

1 รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษาเบื้องต้น  
2 โครงการวิจัยเรื่อง “การประเมินความคุ้มค่า ผลกระทบงบประมาณ และความเป็นไปได้ของการใช้  
3 PET-CT ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด

4 **Diffuse large B-cell lymphoma”**

5 **วันจันทร์ที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13.30–15.30 น.**

6 **ณ มุลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ**

7 **หรือ Zoom meeting ID: 895 6452 8169 Passcode 791 180**

---

8 **ผู้เข้าร่วมประชุม ณ มุลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ**

- |    |                            |  |
|----|----------------------------|--|
| 9  | 1. ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | มุลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 10 | 2. ดร. ภญ.ปฤชฐพร กิ่งแก้ว  | มุลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 11 | 3. ภญ.ชิตววรรณ พูนศิริ     | มุลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 12 | 4. ดร. พญ.จารวี สุขมณี     | มุลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 13 | 5. ภญ.โชติกา สุวรรณพานิช   | มุลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

14 **ผู้เข้าร่วมประชุมผ่านทาง Zoom meeting**

- |    |                                  |  |
|----|----------------------------------|--|
| 15 | 6. พญ.ลลิตา นรเศรษฐ์ธาดา         | คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่                      |
| 16 | 7. รศ. พญ.ณัฐติยา เตียวตระกูล    | คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น                        |
| 17 | 8. พญ.เอมวิภา ลือประสิทธิ์สกุล   | โรงพยาบาลจุฬารณณ์                                      |
| 18 | 9. นพ.ภณรัตน์ น้อยเพิ่ม          | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                 |
| 19 | 10. นพ.ธีระ วรรณรัตน์            | ผู้แทนคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข                 |
| 20 | 11. นางสาวศรีรัตน์ จิรนนทนากร    | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                       |
| 21 | 12. นางวรรณณา เอียดประพาล        | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                       |
| 22 | 13. นางสาวธีรา วีระวงศ์          | สำนักงานประกันสังคม                                    |
| 23 | 14. รศ. ดร. นพ.พงศกร ตันติลีปกร  | สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม |
| 24 | 15. ดร.ชัยยง ไกยกูล              | สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม |
| 25 | 16. นพ.สิระ วชาติมานนท์          | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                    |
| 26 | 17. ผศ. พญ.ชนินาถ สกุลพิสุทธิ์   | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี                        |
| 27 | 18. พญ.กาญจนา จันทร์สูง          | สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย                           |
| 28 | 19. นางสาวศิรินทิพย์ ชติยะกาญจน์ | มุลนิธิเครือข่ายมะเร็ง                                 |
| 29 | 20. นางสาวธนภัทร สังข์มณี        | มุลนิธิเครือข่ายมะเร็ง                                 |

30 **เปิดประชุมเวลา 13.30 น.**

31 ญ.ชิตวรรณ พูนศิริ กล่าวต้อนรับและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอ  
32 ผลการศึกษาเบื้องต้นและรับฟังข้อเสนอแนะต่อโครงการวิจัยการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบ  
33 งบประมาณของการใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็ง  
34 ต่อมาน้ำเหลืองชนิด Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) จากนั้นดำเนินการประชุมตามวาระการ  
35 ประชุม โดยสรุปดังนี้

36 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ทั้งของ  
37 ประเทศไทยและต่างประเทศ แนะนำให้ใช้ PET-CT scan ในการประเมินระยะของโรค (Staging) การประเมิน  
38 การตอบสนองระหว่างการรักษา (Interim response) และการประเมินการตอบสนองเมื่อสิ้นสุดการรักษา  
39 (End-of-treatment: EOT) เนื่องจากมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) มากกว่า CT  
40 scan แต่ปัจจุบันการตรวจ PET-CT scan ยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ  
41 แห่งชาติ การตรวจ PET-CT scan จึงถูกเสนอผ่านกระบวนการคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญของ  
42 โครงการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP) พ.ศ. 2565 และได้รับการ  
43 พิจารณาให้ดำเนินการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้  
44 ส่วนเสียเพื่อพิจารณาโครงการวิจัยในวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2566 ที่ประชุมมีมติให้ทำการประเมินความคุ้มค่า  
45 ใน 2 ข้อบ่งชี้ ได้แก่ Staging และ EOT ดังนั้นโครงการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ได้แก่ 1) เพื่อวิเคราะห์  
46 ต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost-utility analysis) 2) เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบต่อด้านงบประมาณ (Budget impact  
47 analysis) และ 3) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility study) ของการบรรจุการใช้ PET-CT  
48 scan ในการตรวจประเมิน Staging และ EOT ของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ในชุดสิทธิ  
49 ประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

