

รายงานการประชุมเพื่อให้ข้อเสนอแนะแนวทางการคัดกรองการติดแอลกอฮอล์และอุบัติเหตุจราจร  
ภายใต้โครงการวิจัย

“การศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย”

วันพฤหัสบดีที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

---

**ผู้เข้าร่วมประชุม**

- |    |                               |   |
|----|-------------------------------|---|
| 1  | พญ.พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ | แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา                    |
| 2  | นพ.ธีระวุฒิ โกมุกบุตร         | คณะทำงานสนับสนุน แก้ไขและป้องกันอุบัติเหตุจราจรภาคเหนือ             |
| 3  | นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์            | ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน                                  |
| 4  | ผศ.นพ.ธีระ กลลดาเรืองไกร      | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล          |
| 5  | ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล  | ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี               |
| 6  | ศ.ดร.นพ.พรชัย สิทธิศรีณย์กุล  | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 7  | ภญ.อรทัย วลีวงศ์              | ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา   |
| 8  | พล.ต.ต.โกสินทร์ หินเขาว์      | กองบัญชาการตำรวจสอบสวนกลาง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ                    |
| 9  | นพ.ปราการ ฌมยางกูร            | โรงพยาบาลราชวิถี  |
| 10 | ดร.นพ.ยศ ติระวัฒนานนท์        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                          |
| 11 | ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส       | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                          |
| 12 | ภญ.ปฤษฐพร กิ่งแก้ว            | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                          |
| 13 | ภญ.ธนัญญา คู่พิทักษ์จร        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                          |
| 14 | นศภ.ณภัชชา วงศ์ฉายา           | นักศึกษาเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 มหาวิทยาลัยศิลปากร                   |
| 15 | นศภ.สุพัชรินทร์ สุวรรณเกิด    | นักศึกษาเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 มหาวิทยาลัยศิลปากร                   |

เริ่มประชุมเวลา 09.00 น.

## วาระที่ 1: แนะนำโครงการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม

**ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์** กล่าวแนะนำโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ว่าเป็นหน่วยงานวิจัยภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่วิจัยเพื่อสนับสนุนผู้บริหารทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และชี้แจงที่มาของการประชุมครั้งนี้ว่าเนื่องจากกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นผู้ดูแลสวัสดิการข้าราชการ ได้เสนอเรื่องเข้ามาให้ HITAP ทำวิจัยเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการตรวจร่างกายข้าราชการ เนื่องจากกรมบัญชีกลางมีสมมติฐานว่า ชุดสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่เดิมไม่น่ามีประโยชน์เท่าที่ควรและยังไม่เคยมีหลักฐานยืนยันถึงความเหมาะสม ทั้งนี้จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียครั้งแรก ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหลายภาคส่วนได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และสำนักงานประกันสังคม พบว่ามีปัญหาเรื่องความชัดเจนของชุดสิทธิประโยชน์ การตรวจร่างกายเช่นเดียวกัน ที่ประชุมจึงได้ลงความเห็นให้มีการขยายขอบเขตการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจคัดกรองให้สามารถใช้ร่วมกันได้ทั้ง 3 กองทุน โดยจะทำการวิจัยครอบคลุมประชากรตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งผู้สูงอายุ ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ครั้งนี้ ไม่ได้เริ่มด้วยการเอาการตรวจเป็นตัวตั้ง แต่ใช้วิธีการมองที่ปัญหาสาธารณสุขเป็นตัวตั้ง ซึ่งจากการประชุมเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพในการดำเนินงานระยะที่ 1 ทีมวิจัยได้คัดเลือกปัญหาทางสุขภาพมาทำการศึกษาทั้งหมด 12 กลุ่ม การประชุมในวันนี้ยังไม่ได้เป็นการตัดสินใจว่าจะตรวจร่างกายอะไรบ้าง แต่เป็นจุดเริ่มต้นของการมองว่ามีประเด็นใดบ้างที่ควรให้ความสำคัญและต้องไปทำการศึกษาต่อ ก่อนนำเสนอผลการศึกษาที่ได้ไปยังผู้บริหารซึ่งจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะให้มีการคัดกรองหรือไม่คัดกรองอะไรด้วยวิธีการใด

**ภญ.ธันัญญา คุพิทักษ์ขจร** ชี้แจงที่มาและเหตุผลของโครงการวิจัย “การศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย” ว่าเนื่องจากการคัดกรองทางสุขภาพในปัจจุบันมีความหลากหลาย บางการคัดกรองขาดหลักฐานสนับสนุนด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพ โดยที่ผ่านมามีในประเทศไทยยังไม่มี การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ควรมีการคัดกรองในระดับประชากรจากผู้เชี่ยวชาญทุกแขนงอย่างเป็นระบบ และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้ว่าเพื่อค้นหาวิธีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและอุบัติเหตุน้ำจืด เพื่อนำเข้าสู่วิจัยในด้านความเหมาะสมในประเทศไทยต่อไป ซึ่งประเด็นที่จะปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในวันนี้มี 4 ประเด็น ได้แก่

