



1 เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

2           ภญ. ศักดิ์นางค์ โตสงวน นำเสนอผลการศึกษาด้านทุนของการศึกษาด้านทุนและประสิทธิผลของชุด  
3 กิจกรรมบริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงและผู้ต้องขัง ซึ่งต้นทุนที่ได้จาก  
4 การศึกษานี้จะนำไปวิเคราะห์ความคุ้มค่าของชุดกิจกรรมบริการฯ โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ใน  
5 การศึกษาต่อไป โดยกรอบในการศึกษาด้านทุนทางเศรษฐศาสตร์นี้ ใช้มุมมองของรัฐบาลโดยพิจารณาทั้งต้นทุน  
6 ที่ได้รับจากกองทุนโลกรอบ 8 และจากแหล่งทุนอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบกับรายงานจากรายจ่าย  
7 ของประเทศไทยในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี top-  
8 down approach และปรับมูลค่าของเงินให้เป็นหน่วยในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้ดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) ซึ่ง  
9 ต้นทุนที่ได้จะเป็นต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ สำหรับการศึกษาระหว่างจะแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) การศึกษาด้านทุน และ  
10 2) การศึกษาด้านทุนต่อหน่วย

11           ผลการศึกษาด้านทุนจำแนกตาม 1) วัตถุประสงค์และกิจกรรมหลักของการดำเนินงานโครงการป้องกันการ  
12 การติดเชื้อเอชไอวีฯ พบว่าหากพิจารณาแยกย่อยเฉพาะกลุ่มผู้รับทุนหลักจากกองทุนโลกจะเห็นว่ากรมควบคุม  
13 โรคมียุทธศาสตร์มากที่สุดเท่ากับ 295 ล้านบาท รองลงมาคือมูลนิธิพีเอสไอ เท่ากับ 200 ล้านบาท และมูลนิธิริษัท  
14 ไทยเท่ากับ 153 ล้านบาท หากพิจารณาที่มาของแหล่งทุนต่างๆ ที่นอกเหนือจากกองทุนโลกซึ่งเป็นแหล่งทุนที่  
15 มีการสนับสนุนงบประมาณให้แก่โครงการนี้มากที่สุด รองลงมาคือกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) ศูนย์ความ  
16 ร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) องค์การอนามัยโลก (WHO) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
17 (NHSO) องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID) และกองทุนประชากรแห่ง  
18 สหประชาชาติ (UNFPA) ตามลำดับ 2) ประเภทรายการต้นทุนที่กำหนดโดยนักวิจัยซึ่งมีทั้งหมด 17 หมวด  
19 พบว่าหากพิจารณาแยกย่อยตามรายการ ต้นทุนส่วนใหญ่เป็นหมวดเงินเดือน โดยหมวดเงินเดือนหรือค่าจ้าง  
20 ของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครในพื้นที่มีค่ามากที่สุด รองลงมาคือหมวดเงินเดือนผู้จัดการโครงการและผู้  
21 ประสานงานของโครงการ หมวดการติดตามและการประเมินผล หมวดการสร้างสภาวะแวดล้อมให้เอื้ออำนวย  
22 ต่อการเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีฯ หมวดการฝึกอบรมเรื่องการให้บริการและหมวดอื่นๆ  
23 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงพบว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติมีต้นทุนมากที่สุด  
24 รองลงมาคือพนักงานบริการหญิง ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดยา และผู้ต้องขัง อย่างไรก็ตามข้อมูล  
25 ของกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยายังไม่สมบูรณ์เนื่องจากรูปแบบรายงานการเงินที่ได้จากมูลนิธิพีเอสไอแตกต่างจาก  
26 หน่วยงานอื่น จึงยากต่อการจำแนกรายการที่นักวิจัยได้กำหนดขึ้น 3) ประเภทของต้นทุนซึ่งแบ่งเป็น ต้นทุน  
27 การจัดการ/ต้นทุนการบริการ และต้นทุนแปรผัน/ต้นทุนคงที่ พบว่าสัดส่วนของการใช้ทรัพยากรกว่าครึ่งของ  
28 กลุ่มแรงงานข้ามชาติใช้ไปในหมวดต้นทุนการบริหารจัดการ (58%) ในทางกลับกัน เมื่อพิจารณาประชากรกลุ่ม  
29 เสี่ยงอื่นๆ พบว่า สัดส่วนของการใช้ทรัพยากรในด้านการบริการมีค่ามากกว่า โดยสัดส่วนของต้นทุนการบริการ  
30 ต่อต้นทุนการบริหารจัดการของกลุ่มพนักงานบริการหญิงมีค่ามากที่สุด (61% ต่อ 39%) รองลงมาคือชายที่มี  
31 เพศสัมพันธ์กับชาย (58% ต่อ 42%) และ กลุ่มผู้ต้องขัง (56% ต่อ 44%) และหากพิจารณาประเภทของ  
32 ต้นทุนคงที่และต้นทุนแปรผัน พบว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติมีต้นทุนคงที่ประมาณร้อยละ 63 ในขณะที่ต้นทุน

