

# ต้นทุน-ประสิทธิผลของการให้บริการยาละลายลิ่มเลือด ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ในโรงพยาบาลชุมชน

สุรศักดิ์ เสาแก้ว\*

ปิยะ กาญจรวงศ์ชัย†

## บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST segment elevation myocardial infarction: STEMI) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ การเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่ในบริบทที่ไม่สามารถทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ การให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่สูงขึ้นจึงมีความจำเป็น อย่างไรก็ตาม การให้บริการดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากภาวะเลือดออกและมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการเพิ่มขึ้น ดังนั้นข้อมูลต้นทุน-ประสิทธิผลของการให้บริการยาละลายลิ่มเลือด จึงมีความสำคัญในการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย

การศึกษานี้เป็นการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล เปรียบเทียบระหว่าง การให้บริการยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนแล้วส่งต่อไปยังสถานพยาบาล ที่สามารถทำการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ (facilitated percutaneous coronary intervention: FPCI) กับการส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล เพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยตรง (primary percutaneous coronary intervention: PPCI) โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ (Markov model) วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel จากมุมมองทางสังคม (societal perspective) และมุมมองระบบสุขภาพ (health system perspective) ภายใต้อายุขัยตลอดชีวิต (life long time horizon) โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษา พบว่าการให้บริการยาละลายลิ่มเลือด (FPCI) ในโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีต้นทุนลดลง ในขณะที่ประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ถือว่าเป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ดังนั้น หากโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยสามารถให้บริการยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างแพร่หลาย ก็จะมีผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น ภายใต้อารมณ์ร้ายภายในภาพรวมของระบบที่ลดลง ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ควรพิจารณาสนับสนุนให้มีการบริการยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม และพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ โดยเฉพาะกำลังคนและงบประมาณให้กับพื้นที่ที่มีความต้องการบริการดังกล่าว

**คำสำคัญ:** ต้นทุน-ประสิทธิผล, การให้บริการยาละลายลิ่มเลือด, กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก, โรงพยาบาลชุมชน

## Abstract Cost-effectiveness of Thrombolysis Service for Patient with ST Segment Elevation Myocardial Infarction in Community Hospital

Surasak Saokaew\*, Piya Hanvoravongchai†

\*School of Pharmaceutical Sciences, University of Phayao, †Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) is a major cause of death. Recent evidences showed that primary percutaneous coronary intervention (PPCI) can reduce mortality rate. However, in a situation where PPCI is unavailable, a facilitated percutaneous coronary intervention (FPCI) using fibrin-

\*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

† คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

olytic drug before patient referral could be an important life-saving solution. Since FPCI may increase the risk of major bleeding and incur more expenditure, the information on cost-effectiveness of FPCI is useful for policy makers.

A Markov model was used to compare the lifetime cost and quality-adjusted life years (QALYs) accrued to patients receiving FPCI before referral and PPCI at referral center from societal and health system perspectives. All analyses were performed using Microsoft Excel. Input data were retrieved from literatures and electronic databases.

We found that FPCI program at community hospital is a dominant alternative given its lower cost and higher effectiveness than PPCI at referral center. This means it is a cost-effective policy option.

Therefore, community hospitals with the capacity to provide FPCI service for STEMI patients should be supported to offer such service for better access to the patients with higher overall quality of life and lower costs to the systems. We suggest that policy makers in the Ministry of Public Health and the hospital administrators should consider these findings and provide support to make FPCI available in community hospitals with existing capacity. Capacity strengthening particularly in terms of manpower, and budget should be provided especially in the areas where there is still shortage of supply.

**Keywords:** cost-effectiveness, thrombolysis service, ST segment elevation myocardial infarction, community hospital

## ภูมิหลังและเหตุผล

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST segment elevation myocardial infarction: STEMI) เป็นสาเหตุการตายที่ล่ำค่าซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โรคนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก จากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาและอุบัติเหตุในประเทศไทย พบว่าทำให้สูญเสียปีสุขภาวะหรือสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพที่ดีของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง เป็นภาระที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว และความรุนแรงของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้<sup>(1,2)</sup>

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกโดยการเปิดให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่ (reperfusion therapy) ให้เร็วที่สุด เป็นหัวใจสำคัญในการรักษา ซึ่งจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้<sup>(3)</sup> โดยปัจจุบันแนะนำให้ทำการตรวจสวนหัวใจและใช้บอลูนขยายหลอดเลือด (primary percutaneous coronary intervention: PPCI) เป็นทางเลือกแรกในการเปิดหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด อีก

ทั้งยังลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า<sup>(4)</sup> อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดหลายประการในการทำ PPCI โดยเฉพาะความพร้อมของโรงพยาบาล อุปกรณ์ และบุคลากรที่จะสามารถทำ PPCI ได้อย่างมีประสิทธิภาพและตลอดเวลา

การศึกษาการให้ยาละลายลิ่มเลือดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วย STEMI ที่มาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังเจ็บหน้าอก พบว่า ประสิทธิภาพของการรักษาทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกัน<sup>(5)</sup> ดังนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลที่สามารถทำ PPCI ได้ โดยไม่มีระบบขนส่งที่ดี หรือต้องใช้ระยะเวลาไปถึงสถานพยาบาลที่มีความสามารถในการทำ PPCI (door-to-balloon) เกินกว่าระยะเวลาไปถึงสถานพยาบาลที่มีความสามารถในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (door-to-needle) มากกว่า 60 นาที จะมีผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วย PPCI ลดลง<sup>(6)</sup> ดังนั้นการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic หรือ thrombolytic drugs) จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการเปิดหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อีกทั้งยังช่วยสงวนความสามารถการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย และป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งจะให้ผลดีในการเปิดหลอดเลือดหัวใจเมื่อได้รับยาภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ<sup>(7,8)</sup>

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันการให้ยาดังกล่าวมีเฉพาะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเท่านั้น ด้วยข้อจำกัดนี้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลข้างต้น จึงมีโอกาสดำเนินการรักษารักษาอย่างทันที่ต่ำมาก ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวมีเพียงร้อยละ 0.1 เท่านั้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงส่งเสริมให้มีการให้ยาละลายลิ้มเลือดให้เร็วที่สุด โดยให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้ยาละลายลิ้มเลือดได้ โดยกำหนดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557 ยุทธศาสตร์ที่ 2 (พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้) ตัวชี้วัดที่ 4 ที่ระบุว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ้มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI - Primary Percutaneous Cardiac Intervention) ร้อยละ 70<sup>(9)</sup>