- 1) ควรมีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและอุบัติเหตุน้ำจืดในประชากรไทยทั้งหมดหรือไม่
- 2) วิธีการตรวจคัดกรองใดควรได้รับการประเมินถึงความเหมาะสมหากจะนำไปใช้ในประชากรไทย
- 3) วิธีการวิจัยหลังจากการประชุมที่ได้นำเสนอไป มีความเหมาะสมหรือไม่
- 4) มีรายละเอียดหรือปัจจัยใดบ้างที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษในการตรวจคัดกรองเช่น กลุ่มอายุ เพศ

โดยแผนการดำเนินงานของโครงการฯ แบ่งเป็น 3 ระยะ กล่าวคือ

ระยะที่ 1: การค้นหาปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยที่มิจัยจะศึกษาจากขนาดของปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และ ปัญหาสุขภาพนั้นจะต้องสามารถคัดกรองได้

ระยะที่ 2: ประเมินการตรวจคัดกรองอย่างเป็นระบบ โดยที่มิจัยจะพิจารณาจาก ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ระยะที่ 3: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ขณะนี้โครงการกำลังดำเนินงานอยู่ในระยะที่ 2 ทั้งนี้การคัดกรองแอลกอฮอล์และอุบัติเหตุจราจรเป็น หัวข้อหนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกมาจากการประชุมจัดลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาสุขภาพในประเทศไทยในการดำเนินงานระยะที่ 1 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายภาค ประชาชน

## วาระที่ 2: นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรค

**ภญ.ธันัญญา คูพิทักษ์ขจร** นำเสนอความหมายของการตรวจคัดกรองคือการตรวจหาโรคหรือปัจจัย เสี่ยงของการเกิดโรคในประชากรที่ยังมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค ลดความเสี่ยงหรือการ รักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของโรค การป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- 1) ระดับปฐมภูมิ คือ การลดความเสี่ยงก่อนเกิดโรค เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
- 2) ระดับทุติยภูมิ คือ การค้นหาโรคก่อนที่จะแสดงอาการ เช่น การตรวจ pap smear เพื่อคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก
- 3) ระดับตติยภูมิ คือ การตรวจภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคแล้ว เช่น การตรวจจอประสาทตาใน ผู้ป่วยเบาหวาน การตรวจแผลกดทับในผู้ป่วยอัมพาต

ในการวิจัยนี้จะพิจารณาเฉพาะการคัดกรองที่เป็นการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิตานั้น จะไม่ รวมถึงการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการเป็นโรค การตรวจเพื่อยืนยันโรค การตรวจคัดกรอง เพื่อการรักษา และการฝากครรภ์ซึ่งมีโปรแกรมการดูแลอย่างเป็นระบบอยู่แล้ว

ประชากรเป้าหมายในการตรวจคัดกรองสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะหรือโรคที่ต้องมีการตรวจคัดกรอง (Opportunistic screening)
- 2) กลุ่มที่ต้องมีการเฝ้าระวัง (Surveillance) เช่น การตรวจคัดกรองโรคในโรงงาน หรือก่อนเข้า ทำงาน
- 3) กลุ่มประชากรทั้งหมด ทั้งที่มีความเสี่ยงและไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Population-based screening) ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการประชุมครั้งนี้

เกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษานี้อ้างอิงจากเกณฑ์ในการพิจารณาการตรวจคัดกรองโรคในระดับประชากร (Wilson and Jungner 1968) ได้แก่ 1) โรคที่ตรวจหาที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ 2) ควรมีการรักษาที่ได้ผล

รองรับ 3) มีการบริการทางการแพทย์ที่รองรับงานที่เพิ่มขึ้นจากการตรวจคัดกรอง 4) ควรมีระยะแรกของโรคที่สามารถตรวจพบได้ 5) ควรมีวิธีตรวจที่เหมาะสมกับระยะแรกของโรค 6) วิธีการตรวจควรเป็นที่ยอมรับในประชากร 7) ทราบแน่ชัดถึงธรรมชาติและการดำเนินโรค 8) มีหลักเกณฑ์ว่าบุคคลใดควรรักษาเมื่อพบโรค 9) ค่าใช้จ่ายควรสมมูลกับประโยชน์ที่ได้รับ และ 10) ควรมีความจำเพาะกับบุคคล และได้นำเสนอข้อมูลการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและอุบัติเหตุนิวเคลียร์ ที่ได้จากการทบทวน National guideline ของหน่วยงานรัฐบาลกลางที่มีหน้าที่ในการออกคำแนะนำในการตรวจร่างกายของประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สิงคโปร์ และไทย ตลอดจนข้อมูลสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองที่เกี่ยวข้องของกรมบัญชีกลางในปัจจุบัน

### วาระที่ 3: ร่วมอภิปรายเพื่อหาข้อเสนอแนะแนวทางการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและอุบัติเหตุนิวเคลียร์ ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมให้ข้อเสนอแนะโดยสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