1 คงที่ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีค่าร้อยละ 50 ส่วนประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ มีต้นทุนคงที่อยู่ที่ร้อยละ  
2 43 (พนักงานบริการหญิงและกลุ่มผู้ต้องขัง) จากผลดังกล่าว จะแสดงให้เห็นว่า ประชากรกลุ่มใดที่มีต้นทุนคงที่  
3 มากแสดงว่าอาจจะยังไม่ถึงจุดที่ทำให้มีการประหยัดต่อขนาด (economies of scale) คือมีการใช้ทรัพยากร  
4 เป็นจำนวนมากต่อการบริการหนึ่งหน่วย และเพื่อเป็นการลดต้นทุนคงที่จะใช้กลยุทธ์คือการขยายตลาดหรืออีก  
5 นัยหนึ่งคือการขยายขนาดการบริการ สำหรับการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในเรื่องการเข้าถึงบริการการป้องกัน  
6 การติดเชื้อเอชไอวีต่อ 1 ราย จำแนกตามกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่ากลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดมี  
7 ต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุดเท่ากับ 23,496 บาทต่อประชากรที่เข้าถึง 1 ราย รองลงมาคือกลุ่มผู้ต้องขังเท่ากับ  
8 4,677 บาทต่อราย กลุ่มพนักงานบริการหญิงเท่ากับ 4,021 บาทต่อราย ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเท่ากับ  
9 2,674 บาทต่อรายและกลุ่มแรงงานข้ามชาติเท่ากับ 2,596 บาทต่อรายตามลำดับ

10 การสรุปผลและวิจารณ์ผลการศึกษา 1) ต้นทุนส่วนใหญ่อยู่ในหมวดของบุคลากร คือ ต้นทุนในการจัด  
11 กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการติดตามคุณภาพของโครงการและการนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุง และ  
12 การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ภาคสนาม อย่างไรก็ตาม ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เสนอเพิ่มเติมว่าเนื่องจากการการ  
13 ดำเนินกิจกรรมนี้ทำเป็นไตรมาส 1-6 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของโครงการ (start-up) ทำให้มีต้นทุนในหมวดนี้  
14 ค่อนข้างมาก แต่หากพิจารณาในการทำงานในปีที่ 2 ค่าที่ได้น่าจะเปลี่ยนแปลงไปจากปีแรก 2) ต้นทุนการ  
15 ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่อจำนวนประชากรที่เข้าถึง 1 คน มากกว่าการศึกษาอื่นที่ทำในประเทศอินเดีย  
16 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเก็บข้อมูลของผลลัพธ์ที่ใช้ในการศึกษานี้ได้มาจากการรายงานจำนวนคนที่ได้รับ  
17 บริการซึ่งต่างกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่เก็บข้อมูลของผลลัพธ์เป็นจำนวนคนที่เข้ามาลงทะเบียนกับ  
18 โครงการ ซึ่งคาดว่าจำนวนคนที่เข้ามาลงทะเบียนมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนคนที่ได้รับบริการตามค่านิยามที่ใช้  
19 ในประเทศไทย