50 คณะผู้วิจัยนำเสนอระเบียบวิธีวิจัยและผลการศึกษาเบื้องต้น โดยโครงการวิจัยนี้เปรียบเทียบกับนโยบาย  
51 การตรวจ PET- CT scan ใน 3 ทางเลือก ได้แก่ **ทางเลือกที่ 1** การประเมิน Staging และ EOT ด้วย PET-CT  
52 scan **ทางเลือกที่ 2** การประเมิน Staging ด้วย PET-CT scan และ EOT ด้วย CT scan และ**ทางเลือกที่ 3**  
53 การประเมิน Staging ด้วย CT scan และ EOT ด้วย PET-CT scan กับ**ทางเลือกปัจจุบัน**ที่ประเมิน Staging  
54 และ EOT ด้วย CT scan จากนั้นประมาณการต้นทุนและผลลัพธ์หรือปีสุขภาวะตลอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
55 ต่อมาน้ำเหลืองชนิด DLBCL ในแต่ละทางเลือกด้วยแบบจำลอง Decision tree และแบบจำลองมาร์คอฟ  
56 (Markov model) ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองประกอบไปด้วย ตัวแปรการเปลี่ยนสถานะสุขภาพ ตัวแปร  
57 ความสามารถในการตรวจวินิจฉัยด้วย PET-CT scan และ CT scan ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม  
58 ขณที่ตัวแปรต้นทุน และตัวแปรคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและเก็บข้อมูลปฐม  
59 ภูมิ สำหรับการศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ คณะผู้วิจัยสำรวจความสามารถในการตรวจของสถาน  
60 บริการและความต้องการในการตรวจของแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย (รายละเอียดดังเอกสารประกอบการประชุม)

61 จากผลการศึกษาเบื้องต้น พบว่าการใช้ PET-CT scan ในการประเมิน Staging และ/หรือ EOT ให้  
62 ผลลัพธ์ที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับทางเลือกปัจจุบัน โดยผู้ป่วยมีปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น 0.09–0.56 ปี เนื่องจากการใช้

63 PET-CT scan ให้ผลการตรวจที่แม่นยำกว่า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับระยะโรคจึงสามารถยืด  
64 อายุและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ เมื่อพิจารณาทั้ง 3 ทางเลือก พบว่าการใช้ PET-CT scan ทั้งในการ  
65 ประเมิน Staging และ EOT (ทางเลือกที่ 1) สามารถยืดอายุและเพิ่มปีสุขภาวะของผู้ป่วยได้มากที่สุด แต่ก็มี  
66 ต้นทุนและภาระงบประมาณที่สูงสุดเช่นกัน ขณะที่การใช้ PET-CT scan ในการประเมิน EOT เพียงอย่างเดียว  
67 (ทางเลือกที่ 3) เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่าสูงสุดและมีภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับ  
68 ทางเลือกอื่น ๆ

69 สำหรับการศึกษาคืบหน้าไปได้ในทางปฏิบัติ พบว่าในปัจจุบันมีผู้ป่วย DLBCL ที่ควรได้รับการตรวจ  
70 PET-CT scan แต่ไม่ได้ตรวจเฉลี่ยร้อยละ 60 เนื่องจากการตรวจไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ โดยระยะเวลาที่  
71 แพทย์สามารถรอผลการตรวจ PET-CT scan อยู่ที่ประมาณ 2 สัปดาห์ ซึ่งใกล้เคียงกับระยะเวลาที่รอใน  
72 ปัจจุบัน ในมุมมองของหน่วยบริการ พบว่าหน่วยบริการ PET-CT scan ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและ  
73 เชียงใหม่ สามารถรองรับผู้ป่วยเพิ่มเติมได้ 5-20 รายต่อสัปดาห์ แต่หน่วยบริการในจังหวัดขอนแก่นและสงขลา  
74 ยังมีข้อจำกัดในการให้บริการการตรวจ PET-CT scan เพิ่มเติม ดังนั้นการมีผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ PET-CT  
75 scan เพิ่มขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อภาระงานและระยะเวลารอคอยของแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้ป่วยได้