หนึ่งในโรงพยาบาลชุมชนนั้น การให้บริการการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) เป็นไปได้ยาก เนื่องจากขาดบุคลากรและอุปกรณ์ที่สามารถดำเนินการได้ จึงมีแนวคิดที่โรงพยาบาลชุมชนควรให้ยาละลายลิ้มเลือดและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการรักษาในระดับที่สูงขึ้น (FPCI) อย่างไรก็ตาม การจัดให้มีบริการดังกล่าวจำเป็นต้องจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์และฝึกอบรมบุคลากรให้มีความพร้อม จึงเกิดข้อสงสัยเรื่องความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการให้บริการดังกล่าว

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการให้บริการยาละลายลิ้มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน แล้วส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่สามารถทำการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ เปรียบเทียบกับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยตรงโดยไม่ต้องให้บริการยาละลายลิ้มเลือดก่อน เพื่อใช้ประโยชน์จากการศึกษาในการกำหนดนโยบายการจัดบริการดังกล่าวในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

## ระเบียบวิธีศึกษา

### การวิเคราะห์หลัก

#### รูปแบบการศึกษา

การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ (Markov model) วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel จากมุมมองทางสังคม (societal perspective) ซึ่งคำนึงถึงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับการรักษาพยาบาล และมุมมองระบบสุขภาพหรือผู้ให้บริการ (health system perspective) ซึ่งไม่ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับการรักษาพยาบาล ภายใต้กรอบเวลาตลอดชีวิต (life long time horizon)

#### ประชากร

ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอซตีติก (STEMI) โดยผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ้มเลือดจะถูกคัดออกจากการศึกษา ซึ่งประกอบไปด้วย 1) มีเลือดออกง่ายที่อวัยวะ (bleeding diathesis) ยกเว้นมีประจำเดือน 2) ประวัติเลือดออกในสมองเวลาใดก็ตาม 3) ประวัติอัมพาตจากหลอดเลือดสมองอุดตันภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา ยกเว้นกรณีหลอดเลือดสมองอุดตันภายใน 3 ชั่วโมง (acute ischemic stroke) 4) มีประวัติมีเนื้องอกในสมอง 5) มีประวัติหลอดเลือดในสมองผิดปกติ เช่น arteriovenous malformation 6) สงสัยมีหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด (aortic dissection) และ 7) ได้รับอุบัติเหตุชนิดไม่มีเลือดออกมาภายนอกศีรษะ (closed head trauma) หรือที่หน้าอย่างรุนแรงภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา

#### เทคโนโลยีและตัวเปรียบเทียบ

การให้บริการยาละลายลิ้มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนแล้วส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สามารถทำการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ (facilitated percutaneous coronary intervention: FPCI) เปรียบเทียบกับการส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยตรง (primary percutaneous coronary intervention: PPCI)

### ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

การศึกษานี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในรูปของอรรถประโยชน์ (utility) ในที่นี้คือปีสุขภาวะ (quality-adjusted life years: QALYs) ซึ่งได้จากผลคูณระหว่างช่วงอายุขัย (life expectancy) และคะแนนอรรถประโยชน์

### อัตราการปรับลด

มีการปรับลดต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในอนาคต ในอัตราร้อยละ 3 ต่อปี

### โครงสร้างแบบจำลอง

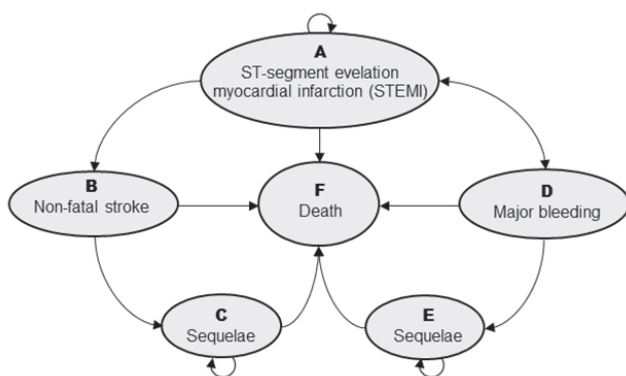
การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลในการศึกษานี้ กำหนดสถานะสุขภาพในแบบจำลอง Markov model จำนวน 6 สถานะ ซึ่งปรับปรุงมาจากการศึกษา PLATO ที่ศึกษาในสหภาพยุโรป<sup>(10)</sup> โดยกำหนดให้มีการเปลี่ยนแปลงสถานะทุกๆ 1 ปี (1-year cycle length) และติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยในแบบจำลองทั้งหมดเสียชีวิตลง (life time) (รูปที่ 1)

### สมมติฐานที่ใช้ในแบบจำลอง

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ FPCI ทุกรายจะได้รับการส่งต่อเพื่อไปดูแลรักษาในสถานพยาบาลที่สามารถทำ PPCI ได้ เนื่องจากพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิด recurrent ischemia<sup>(11)</sup> ได้ โดยการรักษาทั้งสองวิธีมีค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยเท่ากัน ซึ่งจะไม่นำมาคำนวณในแบบจำลอง

### ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง

ข้อมูลตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองประกอบด้วย 4 ส่วนหลักๆ คือ ข้อมูลความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะสุขภาพ ข้อมูลประสิทธิผลเปรียบเทียบระหว่าง FPCI และ PPCI



รูปที่ 1 สถานะสุขภาพในแบบจำลอง

ข้อมูลต้นทุน และข้อมูลอรรถประโยชน์ โดยใช้ข้อมูลของประเทศไทย หรือข้อมูลที่ลักษณะประชากรใกล้เคียงกับประเทศไทย (ตารางที่ 1) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ข้อมูลความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะสุขภาพเกี่ยวกับการเสียชีวิต ได้จากรายงานการลงทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์<sup>(12)</sup> ความน่าจะเป็นของการเกิดภาวะเลือดออก<sup>(13)</sup> การเสียชีวิตจากภาวะเลือดออก<sup>(14)</sup> การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)<sup>(15)</sup> การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง<sup>(16)</sup> และการเสียชีวิตจากผลของสถานะสุขภาพข้างต้น<sup>(14)</sup> ได้จากรายงานผลการวิจัยที่ศึกษาในประชากรไทย (ตารางที่ 1)

