

1 **สรุปการประชุมผู้เชี่ยวชาญ**  
2 **การประชุมประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบคัดกรองเพื่อคัดกรองผู้ป่วย**  
3 **ที่อาจจะมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง**  
4 **วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๖ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.**  
5 **ณ ห้องประชุม HITAP ๑ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ**  
6

7 **ผู้เข้าร่วมประชุม**

8 ๑. นพ. กิตติ ปรมัตถผล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
9 ๒. นางกาญจนา ศรีชมภู	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
10 ๓. นพ. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
11 ๔. รศ. นพวรรณ เปียชื่อ	สภาการพยาบาล
12 ๕. นางพัชรวิทย์ ทันละกิจ	สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย
13 ๖. น.ส. สมศรี เตชะวรกุล	สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย
14 ๗. พญ. แสงโสม สีนะวัฒน์	กรมอนามัย
15 ๘. นางสุจิตรา ผลประไพ	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
16 ๙. พล.อ.ต. นพ.วิบูลย์ ตระกูลสุน	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
17 ๑๐. นท.หญิง บุชชา พราหมณสุทธิ	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
18 ๑๑. ศ.คลินิก นพ.สุชาติ จันทวีบูลย์	โรงพยาบาลราชวิถี
19 ๑๒. นพ. สมบูรณ์ ทรัพย์วงศ์เจริญ	โรงพยาบาลราชวิถี
20 ๑๓. น.ส. อีราพร ชมภูแสง	โรงพยาบาลราชวิถี
21 ๑๔. พ.ต. หญิง พญ. สิริกานต์ เตชะวณิช	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
22 ๑๕. น.ส.อรนันท์ เสถียรสถิตกุล	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
23 ๑๖. น.ส. อุษณีย์ ยะตินันท์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
24 ๑๗. น.ส. จันจิรา ประภากรณ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
25 ๑๘. ศ. นพ.สุรัตน์ โคมินทร์	คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี
26 ๑๙. พญ. เปญจมาภรณ์ อภิรมย์รักษ์	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
27 ๒๐. ภก. กาญจน์ อรุณธรรม	สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (พรีม่า)
28 ๒๑. รศ. ดร.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
29 ๒๒. ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
30 ๒๓. พญ. คัคณางค์ โตสงวน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

31 **ผู้ไม่เข้าร่วมประชุม (เนื่องจากติดภารกิจ)**

32 ๑. ผศ. นพ.ธัญเดช นิมมานวุฒิมิพงษ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
33 ๒. พ.อ. นพ.อุปลักษณ์ ศุภสินธุ์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



1 เป็นแบบคัดกรองและแบบประเมินฯ ที่ต่อยอดมาจาก BNT/NT ฉะนั้น หากรวมสัดส่วนของแบบคัดกรอง  
2 และแบบประเมินฯ ของทั้งสามกลุ่มที่กล่าวข้างต้นพบว่ามีการใช้มากกว่าเท่ากับร้อยละ ๖๐ โดยพบว่า  
3 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีการใช้แบบคัดกรองและแบบประเมินฯ เท่ากันคือประมาณ ๑-๕ ปี (ร้อยละ ๕๐)  
4 จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้แบบคัดกรองและแบบประเมินต่อเนื่องกันคือประมาณ ๑๐-๕๐ คน (ร้อยละ  
5 ๕๐) ระยะเวลาในการเริ่มการคัดกรองผู้ป่วยส่วนใหญ่คือระหว่างนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ ๔๙) และหาก  
6 มีการคัดกรองมากกว่า ๑ ครั้งต่อการนอนโรงพยาบาลมีการคัดกรองแต่ละครั้งห่างกันนาน ๔-๗ วัน (ร้อย  
7 ละ ๔๗) จำนวนผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองต่อหผู้ป่วยคือ ๑ คน (ร้อยละ ๒๘) ระยะเวลาในการประเมิน  
8 คือไม่เกิน ๑๐ นาที (ร้อยละ ๔๓) และส่วนใหญ่มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ ๙๒) โดย  
9 ประกอบด้วยแพทย์ นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร และพยาบาลในสัดส่วนอย่างละ ๑ ใน ๓ หรือร้อย  
10 ละ ๒๙ และส่วนใหญ่มีทีมฝึกอบรม (ทีมของโรงพยาบาล) ในการใช้แบบคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยร้อย  
11 ละ ๕๙ มีแนวทางการให้โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยร้อยละ ๖๓

