



The **Blueprint for  
Change** Programme

## สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อ ปฏิรูปการดูแลรักษาโรค เบาหวานในประเทศไทย

การยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษา และ  
ขยายการเข้าถึงการรักษาโรคเบาหวาน  
นำไปสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน

เขียนเรียงภาษาไทยโดย:

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชชาติ รัตนสาร

หัวหน้าหน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

# โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้น

ในปัจจุบันนี้มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่ง 5 โรคสำคัญดังกล่าว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอีกหนึ่งโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่งคือ โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่ และหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา บลาบลาประสาท และเท้า เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิต และคุณภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา

ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุกๆ 5 คนเป็นโรคเบาหวาน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในปี พ.ศ.2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน บูรณาการการทำงานร่วมกัน และเน้นป้องกันโรคมากกว่าการรักษา โดยการสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิตทุกกลุ่มวัย เพื่อการก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน

ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

## ความมุ่งมั่นและพร้อมสนับสนุน เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ.2573

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดในโลก และจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เพิ่มขึ้นทุกปี อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะไตวาย ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการล้างไตอย่างมหาศาลซึ่งเป็นภาระทางเศรษฐกิจการเงินอย่างมาก ทั้งในระดับโลกและรวมทั้งประเทศไทย

สอดคล้องกับวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนปี พ.ศ.2573 เป็นที่ทราบดีว่าประเทศไทยได้มีพันธสัญญาอย่างจริงจังที่จะควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันทั่วโลกในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะดังกล่าวลงให้ได้หนึ่งในสามภายในปี พ.ศ.2573 ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อประชาชนหลายล้านราย

สถานเอกอัครราชทูตเดนมาร์กได้สนับสนุนการริเริ่มหลายอย่างเกี่ยวกับโรคเบาหวานในประเทศไทยมาแต่ครั้งอดีต เช่น การจัดการผ่าตัดตาเคลื่อนที่โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิเบาหวานโลก และบริษัท โนวา นอร์ดิสค์ ฟาร์มา (ประเทศไทย) เพื่อให้บริการแก่ประชาชนที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในพื้นที่ชนบทตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 เราจะยังคงสนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อช่วยแก้ปัญหาภาวะโรคเบาหวานในประเทศไทยต่อไป

The Blueprint for Change นี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ เพื่อประเมินภาวะโรคเบาหวานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การศึกษาชี้ให้เห็นภาพของความจำเป็นที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อจัดการกับความท้าทายดังกล่าว

นายอูฟเฟอ โวลท์เฮชเชล เอกอัครราชทูตเดนมาร์กประจำประเทศไทยและกัมพูชา

# มุ่งแก้ปัญหาเบาหวานเชิงรุก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ. ศ. 2545 เป็นหน่วยงานที่เป็นอิสระ โดยประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข บทบาทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพคือ บริหารโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) ให้กับประชาชนชาวไทยจำนวนร้อยละ 72 ซึ่งไม่มีสิทธิคุ้มครองด้านสุขภาพจากหน่วยงานอื่นๆ

การส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพ การป้องกันความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือนและความเสมอภาคและประสิทธิภาพของควบคุมครองเป็นสิ่งสำคัญ สิทธิประโยชน์ของ UCS ครอบคลุมครบถ้วนและรวมถึงโปรแกรมการจัดการองค์รวมสำหรับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมทั้งการดูแลรักษา (การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ) และส่งเสริมการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วมจากองค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สมาคมวิชาชีพ นักวิชาการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นโรค metabolic ที่เรื้อรัง (หรือโรคที่ไม่สามารถติดต่อกันได้, NCDs) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สิ่งสำคัญคือต้องได้รับการจัดการเป็นโปรแกรมการจัดการเฉพาะโรค ภายใต้โครงการ UCS โดยเริ่มตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรค การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดสรรกองทุนเพื่อการจัดการโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 โดยมีคณะกรรมการพัฒนาและกำกับทิศทางควบคุมและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นผู้กำกับนโยบาย คณะกรรมการได้รับการแต่งตั้งเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2552 ซึ่งองค์ประกอบของคณะกรรมการ ประกอบด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข (MOPH), คณะแพทยศาสตร์ สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบต่างๆ อาทิเช่น สปสช., สำนักงานประกันสังคม (SSO), กรมบัญชีกลาง (CGD) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การบริหารจัดการในปัจจุบันเป็นแบบ Pro-active โดยมุ่งเน้นไปที่การจัดการแบบ Population base เป็นแนวทางที่สำคัญในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น สำหรับการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เน้นจัดระบบบริการให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ โดยให้ความสำคัญและมีการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และมหาวิทยาลัย ในด้านต่างๆ เช่น ด้านงบประมาณ การจัดการความรู้และการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อใช้ตัดสินใจเชิงนโยบาย และเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงและการได้รับบริการที่มีคุณภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย NCDs

เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของท่านต่อไปเพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย

นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



# การดูแลรักษาโรคเบาหวาน แบบองค์รวม

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวด สำหรับประเทศไทยได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการให้ความร่วมมือเพื่อต่อสู้กับโรคเบาหวานเช่นกัน ในบทบาทของสมาคมโรคเบาหวานฯ มีความมุ่งมั่นเพื่อความเป็นเลิศในการจัดการกับโรคเบาหวาน โดยพันธกิจหลักของสมาคมโรคเบาหวานฯ เป็นไปเพื่อสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรม และเป็นแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ทันสมัย มีการทำงานร่วมกันในทุกภาคส่วนและในทุกระดับเพื่อให้การดูแลรักษาโรคเบาหวานมีมาตรฐานทัดเทียมระดับสากลที่สอดคล้องกับบริบทและสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ในขณะนี้นำสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และพัฒนาทีมสหวิชาชีพเพื่อการจัดการโรคเบาหวาน นอกจากนี้ มีการจัดตั้งเครือข่ายชมรมเบาหวานในภูมิภาคต่างๆ เพื่อเชื่อมโยงและส่งเสริมการดูแลรักษาโรคเบาหวานด้วยตนเองให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถเพิ่มมาตรฐานการดูแลรักษาและประสิทธิผลในการจัดการโรคเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น

สมาคมโรคเบาหวานฯ หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะสะท้อนถึงผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย นอกจากนี้ ยังหวังว่าจะเป็นอีกสื่อหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพ หรือเป็นสื่อกลางในการก่อให้เกิดความตระหนักของผลกระทบของโรคเบาหวานในประเทศไทย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงวรรณี นิธิยานันท์  
นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย  
ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

## ร่วมกันเพื่อการพัฒนาการดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานถือเป็นโรคที่มีความสำคัญ และซับซ้อนที่ต้องการการได้รับความสนใจจากบุคลากรทางสาธารณสุขจากหลากหลายสาขา เนื่องด้วยการส่งเสริมสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นกุญแจสำคัญในการลดการเพิ่มอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานแล้วถึง 4.8 ล้านราย ซึ่งการติดตามและเฝ้าระวังจะสามารถช่วยเพิ่มให้มาตรฐานการรักษาและผลการรักษาดีขึ้นได้ โดยเบื้องต้นควรเริ่มจากการตั้งเป้าหมายในการรักษา เพื่อเป็นการวางแผนทาง และเป็นข้อตกลงเพื่อบรรลุเป้าหมายในการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้รักษาและตัวผู้ป่วยเอง ในขั้นตอนระหว่างการรักษา ผู้ป่วยควรได้รับยาที่เหมาะสมตามการดำเนินของโรค เช่น ในผู้ป่วยบางรายควรสามารถเข้าถึงยานวัตกรรมที่เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานเป็นระยะ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผลการรักษาดีขึ้น และนำไปสู่การลดลงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนั้น การทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

หนังสือฉบับนี้ได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของโรคเบาหวานที่มีต่อสังคมไทยในปัจจุบัน และน่าจะช่วยกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนช่วยกันและร่วมมือกันเพื่อพัฒนาการดูแลโรคเบาหวานไทยให้ดียิ่งขึ้นไป

ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ชัยชาญ ตรีโรวนวงศ์  
ประธานวิชาการ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย  
ประธานวิชาการ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

## สารบัญ

- 04 เบาหวานและผลกระทบในประเทศไทย
- 10 โครงการริเริ่มจากภาครัฐ
- 11 แนวทางการดำเนินงานของโนโว นอร์ดิสค์
- 13 นอกเหนือจากการใช้ยา
- 16 มุมมองในอนาคต
- 18 สาส์นจากผู้จัดการทั่วไป
- 19 เอกสารอ้างอิง

กล่องข้อความที่ 1

## โรคเบาหวาน คืออะไร

โรคเบาหวานเป็นภาวะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว โรคเบาหวานเกิดขึ้นเมื่อร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอ หรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ช่วยนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ เพื่อให้ร่างกายสามารถใช้ในการสร้างพลังงาน<sup>1</sup> หากไม่มีอินซูลินเป็นตัวช่วย น้ำตาลจะถูกละลายในกระแสเลือด ซึ่งปัญหาแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวจากโรคเบาหวานส่วนใหญ่มักเป็นผลจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างยาวนาน<sup>1</sup>

กล่องข้อความที่ 2

## น้ำตาลสะสม (HbA<sub>1c</sub>) คืออะไร

เป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวาน คือ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติ ซึ่ง HbA<sub>1c</sub> เป็นค่าที่สำคัญค่าหนึ่งในการใช้วัดปริมาณน้ำตาลในเลือดในช่วงเวลา 3 เดือน<sup>2</sup> โดยระดับ HbA<sub>1c</sub> ที่ไม่เกิน 7% บ่งบอกถึงการควบคุมที่ดี<sup>2</sup> ส่วนผู้ที่มีระดับ HbA<sub>1c</sub> ตั้งแต่ 5.7% ขึ้นไปบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน<sup>2</sup> ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA<sub>1c</sub> อยู่ที่ 8.1%<sup>3</sup> ซึ่งระดับที่สูงเกิน 7% นั้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

# ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และหลายรายเกิดภาวะแทรกซ้อนในเวลาต่อมา

การเพิ่มขึ้นของวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วน และอายุที่มากขึ้น นำมาซึ่งการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ถูกดูแลรักษาได้ไม่ีต้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา

โรคติดต่อเคยเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและทุพพลภาพทั่วโลก แต่เมื่อไม่นานมานี้ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กำลังจะกลายเป็นสาเหตุหลัก<sup>5,A</sup>

มากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคเบาหวาน<sup>5</sup> ในปี พ.ศ.2559 พบว่ามีกรเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเป็นจำนวนประมาณ 76,000 ราย หรือมากกว่า 200 รายในแต่ละวัน<sup>5</sup>



ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า **200 รายในแต่ละวัน** อันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน<sup>1</sup>

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 (NHES V) พบความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ.2552 เป็น ร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557<sup>3</sup> ซึ่งคาดว่าแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ หากไม่มีการดำเนินการใดๆ ความท้าทายที่รออยู่ข้างหน้าคือ คนไทยที่เป็นผู้ใหญ่จำนวน 7.5 ล้านคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในปัจจุบัน<sup>3,7,B</sup> มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวานในอนาคตถึงร้อยละ 70

## วิถีชีวิตแบบเนือยนิ่งและโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

เป็นไปได้ว่าความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคอ้วนและการเพิ่มจำนวนของผู้ที่มีวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง<sup>3</sup> ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอื่นๆ ต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ระบุไว้ในแนวทางการรักษาโรคเบาหวานของประเทศไทย ได้แก่ อายุ เพศ และประวัติครอบครัว<sup>8</sup>

รูปที่ 1 – “กฎร้อยละ 50” ของโรคเบาหวานในประเทศไทย

จากประชากรที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษามีเพียงร้อยละ **35.6** บรรลุเป้าหมายในการรักษา<sup>3,10,11</sup>

จากจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวาน<sup>3,11</sup>...