#### 3.1 ความเหมาะสมของวิธีการวิจัยที่ได้นำเสนอไป

- ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าเป้าหมายของการคัดกรองโรคคือ ต้องการหาผู้ป่วย หาผู้ที่มีโรค แต่จริงๆ แล้วสิ่งที่ดีกว่าคือ การค้นหาความเสี่ยง และปรับลดความเสี่ยงเพื่อไม่ให้มีคนที่ป่วย ดร.นพ.ยศ ชี้แจงว่าการตรวจคัดกรองความเสี่ยงเป็นหนึ่งในประเด็นที่เน้นรวมอยู่ด้วยถ้ามีความเหมาะสมมากกว่าการตรวจหาโรค เช่น การตรวจหาไวรัสตับอักเสบบีในการคัดกรองโรคมะเร็งตับ
- ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าจากเกณฑ์ในการพิจารณาตรวจคัดกรองโรคในระดับประชากรข้อ 2 ที่กล่าวว่า เมื่อค้นหาผู้ป่วยแล้วควรมีการรักษาที่ได้ผลรองรับ น่าจะเป็นการรักษาที่สามารถเปลี่ยนพยากรณ์โรคหรือเปลี่ยน prognosis ได้ ไม่ใช่เพียงแค่ยืดชีวิตคนไข้ออกไป
- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่าจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของ สปสช. โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก) พบว่า 4-5 ปีหลังจากมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นโปรแกรมระดับชาติ ไม่ปรากฏผลเลยว่า admission ด้วย early stage ของ CA cervix เปลี่ยนแปลง บ่งชี้ว่ากลไกเชิงสถาบันที่มีอยู่ ไม่สามารถคัดกรองโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่ทฤษฎีบอกว่าจะจะเป็น ทั้งนี้ประมาณ 15 ปีก่อนหน้ามีงานวิจัยทำโดยสูติแพทย์ที่จังหวัดขอนแก่น เป็นการใช้นวัตกรรมแบบหนึ่งในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยไม่ต้องมาพบแพทย์ แต่ให้ใช้ test kit ด้วยตนเอง และส่ง test kit ดังกล่าวกลับมาทางไปรษณีย์ งานวิจัยชิ้นนี้ทำในผู้หญิงชนบทของจังหวัดขอนแก่น เป็นที่ยอมรับเกินกว่าร้อยละ 90 แต่ไม่ถูกนำไปใช้ต่อ ดร.นพ.ยศ ชี้แจงว่าจากข้อมูลที่กรมการแพทย์ได้นำเสนอในที่ประชุมผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ถึงประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าอัตราความครอบคลุมเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 70 และการวินิจฉัย dysplasia แบบ early stage เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญประมาณร้อยละ 10-20 และข้อมูลจากทีมวิจัยของ HITAP ที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูลในชุมชน 14 จังหวัด พบว่าความครอบคลุม

ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันกับข้อมูลที่ได้จากกรมการแพทย์ คือความครอบคลุมสูงประมาณร้อยละ 60-70

### 3.2 วิธีการตรวจคัดกรองการติดแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมสำหรับประชากรไทย และรายละเอียดที่ควรพิจารณาเป็นพิเศษ

- ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่าไม่ควรตรวจคัดกรองการติดแอลกอฮอล์ และอุบัติเหตุจราจรในประชากรทั้งหมด เนื่องจากมีทรัพยากรอยู่จำกัด แต่เสนอให้พิจารณาตรวจในกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อความสามารถทำให้ผู้อื่นติดแอลกอฮอล์ไปด้วยได้ เช่น อาจารย์ บุคลากรทางการแพทย์

- ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นต่อสไลด์ข้อมูลความชุกของการติดแอลกอฮอล์ (สไลด์ที่ 36) ว่าข้อมูล hazardous and harmful drinking และ alcohol dependence ควรมีการระบุว่าเป็น point prevalence หรือเป็น period prevalence นอกจากนี้นักวิจัยต้องตระหนักว่าตัวเลขของแต่ละประเทศนั้นมีที่มาแตกต่างกันและมาจากการศึกษาคนละปี ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้อย่างชัดเจน

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่า ผู้ติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันใช้คำว่า alcohol use disorder คือความผิดปกติเนื่องจากการดื่มสุราหรือการดื่มสุราที่มีปัญหาซึ่งแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ 1) alcohol abuse หรือ harmful use หมายถึง กลุ่มที่ใช้แล้วก่อให้เกิดปัญหา เช่น เกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บ 2) alcohol dependent หมายถึงกลุ่มที่มีการติดแอลกอฮอล์ ในกรณีเกณฑ์วินิจฉัยของ ICD-10 จะมีเพิ่มมาอีก 1 ประเด็นคือ hazardous use หมายถึง ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แล้วยังไม่เกิดปัญหาใดๆ แต่หากมีการดื่มแบบนี้ไปเรื่อยๆ จะเกิดปัญหาในอนาคต ในกลุ่มนี้ควรมองในเชิงป้องกัน เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในอนาคต

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค คือ เครื่องมือ AUDIT ขององค์การอนามัยโลก โดยจำแนกได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) low-risk คือ กลุ่มที่ดื่มน้อย มีความเสี่ยงน้อย 2) hazardous drinking คือ กลุ่มที่ดื่มแล้วเริ่มมีความเสี่ยง แต่ตอนนี้ยังไม่เกิดปัญหาใดๆ 3) harmful use/ alcohol abuse คือกลุ่มที่เริ่มมีปัญหาแล้ว แต่ยังไม่รุนแรงมาก และ 4) high-risk ทั้งนี้เสนอว่าหากจะมองในทางการแพทย์กลุ่มที่สำคัญที่สุดคือ 3 และ 4 แต่ถ้าจะให้ดูในเรื่องของการป้องกันควรพิจารณาตั้งแต่กลุ่มที่ 2 ถึง 4

- ผู้เชี่ยวชาญตั้งข้อสังเกตว่าเมื่อพิจารณาจากข้อมูลของประเทศสิงคโปร์ที่ไม่พบการตรวจคัดกรองใดๆ แต่กลับพบว่ามีขนาดของปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ที่ผิดต่ำมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่มีการตรวจคัดกรอง อาจเนื่องจากประเด็นในแง่บริบททางสังคมซึ่งทางที่วิจัยไม่ได้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องนี้

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่าข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มแอลกอฮอล์ ที่เป็นตัวเลขผู้เสียชีวิต 10,717 ราย และบาดเจ็บ 61,996 ราย อาจยังไม่ถูกต้อง เนื่องจากทางตำรวจยังไม่เคยตรวจสอบข้อมูลนี้และยังไม่มีข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างตำรวจและสาธารณสุขอย่างแท้จริง ปัจจุบันทางตำรวจกำลังเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอุบัติเหตุในบางพื้นที่

- ผู้เชี่ยวชาญกล่าวเสริมว่ายังไม่มีความชัดเจนว่าดื่มเหล้าแล้วไปขับรถเกิดอุบัติเหตุที่ร้ายแต่ทำได้แค่ว่าผู้ประสบอุบัติเหตุเกิดจากการดื่มเหล้าที่ร้าย ต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าถ้าประสบอุบัติเหตุแล้วมีระดับแอลกอฮอล์เกินเท่าไรถึง define ว่าเป็น alcohol related accident ดร.นพ.ยศ ชี้แจงว่าทางที่มวิจัยมีความตระหนักถึงข้อจำกัดของข้อมูลว่าเป็นการยากที่จะทราบได้ว่าการเกิดอุบัติเหตุครั้งนั้นมีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์หรือไม่ และเกิดจากผู้ขับขี่หรือผู้ที่เดินบนทางเท้าดื่มแอลกอฮอล์มาแล้วเดินตัดหน้ารถ

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่ามีการศึกษาของคุณหมอกัทรวรรณ ตีพิมพ์ใน accident analysis & prevention เมื่อ 3 ปีก่อน ใช้วิธี case control study หาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอลกอฮอล์กับการนอนโรงพยาบาลซึ่งมีการประมาณการออกมาว่าตัวเลขของการบาดเจ็บทั้งหมดเป็นเท่าไร ทั้งนี้มีผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าจำนวนผู้ป่วย alcohol dependence มีประมาณ 5 ล้านคนแต่เข้าถึงระบบบำบัดแค่หลักแสน

- ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่ามีความน่าสนใจที่จะคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มติดสุรา โดยเสนอให้เริ่มจากเครื่องมือ CAGE เนื่องจากทำง่าย ได้ผลมากและใช้งบประมาณน้อย ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ โดยคัดกรองในผู้ที่สมัครใจและเลือกผู้ป่วยที่ติดสุรามาทำการรักษา อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือเหล่านี้เป็น subjective ผู้เชี่ยวชาญมองว่าการตรวจทางชีวภาพ เช่น GGT เป็น objective เป็นข้อจูงใจทางจิตวิทยาที่สามารถเห็นได้น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังตรวจพบด้วยเครื่องมือที่เป็น subjective แล้ว

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่าเครื่องมือ CAGE จะ specific มากต่อการติดเหล้า แต่การไม่ติดเหล้า (คัดกรองด้วย CAGE แล้วได้ผล negative) ไม่ได้หมายความว่าไม่มีปัญหาจากการดื่มเหล้า ทั้งนี้เสนอให้ใช้ AUDIT ในการคัดกรองประชากรทั่วไป ซึ่งแบ่งการใช้แอลกอฮอล์ออกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อให้ intervention หลังคัดกรองได้อย่างเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม คือ 1) กลุ่ม low-risk แนะนำให้คงการดื่มในปริมาณน้อย 2) hazardous แนะนำให้ลดปริมาณการดื่มเนื่องจากอาจเกิดการติดสุราได้ 3) harmful แนะนำให้ลดละเลิกหรือลดความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาในอนาคต และ 4) high-risk ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาและป้องกันการกลับไปติดซ้ำ จากการศึกษาพบว่าในทางปฏิบัติ รพสต. สามารถใช้ AUDIT ในการคัดกรองได้ดี และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้ CAGE หรือคำถามง่ายๆ ในการคัดกรองเพื่อป้องกันการถอนพิษสุราในหอผู้ป่วย แต่ในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำได้ยากเนื่องจากมีภาระงานมาก

