

ผลการศึกษาด้านการณ้ ข้อเสนอแนวทาง
สนับสนุนการพัฒนา ระบบจัดการเขาทวนแบบบูรณาการ
ในระดับปจุมภี

จัดทำโดย
คณะทำงานจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ประทานงานและดำเนินการโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
กระทรวงสาธารณสุข



สถานการณ์และข้อเสนอแนะทางสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ในการจัดการเบาหวาน

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

เอกสารฉบับนี้เป็นการทบทวนสถานการณ์และนโยบายเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมแนวนโยบาย มาตรการ และการดำเนินการด้านสุขภาพและสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเบาหวาน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ วิเคราะห์โอกาสและช่องว่างในปัจจุบันเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยพยายามตอบคำถามถึงระบบการบริการปฐมภูมิที่ดีในการจัดการปัญหาเบาหวาน แนวทางการพัฒนาการดำเนินการที่เป็นอยู่ทั้งส่วนที่เป็นจุดแข็งและปัญหาอุปสรรค และพิจารณาความครอบคลุมของแนวนโยบาย กลไกในการบริหารนโยบาย และการสนับสนุนระบบเพื่อนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ตอบสนองการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังได้เหมาะสม

สถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

โรคเบาหวานจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่ขนาดของปัญหาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆในอนาคต ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายปี 2534¹ พบว่าความชุกของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.9 ในปี 2547 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเป็นเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าโดยรวมผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มสูงอายุนั้นไม่รู้ว่าตัวเองเป็นโรคถึงร้อยละ 41 ในกลุ่มนี้มีผู้ที่รักษาและควบคุมโรคได้มีเพียงประมาณร้อยละ 26 เท่านั้น จึงแสดงถึงปัญหาสาธารณสุขที่ซ่อนเร้นอยู่ และการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพจำกัด หน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นสถานบริการหลักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 20 ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและเป็นผลดีต่อสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วย รวมทั้งยังช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาสถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า³ปี 2548 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ และยังไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้มากนัก นอกจากนี้ ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังขาดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ได้รับการพัฒนาและ

¹ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

² โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 กระทรวงสาธารณสุข กันยายน 2549.

³ ศ. นพ. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, ศศ. นพ. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, การทบทวนวรรณกรรมเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ Type 2 diabetes care in primary care unit", 2550

⁴ ศ. นพ. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, สถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, http://moph.go.th/ops/hcrp/download/DM/DM_cup.pdf เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2550)

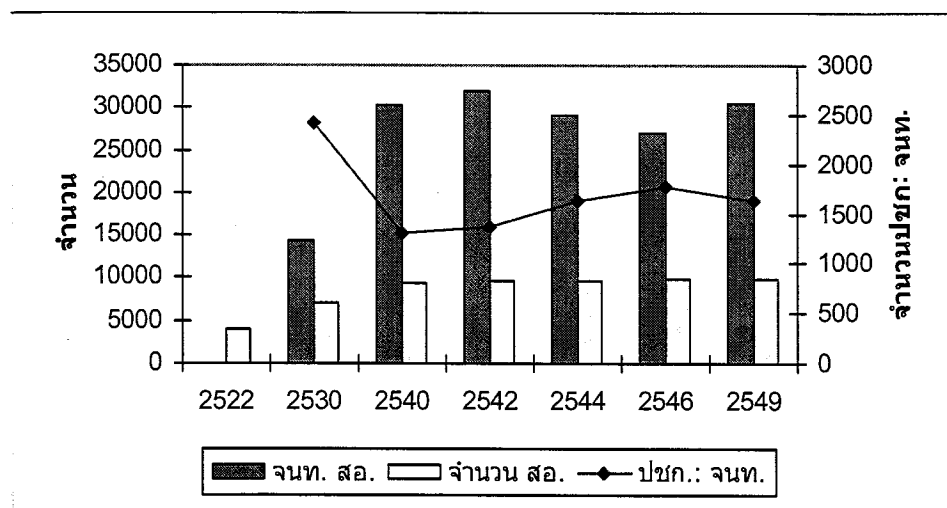
สนับสนุนในด้านความรู้และความสามารถอย่างเต็มที่ ส่วนใหญ่มีบทบาทเพียงในด้านการคัดกรอง และการติดตามผู้ป่วย^๕ จากผลการสำรวจคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 37 แห่งทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการทบทวนเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจประเมินสุขภาพรายการที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและครบถ้วน รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวานค่อนข้างสูง โดยพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 เคยได้รับสุศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 วันขึ้นไปในรอบปีที่ผ่านมา การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ใช้การตรวจ Fasting plasma glucose (FPG) ยังขาดการตรวจหา HbA1c เป็นตัวสะท้อนการควบคุมน้ำตาลในระยะยาว

1.1. กำลังคนที่ดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

● จำนวนของบุคลากร

ปัญหาสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันคือ ปัญหาการมีบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งพบว่าในปี 2547 ประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน^๔ (ประชากร 1,250 คนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน) ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิคือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำเพียงร้อยละ 0.34 เท่านั้น^๕ โดยส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) หรือเอกชน บริการด้านรักษาพยาบาลจึงเป็นจุดอ่อนในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิโดยเฉพาะสถานีนอมนัย

แผนภูมิที่ 1 จำนวนสถานีนอมนัย เจ้าหน้าที่ และจำนวนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2522 - 2549



ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2544-47 และ 2548-50

● การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

^๔ รัตนา ศรีวิณิชชากร (2551) ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เอกสารประกอบการศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

^๕ รัชฎะเทวีเนนหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ผ่านมาการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรระดับปฐมภูมิ ยังไม่สมดุล หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ และความสามารถไม่เต็มที่⁶ เนื่องจากการพัฒนาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาฝึกอบรมด้านเวชปฏิบัติมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยระบบบริการสำหรับการจัดการเบาหวานในบริการระดับปฐมภูมินั้นเป็นบริการสุขภาพระดับแรก ครอบคลุมทั้งในส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย โดยเน้นบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก และการดูแลแบบต่อเนื่องเป็นองค์รวม ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะหลายแขนง เช่น ด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม ระบาดวิทยา การศึกษาวิจัย ฯลฯ จากการติดตามประเมินผลงานส่งเสริมป้องกันของสำนักตรวจและประเมินผลในปี 2551 พบว่าการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันในระดับปฐมภูมิ ถือเป็นจุดอ่อน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ขาดการสนับสนุนด้านวิชาการ ประกอบกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้อัตราการใช้บริการของประชาชนโดยเฉพาะที่ระดับบริการสาธารณสุขปฐมภูมิสูงขึ้นมาก ทำให้ภาระงานด้านรักษาพยาบาลเบียดเวลาทำงานสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าภายหลังการพัฒนาบริการเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในการจัดบริการผู้ป่วยเรื้อรัง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น⁶

1.2. ระบบข้อมูล

งานบริการในระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สะท้อนปัญหาชุมชน ครอบครัวและบุคคลรวมทั้งต้องมีระบบสนับสนุนอื่นๆ และมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการเก็บข้อมูลในเชิงคุณภาพเพื่อให้เห็นภาพรวมของตัวประชาชนและบริบทด้านครอบครัวและชุมชน ควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงคุณภาพที่กว้างขวางมากกว่าแฟ้มผู้ป่วยในสถานพยาบาล การใช้แฟ้มครอบครัว (Family Folder) แฟ้มชุมชน (Community Folder) ตลอดจนเครื่องมือต่างๆที่ใช้เพื่อการประเมินชุมชนมีมากมายและหลากหลายตามความต้องการของแต่ละพื้นที่ (ผู้ดูแลระบบในจังหวัด) เครื่องมือเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้การจัดบริการมีประสิทธิภาพและเข้าใจประชาชนอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม แม้จะได้มีความพยายามให้มีการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือเหล่านี้ แต่ยังคงมีปัญหา⁷ ทั้งปัญหาเชิงระบบเองที่ขาดการใช้ข้อมูลอย่างเชื่อมโยงข้อมูลจากรายงานในระบบต่างๆ การสะท้อนกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติงาน ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลา และปริมาณงานประกอบกับข้อจำกัดในความสามารถวิเคราะห์และอ่านข้อมูลเพื่อนำสู่การจัดบริการแก่ประชากรในกลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้ข้อมูลต่างๆ ถูกเก็บไว้ในแฟ้มในเครื่องคอมพิวเตอร์ และในระบบรายงานต่างๆที่มีอยู่ โดยเจ้าหน้าที่ก็คงให้บริการตามกิจกรรมปกติที่ถูกสั่งการ และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในการจัดบริการ โดยไม่มีโอกาสได้นำข้อมูลที่ตนเองได้เป็นผู้รวบรวมมาใช้ในการปรับปรุงบริการอย่างจริงจัง ข้อมูลในระบบการจัดบริการปฐมภูมิเป็นชุดข้อมูลทางด้านวิชาการสาขาหนึ่งที่ต้องอาศัยทักษะและความรู้ความเข้าใจในการจัดการ เนื่องจากไม่ใช่เป็นเพียงข้อมูลเพื่อการรักษาโรคเท่านั้น หากแต่เป็นข้อมูลที่ใช้เพื่อการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและ

6

De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I. and Billings, M. (2007) Primary health care as strategy for achieving equitable care: a literature review. Health System Knowledge Network, retrieved from http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf

7

การพัฒนาแบบข้อมูลและใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ,สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (สพช.)