4.8 ล้านคน

ประชากรที่เป็นโรคเบาหวาน

ร้อยละ 57 ได้รับการวินิจฉัย<sup>3</sup>...



2.7 ล้านคน

ผู้ได้รับการวินิจฉัย

ร้อยละ 97 ของผู้ได้รับการวินิจฉัยได้รับการดูแลรักษา<sup>3</sup>



2.6 ล้านคน

ผู้ได้รับการดูแลรักษา

ร้อยละ 35.6 ของผู้ที่ได้รับการดูแลรักษาบรรลุเป้าหมายการรักษา<sup>10</sup>



0.9 ล้านคน

ผู้ที่บรรลุเป้าหมายการรักษา (HbA<sub>1c</sub>)



**โรคอ้วน** ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นมากกว่า **7 เท่า** ในขณะที่การมีน้ำหนักเกินเพิ่มความเสี่ยง **3 เท่า**<sup>9</sup>

## “กฎร้อยละ 50” ที่แสดงสถานการณ์ของโรคเบาหวาน

ในประเทศไทยคาดว่าจะมีเพียงร้อยละ 57 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัย<sup>3</sup> ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจะได้รับการรักษามีเพียงร้อยละ 35.6 ของผู้ที่ได้รับการรักษาบรรลุเป้าหมายการรักษา<sup>10</sup>

<sup>A</sup> โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีภาวะเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด, มะเร็ง และเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และผู้ป่วยจะเป็นโรคนั้นไปตลอดชีวิต

<sup>B</sup> ภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ถือเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงกว่าปกติ แต่ยังคงต่ำกว่าระดับของภาวะเบาหวาน

### การรักษาโรคเบาหวานไม่ได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติ การวัดระดับ HbA<sub>1c</sub> เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย ในช่วงที่ผ่านมา การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี หรือมีระดับ HbA<sub>1c</sub> สูงเกิน 7% จะสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน<sup>13</sup>

โรคเบาหวานที่ถูกจัดการได้ไม่ดีและไม่ได้รับการรักษาที่เพียงพอ อาจส่งผลเสียที่สำคัญต่อผู้ป่วย โดยอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคตา โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด และการถูกตัดเท้าหรือขา (รูปที่ 2)

ข้อมูลจากโครงการสำรวจโรคเบาหวานในประเทศไทย ปี พ.ศ.2549 บ่งชี้ว่า ในจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษา มีผู้ป่วยร้อยละ 44 เป็นโรคไต ร้อยละ 31 เป็นโรคตา และร้อยละ 8 เป็นโรคหัวใจ<sup>14</sup> และอีกการศึกษาพบว่าเกือบร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษามีโรคไตเรื้อรัง ในขณะที่มีร้อยละ 7.2 และ 6.4 มีโรคตาและโรคหัวใจตามลำดับ<sup>10</sup>

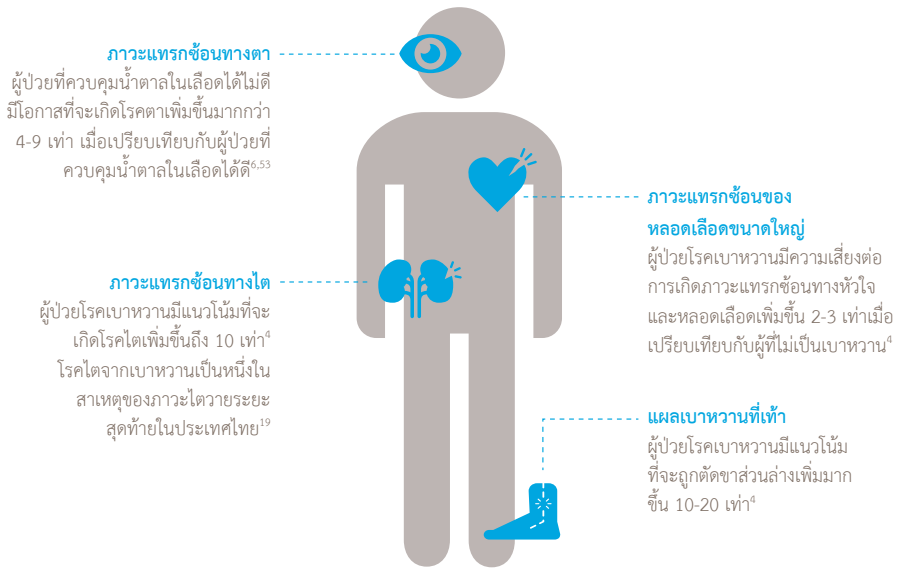
### อัตราการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

อัตราการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในหลายปีที่ผ่านมา (รูปที่ 3) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการตรวจระดับไขมันในเลือด (โคเลสเตอรอล) ดีขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 43 ในปี พ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 66 ในปี พ.ศ.2557<sup>15</sup>

อย่างไรก็ตามพบว่าแพทย์ใช้ผลการตรวจคัดกรองเป็นแนวทางในการรักษาค่อนข้างน้อย<sup>15</sup>

รูปที่ 2 — ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

## การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

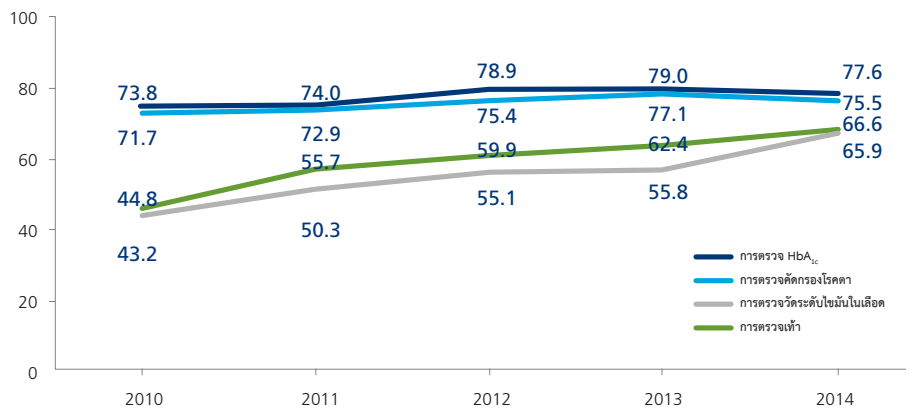


หมายเหตุ — ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน

รูปที่ 3 — อัตราการตรวจคัดกรอง

## ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น<sup>15</sup>

จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจต่อปี



หมายเหตุ — สมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (ADA) แนะนำให้ตรวจ HbA<sub>1c</sub> ปีละ 4 ครั้ง<sup>31</sup> การตรวจวัดระดับไขมันในเลือด (โคเลสเตอรอล) ช่วยประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคหัวใจ

# การรักษาโรคเบาหวานให้ถึงเป้าหมายสามารถช่วยลด การดำเนินของโรคไตเรื้อรัง

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ จะช่วยยับยั้งหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และช่วยลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากโรคไตเรื้อรังได้

## ความชุกของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูง

มีคนไทย 2-9 ล้านคนเป็นโรคไต<sup>19</sup> ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 และ 3<sup>17</sup> ความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลรักษาสูงเกือบถึงร้อยละ 30<sup>10</sup> คาดว่าผู้ป่วยมีจำนวนถึง 800,000 รายที่เป็นโรคไตจากโรคเบาหวาน (รูปที่ 5) ดังนั้นการให้ความสนใจกับโรคไตจึงถือเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการโรคเบาหวานที่สำคัญมาก

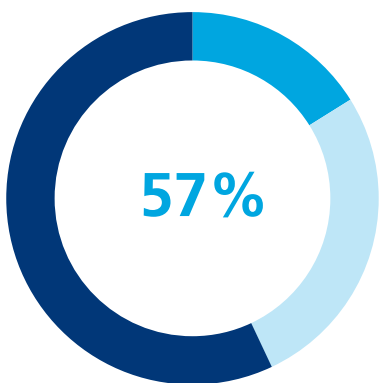
## ความตระหนักถึงโรคไตเรื้อรังยังอยู่ในระดับต่ำ

มีเพียงร้อยละ 1.9 ของประชากรไทยที่ทราบว่าตนเองมีโรคไต<sup>18</sup> แพทย์รักษาโรคทั่วไปมักใช้ค่าซีรัมครีเอตินินประเมินการทำงานของไต เนื่องจากเป็นวิธีที่มีแพร่หลายในโรงพยาบาลทั่วไปทั้งประเทศ อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยวิธีนี้ทำให้การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิงและผู้สูงอายุ<sup>18</sup>

ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคไต ได้แก่ อายุที่มากขึ้น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประวัติการใช้ยาแผนโบราณ และนิ่วในไต<sup>18</sup>

รูปที่ 4 — โรคไต

ร้อยละ 57 ของผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคเบาหวานและมีโรคไตร่วมด้วย มีการดำเนินโรคไปสู่โรคไตตั้งแต่ระยะ 3 ถึงระยะสุดท้าย<sup>17</sup>