20 ข้อเสนอแนะต่อผู้กำหนดนโยบายมีดังนี้ 1) **การจัดการฐานข้อมูล** ได้แก่ ควรมีการวางแบบการเก็บ  
21 ข้อมูลระบบติดตามโครงการที่ชัดเจนและเป็นแบบแผนเดียวกัน ควรมีการจัดทำแบบบันทึกรายงานการเงินให้  
22 เป็นมาตรฐานและกำหนดนิยามของค่าใช้จ่ายในแต่ละหมวดให้เหมือนกันเพื่อจะได้ยุติธรรมต่อทุกฝ่าย ควรมี  
23 การกำหนดนิยามผลลัพธ์ของโครงการที่มีความสอดคล้องกันในแต่ละประชากรกลุ่มเสี่ยง ควรมีการลงทะเบียน  
24 และมีการนับผลลัพธ์ให้เหมือนกันในทุกกลุ่มประชากร เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มได้อย่าง  
25 ชัดเจน ควรมีระบบจัดการข้อมูลในส่วนต้นทุนและผลลัพธ์ที่เป็นระบบเดียวกันเพื่อให้เกิดความง่ายต่อการนำ  
26 ข้อมูลมาวิเคราะห์ผลอย่างทันที่ (real-time monitoring) 2) **การจัดการด้านการบริหารโครงการ** ได้แก่  
27 ควรมีการประเมินจำนวนและขนาดของประชากรกลุ่มเสี่ยงก่อนการจัดสรรงบประมาณและเริ่มดำเนินการตาม  
28 กิจกรรมต่างๆ ควรมีการศึกษาการประหยัดต่อขนาด (economies of scale) คือ เมื่อหน่วยกิจกรรม (ขนาด)  
29 เพิ่มขึ้นเช่นจำนวนผู้รับบริการมากขึ้น ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมจะมีค่าลดลงจนถึงจุดหนึ่งที่ต้นทุนนี้จะเพิ่ม  
30 สูงขึ้น โดยจุดที่มีการประหยัดต่อขนาดคือจุดที่ตัดกันระหว่างต้นทุนเฉลี่ยและต้นทุนส่วนเพิ่ม (ต้นทุนเฉลี่ยหา  
31 ได้จากผลรวมของต้นทุนคงที่และต้นทุนแปรผันหารด้วยจำนวนหน่วย) โดยแต่ละกลุ่มประชากรจะมีจุดที่ตัดกัน  
32 แตกต่างกัน ซึ่งจากการหาดังกล่าวเราสามารถทราบจุดที่เหมาะสมในการให้บริการได้