12 ● **ข้อมูลทั่วไปและกระบวนการทำงานของโรงพยาบาลที่ไม่มีการคัดกรองและการประเมินภาวะทุพ**  
13 **โภชนาการ** พบว่าการประเมินภาวะโภชนาการส่วนใหญ่คือ ชักประวัติการรับประทานอาหาร (ร้อยละ  
14 ๓๒) รองลงมาคือเจาะเลือดหาค่าที่บ่งบอกถึงภาวะโภชนาการ (ร้อยละ ๒๘) ตรวจสอบอาการแสดงภาวะ  
15 ทุพโภชนาการ (ร้อยละ ๒๑) มีสัดส่วนเพียงเล็กน้อยที่ไม่มีการประเมิน (ร้อยละ ๒) โดยในหอผู้ป่วยให้การ  
16 รักษาภาวะทุพโภชนาการมากกว่า ๑๐๐ คน /สัปดาห์ (ร้อยละ ๔๑) และมีการรักษาภาวะทุพโภชนาการ  
17 ประมาณ ๑-๑๐ คน/เดือน (ร้อยละ ๔๐) นอกจากนี้ การรักษาในรพ.ที่ไม่มีการคัดกรองและการประเมินฯ  
18 พบว่าให้สารอาหารทดแทนโดยมีการประเมินความรุนแรงก่อนร้อยละ ๗๐ ให้สารอาหารทดแทนโดยไม่มี  
19 การประเมินความรุนแรงก่อนประมาณร้อยละ ๒๕ และไม่ให้การรักษาร้อยละ ๕ มีแนวทางการให้โภชน  
20 บำบัดสำหรับผู้ป่วยร้อยละ ๑๖

21 ● **ข้อมูลเปรียบเทียบการทำงานระหว่างโรงพยาบาลที่มีการคัดกรองและการประเมินฯกับไม่มีการคัด**  
22 **กรองและการประเมินฯ** พบว่า รพ.ที่มีการคัดกรองและการประเมินฯ ส่วนใหญ่พยาบาลเป็นผู้ประเมิน  
23 ภาวะโภชนาการประมาณร้อยละ ๖๐ รองลงมาคือนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร และแพทย์ ในทาง  
24 กลับกันโรงพยาบาลที่ไม่มีการคัดกรองและการประเมินฯส่วนใหญ่แพทย์เป็นผู้ประเมินภาวะโภชนาการ  
25 ประมาณร้อยละ ๗๐ รองลงมาคือนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร และพยาบาล สำหรับวิธีการปฏิบัติ  
26 ของผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการพบว่า โรงพยาบาลที่มีการคัดกรองและการประเมินฯ ส่วนใหญ่พยาบาลจะ  
27 รายงานให้แพทย์ได้ทราบ ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการคัดกรองและการประเมินฯ ส่วนใหญ่แพทย์เป็น  
28 ผู้ดำเนินการเอง สำหรับสัดส่วนที่พยาบาลส่งต่อนักโภชนาการและวิสัญญีดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะทุพ  
29 โภชนาการ ได้แก่ การให้สารอาหารเสริมทางปาก การให้สารอาหารทางสายยางผ่านกระเพาะอาหาร การ  
30 ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ แนะนำด้านโภชนาการโดยผู้เชี่ยวชาญ และการไม่ให้การักษาใดๆ เลยมี  
31 สัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างโรงพยาบาลที่มีการคัดกรองและการประเมินฯ กับโรงพยาบาลที่ไม่มีการคัด