76 จากผลการศึกษาข้างต้น คณะผู้วิจัยนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้ 1) สำนักงานหลักประกัน  
77 สุขภาพแห่งชาติควรบรรจุการใช้ PET-CT scan เพื่อตรวจประเมิน EOT ในผู้ป่วย DLBCL ที่ราคา 30,000  
78 บาท เข้าในชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากเป็นทางเลือกที่ช่วยยืดอายุ เพิ่มปีสุขภาวะ และมีความคุ้มค่าในบริบท  
79 ประเทศไทย 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาเพิ่มหน่วยบริการตรวจ PET-CT scan ซึ่งควรมีผู้ป่วยอย่าง  
80 น้อย 20 รายต่อสัปดาห์ เพื่อให้ต้นทุนค่าบริการอยู่ที่ 31,400-33,900 บาทต่อราย หรือเพิ่มการแปลผล  
81 ภาพถ่ายรังสีทางไกล (Teleconsultation) สำหรับแปลผลภาพถ่าย PET-CT scan ซึ่งอาจเป็นทางเลือกที่ช่วย  
82 ให้หน่วยบริการสามารถให้บริการตรวจ PET-CT scan ได้มากขึ้น และ 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มการ  
83 กระจายตัวของแพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์ ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจ PET-CT scan ของผู้ป่วยได้

84

## 85 ประเด็นอภิปรายในที่ประชุมมีดังนี้

### 86 1. อัตรารอดชีพในปีที่ 5 ของโรคผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL

87 ที่ประชุมสอบถามสาเหตุที่อัตรารอดชีพในปีที่ 5 (5-year overall survival) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อม  
88 น้ำเหลืองชนิด DLBCL ในประเทศไทยน้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศว่ามาจากปัญหาการเข้าถึงการรักษา  
89 หรือความผิดพลาดในการจำแนกผู้ป่วย (Misclassification) หรือไม่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่าการศึกษา  
90 ของธานินทร์และคณะที่อ้างถึงนั้นเป็นการศึกษาอัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL  
91 ทุกระยะ รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองจึงทำให้อัตรารอดชีพต่ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยในการศึกษา  
92 ดังกล่าวได้รับการรักษาด้วย Rituximab เพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันยา Rituximab ได้ถูก  
93 บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการรอด  
94 ชีพในปัจจุบันไม่แตกต่างกับข้อมูลในต่างประเทศ สำหรับปัญหาการเข้าถึงการรักษาหรือความผิดพลาดในการ

95 จำแนกผู้ป่วยนั้น ไม่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีพมากนัก เนื่องจากปัจจุบันแพทย์ใช้การตรวจ CT scan ในการ  
96 ประเมิน Staging และ EOT เป็นหลัก

97

## 98 2. การแปลผลภาพถ่าย PET-CT scan

99 จากผลการศึกษาที่พบว่าการใช้ PET-CT scan เพื่อตรวจประเมิน EOT เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่า  
100 มากที่สุดและเสนอให้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ ที่ประชุมจึงสอบถามแพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์ว่าในกรณีที่ไม่  
101 มีผลการประเมิน Staging ด้วย PET-CT scan ก่อนให้การรักษจะเป็นอุปสรรคต่อการแปลผล EOT หรือไม่  
102 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่า การมีผลการประเมิน Staging ด้วย PET-CT scan สำหรับเปรียบเทียบ ย่อม  
103 ส่งผลให้การแปลผลการประเมิน EOT มีความแม่นยำมากขึ้น แต่หากไม่มีผลการประเมิน Staging ก็สามารถ  
104 แปลผลการประเมิน EOT ได้ โดยเปรียบเทียบระดับการเผาผลาญ (Metabolic activity) ของรอยโรคเทียบกับ  
105 กับตับ ซึ่งเป็นกรณีที่พบได้บ่อยหากผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคมหรือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้ป่วย  
106 จะมีผลการประเมิน Staging ด้วย CT scan อยู่แล้ว และได้รับการส่งตัวมาเพื่อตรวจประเมิน Interim  
107 response หรือ EOT ด้วย PET-CT scan