1 ข้อเสนอแนะจากที่ประชุมมีดังนี้

2 ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วย

- 3 1. ควรมีการกำหนดความหมายของ “จำนวนตัวชี้วัด” ที่ชัดเจน เนื่องจากอาจทำให้ผู้อ่านสับสนว่าทีมวิจัย  
4 นำจำนวนตัวเลขตามเป้าหมาย (target) หรือจำนวนที่ทำได้จริง (results) มาวิเคราะห์ ซึ่งการศึกษานี้ใช้  
5 ข้อมูลจากจำนวนที่ทำได้จริงมาวิเคราะห์
- 6 2. ควรแก้ไขการกระจายต้นทุนจากสำนักกระบาดวิทยาไปยังทุกกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากสำนักกระบาดวิทยาไม่ได้  
7 ดำเนินการทำ IBBS ในกลุ่มผู้ต้องขัง ฉะนั้นไม่น่าจะกระจายต้นทุนไปยังกลุ่มนี้
- 8 3. จากสไลด์เปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกองทุนโลกและแหล่งทุนอื่นนอกเหนือจากกองทุนโลก ของกลุ่มผู้ใช้  
9 ยาด้วยวิธีฉีดในกิจกรรม commodity and distribution ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีสัดส่วนต้นทุนจาก  
10 หน่วยงานอื่นมากกว่ากองทุนโลก แต่ในความเป็นจริงแล้วเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยามาจากกองทุนโลก  
11 ทั้งหมด จึงเห็นว่าสัดส่วนไม่น่าจะถูกต้อง ซึ่งทีมวิจัยได้ชี้แจงว่ากิจกรรมนี้ได้รวมกับกิจกรรม Harm  
12 reduction ซึ่งเน้นเรื่องยาเมธาโดนจากกระทรวงสาธารณสุขตั้งนั้นสัดส่วนของหน่วยงานอื่นจึงมากกว่า
- 13 4. เสนอให้เพิ่มค่าบริหารจัดการองค์กร ซึ่งอยู่ในหมวดกิจกรรมหลักที่ 3 ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย  
14 ที่ได้รับงบประมาณจาก USAID เข้าไปด้วย เนื่องจาก USAID ให้การสนับสนุนในพื้นที่ 6 จังหวัด  
15 นอกจากนี้ ควรเพิ่มงบประมาณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ให้ในกิจกรรมป้องกันการ  
16 การติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นงบประมาณที่ได้จากส่วนต่างๆที่ทางหน่วยงานสปสช. ได้ตั้งไว้ใน การซื้อยาเอดส์กับ  
17 ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาเอดส์ที่ได้จากการทำ CL
- 18 5. ให้แก้ไข “จำนวนผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดในการเข้าถึงการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี” ในสไลด์ต้นทุนต่อ  
19 หน่วย เนื่องจากค่าที่นำมาคำนวณในสไลด์สูงเกินความเป็นจริง ซึ่งในความเป็นจริงมีผู้เข้าถึงประมาณ  
20 3,934 คน ส่วนจำนวนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการเข้าถึงการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีน่าจะ  
21 มากกว่าจำนวนที่นำมาวิเคราะห์เนื่องจากยังมีจำนวนในการเข้าถึงการบริการที่ได้เงินจากหน่วยงานอื่น  
22 นอกเหนือจากกองทุนโลกอีก ซึ่งทางมูลนิธิพีเอสไอจะส่งข้อมูลจำนวนนี้มาให้วิเคราะห์เพิ่มเติม นอกจากนี้  
23 ควรแก้ไข “จำนวนถุงยางอนามัย” ในกลุ่มนี้ด้วย ซึ่งน่าจะมากกว่าจำนวนที่ทีมวิจัยแสดงในสไลด์
- 24 6. จากการที่ผู้วิจัยใช้จำนวนการเข้าถึงการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของกองทุน  
25 โลกมาคำนวณต้นทุนต่อหนึ่งคนในการเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งแตกต่างจากการศึกษา  
26 ในอินเดียที่ใช้จำนวนการลงทะเบียน และเห็นว่าเรื่องนี้เป็นข้อจำกัดในการวิจัย ซึ่งทางสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่ง  
27 ประเทศไทยและสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยให้ความเห็นว่าทั้งสองสมาคมฯ มีระบบบันทึก  
28 ข้อมูลการลงทะเบียนของกลุ่มเป้าหมายอยู่แล้ว โดยเป็นระบบการลงทะเบียนในคอมพิวเตอร์และเมื่อ  
29 ครบ 1 ปีจะมีการนับรายชื่อใหม่อีกครั้ง ซึ่งสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยมีระบบเตือนเพื่อป้องกันการ  
30 ลงทะเบียนซ้ำด้วย
- 31 7. สำหรับเหตุผลที่ต้นทุนต่อหน่วยของถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีค่าสูงสุดหากเทียบ  
32 กับกลุ่มประชากรอื่น เนื่องจากเจ้าหน้าที่ภาคสนามรายงานผลที่น้อยกว่าการแจกจ่ายถุงยางอนามัยจริง