- ข้อมูลประสิทธิผลเปรียบเทียบระหว่าง FPCI และ PPCI ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน โดยสืบค้นในฐานข้อมูล PubMed, Embase, Cochrane, Medline และ Google scholar โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ 'st elevation myocardial infarction' or 'acute myocardial infarction' and 'fibrinolytic agents' or 'thrombolytic agents' or 'streptokinase' or 'tenecteplase' or 'tnk-tpa' or 'reteplase' or 'rpa' or 'facilitated pci' or 'facilitated percutaneous coronary intervention' and 'refer' or 'transfer' and 'mortality' or 'reinfarction' or 'ischemic stroke' or 'composite outcome' or 'major bleeding' พบบางงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และสามารถวิเคราะห์อภิมานได้จำนวน 6 การศึกษา<sup>(17-22)</sup> เพื่อหาประสิทธิผลเปรียบเทียบระหว่าง FPCI และ PPCI โดยมีผลลัพธ์เป็น อัตราการเสียชีวิต การเกิดภาวะเลือดออกชนิดรุนแรง และการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 1)

- ข้อมูลต้นทุนในการศึกษานี้ใช้มุมมองทั้งทางสังคมและมุมมองทางระบบสุขภาพในการวิเคราะห์ จึงพิจารณาทั้งต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ (direct medical cost) เช่น ค่าจัดตั้งหน่วยบริการให้ยาละลายลิ่มเลือด ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าตัดถดถูกร และต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (direct non-medical cost) เช่น ค่าเดินทางมารับการรักษา

ตารางที่ 1 ความน่าจะเป็น ต้นทุน และคุณภาพชีวิต สำหรับการวิเคราะห์

ตัวแปร	ข้อมูลในการวิเคราะห์หลัก	ช่วงของข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ความไว	แหล่งข้อมูล
<b>ความน่าจะเป็น (ต่อปี)</b>			
<b>อัตราการตาย*</b>			
DTT ≤ 30 min	0.0163	0.0138 - 0.0187	(12)
DTT 31-60 min	0.0236	0.0200 - 0.0271	(12)
DTT 60-90 min	0.0374	0.0318 - 0.0430	(12)
DTT >90 min	0.0505	0.0429 - 0.0581	(12)
ภาวะเลือดออกกรุนแรง	0.0277	0.0236 - 0.0319	(13)
ภาวะหลังเกิดภาวะเลือดออกกรุนแรง	0.1400	0.1202 - 0.1598	(14)
การเกิด stroke	0.1040	0.0884 - 0.1196	(15) <sup>†</sup>
อัตราการตายจากการเกิดภาวะเลือดออกกรุนแรง	0.2062	0.1286 - 0.2726	(14)
อัตราการตายจากการเกิด stroke	0.1595	0.1356 - 0.1834	(16)
อัตราการตายจากการเกิดภาวะหลังเกิดภาวะเลือดออกกรุนแรง	0.1668	0.1432 - 0.1899	(14)
อัตราการตายจากการเกิดภาวะหลังเกิด stroke	0.2082	0.1793 - 0.2364	(14)
<b>ประสิทธิผลของ FPCI เมื่อเทียบกับ PPCI (risk ratio, RR)</b>			
ต่ออัตราการตาย	0.96	0.77 - 1.20	Meta-analysis
ต่อภาวะเลือดออกกรุนแรง	1.57	1.07 - 2.30	Meta-analysis
ต่อการเกิด stroke	1.65	0.81 - 3.38	Meta-analysis
<b>ต้นทุน (หน่วยเป็นบาท โดยคำนวณ ณ ปี 2557)</b>			
<b>ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์</b>			
ค่าจัดตั้งการให้บริการละลายลิ่มเลือด	100,000	85,000 - 115,000	Calculated <sup>‡</sup>
ค่ายาต่อครั้ง			
Streptokinase	8,110	-	DMSIC, (31)
Alteplase	20,865	-	NLEM, (31)
Tenecteplase	40,000	-	(31)
ค่ารักษาพยาบาลการเกิด stroke (ต่อครั้ง)	120,000	102,000 - 138,000	(32)
ค่ารักษาพยาบาลการเกิดภาวะเลือดออกกรุนแรง (ต่อครั้ง)	58,128	32,727 - 73,940	(14)
ค่ารักษาพยาบาลภาวะหลังเกิดเลือดออกหรือ stroke (ต่อปี)	32,405	27,544 - 37,265	(33)
ค่ารักษาพยาบาลกรณีให้บริการ FPCI (ต่อครั้ง)	60,043	51,036 - 69,049	(32)
ค่ารักษาพยาบาลกรณีให้บริการ PPCI (ต่อครั้ง)	161,096	136,931 - 185,260	(32)
ค่าทำ coronary angiography (ต่อครั้ง)	20,243	17,207 - 23,279	(34)
<b>ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์</b>			
ค่าเดินทาง (ต่อครั้ง)	145.3	122.2 - 168.5	(34) <sup>¶</sup>
ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้น (ต่อครั้ง)	53.5	42.8 - 64.2	(34) <sup>¶</sup>
ต้นทุนทางอ้อม (ค่าเสียโอกาสในการสร้างผลผลิตต่อวันตามอายุ)			(35)**
อายุ 15-29 ปี	196	-	
อายุ 30-39 ปี	409	-	
อายุ 40-59 ปี	571	-	
อายุ 60-69 ปี	246	-	
อายุ 70-79 ปี	98	-	

ตารางที่ 1 ความน่าจะเป็น ต้นทุน และคุณภาพชีวิต สำหรับการวิเคราะห์

ตัวแปร	ข้อมูลในการวิเคราะห์หลัก	ช่วงของข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ความไว	แหล่งข้อมูล
<b>ค่าอรรถประโยชน์ (EQ-5D)</b>			
STEMI (ไม่เกิดเหตุการณ์อื่นแทรกซ้อน)	0.890	0.878 - 0.901	(36)
ภาวะเลือดออกรุนแรง	0.836	0.711 - 0.962	(14)
การเกิด stroke	0.713	0.271 - 1	(14)
ภาวะหลังเกิดภาวะเลือดออกรุนแรง	0.620	0.370 - 0.870	(14)
ภาวะหลังเกิด stroke	0.320	0.000 - 0.700	(14)