- ผู้เชี่ยวชาญสอบถามในที่ประชุมว่าจะพิจารณาเฉพาะการคัดกรองในกลุ่มคนที่สมัครใจอย่างเดียวใช่หรือไม่ ดร.นพ.ยศ ชี้แจงว่าการศึกษานี้จะถูกนำไปใช้ในชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งหมายความว่าระบบประกันสุขภาพจะสนับสนุนให้มีการตรวจ เช่น มีค่าตรวจให้ มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในการเข้ามารับการตรวจโดยยังไม่มีอาการตกลงว่าจะตรวจใคร ตรวจบ่อยแค่ไหน และตรวจที่ settings ใดบ้าง ดังนั้นความสมัครใจต้องมาเป็นอันดับแรก ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่าควรมีการศึกษาต่อในเฟสที่ 2 โดยให้มีการคัดกรองภาคบังคับในกลุ่มที่ไม่สมัครใจด้วย เนื่องจากมองว่าปัญหาส่วนใหญ่อยู่ตรงคนที่ไม่สมัครใจซึ่งมักเป็นผู้ก่อเหตุทำ ความเสียหายให้แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม ดร.นพ.ยศ ชี้แจงว่าในการศึกษารุ่นนี้นอกจากเรื่องสิทธิในการตรวจแล้วอยากจะทำให้เกิด organized screening system คือ ผู้ให้บริการมีความพร้อมในการให้บริการมากขึ้น และจะมีระบบสนับสนุนสร้างแรงจูงใจให้ผู้บริการอยากให้บริการประเภทนี้ ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษาเสร็จ

สิ้นและนำเสนอผลต่อผู้กำหนดนโยบายทันต้นปีหน้า ทีมวิจัยจะดำเนินการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปก่อน ส่วนกลุ่มผู้ไม่สมัครใจหรือกลุ่มเสี่ยงจะดำเนินการศึกษาในเฟสต่อไป

- ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่าการคัดกรองภาคบังคับในกลุ่มที่ไม่สมัครใจอาจกำหนดเป็นกลุ่มอาชีพ เช่น นักบิน คนขับรถบรรทุกสารเคมี หรือคนขับรถโดยสารสาธารณะ โดยกำหนดไปยังผู้ประกอบการ

- ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่าค่าใช้จ่ายในการคัดกรองด้วย CAGE กับ AUDIT ไม่แตกต่างกัน บุคลากรสามารถทำได้ทั้งสองแบบ ในการคัดกรองนั้นหากพบผู้ป่วยในระยะที่ติดแอลกอฮอล์แล้วการรักษาจะทำได้ค่อนข้างยาก แต่หากคัดกรองพบกลุ่ม hazardous และ harmful บุคลากรสามารถให้การแนะนำเบื้องต้นอย่างมีหลักการ (brief advice, brief intervention) ซึ่งทำได้ง่าย และการ feed back ให้ผู้ป่วยเห็นถึงปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยลดละเลิกการดื่มได้ ทั้งนี้มีข้อมูล cost effectiveness ของ brief intervention บ่งชี้ว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนที่จะลงทุน ในอเมริกาพบข้อมูลว่าถ้าลงทุนเรื่องของ brief intervention ไป \$1,000 จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ประมาณ \$5,000 และเป็น intervention ที่ รพ.สามารถให้บริการได้ แต่หากเป็นผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์แล้วจะต้องมาพบจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ผู้ที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุไม่ใช่ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ (dependence) แต่เป็นคนที่มีแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว (harmful use/ alcohol abuse)

- นักวิจัยสอบถามที่ประชุมถึง settings และกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มอายุ ที่จะทำการคัดกรอง ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่า AUDIT สามารถใช้คัดกรองได้ทั้งในโรงพยาบาล สถานประกอบการ และในประชาชนทั่วไป เป็นเครื่องมือที่เข้าถึงได้ง่าย และเสนอให้ทีมวิจัยทำการทบทวนข้อมูลเครื่องมือ ASSIST ซึ่งถูกพัฒนาต่อมาจาก AUDIT สามารถใช้คัดกรองได้ทั้งในเรื่อง บุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ สำหรับกลุ่มอายุที่จะคัดกรองนั้นเสนอให้พิจารณาจากข้อมูลความชุก ทั้งนี้มีการศึกษาในประชากรไทยอายุ 15-60 ปี พบว่าการดื่มมากในกลุ่มวัยรุ่นเพศชาย ในกลุ่มเพศหญิงแนวโน้มปริมาณการดื่มเพิ่มขึ้นจนกระทั่งอายุ 30-40 ปีจะมีการดื่มลดลง แม้ว่ากลุ่มเพศหญิงจะดื่มน้อยกว่าเพศชายแต่พบว่าผู้หญิงที่ดื่มมักจะติดและเลิกยาก มีความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ สูง ทั้งนี้มีผู้เชี่ยวชาญเสนอให้พิจารณาคัดกรองในกลุ่มที่เป็นเป้าหมายของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ และให้ความเห็นว่าการคัดกรองสิ่งใดเป็นการส่งสัญญาณบอกว่าสังคมไทยไม่ต้องการสิ่งนั้น