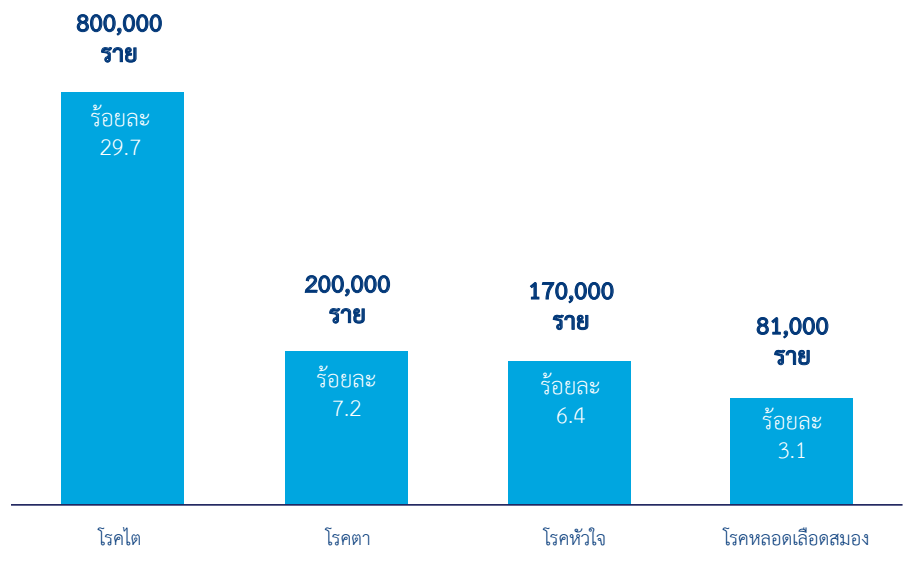
ระยะที่ 1: ร้อยละ 16    ระยะที่ 2: ร้อยละ 27    ระยะที่ 3, 4, 5: ร้อยละ 57

หมายเหตุ — ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคไตระยะสุดท้ายและมีเป็นจำนวนมากที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต<sup>19</sup>

รูปที่ 5 — ความชุกของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

เกือบร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยที่ได้รับการรักษามีโรคไตร่วมด้วย<sup>3,10,11</sup>

ความชุกของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลรักษา



## การควบคุมเบาหวานไม่ดี จะนำไปสู่การล้างไต

มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีจะเร่งการดำเนินโรคไตได้ในทุกระยะของโรค ซึ่งทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษา รวมถึงเหตุการณ์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การล้างไตเป็นประจำ<sup>20A</sup> สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้จัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอการดำเนินโรคของโรคไตให้ช้าลง<sup>19</sup>

แต่ทั้งนี้ การให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขในประเทศไทยนั้นไม่สามารถที่จะให้การสนับสนุนการล้างไตหรือการปลูกถ่ายไตได้เสมอไป การบำบัดทดแทนไตยังทำได้จำกัดในหลายพื้นที่ของประเทศ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร<sup>19</sup>

## การรักษาโรคไตมีค่าใช้จ่ายสูง

ค่าใช้จ่ายของโรคไตส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการล้างไต<sup>19</sup> ในปี พ.ศ.2557 ค่าใช้จ่ายในการล้างไตเฉลี่ยต่อครั้งอยู่ที่ประมาณ 2,161 บาท

(63 เหรียญสหรัฐ<sup>B</sup>) ซึ่งไม่เพียงค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นแต่ยังเพิ่มภาระงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ด้วย



414,485 บาทต่อปี

หรือ 12,200 เหรียญสหรัฐต่อปี คือ ค่าใช้จ่ายโดยประมาณในการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย<sup>25</sup>

ดังนั้น การป้องกันการดำเนินโรคไตเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญทั้งในด้านสาธารณสุขและการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย

<sup>A</sup> การล้างไตคือกระบวนการทำให้เลือดบริสุทธิ์ ทดแทนการทำงานของไต

<sup>B</sup> อ้างอิงตามอัตราแลกเปลี่ยนเงินของบริษัทรัน นอร์ติส ค ณ เดือนเมษายน พ.ศ.2560 และปรับอัตราเงินเฟ้อตามดัชนีราคาผู้บริโภคในปีเดียวกัน ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการล้างไตในประเทศไทยมีมูลค่า 1,879 บาทต่อราย เมื่อปี พ.ศ.2557 จะมีมูลค่าเทียบเท่า 2,161 บาทต่อรายในปี พ.ศ.2560

# ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนสร้างภาระต่องบประมาณด้านการดูแลสุขภาพของประเทศเป็นอย่างมาก ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ใช้จ่ายไปโดยตรงกับยารักษาเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการณั้ว่าร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทยถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆในภูมิภาคและคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี พ.ศ.2573 ซึ่งทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า<sup>22</sup>

ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงของการรักษาเบาหวานในประเทศไทยนั้นมีอยู่ไม่มากนัก การศึกษาในระดับท้องถิ่นจากผู้ป่วย 475 รายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของโรคเบาหวานต่อผู้ป่วยหนึ่งรายในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 32,438 บาท (948 ดอลลาร์สหรัฐ)<sup>A,B,23,24</sup>

## ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มค่าใช้จ่ายของโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ

ร้อยละ 49 ของค่าใช้จ่ายตรงในการรักษาโรคเบาหวานเกิดจากค่ารักษาในโรงพยาบาลหรือจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายจากยาคิดเป็นร้อยละ 14 เท่านั้น (รูปที่ 6)<sup>23</sup>

เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมักจะมากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่างจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 6.6 เท่า ขณะที่ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน 3 อย่างขึ้นไป จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 18.5 เท่า (รูปที่ 7)<sup>23</sup>

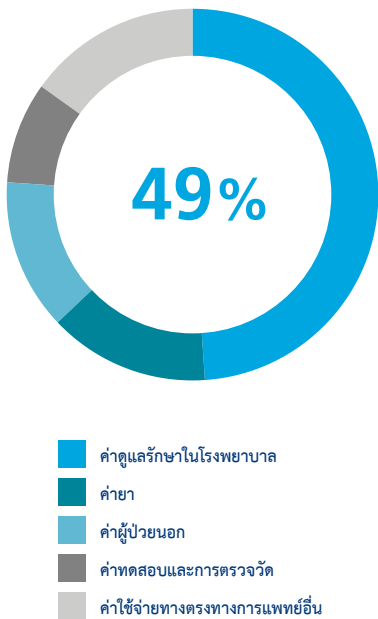
## ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เป็นหนึ่งในอุปสรรคที่ทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่บรรลุเป้าหมาย ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดทำให้เกิดหัวใจเต้นแรง อารมณ์สั่นเทา ในกรณีรุนแรงอาจชัก หหมดสติ และเสียชีวิต ภาวะนี้มักมีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริงจึงอาจบดบังขนาดของปัญหา<sup>26</sup>

ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดขั้นรุนแรง เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ต้นทุนการรักษาโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น<sup>26</sup> ค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการรักษาภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดขั้นรุนแรงเท่ากับ 28,560 บาท (835 ดอลลาร์สหรัฐ)<sup>25</sup>

รูปที่ 6 — ต้นทุนทางตรงของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

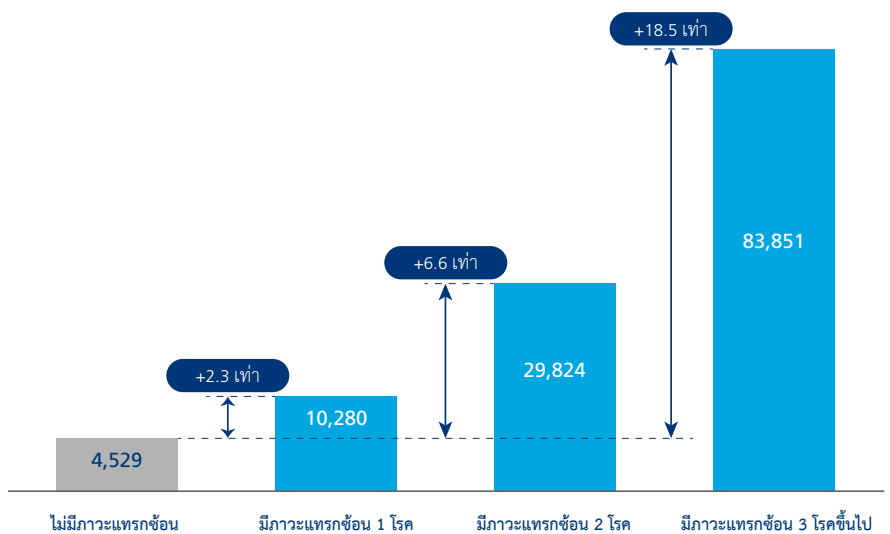
ร้อยละ 49 ของต้นทุนทางตรงของโรคเบาหวาน ถูกใช้ไปกับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล



รูปที่ 7 — ค่ากลางของค่าใช้จ่ายสำหรับโรคเบาหวานต่อผู้ป่วยหนึ่งรายในแต่ละปี

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 3 โรคขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงถึง 18.5 เท่า

ค่าใช้จ่ายต่อรายต่อปี (บาท)



หมายเหตุ — อัตราแลกเปลี่ยนตามที่ระบุในเอกสารตีพิมพ์<sup>23</sup>

<sup>A</sup> ปรับตามอัตราแลกเปลี่ยนเงินของบริษัทโนโว นอร์ดิสค์ ณ เดือนเมษายน พ.ศ.2560

<sup>B</sup> ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานต่อผู้ป่วยหนึ่งรายในประเทศไทย มีมูลค่า 28,200 บาทในปี พ.ศ.2551 ซึ่งมีมูลค่าเทียบเท่า 32,438 บาทในปี พ.ศ.2560 เมื่อปรับอัตราเงินเฟ้อตามดัชนีราคาผู้บริโภคในปีเดียวกัน

# การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น

การดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและการมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และการได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เท่าเทียมกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถมีสุขภาพที่ดีได้ทุกคน

การเข้าถึงการดูแลรักษาและการที่แพทย์มีเวลาเพียงพอในการดูแลรักษา เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพที่ดีได้

## แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานมีจำนวนน้อยเกินไป

ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน แต่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานเพียง 272 คน ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยต่อแพทย์มากเกินไป ทำให้แพทย์มีเวลาในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยไม่เพียงพอ

ผลกระทบของการมีเวลาที่จำกัด อาจทำให้ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย<sup>3</sup> ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน<sup>14,15</sup>

การใช้ทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และผู้ให้ความรู้ด้านโรคเบาหวาน โดยมีผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลางได้แสดงให้เห็นว่าทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น<sup>28</sup>



ในประเทศไทย อัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อเท่ากับ 20,000 ราย<sup>3,11,27</sup>

## การเข้าถึงการรักษาไม่เท่าเทียมกัน

ประเทศไทยควรมีการดูแลรักษาโรคเบาหวานที่มีคุณภาพ ตั้งแต่เริ่มมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.2545 ซึ่งปัจจุบันครอบคลุมร้อยละ 77 ของประชากร ในขณะที่ร้อยละ 17.5 ของประชากร

ใช้สิทธิระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) และร้อยละ 4.1 ใช้สิทธิระบบประกันสังคม (SSS) สำหรับผู้ที่ทำงานในภาคเอกชน<sup>10</sup>

แม้ความคุ้มครองจะครอบคลุมทั้งหมด แต่ยังมี ความแตกต่างในการเข้าถึงการรักษาเฉพาะโรค และการเข้าถึงยาเบาหวานที่เป็นยาใหม่ในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ

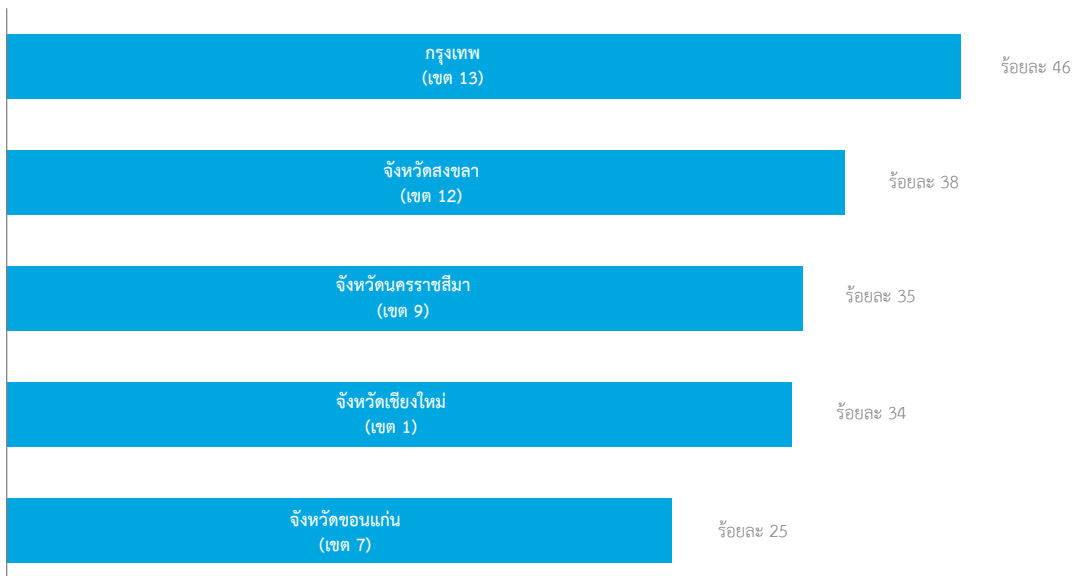
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประเภทของโรงพยาบาล และถิ่นที่อยู่อาศัย<sup>10</sup>

ผู้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีผลการรักษาที่ดีกว่าผู้ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละภูมิภาคของประเทศ (รูปที่ 8)<sup>10</sup>

รูปที่ 8 — ผลลัพธ์การรักษาที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค

## ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตกรุงเทพฯบรรลุเป้าหมายในการรักษาตามที่กำหนดได้ดีกว่าผู้ป่วยในเขตจังหวัดขอนแก่นถึงสองเท่า<sup>10</sup>

ร้อยละของผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายระดับ HbA<sub>1c</sub> 7%





# การจัดการโรคเบาหวานเชิงรุกช่วยยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวานเชิงรุกซึ่งประกอบด้วย การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้เร็วขึ้น การเริ่มต้นการรักษาด้วยอินซูลินในเวลาที่เหมาะสม และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำ อาจช่วยทำให้คุณภาพการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

แนวทางการรักษาโรคเบาหวานสำหรับประเทศไทย รวมทั้งจากองค์กรโรคเบาหวานนานาชาติ ซึ่งรวมถึงสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (ADA) กลุ่มนโยบายโรคเบาหวานแห่งยุโรป และสมาคมโรคเบาหวานแคนาดา (CDA) ได้แนะนำระดับ HbA<sub>1c</sub> เป้าหมายที่ต่ำกว่า 6.0% – 7.0% สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>8,31-33</sup>

แนวทางการรักษาเหล่านี้เน้นย้ำถึงผลดีของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโรคเบาหวานแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในประเทศสหราชอาณาจักร (UKPDS) (รูปที่ 9)<sup>13,29</sup>

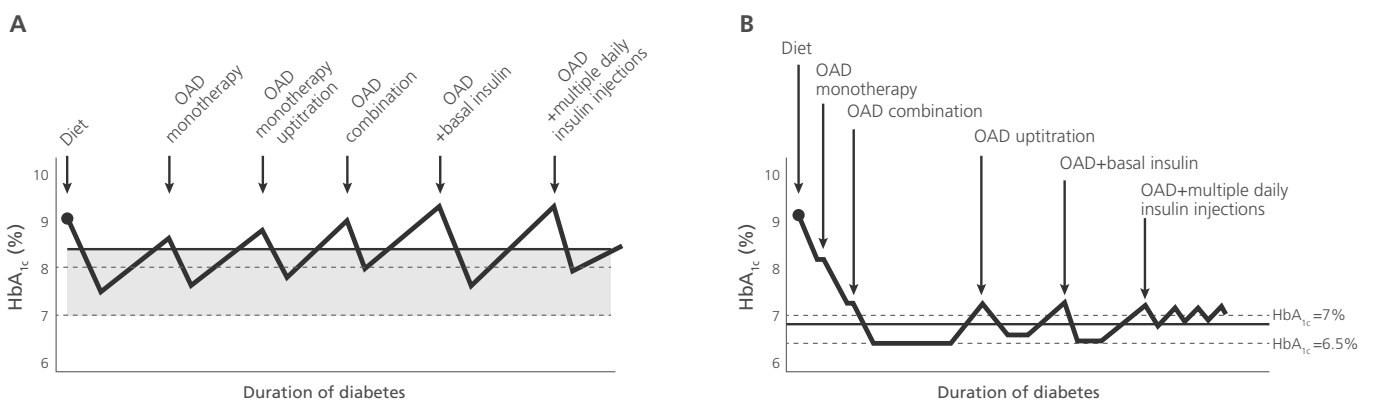
รูปที่ 9 — ผลการศึกษา UKPDS

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นสัมพันธ์กับความเสียหายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง<sup>13</sup>



รูปที่ 10 — การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาที่มีประสิทธิภาพควรเริ่มตั้งแต่ในระยะแรกด้วยการใช้ยาาร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด<sup>28</sup>



หมายเหตุ — การรักษาแบบอนุรักษ์ และ การรักษาเชิงรุก (A) รักษาตามขั้นตอนแบบดั้งเดิม (B) รักษาด้วยยามากกว่า 1 ชนิด ตั้งแต่ระยะแรก OAD ยาลดระดับน้ำตาลแบบรับประทานทดแทนโดยได้รับอนุญาตจาก Campbell W<sup>28</sup>

# กระทรวงสาธารณสุขให้พันธสัญญาในการส่งเสริมการดูแล และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

หน่วยงานที่มีอำนาจในการกำกับดูแลด้านสุขภาพในประเทศได้ตระหนักถึงภาระที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ต่อความสามารถในการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ จึงได้มีการกำหนดปณิธาน แผนยุทธศาสตร์ และแนวทางดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น มีสุขภาพที่ดีขึ้น และดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นไม่ว่าจะมีหรือไม่มีโรคเรื้อรังก็ตาม

สุขภาพที่ดีเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นที่สำคัญต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดกรอบการทำงานสำหรับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อติดตามภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก โดยได้มีการกำหนด 9 เป้าหมาย ซึ่งหนึ่งในเป้าหมายดังกล่าว คือ เพื่อลดการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน<sup>54</sup>

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจัดเป็นวาระสำคัญด้านสุขภาพของประเทศไทยเช่นกัน โดยในปี พ.ศ.2554 ได้มีการประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย เพื่อแก้ปัญหาของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมถึงโรคเบาหวาน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชากรมีสุขภาพดีและอายุที่ยืนยาวขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ในระยะ 10 ปี ซึ่งในแผนยุทธศาสตร์ยังระบุถึงความจำเป็นที่หลายภาคส่วนต้องร่วมมือกันผลักดันเพื่อต่อสู้กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>34</sup>

## ตัวอย่างของการริเริ่มจากภาครัฐในการต่อสู้กับโรคเบาหวาน

1. จากส่วนหนึ่งของโครงการที่นำโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดรถคลินิกเคลื่อนที่ 2 คัน สัญจรไปทั่วประเทศระหว่างปี พ.ศ.2552–2554<sup>36</sup> เพื่อตรวจคัดกรองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตาที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กั้นงบประมาณไว้ส่วนหนึ่งเพื่อให้การรักษาด้วยเลเซอร์สำหรับประชาชน 7,589 ราย ที่มีโรคตา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากโรคเบาหวาน<sup>37</sup>
3. โรคไตเรื้อรังในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาใหญ่และมีต้นทุนที่สูง<sup>38</sup> ในปี พ.ศ.2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มสิทธิประโยชน์ โดยการบำบัดทดแทนไต (RRT) เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>39</sup> นับถึงปี พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตมากกว่า 30,000 ราย โดยร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถเข้าถึงการรักษา<sup>40</sup>

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สร้างแรงจูงใจให้กับคลินิกโรคเบาหวานโดยจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน และให้เงินทุนเพิ่มขึ้นแก่คลินิกที่ประสบความสำเร็จในการตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน<sup>41</sup>

## ความร่วมมือเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

ด้วยเจตนาธรรมในการให้ความร่วมมือและมุ่งเน้นการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ รัฐบาลไทยได้ขานรับเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก<sup>35</sup> (รูปที่ 11) ด้วยความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ รวมทั้งให้การสนับสนุนกิจกรรมจำนวนมาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาที่เป็นความท้าทายทางสังคมอันหลากหลาย

ประเทศไทยได้กำหนดแผนพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทยเอง และมีวัตถุประสงค์ที่จะบรรลุเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนผ่านหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (SEP), เพื่อสร้างสมดุลทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม<sup>42</sup>

รูปที่ 11 — เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

## Sustainable Development Goals (SDGs)



เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ.2558 บรรดาผู้นำโลกได้ตอบรับวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนปี พ.ศ.2573 ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 17 ข้อ และ เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง 169 ข้อ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดนโยบายและการให้ทุนสำหรับในอีก 15 ปีข้างหน้า<sup>43</sup>

เป้าหมายระดับโลกดังกล่าวเป็นการเรียกร้องให้ดำเนินการเพื่อจัดความยากจน ปกป้องโลก และต้องให้ความมั่นใจได้ว่าประชาชนมีความสุข สันติ และสมบูรณ์<sup>43</sup>

# การยกระดับมาตรฐานการรักษาโรคเบาหวานจำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์และอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย

การค้นหาและระบุความจำเป็นเร่งด่วนที่ผู้ป่วยต้องการและการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่มีอำนาจกำกับดูแลด้านสุขภาพและผู้มีส่วนร่วมอื่นจะสามารถสร้างให้เกิดคุณค่าที่ยั่งยืนเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย และสังคมทั่วไป รวมทั้งผู้ที่มีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน

## แนวทางของเราเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ

การดูแลรักษาโรคเบาหวานที่ดีมีรากฐานมาจากปรัชญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งหมายถึงความถึงสิทธิในการมีสุขภาพดี เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมาตรฐานการดำรงชีวิตซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 4 อย่างได้แก่ สามารถใช้ได้ สามารถเข้าถึงได้ (สามารถจ่ายได้) เป็นที่ยอมรับได้ และมีคุณภาพสำหรับผู้ป่วย<sup>44</sup> ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกยังได้ระบุว่า “การตระหนักรู้”<sup>45</sup> เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบเพิ่มเติมที่สำคัญยิ่ง (รูปที่ 12)

องค์ประกอบเหล่านี้เป็นตัวกำหนดกรอบงานวิจัยเพื่อหาคำตอบว่าจะทำอะไรให้การดูแลรักษาโรคเบาหวานในระดับท้องถิ่นมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย

จาก The Blueprint for Change ฉบับนี้ เราจะแสดงให้เห็นว่าบริษัทโนโว นอร์ดิสก์ – ด้วยความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น – กำลังทำงานในเรื่องนี้อย่างไร

## โอกาสสำหรับภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ซับซ้อนและไม่มีใครสามารถจัดการปัญหาได้โดยลำพัง เราเชื่อว่าความร่วมมือกันระหว่างภาคเอกชนและภาครัฐจะสามารถสร้างประโยชน์ต่อผู้ป่วยรวมทั้งผู้ที่มีส่วนร่วมทั้งหมดได้มากขึ้น และนี่คือสิ่งที่เราเรียกว่า – การสร้างค่านิยมร่วม (รูปที่ 12)

ด้วยวิสัยทัศน์และประวัติที่ดีของเราในด้านการให้ความร่วมมือและการเป็นพันธมิตรมาอย่างยาวนาน เราเชื่อมั่นที่จะเป็นพันธมิตรในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

## การดำเนินธุรกิจที่ยั่งยืนเป็นสิ่งดีสำหรับผู้ป่วยและโนโว นอร์ดิสก์

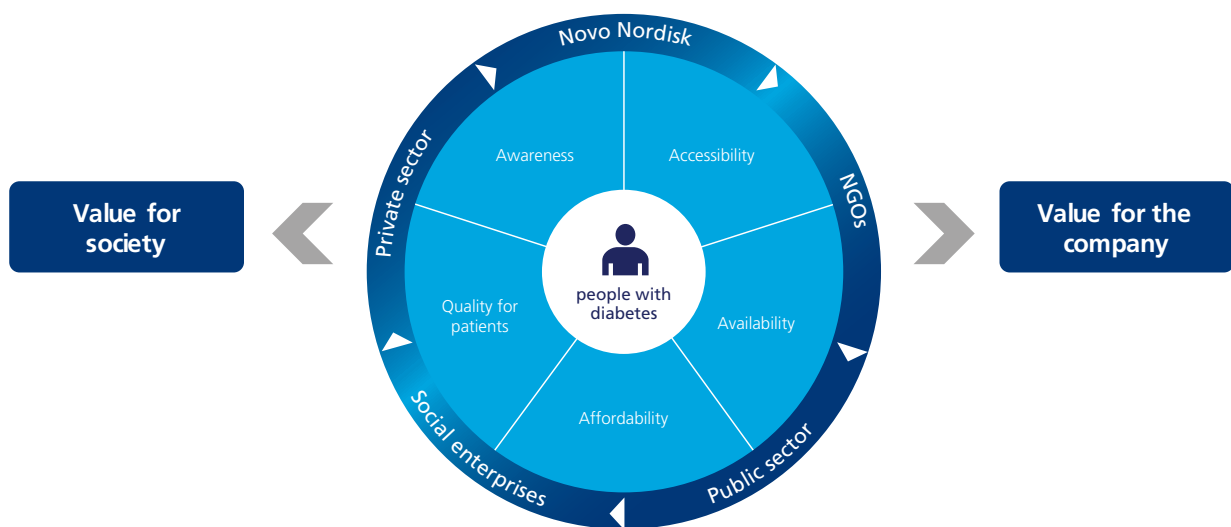
กลยุทธ์หลักของเรามุ่งเน้นที่คำสัญญาในการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทุกสิ่งที่เราทำ งานของเราคือประสานงานในระบบดูแลสุขภาพตามรูปแบบ ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วย และ

ให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยเบาหวานนอกเหนือจากยา เราเชื่อว่าอะไรที่เป็นสิ่งดีสำหรับผู้ป่วย พนักงานของเรา และชุมชน ก็จะเป็นสิ่งที่ดีสำหรับเราด้วยเช่นกัน และเราจึงเชื่อว่าการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการทำธุรกิจ และมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนร่วม สามารถทำให้เรารักษาตำแหน่งความเป็นผู้นำในประเทศไทยตลอดหลายปีที่ผ่านมา เราเป็นผู้ผลิตอินซูลินเกือบครึ่งหนึ่งของอินซูลินทั้งหมดในโลก และในประเทศไทย สามในห้าของผู้ใช้อินซูลินใช้อินซูลินที่เป็นผลิตภัณฑ์ของเรา

เรายังจัดสร้างสถานที่ทำงานที่สร้างความรู้สึกรักผูกพัน และตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 บริษัทโนโว นอร์ดิสก์ประเทศไทยได้มีการขยายเป็นสองเท่าโดยมีผู้ร่วมงานเป็นจำนวนมากกว่า 110 คน คนของเราเชื่อในพันธกิจและให้คำสัญญาที่จะเอาชนะโรคเบาหวาน<sup>25</sup>

รูปที่ 12 — การสร้างค่านิยมร่วมกับพันธมิตร

ค่านิยมของพวกเราตั้งอยู่บนพื้นฐาน 5 ประการ ในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน



# ความมุ่งมั่นของโนโว นอร์ดิสค์ที่มีต่อประเทศไทยมายาวนานกว่า 30 ปีเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

บริษัท โนวา นอร์ดิสค์ มีประวัติยาวนานถึง 30 ปีในประเทศไทย เราส่งมอบยาเบาหวานที่เป็นนวัตกรรมใหม่ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงสิทธิในการรักษา เราได้ให้คำมั่นสัญญากับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยซึ่งนอกเหนือจากยาแล้วเรายังจะช่วยเหลือผู้คนจำนวนมากให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย

โนวา นอร์ดิสค์ เป็นบริษัทด้านการดูแลสุขภาพชั้นนำในระดับโลกที่มีนวัตกรรมและความเป็นผู้นำในการดูแลโรคเบาหวานมากกว่า 90 ปี โดยมีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ในประเทศเดนมาร์ก และมีพนักงานมากกว่า 41,700 คน ใน 77 ประเทศ และมีผลิตภัณฑ์จำหน่ายใน 165 ประเทศ<sup>25</sup>

สำนักงานในประเทศไทยได้ก่อตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.2526 (รูปที่ 13) และเติบโตอย่างมากระหว่างปีนั้นมา

## เราเป็นผู้นำการตลาดเรื่องการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

การดูแลรักษาโรคเบาหวานเป็นธุรกิจที่ใหญ่และเติบโตเร็วที่สุดของพวกเรา โดยคิดเป็นเกือบร้อยละ 90 ของยอดขายของบริษัทในประเทศไทย<sup>25</sup> นับตั้งแต่เริ่มต้นเรายังคงมุ่งเน้นการพัฒนาวิธีแก้ปัญหาในรูปแบบใหม่ๆ ให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในประเทศไทย เราได้นำเสนอการรักษาโรคเบาหวานที่ดีที่สุดในกลุ่มรวมถึงผลิตภัณฑ์ที่หลากหลายมากที่สุด ตั้งแต่อินซูลินชนิดพื้นฐานจากคนแบบบรรจุในขวดแก้ว จนถึงอนุพันธ์ของอินซูลินแบบบรรจุในอุปกรณ์ฉีดยาที่ทันสมัยหรือปากกาฉีดยา ซึ่งทำให้

มั่นใจได้ว่าเรามียาให้กับผู้ป่วยเบาหวานทุกรายในประเทศโดยไม่ต้องคำนึงถึงสิทธิในการรักษา

สำหรับโรคเบาหวานแล้ว ไม่มีการรักษาใดการรักษาหนึ่งที่สามารถใช้ได้กับทุกคน การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยคนหนึ่งอาจไม่ใช่การรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยอีกคน และการรักษาที่ผลดีกับผู้ป่วยคนหนึ่งในวันนี้อาจไม่ได้ผลเมื่อเวลาผ่านไป เราจึงจำเป็นต้องมีทางเลือกของการรักษาที่หลากหลายเพื่อให้มั่นใจว่าการรักษาที่เลือกสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสมที่สุด



**3 ใน 5** ของผู้ที่ใช้อินซูลินในประเทศไทยไว้วางใจในผลิตภัณฑ์ของโนวา นอร์ดิสค์<sup>25</sup>



**ยารักษาเบาหวานทุกชนิด**  
ของบริษัทที่เป็นนวัตกรรมใหม่ มีใช้ในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน<sup>25</sup>

## เราผลักดันธุรกิจตามแนวทางที่ยั่งยืน

ที่โนวา นอร์ดิสค์ เราดำเนินงานตาม “แนวทางของโนวา นอร์ดิสค์” ซึ่งอธิบายว่าเราเป็นใคร เราต้องการไปยังที่ใด และคุณค่าที่อธิบายความเป็นบริษัทของพวกเรา<sup>46</sup>

ตามแนวทางของโนวา นอร์ดิสค์ เรามุ่งมั่นทำกิจกรรมด้วยความรับผิดชอบ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสังคม นี่คือนสิ่งที่เราเรียกว่า ความสำเร็จขององค์กรอย่างสมดุล 3 ด้าน (Triple Bottom Line)<sup>45</sup>

รูปที่ 13 — ประวัติของบริษัทโนวา นอร์ดิสค์ในประเทศไทย

## พันธสัญญาที่มีประวัติอันยาวนาน





# โนโว นอร์ติสค์คิดค้นและพัฒนานวัตกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้คนไทยสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น

เราลงทุนในการวิจัยทางคลินิกที่อาจนำมาซึ่งทางเลือกในการรักษาที่ดีกว่าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน คุณค่าที่ได้จากการดำเนินการวิจัยทางคลินิกนั้นมากกว่าข้อมูลที่ได้อีก

## เราลงทุนเพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น

การศึกษารายงานทางคลินิกจัดทำขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลด้านประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และการใช้ยาที่เหมาะสมในมนุษย์

สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PReMA) ได้รายงานไว้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีการทำวิจัยมากที่สุดในประเทศไทย<sup>47</sup> และส่วนใหญ่เป็นโครงการวิจัยของโนโว นอร์ติสค์<sup>25</sup>

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 เราได้ดำเนินงานโครงการวิจัยโรคเบาหวานจำนวนทั้งสิ้น 16 จาก 25 โครงการ และได้รับผู้ป่วย 472 รายเข้ามาในโครงการ ซึ่งพวกเราได้ทำงานอย่างใกล้ชิดกับ 16 โรงพยาบาลทั่วประเทศ<sup>25</sup>

การศึกษารายงานทางคลินิกเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย อุตสาหกรรมยา บุคลากรทางการแพทย์ รัฐบาล และหน่วยงานที่มีอำนาจกำกับดูแลด้านสุขภาพ เมื่อกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเหล่านี้มีเป้าหมายร่วมกันเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย

จะเกิดคุณค่าต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและมากกว่าข้อมูลที่ได้รับในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา (รูปที่ 14)<sup>48</sup>



## 277 ล้านบาท

หรือ 8 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็นจำนวนเงินที่โนโว นอร์ติสค์ได้ลงทุนเพื่อดำเนินโครงการวิจัยทางคลินิกในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552<sup>25</sup>

## เราสร้างนวัตกรรมใหม่ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้

ยาของเราสามารถเบิกจ่ายได้โดยระบบดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ทั่วโลก และนวัตกรรมใหม่หลายชนิดของเราได้ถูกจัดเป็นมาตรฐานของการรักษาในประเทศไทย

ตัวอย่างเช่น อนุพันธ์ของอินซูลินที่ได้รับการคัดเลือกให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (NLEM)<sup>49</sup> และสามารถเข้าถึงได้โดยผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) และสิทธิประกันสังคม (SSS)

พวกเราได้พยายามให้การสนับสนุนผู้ให้บริการด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่น นอกเหนือไปจากการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาของเราได้ เรายังทำกิจกรรมต่อไปนี้:

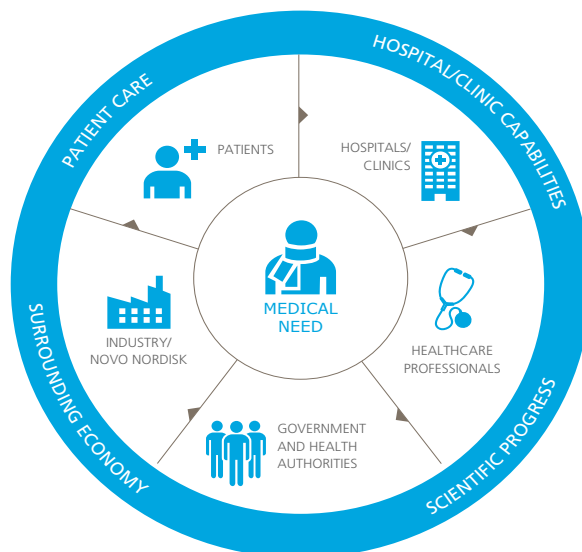
1. แจกจ่ายปากกาฉีดอินซูลินอย่างน้อย 40,000 ตัวโดยไม่คิดมูลค่าทุกปี<sup>25</sup>
2. สนับสนุนยากากูคาตอนโดยไม่คิดมูลค่าเพื่อใช้รักษาภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดชนิดรุนแรง และตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 เราได้บริจาคมยากากูคาตอนจำนวน 700 หลอดให้แก่ผู้ป่วย<sup>25</sup>
3. สนับสนุนเครื่องวัดน้ำตาลในเลือดโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ป่วยที่กำลังจะเริ่มใช้อินซูลิน ซึ่งเราแจกจ่ายประมาณ 2,000 เครื่องในแต่ละปี<sup>25</sup>

รูปที่ 14 — การสร้างค่านิยมร่วมในการวิจัยทางคลินิก

## การวิจัยทางคลินิก

ช่วยพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ส่งผลดีต่อสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ



เพิ่มระดับความสามารถของโรงพยาบาล/คลินิก

ช่วยขับเคลื่อนความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์

# การเพิ่มความตระหนักรู้และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น

โนโว นอร์ดีสค์จัดกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่สาธารณะเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ที่มีความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยโดยเร็วและได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้เรายังสนับสนุนในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและมีสุขภาพที่ดีแม้เป็นโรคเบาหวาน

## วันเบาหวานโลกมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ในวันเบาหวานโลก (World Diabetes Day: WDD) ซึ่งตรงกับวันที่ 14 พฤศจิกายนของทุกปี เราได้จัดกิจกรรมการตรวจคัดกรองน้ำตาลในเลือดโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ให้คำแนะนำการทำอาหารเพื่อสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แก่ประชาชนทั่วไป (กล่องข้อความที่ 3)

เรายังเป็นเจ้าภาพร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยจัดงานแถลงข่าวแก่สื่อมวลชน ซึ่งในงานนี้ผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายได้มาอภิปรายเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักรู้ การป้องกัน การวินิจฉัย

การรักษา และกลยุทธ์เพื่อรับมือกับความท้าทายของโรคเบาหวานในระดับชาติ

## การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยช่วยเพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง

เราทราบดีว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องจัดการดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่<sup>50</sup> ซึ่งเป็นสิ่งท้าทายและรบกวนชีวิตประจำวันของพวกเขา ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น เราจึงได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และองค์กรทางการแพทย์ จัดตั้งค่ายเบาหวานอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (กล่องข้อความที่ 4) โครงการนี้ได้เริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ.2533 และมุ่งเน้นในการให้ความรู้แบบเจาะลึกแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ค่ายเบาหวานเหล่านี้กระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งในพื้นที่ชนบทและในเขตเมือง เฉพาะในปี พ.ศ.2559 พวกเราได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นจำนวนถึง 1,890 ราย การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกระทำโดยพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคเบาหวานที่ผ่านการรับรองแล้ว ดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยในหัวข้อต่างๆ เช่น อาหาร การดูแลเท้า การออกกำลังกาย แง่มุมด้านจิตสังคม การวัดน้ำตาลในเลือด และวิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ และโรคเบาหวานในเด็ก

กล่องข้อความที่ 3 — โนวา นอร์ดีสค์ได้ลงทุนใน....

กล่องข้อความที่ 4 — โนวา นอร์ดีสค์ได้ลงทุนใน....

## วันเบาหวานโลก

วันเบาหวานโลกตรงกับวันที่ 14 พฤศจิกายน ซึ่งมีการจัดงานทุกปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้แก่สาธารณะ สนับสนุนสิ่งที่จะช่วยให้ประชากรมีสุขภาพดีขึ้น และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

**30** มากกว่า 20 ปี  
ที่โนวา นอร์ดีสค์ได้จัดงานวันเบาหวานโลกในประเทศไทย



ประชาชนประมาณ **8.8 ล้านคน** ได้เข้าร่วมงานเบาหวานโลกที่จัดโดยโนวา นอร์ดีสค์ทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ.2533

## การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้เริ่มจัดขึ้นในประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 โดยเราได้สนับสนุนสมาคมแพทย์และโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อจัดการอบรมให้ความรู้ โดยดำเนินการในรูปแบบของค่ายฤดูร้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้เรียนรู้การดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดีแม้มีโรคเบาหวาน และเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง



มีการจัดค่ายเบาหวานอบรมให้ความรู้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 จำนวน **ประมาณ 40 ค่าย** ทั่วประเทศ



ผู้ป่วย **ประมาณ 1,890 ราย** ร่วมเข้าค่ายอบรมที่สนับสนุนโดยโนวา นอร์ดีสค์ในปี พ.ศ.2559



รูปร่างวันเบาหวานโรคเบาหวานในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2559



รูปค่ายอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2559

# การพัฒนาองค์ความรู้และการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา

โนโว นอร์ดิสค์สนับสนุนโครงการที่ช่วยยกระดับความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ดีขึ้น เรายังสนับสนุนการศึกษาวินิจฉัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะของประเทศเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

## การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

ด้วยความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เรายังสนับสนุนและเป็นเจ้าภาพจัดงานให้ความรู้ การประชุมทางวิชาการ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (กล่องข้อความที่ 5 และ 6) นอกจากนี้เรายังได้ตั้งเป้าหมายที่จะเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญในระดับท้องถิ่น โดยจัดโครงการ “การฝึกอบรมผู้สอน” ซึ่งหัวข้อในการฝึกอบรม ได้แก่ การจัดการโรคเบาหวานขั้นพื้นฐาน การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในปัจจุบัน การดูแลเท้า และการรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

โนโว นอร์ดิสค์เชื่อว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานทั้งแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นจะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตและพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยในทุกภูมิภาคของประเทศไทยให้ดีขึ้น

การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของเรานั้นได้รวมถึงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ ตัวอย่างเช่น เราเป็นบริษัทแรกในประเทศไทยที่ได้เริ่มโครงการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2546

## การศึกษาทางระบาดวิทยาช่วยสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์

เราให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย เช่น DiabCare Asia<sup>50,51</sup> ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจทางระบาดวิทยาแบบ

ตัดขวางที่ประเมินสถานการณ์การจัดการโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมโรค DiabCare Asia เริ่มต้นในประเทศไทยในปี พ.ศ.2539 และติดตามผลในปี พ.ศ.2541, 2544, 2546 และ 2550<sup>50,51</sup> โดยความร่วมมือกับสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ชมรมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย และโรงพยาบาล 20 แห่ง ซึ่งข้อมูลของผู้ป่วยได้ถูกเก็บรวบรวมเพื่อนำไปวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นจริง ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจนี้มีความเฉพาะและเป็นโอกาสที่จะได้นำไปใช้ในการช่วยปรับปรุงการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย ในอนาคตอันใกล้

กล่องข้อความที่ 5 — โนวา นอร์ดิสค์ได้ลงทุนใน....

กล่องข้อความที่ 6 — โนวา นอร์ดิสค์ได้ลงทุนใน....

## การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์

ตั้งแต่เริ่มดำเนินงานในประเทศไทย เราได้จัดโครงการฝึกอบรมเป็นประจำเพื่อยกระดับความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ (Healthcare Professional: HCP) ด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกล่าสุดของการจัดการโรคเบาหวาน

 ตั้งแต่ปี 2539 โนวา นอร์ดิสค์ได้จัดการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์

 บุคลากรทางการแพทย์ ประมาณ 10,000 ราย เข้าร่วมการฝึกอบรม

## โครงการฝึกอบรมผู้สอน

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถและความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ในการทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ที่เลี้ยง และครูสำหรับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

 โนวา นอร์ดิสค์ได้จัดโครงการฝึกอบรมผู้สอนอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาเกือบ 5 ปี

 มีบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า 100 ราย เข้าร่วมการอบรม



# การจัดการโรคเบาหวานที่ดีทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น และช่วยลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศชาติ

โนโว นอร์ดีสค์เชื่อว่า การควบคุมโรคเบาหวานที่ดีเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันผู้ป่วยจากการเกิดโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

“เป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน” ถือเป็นโอกาสที่จะได้พัฒนาชีวิตของประชากรทั่วโลกให้ดีขึ้น

ที่โนโว นอร์ดีสค์ เรารู้ถึงภาระของโรคเบาหวาน และโรคไม่ติดต่ออื่นๆที่เพิ่มขึ้น เราจะมุ่งเน้นการสนับสนุนเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ 3.4 เป็นพิเศษ โดยอาศัยการดำเนินธุรกิจของเรา<sup>52</sup>

บริษัทโนโว นอร์ดีสค์ ฟาร์มา (ประเทศไทย) มีความมุ่งมั่นที่จะให้ความร่วมมือภาครัฐเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยส่งเสริมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและให้การดูแลรักษาภาวะโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานให้มากขึ้นและดียิ่งขึ้น

## การควบคุมโรคเบาหวานได้ดีเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเศรษฐกิจ

การควบคุมโรคเบาหวานอย่างเข้มงวดได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน<sup>13,14</sup> และยังนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่



เป้าหมายโลกข้อ 3.4 มีจุดมุ่งหมายที่จะลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงให้ได้หนึ่งในสามภายในปี พ.ศ.2573<sup>43</sup>

ดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากโรคเบาหวานได้ประมาณการณว่าในประเทศไทย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และระดับโคเลสเตอรอล ให้ได้ใกล้เคียงกับค่าปรกติอาจก่อให้เกิดประโยชน์ทางสุขภาพและการเงินได้อย่างมากในช่วงเวลา 30 ปี (รูปที่ 15)<sup>25</sup>

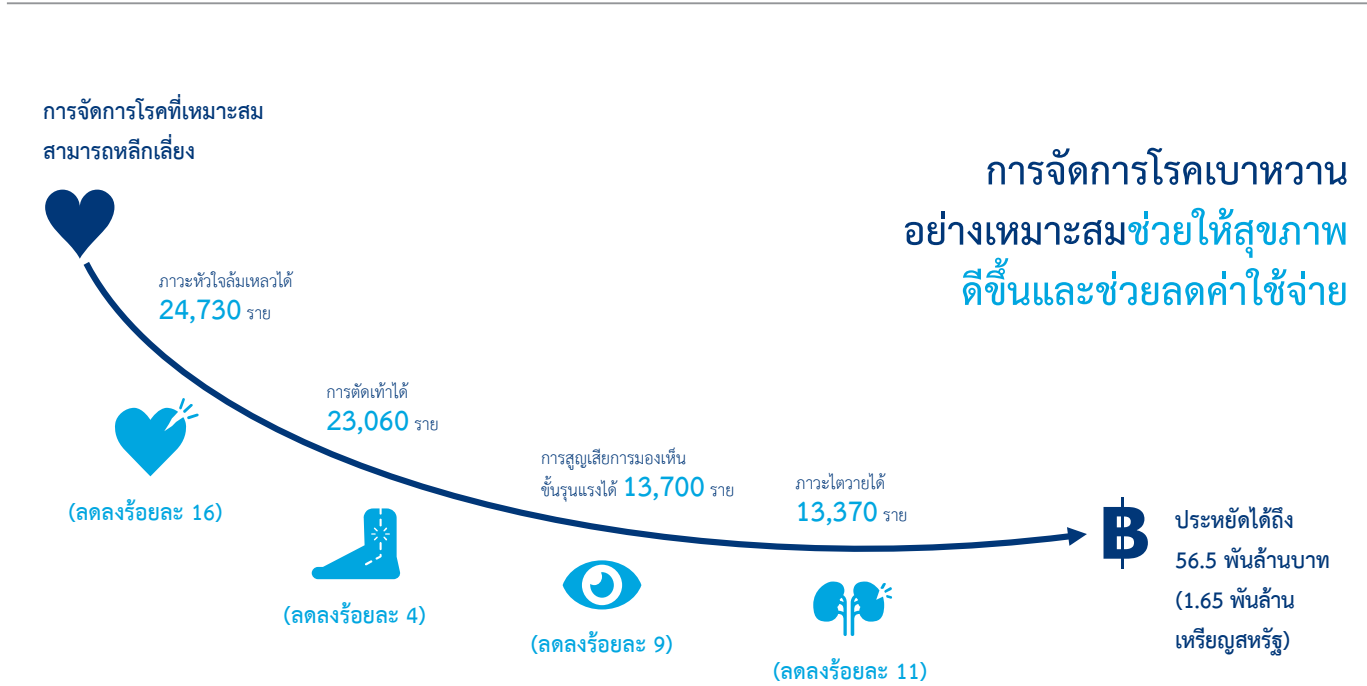
จากการประมาณการของเราแสดงให้เห็นว่าการควบคุมโรคเบาหวานอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยที่

ยังไม่บรรลุเป้าหมายในการรักษาอาจนำไปสู่การลดจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากมาย และลดการเสียชีวิตได้ถึง 15,500 รายใน 30 ปีข้างหน้า<sup>25</sup>

## การควบคุมโรคเบาหวานได้ดีเป็นประโยชน์ต่อสิ่งแวดล้อมด้วย

การควบคุมระดับ HbA<sub>1c</sub> ให้ดีขึ้นส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของความสำคัญขององค์ประกอบอย่างสมดุล 3 ด้าน การมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลงส่งผลให้มีการผ่าตัดน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดการใช้ทรัพยากรและลดการเดินทางไปพบแพทย์ การลดลงของระดับ HbA<sub>1c</sub> จาก 9% เป็น 7% จะช่วยลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการรักษาลงได้ถึงร้อยละ 25 และการลดลงของระดับ HbA<sub>1c</sub> จาก 8% เป็น 7% จะช่วยลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการรักษาลงได้ถึงร้อยละ 13<sup>25</sup>

รูปที่ 15 — ประโยชน์ที่เกิดขึ้นหากจัดการโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม



หมายเหตุ — จำนวนสำหรับช่วงเวลา 30 ปี และอ้างอิงตาม Quintiles IMS CORE Diabetes Model.<sup>55</sup> เป้าหมายการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวทางมาตรฐานการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย (HbA<sub>1c</sub> < 7%, ความดันโลหิต < 140/80 มม.ปรอท, LDL-C < 100 มก/ดล, HDL-C ≥ 40 มก/ดล, triglycerides < 150 มก/ดล, BMI = 22.9 กก/ม<sup>2</sup> ค่าเริ่มต้นที่ใช้ในการวิเคราะห์อ้างอิงจากโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทยในส่วนของผู้ป่วยชาวไทยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA<sub>1c</sub>=8.1%).<sup>14</sup>



# การได้รับการรักษาที่เหมาะสมเป็นเพียงก้าวแรกสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้น

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเข้าถึงนวัตกรรมใหม่ได้มากขึ้น และการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวด สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์นี้ การให้ความร่วมมือกันเพื่อแบ่งปันความเชี่ยวชาญ ความรู้ และทรัพยากร จะช่วยทำให้ต่อสู้กับโรคเบาหวานได้

## การมอบอำนาจการตัดสินใจให้แก่ทีมสหวิชาชีพเพื่อการรักษาเชิงรุก

เราควรให้การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง แพทย์รักษาโรคทั่วไป และเจ้าหน้าที่พยาบาล ให้มีความรู้ในการดูแลรักษาโรคเบาหวานตามมาตรฐาน และสามารถทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการที่ทันสมัยที่สุด และสามารถค้นหาโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกหรือผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคที่แย่งลงได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะทำให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมทั่วประเทศไทย

ทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร และผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานจะเป็นผู้ให้การดูแลรักษาอย่างดีที่สุดที่สามารถช่วยทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

## การเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการรักษาภาวะแทรกซ้อนอย่างทันท่วงที

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดค่าใช้จ่ายของภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้น ระบบการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตา โรคไต หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นได้

การเข้าถึงการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในเวลาที่เหมาะสม เป็นวิธีที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นซึ่งสามารถทำได้โดยการฝึกอบรมแพทย์ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในเวลาที่เหมาะสม รัฐบาลไทยได้เป็นหัวหอกริเริ่มให้การรักษาดตาด้วยเลเซอร์และให้การรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งความพยายามเหล่านี้ได้ช่วยรักษาภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น

## การทำให้เกิดการเข้าถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานที่เท่าเทียมกัน

ซึ่งรวมทั้งการเข้าถึงของผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตกรุงเทพมหานครผ่านเครือข่ายระบบดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิ

โนโว นอร์ดิสค์มีจุดมุ่งหมายที่จะสนับสนุนการต่อสู้กับโรคเบาหวานในประเทศไทยโดยการจัดการเชิงรุก ซึ่งเอื้อให้แพทย์รักษาโรคทั่วไปสามารถช่วยผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือดได้ และยังสามารถสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงการเริ่มให้การรักษาด้วยอินซูลินในเวลาที่เหมาะสม

เราขอเชิญองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมกับเราเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยวิธีที่ยั่งยืน และร่วมทำงานกับเราด้วยความมุ่งมั่นเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย



เด็กชายชินกฤต ศรีเจริญ กับน้องสาวและคุณแม่ พ่อประเทศไทย ชินกฤตเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1

# ร่วมกันยกระดับมาตรฐานการรักษาโรคเบาหวานด้วยกัน... สาส์นจากผู้จัดการทั่วไป

โนโว นอร์ดิสค์ได้มีพันธสัญญาที่จะดำเนินธุรกิจตามหลักการความสำเร็จขององค์กรอย่างสมดุล 3 ด้าน ซึ่งหมายถึงเราจะดำเนินธุรกิจด้วยความรับผิดชอบต่อด้านการเงิน สังคม และสิ่งแวดล้อม การช่วยเหลือสังคมของพวกเราคือการค้นคว้าและพัฒนาด้วยนวัตกรรมใหม่ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ทั่วโลก

ในฐานะผู้นำระดับโลกด้านการดูแลรักษาโรคเบาหวาน โนวา นอร์ดิสค์สนับสนุนเป้าหมายการดูแลสุขภาพเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ.2573 ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อลดภาระของโรคเบาหวานในประเทศที่เราดำเนินงานอยู่ ความสำเร็จตามเป้าหมายเหล่านี้ต้องอาศัยหลายกลยุทธ์ ตั้งแต่การป้องกันโรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพจนถึงนโยบายที่เอื้อให้มีการตรวจวินิจฉัยโรคได้เร็ว และการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสม

ภาระโรคเบาหวานกำลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในประเทศไทยซึ่งประชากรประมาณ 4.8 ล้านคนเป็นโรคเบาหวาน และครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานยังไม่ได้รับการวินิจฉัย

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างมากในการสร้างระบบดูแลสุขภาพที่ชัดเจนและมุ่งเน้นการเข้าถึงยาที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งนโยบายต่างๆ ที่ช่วยให้ประชาชนคนไทยมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดีมากขึ้น

ในความพยายามเหล่านี้ เราเชื่อว่าการที่จะจัดการภาระโรคเบาหวานในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือที่เข้มแข็งจากภาครัฐและเอกชน รวมทั้งหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง บริษัทโนโว นอร์ดิสค์ ฟาร์มา (ประเทศไทย) ได้ให้คำมั่นสัญญามากกว่า 30 ปีที่จะแก้ปัญหาภาระโรคเบาหวานและเรามีความรับผิดชอบที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยไทยในระยะยาว

The Blueprint for Change ฉบับนี้ ถูกจัดทำขึ้นด้วยการสนับสนุนและความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานนี้ไม่ได้เป็นเพียงบทอ้างอิงที่มีเนื้อหาครอบคลุมการประเมินผลกระทบของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่อเศรษฐกิจ สังคม และผู้คนในประเทศไทยเท่านั้น แต่หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นแรงเสริมให้เกิดการเริ่มต้นของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและภาระของโรคดังกล่าวต่อระบบการดูแลสุขภาพและสังคมของประเทศไทย



นายมิโฮ อิริเมสซุ  
ผู้จัดการทั่วไป  
บริษัท โนวา นอร์ดิสค์ ฟาร์มา (ประเทศไทย)

# เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2017. *Diabetes care*. 2017; 40.
3. Thai National Health Examination Survey V Study Group. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nonthaburi, Thailand: National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute, 2016.
4. World Health Organization. Global report on diabetes. World Health Organization, 2016.
5. World Health Organization. Noncommunicable disease country profiles. World Health Organization, 2014.
6. Yau JW, et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes care*. 2012; 35: 556-564.
7. Tabak AG, et al. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *The Lancet*. 2012; 379: 2279-90.
8. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2014. National Health Security Office, Thailand. 203.157.39.7/imrta/images/cpg20141120.pdf. Accessed May 2017.
9. Abdullah A, et al. The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes research and clinical practice*. 2010; 89(3): 309-319.
10. Rangsin R, MedResNet. An assessment on quality of care among patients diagnosed with type 2 diabetes and hypertension visiting hospitals of Ministry of Public Health and Bangkok Metropolitan Administration in Thailand. Bangkok, Thailand: National Health Security Office, 2014.
11. Official Statistics Registration Systems. Thai population 2016. [stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat\\_age\\_disp.php](http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php). Accessed May 2017.
12. Hart JT. Rule of Halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *British journal of general practice*. 1992; 42(356): 116-119.
13. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *British medical journal*. 2000; 321:405-412.
14. Rawdaree P, et al. Thailand Diabetes Registry (TDR) Project: Clinical status and long-term vascular complications in diabetic patients. *Journal of the medical association of Thailand*. 2006; 89 (Suppl.1): 1-9.
15. NHSO Annual Report Fiscal Year 2014. National Health Security Office (NHSO). Bangkok, Thailand: National Health Security Office, 2015.
16. Hernandez GT, Nasri H. World Kidney Day 2014: increasing awareness of chronic kidney disease and aging. *Journal of renal injury prevention*. 2014; 3(1): 3-4.
17. Health Data Center, Ministry of Public Health. [hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php). Accessed September 2017.
18. Ingsathit A, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK Study. *Nephrology dialysis transplantation*. 2010; 25: 1567-1575.
19. Chronic Kidney Disease Prevention Project in Hypertension and Diabetes Patients 2559. Nonthaburi, Thailand: Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016.
20. Vejakama P, Insathit A, Attia J, Thakkinian A. Epidemiological Study of Chronic Kidney Disease Progression: A large-scale population-based cohort study. Health systems research institute. Accessed Aug 2015.
21. Chuasuwan A, Praditpornsilpa K. Thailand renal replacement therapy report 2014. The nephrology society of Thailand. Bangkok, Thailand: The nephrology society of Thailand, 2014.
22. Zhang P, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*. 2010; 87:293-301.
23. Chatterjee S, et al. Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. Health and social care in the community, 2011; 19(3), 289-298.
24. Trade and Economic Indices Bureau, Ministry of Commerce. [indexpr.moc.go.th/price-present/cpi/data/index](http://indexpr.moc.go.th/price-present/cpi/data/index). Accessed July 2017.
25. Internal data on file. Novo Nordisk, 2016.
26. Goh S, Hussein Z, and Rudijanto A. Review of insulin-associated hypoglycemia and its impact on the management of diabetes in South East Asian countries. *Journal of diabetes investigation*. doi: 10.1111/jdi.12647
27. A name list of Thai endocrinologist. The Endocrine Society of Thailand. [thaiendocrine.org/main\\_th/node/678](http://thaiendocrine.org/main_th/node/678). Accessed July 2017.
28. Del Prato S, et al. Improving glucose management: Ten steps to get more patients with type 2 diabetes to blood sugar goal. *International journal of clinical practice*. 2005, 59(11): 1345-1355.
29. Leal J, Gray AM & Clarke PM. Development of life-expectancy tables for people with type 2 diabetes. *European heart journal*, 2009; 30: 834-839.
30. Khunti K, Wolden ML, Thorsted BL, et al. Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. *Diabetes Care*. 2013; 36: 3411-7
31. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes care*. 2017; 40.
32. European Diabetes Policy Group. A desktop guide to type 2 diabetes. *Diabetic medicine*, 1999; 16: 716-30.
33. Canadian Diabetes Association. *Canadian journal of diabetes*. 2013; 37.
34. Office of National Economic and Social Development and Mahidol University. Thailand Healthy Lifestyle – Strategic Plan (2011-2030). Bangkok, Thailand; Ministry of public health, 2011.
35. Our partners. UNDP in Thailand. [th.undp.org/content/thailand/en/home/](http://th.undp.org/content/thailand/en/home/). Accessed May 2017.
36. Mobile Eye Care WDF08-395. World Diabetes Foundation. [worlddiabetesfoundation.org/projects/thailand-wdf08-395](http://worlddiabetesfoundation.org/projects/thailand-wdf08-395). Accessed May 2017.
37. Manual for budget management 2017. National Health Security Office. Bangkok, Thailand: National Health Security Office, 2017.
38. Bulletin of the World Health Organization. Thailand: health care for all, at a price. Volume 88, Number 2, February 2010, 81-160. [who.int/bulletin/volumes/88/2/10-010210/en/](http://who.int/bulletin/volumes/88/2/10-010210/en/). Accessed on May 2017.
39. Srithamrongsawat S, Jongudomsuk P, and Suntorntham S. NHSO Annual report 2013. National Health Security Office. Bangkok, Thailand: National Health Security Office, 2014.
40. Changsirikulchai S and Sirivongs D. Current Picture of the PD First Policy in Thailand. Asia-pacific chapter newsletter. *International society for peritoneal dialysis*. 13(2), 2015.
41. Universal coverage fund management manual 2017. National Health Security Office. Bangkok, Thailand: National Health Security Office, 2017.
42. A Practical Approach toward Sustainable Development - Thailand's Sufficiency Economy Philosophy. Ministry of Foreign Affairs of the Kingdom of Thailand. Bangkok, Thailand: Ministry of Foreign Affairs of the Kingdom of Thailand.
43. United Nations. Sustainable Development Goals. [un.org/sustainabledevelopment/](http://un.org/sustainabledevelopment/). Accessed May 2017.
44. World Health Organization. Office of the High Commissioner for Human Rights. The Right to Health. Joint fact sheet. World Health Organization, 2007.
45. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization, 2012.
46. Novo Nordisk. The Novo Nordisk Way. [novonordisk.com/about-novo-nordisk/novo-nordisk-way.html](http://novonordisk.com/about-novo-nordisk/novo-nordisk-way.html). Accessed May 2017.
47. Deloitte Access Economics. Clinical Research Impact Study Thailand. Bangkok, Thailand: Pharmaceutical Research and Manufacturers Association, 2016.
48. The Blueprint for Change Programme: Assessing the value of diabetes clinical research. Novo Nordisk, 2015.
49. National List of Essential Medicines. Bangkok, Thailand: Ministry of public health, 2017.
50. Nitiyanant W, et al. A Survey Study on Diabetes Management and Complication Status in Primary Care Setting in Thailand. *Journal of medical association of Thailand*. 2007; 90 (1): 65-71.
51. Nitiyanant W, et al. The Diabcare-Asia 1998 Study -Outcomes on Control and Complications in Type 1 and Type 2 Diabetic Patients. *Current medical research and opinion*. 2002; 18 (5): 317-327.
52. Novo Nordisk. Our Position on the 2030 agenda, 2016.
53. Lima VC, et al. Risk factors for diabetic retinopathy: a case-control study. *International journal of retina and vitreous*. 2016; 2:21.
54. World Health Organization. About 9 voluntary global targets. 2017. [who.int/nmh/ncd-tools/definition-targets/en/](http://who.int/nmh/ncd-tools/definition-targets/en/). Accessed September 2017.
55. Palmer AJ, Roze S, Valentine WJ, Minshall ME, Fooks V, Lurati FM, Lammert M & Spinass

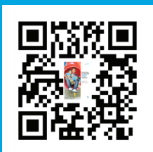
GET IN TOUCH

**Mihai Irimescu**  
General Manager  
Novo Nordisk Pharma Thailand Ltd

sustainability@novonordisk.com  
novonordisk.com/blueprint

## The Blueprint for Change

The Blueprint for Change นี้ได้แสดงให้เห็นว่าโนโว นอร์ดิสค์ได้สร้างคุณค่าร่วม ด้วยหลักการความสำเร็จขององค์กรอย่างสมดุล 3 ด้าน (Triple Bottom Line) ได้อย่างไร หนังสือฉบับนี้ได้กล่าวถึงข้อมูล และอ้างอิงตามงานวิจัยที่ครอบคลุม อันก่อให้เกิดคุณค่า ในแต่ละบทได้มีการเพิ่มความเชื่อมโยงระหว่างแนวทางที่พวกเราปฏิบัติเพื่อความยั่งยืนและการสร้างคุณค่า รวมถึงความสำเร็จที่สำคัญ ความท้าทายที่รออยู่ข้างหน้า และแนวทางเพื่อปรับปรุง



### เกี่ยวกับโนโว นอร์ดิสค์

โนโว นอร์ดิสค์เป็นบริษัทเวชภัณฑ์ระดับโลกที่มีนวัตกรรมและเป็นผู้นำด้านการดูแลรักษาโรคเบาหวานมานานกว่า 90 ปี ทำให้พวกเราประสบความสำเร็จและมีขีดความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้คนในการต่อสู้กับโรคเรื้อรังที่ร้ายแรง เช่น ฮีโมฟีเลีย การเจริญเติบโตผิดปกติ และ โรคอ้วน โนวोनอร์ดิสค์มีสำนักงานใหญ่อยู่ในประเทศเดนมาร์ก มีพนักงานประมาณ 41,700 คน ใน 77 ประเทศ และจำหน่ายผลิตภัณฑ์ใน 165 ประเทศ โปรดเข้าไปที่เว็บไซต์ [novonordisk.com](http://novonordisk.com) สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม