

รายงานสรุปสถานการณ์ เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ

5 มิติ

การเฝ้าระวังเพื่อ
ควบคุมยาสูบ
ใน 5 มิติ



"จัดทำโดย สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข และ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุม
ยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล"



รายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ

บรรณาธิการ

- ศิริวรรณ พิชัยรังษะภักดิ์
- ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์
- เทียนทิพย์ เคียรเมฆัน

จัดทำโดย สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
และ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.)
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

รายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ

บรรณาธิการ

- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์
- ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์
- เทียนทิพย์ เคียรเมฆัน

ปกumpulanเล่ม เพ็ญจมาภรณ์ มีเปรมปรีดี

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

รายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ.-- กรุงเทพฯ :

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558. 83 หน้า. 1. ยาสูบ.

I. ชื่อเรื่อง. 363.45

ISBN 978-616-279-718-7

พิมพ์ที่ เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ โทร.0-2457-2593

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2558

จำนวนพิมพ์ 1,200 เล่ม

จัดพิมพ์โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.)

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ลิขสิทธิ์ของเอกสารวิชาการฉบับนี้เป็นของ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

ห้ามมิให้ผู้ใดนำส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของหนังสือเล่มนี้ ไปทำการคัดลอกโดยวิธีการถ่ายเอกสาร โรเนียว พิมพ์โดย
เครื่องจักรหรือวิธีการอื่นใดเพื่อจำหน่าย หรือเพื่อประโยชน์ทางการค้า เว้นแต่เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา โดยขอสงวนลิขสิทธิ์

ตามกฎหมาย

รายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ

คณะทำงานวิชาการ

- ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ)
- พญ.ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- รศ.ดร.นิทัศน์ ศรีโชติรัตน์ (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)
- ผศ.ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์ (คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- นางวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- นางสาวศรณีย์ จุฬาสีกุล (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- นางสาวภัทรินทร์ ศิริทรากุล (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- ดร.ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)
- นางสาวณัฐพัชร์ มรรคา (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านนี้ประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)
- นางสาวปิณฑา ปันกระจำ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ)
- นางสาวเทียนทิพย์ เตียรเมฆัน (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ)
- นางสาวเจนจิรา จิตจง (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ)

จัดทำโดย สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
และ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ติดต่อกองบรรณาธิการ

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร 02-580-6962 โทรสาร 02-580-9307

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 อาคารสันต์ศิริ ตรีมิตร ชั้น 5
ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร: 02-354-5346 แฟกซ์: 02-354-5347
อีเมล: webmaster@trc.or.th Website: www.trc.or.th

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ (สคส.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะทำงานวิชาการ ได้จัดทำรายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ 5 มิติ พ.ศ.2558 ในครั้งนี้ ในโอกาสนี้กองบรรณาธิการขอขอบคุณหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และขอขอบคุณ สำนักกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนทุน แก่ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ในการจัดทำรายงานฉบับนี้

สคส.และศจย. หวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลจากเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบทุกท่าน สุดท้ายนี้ระบบเฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ยังต้องการความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจจากท่าน ทุกภาคส่วน เพื่อเชื่อมต่อฐานข้อมูลต่าง ๆ หลอมรวมเข้ามาให้เป็นระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่ายอย่างสมบูรณ์ต่อไป

กองบรรณาธิการ

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

กรกฎาคม 2558

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ง
สารบัญ	จ
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ฉ
บทที่ 1 บทนำ การเฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ	1
บทที่ 2 การเฝ้าระวัง มิติที่ 1 ด้านปัจจัยต้นเหตุ (Determinant)	5
บทที่ 3 การเฝ้าระวัง มิติที่ 2 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (Behavior risk)	14
บทที่ 4 การเฝ้าระวัง มิติที่ 3 ผลของการดำเนินงาน มาตรการต่าง ๆ (Program response)	27
4.1 มาตรการด้านภาษีและราคาบุหรี่	
4.2 มาตรการบังคับใช้กฎหมาย	
4.3 มาตรการเฝ้าระวัง สำรวจร้านค้าบุหรี่ ร้านอาหาร ตลาด สถานที่สาธารณะ	
4.4 มาตรการระบบบริการเลิกบุหรี่	
4.5 มาตรการภาพคำเตือนบนซองบุหรี่	
บทที่ 5 การเฝ้าระวัง มิติที่ 4 การป่วย/ตายด้วยโรคที่สัมพันธ์กับยาสูบ (Morbidity/Mortality)	71
บทที่ 6 การเฝ้าระวัง มิติที่ 5 การตรวจจับความผิดปกติ (Event-based)	78
บทที่ 7 สรุปข้อเสนอแนะ	82

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้ง 5 มิติมีดังนี้

1. ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) พบว่า

- การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ พบแนวโน้มการใช้เงินลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่บริษัทยาสูบอาจปรับเปลี่ยนเป็นการสนับสนุนด้วยสิ่งของอื่นๆ แทน
- การส่งเสริมการขาย พบการแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน พร้อมบรรจุไว้ในถุงพลาสติกทั้งที่มีและไม่มีหีบห่อบุหรี่ และการโฆษณาหีบห่อบุหรี่ผ่านสื่อต่างๆ เช่น จาน ชาม กล้องใส่ทิชชู และป้ายไฟ เป็นต้น
- ผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่ พบ “บุหรี่ไฟฟ้า”, มอระกู่ไฟฟ้า ซึ่งหลังจากที่กระทรวงพาณิชย์ออกประกาศห้ามนำเข้ามอระกู่ เมื่อวันที่ 12 ธ.ค.57 ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ตัวใหม่ที่มีชื่อว่า Cloud Stones ที่นำมาสูบแทนมอระกู่
- พบการโฆษณาส่งเสริมการขายทางอินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์
- เรื่องการแทรกแซงนโยบายรัฐของอุตสาหกรรมยาสูบพบว่า ในช่วงปีพ.ศ.2556 เป็นต้นมา มีการขอเข้าพบเพื่อหารือข้อกฎหมายจำนวน 24 ครั้ง นอกจากนี้ มีการขอเข้าพบเพื่อร่วมกำหนดนโยบายจำนวน 6 ครั้ง แต่ได้รับการปฏิเสธทั้งหมด

2. พฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk) การบริโภคยาสูบ จากผลการสำรวจพ.ศ.2557

- พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคยาสูบ จำนวน 11.36 ล้านคน อัตราการสูบบุหรี่คิดเป็น 20.7%
- พบความผิดปกติ ของอัตราการบริโภคยาสูบในเขตเทศบาลในปี 2557 ที่มีอัตราการบริโภคยาสูบเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจากปี 2556 ถึงร้อยละ 10.43 ในขณะที่อัตราการบริโภคยาสูบนอกเขตเทศบาลไม่เพิ่มขึ้น
- ประชากรอายุ 25-59 ปี มีอัตราการการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น
- ค่าใช้จ่ายของผู้สูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณเดือนละ 423 บาทต่อเดือน โดยผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 810 บาทต่อเดือน

3. การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response)

- นโยบายภาษี
 - i. มีการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบครั้งล่าสุดในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2555 จัดเก็บภาษีบุหรี่ซิการ์เรต ตามมูลค่าง่ายละ 87 และให้จัดเก็บตามปริมาณ 1 บาทต่อมวนเป็นครั้งแรก และจัดเก็บภาษียาเส้น อัตราภาษีตามมูลค่าง่ายละ 10 หรืออัตราตามปริมาณ 0.01 บาทต่อกรัม และยังคงเว้นการจัดเก็บภาษีจากใบ

ยาสูบพันธุ์พื้นเมืองอยู่ เมื่อปรับอัตราภาษียาเส้นแล้วอัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำกว่าอัตราภาษีบุหรี่ซองมากถึงประมาณ 100 เท่า

- ii. การสำรวจเมื่อปีพ.ศ. 2556 พบว่าราคาบุหรี่นำเข้าที่ถูกที่สุดอยู่ที่ซองละ 25 บาท ขณะที่บุหรี่ผลิตในประเทศถูกที่สุดราคาซองละ 37 บาท
- การปราบปรามบุหรี่ผิดกฎหมาย
 - i. ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ส่วนในประเทศไทยรัฐต้องสูญเสียรายได้จากการหลีกเลี่ยงภาษีบุหรี่โดยเฉลี่ยในช่วงปี 2544-2556 ประมาณ 10% ของรายได้แท้จริงหากได้รับภาษีบุหรี่ครบตามกฎหมาย โดยในปี พ.ศ.2549 รัฐต้องสูญเสียรายได้จากการหลีกเลี่ยงภาษีบุหรี่สูงถึง 14% หรือมูลค่าแท้จริงประมาณ 4,508 ล้านบาท และในปี พ.ศ.2556 รัฐต้องสูญเสียรายได้จากการหลีกเลี่ยงภาษีบุหรี่สูงถึง 15% หรือมูลค่าแท้จริงประมาณ 8,742 ล้านบาท
- การปฏิบัติตามพรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
 - i. ผลการสำรวจร้านค้าปลีกพบว่ารายได้จากการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 9,241 บาทต่อร้าน โดยร้านค้าปลีกประมาณว่า รายได้ที่อาจสูญเสียไป หากไม่ขายบุหรี่ให้เด็กอายุ 15-18 ปี เท่ากับ 900 บาทต่อร้าน
 - ii. ร้อยละ 8.57 ของร้านค้าปลีกในกทม. และ ร้อยละ 16 ของร้านค้าปลีกในต่างจังหวัด มีการจัดวางบุหรี่ไว้ในตู้หรือชั้นวางที่ลูกค้าสามารถมองเห็นได้ไม่มีฝาปิดหรือเปิดค้างไว้เสมอ หรือ มีลักษณะการตั้งโชว์บุหรี่มีซอง/โลโก้ ยี่ห้อบุหรี่ตั้งอยู่นอกตู้เห็นชัดเจน
 - iii. รูปแบบการจำหน่ายแบบแบ่งขายพบว่ายี่ห้อบุหรี่ที่จำหน่ายได้มากที่สุด คือ
 1. กรองทิพย์ จำนวน 2 มวน ราคา 10 บาท
 2. wonder จำนวน 3 มวน ราคา 10 บาท
 3. sms จำนวน 4 มวน ราคา 10 บาท
- การปฏิบัติตามพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่
 - i. การสำรวจร้านอาหารพบว่า เจ้าของร้านร้อยละ 45 รายงานว่าได้รับควันบุหรี่มือสองในร้านอาหาร, ร้อยละ 22 มีการสูบบุหรี่ให้เห็นแบบซึ่งหน้าในร้านอาหารที่นักวิจัยเข้าสังเกต และร้อยละ 29 มีการแสดงป้ายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
 - ii. มีการรายงานการฝ่าฝืนกระทำความผิด รวบรวมโดย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต.และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
- มาตรการระบบบริการเลิกบุหรี่
 - i. มีความก้าวหน้าของการให้บริการเลิกบุหรี่ ในสถานบริการ โรงพยาบาลเข้าร่วมเป็นเครือข่ายคลินิกฟ้าใส 321 แห่งบริการทางสายโทรศัพท์และผ่านทาง Internet พบว่า ในรอบปีพ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ใช้บริการทั้งสิ้น 33,505 คน

แบ่งเป็น ผู้ที่โทรเข้ามาใช้บริการ จำนวน 33,161 คน และผู้ใช้บริการที่ส่งต่อจากภาคีเครือข่าย U-Quit, Fax-refer และ U-Refer จำนวน 344 คน ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ /บุคคลทั่วไป 3,789 คน และเป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 27,916 คน