\* DTT = Door to treatment [DTT = DTN if in FPCI group, DTT = DTB if in PPCI group]

† รวมทั้ง hemorrhagic, and ischemic stroke

‡ คำนวณจากค่าใช้จ่ายการตรวจ EKG, เวลาในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรอื่น ค่าตรวจติดตาม

¶ คำนวณต้นทุนของผู้ป่วยและญาติ 1 คน ในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง<sup>(37)</sup>

\*\* ใช้คำนวณวิเคราะห์ความไวกรณีรวมต้นทุนทางอ้อม

ตัวย่อ DTB, door to balloon; DTN, door to needle; EQ-5D, European Quality of Life-5 Dimensions; FPCI, facilitated percutaneous coronary intervention; PPCI, primary percutaneous coronary intervention; DMSIC, Drug and Medical Supply Information Center; NLEM, National List of Essential Medicines

ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่าเสียโอกาสเนื่องจากการขาดงาน ทั้งนี้ไม่พิจารณาต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) อันเกิดจากความเจ็บป่วยมาใช้ในการคำนวณ เนื่องจากได้รับการพิจารณาอยู่ในผลลัพธ์ทางสุขภาพในรอบปีสุขภาพแล้ว โดยการวิเคราะห์ที่ใช้มุมมองทางสังคมนั้น ใช้ต้นทุนทุกชนิดที่กล่าวมาข้างต้นในการวิเคราะห์ต้นทุน ในขณะที่การวิเคราะห์โดยใช้มุมมองทางระบบสุขภาพนั้นคิดต้นทุนเฉพาะต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์เท่านั้น ต้นทุนจะปรับมาเป็นต้นทุนปัจจุบัน (ปี 2557) โดยใช้ดัชนีราคาผู้บริโภค (ตารางที่ 1)

● ข้อมูลอรรถประโยชน์ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (ตารางที่ 1)

**การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล**

เปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลที่เปลี่ยนแปลงไป โดยในกรณีที่ต้นทุนและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น จะทำการคำนวณและนำเสนอข้อมูลเป็นต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio: ICER) ดังนี้

$$ICER = \frac{\text{ต้นทุนของระบบ FPCI} - \text{ต้นทุนของระบบ PPCI}}{QALY \text{ ของระบบ FPCI} - QALY \text{ ของระบบ PPCI}}$$

**การวิเคราะห์ความไว**

วิเคราะห์ความไม่แน่นอนแบบอาศัยความน่าจะเป็น (probabilistic sensitivity analysis: PSA) โดยใช้เทคนิค second-order Monte Carlo simulation ซึ่งกำหนดค่าการกระจายของตัวแปรตามความเหมาะสม จากนั้นทำการจำลองผลลัพธ์ซ้ำกัน 1,000 ครั้ง และหาต้นทุนต่อปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบระหว่าง FPCI กับ PPCI ภายใต้มุมมองทางสังคมและนำเสนอเป็น cost-effectiveness scatter plot และ cost-effectiveness acceptability curve เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ

นอกจากนี้ จากข้อมูลที่พบว่าระยะทางส่งต่อผู้ป่วยน่าจะส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต อันมีผลกระทบต่อการวิเคราะห์ ต้นทุน-ประสิทธิผล ดังนั้นจึงวิเคราะห์ ต้นทุน-ประสิทธิผลของแต่ละเขตบริการสุขภาพซึ่งมีลักษณะเชิงพื้นที่ที่แตกต่าง<sup>(23)</sup> โดยวิเคราะห์ตามระยะเวลาในการเข้าถึงบริการทั้ง FPCI และ PPCI ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของแต่ละพื้นที่ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปทำ PPCI โดยตรง หรือ FPCI แล้วค่อยส่งต่อไปทำ PPCI

## ผลการศึกษา

### การวิเคราะห์หลัก

จากการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของทางเลือกการรักษาและตัวยาชนิดต่างๆ พบว่าการให้บริการยาละลายลิ้มเลือด (FPCI) ในโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และการให้ FPCI เป็นทางเลือกที่ดีกว่า (dominant) เพราะต้นทุนลดและประสิทธิผลเพิ่ม ซึ่งพบใน

กรณีของการใช้ยา streptokinase และ alteplase โดยที่หากเป็นการรักษาโดยใช้ยา tenecteplase ก็ยังคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพราะคำนวณต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) มีค่าน้อยกว่า 160,000 บาท (หรือ 1.2 เท่าของรายได้มวลรวมประชาชาติ [GNI])<sup>(24)</sup> ต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่มหนึ่งปีที่มีคุณภาพชีวิตเต็ม (THB per QALY gained) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับพิจารณาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของประเทศไทย<sup>(14)</sup> (ตารางที่ 2)