1 กรองและการประเมินฯ ในส่วนของอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการพบว่าโรงพยาบาลที่มีการ  
2 คัดกรองและการประเมินฯ มีความหลากหลายในเรื่องของการให้โภชนาบำบัดมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มี  
3 การคัดกรองและการประเมินฯ สำหรับการคำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันส่วนใหญ่ใช้สูตร quick  
4 method สำหรับแนวทางในการให้โภชนาบำบัดส่วนใหญ่นิยมใช้ ASPEN ของอเมริกา ส่วนการเรียกเก็บ  
5 ค่ารักษาพยาบาลภาวะทุพโภชนาการตามเกณฑ์ที่กำหนดใหม่ส่วนใหญ่เบิกได้บางส่วน ซึ่งสัดส่วนการ  
6 เบิกจ่ายของอาหารที่เป็นสูตรของโรงพยาบาลที่ผลิตเองไม่ค่อยแตกต่างกันทั้งสามสิทธิ แต่สิทธิประกัน  
7 สุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมจะเบิกจ่ายได้น้อยกว่าสิทธิข้าราชการ

8

9 ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอความคิดเห็นต่อผลการศึกษา ดังนี้

- 10 ๑. ดร. นพ.ยศ ธีระวัฒนานนท์ เห็นว่าควรเพิ่มการวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดที่ทำให้มีการคัดกรองและการประเมิน  
11 เกิดขึ้นในโรงพยาบาลแบบ multivariate analysis รวมถึงวิเคราะห์ความต่างกันของโรงพยาบาลที่มีการ  
12 คัดกรองและการประเมินกับโรงพยาบาลที่ไม่มีการคัดกรองและการประเมินฯ เช่น วันนอนโรงพยาบาล  
13 นอกจากนี้ ควรระมัดระวังเรื่องการแปลผลถึงสัดส่วนของการคัดกรองและการประเมินฯ ของการศึกษานี้  
14 ที่พบว่าเท่ากับร้อยละ ๔๐ แต่ในความเป็นจริงแล้วอัตราการตอบกลับจริงแค่ร้อยละ ๓๐ ฉะนั้น สัดส่วน  
15 ของการคัดกรองและการประเมินฯ ที่แท้จริงประมาณร้อยละ ๑๒
- 16 ๒. ควรมีการตรวจสอบ (verify) ข้อมูลที่ส่งไปอีกครั้ง เนื่องจากโรงพยาบาลเดียวกันแต่บางหอผู้ป่วยตอบไม่  
17 เหมือนกัน เช่น ตอบว่ามีการคัดกรองและการประเมินฯ ทั้งที่ในความเป็นจริงโรงพยาบาลนั้นไม่มีการคัด  
18 กรองและการประเมินฯ นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญเห็นเพิ่มเติมว่าแม้โรงพยาบาลที่ไม่มีการคัดกรองและการ  
19 ประเมินฯ แบบเป็นทางการแต่ในความเป็นจริงแล้วระบบการคัดกรองแทรกอยู่ในการดูแลของแพทย์และ  
20 พยาบาลในการทำงานอยู่แล้ว
- 21 ๓. ควรทำการวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยกลุ่มใดหรือประเภทใดที่ควรทำการคัดกรองหรือประเมินภาวะโภชนาการ  
22 เนื่องจากจะได้ทราบว่าควรดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปอย่างไรตามสถานะที่มีการประเมินเกิดขึ้น เพื่อให้แพทย์  
23 ที่ดูแลผู้ป่วยตระหนักอยู่เสมอว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มใดก็ตาม  
24 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ชี้แจงว่าแบบคัดกรองที่ใช้ในปัจจุบันไม่ได้จำแนกว่าโรคใดควรคัดกรองเนื่องจากตาม  
25 หลักการแล้วควรทำการคัดกรองร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งแบบคัดกรองและแบบประเมินที่ใช้สำหรับผู้ป่วยในที่  
26 เป็นผู้ใหญ่ทุกคนไม่ว่าจะเป็นโรคใดก็ตาม (ยกเว้นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยสูตินารีเวช) ที่เข้ามานอนรักษาใน  
27 โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลไม่สามารถคัดกรองทุกคนได้ร้อยละ ๑๐๐
- 28 ๔. ผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็นว่าสาเหตุหนึ่งที่รพ.ส่วนใหญ่ไม่ทำการคัดกรองและการประเมินฯ คือ  
29 โรงพยาบาลไม่เห็นถึงประโยชน์ของการคัดกรองที่แท้จริงอีกทั้งอาหารทางการแพทย์ไม่สามารถเบิกจ่ายได้  
30 ฉะนั้น การศึกษานี้จะไม่เกิดประโยชน์หาก สปสช. ไม่อนุมัติให้โรงพยาบาลสามารถเบิกจ่ายค่า  
31 รักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการได้ นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญเห็นเพิ่มเติมว่ามี ๓ ปัจจัยที่ทำให้

