชิตวราธร พูนศิริ
 ผู้ตรวจรายงานการประชุม

173