Policy Brief

PB

Volume 10

Issue 135 • JUL 2022

การตายส่วนเกินของคนไทย ในห้วงเวลา 2 ปีการระบาดของโควิด-19 (พ.ศ. 2563-2564)

Highlight

- การตายส่วนเกิน (excess mortality) เป็นตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาที่ใช้เพื่อวัดจำนวนการตายจากทุกสาเหตุในช่วงสภาวะวิกฤติที่การตายอาจจะสูงกว่าสภาวะปกติทั่วไป โดยสภาวะวิกฤติ ณ ที่นี้หมายถึงช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เมื่อเทียบกับสภาวะปกติคือช่วงที่ไม่มีการระบาด
- ผลการศึกษาการเสียชีวิตของประชากรไทยในช่วงการระบาดของโควิด-19 พ.ศ. 2563-2564 พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยมีการตายส่วนเกินจากอดีต 5 ปีก่อนมีการระบาดประมาณ 22,492 ราย หรือ 4.2% และไม่พบการตายเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2563
- ขณะที่ระลอกของการระบาดที่พบการตายส่วนเกิน คือระลอกที่ 3 (การระบาดของสายพันธุ์อัลฟ่า/เดลต้า) โดยมีการตายส่วนเกินสูงสุดช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

1

การเสียชีวิตของประชากรไทยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ปี พ.ศ. 2563-2564 เปรียบเทียบกับการเสียชีวิตที่ยังไม่มีการระบาดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558-2562) ตามปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่เสียชีวิต เขตสุขภาพ และประวัติโรคจากการรักษาครั้งสุดท้ายก่อนตาย โดยใช้การตายส่วนเกินเป็นตัวชี้วัด ตามช่วงของการระบาด 3 ระลอก คือ ระลอกที่ 1 (ม.ค.-พ.ค. 63: อู่ฮั่น มาตรการเข้มงวด) ระลอกที่ 2 (ธ.ค. 63-มี.ค. 64: อู่ฮั่น มาตรการผ่อนคลาย) และระลอกที่ 3 (เม.ย.-ธ.ค. 64: อัลฟ่า/เดลต้า) โดยช่วงของระลอกที่ 1 มีมาตรการล็อกดาวน์เข้มงวดเพื่อจำกัดการเดินทางช่วงปลายเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2563

สรุปจำนวน (ร้อยละ) ของการตายส่วนเกิน ของประชากรชายและหญิงจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

	รวมเพศ (%)		ชาย (%)		หญิง (%)	
	2563	2564	2563	2564	2563	2564
ทั้งหมด	0	22,492 (4.2%)	-	18,304 (6.2%)	-	4,001 (1.7%)
อายุ (ปี)						
0-14 ปี			-	-	-	-
15-44 ปี			-	341 (0.8%)	-	686 (5.0%)
45-64 ปี			2,685 (3.1%)	12,372 (13.6%)	-	4,267 (8.9%)
65-74 ปี			-	4,992 (8.1%)	-	1,308 (2.8%)
75-84 ปี			-	2,613 (4.5%)	-	-
85 ปี ขึ้นไป			-	2,038 (5.6%)	-	304 (0.5%)
สถานที่เสียชีวิต						
นอกโรงพยาบาล			-	9,516 (6.0%)	-	439 (0.3%)
ในโรงพยาบาล			-	8,423 (6.2%)	-	2,315 (2.3%)

สรุปจำนวน (ร้อยละ) ของการตายส่วนเกิน

ของประชากรชายและหญิงจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา (ต่อ)

	ชาย (%)		หญิง (%)	
	2563	2564	2563	2564
เขตสุขภาพ				
เขต 1	-	-	-	-
เขต 2	-	668 (3.8%)	-	-
เขต 3	-	304 (1.9%)	-	-
เขต 4	-	2,427 (10%)	-	895 (4.2%)
เขต 5	-	1,953 (8.3%)	-	1,753 (9.0%)
เขต 6	-	1,848 (7.2%)	-	1,460 (7.4%)
เขต 7	-	910 (3.5%)	-	-
เขต 8	-	1,474 (6.0%)	-	-
เขต 9	-	1,183 (3.8%)	-	-
เขต 10	-	1,809 (9.1%)	-	-
เขต 11	-	499 (2.9%)	-	-
เขต 12	-	1,203 (6.4%)	-	1,315 (8.9%)
เขต 13	-	4,935 (24.3%)	-	2,925 (15.7%)