- 1           โรงพยาบาลไม่ทำการคัดกรองและการประเมินฯ คือ ๑) ขาดทีมแพทย์ ๒) ฝ่ายพยาบาลเห็นว่าการคัด  
2           กรองและการประเมินฯ ไม่ใช่หน้าที่ของตนแต่เป็นหน้าที่ของแพทย์ ๓) ฝ่ายบริหารไม่ได้มองภาพรวมว่า  
3           หากเพิ่มมาตรฐานการรักษาด้วยการทำการคัดกรองและการประเมินฯ จะช่วยลดค่ารักษาพยาบาลอื่น  
4           เช่น ค่ายา แต่ผู้บริหารมองว่าการคัดกรองและการประเมินฯ เป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ฉะนั้น หากแก้ไข ๓  
5           ปัจจัยหลักได้ การคัดกรองและการประเมินฯ จะประสบความสำเร็จ
- 6           ๕. ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าพยาบาลมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากที่ทำให้ระบบการคัดกรองและการประเมินฯ ประสบ  
7           ความสำเร็จ จึงอยากให้สภากาชาดช่วยผลักดันในเรื่องนี้ ซึ่งตัวแทนจากสภากาชาดเห็นว่าหาก  
8           ผู้บริหารของสภากาชาดเห็นรูปธรรมชัดเจนและประโยชน์จากการศึกษานี้ รวมทั้งมีการสร้างระบบที่  
9           รองรับเพื่อช่วยเหลือพยาบาลเนื่องจากปัจจุบันพยาบาลประสบปัญหาเรื่องภาระงานที่มากเกินไป  
10           (workload) ทางสภากาชาดยินดีที่จะช่วยเป็นผู้ประสานงานในเรื่องนี้เพื่อร่วมมือกันทำงาน ซึ่ง  
11           ดร. นพ.ยศ ติระวัฒนานนท์ เห็นว่าการศึกษานี้จะพยายามแสดงให้เห็นว่าแม้การคัดกรองและการประเมิน  
12           ฯ จะเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นแต่ในขณะเดียวกันจะช่วยลดภาระงานของพยาบาลได้ เช่น ผู้ป่วยกลับบ้าน  
13           เร็วขึ้น ผู้ป่วยแผลหายเร็วขึ้น เป็นต้น
- 14           ๖. ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าในความเป็นจริงแล้วแบบคัดกรองง่ายต่อการทำงานอยู่แล้วไม่น่าจะเป็นปัญหา เพียงแต่  
15           มีการนำแบบคัดกรองมารวมกับแบบประเมินให้อยู่ในแบบฟอร์มเดียวกันจึงทำให้เกิดปัญหาและเป็นภาระ  
16           งานมากขึ้น จึงส่งผลให้โรงพยาบาลไม่สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ร้อยละ ๑๐๐ นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญไม่  
17           เห็นด้วยหากจะจ่ายเงินเพื่อเป็นแรงจูงใจ (incentive) เพื่อให้มีการคัดกรองและการประเมินฯ แต่  
18           ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่าควรทำให้ผู้บริหารของรพ.เห็นคุณค่าและประโยชน์ของการคัดกรองและการประเมินฯ  
19           อย่างแท้จริงมากกว่า
- 20
- 21           ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะถึงการทำสนทนากลุ่มซึ่งเป็นการศึกษาถัดไป ดังนี้
- 22           ๑. ควรหาสาเหตุว่าทำไมกลุ่มรพ.ที่ไม่มีการคัดกรองและการประเมินฯ ถึงไม่ใช่แบบคัดกรองและแบบ  
23           ประเมินฯ และหากไม่มีการคัดกรองและการประเมินฯ โรงพยาบาลมีกระบวนการในการคัดกรองแทรก  
24           อยู่ในระบบหรือไม่ และถ้ามีเกิดปัญหาหรือไม่ และอย่างไร
- 25           ๒. ควรสอบถามกลุ่มโรงพยาบาลที่ทำการคัดกรองและการประเมินฯ ว่าทำการคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้าง  
26           และเมื่อดำเนินการเสร็จแล้วมีการดำเนินงานอย่างไร
- 27           ๓. เนื่องจากอาหารทางการแพทย์ที่สามารถเบิกจ่ายได้ในแต่ละสิทธิยังมีปัญหาทำให้โรงพยาบาลต้องเก็บ  
28           ค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ฉะนั้น ควรศึกษาเพิ่มเติมว่าปัญหาเกิดจาก  
29           อะไรและมีการเลือกปฏิบัติหรือไม่ระหว่างทั้งสามสิทธิ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายต่อไปเพราะ  
30           ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขพยายามบูรณาการสิทธิรักษาพยาบาลทั้งสามสิทธิให้มีความเสมอภาคกัน
- 31           ๔. ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้นักวิจัยเชิญตัวแทนจากฝั่งโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาร่วมทำสนทนากลุ่มด้วย ซึ่ง  
32           ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการรับรอง JCI (Joint Commission on Accreditation) มีการทำ