- ดร.นพ.ศ กล่าวสรุปว่า ทีมวิจัยจะไปทำการทบทวนข้อมูลความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการใช้เครื่องมือ CAGE AUDIT และ ASSIST ในการคัดกรองภาวะการใช้สุราที่ผิด กลุ่มอายุที่สนใจคือตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทำการศึกษาใน settings ต่างๆ ทั้งในชุมชน สถานพยาบาล และโรงเรียน โดยให้ความสนใจในเรื่องของโอกาส (compliance) ที่จะได้รับการตรวจจากแต่ละ settings ทั้งนี้ประเด็นเรื่องกลุ่มอาชีพและเรื่องของการบังคับตรวจก่อนเข้าปฏิบัติงาน จะนำไปพิจารณาต่อในการศึกษาเฟสที่ 2

### 3.3 วิธีการตรวจคัดกรองอุบัติเหตุจราจรที่เหมาะสมสำหรับประชากรไทย และรายละเอียดที่ควรพิจารณาเป็นพิเศษ

- ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้คำว่า road accident ซึ่งจะครอบคลุมอุบัติเหตุจากรถทุกวงการมากกว่า คำว่า traffic accident ทั้งนี้มีผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่าในวงการสาธารณสุขจะใช้คำรวมว่า unintentional injury ซึ่งประกอบด้วย occupational injury และ traffic injury หรือ accident injury
- ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่าในการขอใบอนุญาตขับขี่ต้องมีการรับรองสุขภาพโดยแพทย์ และการขอต่อใบอนุญาตควรกำหนดว่าต้องตรวจสอบสุขภาพอะไรบ้าง เช่น การติดแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น เมื่อเกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ควรมีการตรวจร่างกายว่ามีความผิดปกติอะไรบ้าง และควรเชื่อมโยงข้อมูลกันทั้งทางตำรวจ กรมการขนส่งทางบก และโรงพยาบาล
- ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำว่าหากต้องการลดอุบัติเหตุบนท้องถนน นอกจากผู้ขับขี่แล้วควรคำนึงถึงผู้โดยสารและผู้ที่เกิดบนทางเท้าด้วย การตรวจสอบสุขภาพและได้รับรับรองแพทย์ (ใบรับรอง 5 โรค) เพื่อใช้ในการขอใบอนุญาตขับขี่สำหรับบุคคลทั่วไปและผู้ขับขี่รถสาธารณะยังไม่ดีพอ ทั้งนี้แนะนำให้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเพิ่มจากหนังสือคู่มือการออกใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ เขียนโดย อ.สมชัย บวรกิตติ และ อ.สนธยา พริงลำภู ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคลและรถยนต์สาธารณะ ว่าต้องมีความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่นหรือวัตถุอันตรายที่บรรทุกมา นอกจากนี้ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ได้แก่ เวลา สถานที่ เป็นต้น
- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่าหากมองในแง่ primary prevention มี 4 เรื่องที่น่าจะทำการคัดกรองได้แก่ 1) speeding คัดกรองได้โดยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรม ทั้งนี้จากการศึกษาของ Thai road พบว่าส่วนใหญ่ผู้ขับขี่มีการขับเร็วกว่าที่กฎหมายกำหนด 2) แอลกอฮอล์ 3) ความอ่อนล้า และ 4) การใช้โทรศัพท์และ short message ขณะขับขี่รถยนต์ ส่วนในแง่ secondary prevention นั้นมีการรณรงค์ให้ใช้อุปกรณ์พื้นฐานในการขับขี่เพื่อป้องกันการเสียชีวิตเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เช่น การสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น
- ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าอุบัติเหตุจราจรน่าจะเกิดจากจิตใจที่รีบร้อนมากกว่าปัจจัยทางด้านกายภาพ เสนอว่าไม่ควรทำการคัดกรองในประชากรทั้งหมดเนื่องจากมีความสิ้นเปลือง แต่ให้คัดกรองเฉพาะในผู้ขับขี่รถ โดยข้อมูลจากการศึกษาในผู้ขับขี่รถยนต์ในจังหวัดนครสวรรค์พบว่า การตรวจ alcohol breath test ในผู้ขับขี่ทุกราย นอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุแล้วยังทำให้ผู้ขับขี่เกิดความตระหนักในมาตรการการตรวจผู้ขับขี่ประเภทเมาแล้วขับได้ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจนั้นมีการพัฒนา screening alcohol meter (SAM) ซึ่งวัดแอลกอฮอล์จากลมหายใจได้โดยไม่ต้องเป่า ทำให้มีความสะดวกรวดเร็วในการคัดกรองมากขึ้น อาสาสมัครก็สามารถใช้เครื่องมือดังกล่าวได้
- ผู้เชี่ยวชาญอธิบายเกี่ยวกับ fitness for work ซึ่งมีการตรวจ 3 ส่วน ได้แก่ 1) medical examination 2) functional capacity evaluation และ 3) trade test เมื่อพิจารณาในเรื่องของการทำใบขับขี่นั้น medical examination คือสิ่งที่เราตรวจกันและควรเพิ่มการตรวจตาและตรวจการได้ยิน functional capacity evaluation เป็นการตรวจ reaction time ว่ามีการตอบสนองไวพอหรือไม่ ส่วน trade test คือมีผู้ที่ทำการสอบนั่งไปบนรถพร้อมกับผู้เข้ารับการสอบขณะขับด้วย ทั้งนี้เสนอให้มีการตรวจสุขภาพก่อนต่อใบอนุญาตขับขี่ในแต่ละกลุ่มอายุ โดยในผู้สูงอายุควรมีการต่อใบอนุญาตแบบปีต่อปีเนื่องจากเชื่อว่าการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุไม่น่าจะคงที่ต่อเนื่องกัน 4-5 ปี กรณีกลุ่มที่ขับขี่รถยนต์เป็นอาชีพควรมี