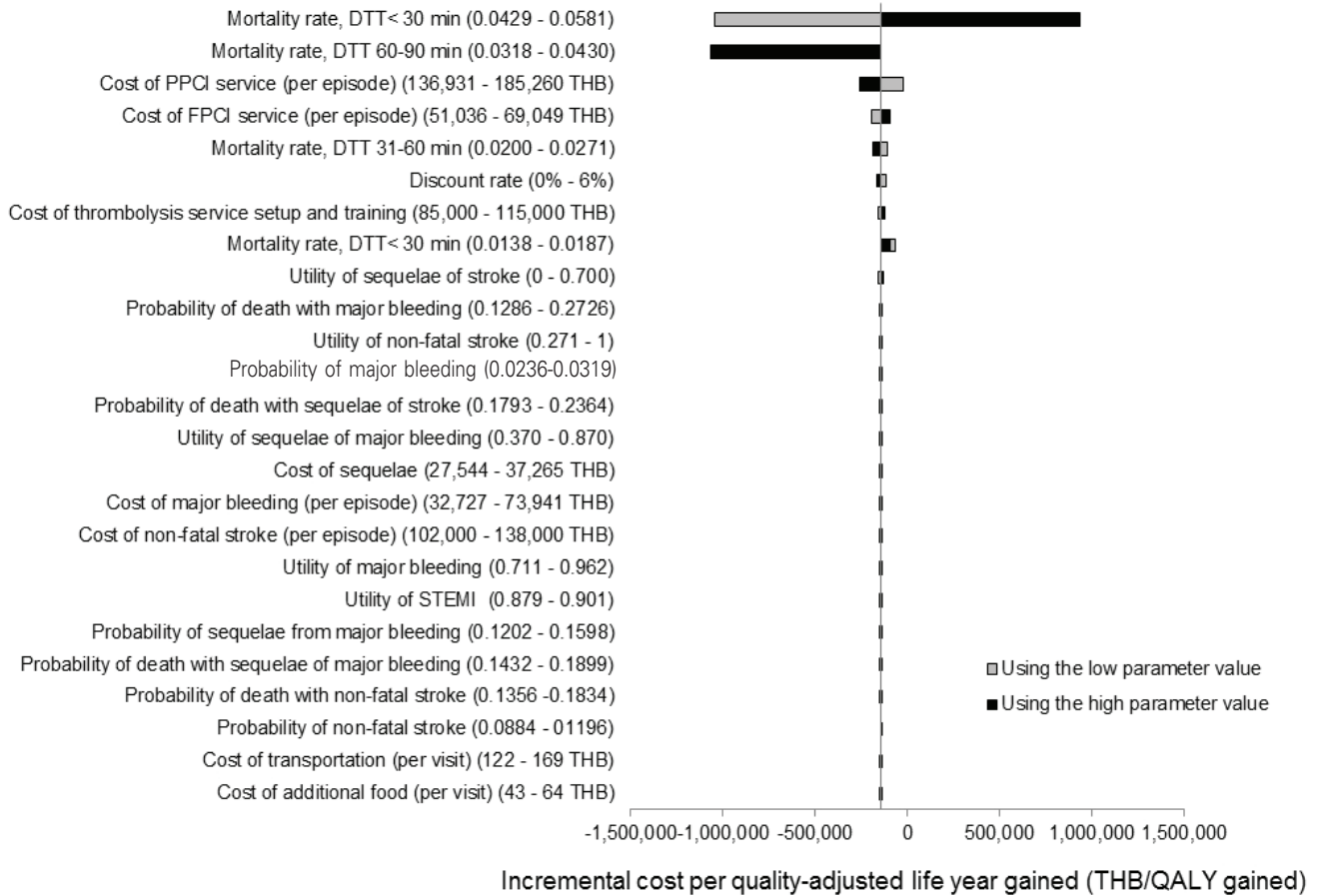
ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หลัก (n=1,000)\*

ทางเลือก	Cost (THB)	Effectiveness (QALYs)	Incremental Cost (ΔTHB)	Incremental Effectiveness (ΔQALYs)	ICER** (ΔTHB/ΔQALYs)
<b>กรณีใช้ยา Streptokinase</b>					
<b>มุมมองผู้ให้บริการ</b>					
PPCI	782,011,494.89	5,921.78	-	-	-
FPCI	713,350,716.05	6,820.61	- 68,660,778.83	898.83	dominant
<b>มุมมองทางสังคม</b>					
PPCI	849,103,854.53	5,921.78	-	-	-
FPCI	720,607,003.71	6,820.61	-128,496,850.83	898.83	dominant
<b>กรณีใช้ยา Alteplase</b>					
<b>มุมมองผู้ให้บริการ</b>					
PPCI	788,958,049.24	5,921.78	-	-	-
FPCI	778,944,751.89	6,820.61	- 10,013,297.35	898.83	dominant
<b>มุมมองทางสังคม</b>					
PPCI	849,103,854.53	5,921.78	-	-	-
FPCI	786,201,039.54	6,820.61	- 62,902,814.99	898.83	dominant
<b>กรณีใช้ยา Tenecteplase</b>					
<b>มุมมองผู้ให้บริการ</b>					
PPCI	799,379,242.31	5,921.78	-	-	-
FPCI	877,348,662.18	6,820.61	77,969,419.88	898.83	86,745.22
<b>มุมมองทางสังคม</b>					
PPCI	849,103,854.53	5,921.78	-	-	-
FPCI	884,604,949.84	6,820.61	35,501,095.31	898.83	39,496.90

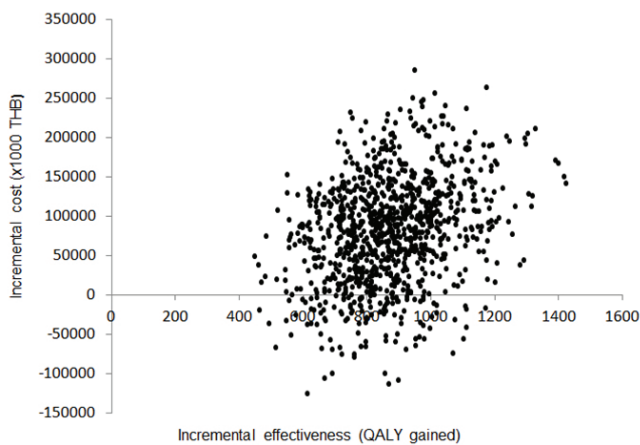
\*ปรับลดทอน 3% ต่อปี

\*\*เปรียบเทียบ FPCI กับ PPCI

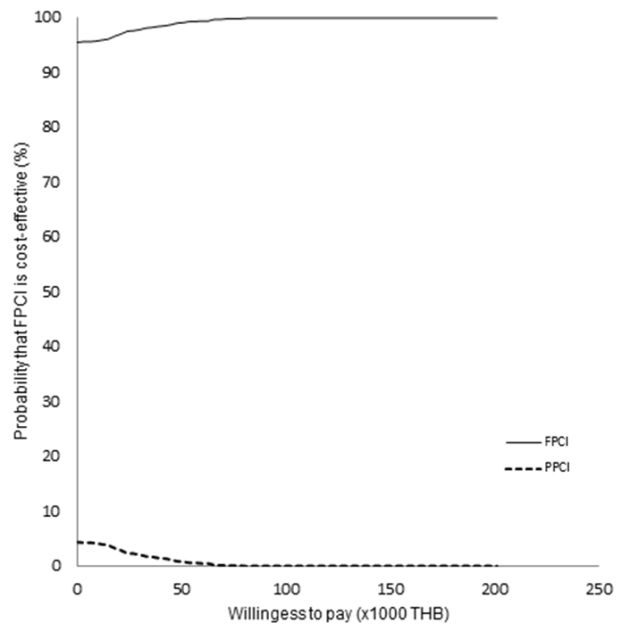
ตัวย่อ THB, Thai Baht; QALY, quality-adjusted life-year; ICER, incremental cost-effectiveness ratio; FPCI, facilitated percutaneous coronary intervention; PPCI, primary percutaneous coronary intervention



รูปที่ 2 การวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (One-way sensitivity analysis)



