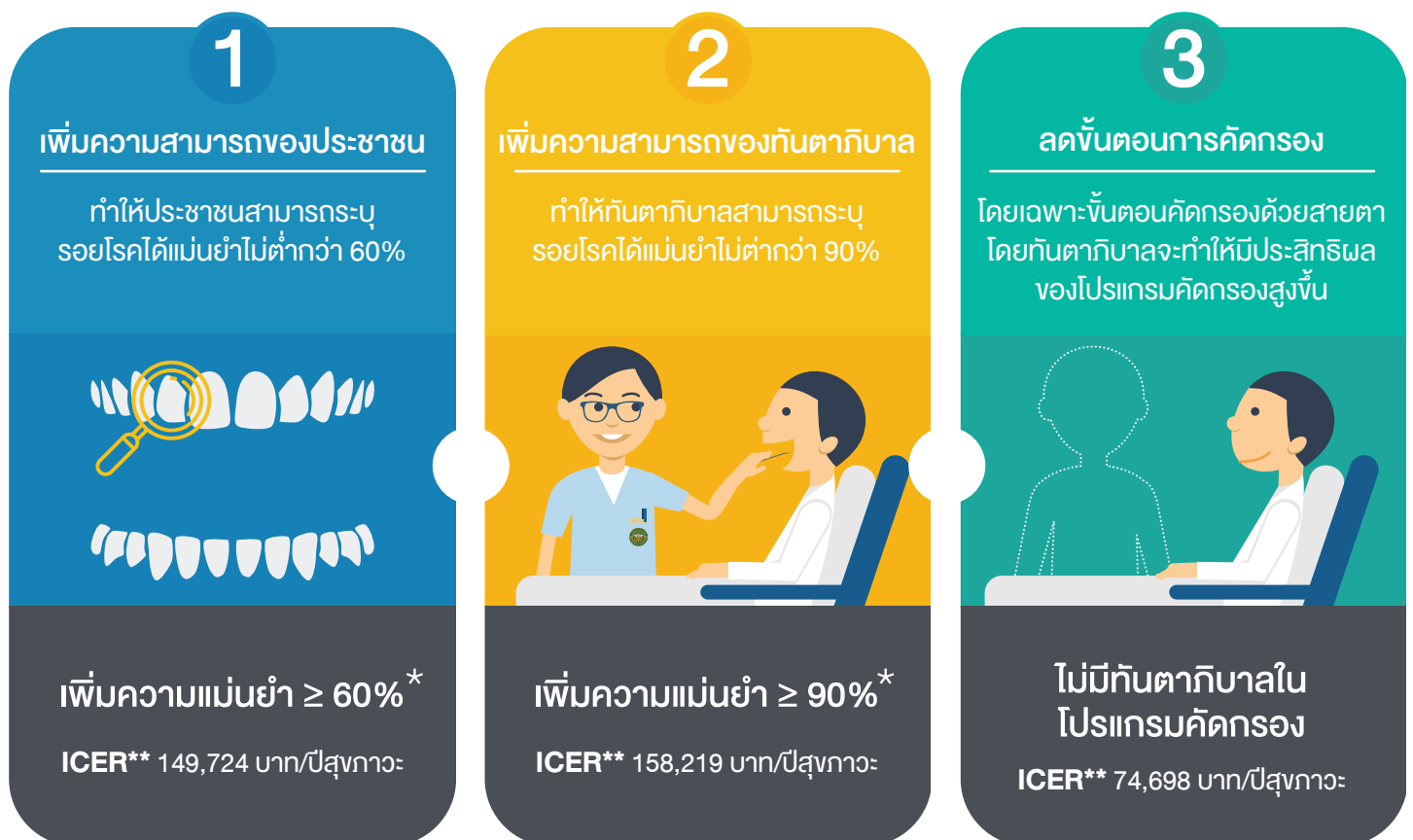




จัดโปรแกรมคัดกรองรอยโรคก่อนเกิดมะเร็งช่องปาก ในประเทศไทยอย่างไรให้คุ้มค่า

แนวโน้มการเกิดโรคมะเร็งช่องปากสูงขึ้นในประชากรไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ในระยะลุกลามที่ยากต่อการรักษา สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกแบบโปรแกรมคัดกรองรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งช่องปากสำหรับประชากรไทยอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เพื่อให้ผู้ที่มียโรคได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาความคุ้มค่าเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายว่าควรลงทุนดำเนินการโปรแกรมคัดกรองฯ ดังกล่าวหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมคัดกรองฯ ยังไม่มีความคุ้มค่าที่จะลงทุนในบริบทของประเทศไทย เมื่อเทียบกับการไม่มีโปรแกรมคัดกรองฯ อย่างไรก็ตาม หากมีการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการคัดกรองรอยโรคด้วยตนเอง รวมถึงเพิ่มความสามารถของทันตภิบาลในการตรวจคัดกรองรอยโรคจะช่วยให้โปรแกรมคัดกรองฯ มีประสิทธิผล และมีความคุ้มค่ามากขึ้น หรืออาจพิจารณาปรับเปลี่ยนขั้นตอนโปรแกรมคัดกรองฯ ให้น้อยลงจะทำให้โปรแกรมคัดกรองนี้น่าลงทุนมากขึ้น

3 ทางเลือกที่จะทำให้โปรแกรมคัดกรองรอยโรคก่อนเกิดมะเร็งช่องปากในประเทศไทยให้คุ้มค่า



* ความแม่นยำหมายถึง ความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity)

** ICER คือ อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม ซึ่งเป็นเกณฑ์ความคุ้มค่า ปัจจุบันมีค่าที่ 160,000 บาท/ปีสุขภาพะ

คัดกรองรอยโรคก่อน รักษาเร็ว!!

มะเร็งช่องปากพบมากเป็นอันดับ 6 ของมะเร็งที่พบในประเทศไทย¹ โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรค คือ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมาก เป็นต้น แต่ก่อนจะกลายเป็นโรคมะเร็งช่องปากนั้น เราสามารถสังเกตความผิดปกติในช่องปากได้ เช่น มีรอยขาว รอยแดง ตุ่มก้อน หรือแผลเล็ก ๆ ในปากซึ่งอาจจะทำให้รู้สึกระคายเคืองเพียงอย่างเดียว หรือเจ็บปวดร่วมด้วย โดยระยะที่แสดงอาการดังกล่าวนี้เรียกว่า “ระยะก่อนเป็นมะเร็ง” หรือ Potentially Malignant Disorders (PMD) ระยะ PMD จะพัฒนาเป็นมะเร็งช่องปากระยะที่ 1 ในช่วงเวลาประมาณ 5 ปี โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคล ดังนั้นการป้องกันมะเร็งช่องปากจึงทำได้ง่ายเพียงแค่หมั่นสังเกตช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ หรือปรึกษาทันตแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านช่องปาก ซึ่งมีความความแม่นยำในการวินิจฉัยโรค อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในประเทศไทยกว่าร้อยละ 80 มาพบแพทย์ในระยะลุกลาม ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร แต่หากเริ่มการรักษาในระยะ PMD ผู้ป่วยจะมีโอกาสหายได้

ขั้นตอนการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก

โปรแกรมการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากสำหรับประชากรไทยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ถูกออกแบบมาให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย ซึ่งมีจำนวนทันตแพทย์ค่อนข้างจำกัด จึงมีรูปแบบให้ประชาชนสามารถคัดกรองเบื้องต้นได้ด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามประเมินความเสี่ยงและสังเกตรอยโรคในช่องปาก หากพบความผิดปกติจึงให้ไปพบทันตภิบาลและทันตแพทย์เพื่อให้คัดกรองรอยโรคซ้ำอีกครั้ง หากทันตแพทย์พบว่าเป็นรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งช่องปากจริงจึงจะส่งต่อให้ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านช่องปากคัดกรองรอยโรค ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย และทำการรักษาต่อไป (ดังรูป)



¹ ข้อมูล ปี 2550-2552

คัดกรองรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งช่องปากอย่างไรให้คุ้มค่า?

จากการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์พบว่า โปรแกรมคัดกรองรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งช่องปากในรูปแบบดังกล่าวยังไม่มี ความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย เมื่อเทียบกับการไม่มีโปรแกรมคัดกรองฯ เพราะมีอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio: ICER) เท่ากับ 313,391 บาทต่อปีสุขภาวะ ซึ่งเกินเกณฑ์ความคุ้มค่าในการลงทุน นโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยที่ระดับ 160,000 บาท/ปีสุขภาวะ สาเหตุอันเนื่องมาจากการมีขั้นตอนจำนวนมาก ทำให้ใช้เงินในการลงทุนสูง อีกทั้งวิธีการคัดกรองในบางขั้นตอนมีความแม่นยำน้อย ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพน้อยลงไปด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโปรแกรมการคัดกรองรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งช่องปากให้มีความ คุ้มค่าในบริบทของประเทศไทยในทั้งหมด 3 ทางเลือก ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 เพิ่มความสามารถของประชาชนให้สามารถคัดกรองด้วยสายตาให้มีความแม่นยำมากขึ้น (เป็นการคัดกรอง โดยใช้แบบสอบถาม) เดิมประชาชนสามารถระบุได้ว่าตนเองมีรอยโรคได้อย่างแม่นยำเพียงร้อยละ 20 จึงควรพัฒนาความสามารถ ของประชาชนผ่านวิธีการที่มีประสิทธิภาพ จนทำให้ค่าความแม่นยำไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 จึงจะทำให้โปรแกรมการคัดกรองฯ มีความคุ้มค่า เนื่องจากความแม่นยำที่เพิ่มขึ้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลการคัดกรอง

ทางเลือกที่ 2 เพิ่มความสามารถการคัดกรองด้วยสายตาโดยทันตภิบาล โดยการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมการคัดกรอง มะเร็งช่องปากให้ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ จนทำให้ทันตภิบาลสามารถระบุรอยโรคได้อย่างแม่นยำ จากเดิมร้อยละ 44 เป็นอย่างน้อยร้อยละ 90 เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการคัดกรอง ซึ่งจะทำให้โปรแกรมการคัดกรองฯ มีความคุ้มค่าต่อการลงทุน มากขึ้น

ทางเลือกที่ 3 ปรับเปลี่ยนขั้นตอนของโปรแกรมคัดกรองฯ ใหม่ (ดังตาราง) ซึ่งจะพบว่า โปรแกรม B, C และ D เป็นทางเลือก ที่มีความคุ้มค่าต่อการลงทุน ทั้งนี้โปรแกรม D ซึ่งเป็นการลดขั้นตอนการคัดกรองด้วยสายตาโดยทันตภิบาลลงมีความคุ้มค่า ต่อการลงทุนมากที่สุด คือ มีค่า ICER เท่ากับ 74,698 บาท/ปีสุขภาวะ

โปรแกรม	ขั้นตอนการคัดกรองตามลำดับ	ต้นทุน (บาท)	ปีสุขภาวะ (QALYs)	ค่า ICER (บาท/ปีสุขภาวะ)
A (ตามการศึกษา)	 →  →  → 	2,542	21.6275	313,391
B	 →  →  → 	4,096	21.6417	154,191
C	 →  →  → 	4,322	21.6623	78,631
D	 →  →  → 	2,742	21.6432	74,698



การคัดกรองด้วยสายตาของประชาชนโดยใช้แบบสอบถาม



การคัดกรองด้วยสายตาโดยทันตแพทย์



การคัดกรองด้วยสายตาโดยทันตภิบาล



การคัดกรองด้วยสายตาโดยศัลยแพทย์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้โปรแกรมคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากสำหรับประชากรไทยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ภายใต้เกณฑ์ความคุ้มค่าของสังคมไทย การศึกษานี้จึงเสนอทางเลือกในการดำเนินการทั้งหมด 3 ทางเลือกดังนี้

1. เพิ่มความสามารถในการคัดกรองด้วยสายตาของประชาชนโดยการใช้แบบสอบถามให้มีความแม่นยำมากขึ้น หรือ
2. เพิ่มความสามารถในการคัดกรองด้วยสายตาโดยทันตภิบาลให้มีความแม่นยำมากขึ้น หรือ
3. ปรับเปลี่ยนขั้นตอนของโปรแกรมคัดกรองฯ ใหม่ ได้แก่

- ลดขั้นตอนการคัดกรองด้วยสายตาของประชาชนโดยการใช้แบบสอบถาม
- ลดขั้นตอนการคัดกรองด้วยสายตาของประชาชนโดยการใช้แบบสอบถามและการคัดกรองด้วยสายตาโดยทันตภิบาล
- ลดขั้นตอนการคัดกรองด้วยสายตาโดยทันตภิบาล

อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะดังกล่าวเป็นการศึกษาในแง่ของความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เท่านั้น ไม่ได้มีการคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดโปรแกรมคัดกรองฯ เช่น การบริหารจัดการ ความเป็นไปได้ หรืออัตราการลงคนด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนี้อย่างรอบด้านในการจัดโปรแกรมคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยด้วย



ผู้เขียน

นางสาวสุติมา คำดี

นักวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



ผู้เขียน

นางสาววันทนี กุลเพ็ง

นักวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ติดตามรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้ที่

<http://www.hitap.net/research/82424>

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของโปรแกรมการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในประเทศไทย โดยนางสาวสุติมา คำดี นางสาววันทนี กุลเพ็ง และ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

HITAP เป็นองค์กรวิจัยกึ่งอิสระภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเมธีวิจัยอาวุโสสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มีพันธกิจหลักคือ ศึกษาผลกระทบทั้งบวก และลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานต่างๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขส่วนในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา HITAP เน้นการพัฒนาศักยภาพให้ประเทศเหล่านั้นสามารถทำประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยตนเอง



หน่วยงานที่สนใจรับ Policy Brief ฉบับพิมพ์ สัมผัสรับได้ที่ comm@hitap.net โดยระบุ ชื่อ-ที่อยู่ เพื่อจัดส่ง



ท่านที่สนใจรับเป็นรายบุคคล สัมผัสรับสำเนาอิเล็กทรอนิกส์ (ไฟล์ PDF) ได้ที่ comm@hitap.net โดยระบุอีเมลเพื่อจัดส่ง



ดาวน์โหลดฉบับ PDF และ Policy Brief เล่มอื่นๆ ได้ที่ www.hitap.net

ติดต่อ:

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์: 02-591-8161, 02-590-4375 และ 02-590-4549

โทรสาร: 02-590-4374 และ 02-590-4369

อีเมล: support@hitap.net

เว็บไซต์: www.hitap.net



งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้
ครีเอทีฟคอมมอนส์ แสดงที่มา
ไม่ใช่เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง



HITAP-THAILAND



HITAP_THAI



HITAP_THAI



HITAP-NET