มาตรการทางกฎหมายบังคับให้มีการตรวจ แต่ในกรณีผู้ขับขี่รถยนต์ส่วนตัวนั้นยังเป็นความท้าทายว่าจะมีกฎหมายมาบังคับได้อย่างไร

- ผู้เชี่ยวชาญเสนอประเด็นว่าการทำ alcohol breath test สามารถลดการเกิดอุบัติเหตุได้อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ และเห็นด้วยกับการให้ตรวจสุขภาพในผู้สูงอายุเนื่องจากพบภาวะ memory impairment ได้ตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัว และยังขับรถอยู่

- ผู้เชี่ยวชาญสนับสนุนให้ทำการตรวจภาวะทุกอย่างที่มีผลต่อการตัดสินใจ ทั้งด้านการรับรู้และการตอบสนองในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องถูกตรวจบ่อยและบ่อยขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ควรตรวจภาวะการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุร่วมด้วย ซึ่งมีสิ่งบ่งชี้ที่ชัดเจนคือการมาขอยานอนหลับอยู่เรื่อยๆ

- ดร.นพ.ยศ เปิดประเด็นอภิปรายเกี่ยวกับการตรวจ alcohol breath test ว่า หากมีการศึกษายืนยันว่ามีประโยชน์ สามารถลดการเกิดอุบัติเหตุได้เป็นจำนวนมาก และมีความคุ้มค่าในการลงทุนของระบบประกันสุขภาพ ทีมวิจัยควรค้นคว้าเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่าข้อมูลในประเทศไทยมีเป็นจำนวนมาก เสนอว่าควรมีการกำหนดเป็นข้อบังคับทางกฎหมาย ทั้งนี้มีตัวอย่างในประเทศออสเตรเลียซึ่งมีการบังคับตรวจระดับแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยทุกรายที่มาโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุ โดยจะมีการเชื่อมโยงกับข้อมูลพฤติกรรมจราจรซึ่งส่งข้อมูลนำไปใช้ในการขอใบอนุญาต เป็นการป้องปรามผู้เกี่ยวข้อง

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่า 80% ของผู้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตคือผู้ขับขี่มอเตอร์ไซค์ ทั้งนี้มีการศึกษาในภาคเหนือพบว่า หากดูแลผู้ขับขี่มอเตอร์ไซค์ให้เมาน้อยๆ ขับขี่ไม่เร็วและสวมหมวกนิรภัยก็จะช่วยลดการเสียชีวิตได้

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่าข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นสิ่งที่นำไปสู่การแก้ไขหรือบังคับใช้กฎหมาย ปัจจุบันมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการมีข้อบังคับทางกฎหมายแต่ยังขาดผู้ปฏิบัติงาน โดยอัตราค่าล้างของตำรวจไม่เพียงพอและมีการให้ความสำคัญกับปัญหาจราจรมากกว่าอุบัติเหตุ หากมีการสืบค้นว่าอุบัติเหตุจากการดื่มสุรามาแล้วขับมักเกิดที่ไหน สถานที่ใด วันเวลาใด เกิดกับกลุ่มเป้าหมายผู้ขับขี่ใด จะช่วยให้แก้ปัญหาได้ตรงจุด มีประโยชน์และมีความคุ้มค่า ภายใต้สถานการณ์ที่กำลังคนและงบประมาณมีจำกัด

- ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้มีศึกษาว่าควรตรวจร่างกายอะไรบ้างเพื่อใช้ประกอบการขอและต่อใบอนุญาตขับขี่ในกลุ่ม learner กลุ่มใบขับขี่ชั่วคราว กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ขับขี่รถสาธารณะ เนื่องจากที่ผ่านมามีการกำหนดไว้กว้างมาก เช่น ไม่เป็นลมบ้าหมู ซึ่งไม่รู้ว่าจะ detect ได้อย่างไร โดยอาจเชิญบุคลากรทางการแพทย์มาประชุมเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่าในกรณีผู้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ยังติดที่ข้อกำหนดทางกฎหมายทำให้ไม่สามารถบังคับตรวจแอลกอฮอล์ได้ เป็นโจทย์ที่น่าคิด ทั้งนี้มีการทบทวนข้อมูลการเสียชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นที่จังหวัดน่าน พบว่าก่อนหน้าที่จะเสียชีวิตนั้นมีประวัติเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3-4 ครั้ง แต่ยังไม่ทราบว่าจะอะไรเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ทำให้ฝ่ายเวชกรรมของสถานพยาบาลดังกล่าว เริ่มมีความคิดว่าควรให้คำแนะนำกับเด็กและพ่อแม่ของเด็กตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ามาับการรักษา และ feedback ข้อมูลกลับไปยังชุมชน

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่าในทางอาชีวเวชศาสตร์มี return to work examination คือในกรณีที่ผู้ป่วยหยุดงานไปเป็นระยะเวลาานาน จะทำการตรวจว่ายังมีสุขภาพเหมาะสมกับการทำงานหรือไม่ เช่น ขับรถเกิดอุบัติเหตุแล้วนอนโรงพยาบาลนาน หรือหลังประสบอุบัติเหตุแล้วเสียความสามารถในการรับสัมผัส ต้องตรวจประเมินสมรรถภาพในการขับรถใหม่ แต่ในไทยยังไม่มี การตรวจดังกล่าว ส่วนการตรวจระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจเป็นเพียงมาตรการป้องปราม เป็นข้อบังคับทางกฎหมายเพื่อลดอุบัติเหตุ ไม่ใช่มาตรการทางการแพทย์ หากมีอุปกรณ์ บุคลากรที่จำกัด ควรเลือกตรวจในพื้นที่เสี่ยงเฉพาะช่วงเวลาความเสี่ยง กรณีการประยุกต์เรื่องระบอบาติวิทยาในเชิงพื้นที่เชิงสถานที่ ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ศึกษาข้อมูลของ อ.วิทยา ชาติบัญชาชัย จากขอนแก่น

- ดร.นพ.ยศ กล่าวสรุปว่าทีมวิจัยจะไปทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ถึงการตรวจร่างกายเพื่อใช้สมัครทำใบอนุญาตขับขี่ หรือต่ออายุใบอนุญาตขับขี่ในคนปกติ ในผู้สูงอายุ และในผู้ขับขี่รถสาธารณะ และจะศึกษาถึงประสิทธิภาพ ความเหมาะสม ความคุ้มค่า และความเป็นไปได้ในการตรวจเรื่องการใช้อัลกอฮอล์ (+/- สารเสพติด) ในผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุมาที่ห้องฉุกเฉิน และอาจศึกษาเรื่องการเชื่อมโยงระบบข้อมูลในบุคคลที่เข้ารับการรักษาเป็นเวลานาน แล้วถูกพิจารณาว่าสมรรถภาพร่างกายไม่เหมาะสมในการกลับไปปฏิบัติงานหรือไปขับขี่เหมือนเดิม (return to work) โดยทบทวนข้อมูลว่ามีมาตรการหรือมีวิธีในการบริหารจัดการอย่างไรบ้าง ส่วนเรื่อง alcohol breath test ที่ประชุมมีความเห็นว่าเป็นมาตรการป้องปรามเป็นการบังคับใช้กฎหมาย ยากต่อการผลักดันในระบบประกันสุขภาพ จะนำไปพิจารณาในการศึกษาถัดไป จากนั้น ดร.นพ.ยศ ได้แจ้งต่อผู้เข้าร่วมประชุมว่า ทางทีมวิจัยจะสรุปการประชุมและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา และจะเริ่มดำเนินการวิจัยตามประเด็นที่ได้คุยกันไว้ โดยใช้เวลาในการทำงานวิจัย 3-4 เดือน และจะนัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อขอข้อเสนอแนะในเดือนกุมภาพันธ์ ก่อนที่จะมีการนัดประชุมใหญ่ในเดือนมีนาคม โดยเชิญตัวแทนผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มมาร่วมพิจารณาให้ข้อคิดเห็นและข้อสรุปที่จะเป็นชุดสิทธิประโยชน์สุดท้ายก่อนนำเสนอไปยังผู้กำหนดนโยบายต่อไป

ผู้บันทึกรายงานการประชุม

นศภ. สุพัชรินทร์ สุวรรณเกิด

นศภ. ณิชชา วงศ์ฉายา

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ภญ. ธนัญญา คู่พิทักษ์ขจร