1 เพราะบันทึกข้อมูลในกระดาษขณะลงพื้นที่แต่สืบลกลับมาบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ ยังให้  
2 ความเห็นในเรื่องผลการศึกษาที่พบว่าต้นทุนในการอบรมเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานมีค่ามาก ซึ่งในความ  
3 เป็นจริงแล้วการอบรมเจ้าหน้าที่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นอบรมเพียงครั้งเดียวและไม่ได้มีการ  
4 อบรมเพิ่มเติมในระหว่างการค้าเนินโครงการ ซึ่งในอนาคตอยากให้เห็นความสำคัญของการอบรม  
5 เนื่องจากหากให้แต่งงบประมาณแต่ไม่ได้รับการฝึกอบรมที่ดีเจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถปฏิบัติงานได้

6

## 7 การรายงานผลการศึกษา

- 8 1. ไม่ควรใช้ตัวย่อ PI สำหรับผู้ต้องขัง เนื่องจากคำย่อนี้ไม่เป็นสากล
- 9 2. ในส่วนของการนำเสนอต้นทุนจำแนกตามหน่วยงาน ควรแก้ไขคำว่า “กรมควบคุมโรค” เป็น “สำนัก  
10 บริหารโครงการกองทุนโลก” เนื่องจากอาจจะทำให้เกิดความสับสนได้ อีกทั้งควรแก้ไขชื่อกิจกรรม  
11 “Harm reduction” เป็น “Provide needle and syringe” และแก้ไขกิจกรรม “Distribute free  
12 condom and lubricants” เป็น “Procurement condoms for PSI”
- 13 3. ควรเพิ่มเติมคำในกิจกรรมที่ 3.1.2 Capacity building SRs/SSRs/CBO/local ให้เพิ่มคำว่า  
14 Monitoring and evaluation เข้าไปด้วย
- 15 4. ควรแก้ไขคำว่า “BCC: STI and diagnosis” ซึ่งหมายความว่า การส่งต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงไปยัง  
16 สถานพยาบาลที่มีการตรวจและรักษาเป็น “STI and diagnosis” ซึ่งคำหลังจะมีความหมายกว้าง  
17 มากกว่า คือ การตรวจและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 18 5. พญ.เพชรศรี นิจนิรันดร์ ให้ความเห็นว่างกองทุนโลกมีข้อหนดในเรื่องการตั้งงบประมาณในหมวดบุคลากร  
19 (Human resources) โดยกำหนดให้มีงบประมาณในหมวดนี้ไม่เกิน 10-20% ซึ่งหากโครงการที่ดำเนิน  
20 อยู่เป็นการรักษาพยาบาลสามารถทำตามข้อกำหนดได้ แต่โครงการในปัจจุบันเป็นการป้องกันการติดเชื้อ  
21 เอชไอวี ทำให้ต้องใช้กำลังในการทำงานค่อนข้างมาก ฉะนั้นหากใช้เกณฑ์ตามข้อกำหนดไม่น่าจะได้ เลย  
22 ต้องไปแทรกในกิจกรรมอื่นๆ เช่น capacity bulding ซึ่ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เสนอว่าเราสามารถ  
23 ชี้แจงให้กับทางกองทุนโลกได้ว่า 18% เป็นเงินเดือนสำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามซึ่งให้ถือเป็นต้นทุนด้าน  
24 การบริการ ส่วนเงินเดือนผู้จัดการ ผู้ประสานโครงการ และฝ่ายบริหารจัดการในสำนักงานประมาณ 17%  
25 เป็นต้นทุนด้านเงินเดือนให้กับบุคลากรซึ่งอาจจะเกินกว่าที่กำหนดแต่ไม่มากนัก อย่างไรก็ตามหากเรามี  
26 การบริหารจัดการที่ดีสัดส่วนตรงนี้สามารถลดลงได้ขึ้นกับว่าให้บริการได้แค่ไหน