1 เรื่องนี้อยู่ซึ่งถือเป็นนโยบายของโรงพยาบาล โดยให้พยาบาลเป็นด่านแรกในการคัดกรองก่อนที่จะมีการ  
2 ประเมินโภชนาการ ฉะนั้น อาจจะสามารถมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานในส่วนนี้ได้ ซึ่ง  
3 ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เห็นว่าอาจจะไปพิจารณาข้อมูลของ HA (Hospital accreditation) ว่า  
4 โรงพยาบาลใดบ้างที่ทำการคัดกรองและการประเมินฯ

5 ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้สรุปการประชุมและสิ่งที่นักวิจัยจะทำต่อไปคือ

- 6 ๑) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเพิ่มเติม รวมทั้งคัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป (data  
7 cleaning)
- 8 ๒) จัดสนทนากลุ่มเพื่อหาปัญหาและอุปสรรค รวมถึงปัจจัยที่สำเร็จในการดำเนินการคัดกรองและ  
9 ประเมินฯ โดยรวมข้อคำถามที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในวันนี้เข้าไปด้วย ซึ่งนักวิจัยจะทำการสุ่มเลือกกรพ.ที่  
10 มาร่วมทำการศึกษานี้จากกรพ.ที่ตอบแบบสอบถามกลับมา
- 11 ๓) ทำการจัดประชุมเพื่อคัดเลือกหรือพัฒนาแบบคัดกรองและแบบประเมินฯ ที่เป็นมาตรฐานของ  
12 ประเทศไทยโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องมาร่วมประชุมประมาณ ๑-๒ วัน ภายหลังจากนั้นจะ  
13 นำแบบคัดกรองและแบบประเมินฯ ที่ได้ไปทดสอบความเที่ยงตรง แม่นยำและประสิทธิภาพของ  
14 เครื่องมือโดยไปใช้จริงกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย  
15 ให้กับผู้บริหารได้ ซึ่งการศึกษาในส่วนนี้นักวิจัยจะขอการสนับสนุนงบประมาณจากทางสปสช.
- 16 ๔) นัดประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งหน้าภายหลังจากทำสนทนากลุ่มเพื่อนำเสนอผลการศึกษาส่วนที่ ๑ ที่เสร็จ  
17 สมบูรณ์ รวมทั้งปรึกษาหาการจัดประชุมเพื่อคัดเลือกแบบคัดกรองและแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน  
18 ของประเทศไทยในวันพฤหัสบดีที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๙.๓๐-๑๒.๐๐ น.

19  
20  
21  
22  
23  
24  
25 **ปิดประชุมเวลา ๑๑.๐๐ น.**

26  
27 .....  
28 ญัตติคณางค์ โตสงวน.

29 สรุปการประชุม

.....  
30 รศ. ดร.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์

31 ผู้ตรวจสรุปการประชุม