

รายงานการสังเคราะห์การจัดทำข้อมูลและพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

โดย

นพ.นิธิจ ฟ้าเจริญผล

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ธันวาคม 2555

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ 2555

ความเป็นมา

การพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ เป็นความพยายามในการสร้างกรอบของการติดตามระบบสุขภาพในระดับมหภาค ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ กับสภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของระบบสุขภาพ โดยในการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ เกิดจากกระบวนการพูดคุยและศึกษากรอบแนวคิดต่างๆร่วมกันระหว่างนักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระหว่างปี 2551-2553 ทำให้ได้ชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติขึ้น และมีการนำเสนอสถานการณ์ตามตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติครั้งแรก ในรายงานสุขภาพคนไทย 2554

ในครั้งนี้เป็นดำเนินการที่ต่อเนื่อง โดยมีการศึกษาข้อมูลที่มีอยู่ และประเด็นการนำเสนอ ภายใต้กรอบของชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สภาวะสังคม และระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นการดำเนินงานภายใต้ คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงนับเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติที่ต่อเนื่องต่อไป ทั้งในด้านกระบวนการกำหนดตัวชี้วัด การพัฒนาตัวชี้วัด และการใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินระบบสุขภาพ รวมทั้งสร้างความตระหนักให้กับสังคม

องค์ประกอบ

ชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 12 หมวด 24 ตัวชี้วัด โดยหมวดของตัวชี้วัด ที่ยังเป็นปัญหาอยู่ ได้แก่ หมวดสุขภาพปัญญา ที่ยังไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนและขาดข้อมูลในการนำเสนอ นอกจากนี้ จากหมวดของตัวชี้วัดทั้ง 12 หมวด ยังสามารถจัดกลุ่มให้มีจำนวนหมวดลดลงได้ อาทิเช่น การรวมหมวด ความมั่นคงของชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว ศักยภาพชุมชน และความมั่นคงของสังคม เข้าไว้ในหมวดเดียวกัน คือ หมวดสภาวะสังคม และการรวมหมวดที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 หมวด เข้าไว้ด้วยกัน ทำให้เหลือจำนวนหมวดเพียง 6 หมวด เพื่อให้ง่ายต่อการนำเสนอ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สภาวะสังคม และระบบบริการสุขภาพ โดยจะนำเสนอแยกในแต่ละหมวด

องค์ประกอบของชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

หมวดตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก*	
1. สุขภาพกาย	1.1 อายุคาดเฉลี่ย 1.2 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 1.3 อัตราตายวัยแรงงาน	สถานะสุขภาพ
2. สุขภาพจิต	2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.2 ร้อยละของประชาชนที่มีความสุขในการดำรงชีวิต	
3. สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา	3.1 ดัชนีสภาวะทางปัญญา	
4. พฤติกรรมสุขภาพ	4.1 ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายในรอบปีที่ผ่านมา 4.2 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในรอบปีที่ผ่านมา 4.3 ร้อยละของการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น	ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ
5. คุณภาพสิ่งแวดล้อม	5.1 ดัชนีคุณภาพอากาศ 5.2 ดัชนีคุณภาพน้ำของแหล่งน้ำ 5.3 ปริมาณการใช้น้ำสะอาด	
6. ความมั่นคงของชีวิต	6.1 ร้อยละของจำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน	
7. ความสัมพันธ์ในครอบครัว	7.1 ดัชนีครอบครัวอบอุ่น 7.2 ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว	
8. ศักยภาพชุมชน	8.1 ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง	
9. ความมั่นคงของสังคม	9.1 ความแตกต่างของรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุด 20% แรก ต่อคนที่จนที่สุด 20% สุดท้าย	
10. ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ	10.1 ผลประโยชน์ที่ได้รับจากงบประมาณรัฐเปรียบเทียบระหว่าง Quintile ที่ 1 และ Quintile ที่ 5 10.2 ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข 10.3 อัตราผู้ป่วยในรายครั้งที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	ระบบบริการสุขภาพ
11. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ	11.1 ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP 11.2 ร้อยละของมูลค่าการใช้จ่ายหลักต่อรายจ่ายด้านยา	
12. คุณภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพ	12.1 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรจะสามารถได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 12.2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 28 วัน	

หมวดที่ 1: สุขภาพกาย

1.อายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี

อายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี เป็นผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพกาย เนื่องจากการมีชีวิตยืนยาว และมีสุขภาพดี เป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพและการบริการสุขภาพ ทำให้ช่วยลดการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยลงได้ สำหรับคนไทย อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด จะอยู่ประมาณ 71 ปี ในผู้ชาย และ 77.5 ปี ในผู้หญิง (ปี 2552) และ ณ อายุ 60 ปี จะมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ 20 ปี ในผู้ชาย และ 22 ปี ในผู้หญิง (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 อายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี จำแนกตามเพศ ปี 2552

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

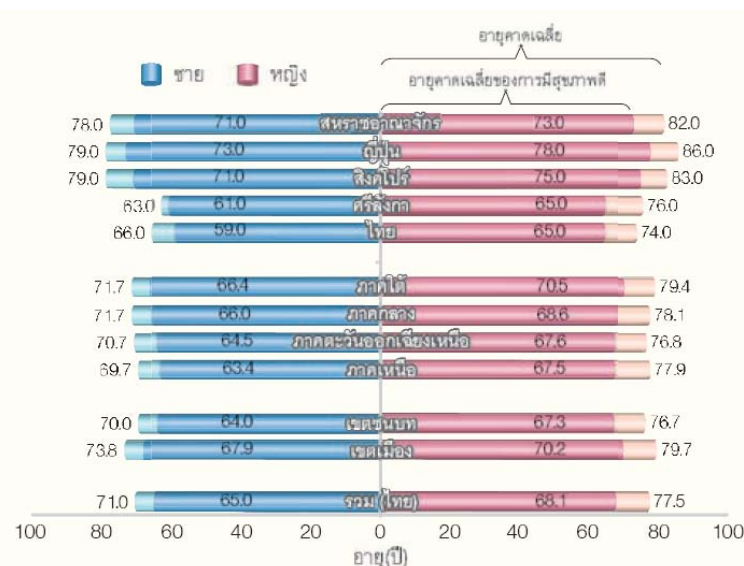
ที่มา: คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สำหรับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นการปรับอายุคาดเฉลี่ยลงมา ตามระดับสุขภาพนั้น พบว่าคนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี เท่ากับ 65 ปี ในเพศชาย และ 68 ปี ในเพศหญิง (ภาพที่ 1) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ก็นับว่ายังต่ำกว่าหลายประเทศ เช่น ต่ำกว่า ญี่ปุ่น 14 ปีในเพศชาย และ 13 ปีในเพศหญิง เป็นต้น โดยภาคใต้มีอายุคาดเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ตามลำดับ และประชาชนในเขตเมือง มีอายุคาดเฉลี่ยมากกว่าในเขตชนบท (ภาพที่ 2)

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

ภาพที่ 2 อายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ของ 5 ประเทศ และจำแนกตามภาคและพื้นที่ของไทย ปี 2552

หมายเหตุ ภาพที่ 1 และ 2 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554



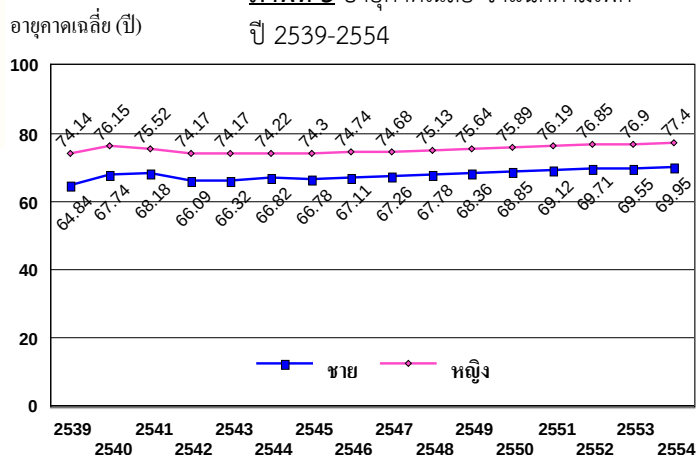
หมายเหตุ: 1) ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี เปรียบเทียบประเทศไทย กับประเทศอื่น จากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นข้อมูลใน พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ
2) ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประเทศไทย จำแนกตามเพศและภาค เป็นข้อมูลใน พ.ศ. 2552

ที่มา: คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ที่มา ภาพที่ 3: รศ.ดร.ปัทมา วาฬพณวงศ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

หากคำนวณแนวโน้มของอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด โดยใช้ข้อมูลทะเบียนการตาย จะพบว่าอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากปี 2539 ซึ่งเท่ากับ 64.8 ปีในชาย และ 74.1 ปีในหญิง เป็น 70 ปีในชาย และ 77.4 ปีในหญิง ในปี 2554 โดยมีบางช่วงที่อายุคาดเฉลี่ยลดลง ได้แก่ช่วงปี 2541-2547 ซึ่งเป็นช่วงที่มีระบาดของโรคเอดส์ แล้วหลังจากนั้น อายุคาดเฉลี่ยก็ค่อยๆเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 3)

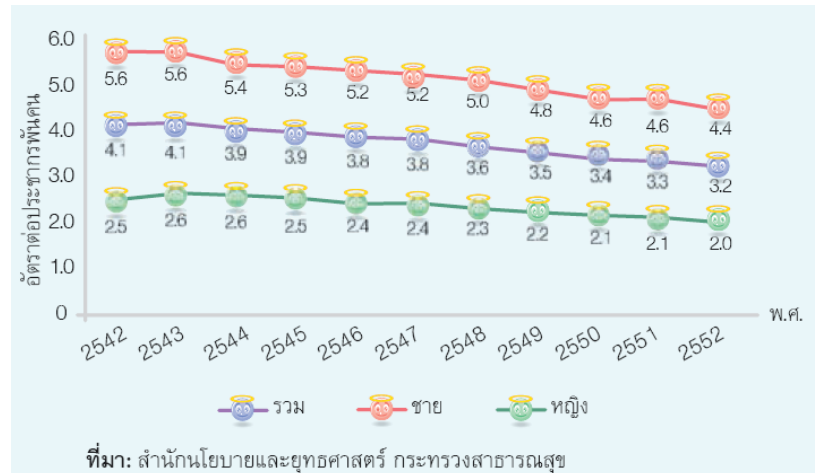
ภาพที่ 3 อายุคาดเฉลี่ย จำแนกตามเพศ ปี 2539-2554



2. อัตราตายวัยแรงงาน

อัตราตายในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) เป็นเครื่องบ่งชี้สถานการณ์สุขภาพที่มีความสำคัญเนื่องจากวัยแรงงาน เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งการตายที่เกิดขึ้นในช่วงดังกล่าว นับเป็นการตายก่อนวัยอันควร และส่วนใหญ่เป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้หรือเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบาดวิทยาของโรค ทำให้อัตราการตายของวัยแรงงาน มีความแปรปรวนหรือเปลี่ยนแปลงไปตามสาเหตุการตายที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา

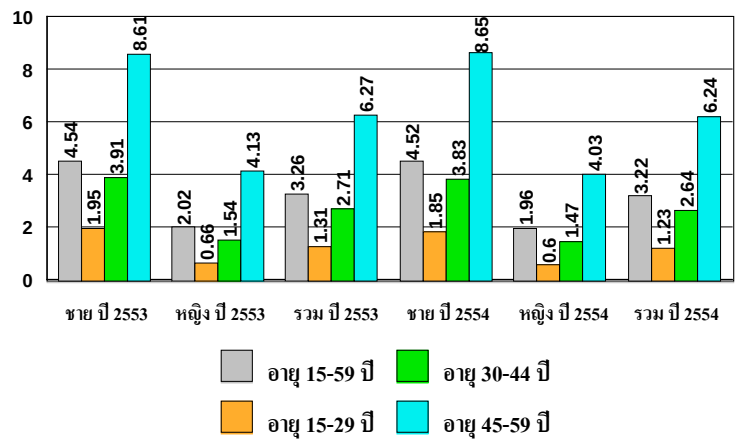
ภาพที่ 4 อัตราตายวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศ ปี 2542-2552



หมายเหตุ ภาพที่ 4 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554

ภาพที่ 5 อัตราตายวัยแรงงาน จำแนกตามเพศและอายุ ปี 2553-2554

อัตราตาย (ต่อพันประชากร)



จากข้อมูลทะเบียนการตาย พบว่าอัตราตายในวัยแรงงานลดลงจาก 4 ต่อพันประชากรในปี 2542 เหลือ 3.2 ต่อพันประชากร ในปี 2552-2554 โดยเพศชาย มีอัตราการตายที่สูงกว่าเพศหญิง เกิน 2 เท่า (ภาพที่ 4-5) และหากจำแนกอายุออกเป็น 3 กลุ่ม จะพบว่า กลุ่มอายุ 45-59 ปี มีอัตราตายสูงสุด รองลงมาคืออายุ 30-44 ปี และอายุ 15-29 ปี ตามลำดับ โดยทั้ง 3 กลุ่มอายุ มีแนวโน้มอัตราตายที่ลดลงระหว่างปี 2553-2554 (ภาพที่ 5) อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี 2541-2547 เป็นช่วงที่มีสถานการณ์การตายจากโรคเอดส์ ทำให้มีอัตราตายในวัยแรงงานที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นการลดลงของอัตราตายในเวลาต่อมา อาจมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการลดลงของอัตราตายจากโรคเอดส์

สาเหตุการตายสำคัญของวัยแรงงาน ในช่วงอายุ 15-29 ปี ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร โรคเอดส์ การฆ่าตัวตาย การถูกทำร้าย ฯลฯ ในขณะที่กลุ่มอายุ 30-59 ปี สาเหตุการตายสำคัญ ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร โรคเอดส์ โรคเบาหวาน มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก กลุ่มอายุ 15-29 ปี ปี 2552

อันดับ	เพศชาย	ร้อยละ	อันดับ	เพศหญิง	ร้อยละ
1	อุบัติเหตุจราจร	42.4	1	โรคเอดส์	23.5
2	การถูกทำร้าย	10.4	2	อุบัติเหตุจราจร	23.4
3	โรคเอดส์	9.3	3	การฆ่าตัวตาย	4.4
4	การฆ่าตัวตาย	6.1	4	ไตอักเสบ	3.4
5	การจมน้ำ	3.7	5	การถูกทำร้าย	2.4
6	โรคตับแข็ง	1.6	6	มะเร็งปากมดลูก	2.2
7	หลอดเลือดสมอง	1.4	7	หลอดเลือดสมอง	2.1
8	ตกจากที่สูง	1.4	8	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	2.1
9	ลมชัก	1.2	9	โรคหัวใจแต่กำเนิด	1.4
10	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	1.1	10	อุจจาระร่วง	1.4
รวม 10 อันดับ		78.7	รวม 10 อันดับ		66.3

ตารางที่ 2 สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก กลุ่มอายุ 30-59 ปี ปี 2552

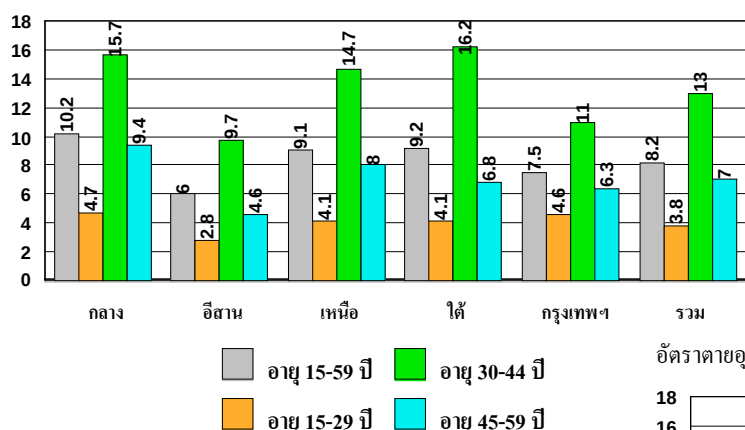
อันดับ	เพศชาย	ร้อยละ	อันดับ	เพศหญิง	ร้อยละ
1	อุบัติเหตุจราจร	10.7	1	โรคเอดส์	9.2
2	โรคเอดส์	10.3	2	โรคเบาหวาน	8.8
3	มะเร็งตับ	9.0	3	หลอดเลือดสมอง	6.9
4	หลอดเลือดสมอง	7.3	4	มะเร็งปากมดลูก	6.4
5	โรคตับแข็ง	7.1	5	มะเร็งตับ	5.9
6	โรคหัวใจขาดเลือด	6.9	6	มะเร็งเต้านม	5.6
7	การฆ่าตัวตาย	3.3	7	อุบัติเหตุจราจร	5.4
8	มะเร็งปอด	3.2	8	โรคหัวใจขาดเลือด	4.8
9	โรคเบาหวาน	3.1	9	โรคตับแข็ง	3.4
10	การถูกทำร้าย	2.9	10	มะเร็งปอด	3.2
รวม 10 อันดับ		64.0	รวม 10 อันดับ		59.5

ที่มา ตารางที่ 1-2: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

หากวิเคราะห์ลงไปใบรายละเอียดของสาเหตุการตายที่สำคัญ ในวัยแรงงาน ได้แก่ โรคเอดส์ และอุบัติเหตุจราจร จะพบว่า อัตราตายจากโรคเอดส์ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี เมื่อจำแนกเป็น 3 กลุ่มอายุแล้ว กลุ่มอายุ 30-44 ปี จะมีอัตราตายมากที่สุด โดยทั้ง 3 กลุ่มอายุ มีแนวโน้มอัตราตายที่เพิ่มขึ้นในปี 2543 จนถึงระดับสูงสุดในปี 2546 แล้วหลังจากนั้น มีอัตราตายที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 6) และหากเปรียบเทียบอัตราตายระหว่างภาค ในปี 2554 จะพบว่ามียุทธาตายสูงที่สุด ที่ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 30-44 ปี (ภาพที่ 8)

สำหรับอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีอัตราตายมากที่สุด โดยอายุ 15-29 ปี มีอัตราตายเพิ่มขึ้นในปี 2545-2547 แล้วลดลง ในขณะที่อีก 2 กลุ่มอายุ มีอัตราตายที่ลดลงตั้งแต่ปี 2545 แต่ทั้ง 3 กลุ่ม กลับมียุทธาตายที่เพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2553-2554 (ภาพที่ 7) ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะสัมพันธ์กับช่วงของการฟื้นตัวจากวิกฤติเศรษฐกิจ ที่มักจะสัมพันธ์กับอุบัติเหตุจราจรที่เพิ่มมากขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบอัตราตายระหว่างภาค ในปี 2554 จะพบว่าอัตราตายสูงที่สุด ที่ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือ (ภาพที่ 9)

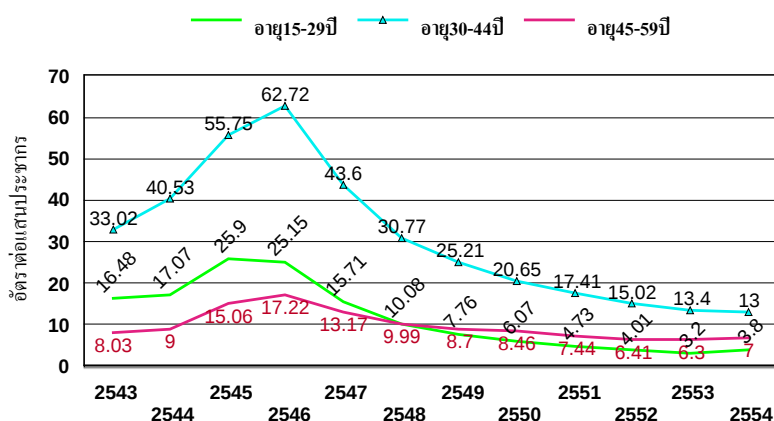
อัตราตายโรคเอดส์ (ต่อแสนประชากร) ปี 2554



ดังนั้นในการลดอัตราตายในวัยแรงงาน จึงต้องคำนึงถึงสาเหตุการตาย กลุ่มอายุหลักที่เสียชีวิต และพื้นที่ที่เป็นปัญหา เพื่อให้การลดอัตราตายในวัยแรงงานนั้นตรงกับจุดที่เป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีอายุที่ยืนยาวขึ้นต่อไป

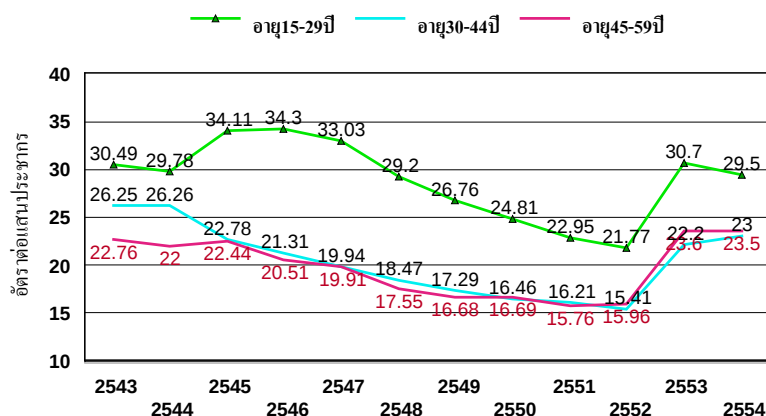
ภาพที่ 6 อัตราตายโรคเอดส์ จำแนกตามอายุ (15-59 ปี) ปี 2543-2554

อัตราตายโรคเอดส์ จำแนกตามอายุ



ภาพที่ 7 อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร จำแนกตามอายุ (15-59 ปี) ปี 2543-2554

อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร จำแนกตามอายุ

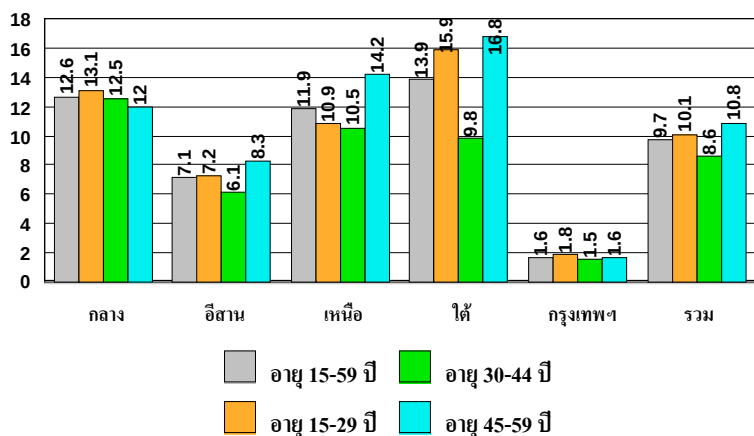


ที่มา ภาพที่ 6-9: วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 8 อัตราตายโรคเอดส์ จำแนกตามภาค และอายุ (15-59 ปี) ปี 2554

ภาพที่ 9 อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร จำแนกตามภาค และอายุ (15-59 ปี) ปี 2554

อัตราตายอุบัติเหตุจราจร (ต่อแสนประชากร) ปี 2554



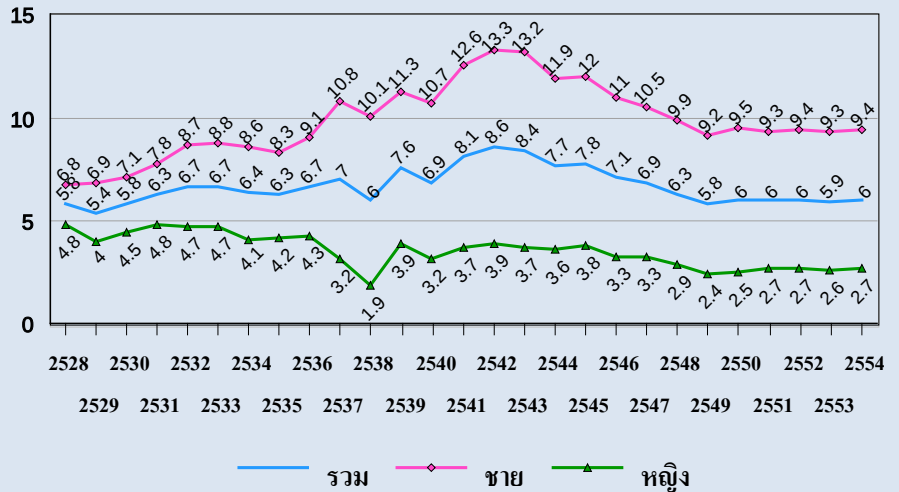
หมวดที่ 2: สุขภาพจิต

1. อัตราการฆ่าตัวตาย

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ สะท้อนผลลัพธ์สุดท้ายของปัญหาสุขภาพจิต ที่ถึงขั้นรุนแรง โดยอัตราการฆ่าตัวตาย ของเพศชายและหญิง มีความแตกต่างกันเพิ่มมากขึ้น จากแนวโน้มของอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เพศหญิงมีอัตราที่ลดลง โดยเฉพาะระหว่างปี 2537-2547 เป็นช่วงที่อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชาย สูงเกิน 10 ต่อแสนประชากร (ภาพที่ 1) โดยในช่วงดังกล่าวมีทั้งปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ และการระบาดของโรคเอดส์

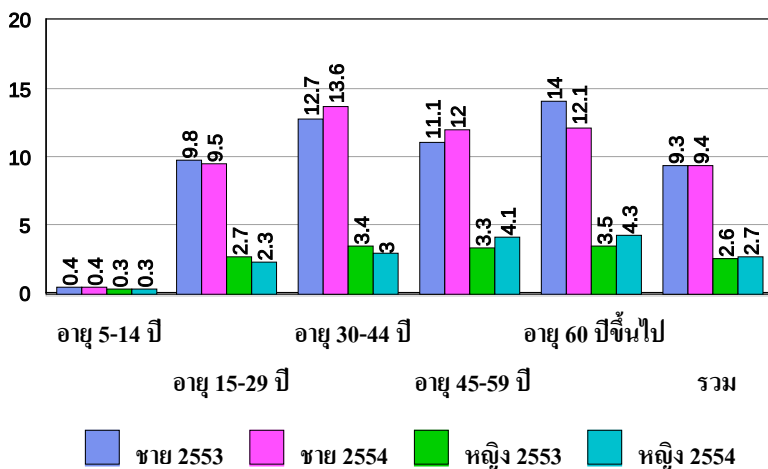
ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามเพศ ปี 2528-2554

อัตราฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร)



ภาพที่ 2 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามเพศและอายุ ปี 2553-2554

อัตราฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร)



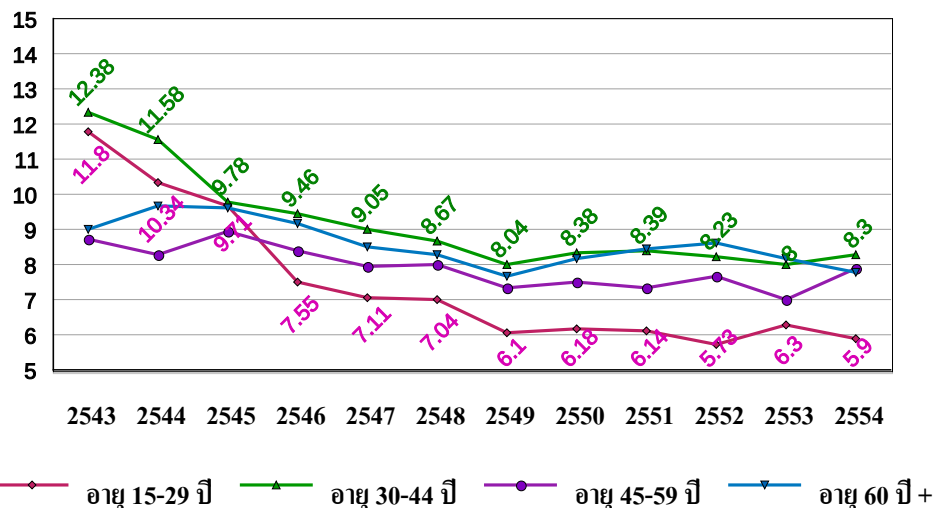
ที่มา ภาพที่ 1: ข้อมูลจากทะเบียนการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง เกือบ 4 เท่า และกลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในเพศชาย คือ อายุ 30-44 ปี ในปี 2554 (อัตรา 13.6 ต่อแสนประชากร) แต่ในปี 2553 กลับเป็นอายุ 60 ปีขึ้นไป (อัตรา 14 ต่อแสนประชากร) ในขณะที่เพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในอายุ 60 ปีขึ้นไป (ภาพที่ 2)

ที่มา ภาพที่ 2-3: วิเคราะห์จากฐานข้อมูลทะเบียนการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2543-2554

แนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายอายุ 15-29 ปี มีแนวโน้มที่ลดลงจาก 11.8 ต่อแสนประชากร ในปี 2543 เป็น 5.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2554 หรือลดลงเหลือร้อยละ 50 ของปี 2543 เช่นเดียวกับอายุ 30-44 ปี ลดลงจาก 12.4 ต่อแสนประชากร ในปี 2543 เป็น 8.3 ต่อแสนประชากรในปี 2554 ทำให้การฆ่าตัวตายในอายุ 30 ปีขึ้นไป มีระดับที่ใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 3)

อัตราฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร)

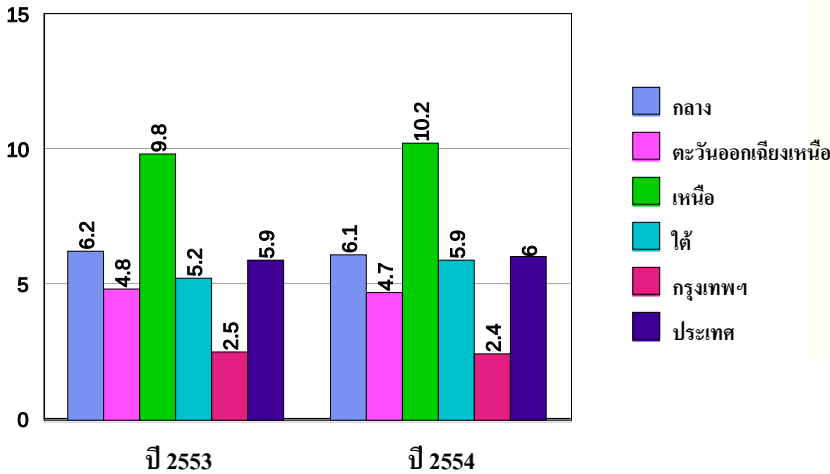


ภาพที่ 3 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามอายุ ปี 2543-2554

อัตราการฆ่าตัวตายในภาคเหนือสูงกว่าภาคอื่น (อัตรา 10.2 ต่อแสนประชากรในปี 2554) รองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพฯ ตามลำดับ (ภาพที่ 4) และเมื่อพิจารณาการกระจายทางภูมิศาสตร์ จะพบว่าภาคเหนือตอนบน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าภาคอื่น (ภาพที่ 5)

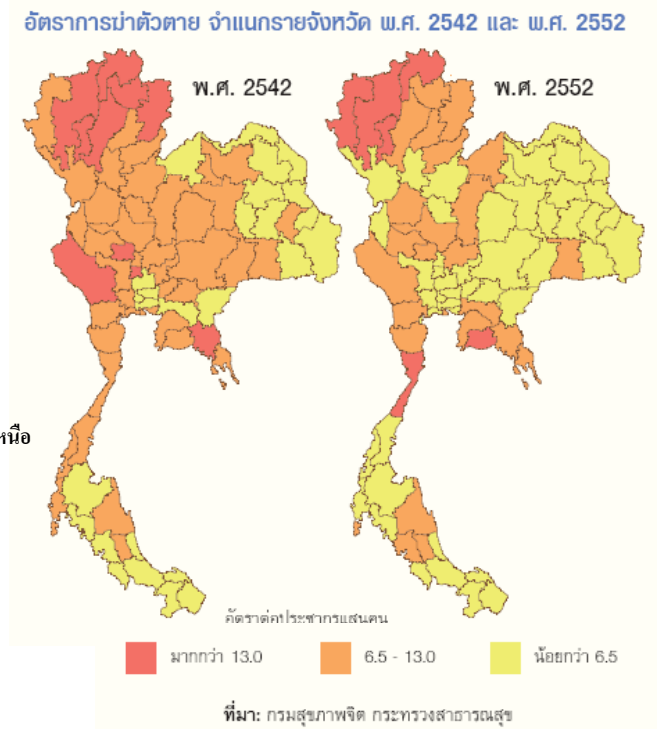
ภาพที่ 4 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามภาค ปี 2553-2554

อัตราฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร)



ที่มา ภาพที่ 4: วิเคราะห์จากฐานข้อมูลทะเบียนการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2553-2554

ภาพที่ 5 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ รายจังหวัด ปี 2542 และ 2552

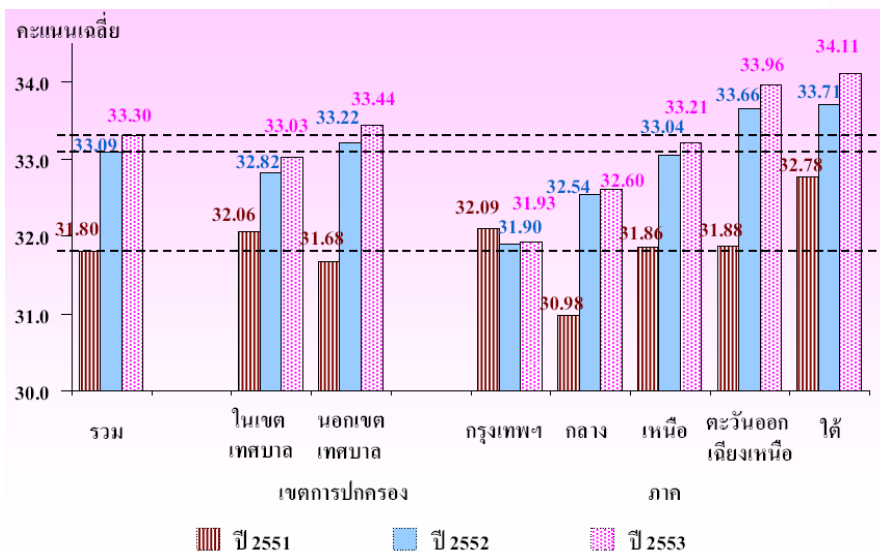


หมายเหตุ : ภาพที่ 5 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554

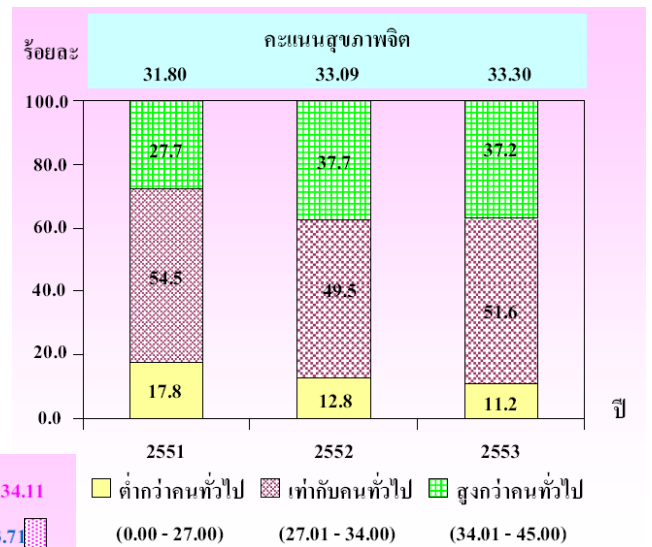
2.ภาวะสุขภาพจิต

สุขภาพจิตของคนไทย เป็นการประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยรวม โดยใช้คำถามที่พัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งจะช่วยสะท้อนระดับสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน โดยในปี 2553 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 11.2 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (คะแนน 0-27) ซึ่งมีแนวโน้มที่ลดลงจากปี 2551 (ร้อยละ 17.8) (ภาพที่ 6)

ภาพที่ 7 คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย จำแนกตามพื้นที่ ปี 2551-2553



ภาพที่ 6 สัดส่วนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามระดับสุขภาพจิต ปี 2551-2553



ที่มา ภาพที่ 6-7: สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.2551-2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สสส. และกรมสุขภาพจิต

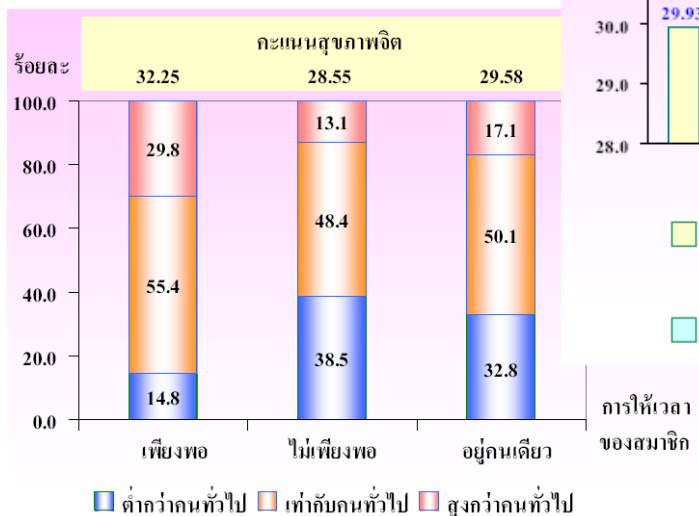
คะแนนสุขภาพจิต นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลในปี 2552-2553 โดยภาคใต้มีคะแนนสุขภาพจิตสูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ ตามลำดับ (ภาพที่ 7) โดยส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้น กรุงเทพฯ

คะแนนสุขภาพจิตของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และคะแนนสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มอายุต่างๆ มีความใกล้เคียงกัน โดยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ เล็กน้อย (ภาพที่ 8)

นอกจากนี้ ผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา มาก ยังมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา น้อย เช่นเดียวกับความเคร่งศาสนา ที่ยิ่งเคร่งศาสนา ยิ่งมีคะแนนสุขภาพจิตสูง (ภาพที่ 9)

สำหรับ คนที่ครอบครัวให้เวลาที่เพียงพอ จะมีสัดส่วนของผู้ที่มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป (คะแนนมากกว่า 34 ถึง 45) มีสูงกว่าผู้ที่ได้รับเวลาจากครอบครัวไม่เพียงพอ หรือ คนที่อยู่คนเดียว (ภาพที่ 10)

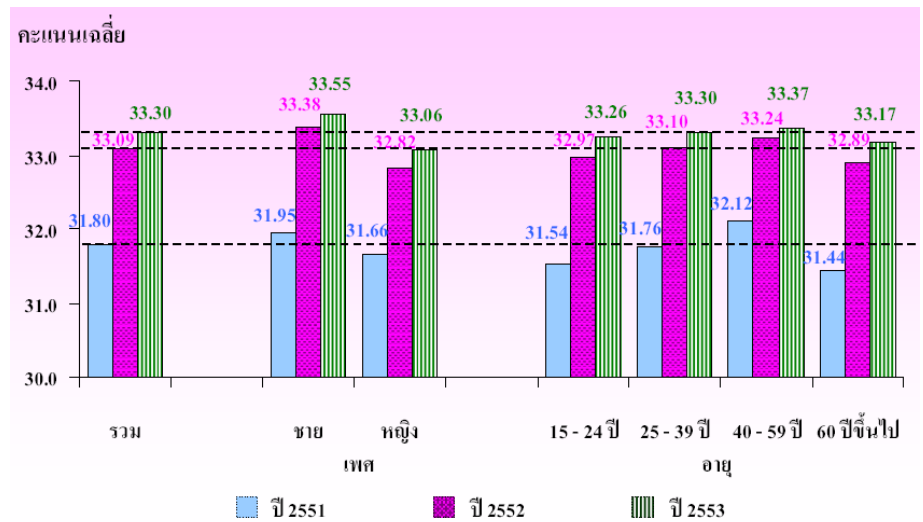
ภาพที่ 10 สัดส่วนประชากร ตามระดับสุขภาพจิต และการให้เวลาของสมาชิกในครอบครัว ปี 2551



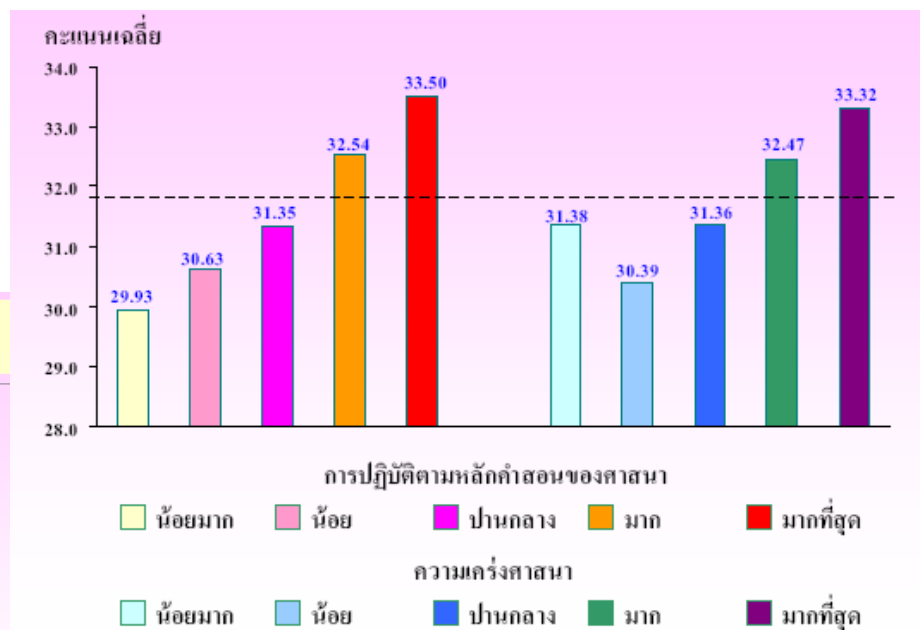
ที่มา ภาพที่ 8-11: สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.2551-2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สสส. และกรมสุขภาพจิต

คะแนนสุขภาพจิตของผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง มีคะแนนสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า ทั้งนี้ฐานะทางเศรษฐกิจ คำนวณจากรายจ่ายของครัวเรือน โดยผู้ที่มีรายจ่ายของครัวเรือนสูงกว่า 15,000 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน จะมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าค่าเฉลี่ย (ภาพที่ 11)

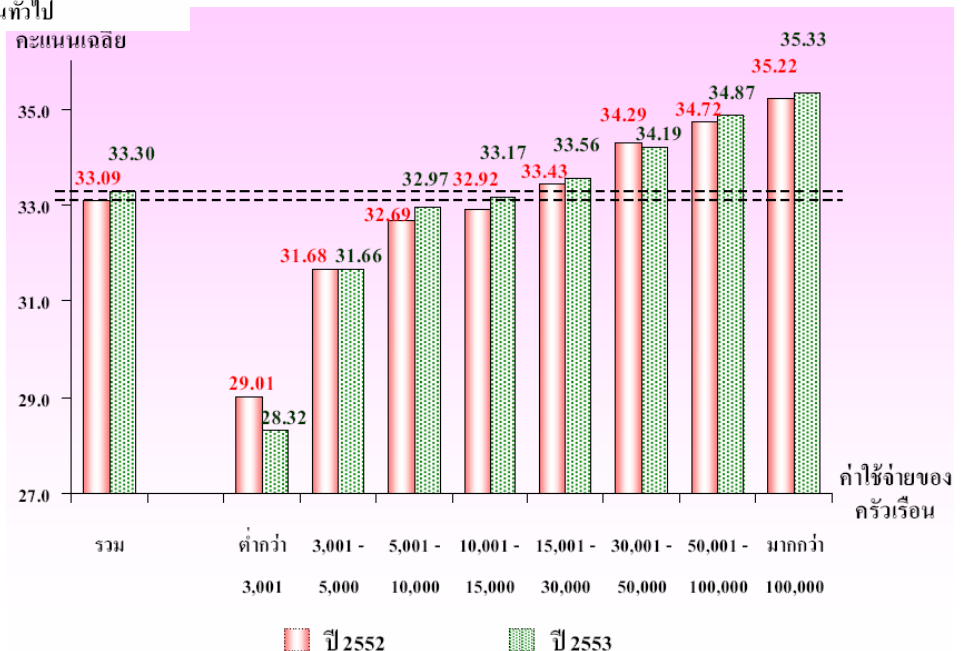
ภาพที่ 8 คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย จำแนกตามเพศ และอายุ ปี 2551-2553



ภาพที่ 9 คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย จำแนกตามการปฏิบัติและความเคร่งศาสนา ปี 2551



ภาพที่ 11 คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย จำแนกตามค่าใช้จ่ายของครัวเรือน ปี 2552-2553



เมื่อสรุปคะแนนสุขภาพจิตในแต่ละด้าน โดยคำนวณเป็นร้อยละของคะแนนเต็มในแต่ละด้าน พบว่าด้านปัจจัยสนับสนุนได้คะแนนสูงสุด (ร้อยละ 82.2) รองลงมาคือ สภาพจิตใจ (ร้อยละ 79.5) คุณภาพจิตใจ (ร้อยละ 68.8) และสมรรถภาพจิตใจ (ร้อยละ 63.3) ตามลำดับ (ภาพที่ 12)

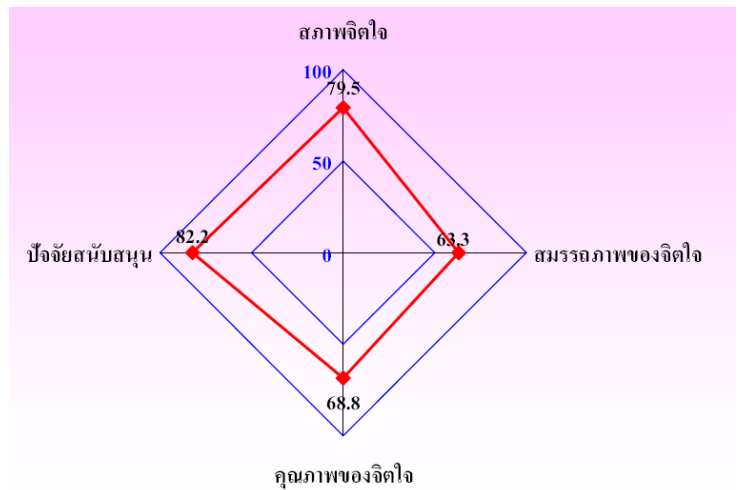
หมายเหตุ : สภาพจิตใจ หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ที่ส่งผลกระทบทางจิตใจและความเจ็บป่วยทางจิต

สมรรถภาพของจิตใจ หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

คุณภาพของจิตใจ หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ภาพที่ 12 ระดับสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้าน ปี 2553



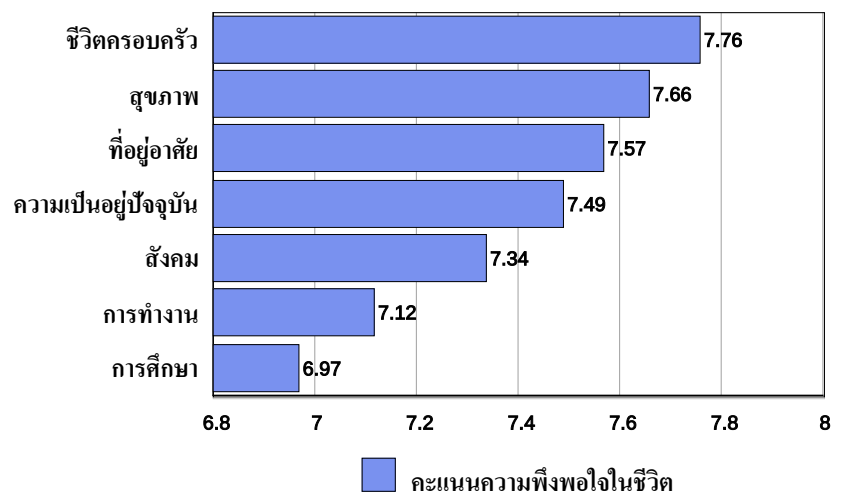
ที่มา : สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.2551-2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สสส. และกรมสุขภาพจิต

3. ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

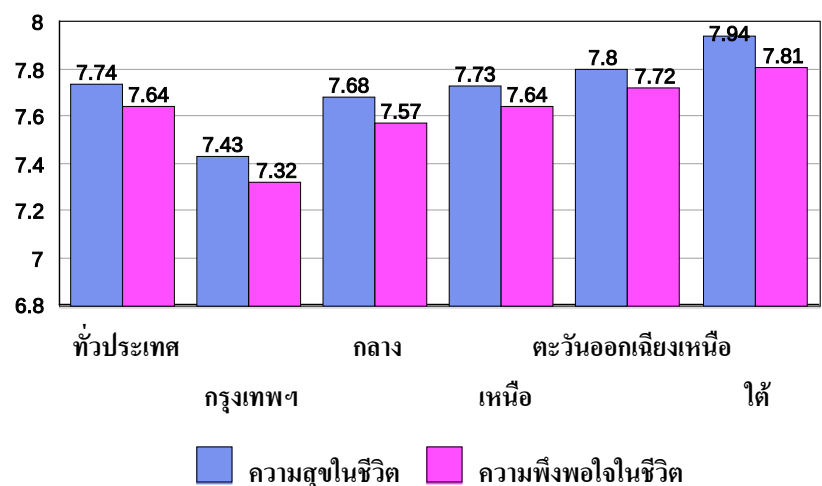
ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต เป็นเครื่องสะท้อนผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพจิต โดยวัดความรู้สึกที่มีต่อชีวิตของตนเอง เมื่อเทียบกับสิ่งที่ปรารถนาอยู่ กับสิ่งที่แต่ละบุคคลคาดหวัง โดยจากการสำรวจความพึงพอใจในชีวิตปี 2555 พบว่า คะแนนความพึงพอใจ สูงสุดในด้านชีวิตครอบครัว (7.76 จากคะแนนเต็ม 10) รองลงมาคือด้านสุขภาพ (7.66) ด้านที่อยู่อาศัย (7.57) และด้านความเป็นอยู่ปัจจุบัน (7.49) ตามลำดับ (ภาพที่ 13)

และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค พบว่าภาคใต้ มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าภาคอื่น รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ ตามลำดับ (ภาพที่ 14) โดยลักษณะดังกล่าว ค่อนข้างสอดคล้องกับภาวะสุขภาพจิต ใน ภาพที่ 7

ภาพที่ 13 คะแนนความพึงพอใจในชีวิตในแต่ละด้าน ปี 2555



ภาพที่ 14 คะแนนความสุข และความพึงพอใจในชีวิต จำแนกตามภาค ปี 2555



ที่มา ภาพที่ 13-14: การสำรวจความพึงพอใจในชีวิตของคนไทย ในปี 2555, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, มูลนิธินโยบายสุขภาพ และ สสส.

หมวดที่ 3: พฤติกรรมสุขภาพ

1. อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอันตราย

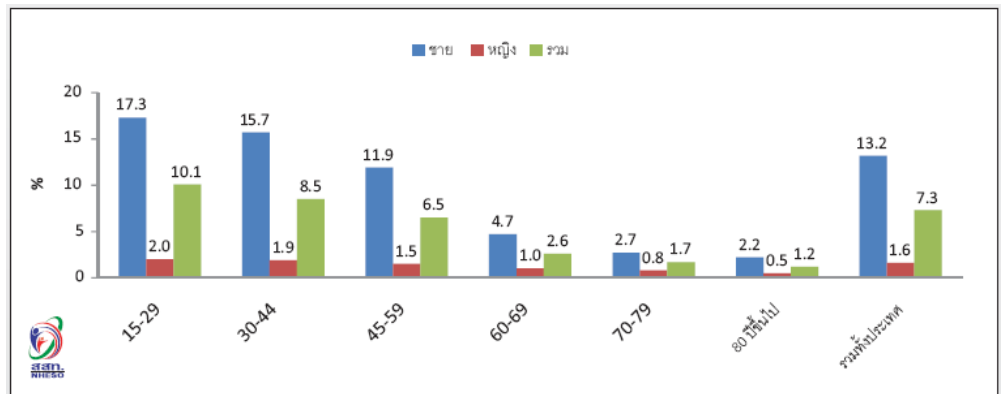
อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย เป็นเครื่องบ่งชี้พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคและอุบัติเหตุ ในที่นี้ระดับอันตราย หมายถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ระดับปานกลางขึ้นไป (ผู้ชายดื่ม ≥ 41 กรัม/วัน ผู้หญิงดื่ม ≥ 21 กรัมต่อวัน เฉลี่ยทั้งปี) โดยในปี 2551-2552 พบว่าผู้ชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 13.2 ผู้หญิงร้อยละ 1.6 เฉลี่ยเป็นร้อยละ 7.3 (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอันตราย ปี 2546-2547 และปี 2551-2552

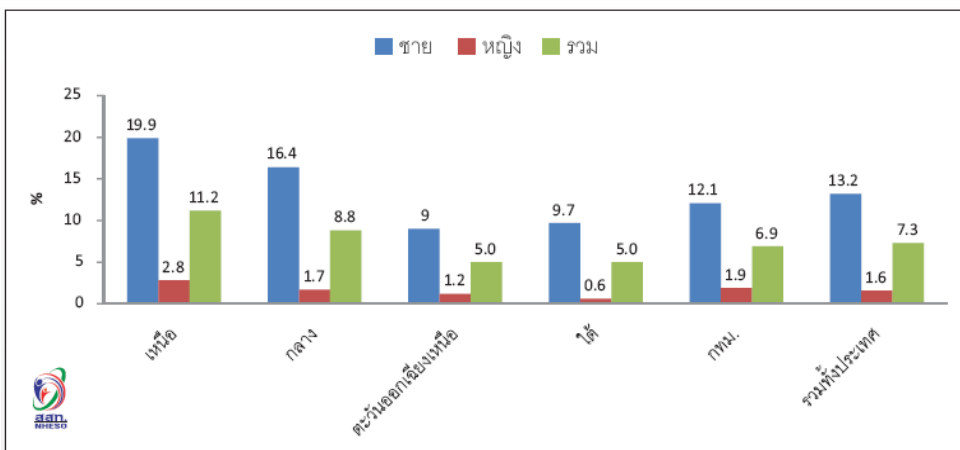


กลุ่มอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป มากที่สุดคืออายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 10.1) รองลงมาคืออายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 8.5) และอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 6.5) ตามลำดับ (ภาพที่ 2) จะเห็นว่า การดื่มในระดับที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น

ภาพที่ 2 อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอันตราย จำแนกตามเพศและอายุ ปี 2551-2552



ภาพที่ 3 อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอันตราย จำแนกตามเพศและภาค ปี 2551-2552



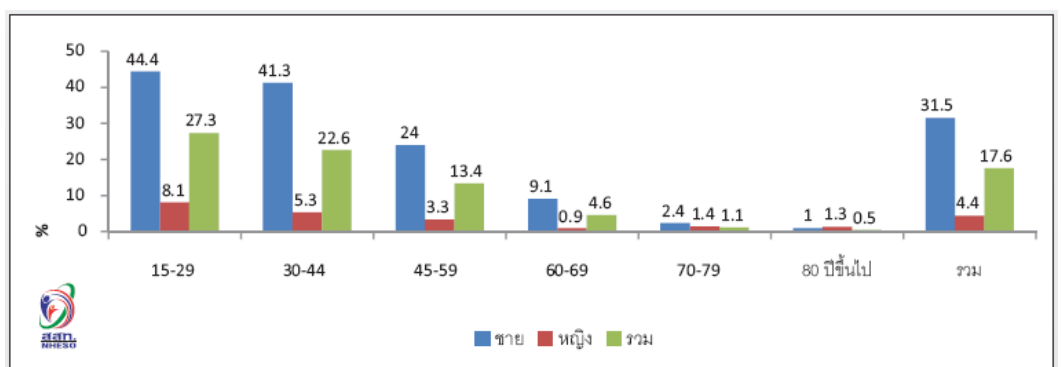
ที่มา ภาพที่ 1-5: ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

หมายเหตุ ภาพที่ 1 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554 ภาพที่ 2-5 จาก รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4

ภาคเหนือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 11.2) รองลงมาคือภาคกลาง และกรุงเทพฯ ตามลำดับ (ภาพที่ 3)

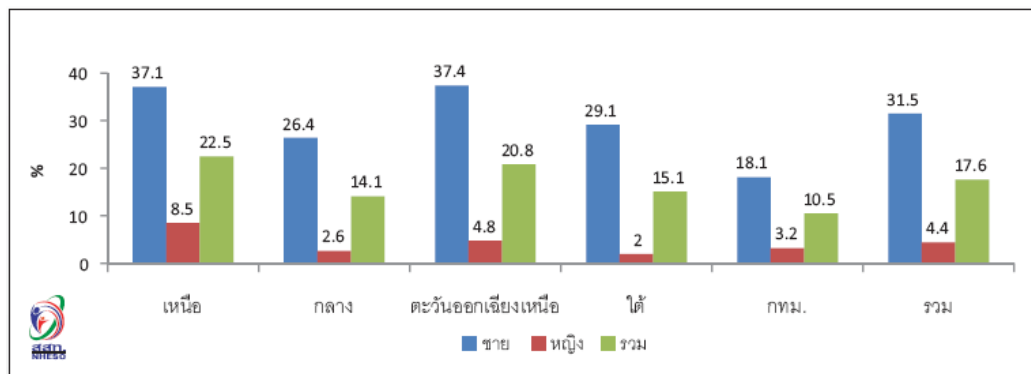
ร้อยละของคนที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในครั้งเดียวในรอบปี (เบียร์ > 6 กระป๋อง หรือเหล้าผสมโซดา ≥ 5 แก้ว หรือไวน์ > 5 แก้ว) เท่ากับร้อยละ 31.5 ในชาย และร้อยละ 4.4 ในหญิง โดยอายุ 15-29 ปี เคยดื่มหนักในครั้งเดียวถึงร้อยละ 27.3 (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4 ร้อยละของผู้เคยดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวในรอบปี จำแนกตามเพศและอายุ ปี 2551-2552



ภาพที่ 5 ร้อยละของผู้เคยดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวในรอบปี จำแนกตามเพศและภาค ปี 2551-2552

ร้อยละของคนที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในครั้งเดียวในรอบปี สูงที่สุดที่ภาคเหนือ (ร้อยละ 22.5) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 20.8) และภาคใต้ (ร้อยละ 15.1) ตามลำดับ (ภาพที่ 5)



2. อัตราการสูบบุหรี่

ภาพที่ 6 อัตราการสูบบุหรี่ ปี 2546-2547 และปี 2551-2552

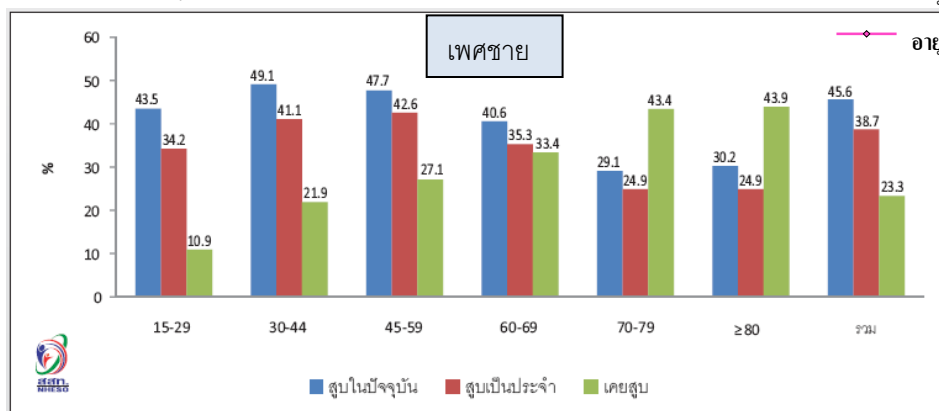


อัตราการสูบบุหรี่ เป็นเครื่องชี้วัดพฤติกรรมเสี่ยง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและการตายจากหลายโรค โดยอัตราการสูบบุหรี่ในปี 2551-2552 เท่ากับร้อยละ 45.6 ในชาย และร้อยละ 2.9 ในหญิง เฉลี่ยร้อยละ 23.7 (ภาพที่ 6)

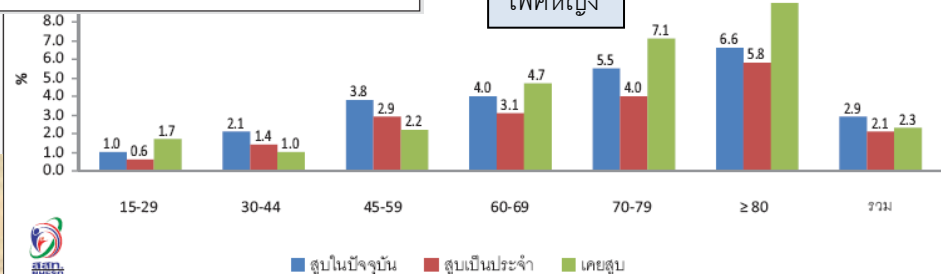
เมื่อพิจารณาแนวโน้มการสูบบุหรี่ของกลุ่มอายุต่างๆ พบว่า แนวโน้มของการสูบบุหรี่ของกลุ่มอายุ 15-18 ปี เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2550 โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.58 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 9.21 ในปี 2554 (ภาพที่ 7)

ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันและสูบบุหรี่เป็นประจำ ในเพศชาย สูงสุดในกลุ่มอายุ 30-44 ปี และ 45-59 ปี ในขณะที่ผู้เคยสูบบุหรี่เป็นกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (เกินร้อยละ 40) (ภาพที่ 8) ในขณะที่เพศหญิง การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (ภาพที่ 9)

ภาพที่ 8 ร้อยละการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน สูบบุหรี่เป็นประจำ และเคยสูบบุหรี่ จำแนกตามอายุ ในเพศชาย ปี 2551-2552



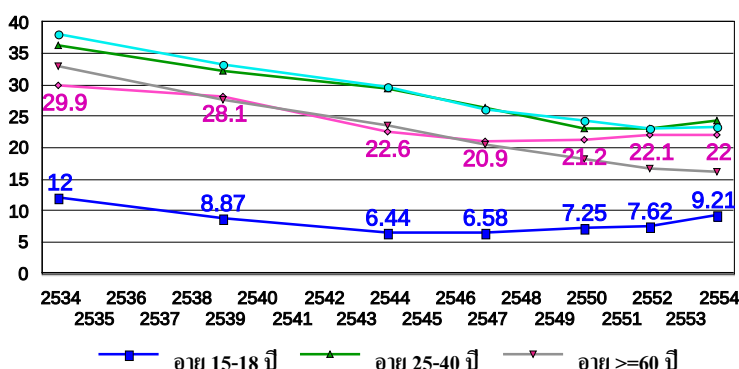
ภาพที่ 9 ร้อยละการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน สูบบุหรี่เป็นประจำ และเคยสูบบุหรี่ จำแนกตามอายุ ในเพศหญิง ปี 2551-2552



หมายเหตุ ภาพที่ 6 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554 ภาพที่ 8-13 จาก รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4

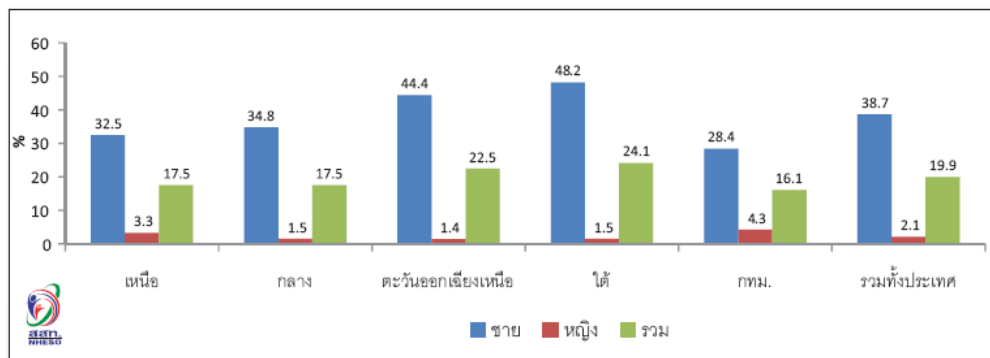
ภาพที่ 7 อัตราการสูบบุหรี่ จำแนกตามอายุ ปี 2534-2554

อัตราการสูบบุหรี่ (ร้อยละ)



ที่มา ภาพที่ 6 และ 8-13: ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ภาพที่ 7: ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ และการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา สำนักงานสถิติแห่งชาติ