27

1 ระบบการลงทะเบียน

2 ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เสนอในที่ประชุมเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณากระบวนการลงทะเบียนที่ดรีป-  
3 อินเซ็นเตอร์ให้สามารถวัดคุณภาพการบริการของแต่ละดรีปอินเซ็นเตอร์ได้ โดยเสนอให้แต่ละดรีปอินเซ็น-  
4 เตอร์ใช้เลข 13 หลักในการขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของสปสช.ได้ เช่น ใน  
5 รอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่มารับการตรวจเลือดและมีผลเลือดเป็นบวกบ้าง ซึ่งจะทำให้ทราบ  
6 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและทราบว่ากลุ่มเสี่ยงได้รับบริการจากดรีปอินเซ็นเตอร์ใดบ้าง ซึ่งเราสามารถประเมิน  
7 และควบคุมคุณภาพของแต่ละดรีปอินเซ็นเตอร์ได้และหากได้รับบริการจากหลายแห่งให้ถือเป็นคุณภาพ  
8 ร่วมกัน นอกจากนี้ ยังสามารถโยงถึงสาเหตุในดรีปอินเซ็นเตอร์ได้ว่าหากบางช่วงมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี  
9 สูงขึ้นอาจจะมาจากการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ เปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการใหม่ อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้อาจต้องเป็น  
10 real time monitoring ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้เสนอเพิ่มเติมว่าอยากให้นำวิธีการนับผลลัพธ์ของการ  
11 ทำงานเป็น disease-free survival เหมือนแพทย์ที่รักษาโรคมะเร็งใช้ survival cancer ในกรณีเอดส์เราจะดู  
12 ว่าการมารับบริการนั้นสามารถยืดอายุขัยกลุ่มประชากรเสี่ยงให้รอดจากการไม่เป็นเอดส์ได้กี่ปี ซึ่งหากเรามี  
13 ข้อมูลมากพอเราสามารถทำนายได้ว่ากลุ่มประชากรเสี่ยงคนนั้นๆ จะติดเอดส์ในระยะเวลาเท่าไร ฉะนั้นเรา  
14 จะได้เห็นการป้องกันในกลุ่มนี้มากขึ้น ซึ่ง น.ส.ชลลดา นันทวิสัย ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า TUC กำลังทำ  
15 ฐานข้อมูลนี้อยู่ให้กับโรงพยาบาล และสามารถบอกได้ว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงส่งมาจากดรีปอินเซ็นเตอร์ใด  
16 ส่วนการตรวจเอชไอวีนั้นในแต่ละกลุ่มประชากรเสี่ยงมีเกณฑ์มาตรฐาน (standard) ว่าควรมีความสม่ำเสมอใน  
17 การตรวจเท่าไร นอกจากนี้ น.ส.พรทิพย์ เข้มเงิน ชี้แจงว่าขณะนี้ นพ.พินิจ ฟ้าอำนาจผล กำลังพัฒนาระบบ  
18 ข้อมูลที่สามารถเชื่อมข้อมูลกันได้และทำในทุกกลุ่ม โดยในระยะแรกจะทำเป็นจำนวนก่อน ส่วนระยะที่สอง  
19 จะทำเป็นแต่ละคน จึงคาดว่าระบบนี้น่าจะสอดคล้องกับระบบที่ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เสนอต่อที่ประชุม

20 ในการนี้ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้สรุปในที่ประชุมว่าทางทีมวิจัยจะส่งข้อมูลให้แก่ผู้เข้าร่วม  
21 ประชุมทุกท่านเพื่อช่วยกันตรวจสอบข้อมูลที่ทีมวิจัยได้จัดแบ่งรายการต้นทุนพร้อมกับส่งสรุปการประชุม โดย  
22 หลังจากนั้น 1 เดือน ทีมวิจัยจะส่งรายงานผลการศึกษาดังกล่าวเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมให้ข้อเสนอแนะภายใน 3  
23 สัปดาห์ และเมื่อทีมวิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะเสร็จเรียบร้อยแล้ว ทีมวิจัยจะจัดส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ใน  
24 ส่วนของต้นทุนกลับไปให้ผู้เข้าร่วมประชุมอีกครั้ง

25 ปิดประชุมเวลา 16.00 น.

26 .....  
27 ภาณุ.คัคณางค์ โตสงวน  
28 สรุปการประชุม  
29 .....  
30 ภาณุ.ปฤษฎัทร กิ่งแก้ว  
31 ผู้ตรวจสรุปการประชุม