	รวมเพศ (%)	
	2563	2564
โรคหรืออาการก่อนเสียชีวิตในโรงพยาบาล		
การตายในระยะแรกเกิด (0-28 วัน)	-	-
ทารกตายในครรภ์	8 (0.3%)	39 (1.5%)
การตายของมารดาขณะที่ตั้งครรภ์	5 (6.7%)	34 (52.3%)
โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	-	10,286 (25.2%)
มะเร็ง	873 (3.7%)	-
โรคหัวใจขาดเลือด	-	160 (1.3%)
โรคหลอดเลือดสมอง	-	1,721 (8.8%)
อุบัติเหตุทางถนน	10 (0.3%)	-
โรคไตเรื้อรัง	685 (3.2%)	2,853 (14.0%)
โรคเบาหวาน	1,991 (7.7%)	8,466 (35.7%)

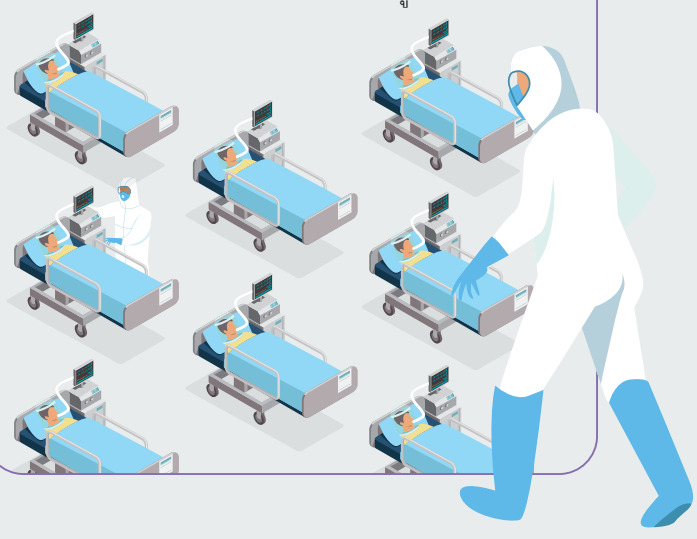
2

การระบาดของโควิด-19 ในมิติของการสูญเสียชีวิตที่เกิดขึ้นของประชากรโดยรวม การเสียชีวิตจากโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 61 ราย และเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 21,637 ราย

จากการศึกษาภาพรวมไม่พบการตายส่วนเกินของประชากรไทยใน พ.ศ. 2563 แต่พบในปี พ.ศ. 2564 ของประชากรจากทุกสาเหตุเพิ่มสูงขึ้น 22,492 ราย (4.2%) (เพศชายเพิ่มขึ้น 6.2% และเพศหญิงเพิ่มขึ้น 1.7%) นั่นหมายถึงมีการตายจากสาเหตุอื่นที่ลดลงจากเดิม เช่น การตายจากอุบัติเหตุทางถนน อันอาจเป็นผลจากการเดินทางที่ลดลงจากมาตรการควบคุมโรค

3

อย่างไรก็ตาม แม้การตายส่วนเกินในภาพรวมของทั้งปี พ.ศ. 2564 จะเพิ่มขึ้นเพียง 4.2% แต่ในช่วงเดือนกรกฎาคมซึ่งผู้ติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจนยากแก่การควบคุมกลับพบว่า การตายในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคมเพิ่มสูงขึ้นถึง 22% และอาจมากกว่านั้นในบางพื้นที่ที่มีการติดเชื้อสูง



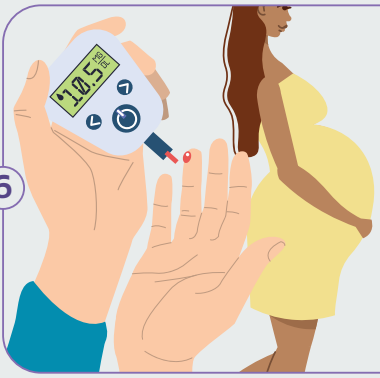
4

การตายส่วนเกินพบมากในผู้ชายสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงของการเสียชีวิตที่สูงในเพศชาย ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการคือช่วงอายุ 45–64 ปี มีการตายเพิ่มสูงขึ้นทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงการได้รับวัคซีนที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มอายุ 60 ปี ขณะที่ในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปอาจจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงเช่นกัน ข้อมูลการตายตามกลุ่มอายุจึงสำคัญต่อการวางแผนควบคุมการระบาด

5

พื้นที่ที่มีการตายส่วนเกินมากสุดคือ เขต 13 หรือพื้นที่กรุงเทพฯ รองลงมาเป็นเขต 4 ในเพศชายและเขต 12 ในเพศหญิง สอดคล้องกับพื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด-19 สูง

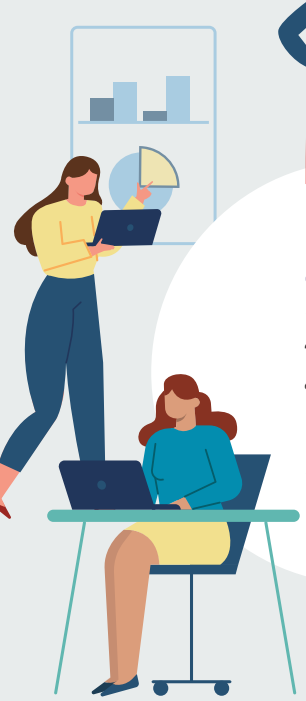
6

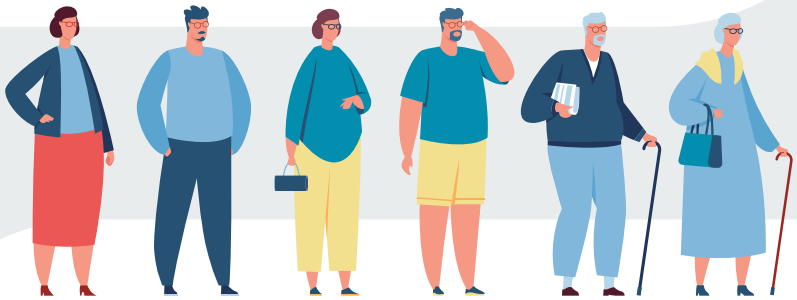


โรคที่ศึกษาซึ่งพบการตายส่วนเกินสูงสุดคือการตายของมารดาและเบาหวาน โดยพบเพิ่มสูงขึ้นในแทบทุกโรค ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่พบร่วมกับการติดเชื้อโควิด-19 เป็นจำนวนมาก ยกเว้นการบาดเจ็บ มะเร็ง และการตายในทารกแรกเกิด (neonatal death)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1 ข้อมูลการตายในภาพรวมมีความสำคัญในการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ซึ่งอาจเป็นผลทางอ้อมจากระบบบริการสุขภาพที่ต้องทุ่มเทรัพยากรในการจัดการกับโควิด-19 จึงอาจส่งผลต่อการบริการในโรคอื่น ๆ นอกจากนี้ ข้อมูลดังกล่าวยังสะท้อนสถานการณ์จริง เช่น การตรวจเชื้อทางห้องปฏิบัติการอาจมีข้อจำกัด และการรายงานการตายที่ไม่ระบุสาเหตุหรือไม่ทันได้รับการตรวจเชื้อ อย่างไรก็ตาม ระบบการรายงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในสถานการณ์การระบาดของไทยค่อนข้างมีความครอบคลุมและแสดงสถานการณ์การระบาดได้เป็นอย่างดี จากการที่ข้อมูลมีความสอดคล้องกับการตายจากทุกสาเหตุ ซึ่งจะช่วยยืนยันได้ว่า การรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 มีความครอบคลุมสูง





2 ควรมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรายงานผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 และผู้เสียชีวิตจากทุกสาเหตุในการติดตามสถานการณ์เพื่อเฝ้าระวังผลกระทบต่อการเสียชีวิตโดยรวมในประชากร

3 ควรมีการให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุ ซึ่งพบการตายส่วนเกินสูงมากในกลุ่มอายุ 45–64 ปี ซึ่งเป็นวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุตอนต้น ทั้งนี้ ข้อมูลการตายที่จำแนกอายุลงไปมีความจำเป็นเพื่อให้การตัดสินใจกำหนดนโยบายเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4 ควรมีการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันโรคที่เข้มข้นในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและหญิงตั้งครรภ์

เกี่ยวกับการศึกษา

การศึกษานี้คำนวณหาการตายส่วนเกินจากส่วนต่างของจำนวนการตายจริง (observed death) และจำนวนการตายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (expected death) ของช่วง พ.ศ. 2563–2564 โดยจำนวนการตายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นนั้นใช้วิธีประมาณค่าตามการศึกษาของ WHO คือตัวแบบ negative-binomial regression ที่มีการปรับ seasonal ด้วย penalised cyclic cubic regression spline การศึกษานี้เสนอผลเป็นจำนวนการตายส่วนเกินรายสัปดาห์และร้อยละของการตายส่วนเกิน

สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบสาธารณสุขเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการตอบสนองต่อการระบาดและความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย (Understanding the impact of COVID-19 to improve our health care system response : Turning crisis into opportunities)

โดย รศ. ดร.วรรณฤดี อิสรานุวัฒน์ชัย, ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์, ดร.รักมณี บุตรชน, พญ.จารวี สุขมณี, ภิชารีย์ กรุณายาวงศ์, ธนายุต เศรณีโสภณ, จุฬาทิพย์ บุญมา, Myka Harun Sarajan, ฉัตรกมล พีรปัญญาวรานันท์, บงกช เกอเค่, ดร. นพ.ชัยยศ คุณานุสนธิ์, ศ. ภก. ดร.สุพล ลิมวัฒนานนท์, ดร. ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ดร. ภญ.ฐิติพร สุแก้ว, ดร.วุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, ชุดิมน สินธุประมา, ขนิษฐา กู้ศรีสกุล, ณัฐพัชร์ มรรคา, ปริญดา เสนีย์รัตนประยูร, วราภรณ์ ปวงกันทา, ภญ.เนตรนภิส สุขนวนิช และจักร์วิดา อมรวิสัยสรเดช

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้เขียน

ดร. ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

ขนิษฐา กู้ศรีสกุล
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

หน่วยงานที่สนใจรับ Policy brief ฉบับพิมพ์
สมัครได้ที่ **comm@hitap.net**
โดยระบุชื่อ-ที่อยู่ เพื่อจัดส่ง

ท่านที่สนใจรับ Policy brief ฉบับ PDF
สมัครได้ที่ **comm@hitap.net**
โดยระบุชื่อ-อีเมล เพื่อจัดส่ง
หรือดาวน์โหลด Policy brief ฉบับอื่น ๆ ได้ที่
https://www.hitap.net/resources/downloads

HITAP เป็นองค์กรวิจัยภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น รวมถึงทำการประเมินเพื่อพัฒนาองคาพยพต่าง ๆ ในองค์กรภาครัฐ

ติดต่อ:
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 0-2590-4549, 0-2590-4374-5
โทรสาร: 0-2590-4369
อีเมล: **comm@hitap.net**
เว็บไซต์: **www.hitap.net**

งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้ครีเอทีฟคอมมอนส์ แสดงที่มา ไม่ใช้เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง

HITAPTHAILAND HITAP_THAI HITAP THAI HITAP.NET