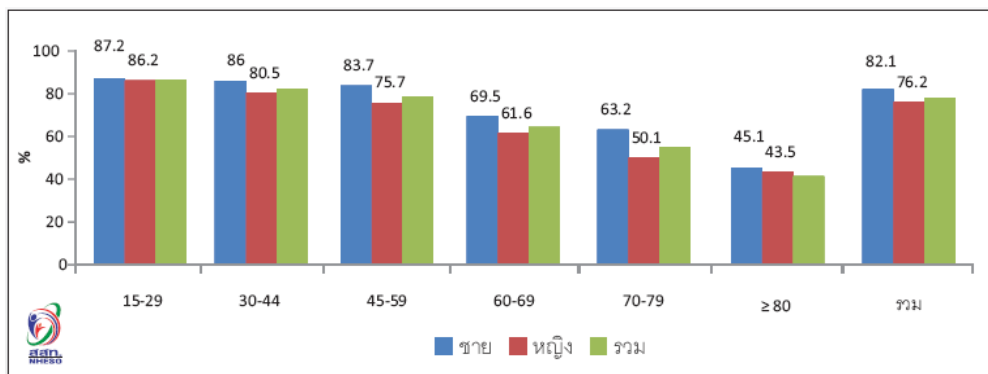
ภาพที่ 10 ร้อยละการสูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามเพศและภาค ปี 2551-2552



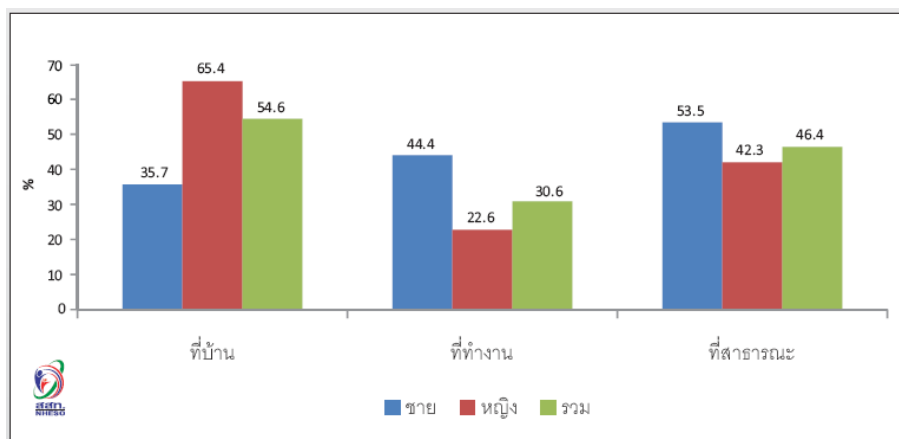
อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำ โดยเฉลี่ย เท่ากับร้อยละ 19.9 เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.7 เพศหญิง ร้อยละ 2.1 โดยมีอัตราสูงสุดที่ภาคใต้ (ร้อยละ 24.1) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 22.5) ตามลำดับ (ภาพที่ 10)

การได้รับควันบุหรี่มือสองจากผู้อื่น ใน 30 วันที่ผ่านมา ของกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 78 โดยเพศชายและหญิงมีร้อยละที่ได้รับควันบุหรี่มือสองที่ใกล้เคียงกัน และกลุ่มอายุ 15-29 ปี ได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุด (ร้อยละ 86.6) โดยโอกาสในการได้รับควันบุหรี่มือสอง ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 11)

ภาพที่ 11 ร้อยละของการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น ใน 30 วันที่ผ่านมา ของกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ปี 2551-2552



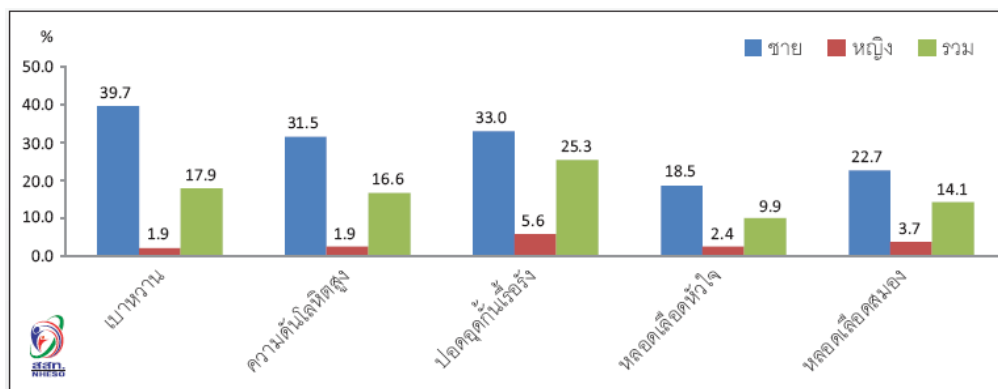
ภาพที่ 12 ร้อยละของผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองของอายุ 15 ปีขึ้นไป จากสถานที่ต่างๆ จำแนกตามเพศ ปี 2551-2552



สำหรับสถานที่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง พบว่าเพศชาย ส่วนใหญ่ได้รับในที่สาธารณะ (ร้อยละ 53.5) รองลงมาคือที่ทำงาน ในขณะที่เพศหญิง ส่วนใหญ่ได้รับที่บ้าน (ร้อยละ 65.4) รองลงมาคือ ที่สาธารณะ (ภาพที่ 12)

สำหรับร้อยละของการสูบบุหรี่เป็นประจำ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 25.3) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 17.9 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 16.6 เป็นต้น (ภาพที่ 13) แสดงให้เห็นว่า แม้แต่ผู้ป่วยด้วยโรคที่ควรงดสูบบุหรี่ ก็ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ในอัตราที่ค่อนข้างสูง

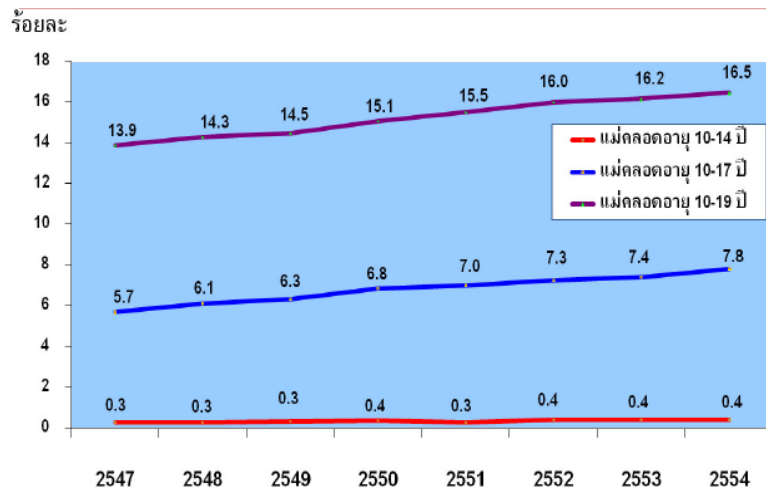
ภาพที่ 13 ร้อยละของการสูบบุหรี่เป็นประจำ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปี 2551-2552



หมายเหตุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึงประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ส่วนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นประวัติที่เคยมีอาการเป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต

3. อัตราแม่วัยรุ่น

ภาพที่ 14 ร้อยละของแม่คลอดบุตร ที่มีอายุ 10-19 ปี ปี 2547-2554



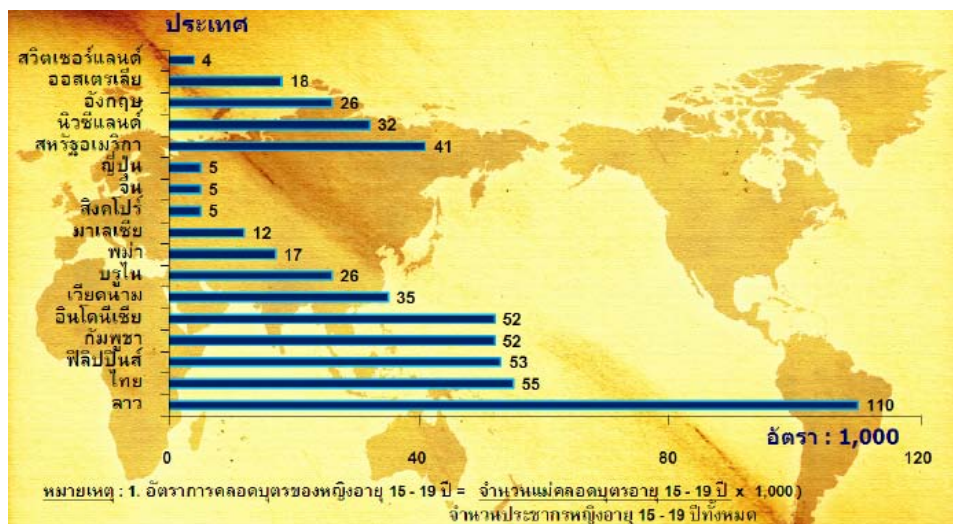
ที่มา : สืบค้นข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
จัดทำข้อมูลโดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ร้อยละของแม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี = $\frac{\text{จำนวนแม่คลอดบุตรในช่วงอายุนั้น}}{\text{จำนวนแม่คลอดบุตรทั้งหมด}} \times 100$

สำหรับอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี (หญิงอายุ 15-19 ปีที่คลอดบุตร ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน) พบว่ามีอัตราอยู่ที่ 54.9 ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน หรือหมายความว่า หญิงอายุ 15-19 ปี มีการคลอดบุตร ร้อยละ 5.5 ในแต่ละปี และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในปี 2554 (ภาพที่ 15)

หมายเหตุ ภาพที่ 14-16 จาก Fact sheet กรมอนามัย ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2555 เรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

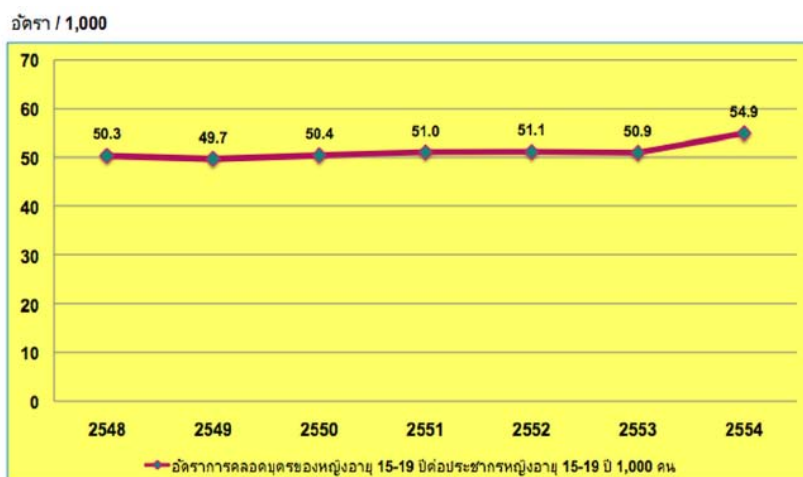
ภาพที่ 16 อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ใน 17 ประเทศ



ที่มา : <http://foweb.unfpa.org/SWP2011/reports/EN-SWOP2011-FINAL.pdf>

อัตราแม่วัยรุ่น เป็นเครื่องสะท้อนสถานการณ์ การตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่น ซึ่งมาจากพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูล การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จึงนำเสนอข้อมูลการคลอดแทน โดยร้อยละของหญิง คลอดบุตร ที่มีอายุ 10-19 ปี ต่อหญิงคลอดทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 16.5 ของการคลอดทั้งหมด ในปี 2554 โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับร้อยละของหญิงคลอดอายุ 10-17 ปี ที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.8 ในปี 2554 (ภาพที่ 14)

ภาพที่ 15 อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี ปี 2548-2554



ที่มา : 1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลหญิงคลอดบุตรอายุ 15-19 ปี จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
3. ข้อมูลประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

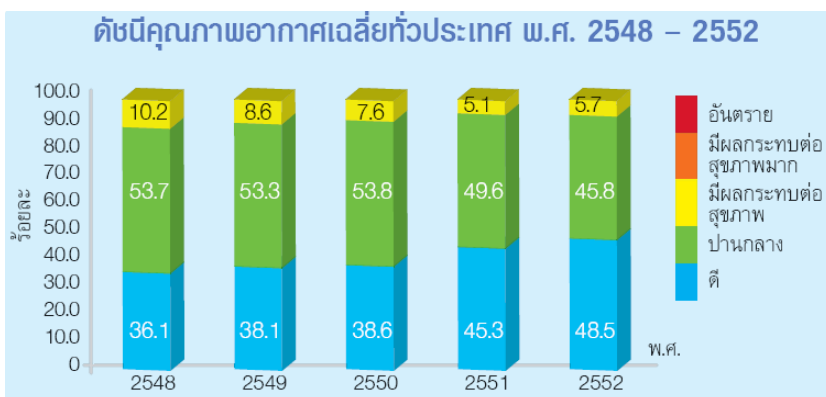
เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ จะพบว่า ประเทศไทย มีอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี ที่สูงกว่าหลายประเทศในภูมิภาคอาเซียน และสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (ภาพที่ 16) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหานี้ เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการการเฝ้าระวัง และป้องกันอย่างจริงจัง เนื่องจากเป็นปัญหาทั้งทางด้านสาธารณสุข และทางด้านสังคม

หมวดที่ 4: คุณภาพสิ่งแวดล้อม

1.ดัชนีคุณภาพอากาศ

ดัชนีคุณภาพอากาศ เป็นเครื่องสะท้อนสถานการณ์ในภาพรวมของคุณภาพอากาศ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยในภาพรวมทั้งประเทศ คุณภาพอากาศอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 48.3 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 46.3 และอยู่ในระดับที่มีผลกระทบต่อสุขภาพร้อยละ 5.4 ซึ่งเป็นระดับที่มีผลกระทบมากที่สุดจนถึงอันตราย ร้อยละ 0.03 (ข้อมูลปี 2553) (ภาพที่ 2) โดยมีแนวโน้มคุณภาพอากาศในระดับดีที่เพิ่มขึ้นจากปี 2548 (ร้อยละ 36) (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 ดัชนีคุณภาพอากาศเฉลี่ยทั่วประเทศ ปี 2548-2552



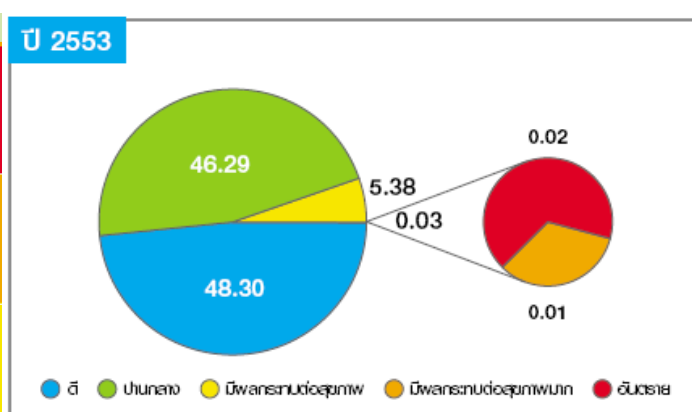
ที่มา : สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ

หมายเหตุ ภาพที่ 1 และ 3 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554

ภาพที่ 3 เกณฑ์ดัชนีคุณภาพอากาศ และการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ

ดัชนีคุณภาพอากาศ	แนวทางการป้องกันผลกระทบ
 อันตราย (>300)	บุคคลทั่วไป ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายนอกอาคาร สำหรับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ควรอยู่ในอาคาร
 มีผลกระทบต่อสุขภาพมาก (201 - 300)	ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมภายนอกอาคาร บุคคลทั่วไป โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ควรจำกัดการออกกำลังกายนอกอาคาร
 มีผลกระทบต่อสุขภาพ (101 - 200)	ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายนอกอาคาร บุคคลทั่วไป โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ไม่ควรทำกิจกรรมภายนอกอาคารเป็นเวลานาน
 คุณภาพปานกลาง (51 - 100)	ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
 คุณภาพดี (0 - 50)	ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

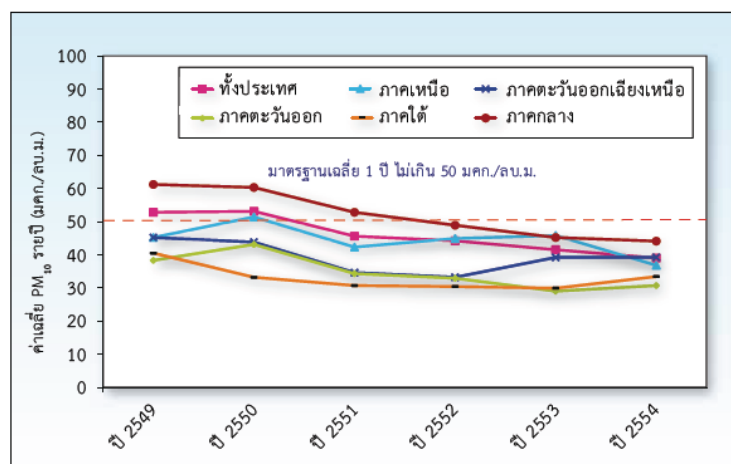
ภาพที่ 2 ดัชนีคุณภาพอากาศเฉลี่ยทั่วประเทศ ปี 2553



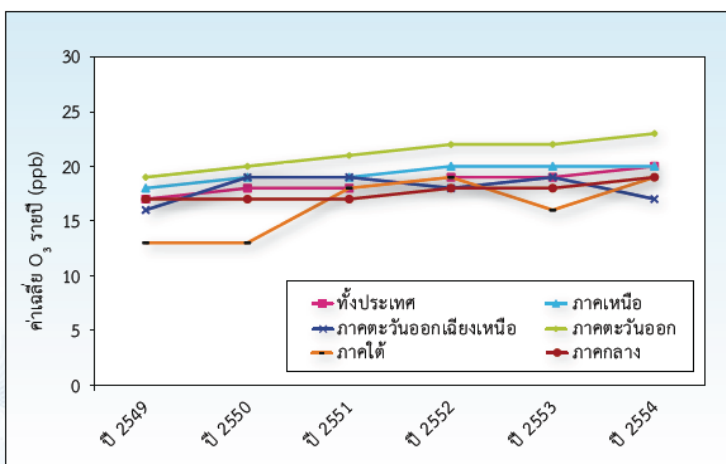
ที่มา : สถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง ปี 2553, สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ

ทั้งนี้ ภาคกลางมีปัญหาเรื่องฝุ่นละอองขนาดเล็กมากกว่าภาคอื่น และภาคตะวันออก มีปัญหาเรื่องโอโซน โดยมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้น (ภาพที่ 4-5)

ภาพที่ 4 ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM₁₀) เฉลี่ย จำแนกตามภาค ปี 2549-2554



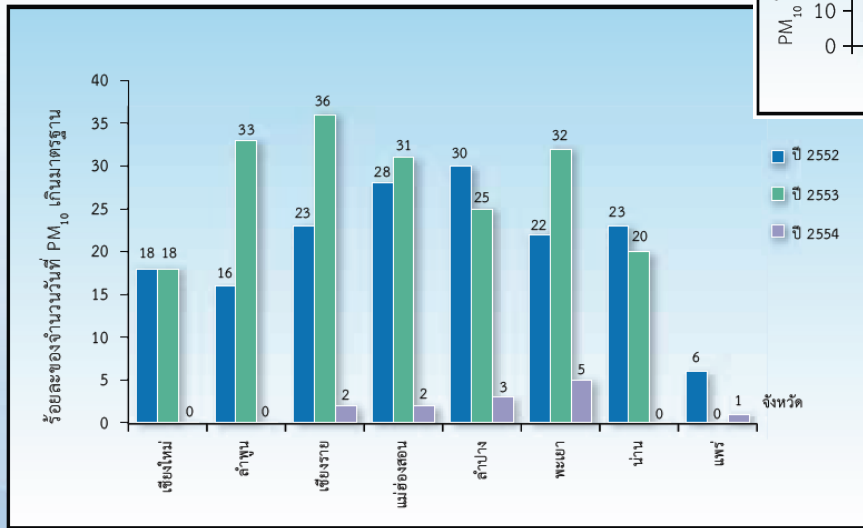
ภาพที่ 5 ก๊าซโอโซนเฉลี่ย จำแนกตามภาค ปี 2549-2554



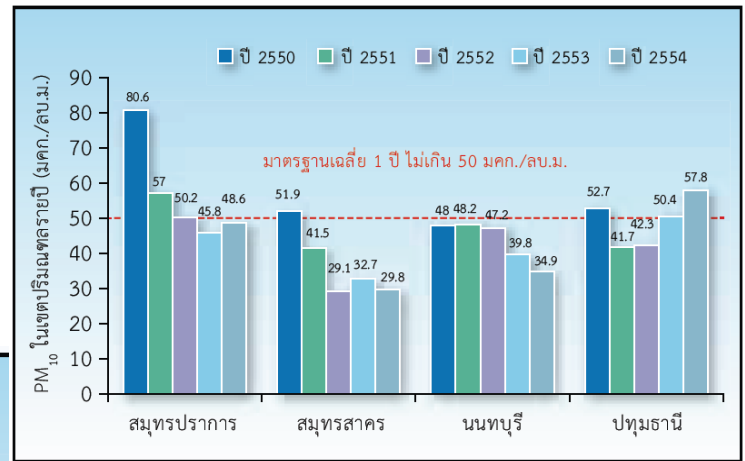
ที่มา ภาพที่ 4-5: รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2554, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

พื้นที่เป้าหมายของปัญหาคุณภาพอากาศ ประกอบด้วย จังหวัดที่มีการจราจรหนาแน่น มีโรงงานอุตสาหกรรม หรือ มีปัญหาหมอกควันจากการเผา โดยจะมีบางปี หรือบางช่วงเวลา ที่มีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{10}) ที่เกินค่ามาตรฐานในบางจังหวัด โดยเฉพาะในภาคกลางและภาคเหนือ (ภาพที่ 6-7)

ภาพที่ 7 ร้อยละจำนวนวันที่มีฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{10}) เกินค่ามาตรฐาน ใน 8 จังหวัดภาคเหนือ ปี 2552-2554



ภาพที่ 6 ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{10}) 4 จังหวัดภาคกลาง ปี 2550-2554



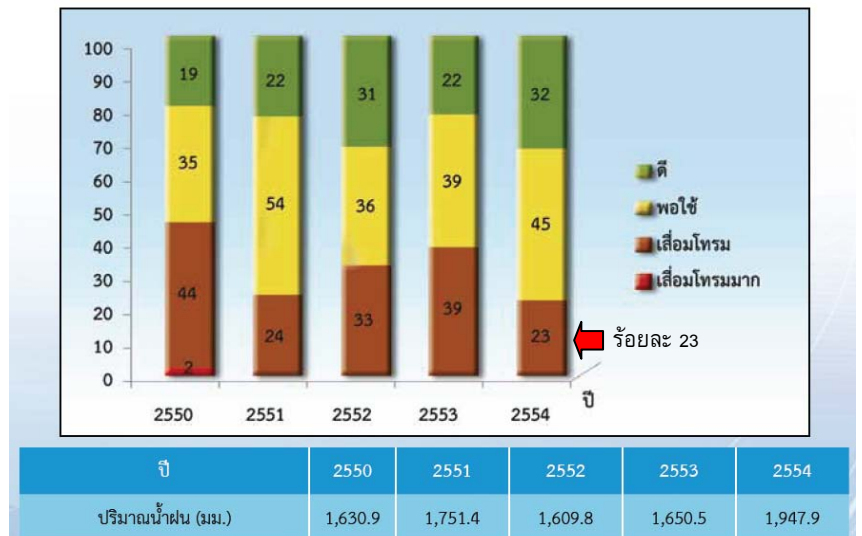
ที่มา ภาพที่ 6-7: รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2554, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น การเฝ้าระวังสถานการณ์คุณภาพอากาศอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีมาตรการป้องกันปัญหามลพิษทางอากาศ ทั้งจากยานพาหนะ โรงงาน และควันไฟ ในพื้นที่เป้าหมายต่างๆ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

2.ดัชนีคุณภาพน้ำ

ดัชนีคุณภาพน้ำ เป็นดัชนีที่สำคัญในการสะท้อนภาพรวมของคุณภาพน้ำ เนื่องจากน้ำเป็นปัจจัยสำคัญต่อการอุปโภค บริโภค โดยที่ผ่านมาคุณภาพของน้ำผิวดิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 45 ในปี 2554) แต่มีถึงร้อยละ 23 ที่อยู่ในระดับเสื่อมโทรม โดยมีเพียงร้อยละ 32 ที่อยู่ในระดับดี (ภาพที่ 8)

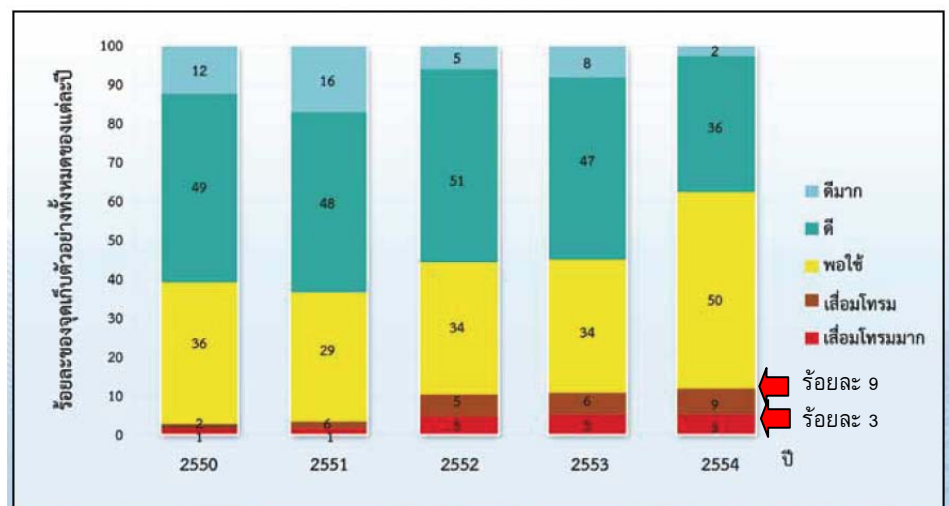
ภาพที่ 8 คุณภาพน้ำผิวดินเฉลี่ยทั่วประเทศ ปี 2550-2554



เช่นเดียวกับ คุณภาพน้ำทะเลชายฝั่ง ที่มีร้อยละ 9 ที่อยู่ในระดับเสื่อมโทรม และร้อยละ 3 อยู่ในระดับเสื่อมโทรมมาก โดยคุณภาพน้ำในระดับดี ถึงดีมาก มีสัดส่วนที่ลดลงเรื่อยๆ เหลือเพียงร้อยละ 38 ในปี 2554 (ภาพที่ 9)

ภาพที่ 9 คุณภาพน้ำทะเลชายฝั่งเฉลี่ยทั่วประเทศ ปี 2550-2554

ที่มา ภาพที่ 8-9: รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2554, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม



ตารางที่ 1 แหล่งน้ำผิวดินในภาคต่างๆของประเทศ จำแนกตามเกณฑ์คุณภาพน้ำ ปี 2554

ตารางที่ 1 แสดงแหล่งน้ำผิวดินในภาคต่างๆของประเทศ ไทย จำแนกตามเกณฑ์คุณภาพน้ำ ซึ่งจะพบว่ามีบางแหล่งน้ำที่เสื่อมโทรม เช่น กวง กว๊านพะเยา ป่าสัก เจ้าพระยา ท่าจีน ลำตะคอง ระยอง ปราจีนบุรี สายบุรี หลังสวน ทะเลน้อย ทะเลหลวง เป็นต้น

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพน้ำทะเลชายฝั่งอ่าวไทยและอันดามัน ที่ปัญหาส่วนใหญ่ อยู่ที่อ่าวไทยตอนใน และบางส่วนของอ่าวไทยฝั่งตะวันออก ตะวันตก และส่วนน้อยที่ฝั่งอันดามัน

เกณฑ์คุณภาพน้ำ	แหล่งน้ำผิวดินในภาคต่างๆ ของประเทศ					ร้อยละของแหล่งน้ำ
	ภาคเหนือ	ภาคกลาง	ภาคตะวันออก	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	
 ดี	ลี้	แควน้อย แควใหญ่* เพชรบุรีตอนบน เจ้าพระยาตอนบน*	พอง* อุบล สงคราม ชี มูล หนองหาร เลย* ลำชี*	ตราด เวรุ พังราดตอนล่าง* จันทบุรี* ประแสร์	ตาปีตอนบน ชุมพร ตรัง	32
 พอใช้	ปิง รัง ยม* น่าน* กก* บึงบอระเพ็ด* แม่จาง อิง	ท่าจีนตอนบน เจ้าพระยาตอนกลาง* ปราจีนบุรี* น้อย สะแกกรัง* ฤๅษี* แม่กลอง	เสียว ลำปาว* ลำตะคองตอนบน*	บางปะกง ระยองตอนล่าง* พังราดตอนบน นครนายก*	ตาปีตอนล่าง* ชุมพร* ปากพั่น ปัตตานีตอนบน ปัตตานีตอนล่าง* หลังสวนตอนบน ทะเลสาบสงขลา*	45
 เสื่อมโทรม	กวง กว๊านพะเยา	ป่าสัก เจ้าพระยาตอนล่าง ท่าจีนตอนกลาง ท่าจีนตอนล่าง ลพบุรี เพชรบุรีตอนล่าง	ลำตะคองตอนล่าง	ระยองตอนบน* ปราจีนบุรี*	สายบุรี หลังสวนตอนล่าง ทะเลน้อย ทะเลหลวง	23
 เสื่อมโทรมมาก	-	-	-	-	-	-

หมายเหตุ : (+) คือ แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำ ดีขึ้น 1 ระดับ เมื่อเทียบกับปี 2553
 (++) คือ แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำ ดีขึ้น 2 ระดับ เมื่อเทียบกับปี 2553
 (-) คือ แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำ ลดลง 1 ระดับ เมื่อเทียบกับปี 2553
 (- -) คือ แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำ ลดลง 2 ระดับ เมื่อเทียบกับปี 2553

ที่มา ตารางที่ 1-2: รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2554, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และรายงานการดำเนินงาน สำนักจัดการคุณภาพน้ำ ประจำปี 2554

ตารางที่ 2 คุณภาพน้ำทะเลชายฝั่งอ่าวไทยและอันดามัน ปี 2554 จำแนกตามเกณฑ์คุณภาพน้ำทะเล (Marine Water Quality Index : MWQI)