รูปที่ 3 ระนาบต้นทุน-ประสิทธิผลจากการวิเคราะห์ความไวโดยอาศัยความน่าจะเป็น



รูปที่ 4 กราฟต้นทุนต่อประสิทธิผลที่ยอมรับได้ตามความเต็มใจจ่าย



ตารางที่ 3 ต้นทุน-ประสิทธิผล เมื่อเปลี่ยนระยะเวลา (นาที) ในการเข้าถึงการรักษา

ระยะเวลาในการเข้าถึง PPCI	ระยะเวลาในการเข้าถึง FPCI							
	มุมมองผู้ให้บริการ				มุมมองทางสังคม			
	<30	31-60	60-90	>90	<30	31-60	60-90	>90
<30	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖
31-60	⊕	⊖	⊖	⊖	⊕	⊖	⊖	⊖
60-90	⊕	⊕	⊖	⊖	⊕	⊕	⊖	⊖
>90	⊕	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊖

- ⊕ การบริการ FPCI เมื่อเทียบกับ PPCI แล้ว ส่งผลให้ต้นทุนลดลง ในขณะที่ประสิทธิผลเพิ่มขึ้น (dominant)
- ⊖ การบริการ FPCI เมื่อเทียบกับ PPCI แล้ว ส่งผลให้ต้นทุนลดลง ในขณะที่เดียวกันประสิทธิผลก็ลดลงด้วย

### การวิเคราะห์ความไว

จากการวิเคราะห์ตัวแปรที่ละตัวพบว่า อัตราการตายภายในระยะเวลา 30 นาที และ 60-90 นาทีของการรักษา มีอิทธิพลต่อผลการศึกษามากที่สุด (รูปที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์โดยปรับค่าความไม่แน่นอนของพารามิเตอร์ด้วยวิธี probabilistic sensitivity analysis แล้วพบว่าระบบ FPCI มีความคุ้มค่ากว่าการส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PPCI โดยตรง ในทุกระดับความเต็มใจจ่าย (รูปที่ 3 และ 4)

เมื่อวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลส่วนเพิ่ม เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการให้บริการในแต่ละเขตบริการสุขภาพ โดยเปลี่ยนระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ พบว่า การให้บริการ FPCI จะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ก็ต่อเมื่อระยะเวลาในการเข้าถึงการบริการแบบ PPCI ต้องใช้เวลามากกว่า 30 นาที เมื่อเทียบกับการเข้าถึงการบริการแบบ FPCI (ตารางที่ 3) หมายความว่า หากต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปทำ PPCI โดยใช้เวลามากกว่า 30 นาที การให้บริการยาละลายลิ้มเลือดในโรงพยาบาลก่อนการส่งต่อผู้ป่วย (FPCI) เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มากกว่า

### วิจารณ์

การให้บริการยาละลายลิ้มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกมีความ

คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PPCI โดยตรง

เมื่อพิจารณามิติด้านต้นทุน พบว่าการให้บริการยาละลายลิ้มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนนั้น แม้ว่าจะเพิ่มต้นทุนค่ายา ค่าฝึกอบรมให้บุคลากรมีความพร้อม แต่สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ทันเวลาที่ การศึกษาของ Boland และคณะ<sup>(25)</sup> พบว่าการได้รับยาละลายลิ้มเลือดในเวลาที่รวดเร็ว นั้น จะสามารถช่วยลดอัตราการตายและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ สำหรับกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ยังไม่ได้มีการแนะนำเป็นที่แน่ชัดว่าจะใช้วิธีการใดที่จะลดอัตราการตายของผู้ป่วยที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ อย่างไรก็ตาม Penaloza-Ramos และคณะ<sup>(26)</sup> แนะนำว่ากลยุทธ์ใดก็ตามที่สามารถเพิ่มอัตราการให้ยาละลายลิ้มเลือดได้ จะส่งผลให้มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาความคุ้มค่าทางการแพทย์ก่อนหน้านี้<sup>(25,27,28)</sup> และพบงานวิจัยที่กล่าวถึงต้นทุน-ประสิทธิผลของการให้ยาละลายลิ้มเลือดจำนวนหนึ่ง<sup>(18,29)</sup> อาทิ งานวิจัยของ Boudreau และคณะ<sup>(29)</sup> ที่พบว่า การให้ยาละลายลิ้มเลือดภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมง สามารถเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาละลายลิ้มเลือด นอกจากนี้



การศึกษาของ Coleman และคณะ<sup>(18)</sup> ยังพบว่าการได้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วส่งต่อ (facilitated PCI) สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์และมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเทียบกับการส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PCI โดยตรง

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ โดยใช้ข้อมูลของการใช้ยา streptokinase เป็นหลัก เนื่องจากในประเทศไทยนั้น มีการใช้ยานี้เป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม ยังมียาอื่นๆ ที่สามารถใช้ได้และให้ประสิทธิผลในการรักษาดีกว่า เช่น alteplase และ tenecteplase ดังนั้น จึงวิเคราะห์โดยเปลี่ยนต้นทุนราคาจาก streptokinase เป็น alteplase และ tenecteplase แต่ยังใช้ข้อมูลความน่าจะเป็นในการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ จากข้อมูลการใช้ยา streptokinase (เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลเหล่านี้สำหรับยา alteplase และ tenecteplase เพราะมีการใช้ในประเทศไทยน้อยมาก) พบว่าแม้ราคา alteplase และ tenecteplase จะแพงกว่า streptokinase ค่อนข้างมาก แต่ก็ยังคงมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (ตารางที่ 2) ยิ่งหากคำนึงถึงประสิทธิผลของยา tenecteplase ซึ่งมีประสิทธิผลในการเปิดหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 75 เปรียบเทียบกับยา streptokinase ซึ่งมีประสิทธิผลในการเปิดหลอดเลือดได้เพียงร้อยละ 50 จะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในกลุ่ม FPCI ลดลง อีกทั้งการให้ tenecteplase นั้น สามารถให้ยาได้โดยง่าย ปลอดภัย ไม่ต้องใช้เวลาในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์มากเท่ากับ streptokinase ส่งผลให้ต้นทุนในการบริหารยาลดลง ดังนั้นก็จะยังมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มากขึ้น