108

## 109 3. ต้นทุนการตรวจ PET-CT scan

110 ที่ประชุมให้ข้อมูลว่าในอดีตที่มีการบรรจุการตรวจ PET-CT scan สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด  
111 เซลล์ไม่เล็ก (Non-Small Cell Lung Cancer: NSCLC) ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
112 เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) แจ้งว่าราคาเบิกจ่ายที่ 30,000  
113 บาทต่อการตรวจ เป็นราคาที่โรงพยาบาลไม่สามารถบริหารจัดการได้จึงมีการต่อรองก่อนประกาศใช้นโยบาย ที่  
114 ประชุมจึงเสนอให้คณะผู้วิจัยสอบถามต้นทุนการตรวจ PET-CT จากสถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจแต่ละแห่ง  
115 เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับประกอบการตัดสินใจเพิ่มเติม

116 ที่ประชุมให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่เบิกจ่ายค่าตรวจ PET-CT scan ค่อนข้างน้อย  
117 แต่การตรวจ PET-CT scan มีต้นทุนคงที่ (Fixed cost) สูง ทำให้โรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมากจะมีต้นทุน  
118 การตรวจประมาณ 20,000 บาทต่อครั้ง แต่สำหรับโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนน้อยจะมีต้นทุนการตรวจ  
119 ประมาณ 30,000-40,000 บาทต่อครั้ง หากในอนาคตมีการให้บริการมากขึ้นจากการที่สำนักงานหลักประกัน  
120 สุขภาพแห่งชาติอนุมัติให้เบิกจ่ายค่าตรวจย่อมทำให้ต้นทุนการตรวจต่อครั้งลดลง

121

## 122 4. การกระจายตัวของเครื่องตรวจ PET-CT scan

123 ที่ประชุมชี้แจงสาเหตุที่เครื่องตรวจ PET-CT scan ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร  
124 เนื่องจากเครื่อง PET-CT scan จะต้องใช้ร่วมกับสารเภสัชรังสี Fluorodeoxyglucose F18 (18F-FDG) ที่ผลิต  
125 จากเครื่องไซโคลตรอน (Cyclotron) ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีเครื่อง Cyclotron ใน 3 จังหวัดเท่านั้น ได้แก่ 1)  
126 จังหวัดกรุงเทพมหานคร 2) จังหวัดเชียงใหม่ และ 3) จังหวัดสงขลา ซึ่งระยะทางขนส่งสารจากเครื่อง  
127 Cyclotron และเครื่อง PET-CT scan ควรใกล้กันเนื่องจาก 18F-FDG จะมีการสลายตัวระหว่างขนส่ง (ค่าครึ่ง

128 ชีวิต 2 ชั่วโมง) ดังนั้นต้นทุนค่า 18F-FDG จะเพิ่มขึ้นตามระยะทางขนส่ง จึงเสนอให้คณะผู้วิจัยพิจารณา  
129 ประเด็นนี้ร่วมด้วย

130

### 131 5. ระยะเวลาการรอตรวจ PET-CT scan

132 ที่ประชุมให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการรอตรวจ PET-CT scan ของแต่ละโรงพยาบาลเพิ่มเติม โดย  
133 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เปิดเครื่อง PET-CT scan 1 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการรอตรวจ 1 เดือน ขณะที่  
134 โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ เปิดเครื่อง PET-CT scan 2-3 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการรอตรวจ 2  
135 สัปดาห์ ที่ประชุมจึงมีความเห็นว่าหากมีผู้รับบริการเพิ่มจะสามารถเพิ่มจำนวนวันที่เปิดเครื่อง PET-CT scan  
136 ต่อสัปดาห์ และลดระยะเวลาการรอตรวจลงได้

137 อย่างไรก็ตาม สำหรับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่มีระยะเวลาการรอตรวจเฉลี่ย 1 เดือน แต่ต้องใช้เวลา  
138 ขนส่งสาร 18F-FDG จากเครื่อง Cyclotron ในจังหวัดกรุงเทพมหานครประมาณ 1-2 สัปดาห์ ดังนั้นการเพิ่ม  
139 จำนวนวันที่เปิดเครื่อง PET-CT scan อาจไม่สามารถลดระยะเวลารอคอยสำหรับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้  
140 เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านการขนส่งสารเภสัชรังสี 18F-FDG

141

### 142 6. การกำหนดหลักเกณฑ์ในการตรวจ PET-CT scan ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL

143 เนื่องจากประเทศไทยยังมีข้อจำกัดเรื่องขีดความสามารถในการตรวจ PET-CT scan ที่ประชุมจึงเสนอ  
144 ให้กำหนดเกณฑ์การเข้ารับการตรวจ เพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการตรวจ PET-CT scan เข้าถึง  
145 บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ Complete response จากการตรวจ CT scan เพื่อประเมิน EOT แต่ที่ประชุมมีข้อ  
146 กังวลว่าหากใช้หลักการดังกล่าวผู้ป่วยที่ไม่ Complete response จากการตรวจ CT scan จะต้องถูกส่งต่อ  
147 เพื่อตรวจ PET-CT scan อีกครั้ง ส่งผลให้ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยที่ Complete response  
148 จากการตรวจ CT scan อาจมีรอยโรคหลงเหลือที่ไขกระดูก ซึ่งการสุมเจาะขึ้นนี้อาจไม่พบรอยโรคได้ และมีความ  
149 จำเป็นต้องตรวจประเมินด้วย PET-CT scan เช่นเดียวกัน จึงเสนอให้คณะผู้วิจัยพิจารณาประเด็นนี้  
150 เพิ่มเติม โดยอาจเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย DLBCL กับความสามารถในการตรวจ PET-CT scan ในปัจจุบัน

151

### 152 7. การแปลผลภาพถ่ายรังสีทางไกล (Teleconsultation)

153 ที่ประชุมเห็นว่า การแปลผลภาพถ่ายรังสีทางไกลเป็นสิ่งที่ทำได้ในเชิงเทคนิค สถานบริการในปัจจุบัน  
154 ต่างเปิดกว้างในการให้บริการนี้ ซึ่งจะสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการต่อสัปดาห์ได้ แต่ยังมีอุปสรรคใน  
155 เชิงนโยบาย เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการเบิกจ่ายที่ชัดเจน รวมถึงแนวทางปฏิบัติหากเกิดผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน  
156 หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งตัวไปรับบริการตรวจ PET-CT scan ที่หน่วยบริการอื่น จึงเสนอให้  
157 คณะผู้วิจัยพิจารณาประเด็นนี้ร่วมด้วย

158

### 159 มติที่ประชุม

160 1. รับทราบผลการศึกษาตามที่คณะผู้วิจัยเสนอ

- 161 2. พิจารณาศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ หากมีการประกาศใช้นโยบาย ในประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม  
162 2.1. ต้นทุนและการเบิกจ่ายค่าตรวจ PET-CT scan  
163 2.2. ขีดความสามารถและหลักเกณฑ์ในการให้บริการ  
164 2.3. การกระจายตัวของเครื่องตรวจ PET-CT scan ในอนาคต

165

166 ทำยนี้ ญ.ชิตวรน พนศิริ กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมและแจ้งที่ประชุมให้ทราบว่าคณะผู้วิจัยจะ  
167 นำส่งรายงานการประชุมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมพิจารณาและรับรองภายใน 2 สัปดาห์หลังจากการประชุม  
168 และคณะผู้วิจัยจะนำข้อเสนอแนะที่ได้จากที่ประชุมไปเพิ่มเติมในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ และการนำเสนอผล  
169 การศึกษาต่อคณะทำงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

170

171 **ปิดประชุมเวลา 15.30 น.**

172

.....  
(ญ.ชิตวรน พนศิริ)  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

.....  
(ดร.พญ.จารวี สุขมณี)  
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

173