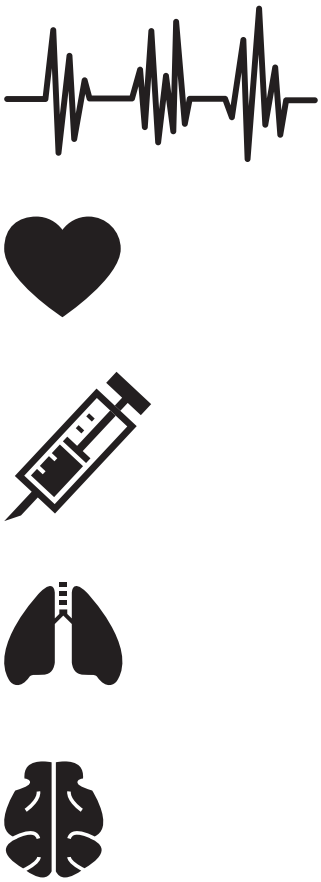
สุขภาพคนไทย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)



POLICY BRIEF

สุขภาพคนไทยเป็นอย่างไร

1 สุขภาพคนไทยเป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับอาเซียน

ประเทศไทยอายุยืนเป็นอันดับ 4 ของประเทศอาเซียน ระดับความสุขเป็นอันดับ 2

คนไทยสุขภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับทศวรรษที่ผ่านมา โดยอายุยืนยาวขึ้นประมาณ 3 ปีทั้งชายและหญิง นอกจากอายุยืนยาวขึ้นแล้ว อายุที่อยู่อย่างมีสุขภาพดีก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ตัวชี้วัดอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy) เพิ่มขึ้น 6.3 ปีในผู้หญิง และ 7.3 ปีในผู้ชาย (ปี 2543 - 2552) ในภาพรวมแล้ว คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นและมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพดีเพิ่มมากขึ้น

เมื่อเทียบกับประเทศในอาเซียนแล้ว ประเทศไทยอายุยืนเป็นอันดับ 4 รองจากสิงคโปร์ บรูไน และเวียดนาม และการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีนั้น ประเทศไทยเป็นอันดับ 3 เท่ากับเวียดนาม โดยสิงคโปร์และบรูไนยังคงเป็นอันดับ 1 และ 2 ของอาเซียน

ในด้านความสุข ประเทศไทยมีระดับความสุขเป็นอันดับสองในอาเซียนรองจากสิงคโปร์ และเป็นอันดับ 34 ในโลก จากข้อมูลของ World Happiness Report 2015 การวัดระดับความสุขนี้ เป็นการวัดความอยู่ดีมีสุขของคนในสังคมที่มองภาพรวมทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพกายและใจ ดังนั้น เมื่อรวมมิติต่างๆ ในสังคมทั้งหมด ประเทศไทยนับว่ามีความอยู่ดีมีสุขสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในอาเซียน

WORLD HAPPINESS REPORT 2016

Rank in the world and ASEAN (2013-2015)

ทั่วโลก (156 ประเทศ)	**อาเซียน**	
22	1	**สิงคโปร์** (6.739)
33	2	**ไทย** (6.474)
47	3	**มาเลเซีย** (6.005)
79	4	**อินโดนีเซีย** (5.314)
82	5	**ฟิลิปปินส์** (5.279)
96	6	**เวียดนาม** (5.061)
102	7	**ลาว** (4.876)
119	8	**เมียนมาร์** (4.395)
140	9	**กัมพูชา** (3.907)

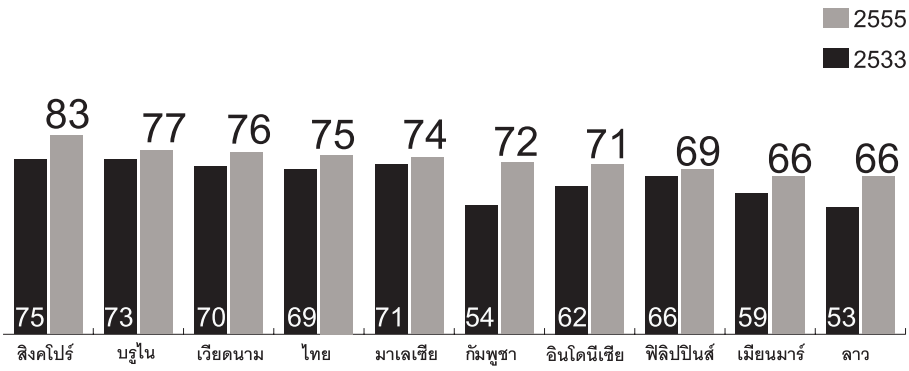
ที่มา World Happiness Report 2016

ตัวชี้วัดที่ใช้ในรายงานความสุข

- ผลิตภัณฑ์ในประเทศต่อหัวประชากร
- การได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา
- อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี
- การมีอิสระในการเลือกในชีวิต
- ความใจกว้าง
- ทัศนคติต่อเรื่องคอรัปชั่น
- ความรู้สึกด้านบวกในช่วงวันที่ผ่านมา
- ความรู้สึกด้านลบในช่วงวันที่ผ่านมา

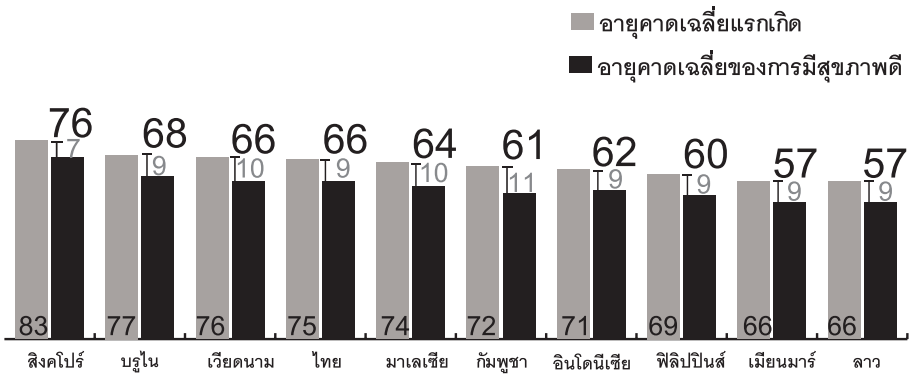
โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2555



ที่มา World Health Statistics 2014, World Health Organization (WHO)

อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี พ.ศ. 2555



หมายเหตุ : ส่วนต่าง คือจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่โดยสุขภาพไม่ดี

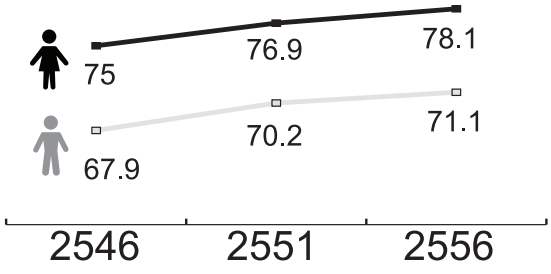
ที่มา World Health Statistics 2014, World Health Organization (WHO)

อายุคาดเฉลี่ยเป็นตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ที่ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของคนไทยในภาพรวมซึ่งชัดเจนว่าดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับทศวรรษที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2556 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นถึงกว่า 3 ปี ขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีก็เพิ่มขึ้นกว่า 6 ปี แสดงว่าคนไทยมีอายุยืนขึ้นและมีสุขภาพดีขึ้นพร้อมๆ กัน

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นกว่า

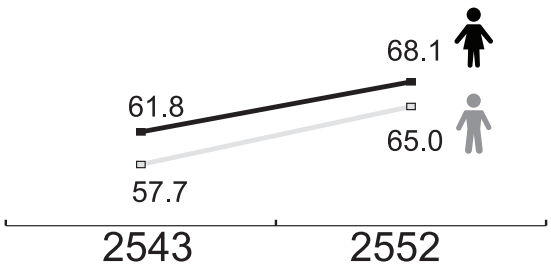
6 ปี

อายุคาดเฉลี่ยคนไทยเมื่อแรกเกิด
ปี พ.ศ. 2546, 2551, 2556



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด
ปี พ.ศ. 2543, 2552

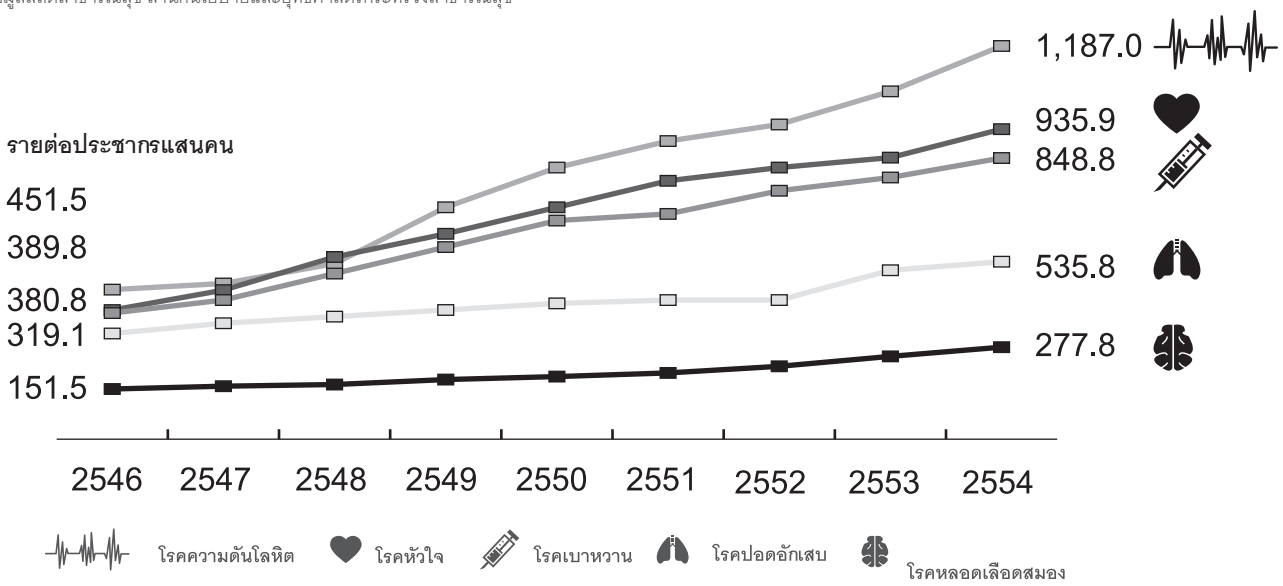


ที่มา:
อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี พ.ศ. 2543 จากองค์การอนามัยโลก
อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี พ.ศ. 2552 จากคณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญปี พ.ศ. 2546-2554

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
รวบรวมจากข้อมูลสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

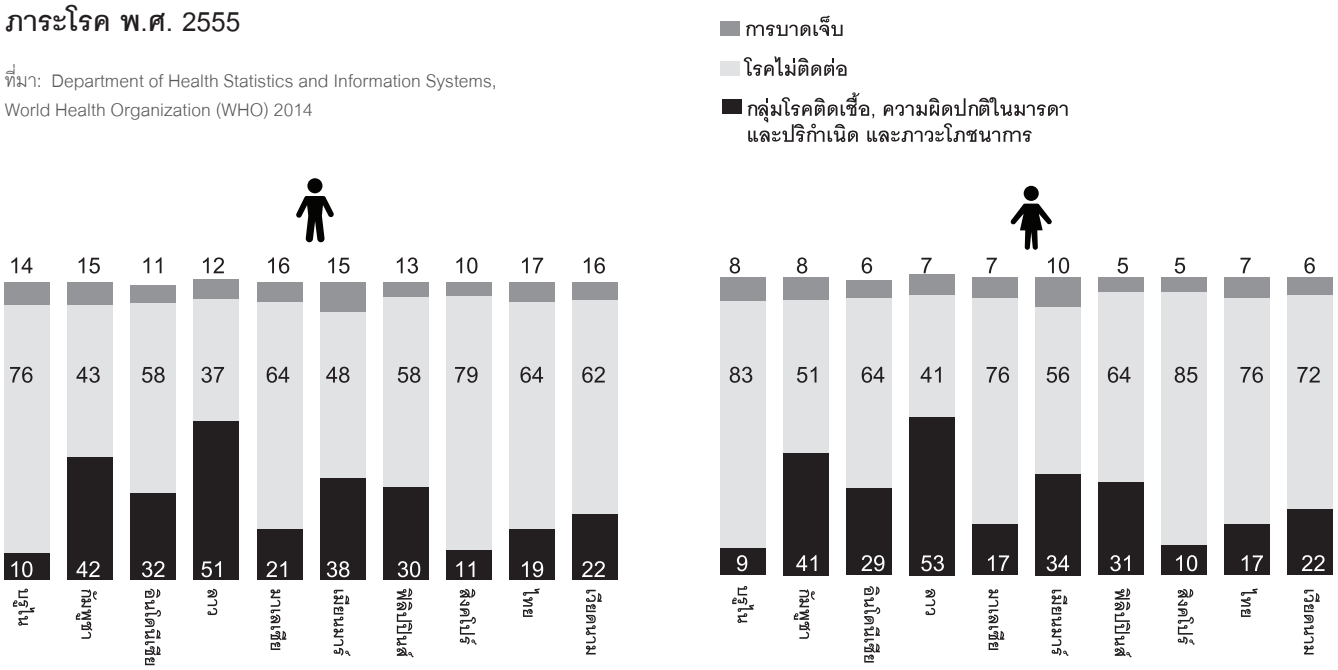


การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นตลอด 10 ปี ที่ผ่านมา โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยในสูงถึง 1,187 คน, 936 คน และ 849 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โรคเหล่านี้มีต้นตอหลักจากพฤติกรรมทางสุขภาพในด้านต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันที่เพียงพอ ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 อันดับแรกของคนไทยที่สามารถป้องกันได้ โดยในปี 2554 คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึง 95 คนต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 79 คน เมื่อปี 2546

ในประเทศยากจน สาเหตุการเจ็บป่วยของประชากรยังคงเป็นโรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก และภาวะทางโภชนาการในสัดส่วนที่สูง กว่าครึ่งของการเจ็บป่วยของประชากรในประเทศลาวทั้งหญิงและชายมีสาเหตุมาจากโรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก หรือภาวะทางโภชนาการ ในทางกลับกันประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สิงคโปร์ บรูไน รวมถึงไทย สาเหตุของการเจ็บป่วยของประชากรมาจากโรคไม่ติดต่อเป็นหลัก เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ภาระโรค พ.ศ. 2555

ที่มา: Department of Health Statistics and Information Systems,
World Health Organization (WHO) 2014



โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

2.

ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

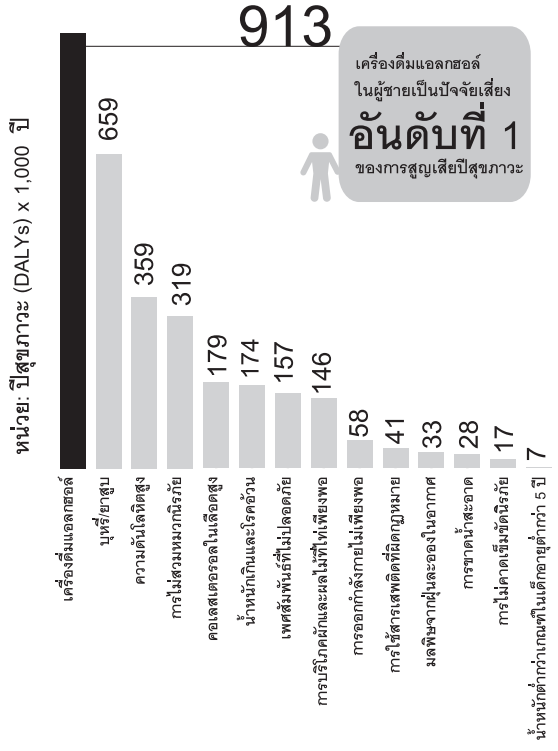
เหล้าและบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่สุดสำหรับชายไทย ส่วนหญิงไทย ปัจจัยเสี่ยงสูงสุดคือโรคอ้วนและความดันสูง

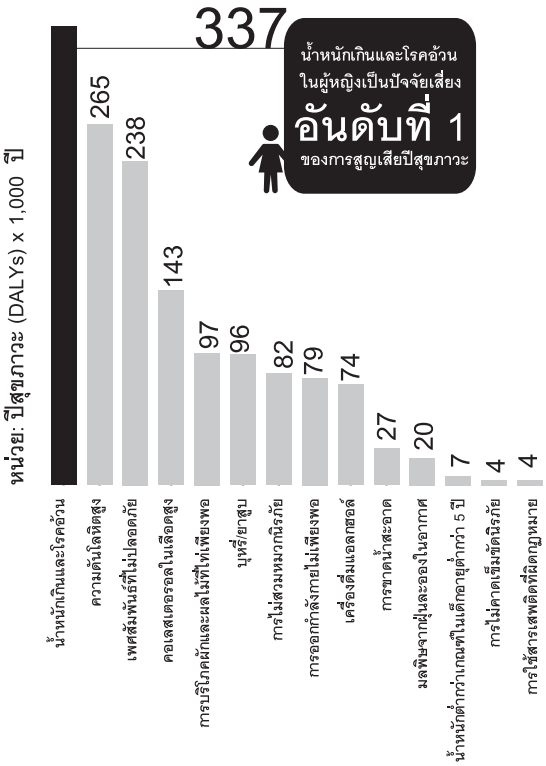
ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีผลต่อภาระโรคของชายและหญิงแตกต่างกัน สำหรับชายไทย ปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ 10 อันดับแรกคือ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง การไม่สวมหมวกกันน็อค คอเลสเตอรอลในเลือดสูง น้ำหนักเกินและโรคอ้วน เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย

สำหรับผู้หญิงแล้ว ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ 10 อันดับแรกคือ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย คอเลสเตอรอลในเลือดสูง การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกกันน็อค การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดน้ำสะอาด

อันดับภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย ปี 2552

ที่มา : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2556, รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552





โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

คนไทยบริโภคไขมันในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

สภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปของคนไทย นำมาสู่การมีปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปเช่นกัน การบริโภคของคนไทยในช่วง 40 ปีที่ผ่านมาปรับเปลี่ยนประเภทของการบริโภค โดยได้รับพลังงานจากไขมันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2503 เป็นร้อยละ 23.9 ในปี 2546 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า

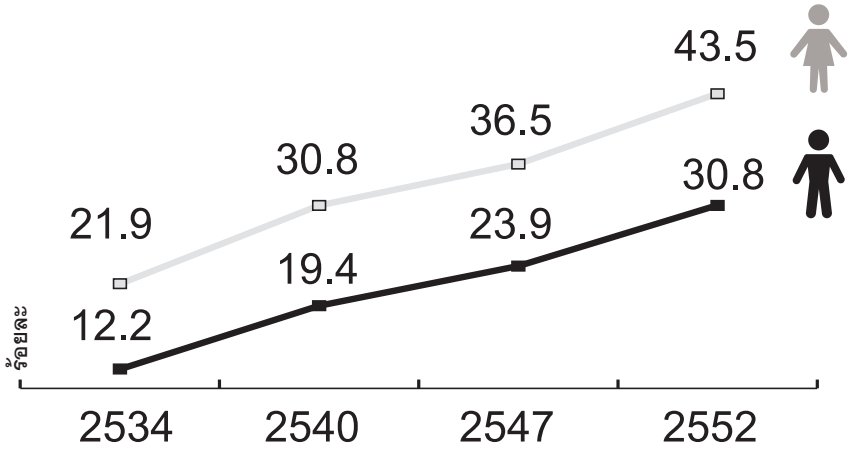
พลังงานที่ได้จากสารอาหารจากพลังงานทั้งหมด ปี 2503-2546

ปีที่ศึกษา	2503	2518	2529	2538	2546
โปรตีน (%)	10.8	11.5	11.5	13.2	13.9
ไขมัน (%)	8.9	13.1	21.8	22.2	23.9
คาร์โบไฮเดรต (%)	78.9	71.0	66.7	64.3	62.1

หมายเหตุ: *การสำรวจแต่ละครั้งมีจำนวนและเกณฑ์อายุกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน*
ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 1-5 ปี 2503-2546

การเจริญเติบโตทางเทคโนโลยีและการขยายตัวของเมืองทำให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีการออกกำลังกายลดลง มีพฤติกรรมอยู่กับที่ เช่นเล่นอินเตอร์เน็ต ดูทีวี คุยโทรศัพท์ แชทออนไลน์ มากขึ้น โดยในแต่ละวัน คนไทยจะนั่งอยู่กับที่ หรือเคลื่อนไหวน้อยนานถึง 13.3 ชั่วโมง มีกิจกรรมที่เคลื่อนไหวเพียงวันละ 2 ชั่วโมงเท่านั้น ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป ทำให้สัดส่วนคนไทยที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงขึ้นถึง 2 เท่าในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

ปี 2534-2552 น้ำหนักเกินและอ้วนพุ่ง ทั้งชายไทยและหญิงไทย



หมายเหตุ: เฉพาะกลุ่มอายุ 18-59 ปี
ที่มา: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1-4

การใช้เวลาของคนไทยใน 1 วัน

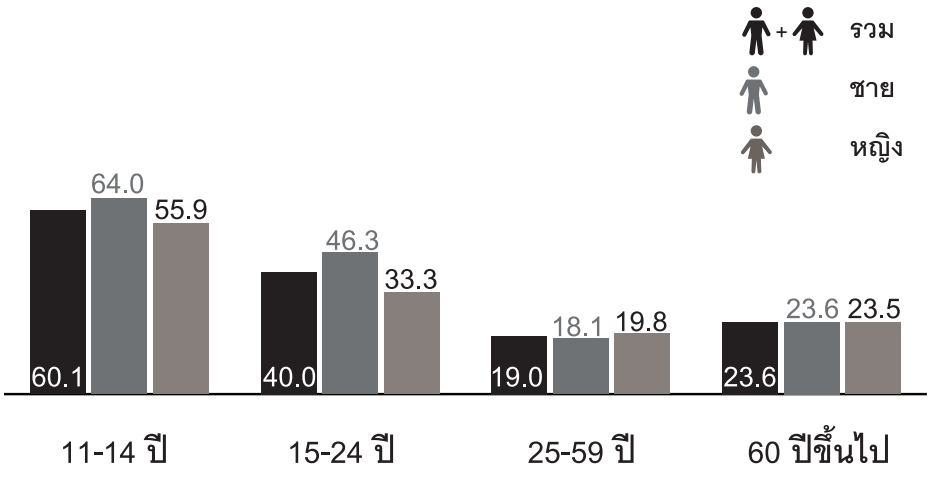
ที่มา :กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2555, โครงการสำรวจกิจกรรมทางกายระดับชาติ

ที่มา :โครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชน, สภาวการณ์เด่นด้านเด็กและเยาวชนในรอบปี 2554-2555

โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะก

ผู้ชายวัยทำงานออกกำลังกายน้อยที่สุดในทุกกลุ่ม

ร้อยละของประชากรที่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย จำแนกตามช่วงอายุ ปี 2554



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555, การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชาชน พ.ศ. 2554

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ

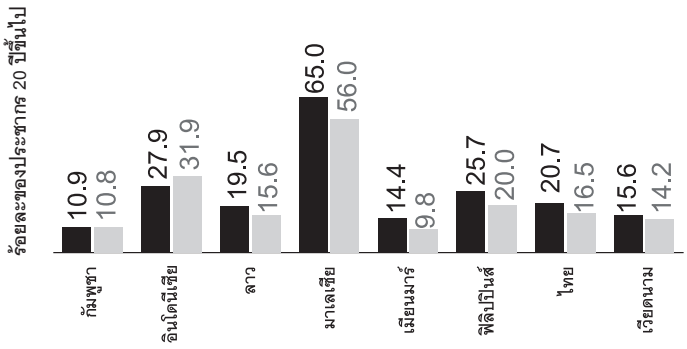
พฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพของผู้ชายคือ คือ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา โดยชายไทยประมาณร้อยละ 45 และหญิงไทยร้อยละ 15 ที่ดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ที่ไม่ดื่มเท่ากับ 54.6 และ 85.1 ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ โดยในจำนวนผู้ที่ไม่ดื่มนี้ เป็นผู้ที่เคยดื่มมาก่อนในปีที่แล้ว แต่เลิกดื่มในปีนี้ร้อยละ 12.1 ในกลุ่มผู้ชาย และร้อยละ 9.6 ในกลุ่มผู้หญิง

ส่วนการสูบบุหรี่ของคนไทยนั้น ผู้ชายไทยร้อยละ 39 และผู้หญิงร้อยละ 2.1 ที่ยังคงสูบบุหรี่

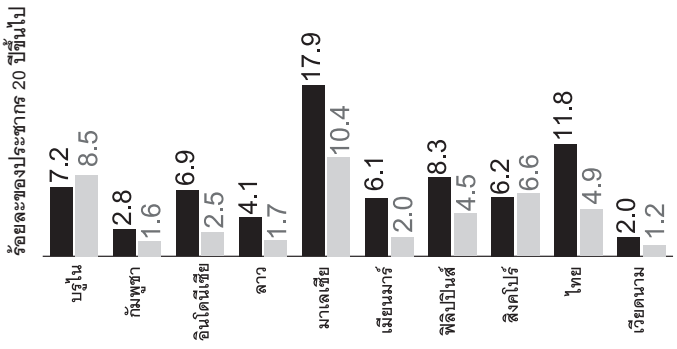
คนไทยออกกำลังกายค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะในกลุ่มตั้งแต่วัยทำงานขึ้นไป ที่มีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 19 เท่านั้น วัยสูงอายุออกกำลังกายเพียงร้อยละ 23.6 วัยเด็กเป็นวัยที่มีการออกกำลังกายมากที่สุดคือร้อยละ 60 และวัยเรียนออกกำลังกายร้อยละ 40

ในกลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศที่มีการออกกำลังกายน้อยที่สุดคือประเทศมาเลเซีย รองลงมาคืออินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ทำให้มาเลเซียมีปัญหาโรคอ้วนสูงที่สุดในอาเซียนคือร้อยละ 17.9 ในผู้ชาย และ 10.4 สำหรับผู้หญิง ประเทศไทยมีปัญหาโรคอ้วนในอาเซียนเป็นอันดับ 2 สำหรับผู้ชาย และอันดับ 4 สำหรับผู้หญิง

ความชุกจากการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ



ความชุกโรคอ้วน



ชาย หญิง

หมายเหตุ : ข้อมูลปี 2551;โรคอ้วน คือ การมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 20 กก./ม.2 ขึ้นไป

ที่มา : ข้อมูลโรคอ้วน: World Health Statistics 2014; ข้อมูลการมีกิจกรรมทางกาย: Non-communicable Diseases: Country Profiles 2011

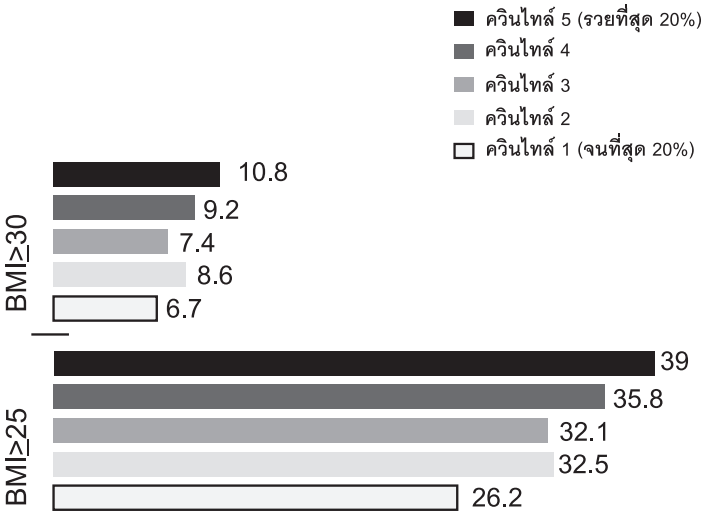
โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

โรคอ้วนเป็นปัญหาของคนทุกกลุ่ม

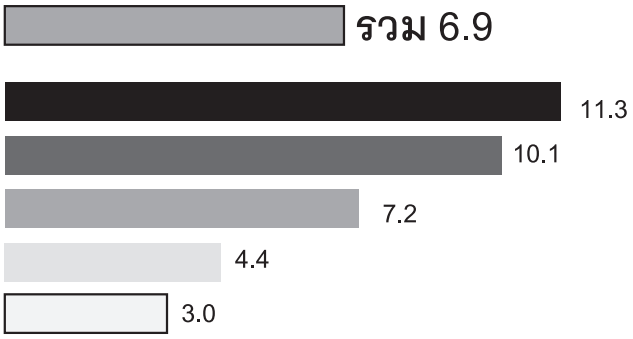
ถึงแม้น้ำหนักเกินและโรคอ้วนจะเป็นปัญหาของคนรายได้สูงมากกว่าคนรายได้น้อย แต่ประชากรทุกระดับต่างก็มีปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั้งนั้น โดยในกลุ่มที่จนที่สุดมีภาวะน้ำหนักเกินถึงร้อยละ 26.2 หรือ 1 ใน 4 ในขณะที่กลุ่มรายได้ที่สูงขึ้นจะมีภาวะน้ำหนักเกินถึง 1 ใน 3 ส่วนกลุ่มที่รายได้สูงที่สุดมีสัดส่วนที่มีน้ำหนักเกินถึงร้อยละ 40 ที่น่าห่วงใยคือ เด็กอายุ 0-5 ปีมีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 6.9 โดยในกลุ่มที่รวยที่สุดมีเด็กที่น้ำหนักเกินถึงร้อยละ 11.3

ความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จำแนกกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ครัวเรือนต่อหัว

ที่มา: วิชัย เอกพลากร, ประมวลจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ปี 2551-2552



ร้อยละของเด็กอายุ 0-59 เดือนที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549

หมายเหตุ: 1) **ฐานะทางเศรษฐกิจวัดจาก** Wealth Index **ของครัวเรือน**
2) **ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัดจากการมีน้ำหนักเทียบส่วนสูงมากกว่า** +2 S.D. **ตามเกณฑ์อ้างอิง**

ไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนสูงสุดในอาเซียน

ประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงเป็นอันดับ 5 ในอาเซียน และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนสูงที่สุดในอาเซียน โดย 3 ใน 4 ของการตายนั้นอยู่ในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์

	บรูไน	กัมพูชา	อินโดนีเซีย	ลาว	มาเลเซีย	เมียนมาร์	ฟิลิปปินส์	สิงคโปร์	ไทย	เวียดนาม
ร้อยละของแม่วัยรุ่นในหญิง 15-19 ปี (ปี 2555)[1]	2.30	4.43	4.83	6.50	0.57	1.21	4.68	0.60	4.10	2.90
ความชุกของผู้ติดเชื้อ HIV (% ของประชากรอายุ 15-49 ปี) (ปี 2555)[1]	NA	0.80	0.40	0.30	0.40	0.60	0.10	NA	1.10	0.40
อัตราคาดประมาณการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนน (ต่อแสนประชากร) (ปี 2553)[2]	NA	17	18	20	25	15	9	5	38	25

ที่มา : 1 World Development Indicator
2 The WOrld Fact Book, Central Intelligence Agency

โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

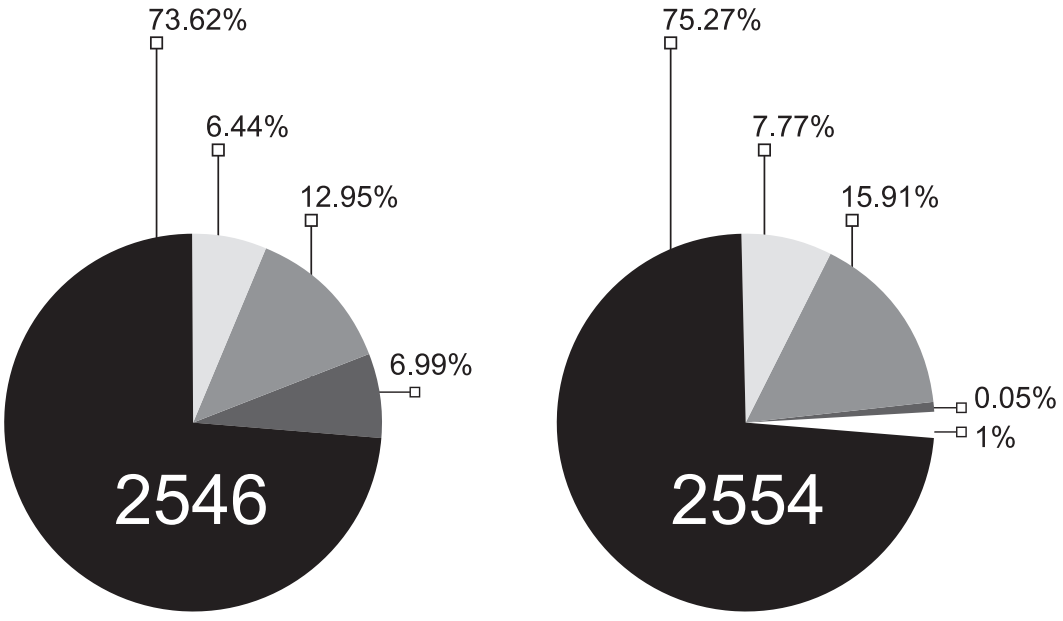
3. ระบบบริการสุขภาพของไทย

คนไทยสุขภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการจัดระบบบริการสุขภาพอย่างดียิ่ง

ทำให้ปัจจุบันนี้เกือบทั้งหมดของคนไทยมีหลักประกันทางสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง คนไทยจึงเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้เมื่อเจ็บป่วย และป้องกันการล้มละลายของครัวเรือนจากค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่สูง รายจ่ายทางสุขภาพของครัวเรือนในกลุ่มรายได้น้อยก็ลดลงอย่างต่อเนื่อง

ร้อยละของคนไทยที่มีหลักประกันสุขภาพจำแนกตามประเภทของหลักประกัน ปี พ.ศ. 2546, 2554

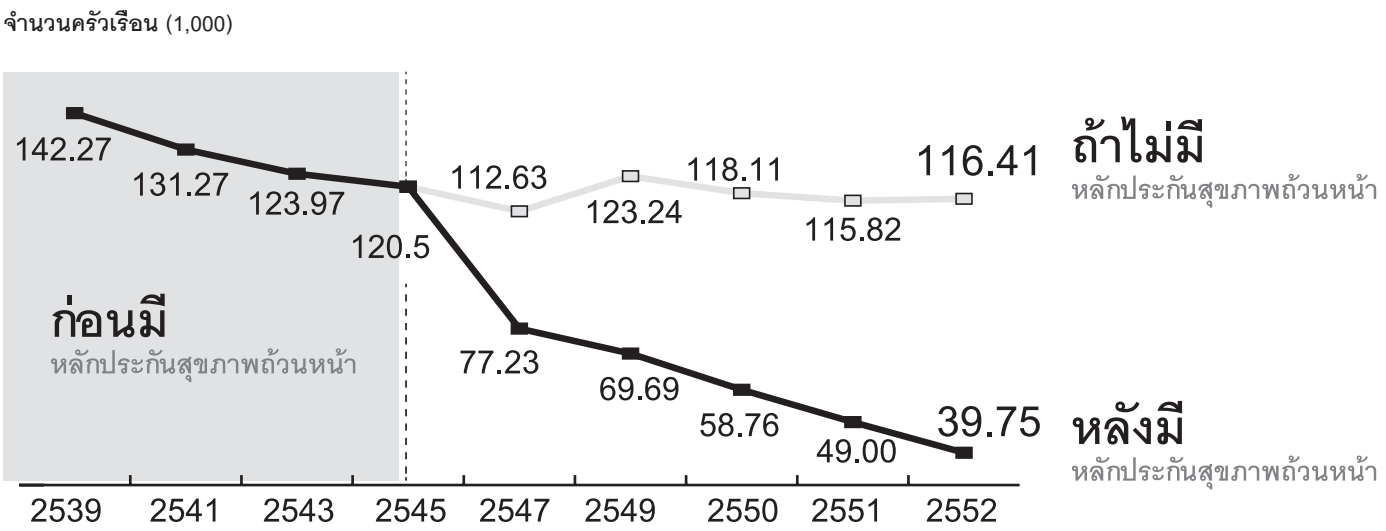
ที่มา: ภาวะสังคมไทย ไตรมาส 3 ปี 2555, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

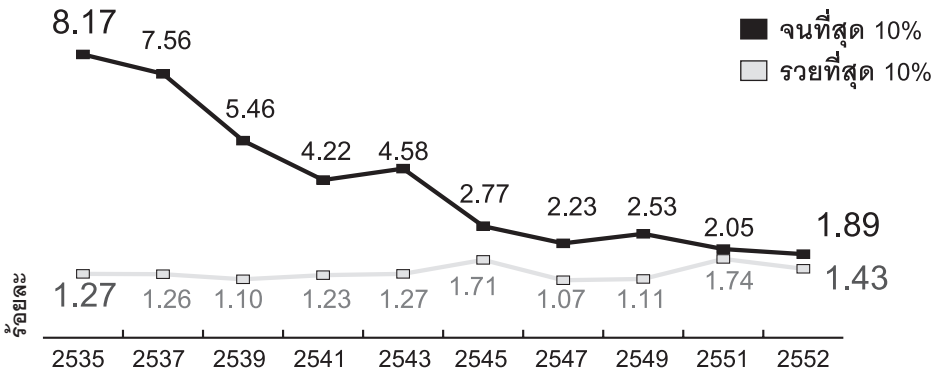
จำนวนครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลาย
จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2539-2552

ที่มา: รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



นับตั้งแต่ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 เป็นต้นมา หลักประกันทางสุขภาพที่มีในประเทศก็ขยายความครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง จนกล่าวได้ว่า ในปัจจุบัน คนไทยเกือบทั้งหมดมีหลักประกันทางสุขภาพที่ทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นยามเจ็บป่วย และป้องกันภาวะล้มละลายของครัวเรือนจากค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่สูง ซึ่งหากไม่มีหลักประกันสุขภาพแล้ว คาดประมาณว่าจะมีครัวเรือนถึง 116, 410 ครัวเรือนที่จะอยู่ในภาวะล้มละลาย และจากการมีหลักประกันสุขภาพก็ทำให้ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่มีรายได้น้อยลดลงจากร้อยละ 8.17 ของค่าใช้จ่ายในครัวเรือนที่จนที่สุด เหลือเพียงร้อยละ 1.89 ซึ่งใกล้เคียงกับสัดส่วนค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่รวยที่สุด ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงนอกจากจะทำให้คนไทยได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นแล้ว ยังเป็นการลดปัญหาความยากจน และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมได้อีกด้วย

รายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนจนที่สุด 10%
และรวยที่สุด 10% ปี 2535-2552



ที่มา: สุพล ลิมวัฒนานนท์ วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2535-2552 1086420

ค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมต่อหัวประชากร ปี 2555

เมื่อเทียบกับประเทศในอาเซียน ประเทศไทยซึ่งอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว มีค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรต่ำที่สุดใน 4 ประเทศ โดยมีค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ 385 เหรียญสหรัฐ โดยสิงคโปร์มีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงที่สุดคือ 2,881 เหรียญสหรัฐ หรือสูงกว่าไทยถึง 7.5 เท่า

ที่มา: World Health Organization-Global Health Observatory (WHO-GHO), 2014

โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะก

สถานการณ์การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ในประเทศอาเซียน

ที่มา : ปรับและเพิ่มเติมจาก “Universal Health Coverage for 2.1 Billion Populations: Lessons Learned from ASEAN Plus Three Countries”: ASEAN Plus Three, The UHC Network, 2014

จากการที่ประเทศไทยมีการจัดบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงได้ทุกกลุ่ม ทำให้ความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการของไทยดีมาก เมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียน โดยวัดจากตัวชี้วัดการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) เช่น การฝากครรภ์และการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าไม่ว่าจะอยู่ในระดับรายได้ใด คนไทยได้รับบริการเหล่านี้เท่าเทียมกัน ในขณะที่ประเทศเพื่อนบ้าน คนจนจะเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นน้อยกว่าคนรวยเกือบทั้งสิ้น

สัดส่วนการฝากครรภ์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง จำแนกตามระดับรายได้ครัวเรือน ในประเทศอาเซียน

ประเทศ	แหล่งข้อมูล	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	รวม
กัมพูชา	DHS 2553	78.8	85.6	92.1	95.1	98.5	89.1
อินโดนีเซีย	DHS 2555	86.9	95.8	97.7	99.0	99.4	95.7
ลาว	MICS 2554	22.9	42.1	62.0	77.1	91.7	54.2
เมียนมาร์	MICS 2552-2553	70.7	77.7	82.9	92.6	97.4	83.1
ฟิลิปปินส์	DHS 2556	88.5	96.3	96.7	99.4	98.6	95.4
ไทย	MICS 2555	97.1	98.1	97.9	97.7	99.7	98.1
เวียดนาม	MICS 2554	78.4	96.2	97.2	99.2	99.1	93.7

หมายเหตุ: เรียงลำดับรายได้ครัวเรือนจาก Q1 ถึง Q5 แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน โดย Q1 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้น้อยที่สุด (20%) และ Q5 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้มากที่สุด (20%)
DHS = Demographic and Health Survey
MICS = The Multiple Indicator Cluster Survey

สัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข จำแนกตามระดับรายได้ครัวเรือน

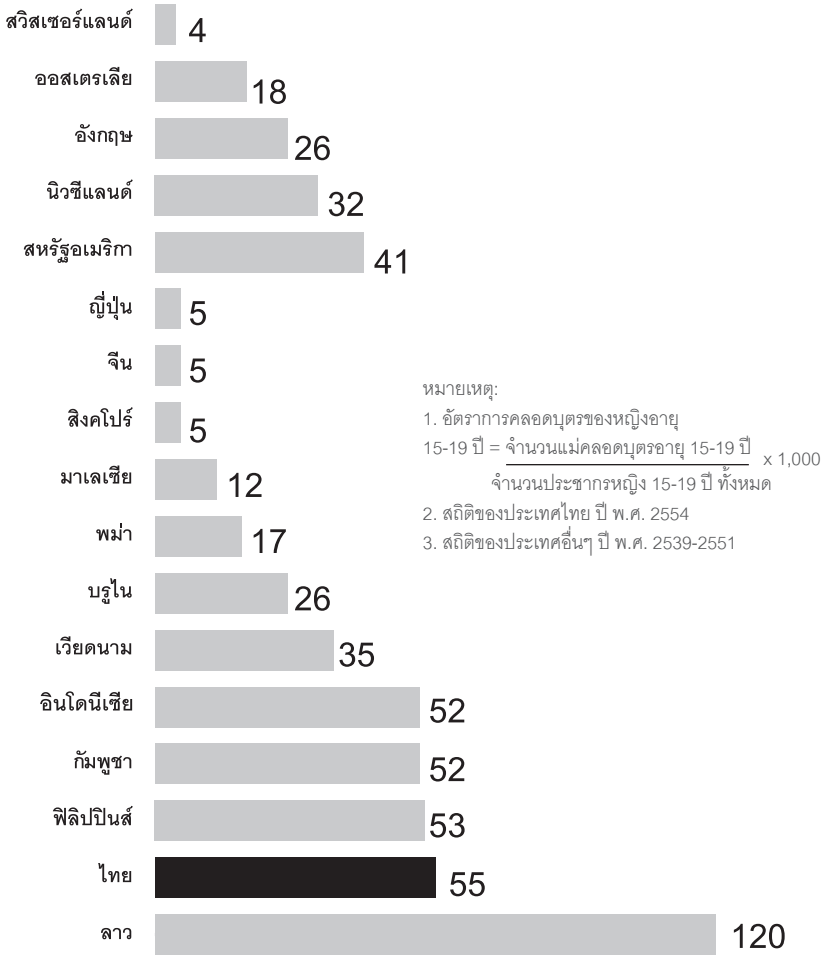
ประเทศ	แหล่งข้อมูล	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	รวม
กัมพูชา	DHS 2553	48.7	63.7	74.5	86.5	96.7	71.0
อินโดนีเซีย	DHS 2555	57.5	81.8	89.7	93.2	96.6	83.1
ลาว	MICS 2554	10.8	23.9	45.0	64.3	90.7	41.5
เมียนมาร์	MICS 2552-2553	51.0	63.5	68.7	82.7	96.1	70.6
ฟิลิปปินส์	DHS 2556	42.2	71.0	83.8	92.4	96.2	72.8
ไทย	MICS 2555	98.4	99.6	100	99.7	99.9	99.6
เวียดนาม	MICS 2554	71.9	96.3	99.6	99.6	99.2	92.9

หมายเหตุ: เรียงลำดับรายได้ครัวเรือน จาก Q1 ถึง Q5 แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน โดย Q1 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้น้อยที่สุด (20%) และ Q5 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้มากที่สุด (20%)

โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี ของไทยเทียบกับต่างประเทศ

ที่มา: Factsheet ฉบับที่ 1 (ก.ค. 2555) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

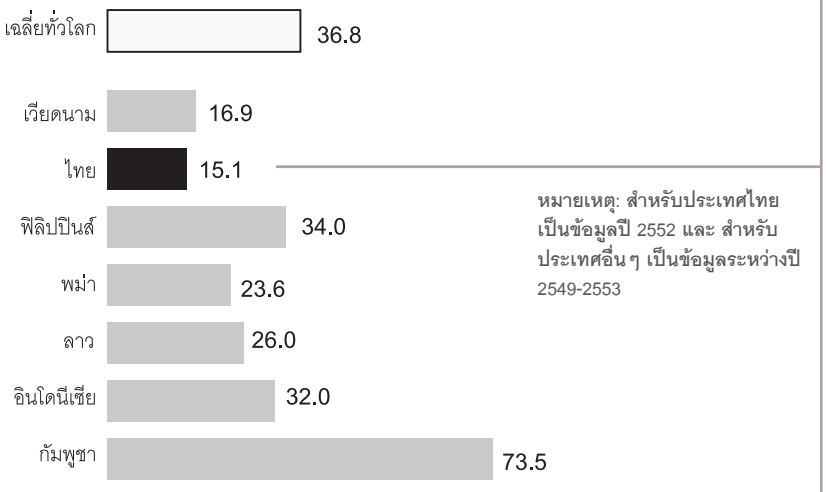


หมายเหตุ:
1. อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี = $\frac{\text{จำนวนแม่คลอดบุตรอายุ 15-19 ปี}}{\text{จำนวนประชากรหญิง 15-19 ปี ทั้งหมด}} \times 1{,}000$
2. สถิติของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554
3. สถิติของประเทศอื่นๆ ปี พ.ศ. 2539-2551

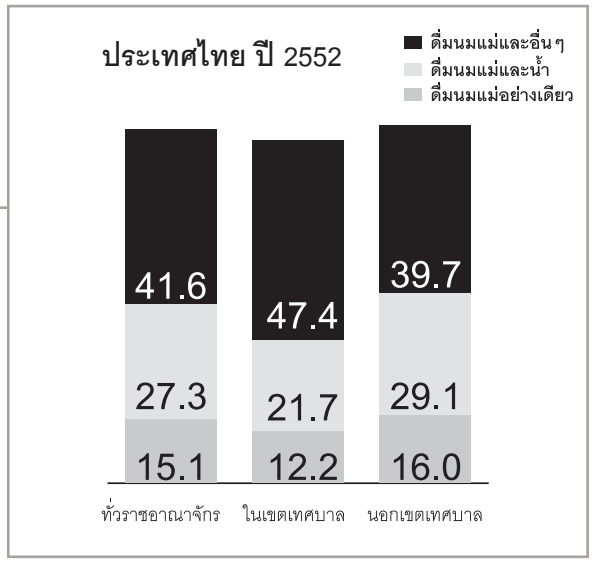
ความท้าทายของประเทศไทยอยู่ที่การพัฒนาคุณภาพคนไทยตั้งแต่แรกเกิด

ความท้าทายของประเทศไทยจึงไม่ได้อยู่ที่การจัดบริการสุขภาพ แต่อยู่ที่การพัฒนาคุณภาพของคนไทยให้ดียิ่งขึ้นตั้งแต่แรกเกิด เช่นการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน หรือการคัดกรองปัญหาความผิดปกติแต่กำเนิดซึ่งพบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดในกลุ่มวัยรุ่นสูงเกือบที่สุดในอาเซียนที่ 55 คนต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในขณะที่แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนมีอัตราต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 15.1 ในปี 2552

ร้อยละทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก



หมายเหตุ: สำหรับประเทศไทยเป็นข้อมูลปี 2552 และ สำหรับประเทศอื่นๆ เป็นข้อมูลระหว่างปี 2549-2553



ที่มา: 1) UNICEF (2012). "Statistical tables for 2011", The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World
2) การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

4. การป้องกันและลดภาระโรคไม่ติดต่อ: การลงทุนที่คุ้มค่า

การลงทุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับเม็ดเงินที่ใช้จ่ายไป

การดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตของประชาชนต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อผลักดันให้เกิดผลอย่างยั่งยืน องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายการลดภาระโรคด้วยโรคไม่ติดต่อไว้ 9 ตัวชี้วัดจากปี 2553 ถึงปี 2568 โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1

ลดการตายและการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลงร้อยละ 25

กลุ่มที่ 2

ลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

- ไม่ให้ภาวะเบาหวาน น้ำหนักเกิน โรคอ้วนเพิ่มขึ้น
- ลดภาวะความดันโลหิตสูงลง ร้อยละ 25
- ลดการบริโภคยาสูบลง ร้อยละ 30
- ลดการดื่มสุราลงร้อยละ 10
- ลดการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอลงร้อยละ 10
- ลดการบริโภคเกลือลงร้อยละ 30

กลุ่มที่ 3

ระบบบริการสุขภาพและนโยบายที่ตอบสนองต่อการลดโรคไม่ติดต่อ ได้แก่

- ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการรักษาด้วยยาควบคู่กับการให้คำปรึกษาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 50
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงยาและเทคโนโลยีที่จำเป็นอย่างเหมาะสมร้อยละ 80

การศึกษาขององค์การอนามัยโลก และของ World Economic Forum ร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้ศึกษาถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อ และค่าใช้จ่ายในการขยายบริการเพื่อการป้องกันโรค พบว่าค่าใช้จ่ายที่ใช้เพื่อการขยายบริการคุ้มค่ากับการลงทุนมาก เนื่องจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการที่ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรค คือ เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจและมะเร็ง สูงถึง 7.28 ล้านล้านเหรียญสหรัฐในช่วงเวลา 14 ปี (ปี 2011-2025) โดยโรคที่มีความสูญเสียมากที่สุดคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่สูญเสียถึง 3.76 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ หรือครึ่งหนึ่งของความสูญเสียทั้งหมด และเมื่อคิดเป็นรายปี ความสูญเสียคิดเป็น 500 พันล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 4% ของ GDP ของประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางขั้นกลางและขั้นต่ำ

โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ตาราง ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากภาระโรคไม่ติดต่อ 2011-2025
(หน่วย ล้านล้านเหรียญสหรัฐ)

กลุ่มประเทศ	เบาหวาน	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคทางเดินหายใจ	มะเร็ง	รวม
กลุ่มประเทศรายได้ปานกลางขั้นสูง	0.31	2.52	1.09	1.20	5.12
กลุ่มประเทศรายได้ปานกลางขั้นกลาง	0.09	1.07	0.44	0.26	1.85
กลุ่มประเทศรายได้ปานกลางขั้นต่ำ	0.02	0.17	0.06	0.05	0.31
รวมทุกกลุ่ม	0.42	3.76	1.59	1.51	7.28

ที่มา: From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries, World Health Organization and World Economic Forum, 2011.

เมื่อมาเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากการขยายบริการ และเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ ไม่ให้เสียชีวิตจากโรคเหล่านี้ โดยจากการศึกษาพบว่า เมื่อดำเนินมาตรการที่ได้ผลจะสามารถรักษาชีวิตไว้ได้ 30 ล้านคนในช่วงปี 2006-2015 หรือ 3 ล้านคนต่อปี และเมื่อคิดเป็นผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ การลดการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลง 10 % จะสามารถลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจลงได้ 377 พันล้านเหรียญระหว่างปี 2011-2025 หรือ ปีละ 25 พันล้านเหรียญ ซึ่งผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่ได้จากการลงทุนทางสุขภาพสูงกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินมาตรการเพื่อป้องกันปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 3 เท่า

เมื่อดำเนินมาตรการที่ได้ผลจะสามารถรักษาชีวิตไว้ได้

3

ล้านคนต่อปี

ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจลงได้

25

พันล้านเหรียญต่อปี

ตาราง เปรียบเทียบผลประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการขยายการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 2011 -2025
(พันล้านเหรียญ)

โรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวนสะสมระหว่างปี 2011 – 2025	จำนวนเฉลี่ยระหว่างปี 2011-2025
ต้นทุนในการป้องกันโดยใช้มาตรการที่คุ้มทุนที่สุด	120	8
คาดประมาณผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ จากการลดการตายลง 10%	377	25

ที่มา: From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries, World Health Organization and World Economic Forum, 2011.

โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

การลงทุนทางสุขภาพจึงไม่ใช่ได้ผลเพียงการมีสุขภาพดีเท่านั้น แต่ยังมีผลดีทางเศรษฐกิจด้วย มาตรการที่องค์การอนามัยโลกเสนอว่าเป็นมาตรการที่ได้ผลคุ้มค่าที่สุดสำหรับการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆได้แก่

ตาราง มาตรการที่คุ้มค่าที่สุด (Best Buy interventions)

ปัจจัยเสี่ยง/โรค	มาตรการ
การสูบบุหรี่	• มาตรการเพิ่มภาษี • มาตรการปลอดบุหรี่ในที่ทำงานและที่สาธารณะ • การให้ข้อมูลด้านสุขภาพและการเตือน • การห้ามโฆษณาบุหรี่ การส่งเสริมการขายและการให้การสนับสนุน
การดื่มแอลกอฮอล์	• มาตรการเพิ่มภาษี • การจำกัดการเข้าถึงการขายปลีก • การห้ามโฆษณา
การบริโภคอาหารไม่ดีต่อสุขภาพและการไม่ออกกำลังกาย	• การลดการบริโภคเกลือ • การทดแทนไขมันทรานส์ด้วยไขมันไม่อิ่มตัว • การรณรงค์สร้างความตระหนักในเรื่องการบริโภคและออกกำลังกาย
โรคหัวใจและหลอดเลือดและเบาหวาน	• การให้คำปรึกษาและให้ยาแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคหัวใจล้มเหลวและหลอดเลือดในสมอง รวมทั้งผู้ที่เป็นโรคหัวใจ • การให้การรักษาด้วยแอสไพริน
มะเร็ง	• ให้วัคซีนเพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบ B เพื่อป้องกันมะเร็งตับ • คัดกรองและรักษามะเร็งปากมดลูก

Best
Buy
Interventions

ที่มา: From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries, World Health Organization and World Economic Forum, 2011.

โครงการรายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)