เมื่อวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลส่วนเพิ่ม เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการให้บริการในแต่ละเขตบริการสุขภาพ โดยเปลี่ยนระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ พบว่าการให้บริการ FPCI จะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ก็ต่อเมื่อระยะเวลาในการเข้าถึงบริการแบบ PPCI ต้องใช้เวลามากกว่า 30 นาที เมื่อเทียบกับการเข้าถึงบริการแบบ FPCI (ตารางที่ 3) ซึ่งในแนวทางการรักษาของ ACC/AHA STEMI ก็แนะนำให้ระยะเวลาที่นานที่สุดที่จะยอมให้ทำ PPCI ได้ คือช้าไม่เกิน 40 นาที (40-min maximum acceptable PCI-related delay

for patients living in the catchment area of non-PCI-capable)<sup>(30)</sup> ดังนั้น ในพื้นที่ที่สามารถประมาณการได้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาหนานกว่า 30 นาที ผู้วิจัยแนะนำว่าควรให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนแล้วค่อยส่งต่อ เพราะนอกจากจะมีประสิทธิผลในเชิงผลลัพธ์ทางคลินิกแล้ว ยังมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อีกด้วย อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาจากอัตราการเสียชีวิตและการเข้าถึงบริการไม่ว่าจะเป็น FPCI หรือ PPCI นั้น ในแต่ละเขตบริการสุขภาพ ยังมีสัดส่วนของการเข้าถึงบริการน้อย (ร้อยละ 56 - 66) และบางเขตบริการสุขภาพยังมีอัตราตายค่อนข้างสูงมาก (ร้อยละ 18.3) ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาการของโรคน้อย จึงทำให้มาพบแพทย์ช้า หรืออาจเป็นเพราะระบบเครือข่ายที่ยังไม่เชื่อมโยงกันสมบูรณ์<sup>(23)</sup> ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้มีเครือข่ายในการบริการผู้ป่วยให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเด่นของงานวิจัยนี้คือ ข้อมูลหรือตัวแปรต่างๆ ที่นำมาวิเคราะห์นั้น ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลของประชากรในประเทศไทย ซึ่งสะท้อนถึงสถานการณ์จริงในบริบทของประเทศและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ต้องคำนึงถึงก่อนนำผลไปใช้คือ 1) จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ FPCI กับ PPCI รวมถึงค่าอรรถประโยชน์ที่นำมาคำนวณในแบบจำลองนั้น ไม่พบข้อมูลการศึกษาในประเทศไทย จึงได้อ้างอิงจากการศึกษาที่มีการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่ความแตกต่างของบริบท เช่น ระบบการรักษา เชื้อชาติ จะส่งผลต่อความแตกต่างของประสิทธิผลและ ICER ระหว่างสองวิธีได้ 2) เป็นการศึกษาเฉพาะต้นทุน-ประสิทธิผลในการให้บริการ FPCI และ PPCI โดยใช้แบบจำลองจากข้อมูลที่มีอยู่เท่านั้น การจะนำไปสู่การปฏิบัติจริง จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้และความพร้อมในการให้บริการของแต่ละสถานพยาบาลในด้านนโยบาย กำลังคนและงบประมาณด้วย 3) ในการวิเคราะห์นั้น ได้พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระยะทางเท่านั้น ไม่ได้วิเคราะห์เป็นรายโรงพยาบาลจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล

ที่มีระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยที่แตกต่างไปจากการศึกษา

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การให้บริการยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เมื่อเทียบกับการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยตรง โดยเฉพาะกรณีที่มีการส่งต่อต้องใช้เวลามากกว่า 30 นาที อีกทั้งในปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อดังกล่าวจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต อันจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกเพิ่มขึ้น ดังนั้นหากโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยสามารถให้บริการยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างแพร่หลาย ก็จะมีผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์จำนวนมาก ผู้วิจัยจึงเสนอให้ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนสนับสนุนทรัพยากรในด้านต่างๆ โดยเฉพาะกำลังคนและงบประมาณในการจัดให้มีบริการยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณแพทย์ (นายแพทย์วัฒนา วงศ์เทพเทียน นายแพทย์สุขชัย เขียรเสวตตระกูล นายแพทย์ ดร.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์) เภสัชกร (เภสัชกรหญิงสุภารัตน์ วัฒนสมบัติ อาจารย์ เภสัชกรหญิงปารฉีย์ มงคล) พยาบาล (คุณพนัดดา อินทรลาลักษณ์) และผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ได้ให้ความเห็นจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Limwattananon S. Report 3: Acute myocardial infarction, ischemic and hemorrhagic strokes in universal coverage 2008-2010. Bangkok: Health Insurance System Research Office; 2011.
2. Surat V, Yensabai R, Khajonvittayakul N, Chawalitkul K, Laoyoung K, Uakridathikam K, et al. Factors associated with Streptokinase failure in the treatment of STEMI patients: a retrospective study. *J Health Syst Res.* 2014;8(3):238-45.
3. Armstrong PW, Bogaty P, Buller CE, Dorian P, O'Neill BJ. The 2004 ACC/AHA Guidelines: a perspective and adaptation for Canada

by the Canadian Cardiovascular Society Working Group. *Can J Cardiol.* 2004 Sep;20(11):1075-9.

4. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet.* 2003 Jan 4;361(9351):13-20.
5. Every NR, Frederick PD, Robinson M, Sugarman J, Bowlby L, Barron HV. A comparison of the national registry of myocardial infarction 2 with the cooperative cardiovascular project. *J Am Coll Cardiol.* 1999 Jun;33(7):1886-94.
6. Nallamothu BK, Bates ER. Percutaneous coronary intervention versus fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction: is timing (almost) everything? *Am J Cardiol.* 2003 Oct 1;92(7):824-6.
7. Fibrinolytic Therapy Trialists' (FTT) Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. *Lancet.* 1994 Feb 5;343(8893):311-22.
8. Boersma E, Maas AC, Deckers JW, Simoons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet.* 1996 Sep 21;348(9030):771-5.
9. Ministry of Public Health. Strategy, indicators, and collection guideline for fiscal year 2014. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
10. Nikolic E, Janzon M, Hauch O, Wallentin L, Henriksson M. Cost-effectiveness of treating acute coronary syndrome patients with ticagrelor for 12 months: results from the PLATO study. *Eur Heart J.* 2013 Jan;34(3):220-8.
11. Kushner FG, Hand M, Smith SC Jr, King SB, 3rd, Anderson JL, Antman EM, et al. 2009 focused updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update) a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2009 Dec 1;54(23):2205-41.
12. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Acute coronary syndrome registry. Bangkok; 2004.
13. Saokaew S, Khaisombat N, Chaiyakunapruk N, Likittanasombat K, Nathisuwan S. Attributable cost and length of stay for patients with enoxaparin-associated bleeding. *Value Health Regional Issues.* 2012;1:41-5.
14. Saokaew S, Permsuwan U, Chaiyakunapruk N, Nathisuwan S, Sukonthasarn A, Jeanpeeraopong N. Cost-effectiveness of pharmacist-participated warfarin therapy management in Thailand. *Thromb Res.* 2013 Oct;132(4):437-43.



15. Srimahachota S, Kanjanavanit R, Boonyaratavej S, Boonsom W, Veerakul G, Tresukosol D. Demographic, management practices and in-hospital outcomes of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR): the difference from the Western world. *J Med Assoc Thai.* 2007 Oct;90 Suppl 1:1-11.
16. Sanguanwong S, Srimahachota S, Tungsubutra W, Srichaiveth B, Kiatchoosakun S. Predictors of in-hospital mortality in Thai STEMI patients: results from TACSR. *J Med Assoc Thai.* 2007 Oct;90 Suppl 1:91-7.
17. Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, Wilcox R, Danays T, Lambert Y, et al. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2013 Apr 11;368(15):1379-87.
18. Coleman CI, McKay RG, Boden WE, Mather JF, White CM. Effectiveness and cost-effectiveness of facilitated percutaneous coronary intervention compared with primary percutaneous coronary intervention in patients with ST-segment elevation myocardial infarction transferred from community hospitals. *Clin Ther.* 2006 Jul;28(7):1054-62.
19. Dudek D, Dziewierz A, Siudak Z, Rakowski T, Zalewski J, Legutko J, et al. Transportation with very long transfer delays (>90 min) for facilitated PCI with reduced-dose fibrinolysis in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: the Krakow Network. *Int J Cardiol.* 2010 Mar 18;139(3):218-27.
20. Larson DM, Duval S, Sharkey SW, Garberich RF, Madison JD, Stokman PJ, et al. Safety and efficacy of a pharmaco-invasive reperfusion strategy in rural ST-elevation myocardial infarction patients with expected delays due to long-distance transfers. *Eur Heart J.* 2011 May;33(10):1232-40.
21. Thiele H, Eitel I, Meinberg CD, Steffen, Leuschner A, Pfeiffer D, Hartmann AL, Ulrich, et al. Randomized comparison of pre-hospital-initiated facilitated percutaneous coronary intervention versus primary percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction very early after symptom onset. *J Am Coll Cardiol.* 2011 4(6):605-14.
22. Widimsky P, Groch L, Zelizko M, Aschermann M, Bednar F, Suryapranata H. Multicentre randomized trial comparing transport to primary angioplasty vs immediate thrombolysis vs combined strategy for patients with acute myocardial infarction presenting to a community hospital without a catheterization laboratory. The PRAGUE study. *Eur Heart J.* 2000 May;21(10):823-31.
23. Heangrasami K, Kehasukcharoen W, Kanoksilp A, Chantadansuwan T, Assavahanrit J, Porapukkharn P, et al. Coronary Artery Disease. In: Makronsarn C, editor. Thai medical service profiles 2011-2014. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
24. The World Bank. GNI per capita, Atlas method (current US\$). 2015 [updated 2015; cited 2015 April 1]; Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD>.
25. Boland A, Dundar Y, Bagust A, Haycox A, Hill R, Mujica Mota R, et al. Early thrombolysis for the treatment of acute myocardial infarction: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2003;7(15):1-136.
26. Penaloza-Ramos MC, Sheppard JP, Jowett S, Barton P, Mant J, Quinn T, et al. Cost-Effectiveness of Optimizing Acute Stroke Care Services for Thrombolysis. *Stroke.* 2014 Jan;45:553:62.
27. Langhorne P, de Villiers L, Pandian JD. Applicability of stroke-unit care to low-income and middle-income countries. *Lancet Neurol.* 2012 Apr;11(4):341-8.
28. Suwanwela NC, Eusattasak N, Phanthumchinda K, Piravej K, Locharoenkul C. Combination of acute stroke unit and short-term stroke ward with early supported discharge decreases mortality and complications after acute ischemic stroke. *J Med Assoc Thai.* 2007 Jun;90(6):1089-96.
29. Boudreau DM, Guzauskas G, Villa KF, Fagan SC, Veenstra DL. A model of cost-effectiveness of tissue plasminogen activator in patient subgroups 3 to 4.5 hours after onset of acute ischemic stroke. *Ann Emerg Med.* 2013 Jan;61(1):46-55.
30. Vasaiwala S, Vidovich MI. Door-to-Balloon and Door-to-Needle Time for ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in the U.S. *J Am Coll Cardiol.* 2009;53(10):902-.
31. Suttipongkeat S, Thongsri T. Reperfusion therapy in acute ST-elevation myocardial infarction. *Buddhachinaraj Med J.* 2012;29(1):271-7.
32. Moleerergpoom W, Kanjanavanit R, Jintapakorn W, Sritara P. Costs of payment in Thai acute coronary syndrome patients. *J Med Assoc Thai.* 2007 Oct;90 Suppl 1:21-31.
33. Archongka Y, Manimmanakorn N, Kuptniratsaikul V, Solunda S, Yee-heng P. Unit cost of stroke rehabilitation. *J Med Assoc Thai.* 2008 Aug;91(8):1257-62.
34. Riewpaiboon A. Standard cost lists for health technology assessment. Bangkok: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2010 [updated 2010; cited 2012 Dec 9]; Available from: <http://www.hitap.net/costingmenu/>.
35. National Statistical Office. Socio-Economic Survey project. Bangkok; 2009.
36. Kim MJ, Jeon DS, Gwon HC, Kim SJ, Chang K, Kim HS, et al. Health-related quality-of-life after percutaneous coronary intervention in patients with UA/NSTEMI and STEMI: the Korean multicenter registry. *J Korean Med Sci.* 2013 Jun;28(6):848-54.
37. Singhpoo K, Tiarkao S, Ariyanuchitkul S, Sangpongson S, Kamsa-ard S, Lekbunyasiri O, et al. The expenditures of stroke outpatients at Srinagarind hospital. *Srinagarin Med J.* 2009;24(1):54-9.