สถานการณ์	อ่าวไทยตอนใน	อ่าวไทยฝั่งตะวันออก	อ่าวไทยฝั่งตะวันตก	ชายฝั่งอันดามัน
 ดีมาก (>90 - 100)	ไม่มี	ไม่มี	จังหวัดชุมพร บ้านหน้าทับอ่าวบางสน(10 ⁺) จังหวัดสุราษฎร์ธานี เกาะพะนัง ท่าเรือเฟอร์รี่(100 ⁺) จังหวัดสงขลา หาดสมิหลา (10 ⁺)	จังหวัดพังงา เกาะพระทอง (100 ⁺) จังหวัดกระบี่ แหลมธง เกาะพีพี (10 ⁺⁺) หาดชุมชนบ้านศรีรายา (100 ⁺⁺)
 ดี (>80 - 90)	ไม่มี	จังหวัดตราด เกาะช้าง (หาดไก่เบ้) (10 ⁺) หาดคลองพร้าว(10 ⁺ , 500 ⁺) อ่าวสลักเพชร(100 ⁺) อ่าวบางเบ้า(100 ⁺) แหลมงอบ (500 ⁺) จังหวัดจันทบุรี หาดคันทรงเบเน (10 ⁺) จังหวัดระยอง บริษัทปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย (10Q หาดทรายทอง(500) หาดแม่รำพึง (กลาง) (50Q) ท่าเรือประมงตลาดบ้านฉาง (100 ⁺) สวนรุกขชาติ (500) เกาะเสม็ด หาดทรายแก้ว (10 ⁺) ท่าเรือหน้าตำบ (10Q) อ่าวทับทิม(10, 10Q) ปากคลอง แกลง (500 ⁺) แหลมแม่พิมพ์(10, 500 ⁺) จังหวัดชลบุรี ลีสง (สถานีวิจัย) (100) เกาะล้าน (หาดตาแหวน) (10)	จังหวัดเพชรบุรี หาดชะอำตอนกลางศูนย์บริการนักท่องเที่ยว (50Q) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ หาดโรงแรมสายลม หัวหิน(10 ⁺) บ้านบ่อนอก(10Q) อ่าวประจวบฯ ตอนกลาง (10Q, 500 ⁺) บ้านทุ่งประจวบ(50Q) จังหวัดชุมพร หาดทรายรีตอนกลาง(10, 50Q) บ้านบ่อคา (อ่าวคือ) อ.สวี ปากคลองสวี บ้านบ่อคา(อ่าวคือ) อ.สวี (50Q) จังหวัดสุราษฎร์ธานี อ.กาญจนดิษฐ์ [(คลองกระแจะกลาง (500 ⁺) คลองกระแจะใต้ (500 ⁺)) ปากคลองลอนลึก(500 ⁺) อ่าวเฉวงน้อย(10Q) อ่าวเฉวงกลาง(10, 50Q) หาดละไมเกาะสมุย(50Q) บ้านหัวถนน(อ่าวบางน้ำจืด เกาะสมุย(50Q) สะพานปลา เกาะงาช้าง(10 ⁺) อ่าวหาดรีนเกาะพะนัง (10 ⁺ , 50Q)อ่าวทองตาปาน (10 ⁺) จังหวัดนครศรีธรรมราช โรงไฟฟ้าขนอม อ.ขนอม (10Q) อ.สิชล หาดโนนเพล(50Q) อ.สิชล หาดคิงนาม(10, 50Q) บ้านปากคลอง อ.หัวไทร (100 ⁺) จังหวัดสงขลา อ.ระโนด ประชาราษฎร์น้ำป่ากระวะ (10Q) หาดสมิหลา (500 ⁺)	จังหวัดระนอง หาดบางเบน (100 ⁺) หาดประภาส (10, 100) จังหวัดพังงา ท้ายเหมือง (10) บ้านเขาพิหลาย (10 ⁺ , 500) จังหวัดภูเก็ต หาดไม้ขาว(10) หาดสุรินทร์(10) หาดกมลา (10) หาดป่าตอง (หน้าโรงแรม ป่าตองเบย์ (10 ⁺ , 500 ⁺)) หาดกะรน (หน้าภูเก็ต โกลเด้นแซนด์อินน์(10 ⁺) หน้าภูเก็ตอะคาเดมี่(10) หาดกะตะน้อย (หน้าโรงแรมกะตะธานี) (10) หาดกะตะใหญ่ (ด้านทิศใต้) (10) หาดราวี (ตอนกลาง)(10 ⁺) หาดโนนหาด(ตอนกลาง) (10 ⁺) จังหวัดกระบี่ หาดนพรัตน์ธารา(ปากคลองแห้ง (100) เกาะสันตา(แหลมโตนด(10Q) บ้านศาลาด่าน (10Q) อ่าวไร่บาเกา เกาะพีพี(ด้านทิศตะวันออก (10)หาดไร่ดาสัม เกาะพีพี(ด้านทิศตะวันตก(10Q) หาดไร่ดาสัม เกาะพีพี (500 ⁺) หาดไร่ดาสัม (พีพีคาบาน่า) เกาะพีพีใต้ (สถานี P2) (10) หาดต้นไทร(ต้นไทรวิลเลจ (10) หน้าต้นไทรวิลเลจ (50Q)) หาดยาว เกาะพีพี(เหนือ (10 ⁺)ใต้ (10 ⁺)) อ่าวมาหยา (100 ⁺) อ่าวไร่เลย์ (10 ⁺) จังหวัดตรัง หาดปากเมง (500) จังหวัดสตูล หาดบ้านปากบารา (500) ท่าเทียบเรือปากบารา (100)

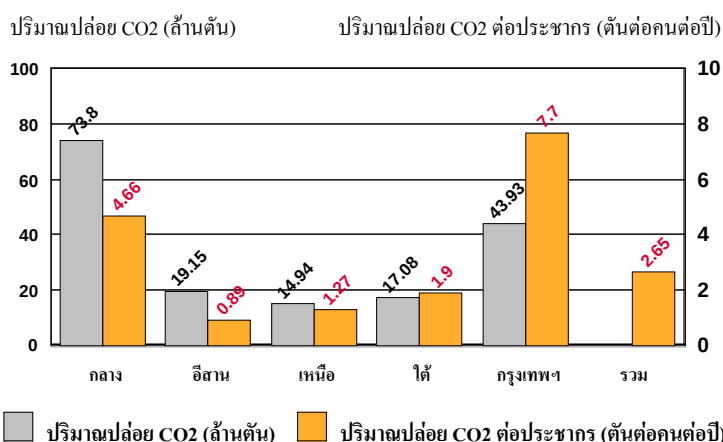
ตารางที่ 2 (ต่อ) คุณภาพน้ำทะเลชายฝั่งอ่าวไทยและอันดามัน ปี 2554 จำแนกตามเกณฑ์คุณภาพน้ำทะเล

[illegible]

3.การปล่อยสารทำลายชั้นโอโซน

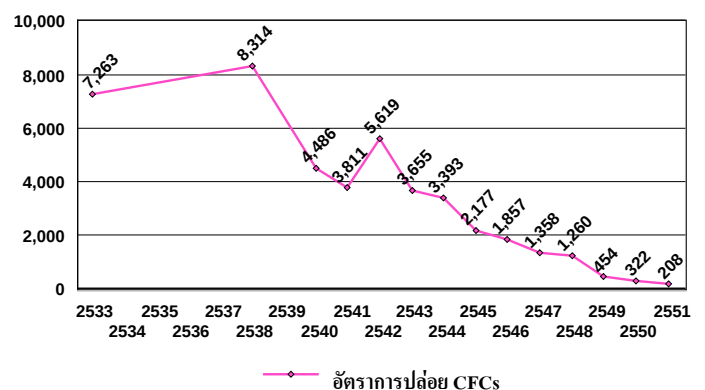
ปัญหาการปล่อยสาร CFCs (Chlorofluorocarbon) ซึ่งเป็นสารทำลายชั้นโอโซน มีอัตราการปล่อยที่ลดลงอย่างมากจากการควบคุม แต่ปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังคือการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ (CO2) ซึ่งเป็นก๊าซเรือนกระจกที่สำคัญ

ภาพที่ 11 ปริมาณและอัตราการปล่อย CO2 ต่อประชากร ปี 2553



ภาพที่ 10 ปริมาณการปล่อยสาร CFCs ปี 2533-2551

ปริมาณการปล่อย CFCs (เมตริกตัน)



ที่มา ภาพที่ 10: กรมโรงงานอุตสาหกรรม

อัตราการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ (CO2) จากไฟฟ้าและ
น้ำมัน ปี 2553 สูงสุดที่กรุงเทพฯ (7.7 ตันต่อคนต่อปี)
รองลงมาคือภาคกลาง ซึ่งสูงกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
8.5 เท่า และ 5 เท่า ตามลำดับ (ภาพที่ 11)

ที่มา ภาพที่ 11: มลนิธินโยบายสาธารณะ

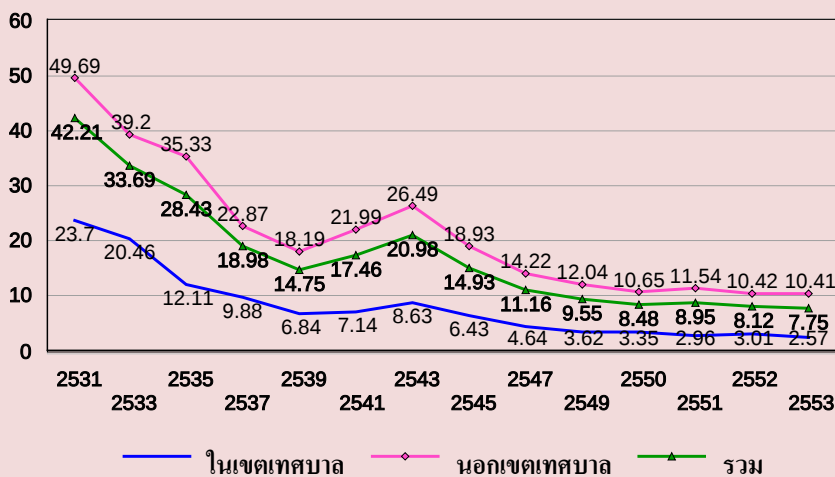
หมายเหตุ: จำนวนประชากร จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สช.

หมวดที่ 5: สภาวะสังคม

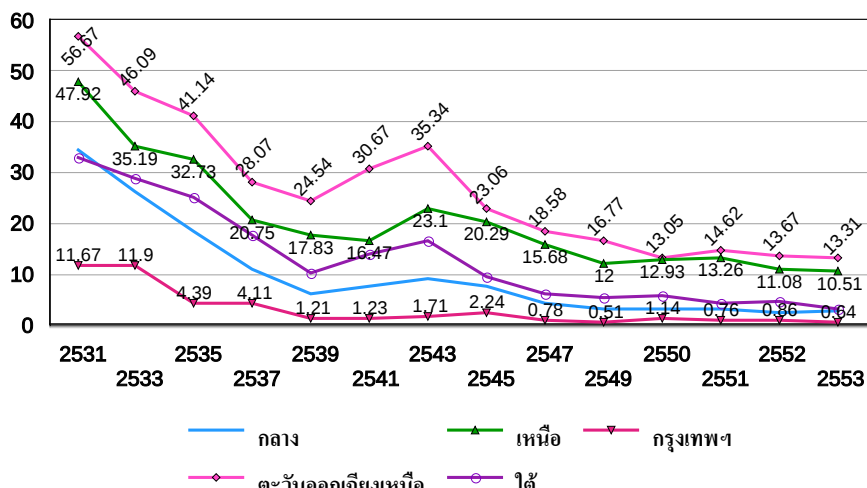
1. สัดส่วนคนยากจน

สัดส่วนคนยากจน สะท้อนความมั่นคงในการดำรงชีวิต โดยร้อยละของคนจนในประเทศไทยลดลงจากร้อยละ 42 ในปี 2531 เหลือร้อยละ 7.75 ในปี 2553 ทั้งนี้ประชาชนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีร้อยละของคนจนมากกว่าในเขตเทศบาลถึง 4 เท่าตัวในปี 2553 และในปี 2543 หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ คนจนทั่วประเทศมีถึงร้อยละ 21 (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 สัดส่วนของคนจน (คิดตามรายจ่าย) จำแนกตามเขตเทศบาล ร้อยละ ปี 2531-2553



ภาพที่ 2 สัดส่วนของคนจน (คิดตามรายจ่าย) จำแนกตามภาค ปี 2531-2553

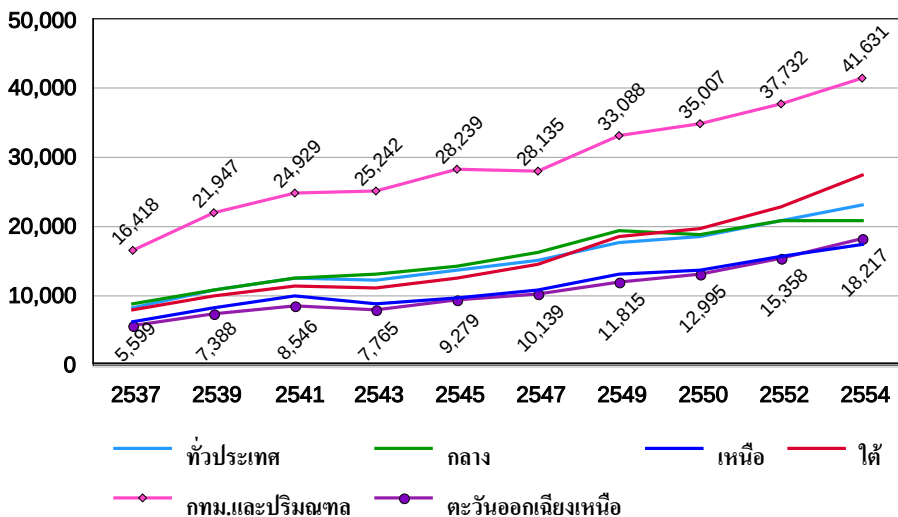


ที่มา ภาพที่ 1-2: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดย สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สศช.

หมายเหตุ : สัดส่วนคนจน คำนวณจากจำนวนประชากรที่มีรายจ่ายเพื่อการบริโภคต่ำกว่าเส้นความยากจน หารด้วย จำนวนประชากรทั้งหมด คูณด้วย 100

ภาพที่ 3 รายได้ต่อครัวเรือนต่อเดือน จำแนกตามภาค ปี 2537-2554

บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน



ที่มา ภาพที่ 3: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ รวบรวมโดย สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

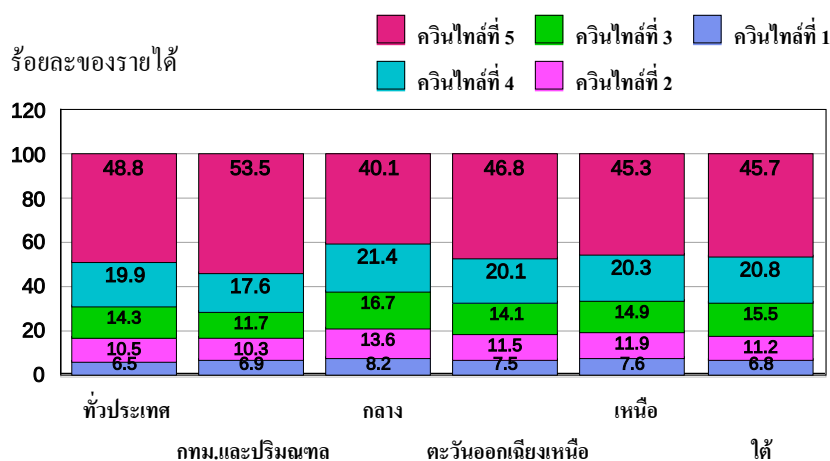
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนคนจนมากที่สุด ร้อยละ 13.3 ในปี 2553 รองลงมาคือภาคเหนือ ร้อยละ 10.5 ในขณะที่ภาคกลางและภาคใต้ มีเพียงร้อยละ 2.8 และ 3.3 ตามลำดับ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนคนจนมากกว่ากรุงเทพฯ ถึง 20 เท่า (ภาพที่ 2)

ในขณะที่รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ น้อยกว่ากรุงเทพฯและปริมณฑล ประมาณ 2.3 เท่า ในปี 2554 (ภาพที่ 3)

2.ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้

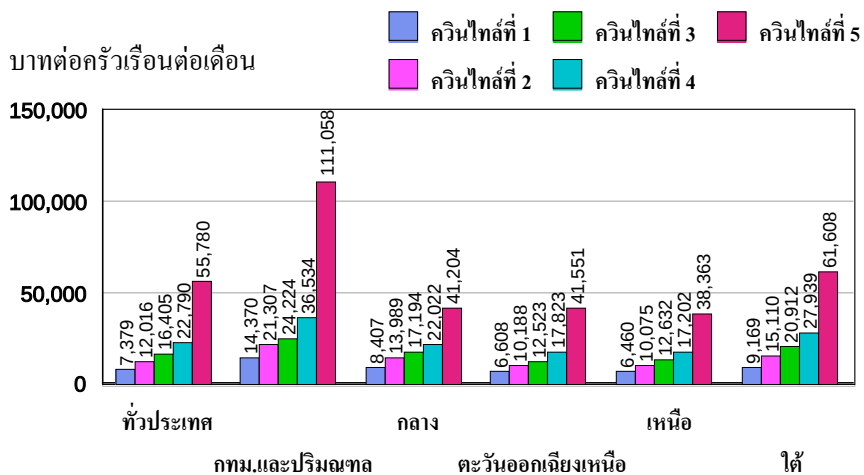
ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ สะท้อนความมั่นคงในสังคม โดยสังคมที่พัฒนาไปถึงระดับหนึ่ง ควรจะจัดสรรรายได้ให้กระจายอย่างทั่วถึง เพื่อการเข้าถึงโอกาสทางสังคมที่ทัดเทียมกัน โดยครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สุด (20% แรก) มีรายได้เท่ากับ 7 พันบาทต่อเดือน ในขณะที่ครัวเรือนที่มีรายได้มากที่สุด (20% สุดท้าย) มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5.5 หมื่นบาทต่อเดือน หรือต่างกันถึงเกือบ 8 เท่า ในปี 2554 (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 5 ส่วนแบ่งรายได้ของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มควินไทล์ของรายได้ประจำของครัวเรือน ปี 2554



เมื่อคิดตามส่วนแบ่งของรายได้ จะพบว่า ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สุด 20% แรก มีส่วนแบ่งรายได้เพียงร้อยละ 6.5 ในขณะที่ครัวเรือนที่มีรายได้มากที่สุด 20% สุดท้าย มีส่วนแบ่งรายได้ถึงร้อยละ 48.8 โดยเฉพาะกรุงเทพฯและปริมณฑล ที่ครัวเรือนที่มีรายได้มากที่สุด มีส่วนแบ่งรายได้ถึงร้อยละ 53.5 (ภาพที่ 5) และเมื่อคิดเป็นค่าสัมประสิทธิ์ของความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ จะพบว่ากรุงเทพฯและปริมณฑล มีความไม่เสมอภาคมากที่สุดในปี 2554 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาคกลางมีความไม่เสมอภาคน้อยที่สุด และในภาพรวมมีแนวโน้มความไม่เสมอภาคที่ลดลง (ภาพที่ 6)

ภาพที่ 4 รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน จำแนกตามกลุ่มควินไทล์ของรายได้ประจำของครัวเรือน ปี 2554

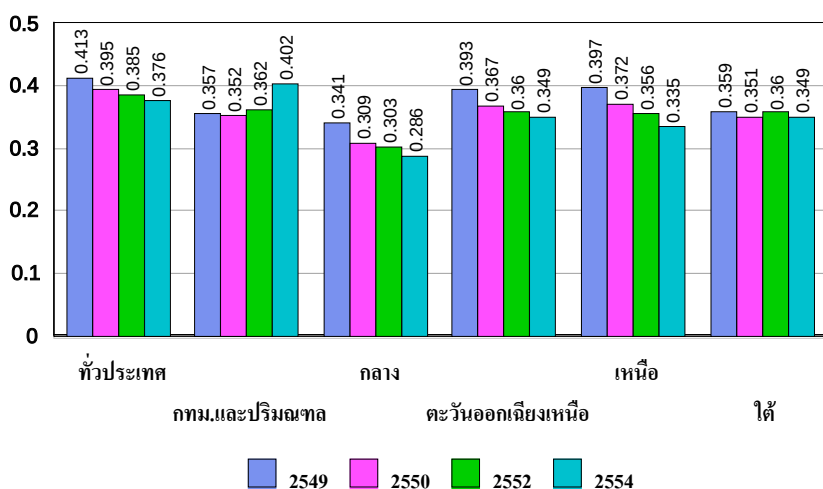


ที่มา ภาพที่ 4-5: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : กลุ่มควินไทล์ของรายได้ เป็นการแบ่งครัวเรือนออกเป็น 5 กลุ่มเท่ากัน (แต่ละกลุ่มมีจำนวนเท่ากับ ร้อยละ 20 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด) โดยเรียงตามรายได้ของครัวเรือน ทั้งนี้ ควินไทล์ที่ 1 คือกลุ่มที่มีรายได้น้อยที่สุด และควินไทล์ที่ 5 คือกลุ่มที่มีรายได้มากที่สุด

ภาพที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์ของความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ จำแนกตามภาค ปี 2554

ค่าสัมประสิทธิ์ของความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้



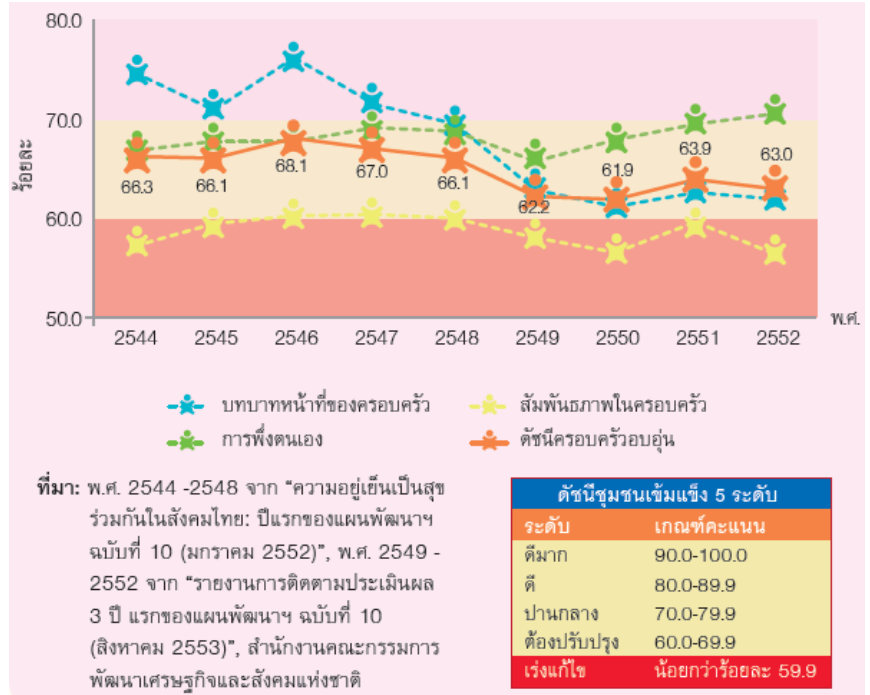
ที่มา ภาพที่ 6: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : ค่าสัมประสิทธิ์ของความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ (Gini coefficient) หมายถึงระดับความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ มีค่าเท่ากับ 0-1 โดย 0 หมายถึงมีความเสมอภาคของการกระจายรายได้สมบูรณ์ และ 1 หมายถึงมีความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้สมบูรณ์ โดยค่ายิ่งมาก (ใกล้ 1) ยิ่งมีความไม่เสมอภาคสูง

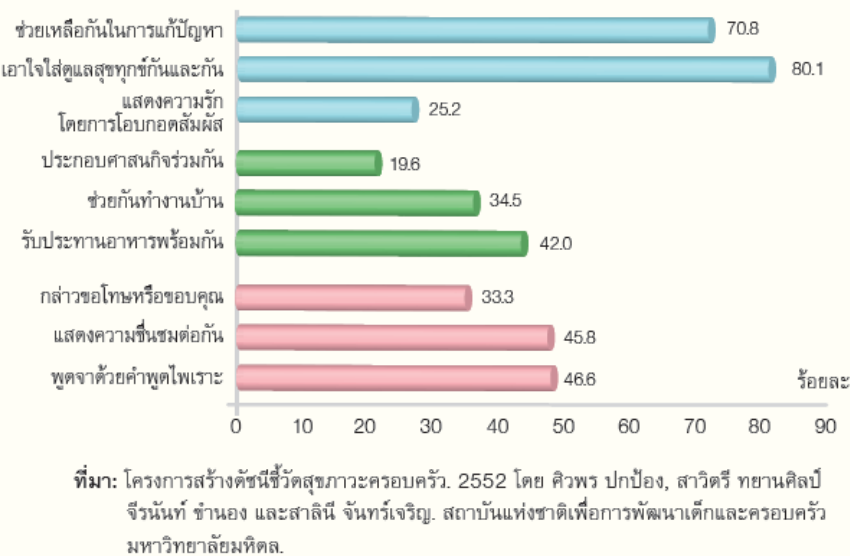
3.ดัชนีครอบครัวอบอุ่น

ดัชนีครอบครัวอบอุ่น เป็นเครื่องสะท้อนภาพรวมของสถานการณ์ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการพึ่งตนเองของครอบครัว ทั้งนี้สถานการณ์ดัชนีครอบครัวอบอุ่นระหว่างปี 2544-2552 อยู่ในระดับ 62-68 ซึ่งนับว่าอยู่ในระดับ ต้องปรับปรุง โดยเฉพาะในด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ที่มีค่าลดลง และด้านสัมพันธภาพของครอบครัว ที่อยู่ในระดับต้อง เร่งแก้ไข โดยมีค่าดัชนีน้อยกว่า 60 (ภาพที่ 7)

ภาพที่ 7 ดัชนีครอบครัวอบอุ่น ปี 2544-2552



ภาพที่ 8 ดัชนีชีวิตครอบครัวสื่อสารดี มีเวลาร่วมกัน และแบ่งปันใส่ใจกันและกัน



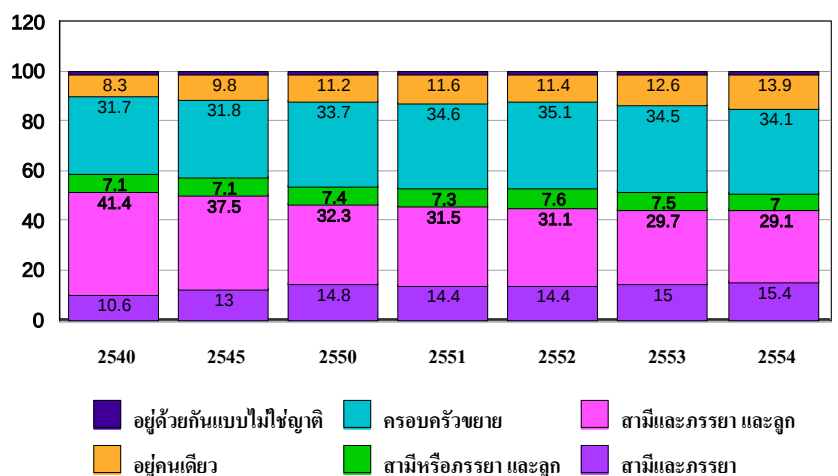
เมื่อพิจารณาในรายละเอียด ด้านการสื่อสาร การใช้เวลาร่วมกัน และการดูแลเอาใจใส่กันภายในครอบครัว พบว่ามีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ที่แสดงความรักโดยการโอบกอด ร้อยละ 46.6 พูดจาด้วยคำพูดไพเราะ ร้อยละ 42 รับประทานอาหารด้วยกัน และเพียงร้อยละ 19.6 ที่ประกอบศาสนกิจร่วมกัน เป็นต้น (ภาพที่ 8) ทั้งนี้ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่ เกิดจากปัญหาด้านการสื่อสาร การมีเวลาร่วมกัน และการเอาใจใส่กันและกันเป็นสำคัญ

หมายเหตุ : ภาพที่ 7-8 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554

4.สัดส่วนพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว

สัดส่วนพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว สะท้อนปัญหาการหย่าร้าง และรูปแบบของครอบครัว โดยในปี 2554 สัดส่วนของครัวเรือนที่เป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มีทั้งสามี ภรรยาและลูก เท่ากับร้อยละ 29 ในขณะที่ครอบครัวที่มีสามีหรือภรรยาเท่านั้นที่อยู่กับลูก เท่ากับร้อยละ 7 ที่เหลือร้อยละ 15 มีสามีและภรรยาแต่ไม่มีลูก ร้อยละ 34 เป็นครอบครัวขยาย และร้อยละ 14 อยู่คนเดียว (ภาพที่ 9)

ภาพที่ 9 สัดส่วนครัวเรือนตามประเภทครอบครัว ปี 2540-2554



สัดส่วนพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 10.5 ในปี 2553 และร้อยละ 10 ในปี 2554 ตามลำดับ (ภาพที่ 10)

ภาพที่ 11 ร้อยละของเด็ก 0-17 ปี ตามการอยู่กับพ่อแม่ ปี 2551



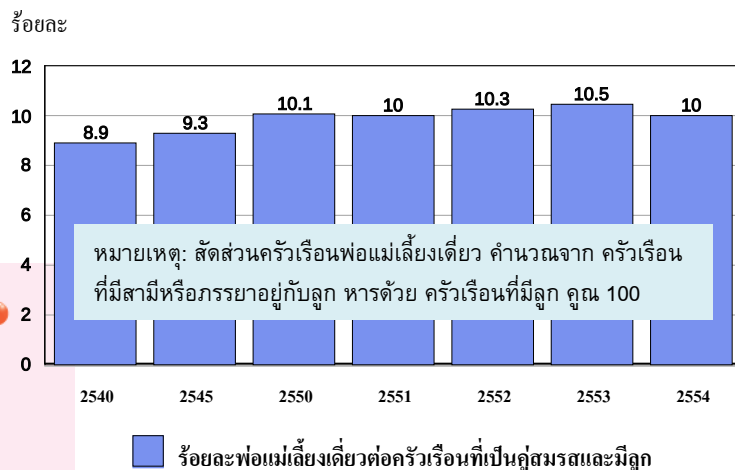
เมื่อพิจารณาที่ตัวเด็ก พบว่าร้อยละ 18 ของเด็กอายุ 0-17 ปี อยู่กับพ่อหรือแม่เท่านั้น ในขณะที่ร้อยละ 20 ไม่ได้อยู่กับทั้งพ่อและแม่ โดยสถานการณ์ดังกล่าวรุนแรงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ (ภาพที่ 11) โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้มีสถานการณ์พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว เกิดจากการแยกกันอยู่ (ร้อยละ 35.8) และการหย่าร้าง (ร้อยละ 34.8) (ภาพที่ 12)

5.ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง

ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง สะท้อนมิติทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพของชุมชน ซึ่งนับเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่ช่วยให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เกิดการเรียนรู้และความมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน รวมทั้งศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง ทั้งนี้ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง มีพัฒนาการที่ดีขึ้น แต่ก็ยังอยู่ในระดับที่ต้อง เร่งแก้ไข ในหลายๆด้าน อาทิเช่น ด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (การมีสวัสดิการชุมชน) และด้านการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหา ในขณะที่ในภาพรวม ก็ยังอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง (คะแนน 61.2) (ภาพที่ 13) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ยังต้องพัฒนาศักยภาพของชุมชนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

หมายเหตุ : ภาพที่ 13 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554

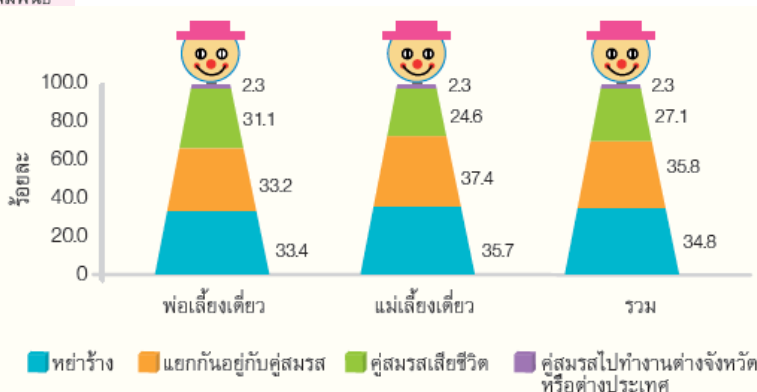
ภาพที่ 10 สัดส่วนครัวเรือนที่มีพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ปี 2540-2554



ที่มา ภาพที่ 10: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

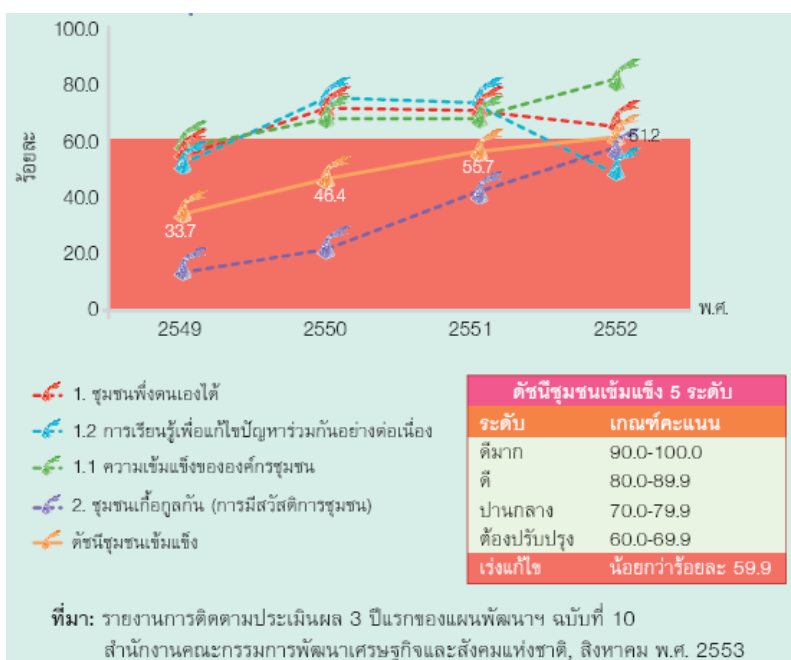
หมายเหตุ : ภาพที่ 11-12 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554

ภาพที่ 12 สาเหตุของพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ปี 2552



ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว พ.ศ.2552. ศิวพร ปกป้อง สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาพที่ 13 ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง ปี 2549-2552

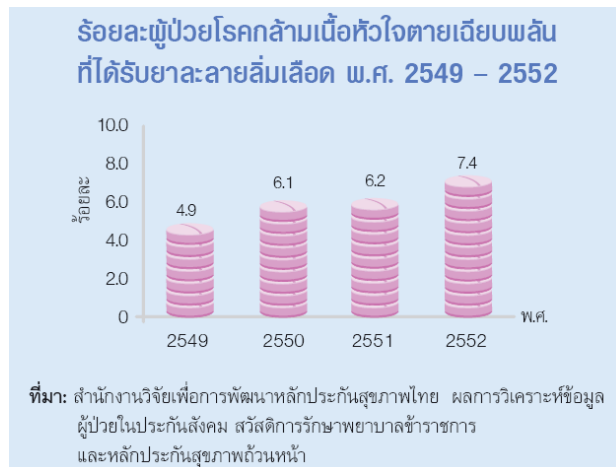


หมวดที่ 6: ระบบบริการสุขภาพ

1.การเข้าถึงบริการสุขภาพ

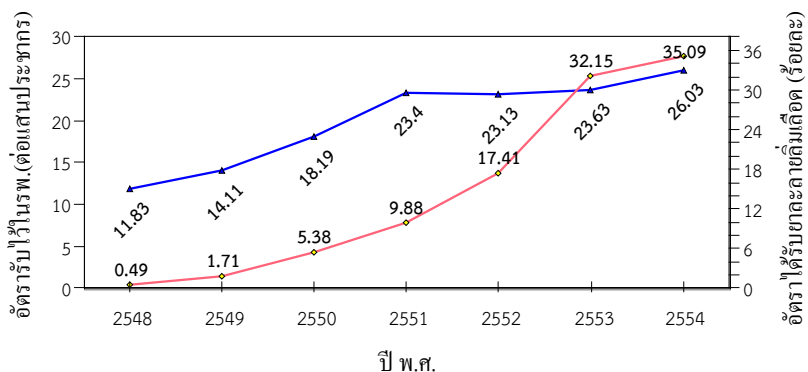
อัตราการได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น เป็นเครื่องสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการเฉพาะทาง ที่อาจจะมีข้อจำกัดด้านศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ หรือปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ทั้งนี้ อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นตัวอย่างของบริการที่อาจจะมีปัญหาการเข้าถึงบริการได้ เนื่องจากต้องให้บริการโดยโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษา จากข้อมูลผู้ป่วยในพบว่า การได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปี 2549-2552



ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation ที่เพิ่มขึ้น และมีอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.7 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 35 ในปี 2554 (ภาพที่ 2) สะท้อนโอกาสในการได้รับการรักษาโรคเฉพาะทาง ที่เพิ่มมากขึ้น

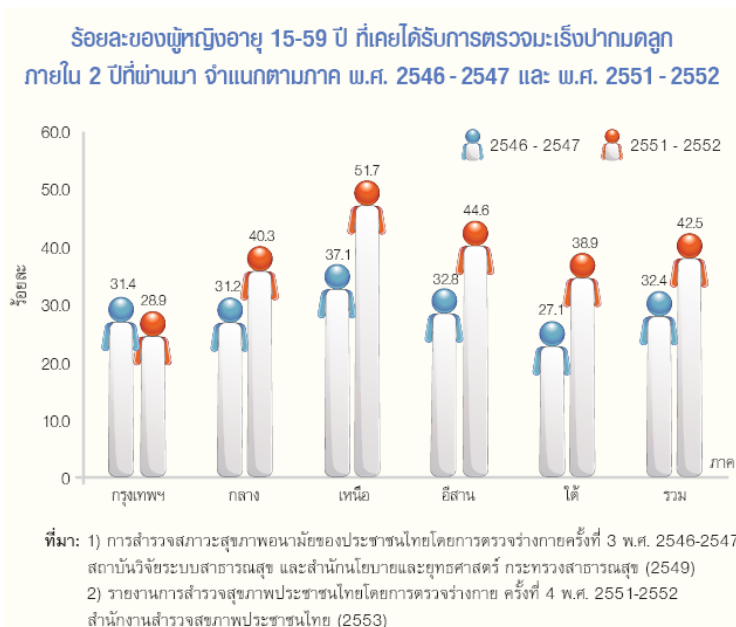
ภาพที่ 2 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation และอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ปี 2548-2554 (เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)



— อัตราการรับไว้ในรพ. ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation
— อัตราที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาพที่ 3 ร้อยละของหญิงอายุ 15-59 ปี ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายใน 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามภาค ปี 2546-2547 และปี 2551-2552



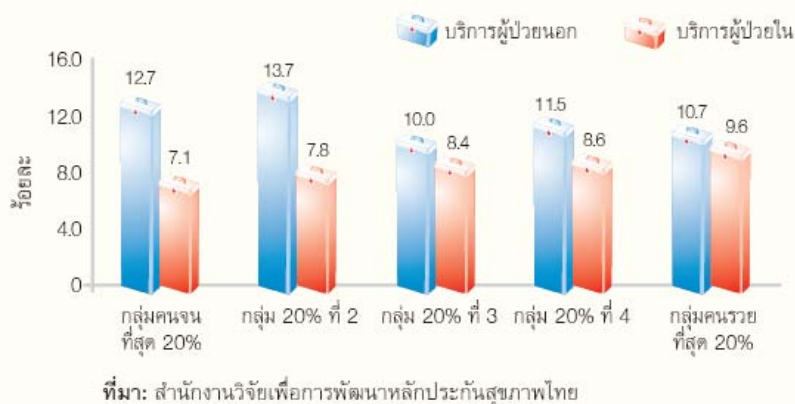
นอกจากบริการรักษาพยาบาลแล้ว บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ก็เป็นบริการที่มีความสำคัญเช่นกัน โดยร้อยละของหญิงอายุ 15-59 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นตัวอย่างของบริการคัดกรองโรคที่สำคัญ โดยหญิงอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 42.5 ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายใน 2 ปีที่ผ่านมา (ปี 2551-2552) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.4 ในปี 2546-2547 โดยภาคเหนือมีร้อยละการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาพที่ 3)

หมายเหตุ ภาพที่ 1 และ 3 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554

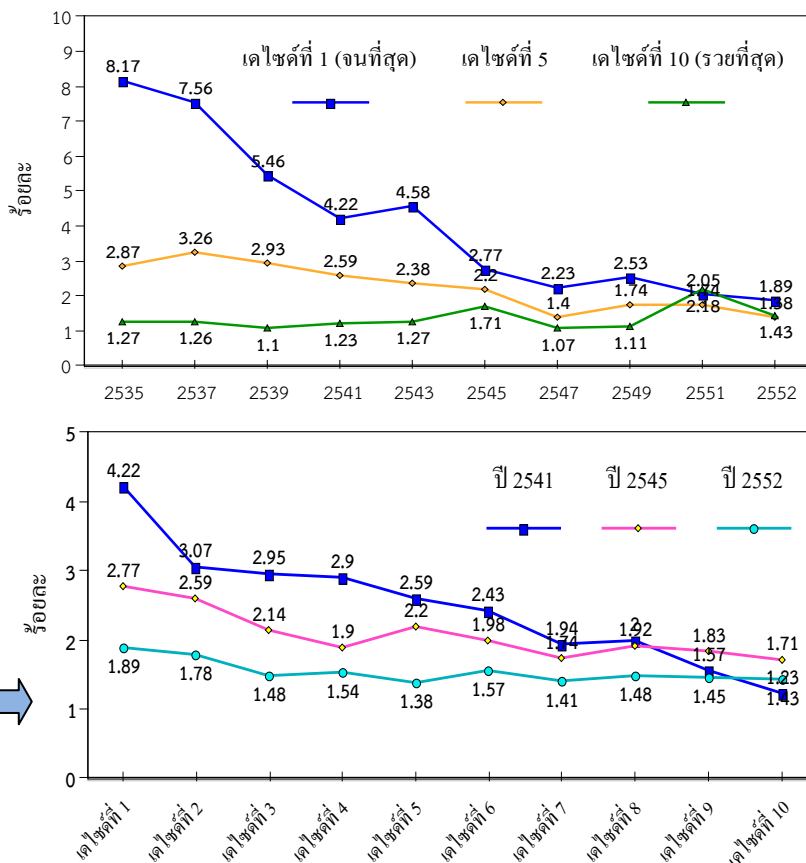
2.ความเป็นธรรมของบริการและรายจ่ายสุขภาพ

ภาพที่ 4 ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณของรัฐ จำแนกตามระดับรายได้ และประเภทบริการ ปี 2552

ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณรัฐ จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ และตามประเภทบริการ พ.ศ. 2552



ภาพที่ 5 รายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนในกลุ่ม เดไชน์ที่ 1 (จนที่สุด), เดไชน์ที่ 5 และเดไชน์ที่ 10 (รวยที่สุด) ปี 2535-2552

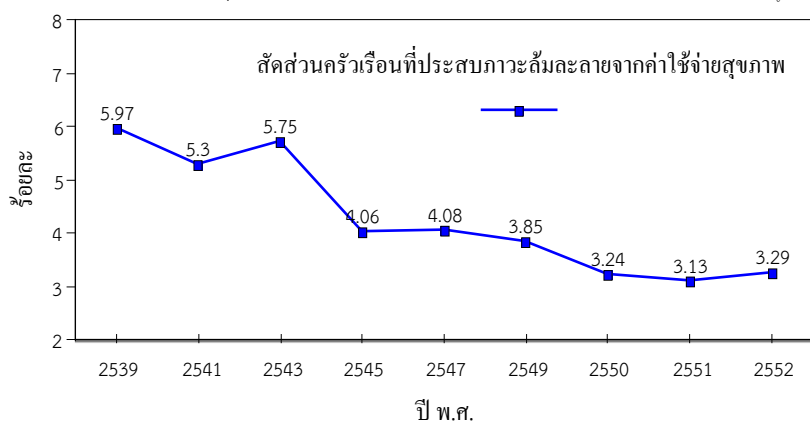


แต่อย่างไรก็ดี การอุดหนุนงบประมาณของรัฐได้ช่วยให้รายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้น้อยที่สุด (เดไชน์ที่ 1) โดยลดจากร้อยละ 8 ของรายได้ครัวเรือนในปี 2535 เหลือร้อยละ 1.9 ของรายได้ในปี 2552 หรือลดลงถึง 4 เท่า (ภาพที่ 5) ทำให้รายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน ระหว่างคนจน กับคนรวย มีความใกล้เคียงกันในปี 2552 คืออยู่ที่ประมาณร้อยละ 1.4-1.9 ของรายได้ของครัวเรือน (ภาพที่ 6) นับเป็นการสร้างความเสมอภาคในด้านรายจ่ายสุขภาพระหว่างคนที่มีความร่ำรวย กับคนที่มีความยากจน

ภาพที่ 6 รายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดไชน์ของรายได้ ปี 2541, 2545 และ 2552



ภาพที่ 7 สัดส่วนครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ ปี 2539-2552



ผลจากการอุดหนุนงบประมาณของรัฐ ช่วยทำให้ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง และทำให้ครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง จากร้อยละ 6 ในปี 2539 เหลือร้อยละ 3.3 ในปี 2552 (ภาพที่ 7)

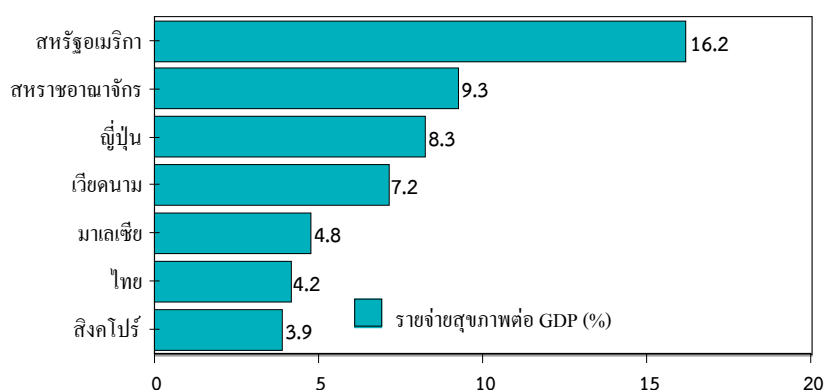
ที่มา ภาพที่ 5-7: สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2535-2552

3.ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

ภาพที่ 8 รายจ่ายสุขภาพและร้อยละรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ปี 2537-2553

รายจ่ายสุขภาพ สะท้อนประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยควรจะมีรายจ่ายอยู่ในระดับที่เหมาะสม ทั้งนี้ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติของไทย อยู่ที่ร้อยละ 3.9 ในปี 2553 (ภาพที่ 8) ซึ่งนับว่าไม่สูงมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศเพื่อนบ้าน (ภาพที่ 9)

ภาพที่ 9 ร้อยละรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP ของ 7 ประเทศ ปี 2552



ที่มา: <http://www.who.int/nha/country/tha/en/> ร้อยละ

ปัญหาหนึ่งในด้านประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ คือเรื่องการใช้ยา และรายจ่ายด้านยา โดยตัวอย่างหนึ่งก็คือ การส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักของโรงพยาบาล ภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่มีมูลค่าถึงร้อยละ 66.8 ของมูลค่ายาทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 มูลค่าและจำนวนครั้งการส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลัก ใน 26 โรงพยาบาล ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2552

รายการ	มหาวิทยาลัย	สังกัดอื่น	กระทรวงสาธารณสุข	รวม
จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	6	7	13	26
1. มูลค่ารวมยาทั้งหมด (บาท)	5,996,840,443	4,419,368,934	2,768,688,682	13,184,898,059
- ยานอกบัญชียาหลักฯ	3,977,682,096	3,001,123,630	1,833,519,130	8,812,324,856
- ร้อยละ	66.3	67.9	66.2	66.8
2. จำนวนครั้งการส่งจ่าย (รวม)	5,160,612	4,812,957	4,168,085	14,141,654
- ยานอกบัญชียาหลักฯ	2,327,897	2,017,018	1,458,601	5,803,516
- ร้อยละ	45.1	41.9	35.0	41.0

หมายเหตุ
ตารางที่ 1

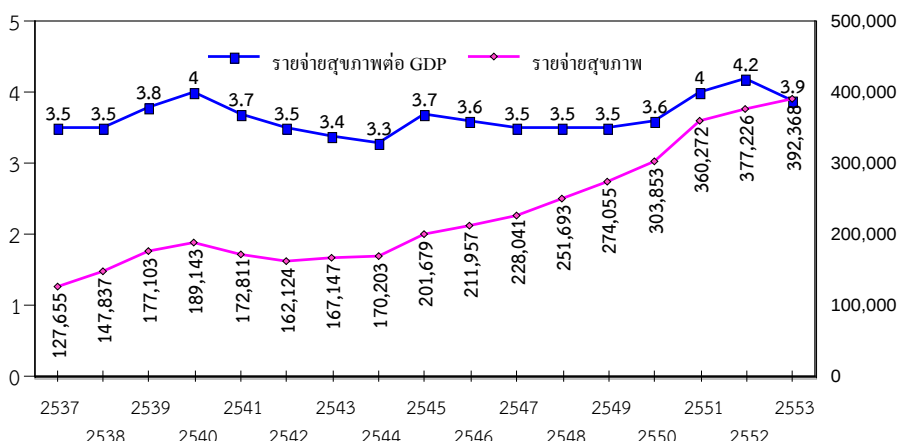
จากรายงาน
สุขภาพคนไทย
2554

หมายเหตุ: (1) "ร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชียาหลักในมูลค่ารวมยาทั้งหมด" เป็นข้อมูลที่สะท้อน "ร้อยละมูลค่าการใช้บัญชียาหลักต่อรายจ่ายด้านยา" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ (2) ข้อมูลนี้ของระบบข้อมูลการจ่ายยาของสถานพยาบาลทั่วประเทศซึ่งยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ทำให้สามารถนำเสนอข้อมูลเพียง 26 โรงพยาบาลเท่านั้น

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553, รายงานการใช้ยาและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่อง กรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการปีงบประมาณ 2552, หน้า 12

รายจ่ายสุขภาพต่อ GDP (ร้อยละ)

รายจ่ายสุขภาพ (ล้านบาท)

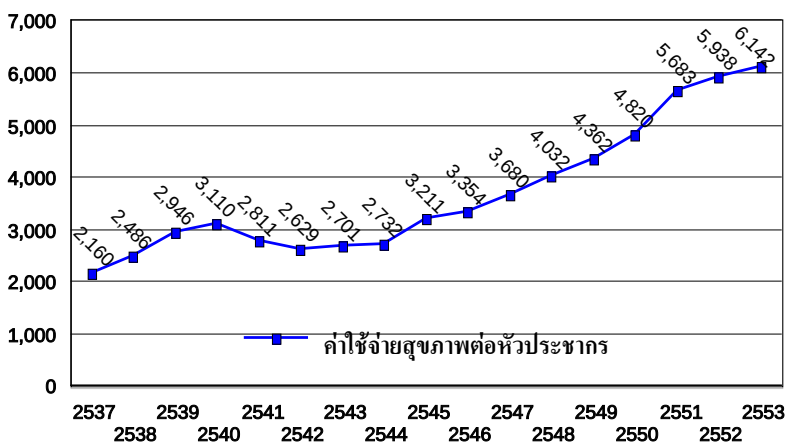


ที่มา ภาพที่ 8 และ 10: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ 2537-2553, สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

แต่หากพิจารณาที่รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร พบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย โดยในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2541-2544 มีรายจ่ายสุขภาพที่ลดลง แสดงว่ารายจ่ายสุขภาพส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ

บาทต่อประชากร

ภาพที่ 10 รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร ปี 2537-2553



4.คุณภาพและประสิทธิผลของบริการสุขภาพ

ภาพที่ 11 สัดส่วนผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วย บริการแบบผู้ป่วยนอก 3 โรค ปี 2544-2552

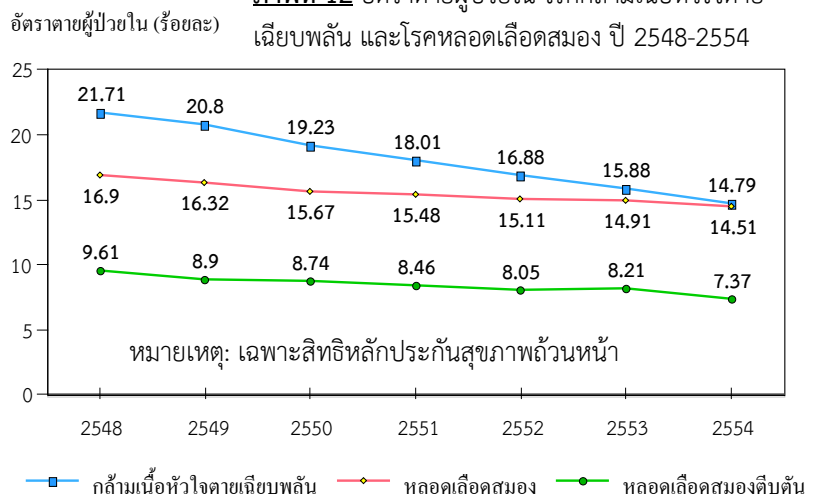
ร้อยละของผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 3 โรค พ.ศ. 2544 - 2552



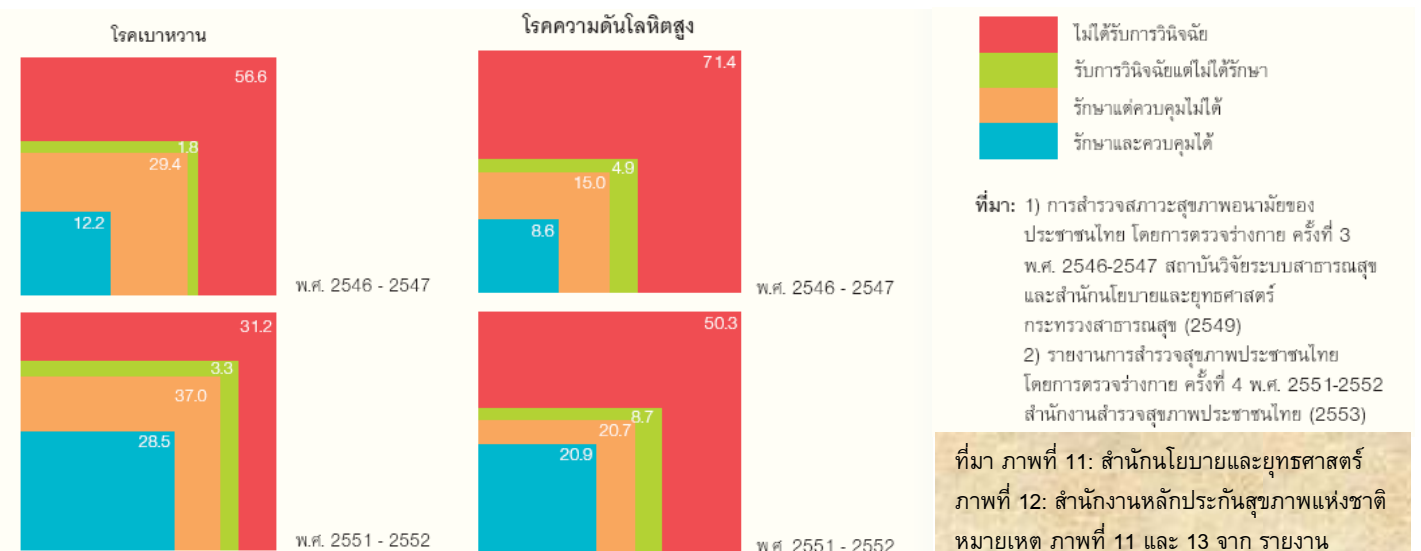
ร้อยละของผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วย บริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นโรคที่หากให้บริการ แบบผู้ป่วยนอกอย่างมีคุณภาพ ก็จะช่วยลดการ รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในลงได้ ทั้งนี้ สัดส่วนของ ผู้ป่วยใน โรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 5.5 ในปี 2552 โดยโรคเบาหวานมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นแล้วเริ่ม คงที่ตั้งแต่ปี 2549 (อยู่ที่ประมาณร้อยละ 4) (ภาพที่ 11) แสดงถึงข้อจำกัดในการดูแลแบบ ผู้ป่วยนอกที่ยังป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ไม่เต็มที่

อัตราการตายผู้ป่วยใน สะท้อนผลลัพธ์ของการรักษา ทั้งนี้อัตราการตายผู้ป่วยใน ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มที่ ลดลง (ภาพที่ 12) แสดงถึงคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความ ดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคได้ ที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น (ภาพที่ 13) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาอยู่ และมีระดับน้ำตาลในเลือดในระดับที่ควบคุมได้ เท่ากับร้อยละ 40 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง มีความดันโลหิตในระดับที่ควบคุมได้ เท่ากับร้อย ละ 66 ในปี 2554 (ตารางที่ 2)

ภาพที่ 12 อัตราตายผู้ป่วยใน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2548-2554



ภาพที่ 13 การได้รับการวินิจฉัยและรักษาและการควบคุมโรคได้ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปี 2546-2547 และ 2551-2552



ตารางที่ 2 อัตราการควบคุมโรคได้ ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี 2553-2554

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	2553	2554
การมีระดับ Fasting blood sugar อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (70-130 mg/dl) ในผู้ป่วยเบาหวาน	42.6	40.7
การมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (SBP < 140 และ DBP < 90 mmHg) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	61.8	66.3

ที่มา: การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรุงเทพมหานคร ปี 2553-2554 พ.อ.ศ.ดร.นพ.รณ รัณสินธุ์ และคณะ สปสช. และเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

บทสังเคราะห์

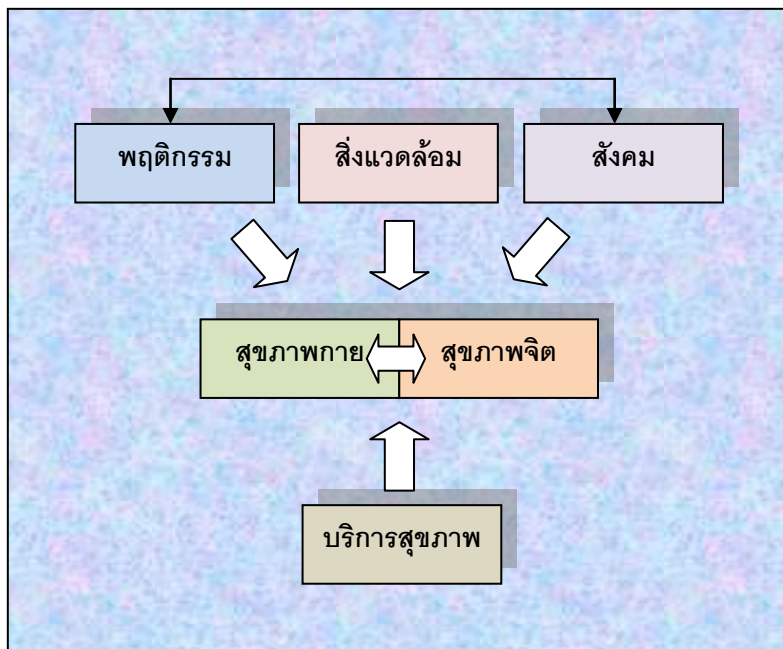
สถานการณ์สุขภาพคนไทย

หากพิจารณาสถานการณ์สุขภาพคนไทยทั้ง 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วยสถานะสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ จะพบว่า ในด้านสถานะสุขภาพนั้น การมีอายุยืนยาวของคนไทย ยังคงประสบกับปัญหาจากการตายด้วยโรคและการบาดเจ็บ ที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะในวัยแรงงาน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งโรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคเรื้อรัง ทั้งโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงโรคมะเร็ง ฯลฯ ถึงแม้ว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยและการตายด้วยสาเหตุบางอย่างจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับที่เป็นปัญหาสำคัญ

ทางด้านสุขภาพจิต ปัญหาการฆ่าตัวตาย ยังคงอยู่ในระดับสูง และเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆ โดยเฉพาะในเพศชาย รวมทั้งปัญหาภาวะสุขภาพจิตที่คนไทยส่วนหนึ่ง ยังคงมีระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะในภูมิภาคที่มีความเจริญ เช่น ในภาคกลางและกรุงเทพฯ แต่ภาวะสุขภาพจิตจะดีขึ้น หากมีการปฏิบัติตามหลักศาสนา และครอบครัวมีเวลาให้มากขึ้น รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจที่ดีขึ้นของครัวเรือน

ปัญหาสุขภาพกายที่เป็นปัญหา ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร รวมทั้งความเสี่ยงจากพฤติกรรมทางเพศ และการขับถ่ายปัสสาวะที่ไม่ปลอดภัย สำหรับการสูบบุหรี่ ถึงแม้จะมีแนวโน้มในภาพรวมที่ดีขึ้น แต่ก็เริ่มเปลี่ยนแปลงน้อยในระยะหลัง รวมทั้งมีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นในวัยรุ่น และปัญหาควันบุหรี่มือสองในครัวเรือนและที่ทำงาน สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีปัญหามากในวัยรุ่นและวัยทำงาน ทั้งในส่วนของการดื่มในระดับอันตราย และการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว

กรอบความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสุขภาพ และปัจจัยส่งผลต่อสุขภาพ



กรอบความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพในด้านต่างๆ สะท้อนให้เห็นว่าสุขภาพกาย และสุขภาพจิต นับเป็นผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ได้แก่ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสภาวะสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่คนทั้งสังคมต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบ โดยมีระบบบริการสุขภาพ ที่ช่วยลดปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น โดยการให้บริการทั้งด้านรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ภายใต้การจัดการระบบบริการสุขภาพ และการคลังสุขภาพที่เหมาะสม

สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ก็มีความรุนแรงไม่แพ้กัน โดยปัญหาคุณภาพอากาศ มีความรุนแรงในเขตเมือง และพื้นที่อุตสาหกรรม รวมทั้งภาคเหนือ ที่ประสบกับปัญหามอกควัน ในขณะที่ปัญหาคุณภาพน้ำ มีภาวะเสื่อมโทรมทั้งน้ำผิวดิน และน้ำทะเลชายฝั่งบริเวณอ่าวไทยตอนใน โดยสถานการณ์ในบางพื้นที่มีความรุนแรงมากขึ้น

ปัญหาปัจจัยทางสังคม ก็ประสบกับปัญหาเช่นกัน ทั้งนี้ในส่วน
ของความมั่นคงทางชีวิต ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจของครัวเรือน
ถึงแม้ว่าจะมีส่วนคนจนที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในบาง
ภูมิภาค ก็ยังคงพบมีคนจนในสัดส่วนที่สูง รวมทั้งยังมีความ
แตกต่างทางรายได้ระหว่างคนจนและคนรวย ที่ต่างกันหลายเท่า
ในขณะที่ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ มีแนวโน้มที่
ดีขึ้น ยกเว้นเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล ที่มีความไม่เสมอภาค
มากขึ้น นอกจากนี้ยังประสบปัญหาสถานภาพของครอบครัว ที่
มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และโครงสร้างครอบครัว ที่มี
ครัวเรือนที่เป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการ
แยกกันอยู่และหย่าร้าง และสำหรับศักยภาพของชุมชนนั้น ก็
ยังคงอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนา ทั้งในด้านการมีระบบสวัสดิการที่
เพียงพอและการสร้างการเรียนรู้ในชุมชน

สำหรับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพนั้น พบว่าประเด็นการ
เข้าถึงบริการสุขภาพ มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ถึงแม้ว่าจะยังไม่ครบถ้วน
สมบูรณ์ แต่ก็มีทิศทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้าง
ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ที่คนจนได้รับประโยชน์จาก
งบประมาณของรัฐมากขึ้น ทำให้การกระจายสุขภาพของ
ครัวเรือน ในกลุ่มคนจนนั้นลดลงอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความ
เหลื่อมล้ำของการกระจายสุขภาพของครัวเรือน และลดภาวะ
ล้มละลายของครัวเรือนจากรายจ่ายสุขภาพลงได้

แต่สำหรับประเด็นประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ยังคงเป็น
ประเด็นที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านรายจ่ายสุขภาพ
ของระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ
ต่ำ รวมทั้งการใช้ยาที่มากเกินไปจนความจำเป็น โดยเฉพาะการจ่าย
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่มที่มีสวัสดิการ
รักษาพยาบาลของรัฐ ถึงแม้ว่าอาจจะถูกมองว่าเป็นยาที่มี
คุณภาพสูงก็ตาม แต่อย่างไรก็ดี การให้บริการในภาพรวมนั้น
นับว่ามีคุณภาพโดยรวมที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลที่
ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยในหลายโรคลงได้ แม้จะยังมี
ปัญหาประสิทธิภาพการบริการแบบปฐมภูมิหรือแบบผู้ป่วยนอก
ที่ยังคงต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและ
ภาวะเสี่ยงของการนอนรักษาในโรงพยาบาลลง

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ และแนวโน้ม 2545-2554

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ	แนวโน้ม 2545-2554
สุขภาพกาย	
-อายุคาดเฉลี่ย	ดีขึ้น
-อัตราการตายวัยแรงงาน	ดีขึ้น
สุขภาพจิต	
-อัตราการฆ่าตัวตาย	ดีขึ้น
-ภาวะสุขภาพจิต	ดีขึ้น
พฤติกรรมสุขภาพ	
-อัตราดื่มแอลกอฮอล์ระดับอันตราย	ดีขึ้น
-อัตราสูบบุหรี่	ดีขึ้น
-อัตราแม่วัยรุ่น	แย่ลง
คุณภาพสิ่งแวดล้อม	
-ดัชนีคุณภาพอากาศ	ดีขึ้น
-ดัชนีคุณภาพน้ำ	ดีขึ้น และแย่ลง
-อัตราปล่อยสารทำลายโอโซน	ดีขึ้น
สถานะสังคม	
-สัดส่วนคนจน	ดีขึ้น
-ดัชนีครอบครัวอบอุ่น	แย่ลง
-สัดส่วนพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว	แย่ลง
-ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง	ดีขึ้น
-ความไม่เสมอภาคของรายได้	ดีขึ้น
ระบบบริการสุขภาพ	
-อัตราการได้รับยาลดไขมันเลือด	ดีขึ้น
-ผลประโยชน์จากงบประมาณ	ดีขึ้น
-อัตราล้มละลายจากรายจ่ายสุขภาพ	ดีขึ้น
-รายจ่ายสุขภาพต่อ GDP	คงที่
-สัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลัก	ไม่แน่ใจ
-อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคที่ควรควบคุม ได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก	แย่ลง หรือคงที่
-อัตราการตายผู้ป่วยใน	ดีขึ้น

โดยสรุป สถานการณ์สุขภาพของคนไทย ยังคงอยู่ในระดับที่เป็นปัญหาในหลายด้าน ถึงแม้ว่าสถานการณ์สุขภาพบางอย่างจะดีขึ้น แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็น การป่วย การบาดเจ็บ การตาย ภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งปัญหาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยมีระบบบริการสุขภาพ มาช่วยประคับประคอง ซึ่งก็ยังคงมีการพัฒนาที่ต่อเนื่องเช่นกัน ทั้งด้านความครอบคลุมของบริการ ประสิทธิภาพ และคุณภาพของบริการสุขภาพ

รายงานการประชุมกลุ่มวิชาการย่อย
การจัดทำตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ธันวาคม 2555

กลุ่มที่ 1 สุขภาพกาย

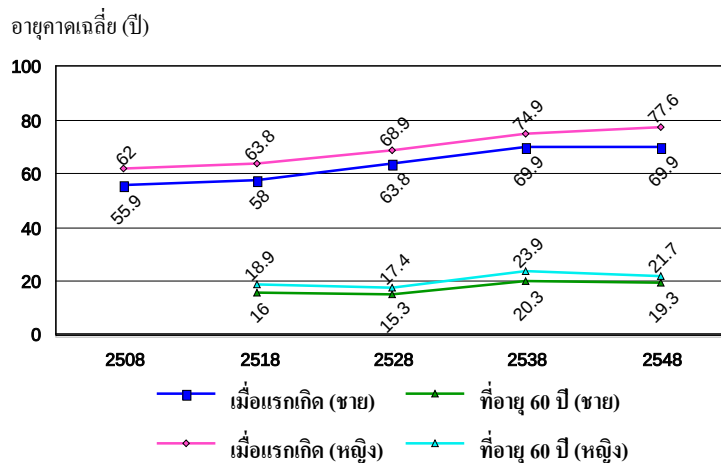
ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มที่ 1 สุขภาพกาย เป็นตัวชี้วัดใน หมวดที่ 1 สุขภาพกาย โดยมีตัวชี้วัด ดังนี้

- 1.อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy)
- 2.อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy)
- 3.อัตราตายวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) (Mortality rate at age 15-59 years)

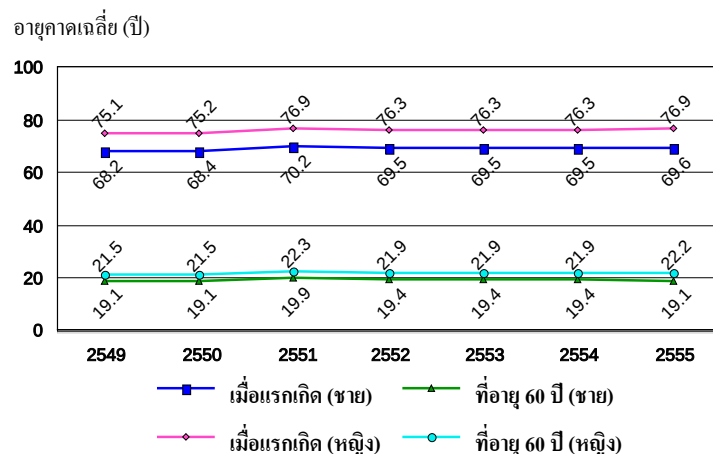
ในการประชุมกลุ่มวิชาการย่อย มีการสังเคราะห์ตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัว โดยมีแหล่งข้อมูล และสถานการณ์ข้อมูล ดังนี้

1.อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy)

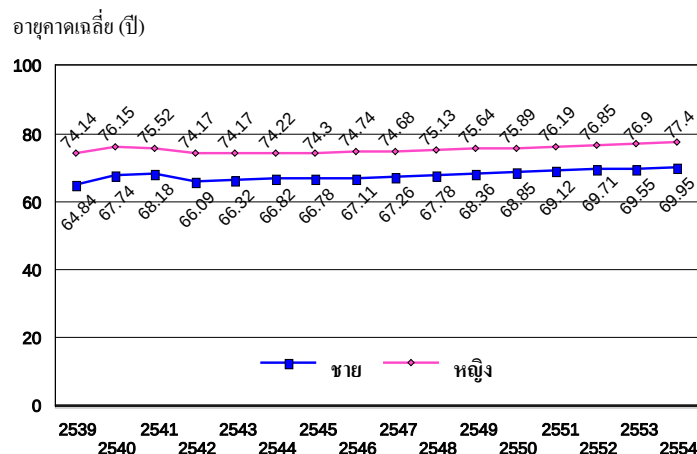
อายุคาดเฉลี่ย มีข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลการตายที่มีการปรับการตกจุดที่เกิดขึ้นในระบบทะเบียนการตาย แต่มีปัญหาคือไม่สามารถสะท้อนข้อมูลเป็นรายปีได้ และไม่มีข้อมูลหลังปี 2548 โดยข้อมูลที่มีอยู่ตั้งแต่ปี 2508-2548 มีดังนี้



นอกจากนี้ยังมีข้อมูลการปรับค่าและประมาณค่าของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อยู่ในสารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นข้อมูลประมาณการรายปี โดยข้อมูลตั้งแต่ปี 2549-2555 เป็นดังนี้



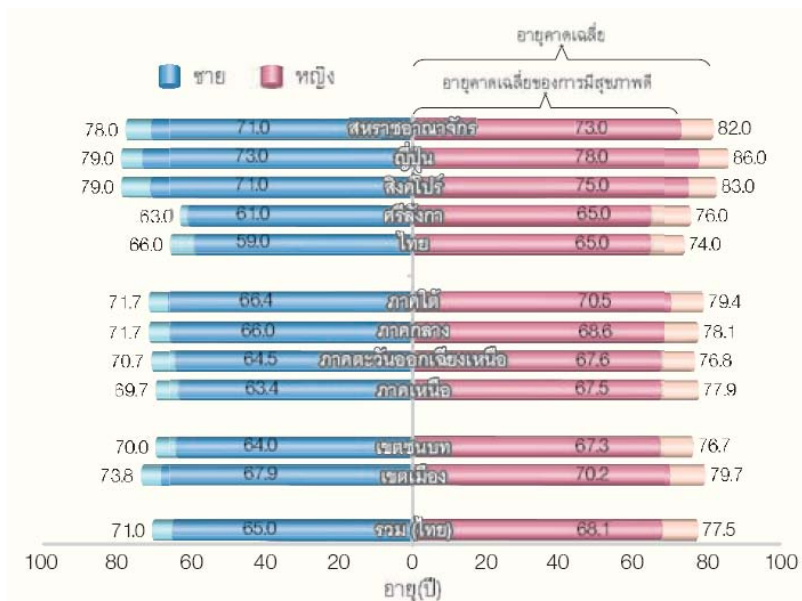
อย่างไรก็ดี ข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงอายุคาดเฉลี่ย ที่ค่อนข้างคงที่ในรอบ 7 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะไม่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงในช่วงที่มีการระบาดของโรคเอดส์ ระหว่างปี 2540-2545 ที่ประชุมจึงเสนอให้นักวิชาการ จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย จากทะเบียนการตาย ตั้งแต่ปี 2539-2554 เพื่อสะท้อนสถานการณ์การตายจากข้อมูลจริง ถึงแม้จะมีการตกจดยุ่บ้างในกลุ่มทารกแรกเกิด แต่ด้วยสมมติฐานที่ว่า การตกจดยุ่ในแต่ละปีไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก จึงน่าจะสามารถใช้ดูแนวโน้มระหว่างปีได้ โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ได้ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยตั้งแต่ปี 2539-2554 ดังนี้



จากข้อมูล สะท้อนให้เห็นว่าระหว่างปี 2541-2546 มีอายุคาดเฉลี่ย ที่ลดลงจากปี 2540 อันน่าจะเป็นผลมาจากการตายจากโรคเอดส์

2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy)

ตัวชี้วัดอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี มีการคำนวณโดยโครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง ในปี 2552 และมีการนำเสนอในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 ดังนี้



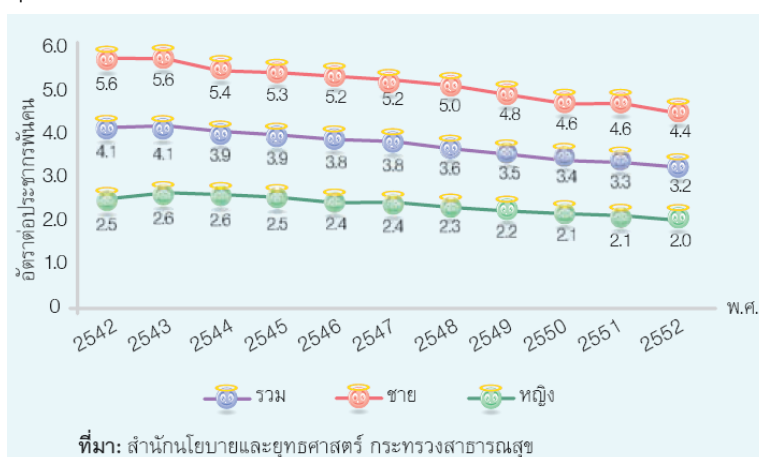
นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ที่คำนวณในปี 2543, 2546, 2550 โดยมีอายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ดังนี้

ปี พ.ศ.	อายุคาดเฉลี่ย		อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ปี 2543	63	72	57	61
ปี 2546	67	73	58	62
ปี 2550	66	74	59	65

จะเห็นว่าข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยที่คำนวณโดยโครงการศึกษาภาระโรคฯ นั้นสูงกว่าข้อมูลองค์การอนามัยโลก ประมาณ 6 ปีในเพศชาย และ 3 ปีในเพศหญิง เนื่องจากวิธีการประมาณค่าอายุคาดเฉลี่ย และการปรับค่าตามระดับสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะความต่างในเรื่องอายุคาดเฉลี่ย ที่เป็นสาเหตุหลักในความแตกต่างของอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ทั้งนี้สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการประมาณค่าอัตราการตายที่องค์การอนามัยโลกใช้วิธีที่ต่างจากของไทย ในการนำเสนอจึงยังคงเสนอข้อมูลทั้ง 2 ตัว เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับต่างประเทศได้

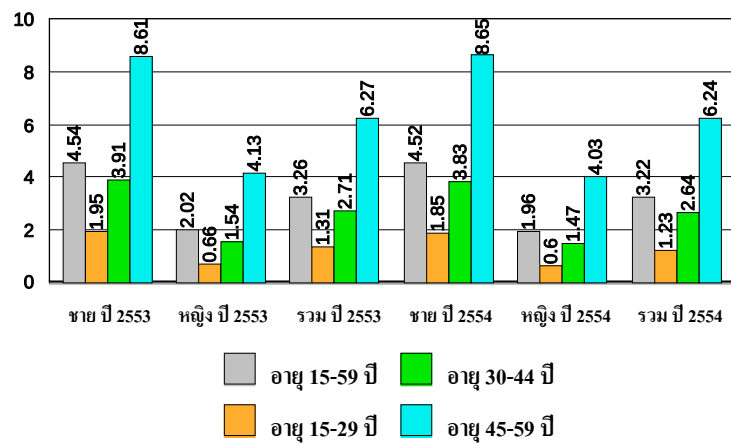
3. อัตราตายวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) (Mortality rate at age 15-59 years)

อัตราตายวัยแรงงาน หรืออัตราตายอายุ 15-59 ปี ใช้ข้อมูลจากมรณบัตรเป็นหลัก ซึ่งมีการนำเสนอข้อมูลตั้งแต่ ปี 2542-2552 ในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 ดังภาพด้านล่าง

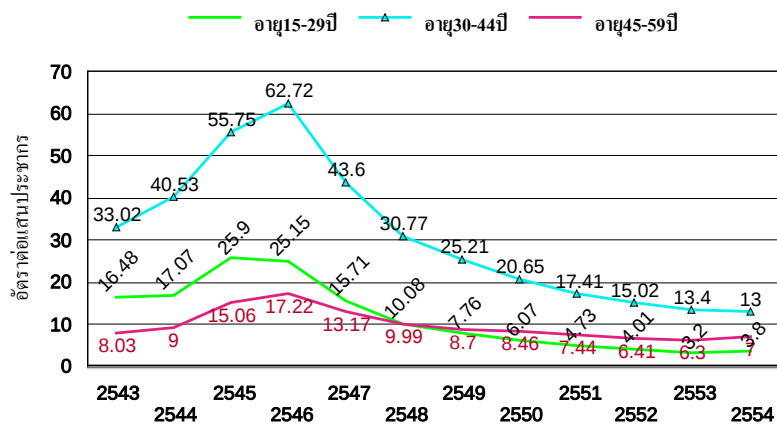


ในการนำเสนอนี้ จึงวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในปี 2553-2554 โดยใช้ฐานข้อมูลการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยที่ประชุมเสนอให้มีการวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยจำแนกเป็น 3 กลุ่มอายุ ได้แก่ อายุ 15-29 ปี อายุ 30-44 ปี และอายุ 45-59 ปี และแบ่งเป็นเพศชายและหญิง รวมทั้งการวิเคราะห์แนวโน้มของอัตราตายรายสาเหตุที่สำคัญในช่วงอายุดังกล่าว ได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร เป็นต้น ดังภาพด้านล่าง

อัตราการตาย (ต่อพันประชากร)



อัตราการตายโรคเอดส์ จำแนกตามอายุ



นอกจากนี้ยังมีข้อมูลล่าสุด เกี่ยวกับสัดส่วนการตายรายสาเหตุของอายุ 15-29 ปี และ 30-59 ปี ที่คำนวณโดยโครงการศึกษาภาระโรคฯ ในปี 2552 จึงเสนอเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นถึงสาเหตุการตายที่เกิดขึ้นในช่วงอายุดังกล่าว

อายุ 15-29 ปี

เพศชาย	ร้อยละ	เพศหญิง	ร้อยละ
1 อุบัติเหตุจราจร	42.4	1 โรคเอดส์	23.5
2 การถูกทำร้าย	10.4	2 อุบัติเหตุจราจร	23.4
3 โรคเอดส์	9.3	3 การฆ่าตัวตาย	4.4
4 การฆ่าตัวตาย	6.1	4 ไตอักเสบ	3.4
5 การจมน้ำ	3.7	5 การถูกทำร้าย	2.4
6 โรคตับแข็ง	1.6	6 มะเร็งปากมดลูก	2.2
7 หลอดเลือดสมอง	1.4	7 หลอดเลือดสมอง	2.1
8 ตกจากที่สูง	1.4	8 มะเร็งเม็ดเลือดขาว	2.1
9 ลมชัก	1.2	9 โรคหัวใจแต่กำเนิด	1.4
10 ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	1.1	10 อุจจาระร่วง	1.4
รวม 10 อันดับ	78.7	รวม 10 อันดับ	66.3

อายุ 30-59 ปี

เพศชาย	ร้อยละ	เพศหญิง	ร้อยละ
1 อุบัติเหตุจราจร	10.7	1 โรคเอดส์	9.2
2 โรคเอดส์	10.3	2 โรคเบาหวาน	8.8
3 มะเร็งตับ	9.0	3 หลอดเลือดสมอง	6.9
4 หลอดเลือดสมอง	7.3	4 มะเร็งปากมดลูก	6.4
5 โรคตับแข็ง	7.1	5 มะเร็งตับ	5.9
6 โรคหัวใจขาดเลือด	6.9	6 มะเร็งเต้านม	5.6
7 การฆ่าตัวตาย	3.3	7 อุบัติเหตุจราจร	5.4
8 มะเร็งปอด	3.2	8 โรคหัวใจขาดเลือด	4.8
9 โรคเบาหวาน	3.1	9 โรคตับแข็ง	3.4
10 การถูกทำร้าย	2.9	10 มะเร็งปอด	3.2
รวม 10 อันดับ	64.0	รวม 10 อันดับ	59.5

กลุ่มที่ 2 สุขภาพจิต

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มที่ 2 สุขภาพจิต เป็นตัวชี้วัดใน หมวดที่ 2 สุขภาพจิต และหมวดที่ 3 สุขภาพปัญญา โดยมีตัวชี้วัด ดังนี้

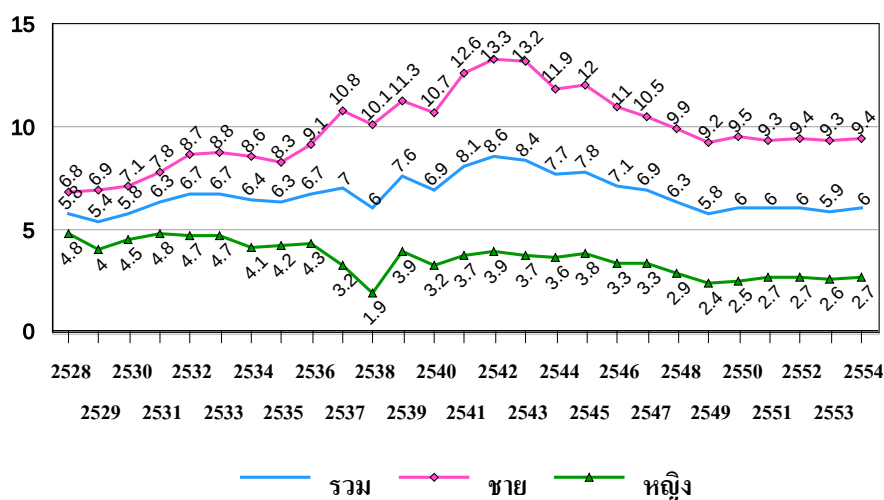
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Suicidal rate)
2. ร้อยละของประชาชนที่มีความสุขในการดำรงชีวิต (Proportion of population with happiness)
3. ดัชนีสุขภาวะทางปัญญา (Population Spiritual Well-being index)

ในการประชุมกลุ่มวิชาการย่อย มีการสังเคราะห์ตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัว โดยมีแหล่งข้อมูล และสถานการณ์ข้อมูล ดังนี้

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Suicidal rate)

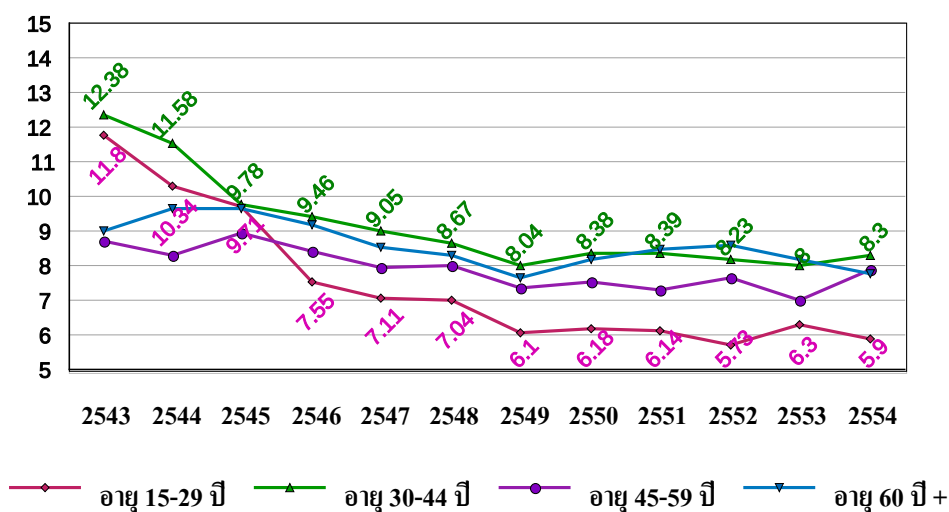
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มาจากข้อมูลทะเบียนการตาย ซึ่งวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ทั้งนี้ ในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 ได้นำเสนออัตราการฆ่าตัวตายระหว่างปี 2520-2552 แต่นำเสนอเฉพาะภาพรวม ที่ประชุมจึงเสนอให้แยกเป็นเพศชายและหญิง และวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มในปี 2553-2554 เนื่องจากมีแนวโน้มที่น่าสนใจ คืออัตราการฆ่าตัวตายในอดีต เพศชายกับเพศหญิง มีอัตราที่ใกล้เคียงกัน แล้วต่อมาอัตราฆ่าตัวตายในเพศชายเพิ่มขึ้น ระหว่างปี 2531-2543 แล้วจึงเริ่มลดลงหลังปี 2544 ในขณะที่เพศหญิงมีอัตราฆ่าตัวตายที่ค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง และมีข้อสังเกตว่า อัตราฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นในเพศชาย ระหว่างปี 2531-2543 ส่วนหนึ่งน่าจะสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และวิกฤตเศรษฐกิจ

อัตราฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร)



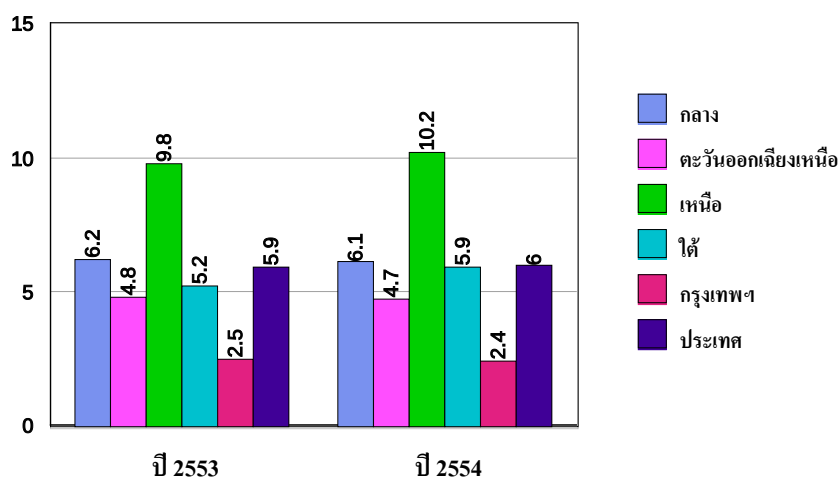
นอกจากนี้ ยังเสนอให้มีการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลอัตราฆ่าตัวตาย โดยแยกกลุ่มอายุ และตามพื้นที่ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีการฆ่าตัวตายมาก

อัตราฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร)



ข้อมูลที่จำแนกรายอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 15-29 ปี มีอัตราฆ่าตัวตายที่ค่อนข้างสูงในปี 2543 แล้วลดลงในอัตราที่เร็วกว่ากลุ่มอายุอื่น ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ มีความใกล้เคียงกับกลุ่มอายุ 30-44 ปี โดยภาคที่มีอัตราฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ภาคเหนือ ต่ำสุดคือ กรุงเทพฯ

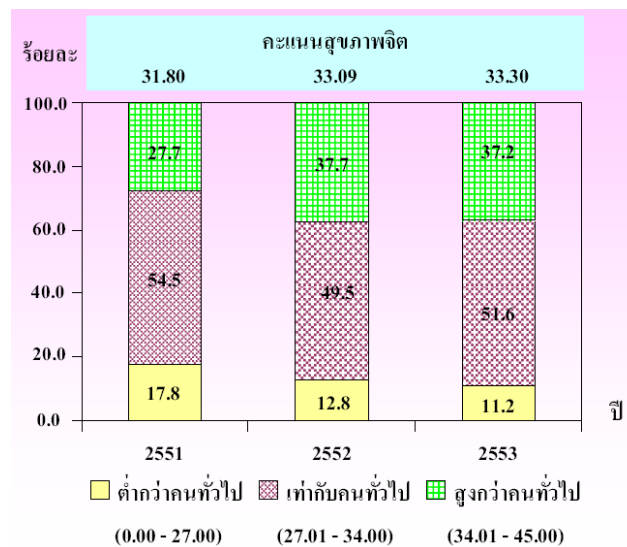
อัตราฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร)



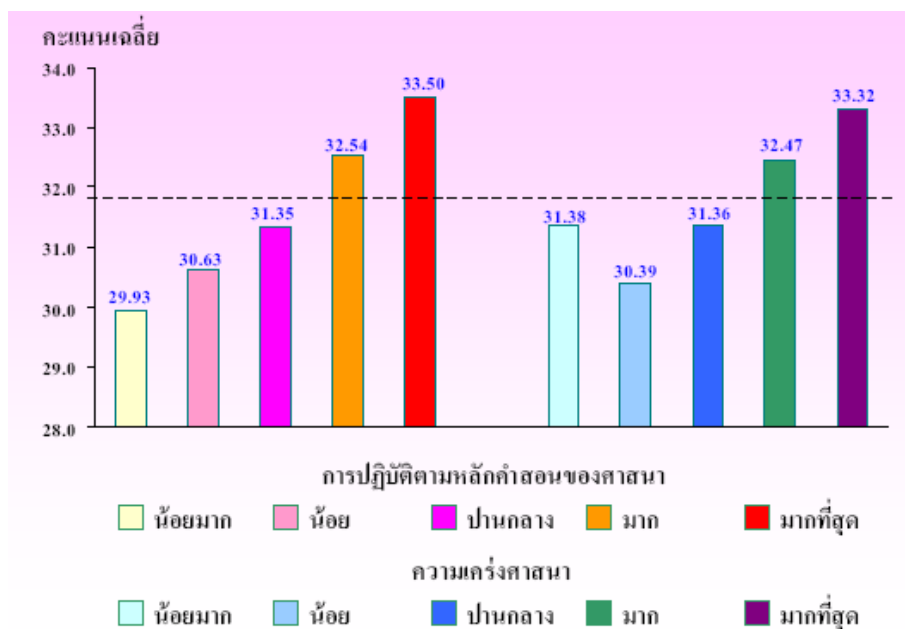
2.ร้อยละของประชาชนที่มีความสุขในการดำรงชีวิต (Proportion of population with happiness)

ประเด็นความสุข มีการจัดทำข้อมูลโดยใช้เครื่องมือหลายลักษณะด้วยกัน และอาจจะใช้คำนิยามหรือคำจำกัดความที่ต่างกันไป โดยกรมสุขภาพจิต และแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต จากการสนับสนุนโดยสสส. มีการดำเนินการสำรวจร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยใช้คำถาม 15 ข้อ ที่สะท้อนสุขภาพจิต ใน 4 มิติ ด้วยกัน ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน โดยมีการสำรวจในปี 2551 2552 และ 2553 โดยในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 นำเสนอข้อมูลของปี 2551-2552

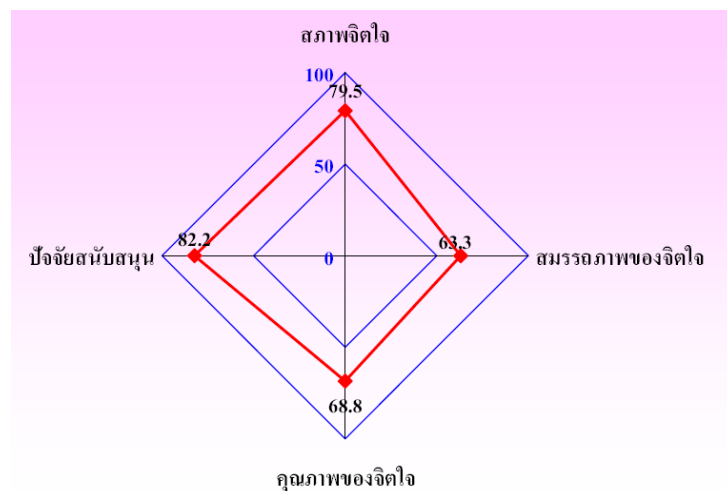
ที่ประชุมจึงเสนอให้นำเสนอข้อมูลดังกล่าว โดยเพิ่มปี 2553 และใช้รายละเอียดของข้อมูลจากรายงานการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ.2551-2553 ดังภาพด้านล่าง



ในการนำเสนอข้อมูลสุขภาพจิตของคนไทย มีประเด็นที่น่าสนใจ เมื่อจำแนกภาวะสุขภาพจิต ตามตัวแปรต่างๆ อาทิเช่น การจำแนกตามพื้นที่ การจำแนกตามอายุ การจำแนกตามการปฏิบัติตามหลักศาสนา การจำแนกตามการให้เวลาของครอบครัว และการจำแนกตามรายได้ของครัวเรือน เป็นต้น



โดยเฉพาะกรณีการปฏิบัติตามหลักศาสนา ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต น่าจะเป็นประเด็นที่สะท้อนให้สังคมไทยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักศาสนาได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอภาพรวมของสุขภาพจิตทั้ง 4 มิติ โดยเน้นให้เห็นปัญหาสุขภาพจิตในด้านสมรรถภาพจิตใจ ที่ได้คะแนนต่ำกว่ามิติอื่น ดังภาพด้านล่าง



โดยความหมายของสุขภาพจิตทั้ง 4 มิติ มีดังนี้

สภาพจิตใจ หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจและความเจ็บป่วยทางจิต

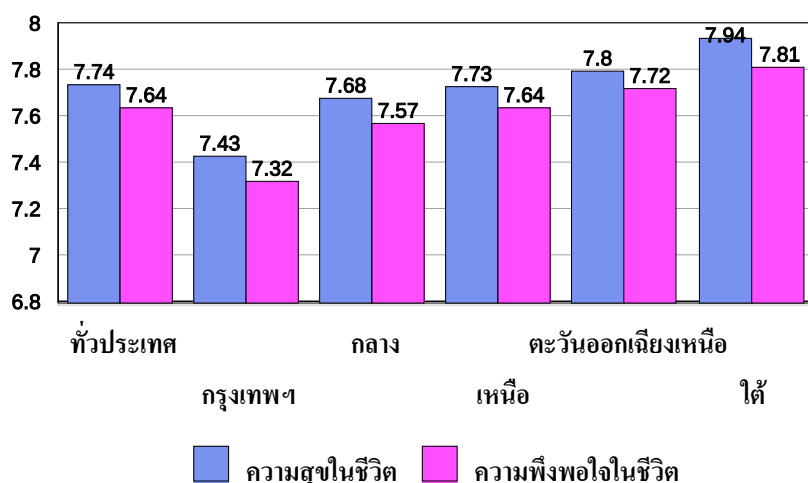
สมรรถภาพของจิตใจ หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

คุณภาพของจิตใจ หมายถึง คุณลักษณะที่ดำรงของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

นอกจากนี้ยังมีการสำรวจความพึงพอใจในชีวิต ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการสนับสนุนจากแผนงาน ดัชนีความก้าวหน้าประเทศไทย สสส. ดำเนินการโดยมูลนิธินโยบายสุขภาวะ ซึ่งเป็นการถามคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต และความสุขในชีวิต ในปี 2555 โดยข้อมูลผลการสำรวจ อยู่ในรายงานการสำรวจความพึงพอใจในชีวิตของคนไทย พ.ศ. 2555 โดยคะแนนความพึงพอใจในชีวิต และคะแนนความสุขในชีวิต มีคะแนนเต็ม 10 โดยผลการสำรวจพบว่าลักษณะการกระจายตามภาค ของความสุขและความพึงพอใจในชีวิต มีความสอดคล้องกับภาวะสุขภาพจิต กล่าวคือ ภาคใต้มีความสุขและความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกรุงเทพฯ มีความสุขและความพึงพอใจต่ำที่สุด ดังภาพด้านล่าง

คะแนน



3.ดัชนีสุขภาวะทางปัญญา (Population Spiritual Well-being index)

ดัชนีสุขภาวะทางปัญญา ยังไม่ได้มีการพัฒนาอย่างชัดเจน แต่จากคำจำกัดความของสุขภาพปัญญา ที่แสดงด้านล่างนั้น บางส่วนมีความสอดคล้องกับมิติ คุณภาพจิตใจ ของตัวชี้วัดสุขภาพจิต ดังนี้

สุขภาพปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

คุณภาพของจิตใจ หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

จะเห็นว่าทั้งสุขภาพปัญญา และคุณภาพจิตใจ มีการพูดถึงความมีจิตอันดีงาม ซึ่งเป็นประเด็นด้านคุณธรรม ดังนั้น อาจจะใช้การวัดองค์ประกอบด้านคุณภาพจิตใจ ทดแทนการวัดสุขภาพปัญญาตรงๆ เนื่องจากการวัดความรู้ทั่ว ความรู้เท่าทันนั้น ยังไม่มีคำถามที่ใช้ถามประเด็นดังกล่าว ได้อย่างตรงไปตรงมา และครอบคลุมทุกศาสนา เนื่องจากเป็นประเด็นนามธรรมอย่างมาก และเกี่ยวข้องกับหลักศาสนา ทำให้มีปัญหาในด้านความเที่ยงตรงของคำถาม และภาษาที่ใช้เพื่อให้มีความเป็นกลางสำหรับทุกศาสนา

กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดใน หมวดที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัด ดังนี้

- 1.ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายในรอบปีที่ผ่านมา (Proportion of hazardous alcohol drinker)
- 2.ร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ในรอบปีที่ผ่านมา (Proportion of smoker)
- 3.ร้อยละการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น (Proportion of teenage pregnancy)

ในการประชุมกลุ่มวิชาการย่อย มีการสังเคราะห์ตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัว โดยมีแหล่งข้อมูล และสถานการณ์ข้อมูล ดังนี้

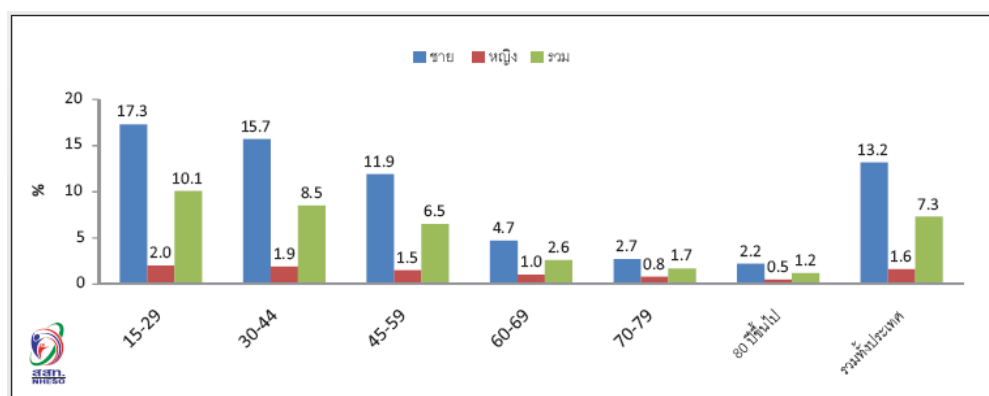
1.ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายในรอบปีที่ผ่านมา (Proportion of hazardous alcohol drinker)

ในการนำเสนอข้อมูลอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอันตราย มีแหล่งข้อมูลคือการสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายปี 2546-47 และปี 2551-52 ซึ่งมีการนำเสนอในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 ดังนี้



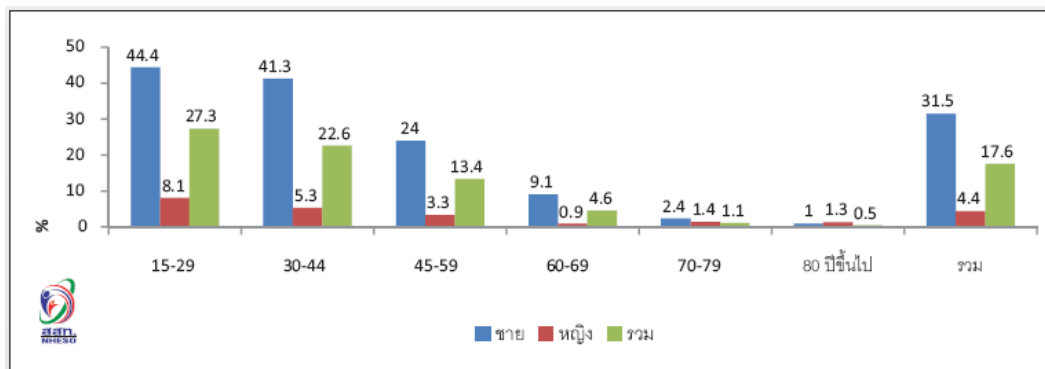
นอกจากนี้ในรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ยังมีการจำแนกตามอายุและเพศ และจำแนกตามภาค ซึ่งควรจะนำเสนอประกอบด้วย

ร้อยละของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงมากในรอบปี ตามอายุและเพศ



ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญ เสนอให้มีการนำเสนอการดื่มหนักในครั้งเดียวด้วย เนื่องจากพฤติกรรมของคนไทย อาจจะมีการดื่มหนักเป็นครั้งคราว ซึ่งเมื่อคิดปริมาณเฉลี่ยเป็นวัน จากการดื่มทั้งปี อาจจะมีปริมาณไม่มาก แต่การดื่ม อย่างหนักในแต่ละครั้ง ก็มีปัญหามาไม่แพ้กัน จึงควรนำเสนอพฤติกรรมดังกล่าวด้วย โดยในแต่ละครั้งของการดื่ม ไม่ควร จะเป็นการดื่มอย่างหนัก

ร้อยละของผู้ที่เคยดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวในรอบปี

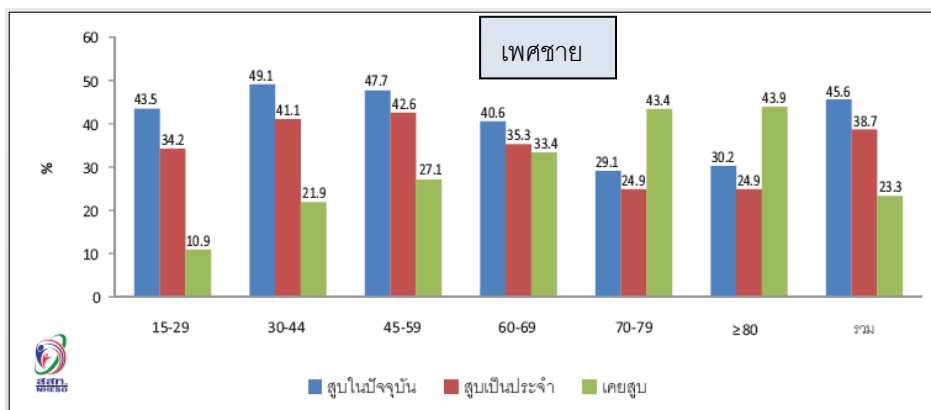


2. ร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ในรอบปีที่ผ่านมา (Proportion of smoker)

ในการนำเสนอข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่ มีแหล่งข้อมูลคือการสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ปี 2546-47 และปี 2551-52 ซึ่งมีการนำเสนอในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 ดังนี้

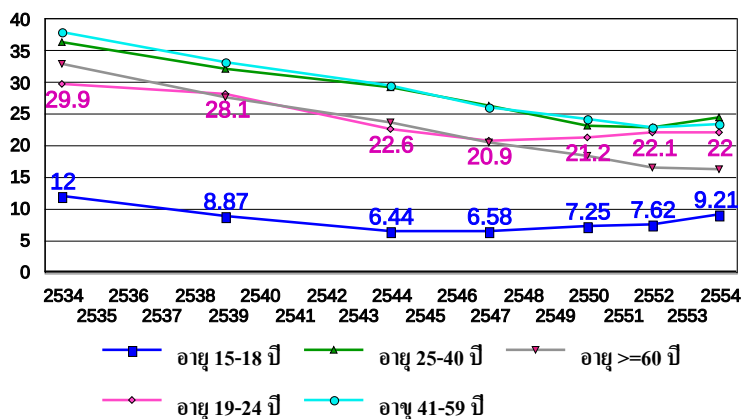


นอกจากนี้ในรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ยังมีการจำแนก ตามอายุและเพศ และจำแนกตามภาค โดยแบ่งเป็นการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน สูบบุหรี่เป็นประจำ และเคยสูบบุหรี่ ดังภาพด้านล่าง



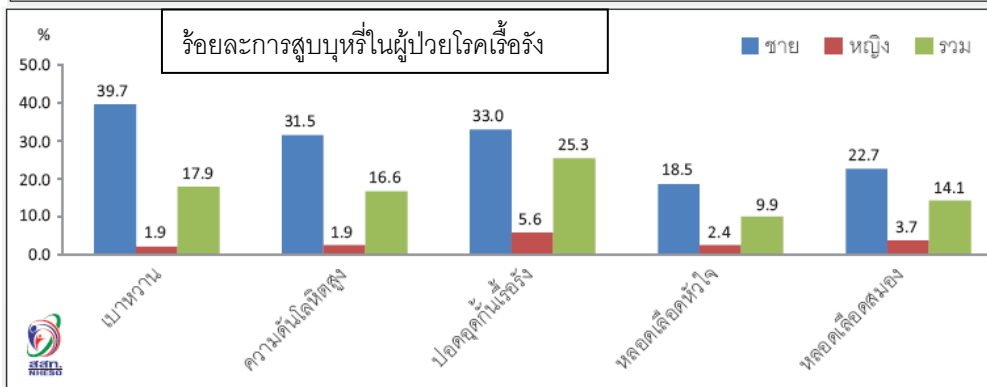
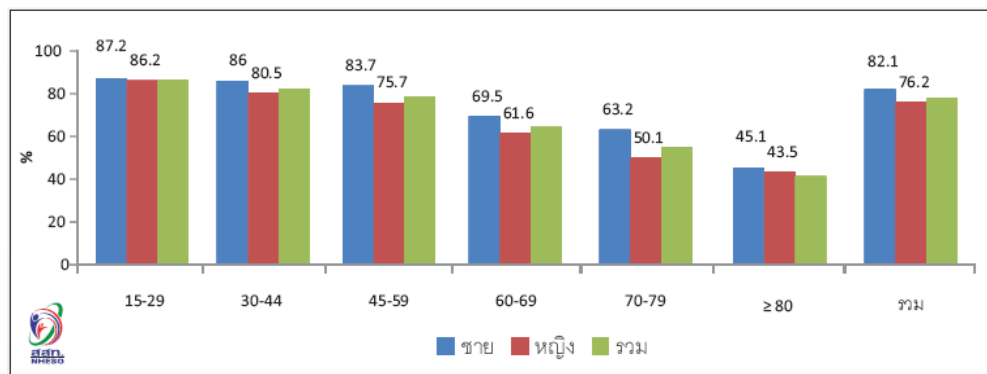
อย่างไรก็ดี หากต้องการดูแนวโน้มของอัตราการสูบบุหรี่ จะต้องใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลอัตราการใช้ยาสูบหรืออายุ ในรอบ 20 ปี โดยทาง ศจย. ได้สนับสนุนข้อมูลรายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบ 2554 ดังภาพด้านล่าง

อัตราการสูบบุหรี่ (ร้อยละ)



ในที่ประชุมได้เสนอให้มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับควันบุหรี่มือสอง โดยในการสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย มีข้อมูลการได้รับควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งควรนำเสนอเพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่บ้านและที่ทำงาน รวมทั้งการลดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

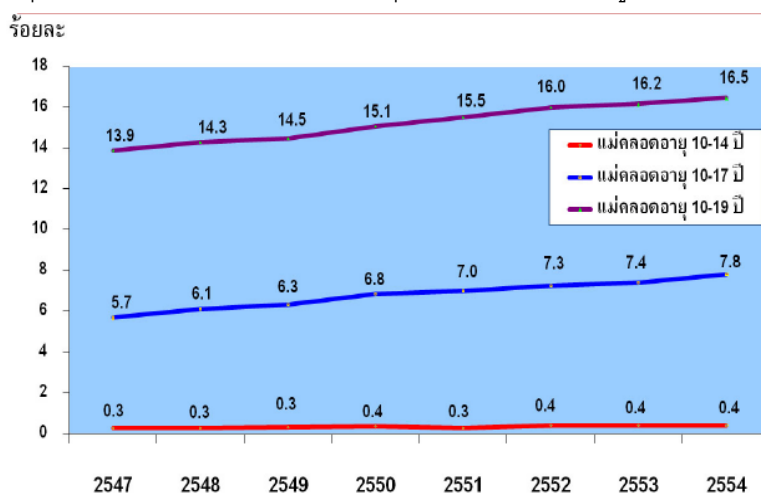
ร้อยละการได้รับควันบุหรี่มือสอง



หมายเหตุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึงประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ส่วนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นประวัติที่เคยมีอาการเป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต

3. ร้อยละการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น (Proportion of teenage pregnancy)

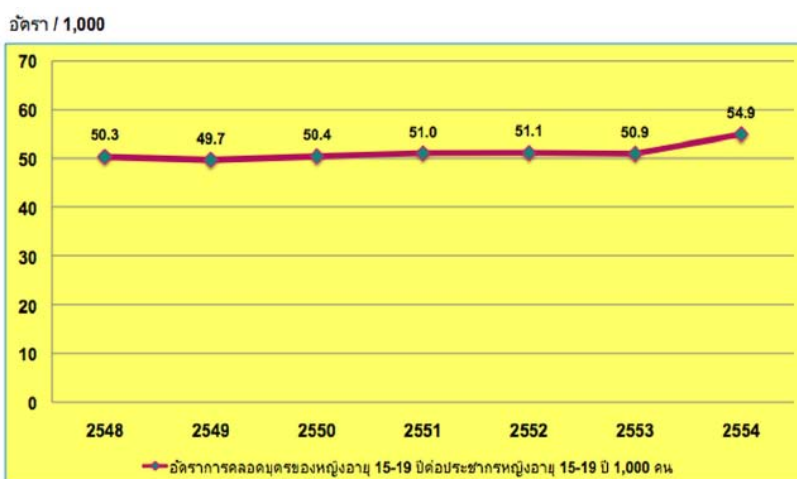
ข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นข้อมูลที่หาได้ยาก เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นข้อมูลที่อาจจะไม่ปรากฏอยู่ในระบบข้อมูล หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการ ดังนั้นข้อมูลที่มีอยู่จึงเป็นข้อมูลการคลอดบุตรของวัยรุ่น ซึ่งได้มาจากระบบทะเบียนการเกิด ที่มีการระบุอายุของมารดา ในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 มีการนำเสนออัตราการคลอดของหญิงวัยรุ่นถึงปี 2551 ทั้งนี้ในเอกสาร fact sheet ของกรมอนามัย โดยสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ ได้นำเสนอตัวเลข 2 ตัว คือสัดส่วนของมารดา ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งตัวหารคือจำนวนคลอดทั้งหมดในปีนั้น และอีกตัวเลขหนึ่งคือ อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี ซึ่งตัวหารคือหญิงอายุ 15-19 ปี โดยมีข้อมูลถึงปี 2554 ดังภาพด้านล่าง



ที่มา : สืบค้นข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จัดทำข้อมูลโดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ร้อยละของแม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี = $\frac{\text{จำนวนแม่คลอดบุตรในช่วงอายุนั้น}}{\text{จำนวนแม่คลอดบุตรทั้งหมด}} \times 100$



ที่มา : 1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. ข้อมูลหญิงคลอดบุตรอายุ 15 - 19 ปี จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

3. ข้อมูลประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

กลุ่มที่ 4 คุณภาพสิ่งแวดล้อม

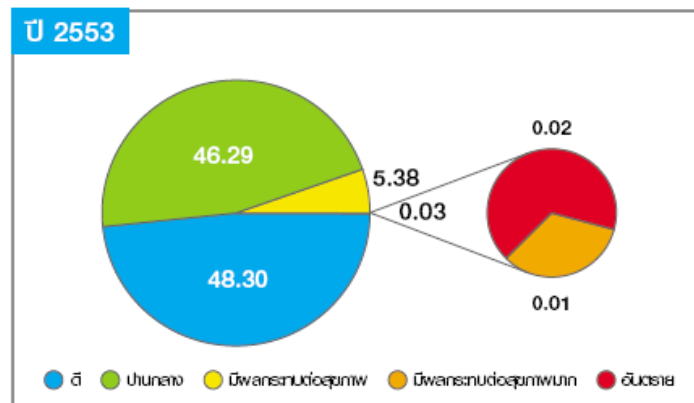
ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มที่ 4 คุณภาพสิ่งแวดล้อม เป็นตัวชี้วัดใน หมวดที่ 5 คุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยมีตัวชี้วัด ดังนี้

- 1.ดัชนีคุณภาพอากาศ (Air quality index)
- 2.ดัชนีคุณภาพน้ำของแหล่งน้ำ (Water quality index)
- 3.ปริมาณการใช้สารทำลายโอโซน (Use of ozone depleting substances per person)

ในการประชุมกลุ่มวิชาการย่อย มีการสังเคราะห์ตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัว โดยมีแหล่งข้อมูล และสถานการณ์ข้อมูล ดังนี้

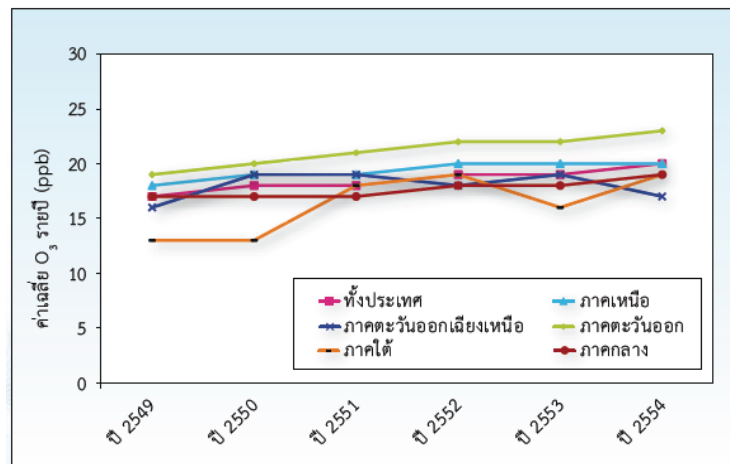
1.ดัชนีคุณภาพอากาศ (Air quality index)

ดัชนีคุณภาพอากาศ มีแหล่งข้อมูลเดียว คือข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษ โดยในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 นำเสนอข้อมูลดัชนีคุณภาพอากาศถึงปี 2552 และสำหรับข้อมูลของปี 2553-2554 อยู่ในรายงานสถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง ปี 2553 และรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2554 ซึ่งรายงานทั้ง 2 ฉบับอยู่ในเว็บไซต์ของกรมควบคุมมลพิษ โดยผู้เชี่ยวชาญจากกรมควบคุมมลพิษ ได้ให้ข้อมูลในการค้นหารายงานทั้ง 2 ฉบับดังกล่าว โดยรายงานสถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง ปี 2553 มีข้อมูลดัชนีคุณภาพอากาศในปี 2553 ดังภาพด้านล่าง

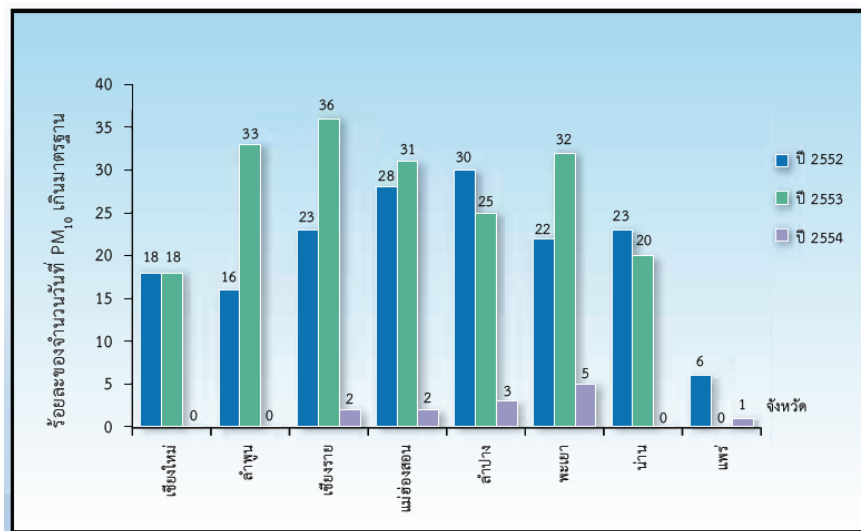


สำหรับรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2554 มีข้อมูลคุณภาพอากาศ ปี 2554 ในส่วนของฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{10}) และก๊าซโอโซน จำแนกตามภาค รวมทั้งร้อยละการมีฝุ่นละอองขนาดเล็กเกินมาตรฐาน รายจังหวัด ในภาคกลางและภาคเหนือ ทั้งนี้การนำเสนอข้อมูลเป็นรายจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือ จะช่วยสะท้อนสภาพปัญหาเฉพาะที่เกิดขึ้น กรณีหมอกควันในภาคเหนือได้เป็นอย่างดี

ก๊าซโอโซน ปี 2549-2554

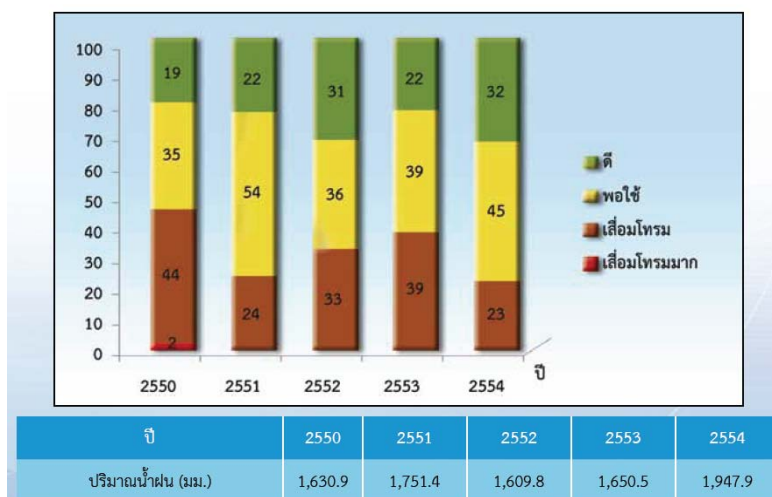


ร้อยละจำนวนวันที่มีฝุ่นละอองขนาดเล็กเกินมาตรฐานในภาคเหนือ



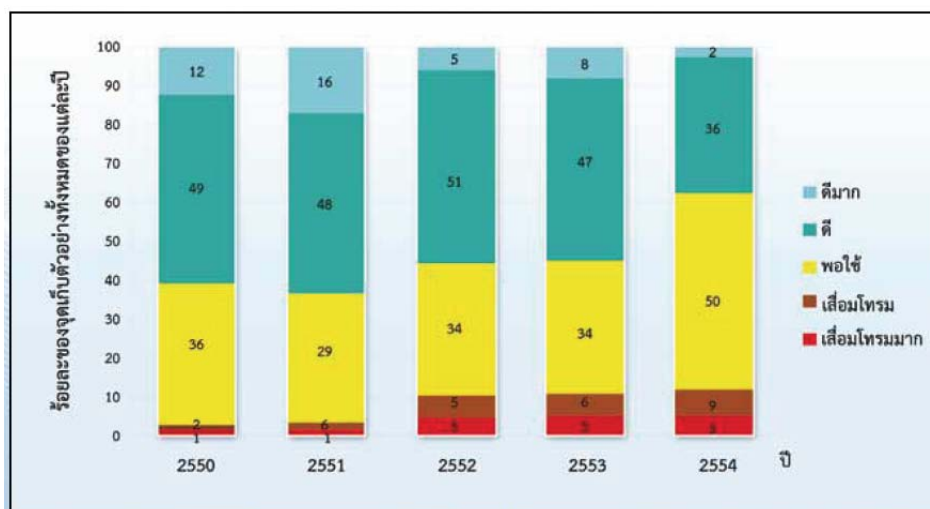
2.ดัชนีคุณภาพน้ำของแหล่งน้ำ (Water quality index)

ดัชนีคุณภาพน้ำ นำเสนออยู่ในรายงานการดำเนินงาน สำนักจัดการคุณภาพน้ำ ประจำปี 2554 และรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2554 โดยรายงานทั้ง 2 ฉบับ มีข้อมูลดัชนีคุณภาพน้ำผิวดินถึงปี 2554 ดังนี้



ปี	2550	2551	2552	2553	2554
ปริมาณน้ำฝน (มม.)	1,630.9	1,751.4	1,609.8	1,650.5	1,947.9

สำหรับคุณภาพน้ำทะเลชายฝั่ง ถึงปี 2554 มีดังนี้



นอกจากนี้ ยังมีรายละเอียดของแหล่งน้ำผิวดิน ในแต่ละภาค แบ่งตามคุณภาพน้ำ และนำเสนอคุณภาพน้ำทะเลชายฝั่ง ในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ อ่าวไทยตอนใน อ่าวไทยฝั่งตะวันตก อ่าวไทยฝั่งตะวันออก และฝั่งอันดามัน ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่ช่วยสะท้อนปัญหาคุณภาพน้ำในท้องถิ่น ได้เป็นอย่างดี ดังภาพด้านล่าง

เกณฑ์คุณภาพน้ำ	แหล่งน้ำผิวดินในภาคต่างๆ ของประเทศ					ร้อยละของแหล่งน้ำ
	ภาคเหนือ	ภาคกลาง	ภาคตะวันออก	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	
 ดี	ลำ	แควน้อย แควใหญ่ เพชรบุรีตอนบน เจ้าพระยาตอนบน	พอง ⁺ อุน สงคราม ชี ⁺ มูล ทองหาร เลย ⁺ ลำชี ⁺	ตราด เวรุ พังราดตอนล่าง ⁺ จันทบุรี ⁺ ประแสร์	ตาปีตอนบน ชุมพร ⁺ ตรัง	32
 พอใช้	ปิง วัง ยม ⁺ น่าน ⁺ กก ⁺ บึงบอระเพ็ด ⁺ แม่จาง อิง	ทำจันทอนบน เจ้าพระยาตอนกลาง ⁺ ปราจีนบุรี น้อย สะแกกรัง ⁺ กุยบุรี ⁺ แม่กลอง	เสียว ลำปาว ⁺ ลำตะคองตอนบน ⁺	บางปะกง ระยองตอนล่าง ⁺ พังราดตอนบน นครนายก ⁺	ตาปีตอนล่าง ⁻ ชุมพร ⁻ ปากพนัง ปัตตานีตอนบน ปัตตานีตอนล่าง ⁺ หลังสวนตอนบน ทะเลสาบสงขลา ⁺	45
 เลื่อนโทรม	กวัง กว๊านพะเยา	ป่าสัก เจ้าพระยาตอนล่าง ทำจันทอนกลาง ทำจันทอนล่าง ลพบุรี เพชรบุรีตอนล่าง	ลำตะคองตอนล่าง	ระยองตอนบน ⁻ ปราจีนบุรี ⁻	สายบุรี หลังสวนตอนล่าง ทะเลน้อย ทะเลหลวง	23
 เลื่อนโทรมมาก	-	-	-	-	-	-

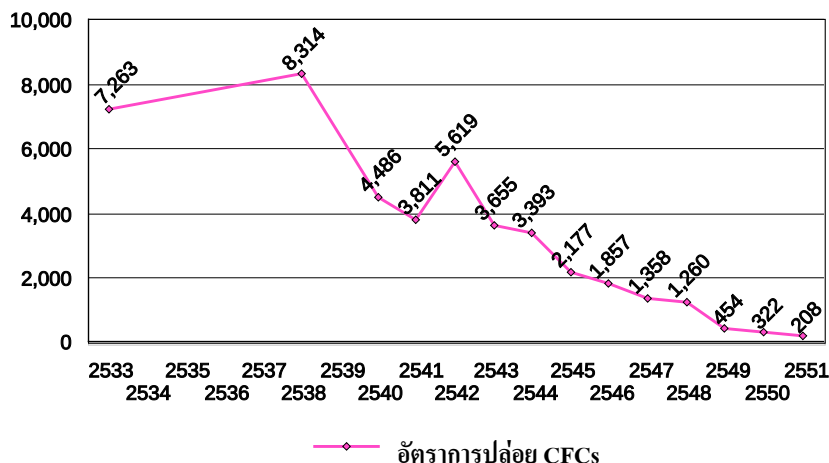
หมายเหตุ : (+) คือ แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำ ดีขึ้น 1 ระดับ เมื่อเทียบกับปี 2553
 (++) คือ แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำ ดีขึ้น 2 ระดับ เมื่อเทียบกับปี 2553
 (-) คือ แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำ ลดลง 1 ระดับ เมื่อเทียบกับปี 2553
 (- -) คือ แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำ ลดลง 2 ระดับ เมื่อเทียบกับปี 2553

ที่ประชุมเสนอว่าควรนำเสนอรายการของแหล่งน้ำในพื้นที่ ตามคุณภาพน้ำด้วย เพื่อสร้างความตระหนักในชุมชนท้องถิ่น ในการอนุรักษ์คุณภาพของแหล่งน้ำ ทั้งแหล่งน้ำผิวดิน และน้ำทะเลชายฝั่ง

3.ปริมาณการใช้สารทำลายโอโซน (Use of ozone depleting substances per person)

ข้อมูลปริมาณการปล่อยสารทำลายโอโซน ชนิด CFCs มีข้อมูลจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม ที่แสดงให้เห็นว่า มีการปล่อยสาร CFCs ในปริมาณที่ลดลงอย่างมากจนถึงปี 2551 เนื่องจากข้อกำหนดทางกฎหมาย และในรายงาน สุขภาพคนไทย 2554 นำเสนอปริมาณนำเข้าสาร CFCs ที่เป็น 0 ในปี 2553 (ข้อมูลกรมศุลกากร)

ปริมาณการปล่อย CFCs (เมตริกตัน)

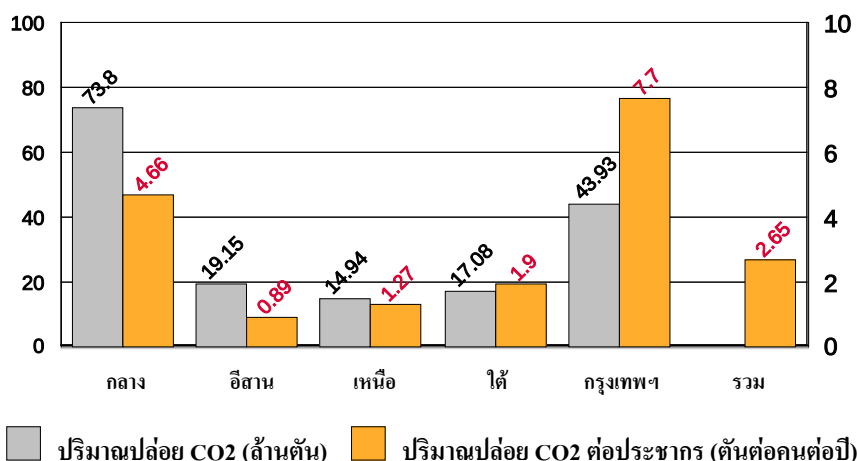


จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าปัญหาการปล่อยสาร CFCs ลดลงอย่างมาก ที่ประชุมจึงเสนอให้มีการนำเสนอ ข้อมูลการปล่อย CO₂ เพิ่มเติมด้วย โดยมูลนิธินโยบายสาธารณะ ได้มีการรวบรวมข้อมูล Carbon footprint เป็นราย จังหวัด โดยมีข้อมูลการปล่อย CO₂ จากน้ำมัน และไฟฟ้า ในปี 2553 โดยทางมูลนิธินโยบายสาธารณะ ได้สนับสนุน ข้อมูลดังกล่าว แล้วนำมาคำนวณเป็นอัตราต่อประชากรในแต่ละภาค โดยใช้จำนวนประชากรปี 2553 จากสำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์ ทำให้ได้ข้อมูลการปล่อย CO₂ เป็นรายภาค ดังภาพด้านล่าง

ปริมาณการปล่อย CO₂ จากน้ำมันและไฟฟ้า

ปริมาณปล่อย CO₂ (ล้านตัน)

ปริมาณปล่อย CO₂ ต่อประชากร (ตันต่อคนต่อปี)



กลุ่มที่ 5 สภาวะสังคม

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มที่ 5 สภาวะสังคม เป็นตัวชี้วัดใน หมวดที่ 6 ความมั่นคงของชีวิต หมวดที่ 7 ความสัมพันธ์ในครอบครัว หมวดที่ 8 ศักยภาพชุมชน และหมวดที่ 9 ความมั่นคงของสังคม โดยมีตัวชี้วัด ดังนี้

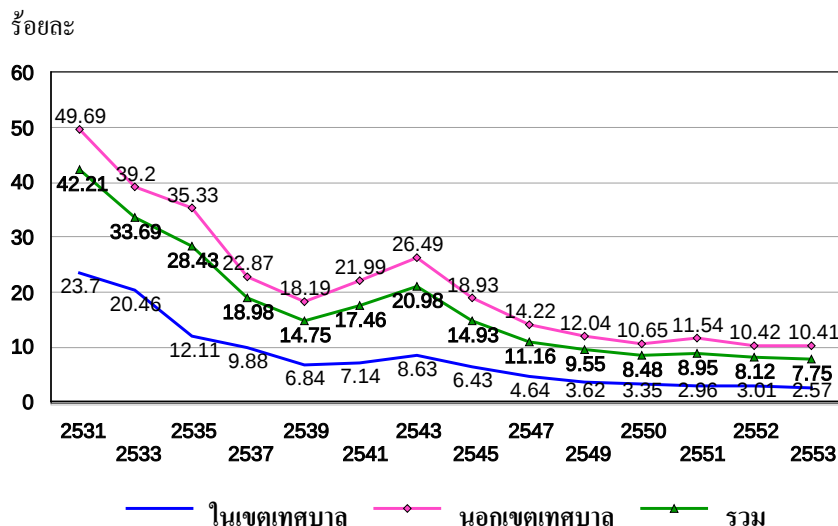
- 1.ร้อยละของจำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน (Proportion of people below the poverty line)
- 2.ดัชนีครอบครัวอบอุ่น (Warm family index)
- 3.ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว (Proportion of single parent family)
- 4.ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง (Strong community index)
- 5.ความแตกต่างของรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุด 20% แรก ต่อคนที่จนที่สุด 20% สุดท้าย (Income difference 1st : 5th Quintile)

ในการประชุมกลุ่มวิชาการย่อย มีการสังเคราะห์ตัวชี้วัดทั้ง 5 ตัว โดยมีแหล่งข้อมูล และสถานการณ์ข้อมูล ดังนี้

1.ร้อยละของจำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน (Proportion of people below the poverty line)

ร้อยละของคนจน จากการคำนวณโดยใช้รายจ่ายเมื่อเทียบกับเส้นความยากจนด้านรายจ่าย เป็นข้อมูลของ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยคำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน มีข้อมูลตั้งแต่ปี 2531-2553 จำแนกตามพื้นที่เมืองและชนบท และจำแนกตามภาค ดังนี้

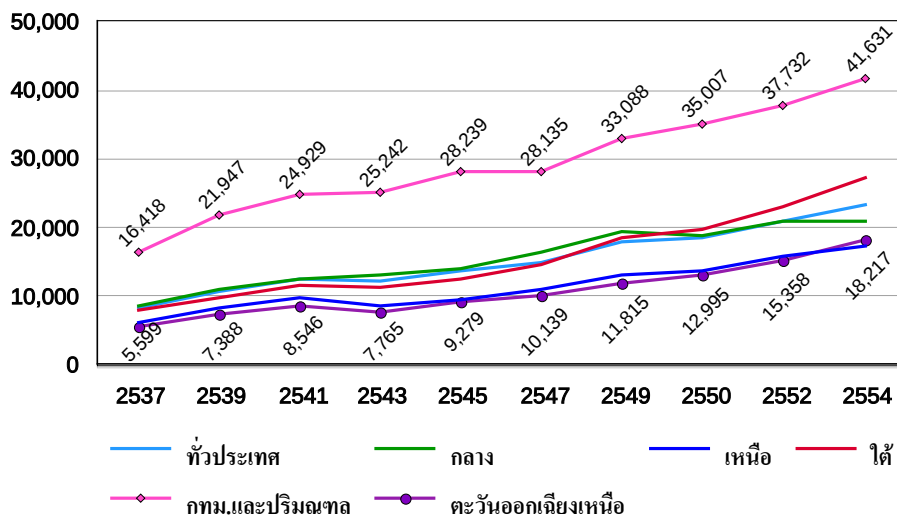
สัดส่วนคนจน



นอกจากนี้ยังมีข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน เปรียบเทียบภาค เพื่อแสดงความแตกต่างด้านรายได้ระหว่างภูมิภาค ดังภาพด้านล่าง

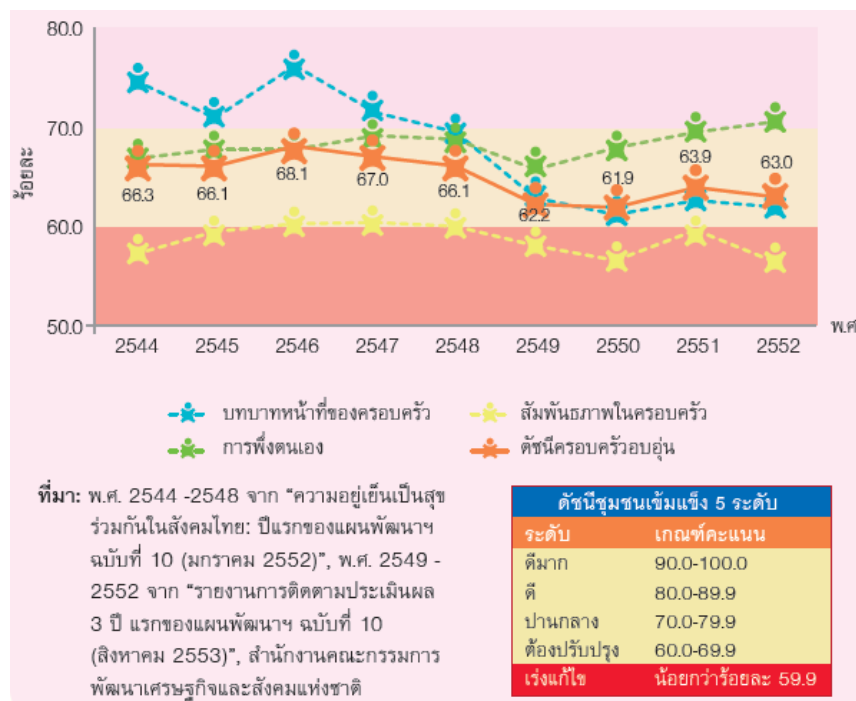
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน

บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน

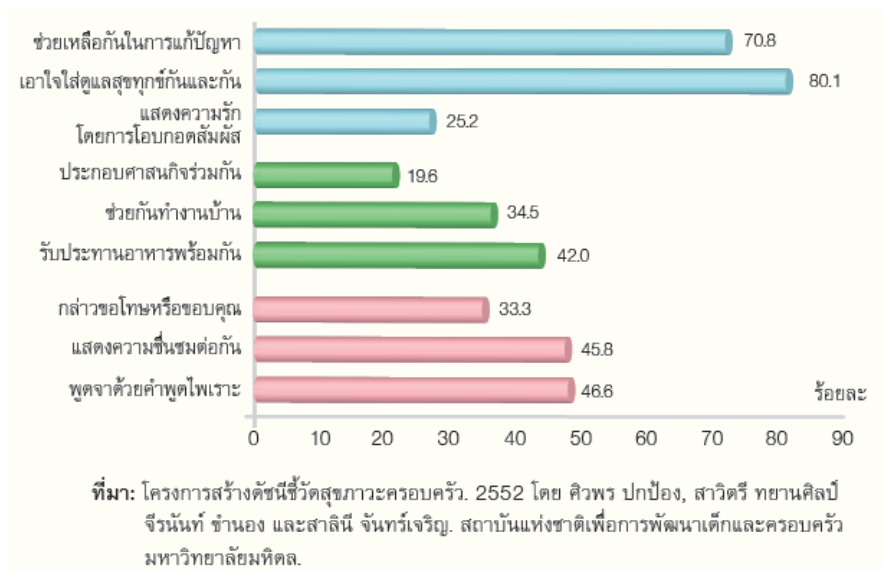


2.ดัชนีครอบครัวอบอุ่น (Warm family index)

ข้อมูลดัชนีครอบครัวอบอุ่น ใช้ข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ซึ่งใช้นำเสนอในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 โดยเป็นข้อมูลของปี 2544-2552 ดังนี้



นอกจากนี้ยังมีข้อมูลของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ที่นำเสนอดัชนีชี้วัดสุขภาพครอบครัว 2552 ซึ่งนำเสนออยู่ในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 เช่นกัน



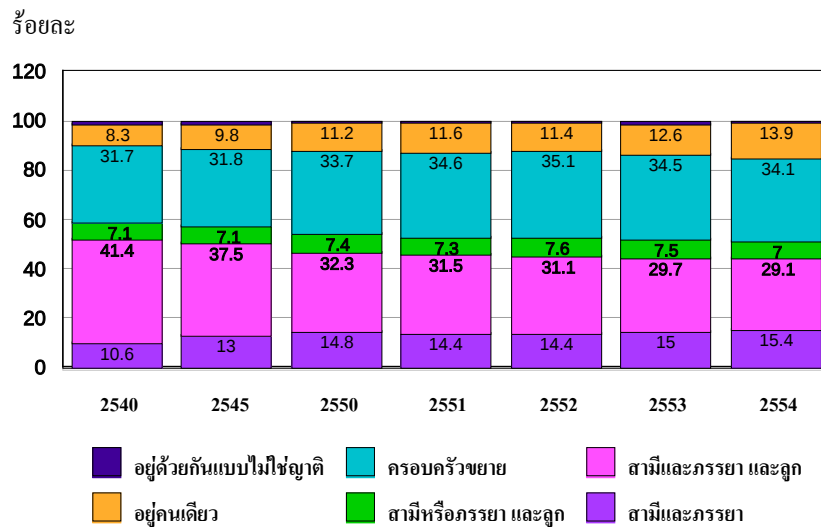
3. ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว (Proportion of single parent family)

ข้อมูลพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ประกอบไปด้วย 2 มุมมอง ได้แก่ มุมมองจากเด็ก โดยประเมินร้อยละของเด็ก ที่อยู่กับพ่อหรือแม่เท่านั้น และมุมมองจากโครงสร้างครอบครัว ที่ประกอบไปด้วยพ่อหรือแม่และลูก ทั้งนี้ มุมมองแบบแรก มาจากการสำรวจเด็กและเยาวชน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2551 โดยเป็นการประเมินจากเด็ก 0-17 ปี ว่าอยู่กับพ่อและแม่ หรืออยู่กับพ่อหรือแม่เท่านั้น ซึ่งในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 มีการนำเสนอข้อมูลในมุมมองนี้ ดังภาพด้านล่าง



สำหรับอีกมุมมองหนึ่ง เป็นการมองจากโครงสร้างของครอบครัว ว่าประกอบไปด้วยใครบ้าง โดยแบ่งเป็น ครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว โดยภายใต้ครอบครัวเดี่ยว จะแบ่งเป็น สามีและภรรยา แต่ไม่มีลูก สามีและภรรยา และลูก และสามีหรือภรรยาและลูก โดยข้อมูลดังกล่าว สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ให้การสนับสนุน โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ปี 2540-2554 ดังภาพด้านล่าง

ร้อยละของครอบครัวตามโครงสร้างของครอบครัว

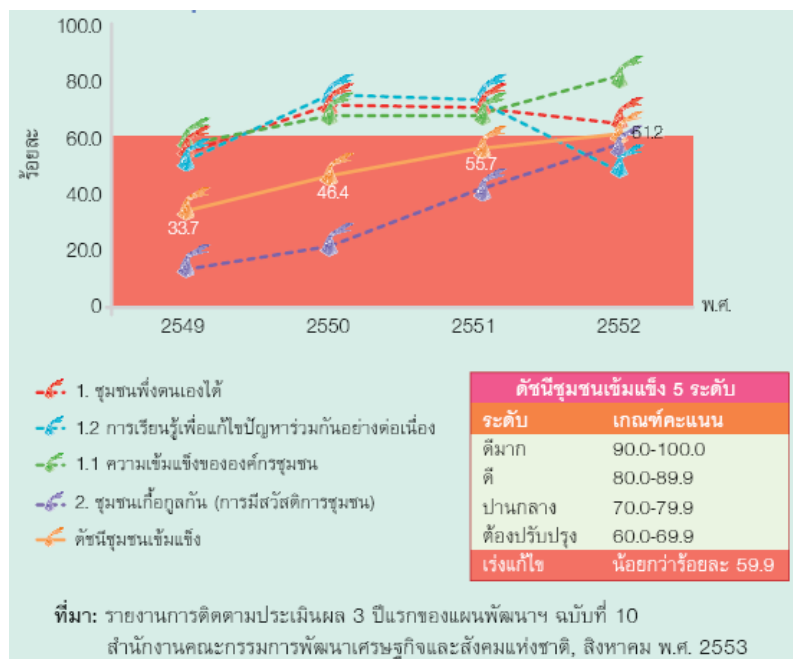


ทั้งนี้ร้อยละของครอบครัวที่เป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว เท่ากับ ครอบครัวที่มีสามีหรือภรรยาเท่านั้นที่อยู่กับลูก หารด้วย ครอบครัวที่มีลูก (ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยวที่มีลูก และครอบครัวขยาย)

4.ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง (Strong community index)

ข้อมูลดัชนีชุมชนเข้มแข็ง มาจากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่มีการรายงานดัชนีชุมชนเข้มแข็งในปี 2549-2552 ทั้งนี้ในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 มีการนำเสนอข้อมูล โดยจำแนกดัชนีชุมชนเข้มแข็ง เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ชุมชนพึ่งตนเองได้ และชุมชนเกื้อกูลกัน โดยในส่วนของชุมชนพึ่งตนเองได้ประกอบด้วย การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน ดังภาพด้านล่าง

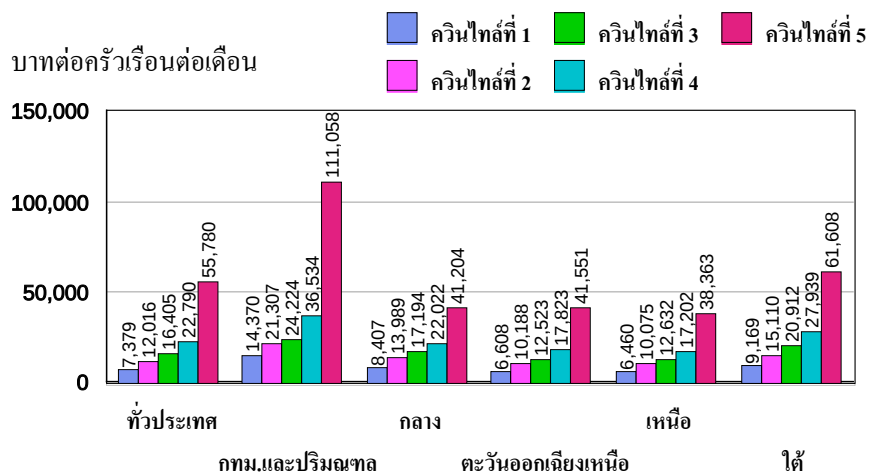
ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง



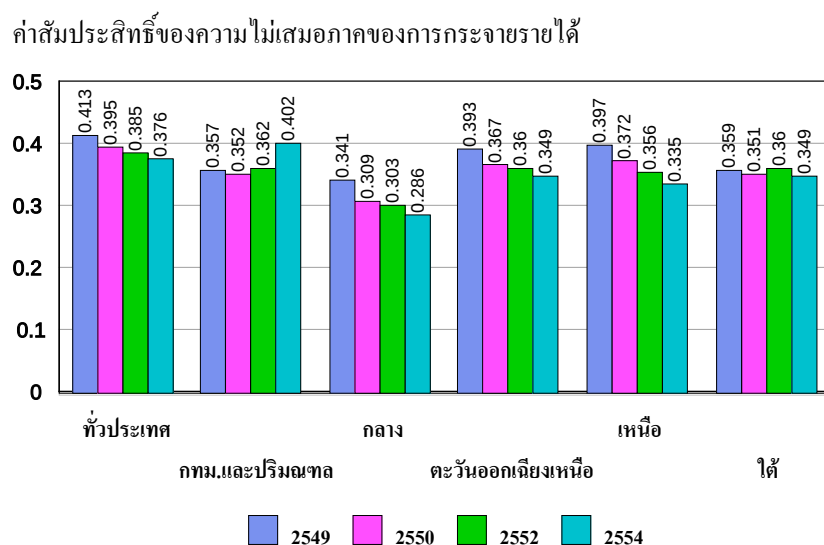
5.ความแตกต่างของรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุด 20% แรก ต่อกับคนที่จนที่สุด 20% สุดท้าย (Income difference 1st : 5th Quintile)

ความแตกต่างของรายได้ระหว่างคนจนกับคนรวย คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทั้งนี้รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน แบ่งตามควินไทล์ของรายได้นั้น สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการวิเคราะห์และให้การสนับสนุนข้อมูลของปี 2554 ดังภาพด้านล่าง

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน



นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติ ยังได้คำนวณส่วนแบ่งรายได้ระหว่างควินไทล์ ในปี 2554 อีกด้วย รวมทั้งคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ของความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ (Gini coefficient) โดยจำแนกตามภาค ระหว่างปี 2549-2554 ดังภาพด้านล่าง



กลุ่มที่ 6 ระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มที่ 6 ระบบบริการสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดใน หมวดที่ 10 ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการ หมวดที่ 11 ประสิทธิภาพ และหมวดที่ 12 คุณภาพและประสิทธิผล โดยมีตัวชี้วัด ดังนี้

- 1.ผลประโยชน์ที่ได้รับจากงบประมาณรัฐเปรียบเทียบระหว่าง 1st quintile กับ 5th quintile (Benefit incidence analysis)
- 2.ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข (Poverty impact of health care payments)
- 3.อัตราผู้ป่วยในรายครั้งที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Infusion of Thrombolytic agent in hospitalized acute myocardial infarction event rate)
- 4.ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพ ต่อ GDP (Health expenditure as a percentage of GDP)
- 5.ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาจำเป็นหลักต่อรายจ่ายด้านยา (Proportion of essential drug expenditure)
- 6.อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก (Admission rate of ambulatory care sensitive conditions)
- 7.อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน (In-hospital mortality rate/ 30-day mortality rate)

ในการประชุมกลุ่มวิชาการย่อย มีการสังเคราะห์ตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัว โดยมีแหล่งข้อมูล และสถานการณ์ข้อมูล ดังนี้

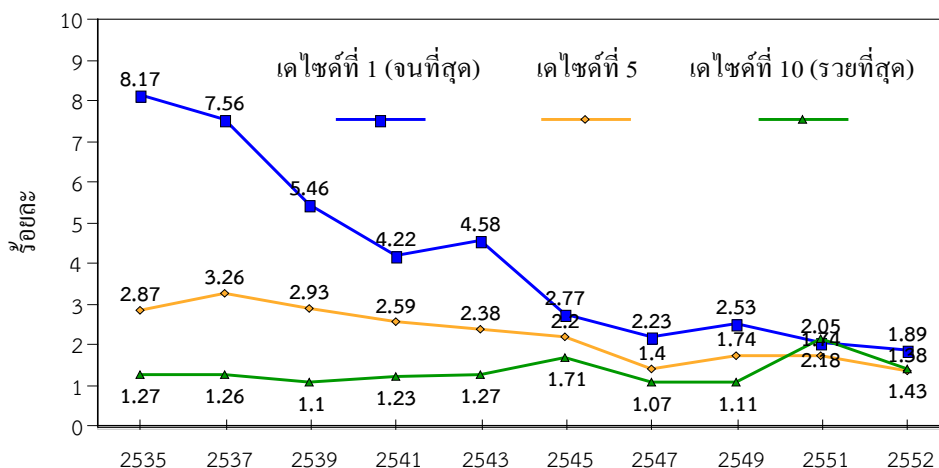
1.ผลประโยชน์ที่ได้รับจากงบประมาณรัฐเปรียบเทียบระหว่าง 1st quintile กับ 5th quintile (Benefit incidence analysis)

ข้อมูลผลประโยชน์จากงบประมาณบ่งชี้ว่าคนจนได้รับผลประโยชน์ในกรณีบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นข้อมูล ในปี 2552 ดังที่มีการนำเสนอใน รายงานสุขภาพคนไทย 2554 ดังภาพด้านล่าง



อย่างไรก็ดี ยังมีอีกวิธีการหนึ่งในการสะท้อนผลประโยชน์ที่คนจนได้รับจากงบประมาณของรัฐ หรือจากระบบสวัสดิการด้านสุขภาพ โดยเป็นการวิเคราะห์ถึงร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ เปรียบเทียบระหว่างคนจนกับคนรวย ซึ่งพบว่าคนจนมีร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2535-2552 ทำให้มีความเสมอภาคระหว่างคนจนกับคนรวย ในด้านรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้มากขึ้น ดังภาพด้านล่าง

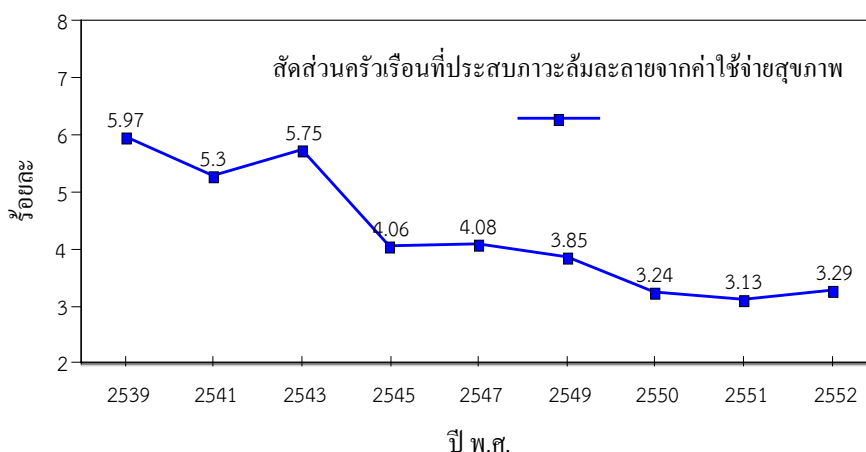
ร้อยละรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน



ข้อมูลทั้งผลประโยชน์จากงบประมาณของรัฐ และข้อมูลรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ วิเคราะห์โดยสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

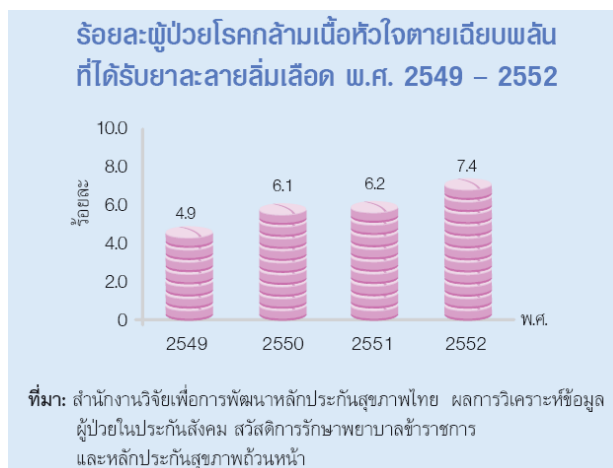
2.ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข (Poverty impact of health care payments)

ข้อมูลผลกระทบความยากจน มีการนำเสนอในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 ในลักษณะของจำนวนคนจนจากรายจ่ายสุขภาพ ที่ลดลงจาก 280,000 ครัวเรือนในปี 2543 เหลือ 88,000 ครัวเรือนในปี 2551 นอกจากนี้ยังมีข้อมูลอีกลักษณะหนึ่งที่บ่งชี้ว่าภาระรายจ่ายสุขภาพของประชาชนลดลง ก็คือร้อยละของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายสุขภาพ ซึ่งวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ดังภาพด้านล่าง

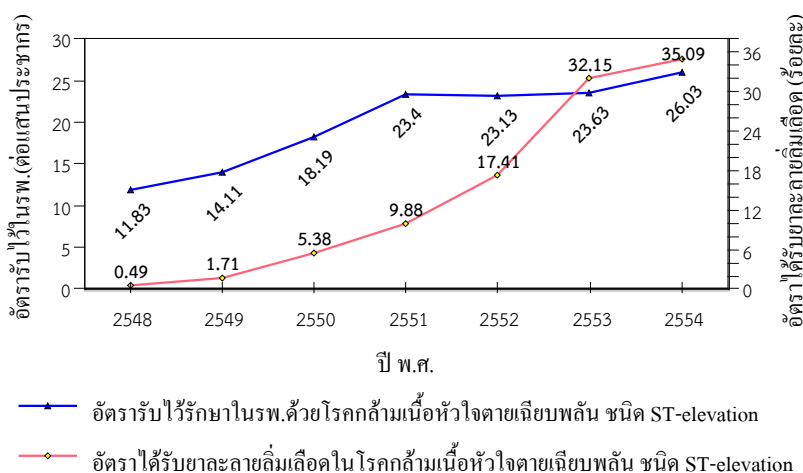


3. อัตราผู้ป่วยในรายครั้งที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Infusion of Thrombolytic agent in hospitalized acute myocardial infarction event rate)

อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการนำเสนอในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 จากการวิเคราะห์โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ระหว่างปี 2549-2552 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 3 กองทุน ดังภาพด้านล่าง



สำหรับข้อมูลล่าสุดในปี 2554 มีข้อมูลอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยในด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิเคราะห์โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี 2548-2554 แสดงดังภาพด้านล่าง

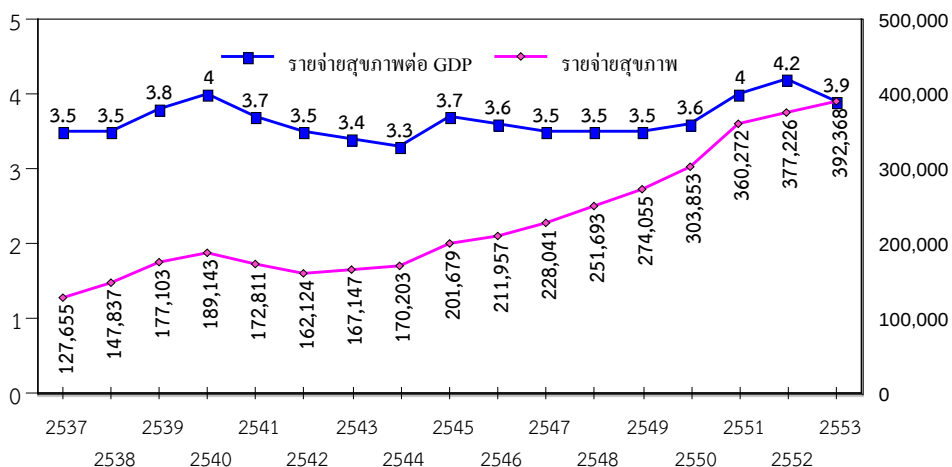


4. ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพ ต่อ GDP (Health expenditure as a percentage of GDP)

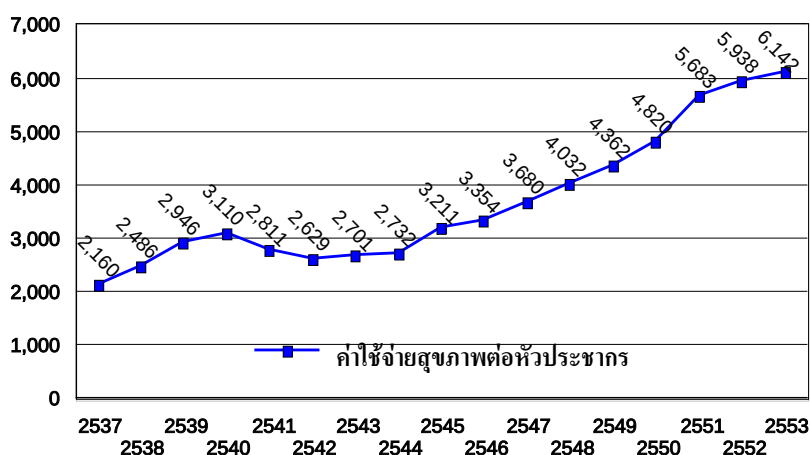
ข้อมูลร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP มีการนำเสนอโดยหลายหน่วยงาน แต่ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National health account) ที่ดำเนินการโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นข้อมูลที่ใช้เปรียบเทียบกับประเทศอื่น จึงจะนำมาเสนอ อีกทั้งยังเป็นข้อมูลที่น่าสนใจในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 โดยนำเสนอข้อมูลระหว่างปี 2537-2551 สำหรับข้อมูลล่าสุดมีการคำนวณรายจ่ายสุขภาพถึงปี 2553 และมีการนำเสนอรายจ่ายสุขภาพต่อประชากรด้วย เพื่อให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพ ดังภาพด้านล่าง

รายจ่ายสุขภาพต่อ GDP (ร้อยละ)

รายจ่ายสุขภาพ (ล้านบาท)



บาทต่อประชากร



5. ร้อยละของมูลค่าการใช้จ่ายยาบัญชียาหลักต่อรายจ่ายด้านยา (Proportion of essential drug expenditure)

ข้อมูลค่าใช้จ่ายการใช้จ่ายยาบัญชียาหลักต่อรายจ่ายด้านยานั้น ยังไม่มีข้อมูลที่สามารถบ่งชี้ภาพรวมของรายจ่ายด้านยาทั้งหมดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจำแนกรายจ่ายที่เป็นยาในบัญชียาหลัก ดังนั้นในการนำเสนอข้อมูลในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 จึงเสนอข้อมูลการศึกษาของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ในปี 2552 ที่วิเคราะห์ข้อมูลการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล 26 แห่ง ภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ที่พบว่า การจ่ายยานอกบัญชียาหลัก มีมูลค่าร้อยละ 66 ของมูลค่ายาทั้งหมด ดังตารางด้านล่าง

รายการ	มหาวิทยาลัย	สังกัดอื่น	กระทรวงสาธารณสุข	รวม
จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	6	7	13	26
1. มูลค่ารวมยาทั้งหมด (บาท)	5,996,840,443	4,419,368,934	2,768,688,682	13,184,898,059
- ยานอกบัญชียาหลักฯ	3,977,682,096	3,001,123,630	1,833,519,130	8,812,324,856
- ร้อยละ	66.3	67.9	66.2	66.8
2. จำนวนครั้งการสั่งใช้ (รวม)	5,160,612	4,812,957	4,168,085	14,141,654
- ยานอกบัญชียาหลักฯ	2,327,897	2,017,018	1,458,601	5,803,516
- ร้อยละ	45.1	41.9	35.0	41.0

หมายเหตุ: (1) "ร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชียาหลักในมูลค่ารวมยาทั้งหมด" เป็นข้อมูลที่สะท้อน "ร้อยละมูลค่าการใช้บัญชียาหลักต่อรายจ่ายด้านยา" ซึ่งเป็นตัววัดประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ตามกรอบ "ตัววัดสุขภาพแห่งชาติ" (2) ชื่อจำกัดของระบบข้อมูลการจ่ายยาของสถานพยาบาลทั่วประเทศซึ่งยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ทำให้สามารถนำเสนอข้อมูลเพียง 26 โรงพยาบาล เท่านั้น

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553, รายงานการใช้ยาผลกระทบต่อกำไรจ่ายและมาตรการควบคุมการจ่ายของโรงพยาบาล นำร่อง กรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายานาชาตราชาราชการปีงบประมาณ 2552, หน้า 12

6. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรจะสามารถได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก (Admission rate of ambulatory care sensitive conditions)

ข้อมูลอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรจะสามารถได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก มีการวิเคราะห์โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยตั้งแต่ปี 2544-2552 โดยแบ่งเป็น 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด โดยวิเคราะห์เป็นร้อยละของผู้ป่วยใน ด้วยโรคทั้ง 3 ดังภาพด้านล่าง



โดยปัญหาส่วนหนึ่ง เกิดจากการควบคุมโรคเหล่านี้นให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ด้วยการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ จากข้อมูลการศึกษาของเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดในระดับที่ควบคุมได้ ร้อยละ 40 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิต ในระดับที่ควบคุมได้อยู่ที่ประมาณร้อยละ 66 ในปี 2554 ดังตารางด้านล่าง

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	2553	2554
การมีระดับ Fasting blood sugar อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (70-130 mg/dl) ในผู้ป่วยเบาหวาน	42.6	40.7
การมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (SBP < 140 และ DBP < 90 mmHg) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	61.8	66.3

7.อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน (In-hospital mortality rate/ 30-day mortality rate)

ข้อมูลอัตราการตายผู้ป่วยใน ที่นำเสนอในรายงานสุขภาพคนไทย 2554 เป็นอัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Hospital standardized mortality ratio) ซึ่งใช้สมการในการคำนวณโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ซึ่งบ่งชี้ว่าอัตราตายในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง แต่อย่างไรก็ดี การอธิบายหลักการและวิธีการคำนวณอัตราตายมาตรฐานในลักษณะดังกล่าวในภาพรวมนั้น ยังมีปัญหาในเชิงเทคนิค เนื่องจากต้องอ้างอิงข้อมูลฐานที่ใช้เปรียบเทียบ ซึ่งอาจจะทำให้สับสนและอธิบายยาก ดังนั้นในการนำเสนออัตราตายนี้ อาจจะใช้วิธีการที่ง่ายกว่า คือการคำนวณอัตราตายผู้ป่วยในเป็นรายโรค ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการวิเคราะห์อัตราตายเป็นรายโรค ในส่วนของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ ซึ่งพบว่าหลายโรค มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ดังภาพด้านล่าง

อัตราตายผู้ป่วยใน (ร้อยละ)

