

ตัวชี้วัดสุขภาพ แห่งชาติ

“ตัวชี้วัดสุขภาพต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ในระดับโครงสร้าง ในระดับพฤติกรรมเฉพาะคน ชุมชน และประเทศ”

พ.ศ. 2547 มะเร็งและเนื้องอก และอุบัติเหตุ ยังคงเป็นสาเหตุการตายที่มีอัตราสูงที่สุดของคนไทย การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน นับเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องเร่งป้องกันและดูแล

“ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ” ของประเทศไทย ถูกพัฒนาขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง และผ่านกระบวนการกลั่นกรองโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพต่างๆ ซึ่งได้สรุปกรอบตัวชี้วัดใน 3 องค์ประกอบ ด้วยกันได้แก่ **หนึ่ง สถานะสุขภาพ สอง ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ และ สาม ระบบบริการสุขภาพ**

องค์ประกอบแรก สถานะสุขภาพ สุขภาพกายคนไทยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น เป็น 69.5 ปี และ 76.3 ปี สำหรับชายและหญิง ตามลำดับ และอัตราการตายวัยแรงงานที่มีแนวโน้มลดต่ำลง จากการศึกษาใน พ.ศ. 2552 พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะในผู้ชาย มีสาเหตุอันดับแรกมาจากการติดสุรา และในผู้หญิงจากโรคเบาหวาน แทนที่เอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในอันดับต้นๆ เมื่อ

จากการประเมินสุขภาพจิตใน พ.ศ. 2551 และ 2552 พบสถานการณ์ที่ดีขึ้นเช่นกัน คนไทยส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยชีวิตระดับของสุขภาพจิตและความสุขของการดำรงชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น สัดส่วนของคนไทยที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดน้อยลงซึ่งสอดคล้องกับตัวเลขอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จากอัตรา 8.6 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2542 เป็น 5.7 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2552 เกี่ยวกับ “คุณภาพของจิตใจ” ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสุขภาวะทางปัญญาในมิติหนึ่ง โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมการขอโทษเมื่อกระทำผิด การให้อภัยแก่ผู้อื่นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เดือดร้อน ก็พบว่า เป็นไปในทางที่ดีขึ้น แม้จะมีข้อบ่งชี้บางอย่างถึงความเคร่งครัดและการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาของคนไทยที่มีแนวโน้มลดลง

องค์ประกอบที่สอง ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพนับว่าดีขึ้นในหลายด้าน จำนวนผู้ที่บริโภคแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีสัดส่วนที่ลดลงในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยังพบพฤติกรรมที่ “ขาด” และ “เกิน” ในการเลือกกินอาหารบางประเภท นั่นคือ มีการกินผักผลไม้ลดน้อยลง แต่ยังนิยมกินอาหารจานด่วน ไขมันสูง และพวกขนมหวาน น้ำอัดลม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเด็ก จากการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายใน พ.ศ. 2551–2552 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงสูงถึงร้อยละ 34.7 และ 32.1 ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนแม่วัยรุ่น โดยเฉพาะในช่วงอายุที่น้อยลง ระหว่าง 10–14 ปี เป็นข้อสังเกตต่อพฤติกรรมด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่ต้องได้รับการใส่ใจและดูแล ในด้านสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ในภาพรวมนั้นดีขึ้น ทั้งเรื่องอากาศ ฝุ่นละออง น้ำ ขยะและกลิ่นเหม็น แต่การร่วมมือและประสานกำลังในการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นยังคงเป็นเรื่องที่สำคัญ

แม้สัดส่วนครัวเรือนที่มีปัญหาหนี้สิน ไม่มีเงินออม และไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองจะยังคงสูง แต่การลดลงอย่างต่อเนื่องของสัดส่วนคนจนในประเทศ ที่เหลือเพียงร้อยละ 8.1 ใน พ.ศ. 2552 ถือเป็นภาพสะท้อนด้านบวกของความมั่นคงในชีวิตคนไทยที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างในการกระจายรายได้ระหว่างคนรวยและคนจนที่สูงถึง 11–15 เท่า ซึ่งเป็นรากเหง้าของปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในสังคมด้านอื่นๆ รวมถึงด้านสุขภาพของคนไทยที่ยังคงไม่มีแนวโน้มลดลง จึงเป็นความเปราะบางที่จะกระทบต่อความมั่นคงรวมถึงเสถียรภาพของสังคมไทยในอนาคตได้ นอกจากนี้ การพัฒนาศักยภาพชุมชนไทย ซึ่งจาก “ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง” ที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ก็เป็นอีกประเด็นที่ต้องได้รับความสำคัญควบคู่กันไปในการสร้างความเข้มแข็งและความมั่นคงของประเทศตั้งแต่ในระดับฐานราก

เมื่อพิจารณา “ดัชนีครอบครัวอบอุ่น” ของประเทศที่อยู่ในระดับต้องเร่งแก้ไขและปรับปรุง เช่นเดียวกับสัดส่วนพ่อและแม่เลี้ยงเดี่ยวที่สูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ความสัมพันธ์ในครัวเรือนไทยว่ากำลังมีปัญหา โดยเฉพาะในด้านบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น “ครอบครัว” ถือเป็น ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพของแต่ละบุคคลที่มีบทบาทสำคัญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สภาพปัญหาเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย

องค์ประกอบที่สาม ระบบบริการสุขภาพ

จากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวได้ว่า คนไทยเกือบร้อยละ 100 มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยมีภาระและความเสี่ยงอันเกิดจากค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่ลดน้อยลง จำนวนครัวเรือนที่ยากจนจากการเจ็บป่วยลดลงจาก 280,000 ครัวเรือน ใน พ.ศ. 2543 เหลือ 88,000 ครัวเรือน ใน พ.ศ. 2551 อย่างไรก็ตาม พบว่า การอุดหนุนงบประมาณภาครัฐในด้านสุขภาพยังมีลักษณะที่ไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะในการให้บริการผู้ป่วยในที่ไหม้อย่างไปยงค์คนรวยมากกว่าคนจน เช่นเดียวกับการกระจายทรัพยากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากร และครุภัณฑ์ที่มีลักษณะกระจุกตัวสูง เมื่อพิจารณาในด้านประสิทธิภาพจากสถานะสุขภาพของคนไทยโดยรวมเปรียบเทียบกับรายจ่ายสุขภาพรวมทั้งประเทศ ซึ่งอยู่ในระดับที่ดีกว่าหลายประเทศ ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในระดับหนึ่ง โดยที่ผ่านมารายจ่ายสุขภาพรวมของไทยค่อนข้างคงที่ คิดเป็นประมาณร้อยละ 3.5–4.0 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ หรือ GDP แต่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนรายจ่ายด้านยา โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักซึ่งมีราคาแพง ถือเป็นประเด็นที่ต้องมีการกำกับและดูแลอย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับในเรื่องคุณภาพและประสิทธิผลของการรักษาที่พบอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในหรือการเสียชีวิตใน 28 วันจะลดลงก็ตาม

สุขภาพกาย

ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

“ระหว่าง พ.ศ. 2548 – 2552 คนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ความดัน เบาหวาน หัวใจ เพิ่มขึ้นถึง 1.5 เท่า กว่าร้อยละ 60 (เกือบสองในสาม) ของการะโรคเกิดจากโรคไม่ติดต่อ”

คนไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แม้ผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ที่ยาวกว่าผู้ชาย แต่กลับสูญเสียช่วงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ในสัดส่วนที่สูงกว่า อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สูงขึ้น เป็นประเด็นที่ต้องเร่งแก้ไข

จากระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ วิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ การปกป้องทางสังคมและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประเทศ อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยมีทิศทางที่ยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดประมาณล่าสุด ณ กลางปี พ.ศ. 2554 ประชากรไทยชายและหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 69.5 และ 76.3 ปี และเมื่อถึงอายุ 60 ปี โดยเฉลี่ยก็ยังสามารถคาดหวังที่จะมีชีวิตยืนยาวได้อีก 19.4 ปี และ 21.9 ปี ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดนี้ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี หรือปีที่มีชีวิตโดยปราศจากโรคภัย (HALE) ใน พ.ศ. 2552 เป็นสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 92 และ 88 ในชายและหญิงตามลำดับ และลดลงเหลือร้อยละ 75 และ 73 เมื่ออายุ 60 ปี การสูญเสียปีที่มีความสมบูรณ์ของสุขภาพนี้ มีค่าเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น แม้ผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวกว่าผู้ชาย แต่มีสัดส่วนของการมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ และการสูญเสียปีชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ที่มากกว่า สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาพะ ในผู้ชายมาจากการติดสุราและอุบัติเหตุจราจร และในผู้หญิงจากโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง

การประมาณค่าอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนเป็นรายปี แต่**อัตราตายวัยแรงงาน** (อายุ 15 – 59 ปี) ที่มีแนวโน้มลดลง แสดงว่า สุขภาพกายของคนไทยมีทิศทางดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การตายด้วยโรคมะเร็งและอุบัติเหตุซึ่งมีอัตราที่สูง และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ รวมถึงอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นรวดเร็วอย่างต่อเนื่อง ยังคงเป็นปัญหา และเป็นประเด็นที่ภาครัฐ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ต้องเร่งหาทางป้องกันและแก้ไข

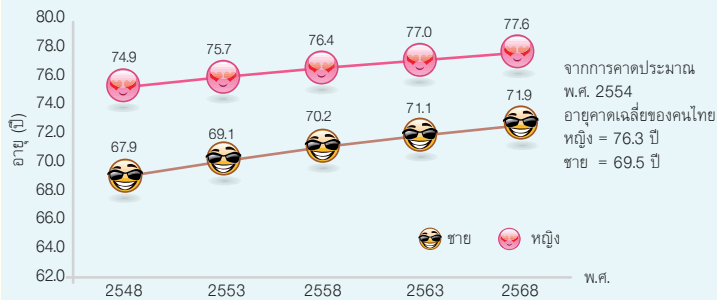
อายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี หรือ HALE
จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2552

	ชาย		หญิง	
	อายุคาดเฉลี่ย (ปี)	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (ปี)	อายุคาดเฉลี่ย (ปี)	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (ปี)
เมื่อแรกเกิด	71.0	65.0	77.5	68.1
ณ อายุ 60 ปี	20	15	22	16

HALE หรือ Health – Adjusted Life Expectancy หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปีโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร โดยปรับค่าร่วมกับระดับสถานะสุขภาพในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งมีการให้น้ำหนักตั้งแต่ 0 ซึ่งหมายถึง “การตาย” ไปจนถึง 1 ซึ่งหมายถึง “สุขภาพสมบูรณ์ที่สุด” จำนวนปีเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่จะถูกปรับค่าให้ลดลง หากประชากรทุกคนไม่ได้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด

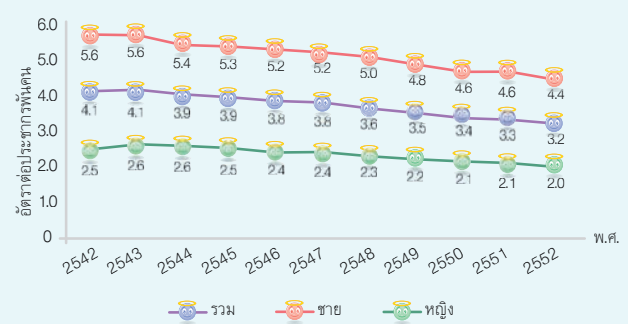
ที่มา: คณะทำงานศึกษาระบาดและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

อายุคาดเฉลี่ย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2548-2568



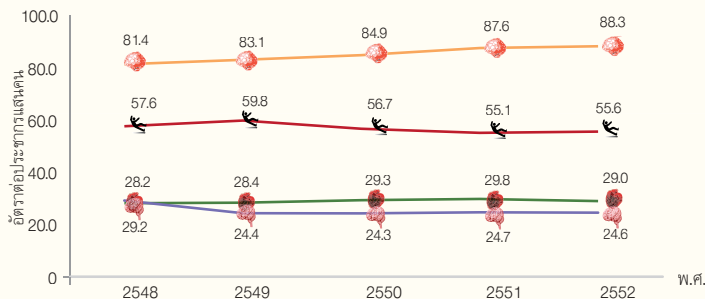
ที่มา: 1) การคาดประมาณใน พ.ศ. 2548 - 2568 จากการฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568
2) การคาดประมาณใน พ.ศ. 2554 จากสำมะโนประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล

อัตราตายวัยแรงงาน (15-59 ปี) จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2542-2552



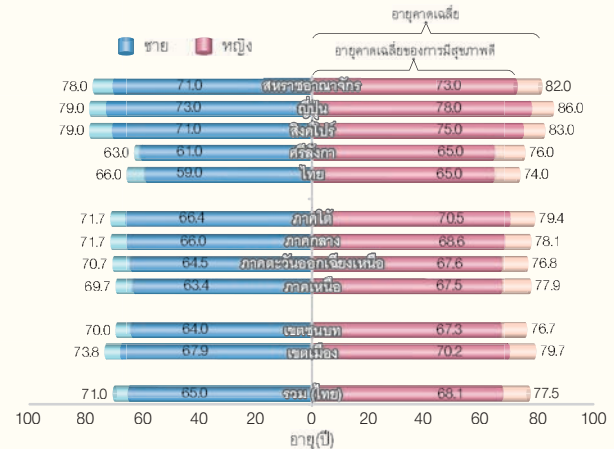
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อัตราตายตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548-2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

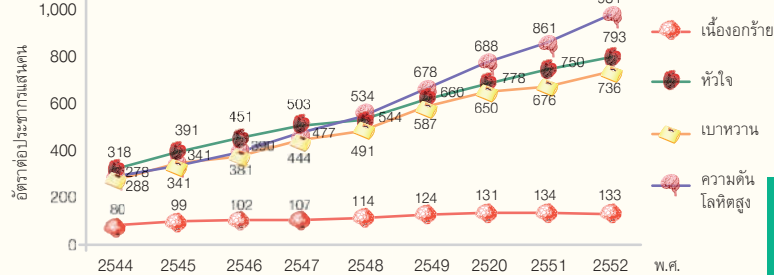
อายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) จำแนกตามเพศและภาค และเปรียบเทียบกับประเทศอื่น



หมายเหตุ: 1) ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเปรียบเทียบประเทศไทย กับประเทศอื่น จากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นข้อมูลใน พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ
2) ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประเทศไทย จำแนกตามเพศและภาค เป็นข้อมูลใน พ.ศ. 2552

ที่มา: คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พ.ศ. 2544-2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การสูญเสียสุขภาพ: (DALYs – Disability Adjusted Life Year) ซึ่งหน่วยวัดการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพดี คำนวณเป็นจำนวนปี โดย

$$DALY = \text{ปีที่สูญเสียไป} + \text{ปีที่สูญเสีย}$$

เพราะตายก่อนถึงวัยอันควร เพราะเจ็บป่วยหรือพิการ

การสูญเสียสุขภาพ:สิบอันดับแรกของคนไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552

อันดับ	ชาย		หญิง	
	2547	2552	2547	2552
1	เอชไอวี/เอดส์	ติดสุรา	หลอดเลือดสมอง	เบาหวาน
2	อุบัติเหตุจราจร	อุบัติเหตุจราจร	เอชไอวี/เอดส์	หลอดเลือดสมอง
3	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง	เบาหวาน	ซึมเศร้า
4	ติดสุรา	เอชไอวี/เอดส์	ซึมเศร้า	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
5	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	ข้อเข่าเสื่อม
6	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	ข้อเข่าเสื่อม	เอชไอวี/เอดส์
7	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	เบาหวาน	อุบัติเหตุจราจร	ต่อกระบอก
8	เบาหวาน	ตับแข็ง	มะเร็งตับ	อุบัติเหตุจราจร
9	ตับแข็ง	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	หูดัง	โลหิตจาง
10	ซึมเศร้า	ซึมเศร้า	โลหิตจาง	มะเร็งตับ

หมายเหตุ: การสูญเสียสุขภาพ พ.ศ. 2552 เป็นผลเบื้องต้น ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554

ที่มา: คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