ต่อเนื่องไปจนกระทั่งถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนเพื่อเอื้อต่อสุขภาพของประชาชน รวมทั้งใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อติดตามกำกับสถานการณ์และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูลของหน่วยบริการยังไม่ได้จัดเก็บให้เป็นระบบ การวิเคราะห์ประมวลผลเพื่อการใช้ประโยชน์จากข้อมูลมีน้อย อันเนื่องมาจากข้อจำกัดหลาย ๆ ด้าน เช่น ความสามารถของบุคลากรในการประมวลผลข้อมูลเพื่อนำไปใช้ หรือการจัดการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นระบบและทันเวลา รวมไปถึงข้อมูลคุณภาพบางอย่างที่ไม่สามารถจัดเก็บในระบบเพื่อการสืบค้นได้⁶

ประเด็นของการใช้ประโยชน์จากข้อมูลหรือการที่จะพัฒนาระบบข้อมูลในการให้บริการที่สำคัญที่สุด น่าจะอยู่ที่ "คน" ที่จะนำข้อมูลไปใช้ ซึ่ง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องคำนึงถึงการวางแผนทางในการพัฒนา การทำความเข้าใจว่า จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ เข้าถึงและใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างไร ใช้ได้อย่างเหมาะสมใช้แบบไหน จึงจะทำให้การใช้ข้อมูลนั้น เป็นการใช้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับทุกฝ่าย⁶

จากผลการศึกษาของรายงานการศึกษา "สถานการณ์ระบบข้อมูลเพื่อการติดตาม กำกับหน่วยบริการปฐมภูมิ"⁸ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าระบบข้อมูลในด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่มาก หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายมีฐานข้อมูลไม่แตกต่างกันมากนัก แต่จัดเก็บในรูปแบบที่ต่างกัน และมีแนวโน้มที่ฐานข้อมูลบางส่วนถูกตัดออก ข้อมูลถูกจัดเก็บแยกเป็นส่วนๆ ตามส่วนงานย่อยที่ดูแลงานนั้น ทำให้การประมวลข้อมูลที่ต่อเนื่องตั้งแต่กระบวนการจนถึงผลลัพธ์เป็นรายคนทำได้ยากมากขึ้น ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่ใช้ในการติดตาม ประเมินผลงานไม่ไวพอในการแยกความแตกต่างคุณภาพระหว่างหน่วยบริการต่างๆ จำเป็นที่ต้องประเมินคุณภาพจากกระบวนการบริการร่วมด้วย

1.3. ภาวะผู้นำและกลไกการสนับสนุนขององค์กรต่อการพัฒนาระบบเบาหวาน

หน่วยบริการปฐมภูมิใดๆ ที่เป็นเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อจำกัดในการตัดสินใจเพื่อการดำเนินการด้วยตนเอง มีความจำเป็นต้องให้มีการทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาลและหน่วยบริหารในระดับอำเภอ พบว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลและหน่วยบริหารในระดับอำเภอ มีบทบาทสนับสนุน และเสริมบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ มากน้อยแตกต่างกัน ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นส่วนที่มีความเชื่อมต่อ และสัมพันธ์กันมาก ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับโรงพยาบาล

จากผลการศึกษาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2548) ยังพบว่ารูปแบบ กลไกการบริหารและการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายแตกต่างกันมากในแต่ละแห่ง ขึ้นกับสัมพันธภาพของโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมทั้งวิสัยทัศน์ของผู้บริหารในการสนับสนุนงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ผ่านมาโดยเฉพาะภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย สปสช. ซึ่งเป็น

⁸ รายงานการศึกษา "สถานการณ์ระบบข้อมูลเพื่อการติดตาม กำกับหน่วยบริการปฐมภูมิ" แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ปี 2548

องค์กรซื้อบริการเป็นหลัก ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบกำหนดนโยบาย และดูแลหน่วยบริการ มีข้อจำกัดทั้งในด้านโครงสร้างอันเป็นผลจากการปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวงและงบประมาณ ขณะเดียวกัน สปสช. ก็สนับสนุนได้จำกัดเนื่องจากมิได้มีการกิจการพัฒนาระบบโดยตรง จึงทำได้เพียงสนับสนุนเฉพาะประเด็นสนใจ เท่านั้น ทำให้ขาดการกระตุ้นระบบของสสจ. และหน่วยบริหารระดับอำเภอให้สนใจในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเชิงระบบ

1.4. การมีส่วนร่วมของชุมชน

- ชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดการเสริมพลังให้มีความเข้มแข็งและ ต้องการสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น ให้มีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง ได้แก่ โน้มน้าวเหนี่ยวนำให้กลุ่มคนในชุมชนตระหนักว่าการดูแลสุขภาพให้ได้ดีต้องอาศัยความร่วมมือกันของประชาชนในชุมชน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน
- ในบางพื้นที่ยังขาดบุคคลต้นแบบหรือผู้นำชุมชน ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นบุคคลต้นแบบ (good model) หรืออาจจะเรียกว่าผู้ป่วยชั้นดีที่สามารถเป็นแบบอย่างในการสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่อยู่กับเบาหวานได้อย่างปกติสุข และพร้อมสนับสนุนคนต้นแบบเหล่านี้ให้ดึงดูดโน้มน้าวผู้ป่วยคนอื่นๆ ให้ปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูปธรรม บุคคลต้นแบบจึงเป็นตัวต่อตัวที่สำคัญในชุมชน เพราะสามารถถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติตัว ในฐานะที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานเหมือนกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อมสังคมเดียวกัน และสามารถจะถ่ายทอดได้ทั้งความรู้และความรู้สึก
- สภาพแวดล้อมของชุมชนและวิถีชีวิตไม่เหมาะสมสำหรับเบาหวาน ปัจจุบันวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมของชุมชนในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบตะวันตกมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปมีการบริโภคอาหารจานด่วน(fast food) มากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก นอกจากนี้ ประชากรส่วนใหญ่ยังขาดการออกกำลังกาย มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบและมีความเครียดจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น ลักษณะอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรง เช่น พนักงานบริษัทที่ทำงานเกี่ยวกับเอกสาร เป็นต้น การปรับพฤติกรรมสุขภาพชีวิตใหม่ที่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การลดน้ำหนัก เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคเบาหวาน ยังปฏิบัติได้น้อย
- ประชาชนยังขาดความตระหนัก และความรู้เกี่ยวกับการจัดการตัวเองกับเบาหวาน (หมายถึง ความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนทั่วไป หรือ การดูแลรักษาตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน)
- ในบางพื้นที่ยังไม่มีการพัฒนาบุคลากร (อสม,ประชาชน) เพื่อมาช่วยงาน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจให้อย่างมาก ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึง เข้าใจ และติดต่อหาความรู้เรื่องสุขภาพให้แก่ อสม. และมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันกับกลุ่มอาสาสมัครเหล่านี้ เราจะมีแนวร่วมที่มีศักยภาพสูงแทรกซึมเข้าถึงทุกบ้าน ทุกคุ้ม ทุกหมู่ในชุมชน เกิดเป็นขุมกำลังอันสำคัญที่จะเข้าถึงทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้แบบตัวต่อตัว ดังยกตัวอย่างที่ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยทะเล จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการอบรมและพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้สามารถเจาะเลือดน้ำตาลที่ปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต โดยจะมีการตรวจยืนยันผลอีกทีโดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขในกรณีผู้ที่มีปัญหา

โดยสรุปหน่วยบริการภาครัฐส่วนใหญ่(โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ) ยังขาดแนวคิดและการปฏิบัติในการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังโดยใช้ศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกัน คัดกรอง ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ประชาชนทั่วไป

1.5. ระบบการตรวจวินิจฉัยและการใช้ยาและเทคโนโลยีการดูแลและป้องกันเบาหวานอย่างเหมาะสม

○ Intensive lifestyle interventions

หลักฐานจากการศึกษาแบบ Randomized Control Trial (RCT) จำนวนมากที่บ่งบอกว่าโรคเบาหวานสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ตัวอย่างการศึกษาที่สำคัญคือ การศึกษาในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ฟินแลนด์ และสหรัฐอเมริกา โดยการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Impaired glucose tolerance) ที่มีควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานลงกว่าครึ่ง

อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมของ Cochrane Database เกี่ยวกับผลระยะยาวของการลดน้ำหนักโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาวิจัยแบบ Randomized trial จำนวน 22 ฉบับ พบว่าการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักสามารถทำให้ระดับ Hemoglobin A1C ดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่การพบความแตกต่างเพียงเล็กน้อยนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มควบคุมก็มีน้ำหนักตัวลดลงเช่นกัน (สูงสุด 10 กิโลกรัม) ดังนั้น จึงอาจจะต้องรอผลการศึกษาอื่นๆในอนาคตโดยเฉพาะการศึกษา Look-AHEAD (Action for Health in Diabetes) ซึ่งมีวัตถุประสงค์จะศึกษาผลระยะยาวของการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น ต่อการลดน้ำหนักและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีกำหนดการจะรายงานผลในปี ค.ศ. 2012 กล่าวโดยสรุปคือ มีผลการศึกษามากเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักตัว ซึ่งสามารถทำให้ตัวชี้วัดด้านเมตาบอลิซึมและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น แต่มีข้อสังเกตว่าจะต้องใช้ทรัพยากรในการให้คำปรึกษาอย่างมากมาย เพื่อให้ประสบความสำเร็จทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ความยากลำบากในการดำรงน้ำหนักตัวในระยะยาวโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ต้องพึงระลึกไว้เสมอและมักมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในภายหลังอีกเสมอ

ความคุ้มค่าของการปรับวิถีชีวิตต่อการลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจากการศึกษาของ Eddy และคณะโดยใช้ Archimedes model ในการทำนายประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของมาตรการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน พบว่าในช่วงเวลา 30 ปี มาตรการนี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ร้อยละ 61-71 ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ร้อยละ 30-38 และลดโอกาสการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ร้อยละ 11.2-13.5 ซึ่งหมายถึงการสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 11 และยืดระยะเวลาการเป็นโรคออกไปได้ร้อยละ 61 ในแง่ความคุ้มค่าตามมุมมองขององค์กรประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายต่อ Quality-adjusted life-year (QALY) ของมาตรการนี้ คือ 143,000 ดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นความคุ้มค่าตามมุมมองของสังคม มาตรการนี้จะมีค่าใช้จ่ายต่อ Quality-adjusted life-year เท่ากับ 62,600 ดอลลาร์สหรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีไม่มีมาตรการใดๆ หากทอดเวลาการดำเนินมาตรการออกไปจนกระทั่งบุคคลมีโรคเบาหวานจะมีความคุ้มค่ามากขึ้น คือมีค่าใช้จ่ายต่อ Quality-adjusted life-year เท่ากับ 24,500 ดอลลาร์สหรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีดำเนินการขณะเป็นโรคเบาหวานแล้วการดำเนินมาตรการทันที(ขณะยังไม่เป็นโรค) จะมี Marginal cost-effectiveness เท่ากับ 201,800 ดอลลาร์สหรัฐ ปัจจัยที่มีผล

อย่างมากต่อความคุ้มค่าของมาตรการนี้ คือค่าใช้จ่ายในการดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรม หากค่าใช้จ่ายลดลง เหลือไม่เกิน 100 ดอลลาร์ต่อปีจะมีความคุ้มค่ามากที่สุด

○ Medical interventions

มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวานจำนวน 3,234 รายได้รับการสุ่มเลือก ให้ได้รับยาหลอก (Placebo) ได้รับยา Metformin (ยาในกลุ่ม Biguanide ที่ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยลดการสร้างน้ำตาลกลูโคสของตับ) หรือได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมุ่งเน้นการบรรลุน้ำหนักตัวลง ร้อยละ 7 และออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ให้ได้ภายใน 24 สัปดาห์ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38 ที่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายในการนัดติดตามครั้งสุดท้าย และในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74 ออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายในสัปดาห์ที่ 24 แต่ลดลงเหลือร้อยละ 58 ในการนัดติดตามครั้งสุดท้าย ในช่วงการศึกษาติดตาม 2.8 ปี พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 58 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยประสิทธิภาพของมาตรการนี้มีผลใกล้เคียงกันทั้งในชายและหญิงและในกลุ่มที่มีเชื้อชาติต่าง ๆ กัน

กล่าวโดยสรุป คือ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมมีแนวโน้มจะช่วยลดการป่วยและการตายจากโรคเบาหวานได้ และควรดำเนินการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคนี้ อย่างไรก็ตามโปรแกรมที่ใช้ในโครงการ DPP มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงสำหรับองค์กรประกันสุขภาพและอาจไม่เหมาะสมจะนำไปดำเนินการทั่วประเทศ จึงควรมีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมขึ้นใหม่ที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่านี้

○ การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน (Screening for diabetes)

ประโยชน์ของการค้นหาผู้ป่วยเบาหวานได้ในระยะแรกๆ โดยผ่านการคัดกรองยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานโดยใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียวให้ผลลัพธ์ที่ไม่ดี ซึ่งการใช้การตรวจสอบทางเคมีอย่างเดียวยังหรือใช้ร่วมกับแบบสอบถามจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า⁹ และจากโครงการ CDC Diabetes Cost-Effectiveness Study Group 1998 ในการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรทั่วไป พบว่าสามารถลดการเกิด microvascular disease ได้ 25%¹⁰

1.6. ระบบการเงินการคลัง(Financing)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติการประชุมเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2550 และ 22 มกราคม 2551 .ให้จัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก (OP) และงบบริการส่งเสริมป้องกัน(PP) เหม่าจ่ายโดยตรงให้แก่หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ศักยภาพของบุคลากร การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบริหารงบ OP/PP ของตัวเองได้ รวมทั้งการลด

⁹ Engelgau, Narayan, and Herman 2000

¹⁰ Disease Control Priorities in Developing Countries, K.M. Venkat Narayan, Ping Zhang, Alka M. Kanaya, and others.

ความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มากกว่าการพัฒนาด้านโครงสร้างกายภาพ สำหรับการติดตามประเมินผล สปสช. ได้จัดทำระบบข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผล รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเป็นรายปี โดยเนื้อหาในการติดตามประกอบด้วย รายงานผลกิจกรรมบริการและรายงานการเงิน พิจารณาตามดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก

โดยสรุปปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยเน้นการรักษาพยาบาลที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาประชาชน และประชาชนสามารถเลือกไปใช้สถานบริการระดับใดก็ได้ และแม้ว่าปัจจุบัน จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีการกระจายผู้ป่วยเบาหวานบางส่วนไปยังสถานบริการปฐมภูมิ แต่ก็ยังเป็นส่วนน้อย อีกทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันยังเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะหน้าซึ่งไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องสำคัญและต้องใช้เวลา ดังนั้น เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรปรับเป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบเป็นระบบ และต่อเนื่อง มีการบริการเข้าถึงได้ง่าย ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับชุมชนและครอบครัว และเป็นบริการผสมผสานดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น รวมทั้งบริการที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี

สถานการณ์ของโครงการที่สนับสนุนการพัฒนารูปแบบและวิธีการทำงานเบาหวานในบริบทของบริการปฐมภูมิที่มีในประเทศไทย

- โครงการสนับสนุนการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งมีศักยภาพและความพร้อมในเชิงบุคลากร ความสามารถทีมงาน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์เพื่อการดูแลได้มากขึ้น ทำให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการจัดบริการโรคเรื้อรัง โรคที่มีความซับซ้อน ให้สามารถเข้าถึงแพทย์ และบริการที่จำเป็นได้มากขึ้น รวมทั้งความเด่นในการจัดคลินิก การเยี่ยมบ้านที่มีปัญหาซับซ้อน การดูแลทางการแพทย์และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมเพื่อการดูแลที่ตอบสนองปัญหาบุคคล ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่ได้มากขึ้น
- โครงการพัฒนาโรงพยาบาล บริการประทับใจ ไร้ความแออัด ซึ่งมุ่งเป้าที่การพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิ เขตเมืองให้มีความเข้มแข็ง การวางจุดบริการที่เหมาะสม การพัฒนาศักยภาพระบบภายในของหน่วยบริการปฐมภูมิและกระจายกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้การดูแลที่ใกล้บ้านโดยทีมที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในบางพื้นที่

นอกจากนี้ การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆ ก็มีรูปแบบและนวัตกรรมเกิดขึ้นภายใต้การพัฒนาโครงการและการวิจัยต่างๆ ซึ่งเน้นให้เกิดรูปแบบกิจกรรม นวัตกรรมและเครื่องมือช่วยในการดำเนินงานทั้งภายในหน่วยบริการและในชุมชนเพื่อมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว ชุมชน โดยใช้กระบวนการรวมตัวและดำเนินงานร่วมกันในหลายภาคส่วนเช่นความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัวและญาติ รวมทั้ง ความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

โครงการที่พัฒนาเกี่ยวกับการจัดการเบาหวาน มีหลายโครงการ ดำเนินงานโดยหลายส่วนงาน ดังนี้

- **โครงการบริหารจัดการเฉพาะโรค (Disease management)** ที่สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการนี้เน้นให้มีการคัดกรอง การรักษาตามมาตรฐานที่ระดับปฐมภูมิ ภายใต้การจัดการร่วมทางคลินิกกับระดับโรงพยาบาลในพื้นที่ รวมทั้งการติดตามกำกับด้านผลการรักษารายบุคคลที่เชื่อมโยงกับระบบรายงานออนไลน์ มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยการบริหารจัดการด้านการเบิกจ่ายตรงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมกับการรายงานผลงาน และการสรุปผลสถานการณ์เบาหวานในพื้นที่
- **โครงการภายใต้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค** ที่ดำเนินการโดยกรมวิชาการ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภายใต้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (P&P National Priority) สนับสนุนการป้องกันโรค 5 โครงการ ในจำนวนนี้เป็นโครงการที่เกี่ยวกับเบาหวานมี 2 โครงการใหญ่ คือ

1.โครงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

เป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ปัจจุบันกรมการแพทย์มีโครงการทดลองพัฒนาในจังหวัดนำร่อง 4 จังหวัด โดยจะเน้นที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน โดยจะเน้นการพัฒนาที่ละปัญหาแทรกซ้อน เช่น ปีแรกเน้นการตรวจตา เรื่องไตจะเป็นปีต่อไป มีการฝึกอบรมและทำ CPG ให้ ซึ่งCPG อาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลาย ๆ หน่วย ทั้งทบวงมหาวิทยาลัย และในขณะเดียวกันก็พยายามให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย

2.โครงการสุขภาพวิถีไทย

เป็นโครงการที่ทำทั่วประเทศ มีทั้งหมด 6 มาตรการ มีคณะทำงานทั้งหมด 6 ชุดตามมาตรการ คือ

- 1) มาตรการแรกเป็นระบบเฝ้าระวัง ติดตาม ปัญหาสุขภาพ และ คัดกรองความเสี่ยง ที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นเจ้าภาพ รวมถึงการพัฒนาบบข้อมูลด้วย ซึ่งยังต้องดำเนินการเพื่อบูรณาการข้อมูลที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและข้อมูลจากกองต่างๆ เพื่อจะได้เห็นภาพตั้งแต่เริ่มไปจนจบ ตั้งแต่คัดกรองพฤติกรรม ไปจนถึงคัดกรองprimary คัดกรอง secondary prevention
- 2) มาตรการที่สองจะเป็นการสื่อสารสาธารณะแนวกว้าง (Air war) กรมอนามัยจะเป็นเจ้าภาพหลัก แต่คณะทำงานจะมีกรมควบคุมโรค, กรมการแพทย์, มียอย, และกรมอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุข
- 3) มาตรการที่สามจะเป็นเรื่องเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมและลดความเสี่ยงในชุมชน (Home Based Intervention) กรมควบคุมโรค เป็นเจ้าภาพ แต่คณะทำงานก็มีทั้ง สสส, กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต
- 4) มาตรการที่สี่ก็จะเป็นการให้คำปรึกษาและปรับพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย
- 5) มาตรการที่ห้าเรื่องของจัดการความรู้และเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดำเนินงาน คือ ผู้ให้บริการ สนย. เป็นเจ้าภาพ
- 6) มาตรการที่หกเป็นเรื่องของการนิเทศ สนย.เป็นเจ้าภาพ

ทั้งหมดโครงการมีงบประมาณสนับสนุนเป็นการเฉพาะ แต่จะเน้นไปที่โครงการ Air War เกือบครึ่ง รวมทั้งเชิญสสจ.ทุกแห่งร่วมประชุมชี้แจง

ทั้ง 6 แผนงาน คาดว่าจะดำเนินงานผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งควรมีการบูรณาการ เชิงเป้าหมาย และแผนปฏิบัติการต่อไป

ข้อเสนอสำคัญในเชิงหลักการ กลไก และมาตรการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลเบาหวานในระดับปฐมภูมิ

1. การออกแบบและจัดบริการ (service delivery)

- กำหนดจุดบริการและออกแบบบริการให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เช่น จัดคลินิกในชุมชน เชื่อมต่อลักษณะบริการที่ครอบคลุมมิติการรักษา การส่งเสริมสุขภาพและจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมภายใต้บริบทผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน เน้นให้เกิดการตอบสนองความต้องการกลุ่มเป้าหมายอย่างครบวงจรขณะที่พัฒนาคุณภาพบริการร่วมด้วย ทั้งนี้ให้มีความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สมาชิกในชุมชน เช่นอสม. ผู้นำชุมชนท้องถิ่น และบุคคลต้นแบบ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น
- จัดบริการที่ครอบคลุมและเป็นองค์รวมในทุกกลุ่มประชากร คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโดยทั่วไป และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ตามศักยภาพและบริบทของสถานบริการ ทั้งนี้ ต้องเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการตนเองได้ตามความเหมาะสม
- บริการการคัดกรองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงและการเกิดโรคและเฝ้าค้นหากลุ่มผู้ป่วยใหม่รวมทั้งมีกิจกรรมเพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงและวางแผนรองรับการจัดการดูแล ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการคัดกรองต่อเนื่อง
- ส่งเสริมการรณรงค์ในเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานในพื้นที่บริการ เช่น โครงการลดภาวะน้ำหนักเกิน, โครงการออกกำลังกายยามเย็น โครงการเด็กไม่อ้วนในโรงเรียน เป็นต้น ซึ่งต้องปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่
- สร้างเครือข่ายระบบส่งต่อและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับศักยภาพของสถานบริการ โดยโรงพยาบาลสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น มีการอบรมวิชาการ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับพื้นที่ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพและการดูแลที่ต่อเนื่องในระยะยาว และป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อน

2. กำลังคน (Health workforce)

จำนวนบุคลากร

ระดับนโยบาย ปรับกรอบอัตรากำลังคนในระดับบริการปฐมภูมิจากระดับส่วนกลาง ที่ขยายสาขาวิชาชีพที่เป็นทีมสหสาขาวิชามากขึ้น

ระดับจังหวัด บริหารจัดการบุคลากรจากโรงพยาบาลที่สนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่และเน้นการส่งเสริมศักยภาพและทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ระดับหน่วยบริการ พัฒนาระบบการทำงานแบบทีมผสมผสาน และเป็นสหสาขาวิชาชีพ

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ระดับนโยบาย มีโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน หรือผู้ป่วยที่เป็นต้นแบบ ให้มีส่วนร่วมถึงสามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ได้

- หลักสูตรผู้จัดการโรคไม่ติดต่อของจังหวัด(NCD manager) สามารถดูแลให้เกิดความครอบคลุมคุณภาพของบริการ การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผชชว. ผชชส. หรือ ผู้รับผิดชอบของรพท. (หัวหน้าอายุรกรรม รพท.)
- หลักสูตรผู้นำชุมชน/ประธานชมรม/จิตอาสา เข้าใจสถานการณ์โรค ปัญหาของชุมชน (โรคและความเสี่ยง) พัฒนารูปแบบบริการตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ ประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- หลักสูตรผู้นำท้องถิ่น/ผู้รับผิดชอบ รู้จักใช้ข้อมูลโรคเรื้อรัง มาวางแผนงานและจัดสรรงบประมาณได้ตรงตามปัญหา สามารถติดตามการดำเนินงานได้

ระดับจังหวัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เชื่อมต่อกับนโยบายงานสุขภาพอื่นๆ ในภาพจังหวัด

ระดับหน่วยบริการ มีระบบที่ปรึกษา หรือพัฒนาชุดการอบรมที่ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถพัฒนางานเพื่อป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างบูรณาการ เช่น ระบบการปรึกษาทางโทรศัพท์ การจัดให้มี conference เฉพาะประเด็นระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นประจำอย่างน้อยในระดับพื้นที่ดำเนินงาน

3. ระบบข้อมูล(Information systems)

ระดับนโยบาย มีบูรณาการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโปรแกรมเดียวกัน หรือสามารถต่อเชื่อมโยงกันได้ง่าย ไม่ต้องกรอกข้อมูลซ้ำ

ระดับจังหวัด มีการวางแผนวิเคราะห์ข้อมูล และคืนข้อมูลรวมถึงการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานให้แก่สถานพยาบาล

ระดับหน่วยบริการ ร่วมให้และใช้ข้อมูลที่ตรงกันระหว่างเครือข่ายบริการปฐมภูมิของผู้ป่วยรายเดียวกันเพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้วางแผนการจัดการเบาหวาน บริการผู้ป่วยรายบุคคล การให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย และข้อมูลสำหรับการวางแผนแก้ไขปัญหาในระดับประชากร ได้แก่ ข้อมูล ประชากรกลุ่มเป้าหมาย การคัดกรอง การดูแลรักษา การดูแลภาวะแทรกซ้อน ย่อมทำให้เกิดบูรณาการการทำงานเป็นทีม ลดความซ้ำซ้อน การดูแลรักษามีคุณภาพ และประหยัดเวลาค่าใช้จ่ายของทุกฝ่ายขึ้นได้จริง

4. ภาวะผู้นำ/ ธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

ระดับนโยบาย มีประสานการทำงานระหว่างภาคส่วน (inter-sectoral partnership) ตั้งแต่ระดับสั่งการ(กระทรวง) เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อขยายขอบเขตงานไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่ลดความเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

ระดับจังหวัด มีกลไกทางนโยบายแบบมีส่วนร่วม เช่น คณะกรรมการโรคไม่ติดต่อ(จัดการปัญหาโรคและความเสี่ยง) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์จังหวัด แผนปฏิบัติการ ระดมทรัพยากร การติดตามแผน เวทีเรียนรู้ในระดับจังหวัด

ระดับหน่วยบริการ การผลักดันแนวคิด และการสื่อสารสาธารณะ ในการจัดการโรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงร่วมให้กับผู้บริหารในพื้นที่ (สาธารณสุข ท้องถิ่น ชุมชน) ผู้ปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคประชาชน การจัดการปัญหาโรคเรื้อรังที่ต้องการ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการ(collaborative Action) การรู้สถานการณ์ การรู้ทรัพยากร การรู้ศักยภาพของระบบบริการ(หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล หน่วยราชการอื่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน)

5. การเงินการคลัง(Financing)

ระดับนโยบาย

- การบริหารจัดการเงินการคลังในการดูแลโรคเรื้อรัง โดยการบริหารจัดการการเงินกระจายไปยังสถานบริการปฐมภูมิโดยตรงเพื่อความสะดวกในการบริหารการเงิน
- ปรับระบบการจัดสรรงบประมาณที่คำนึงถึงลักษณะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลมากกว่าโรคเฉียบพลัน รวมทั้งการจ่ายค่าตอบแทนในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรังด้วย มิใช่เฉพาะการรักษา

ระดับจังหวัด มีการจัดสรรงบประมาณ ที่สะท้อนถึงภาระงาน และผลลัพธ์ของงานโรคเรื้อรังของสถานบริการปฐมภูมิ ในกิจกรรมด้านการป้องกัน เฝ้าระวัง ค้นหา รักษาและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเบาหวานในภาพจังหวัด

ระดับหน่วยบริการ

- จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรค และการดูแลรักษาได้อย่างเพียงพอ
- สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากร เข้ามาจัดการปัญหาโรคเบาหวานในชุมชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยงและโรค การสนับสนุนให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง และระดมความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง

6. วิธีการดำเนินงาน(Intervention)

ระดับนโยบาย มีนโยบายให้ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

ระดับจังหวัด ศูนย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง(เบาหวาน)ทางโทรศัพท์ที่เป็นเบอร์เฉพาะ ประจำอำเภอ และจังหวัด

ระดับหน่วยบริการ การสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้สถานบริการระดับปฐมภูมิ ให้มีจำนวน และคุณภาพเหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และเป็นมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาล โดยมีการควบคุมดูแลและการสนับสนุนจากโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

**รายชื่อคณะทำงานพัฒนาเอกสาร สถานการณ์นโยบายและ
ข้อเสนอของการการทำงานเบาหวานในระดับปฐมภูมิ**

นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
คุณสุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
นพ.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
นพ.ภาวุธ ปานเกิด	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
พญ.จรีพร คงประเสริฐ	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
พญ.ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย	กรมควบคุมโรค
คุณวณัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์	กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา
เจ้านาง พญ.เขมวดี ชุนศึก-เม้งราย	สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นพ.สุเมธี เขยประเสริฐ	สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
คุณพิณทิพย์ กีนพันธ์	สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
คุณหทัยทิพย์ เพ็งจันทร์	สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
คุณจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์	ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
คุณรุจิวรรณ สอนสมภาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ผศ.ดร.นพ.วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พญ.อรพินท์ มุกดาดีลัก	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นพ.ภูษิต ประคองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
นพ.เกษม เวชสุทธานนท์	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
พญ.ณภาพุฒ ไรจนสุภัก	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
คุณทัศนีย์ ญาณะ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
คุณผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน