

1 รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาผลการศึกษาเบื้องต้นโครงการประเมินความคุ้มค่าทาง
2 เศรษฐศาสตร์ของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก
3 วันจันทร์ที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2559 เวลา 13.30 – 16.00 น.
4 ณ ห้องประชุม HITAP 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

5 รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

6	1. ศ.ทพ.ดร.อะนัษ เอี่ยมอรุณ	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7	2. รศ.นพ.หัชชา ศรีปลั่ง	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8	3. ทพญ.อนนง มั่งคั่ง	โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งชลบุรี
9	4. นพ. เอกภพ แสงอริยวิช	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
10	5. ทพ.นพ.ดร.สุทิน จินาพรธรรม	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11	6. ทพญ.เยาวลักษณ์ เงินวิวัฒน์กุล	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
12	7. ทพญ.ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์	แผนงานวิชาชีพทันตแพทย์เพื่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
13		
14	8. ทพญ.นนทินี ตั้งเจริญดี	สำนักทันตสาธารณสุข
15	9. ทพญ.นิรมล สีสลาอดิศร	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
16	10. ทพญ.ณิชา โกมลมาลัย	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
17	11. ทพ.ภานุพงษ์ พงสยาภรณ์	โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง
18	12. ทพ.จุฬวิชญ์ มัสเจริญ	โรงพยาบาลโพหนอง
19	13. ทพญ.นฤพร ชูเสน	โรงพยาบาลพนมไพร
20	14. ทพญ.จริญญา เซลลอง	โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน
21	15. นพ.ดร.ยศ ติระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
22	16. นางสาววันทนีย์ กุลเพ็ง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
23	17. นางสาวชุตินา คำดี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

24 เริ่มประชุม 13.30 น.

25 นางสาววันทนีย์ กุลเพ็ง ได้กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และกำหนดการ
26 ประชุมในครั้งนี้ จากนั้น ทพญ.นนทินี ตั้งเจริญดี ได้กล่าวถึงที่มาและความสำคัญของโครงการคัดกรองรอยโรค
27 ก่อนมะเร็งช่องปากเชิงรุกในชุมชน ณ จังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมทั้งรายงานความก้าวหน้าของโครงการดังกล่าว ลำดับ
28 ต่อมา นางสาวชุตินา คำดี ได้นำเสนอผลการศึกษาของโครงการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการคัด
29 กรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)

1 ผู้เข้าร่วมประชุมมีประเด็นซักถามและข้อเสนอแนะดังนี้

2 **1. ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง**

3 ผู้เชี่ยวชาญได้สอบถามถึงที่มาของ 1) ตัวแปรความน่าจะเป็นในการเสียชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการรักษา
4 และ 2) ตัวแปรความน่าจะเป็นในการเสียชีวิตของกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา นักวิจัยได้ชี้แจงว่า สำหรับกลุ่มที่ได้รับ
5 การรักษาได้มาจากการทำ meta-analysis ของ 3 การศึกษาอัตราการรอดชีพในประเทศไทย โดยทำการแปลงค่า
6 จากอัตราการรอดชีพ (survival rate) เป็นค่าความน่าจะเป็นในการเสียชีวิต (probability of death) โดยใช้สูตรทาง
7 สถิติ และแปลงหน่วยเวลา 5 ปี เป็น 1 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับแบบจำลองที่กำหนดให้สถานะสุขภาพเปลี่ยนทุกๆ 1
8 ปี และสำหรับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากไม่มีการศึกษาอัตราการรอดชีพของคนในกลุ่มดังกล่าว นักวิจัยจึง
9 ใช้ข้อมูลจากการศึกษาในประเทศไทยที่ทำการวิเคราะห์ cox-proportional hazard ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการปรับ
10 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิต ได้แก่ อายุ ระยะของโรค และการรักษา เข้ามาใช้ในการคำนวณ พบว่า กลุ่มที่
11 ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสในการเสียชีวิตเป็น 2 เท่าของกลุ่มที่ได้รับการรักษา นักวิจัยจึงพิจารณาใช้ข้อมูลดังกล่าว
12 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ความน่าจะเป็นในการเสียชีวิตของกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาสูงเป็น
13 2 เท่าของกลุ่มที่ได้รับการรักษา นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญได้มีประเด็นการพูดคุยเกี่ยวกับอัตราการรอดชีพของ
14 ประเทศไทยว่า ประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับข้อมูลของต่างประเทศ

15 ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ในส่วนของ การรักษา ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่าข้อมูลที่นำมาใช้เป็น
16 ต้นทุนการรักษาที่ค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริง โดยหากเป็นผู้ป่วยเป็นมะเร็งช่องปากในตำแหน่งเหงือกหรือ
17 กระจุกจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายสำหรับการฟื้นฟูเพิ่มเติมจากค่าการรักษา ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญจึงขอให้นักวิจัยกลับไป
18 ทบทวนการศึกษาที่นำมาอ้างอิงว่ามีค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการฟื้นฟูหลังการรักษาหรือไม่ (การศึกษาดังกล่าวได้
19 รวมค่าใช้จ่ายสำหรับการฟื้นฟูแล้ว) ในกรณีที่ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟู ที่ประชุมมีมติให้นักวิจัยใช้ต้นทุนการ
20 ฟื้นฟูจากบัญชีการเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลางคุณกับอัตราการเกิดโรคมะเร็งช่องปากที่ตำแหน่งเหงือกและกระจุก

21 ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อสังเกตว่ามีความแตกต่างกันมากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง
22 ช่องปากระยะที่ 2 ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงสุดเมื่อเทียบกับระยะโรคอื่นๆ ที่ประชุมร่วมกันอภิปรายและให้ข้อคิดเห็นว่า
23 อาจเกิดจากจำนวนที่มาติดตามอาการของแต่ละระยะของโรคที่แตกต่างกัน สำหรับมะเร็งช่องปากระยะที่ 2 นั้น
24 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกที่ยังไม่มีอาการรุนแรง จึงมีค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง ค่าเช่าบ้าน หรือ
25 ค่าอาหาร มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะ 3-4 ที่เป็นผู้ป่วยใน นอกจากนี้ พบว่าข้อมูลมีการกระจายสูง จึง
26 ขอให้นักวิจัยกลับไปเช็คข้อมูลอีกครั้ง และยังมีการสอบถามเรื่องการกำหนดการแจกแจง (distribution) ว่า
27 ต้นทุนควรมีการแจกแจงเป็น normal distribution หรือไม่ นักวิจัยได้ชี้แจงว่าตัวแปรต้นทุนมีช่วงของข้อมูลตั้งแต่
28 0 ถึง infinity ดังนั้นจึงกำหนดเป็น gamma distribution

1 **2. ผลการศึกษา**

2 การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแบบจำลอง (model validation) โดยการเปรียบเทียบระหว่าง อัตรา
3 การรอดชีพที่ถูกทำนายโดยใช้แบบจำลอง และอัตราการรอดชีพที่ได้มากจากการศึกษาหนึ่งในประเทศไทย และ
4 พบว่าข้อมูลที่ทำนายมาจากแบบจำลองมีความแตกต่างในบางส่วนเมื่อเทียบกับการศึกษาดังกล่าว ผู้เชี่ยวชาญให้
5 ความเห็นว่า ความแตกต่างอาจเกิดมาจากสัดส่วนเพศชาย/หญิง ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาดังกล่าว จึง
6 เสนอให้วิเคราะห์โดยใช้วิธี multi-validation โดยใช้ปัจจัยเรื่องเพศ และภาค มาร่วมด้วย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มี
7 ผลมากต่ออัตราการรอดชีพ อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมให้ข้อเสนอไม่ควรแยกวิเคราะห์ตามเพศ หากมีการนำเสนอผล
8 การศึกษาแยกตามเพศอาจมีผลในแง่จริยธรรม (การเลือกปฏิบัติระหว่างเพศ) และยังมีผลในการดำเนินงานในเชิง
9 นโยบายอีกด้วย

10 ผลการศึกษาที่นำเสนอในขณะนี้ เป็นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด ดังนั้น เมื่อได้ค่าตัว
11 แปรจากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากในพื้นที่จริง นักวิจัยจะนำค่าดังกล่าวที่ได้มาใส่ในแบบจำลองใน
12 ภายหลัง

13 **3. วิจัยผลการศึกษา**

14 เนื่องจากประชากรเป้าหมายที่จะคัดกรองมีผลต่อต้นทุนหรือประโยชน์ นักวิจัยจึงเสนอให้มีการคัดกรอง
15 ในประชากรอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการเคี้ยวหมาก
16 ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้ Relative Risk (RR) ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรานั้นจะมีความเหมาะสม
17 กว่า และไม่ต้องพิจารณาปัจจัยเสี่ยงในเรื่องการเคี้ยวหมาก เนื่องจากปัจจุบันคนไทยมีการเคี้ยวหมากลดลง อีกทั้ง
18 ความเสี่ยงระหว่างการเคี้ยวหมากกับการเกิดมะเร็งช่องปากมีความแตกต่างกันในแต่ละภาค ทำให้ไม่สามารถใช้ค่า
19 ความเสี่ยงเดียวกันทั้งประเทศได้

20 ถึงแม้ว่าความไวและความจำเพาะของการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากด้วยตนเองนั้น จะมีผลต่อการ
21 เกิดความคุ้มค่าของโปรแกรมคัดกรอง อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ยากที่จะเพิ่ม
22 ความแม่นยำของเครื่องมือดังกล่าวเพราะต้องอาศัยความสามารถของประชาชน เว้นเสียแต่มีการพัฒนาศักยภาพ
23 ของประชาชนให้มากขึ้น

24 นักวิจัยได้นำเสนอการปรับเปลี่ยนขั้นตอนของโปรแกรมการคัดกรองเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในบริบท
25 ประเทศไทย ทั้งนี้ ที่ประชุมมีมติให้ลดขั้นตอนการตรวจคัดกรองด้วยทันตภิบาลและปรับปรุงขั้นตอนของการ
26 ตรวจคัดกรองด้วยตนเอง ให้เป็นการประเมินความเสี่ยงของตนเองร่วมกับการดูรอยโรคในช่องปาก

27 **4. การจัดทำรายงาน**