- ii. Nortriptyrine hydrochloride เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Medicines) ประเภทบัญชียา ก และมีสมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาว (ตำรับโรงพยาบาล) เป็นยาช่วยช่วยลดความอยากบุหรี่ อยู่ในรายการบัญชียาจากสมุนไพร บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2555 อย่างไรก็ตาม ขณะนี้มีความร่วมมือ ในการพัฒนายาที่ช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ยาเม็ดอมสารสกัดสมุนไพรหญ้าดอกขาว และยาเม็ด Cytisine ซึ่งเป็นสารสกัดจากพืชและมีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศแถบยุโรป ตะวันออก โดยองค์การเภสัชกรรมคาดว่าจะสามารถผ่านการขึ้นทะเบียนได้ภายใน 2 ปี
- **มาตรการคำเตือนบนซองบุหรี่**
 - i. กระทรวงสาธารณสุขประกาศขยายภาพคำเตือนบนซองบุหรี่จาก 55% เป็น 85% ตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม 2556 กำหนดให้มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่ 2 ต.ค. 2556 (เลื่อนไปจนถึง 23 กันยายน 2557)
 - ii. ผลการวิจัยเชิงทดลอง พบว่าการขยายภาพ มีผลดังนี้ (1) ในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ การขยายขนาดรูปภาพบนซองบุหรี่เป็น 85% ได้สร้างความมั่นใจในการไม่สูบ/ไม่ใช้บุหรี่มากกว่าขนาดรูปภาพ 55% (2) ในกลุ่มสูบบุหรี่ รูปภาพเชิงเชื่อมร่วมกับซองบุหรี่แบบปกติ และรูปภาพมะเร็งปากร่วมกับซองบุหรี่แบบเรียบ มีอิทธิพลต่อความมั่นใจในการไม่สูบ/ไม่ใช้บุหรี่ มากกว่ารูปภาพและซองแบบอื่นๆ ที่ร่วมกัน

4. การป่วย/การตาย (Morbidity/Mortality) ด้วยโรคที่สัมพันธ์กับยาสูบ

- การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ.2552 พบ 25 โรค มีหลักฐานชัดเจนว่าเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในจำนวนนี้รวม 10 โรคมะเร็ง
- มีคนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ 30 ปีขึ้นไป 50,710 คน (ตัวเลขปรับปรุงใหม่ เป็น 50,737 คน)
- จากการประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ.2552 (Disease Attributed to Smoking) พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 74,884 ล้านบาท หรือ 0.78% ของ GDP
- คำนวณเป็นความสูญเสีย 42 บาท ต่อบุหรี่ 1 ซอง ตามค่าเงินในปี 2552

5. เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Abnormal event)

- ผลิตภัณฑ์ทดแทนบุหรี่แบบเดิม ม่อร์กูหรือบารากู บุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มเยาวชน ความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ์นี้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40 ภายใน 2 ปี
- ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีชื่อสากลว่า ระบบเครื่องส่งนิโคตินไฟฟ้า Electronic nicotine delivery systems (ENDs) และ Electronic non-nicotine delivery system (ENNDS) ล่าสุด จากการประชุมใหญ่ของประเทศสมาชิกกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนตุลาคม 2557 อภิปรายประเด็นนี้อย่างเข้มข้นและได้ข้อสรุปเป็นมติจากที่ประชุม เชิญชวนให้ประเทศภาคีพิจารณาห้ามใช้ หรือ ควบคุมกำกับ ENDs และ ENNDS ด้วยวิธีการอันเหมาะสม สอดคล้องกับกฎหมายภายในของแต่ละประเทศ

6. ข้อเสนอแนะเพื่อการควบคุมยาสูบ ที่มีความสำคัญ

- จัดทำระบบเฝ้าระวังยาสูบของประเทศ (Risk map & Route Map) โดยมีจุดเฝ้าระวังในแต่ละภูมิภาคที่มีความเสี่ยงสูงสุด ทำแผนที่จุดเสี่ยงในภูมิภาคนั้น
- จัดคณะทำงาน Counter marketing ธุรกิจยาสูบ
- เพิ่มช่องทางการเข้าถึงขยายบริการ QuitLine 1600 แบบ multisite หรือ ทางเลือกอื่น
- แก้กฎหมาย โดยมอบอำนาจปรับให้แก่เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง โดยการปรับปรุงกฎหมาย และเพิ่มอำนาจในการจับกุมและปราบปรามแก่เจ้าหน้าที่
- ปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิตยาสูบ ด้วยการแก้ไขพรบ.ยาสูบ
 - ควรนำยาสูบพันธุ์พื้นเมืองเข้ามาอยู่ในระบบบัญชียาสูบ
 - ปรับวิธีคำนวณอัตราภาษีตามมูลค่า จากราคาหน้าโรงงาน เป็นราคาขายปลีก หรือขายส่งช่วงสุดท้าย
 - รวมอัตราภาษีตามสภาพและภาษีตามปริมาณ
 - ลดจำนวนจุดจำหน่ายยาสูบ
 - ปรับปรุงค่าธรรมเนียมใบอนุญาต
 - ประกาศเพิ่มภาษีตามสภาพทั้งบุหรี่ซิการ์และยาเส้น (ทำได้ทันที)
- ลดจำนวนการผ่อนผันให้ผู้เดินทางนำยาสูบติดตัวเข้ามา-ส่งออก
- ลงนามพิธีสาร FCTC เรื่อง Illicit trade
- เพิ่มความเป็นเจ้าภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ให้เก็บภาษีท้องถิ่น ขายปลีกบุหรี่ 9 สตางค์ต่อมวน (ทำได้ทันที อบจ.ทำแล้วยกเว้น กทม.)

บทที่ 1 บทนำ การเฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ

แพทย์หญิงปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ *

กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดการปฏิรูประบบงานของทั้งกระทรวง โดยกำหนดให้มีภาระความรับผิดชอบที่สำคัญ 12 เรื่อง (National Health Authority Function) และหนึ่งในภาระหน้าที่สำคัญคือ การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (National Public Health Surveillance) ซึ่งจะประกอบด้วยการเฝ้าระวังที่สำคัญ 4 ระบบใหญ่ ๆ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ การเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังด้านอาหารยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการเฝ้าระวังการบริการสุขภาพ

สำหรับระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทยที่เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย 5 ระบบย่อย ได้แก่ 1.ระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ 2.ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3.ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ 4.ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ และ 5.ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบการเฝ้าระวังในแต่ละกลุ่มโรคจะมีองค์ประกอบที่ต้องเฝ้าระวังอย่างน้อย 5 มิติ ได้แก่ 1.ปัจจัยต้นเหตุ 2.พฤติกรรมเสี่ยง 3.การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response) 4. การติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/ความพิการ และ 5.เหตุการณ์ผิดปกติ เช่น การระบาด

มิติทั้ง 5 มีความหมายโดยย่อ ดังนี้

7. **ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants)** ได้แก่ รากเหง้าของปัญหา ซึ่งหากไม่มีปัจจัยตัวนี้แล้ว โรคหรือภัยสุขภาพนั้นไม่สามารถดำเนินวงจรชีวิตของมันได้ อาจแบ่งง่าย ๆ เป็น Biological determinants และ Social determinants ตัวอย่างเช่น ในกลุ่มโรคติดต่อต่าง ๆ เชื้อโรคทั้งโรคเก่าหรือโรคอุบัติใหม่ ล้วนเป็นปัจจัยต้นเหตุทางชีวภาพที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง (Biological determinants) แต่ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม การเมือง (Social determinants) อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้โรคเกิดการระบาดขยายตัวลุกลาม เช่น แรงงานอพยพย้ายถิ่นทำให้โรคที่เคยหายไปกลับมาใหม่ ธุรกิจทางเพศทำให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น การส่งเสริมการขาย กระตุ้นให้มีการเสพติดบุหรี่และสุรามากขึ้น และนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ การเพิ่มขึ้นของปริมาณรถจักรยานยนต์ ทำให้การบาดเจ็บทางถนนเพิ่มมากขึ้น ฯลฯ
8. **พฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk)** มนุษย์เองก็มีพฤติกรรมบางอย่างที่ทำให้ตนเองเสี่ยงและป่วยได้ง่ายขึ้น เช่น การดื่มแล้วขับยานพาหนะต่าง ๆ การไม่สวมหมวกนิรภัย การไม่ใช้ถุงยางอนามัย การรับประทานอาหารดิบ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ฯลฯ และในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงหรือพันธุกรรมแล้ว ก็จะทำให้ร่างกายสะสมปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ (Biological risk factor) เช่น การมีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นตัวการให้เกิดโรคเบาหวาน หัวใจหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ตามมา จึงมีความจำเป็นต้องเฝ้าระวัง
9. **การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response)** แผนงานควบคุมโรคที่ดีต้องมีการกำหนดกลุ่มมาตรการสำคัญที่จะแก้ไขปัญหาของโรคนั้น การเฝ้าติดตามความครอบคลุม

* ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

และความเข้มข้นของการดำเนินงานที่สำคัญของแผนงานควบคุมโรค จะทำให้ทราบว่าเรามีโอกาสประสบความสำเร็จในการควบคุมมากหรือน้อย เช่น ความครอบคลุมของวัคซีนในโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การลดการรังเกียจเคียดจัญท์ในโรคเอดส์ การเพิ่มภาษีบุหรี่ สุรา ในการควบคุมเครื่องดื่ม การบังคับใช้กฎหมายในเรื่องการบาดเจ็บทางถนน ฯลฯ

10. การติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/ความพิการ (Infection/Morbidity/Mortality/Disability)

เมื่อมีปัจจัยต้นเหตุ มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ได้รับการแก้ไข มนุษย์ก็จะป่วยและตายหรือพิการด้วยโรคต่าง ๆ โรคติดต่อที่เรื้อรังบางอย่างอาจเริ่มด้วยการติดเชื้อ แต่ยังไม่แสดงอาการ เช่น โรคเอดส์ จึงมีความจำเป็นต้องทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การป่วย การตาย และความพิการที่เป็นปัญหาสำคัญ พร้อมกันไปทั้งหมด

11. เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Abnormal event) การควบคุมโรคนั้นมีจุดมุ่งหมาย

สุดท้าย คือ การกำจัดกวาดล้างโรคต่าง ๆ ให้หมดไป (Elimination and eradication) แต่ส่วนใหญ่แล้วยังไม่สามารถทำได้ เป้าหมายเบื้องต้น คือ ควบคุมให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบรุนแรง จึงมีความจำเป็นต้องเฝ้าระวังเปรียบเทียบจำนวนและแบบแผนการเกิดโรค หากพบว่ามีเปลี่ยนแปลงไปหรือเกิดเหตุการณ์ผิดปกติหรือที่ภาษานักระบาดวิทยาเรียกว่าการระบาด ก็มีความจำเป็นต้องออกไปสอบสวนโรคซึ่งจะทำให้เรารู้ว่าความผิดปกตินั้นมีต้นเหตุจากอะไร เช่นจาก Determinants หรือ Risk behavior หรือ Risk factors อื่น ๆ หรือเป็นเพราะความย่อหย่อน

การเฝ้าระวังเป็นการดำเนินงานที่เป็นระบบ ต่อเนื่อง เพื่อติดตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยการทำหนดและรวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง นำเอาข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้รู้ข้อจำกัด วิเคราะห์ความหมาย และสังเคราะห์เป็นข้อความรู้ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานทางสาธารณสุข

การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ จึงจัดเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของการดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ เพื่อนำข้อมูลและผลที่ได้จากการเฝ้าระวังนำไปใช้ประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ให้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อบอกความรุนแรงของโรค / ปัญหาสุขภาพ
2. แสดงธรรมชาติของโรค / ปัญหาสุขภาพตามเวลา สถานที่และบุคคล
3. บอกถึงการแพร่ระบาดของโรค / ปัญหาสุขภาพ
4. สามารถเปรียบเทียบ เพื่อบอกการเปลี่ยนแปลงของโรค / ปัญหาสุขภาพ
5. ประเมินผล / ติดตามของแผนงานหรือกิจกรรมควบคุมป้องกันโรครวมทั้งระบบบริการสุขภาพ
6. เพื่อกำหนดหรือสนับสนุนสมมติฐาน
7. ข้อมูลเบื้องต้น สามารถพัฒนาเป็นประเด็นการวิจัย

การบริโภคยาสูบ (Tobacco consumption)

การบริโภคยาสูบถือเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสองของการสูญเสียสุขภาพของคนไทยแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังที่มีต้นเหตุจากการสูบบุหรี่และยาเส้นประมาณ 50,000 คน การเฝ้าระวัง

และควบคุมการบริโภคยาสูบโดยการเฝ้าสังเกต และติดตามสถานการณ์/ปรากฏการณ์การบริโภคยาสูบ และบริบทแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอย่างเป็นระบบ สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ช่วยให้ทราบขนาดของปัญหา การเกิด การกระจายของปัญหา แนวโน้ม และการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ ฯลฯ นำไปสู่การกำหนดมาตรการที่ชัดเจนต่อกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถ ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศที่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวัง : องค์ประกอบ ระบบการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบระดับชาติ (NTSS) หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบหลัก ได้แก่ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักระบาดวิทยา สำนักโรคไม่ติดต่อ

Risk		Prevention	Health outcomes	
ปัจจัยต้นเหตุ Determinants	พฤติกรรม Behaviors	การตอบสนอง ของแผนงาน Program response	อัตราป่วย/ตาย Morbidity / Mortality	การเฝ้าระวัง/ ตรวจจับความ ผิดปกติ Event-based
1. การเฝ้าระวังกลยุทธ์ อุตสาหกรรมยาสูบ - การเฝ้าระวัง CSR (Corporate Social Responsibility) - การเฝ้าระวัง ณ จุดขาย - การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ๆ - การเฝ้าระวังการตลาด - การเฝ้าระวังการแทรกแซงนโยบายรัฐ 2. การโฆษณาผ่านสื่อ - สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร เอกสารโฆษณาต่าง ๆ - สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต การเฝ้าระวังปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบในประชากร	3.การบริโภคยาสูบในประชากร ความชุกการบริโภคยาสูบในประชากร 15 ปีขึ้นไป ความชุก - การบริโภคยาสูบในวัยรุ่น (15 - 18 ปี) - ชนิดของผลิตภัณฑ์ - ปริมาณการสูบ - การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ - ค่าใช้จ่ายจากการบริโภคยาสูบ - พฤติกรรมการซื้อ/การขาย	4. มาตรการด้านภาษี - อัตราภาษี - ราคาจำหน่าย 5. มาตรการบังคับใช้กฎหมาย - การออกกฎหมาย - สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ - มาตรการภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 6. ระบบบริการเลิกบุหรี่ - การเข้าถึงบริการ - คลินิกเลิกบุหรี่	7. อัตราป่วยด้วยโรคที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบ 8. อัตราตายด้วยโรคที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบ	9. การเฝ้าระวัง/ตรวจจับความผิดปกติ - ผลิตภัณฑ์รูปแบบใหม่ ๆ ในประเทศไทย - การเพิ่มจำนวนผลิตภัณฑ์และการบริโภคในพือย่างผิดปกติ - พื้นที่ที่พบการละเมิดกฎหมายสูง

- ปัจจัยทางเศรษฐกิจ				
- ค่านิยม / ทักษะ				
- ปัจจัยทางสังคม				

*ตารางนี้ดัดแปลงเพิ่มเติมจาก กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2558

การเฝ้าระวังเพื่อ
ควบคุมยาสูบ
ใน 5 มิติ



แหล่งข้อมูล

- ข้อ 1. ได้จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ การเฝ้าระวังกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ข้อ 2. ได้จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังข่าว สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และรายงานข่าว/เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ มุลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- ข้อ 3. ได้จากการสำรวจการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- ข้อ 4. สามารถสืบค้นได้จากรายงานการดำเนินการประจำปีของกรมสรรพสามิต
- ข้อ 5. สามารถสืบค้นได้จากรายงานการดำเนินการประจำปี ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบและได้จากการสำรวจเป็นรายพื้นที่ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ข้อ 6. ได้จากการสำรวจเป็นรายพื้นที่ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ข้อ 7-8. ได้จากฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- ข้อ 9. ได้จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ การเฝ้าระวังกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบและรายงานข่าว/เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ มุลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

บทที่ 2 การเฝ้าระวังมิติที่ 1 ด้านปัจจัยต้น (Determinant)

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

ความสำคัญและจำเป็นในการเฝ้าระวังปัจจัยต้นเหตุของยาสูบ

“นักสูบที่ตายแล้ว จะไม่มีประโยชน์สำหรับอุตสาหกรรมนี้อีกต่อไป” คำพูดดังกล่าวเป็นที่เข้าใจกันว่าเมื่อหมดประโยชน์แล้ว ก็ไม่มีใครสนใจอีกต่อไป โดยเฉพาะธุรกิจที่มุ่งหวังแต่ผลกำไร โดยไม่คำนึงถึงสุขภาพเลยอย่าง “บริษัทบุหรื” นี่คงเป็นจุดเริ่มต้นให้ทั้งคนทำงาน และผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ รวมถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการกระทำดังกล่าว ต้องกลับมาย้อนคิดว่าถ้าเรายังคงละเลยหรือไม่ใส่ใจที่จะป้องกัน ควบคุม ภัยที่คุกคามสุขภาพจากเรื่องนี้ วันหนึ่งคนที่ต้องตายด้วยบุหรื อาจเป็นคนที่ใกล้ตัวเราก็เป็นไปได้

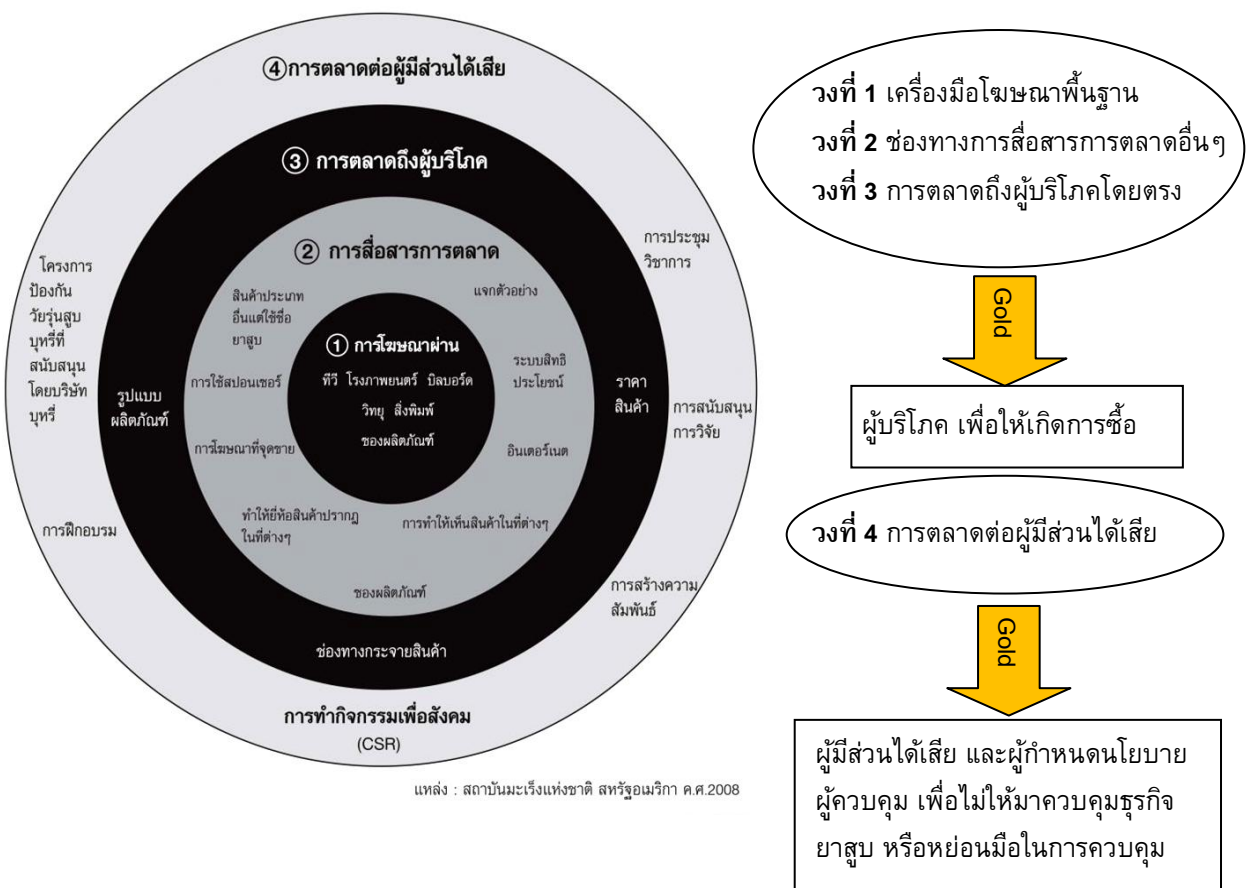
เป็นที่ทราบกันดีว่าบุหรืเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้มากที่สุด โดยปี พ.ศ.2551 บุหรืคร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกมากกว่า 5 ล้านคน ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรควัณโรค โรคเอดส์ และ ไข้มาลาเรีย รวมกัน และคาดว่าในปี พ.ศ.2573 หากยังไม่มีการมาตรการใด ๆ จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งหมด 8 ล้านคนต่อปี อีกทั้งบุหรืเป็นสินค้าชนิดเดียวที่ถูกกฎหมาย แต่เป็นอันตรายต่อทุกคนทั้งที่เป็นผู้สูบบุหรื และ ผู้ไม่สูบบุหรืแต่ได้รับควันบุหรื ซึ่งผลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรืและการดื่มสุราของประชากรไทยล่าสุด ปี พ.ศ.2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 54.8 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรื 11.4 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) โดยในภาพรวม พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2547–2552 อัตราการสูบบุหรืมีแนวโน้มลดลง (จากร้อยละ 23.0 เป็น ร้อยละ 20.7 ตามลำดับ) แต่กลับเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2554 เป็นร้อยละ 21.4 และลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ในปี 2556 และกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ในปีล่าสุด พ.ศ.2557 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการสูบบุหรื ปี 2557 กับปี พ.ศ.2556 พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรืเพิ่มสูงขึ้น และยังคงพบการได้รับควันบุหรืมือสองในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเขตปลอดบุหรืตามกฎหมาย

ดังนั้น การเฝ้าระวังยาสูบ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังปัจจัยต้นเหตุที่ทำให้คนสูบบุหรื เช่น กลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ สื่อ รวมถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ค่านิยม ทัศนคติ และปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ) จึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบในหลากหลายประเด็น ที่นอกเหนือจากจำนวนผู้บริโภคยาสูบ ใคร คือ ผู้บริโภคยาสูบ รวมถึงแนวโน้มการบริโภคยาสูบเปลี่ยนแปลงไป เพื่อประโยชน์ต่อการผลักดันนโยบาย มาตรการ และข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นให้เกิดความชัดเจน และครอบคลุมในทุกมิติของการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ ที่สอดคล้องกับกฎหมายควบคุมยาสูบของประเทศ ไทยทั้งสองฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรื พ.ศ.2535 และระดับนานาชาติ ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของ องค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) อันจะนำมาซึ่งการเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่ และการสื่อสารข้อมูลเตือนภัยยาสูบในประเด็นที่อยู่นอกเหนือ หรือยังมิได้ครอบคลุมตามกฎหมายที่มี

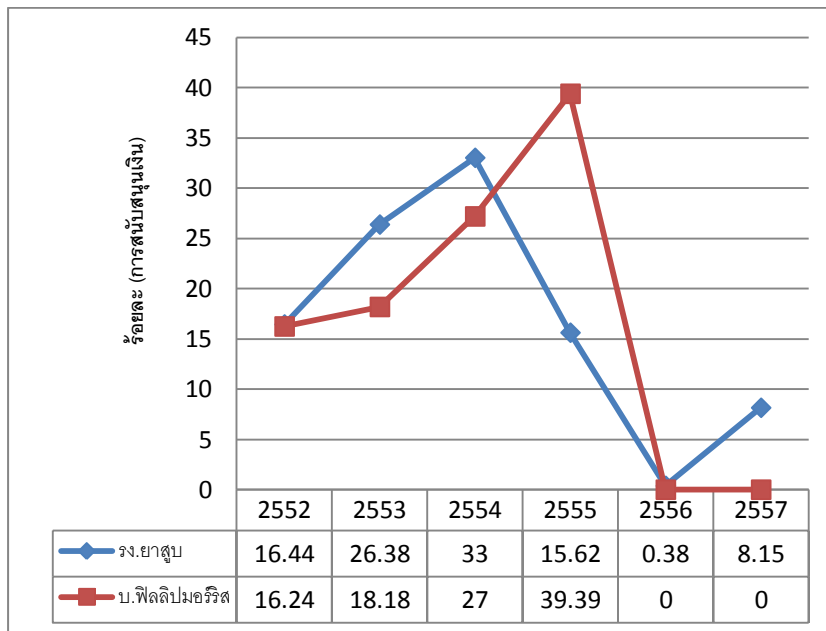
การแผ้วถางกลุณทุตสาหกรรมยาสูบ

การแผ้วถางกลุณทุตสาหกรรมยาสูบ คือ การติดตามสถานการณ์กลุณทุตสาหกรรมยาสูบ ที่อาจกระตุ้นให้เกิดลูกค้ำรายใหม่ และเพื่อให้ลูกค้ำรายเก่าใช้สินค้ำมากขึ้นกว่าเดิมได้ได้ศึกษาใน 4 ประเด็น คือ (1) การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ (2) การโฆษณา ณ จุดขาย (3) การแผ้วถางผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (4) การตลาดแบบแพร่กระจายไวรัส และ (5) การแทรกแซงนโยบายรัฐของอุตสาหกรรมยาสูบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การแผ้วถาง การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ “Corporate Social Responsibility (CSR)” ไม่ใช่โครงการค้ำกำไร แต่ถือเป็นกลุณทุทางการตลาดรูปแบบหนึ่ง เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กรในการรับผิดชอบตอสังคม เช่น การให้ทุนการศึกษา การจัดทำโครงการเพื่อสังคม การเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ (Sponsorships) เช่น การแข่งขันกีฬา ทั้งที่จริงแล้วสินค้ำบุหรืหรือคร้ำชีวิตผู้บริโภค ระบบแผ้วถางโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลย้อนหลัง และสืบค้ำจากอินเทอร์เน็ต เป็นประจำ สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง ซึ่งค้ำค้ำคัญที่ใช้ในการสืบค้ำ ได้แก่ บุหรื บุหรืนอก บุหรืราคาถูก เป็นต้น รวมถึงข้อมูลจากการลงพื้นที่ตรวจสอบ เปรียบเทียบ และช่องทางกรรับเรื่องร้องเรียนต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2552 ถึง ธันวาคม 2557 พบการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลังที่เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ ทั้งหมด 252 รายการ คิดเป็นมูลค่า 298,610,643 บาท โดยปี พ.ศ. 2557 มีการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมฯ จำนวน 225 รายการ คิดเป็นมูลค่า 263,619,352 บาท การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคม โดยบริษัท ฟิลลิปมอริส ยังคงพบการสนับสนุนกิจกรรมในประเทศไทย 27 รายการ มูลค่ารวมกว่า 34,991,291 บาท ดังตารางที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของโรงงานยาสูบกับบริษัทฟิลลิปมอริส ประเทศไทยจำกัด



ข้อสังเกต จากกราฟจะเห็นว่าแนวโน้ม CSR ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการสนับสนุน แต่บริษัทยาสูบแค่ปรับเปลี่ยนจากการสนับสนุนด้วยเงิน เป็นสิ่งของอื่น ๆ แทน

ตารางที่ 1 การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมจำแนกตามจำนวนรายการและร้อยละของการสนับสนุนของโรงงานยาสูบ และบริษัทฟิลลิปมอริส ประเทศไทยจำกัด

ปี พ.ศ.	รส.				ฟิลลิปมอริส			
	จำนวนรายการ	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนรายการ	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปี 2552	46	20.44	43,350,600	16.44	7	25.93	5,683,050	16.24
ปี 2553	26	11.56	69,548,300	26.38	5	18.52	6,359,713	18.18
ปี 2554	89	39.56	87,038,452	33.02	8	29.63	9,514,954	27.19
ปี 2555	23	10.22	41,188,000	15.62	6	22.22	13,433,574	38.39
ปี 2556	4	1.78	1,000,000	0.38	1	3.70	0	0.00
ปี 2557	37	16.44	21,494,000	8.15	0	0.00	0	0.00
รวม	225	100	263,619,352	100	27	100	34,991,291	100

เมื่อพิจารณาหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงงานยาสูบ พบว่า ส่วนใหญ่จะสนับสนุนให้กับ ชมรม/สมาคม/มูลนิธิ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.73 รองลงมาสนับสนุนให้กับหน่วยงานรัฐ ร้อยละ 27.29 และสนับสนุนให้กับวัด/องค์กรศาสนาน้อยที่สุด ร้อยละ 1.36 และเมื่อจำแนกตาม

กิจกรรมที่สนับสนุน พบว่า ส่วนใหญ่ให้กับกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 41.98 รองลงมาให้กับกิจกรรมกีฬา ร้อยละ 29.24 และน้อยที่สุดคือ การสนับสนุนให้เพื่อกิจกรรมด้านการเกษตร ร้อยละ 0.02 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมจำแนกตามกิจกรรมและหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุน ปี พ.ศ.2552 - 2557

ประเภท กิจกรรม	หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุน							รวม
	ชมรม/สมาคม/ มูลนิธิ	ชุมชน	รยส.	วัด/องค์กร ศาสนา	สถานศึกษา	หน่วยงานรัฐ	องค์กรเอกชน	
การศึกษา	2,000,000	-	100,000	-	22,766,149	2,110,600	-	26,976,749
กีฬา	75,992,000	900,000	-	-	-	200,000	-	77,092,000
วัฒนธรรม	600,000	4,050,000	-	2,109,700	200,000	3,400,000	-	10,359,700
สังคม	24,923,000	27,386,300	700,000	1,487,000	250,000	55,682,500	235,000	110,663,800
สิ่งแวดล้อม	6,500,000	-	1,442,500	-	-	450,000	19,985,900	32,428,400
การเกษตร	-	50,000	-	-	-	-	-	50,000
ความมั่นคง	-	-	-	-	-	6,048,703	-	6,048,703
รวม	110,015,000	32,386,300	2,242,500	3,596,700	23,216,149	71,941,803	20,220,900	263,619,352

(2) การโฆษณา ณ จุดขาย โดยเฉพาะการโฆษณาหื้อและราคาบุหรี่ที่ใหญ่เกินสมควร ซึ่งมีช่องทาง การเข้าถึงข้อมูลโดยการลงพื้นที่เพื่อตรวจเตือน/ ประชาสัมพันธ์ของทีมนิเฒ่าร้างบั้งคั้งใช้ของสำนักควบคุม การบริโภคยาสูบ การรับข้อมูลที่ส่งตรงจากภาคีเครือข่ายที่พบเห็นโดยบังเอิญ และการแจ้งข้อมูลเข้าสู่ ช่องทางต่างๆ ของระบบร้องเรียนยาสูบ พบการเขียนหื้อบุหรืไว้ร่วมกับป้ายแขวน “ที่นั้จำหน่ายบุหรื” และ กรณั้การส่งเสริมการขาย พบการแบ่งขายบุหรืเป็นมวน พร้อมบรรจุไว้ในถุงพลาสติกทั้งที่มีและ ไม่มีหื้อ บุหรื และการโฆษณาหื้อบุหรืผ่านสื่อต่างๆ เช่น จาน ชาม กล้องใส่หื้อชชู และป้ายไฟ เป็นต้น



(3) การแผ้วถางผลิตภัณท์ยาสูบรูปแบบใหม่

โดยมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลนี้ รวมทั้งสิ้น 3 ช่องทาง ได้แก่ การลงพื้นที่เพื่อตรวจเตือน/ ประชาสัมพันธ์ของทีมนิเฒ่าร้างบั้งคั้งใช้กฎหมาย สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ การรับข้อมูลจากภาคี เครือข่ายจากการพบเห็นโดยบังเอิญ และการสืบค้นเชิงรุกจากการโฆษณาผ่านอินเทอร์เน็ต ความถึในการ เข้าถึงข้อมูล ดำเนินการค้นข้อมูลสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง ,สื่อสิ่งพิมพ์ (รวมข่าวออนไลน์), แผ้วถางเกต/ติดตามใน พื้นที่ และการรับข้อมูลตรงจากเครือข่าย/เพื่อน

ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่สืบค้นได้จาก 3 ช่องทางข้างต้นนี้ ค้นพบ “บุหรี่ไฟฟ้า” ซึ่งไม่ถือเป็นรูปแบบแปลกใหม่ที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อนในท้องตลาด มอระกู่ไฟฟ้า ซึ่งหลังจากที่กระทรวงพาณิชย์ออกประกาศห้ามนำเข้ามอระกู่ เมื่อวันที่ 12 ธ.ค.57 ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ตัวใหม่ที่มีชื่อว่า Cloud Stones ที่นำมาสูบแทนมอระกู่ ซึ่งมีลักษณะเป็นก้อนหินภูเขาไฟมาคลุกกับสารเคมี และสารสกัดต่างๆ (ที่มีหลากหลายรสชาติ) ให้เกิดการดูดซึม เมื่อนำมาสูบผ่านความร้อนจะทำให้เกิดการระเหย โดยมีการโฆษณาว่า ปลอดภัย ไร้ใบยาสูบ และไม่มีน้ำมันดิน ซึ่ง ณ ขณะนี้ ยังไม่ทราบว่าจะมีผลเสียต่อร่างกายอย่างไรบ้าง จึงมีการนำมาจำหน่ายกัน และเริ่มระบาดกันในร้านเหล้า อย่างไรก็ดี ถึงแม้ว่าผลิตภัณฑ์รูปแบบใหม่ๆ ดังกล่าวยังไม่มีผลการศึกษายืนยันว่ามีส่วนผสมของยาสูบ และมีอันตรายอย่างไร แต่ก็ยังคงเป็นสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังกันต่อไป เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ต่อไป



(4) การโฆษณาส่งเสริมการขายทางอินเทอร์เน็ต รวมถึงสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Twister,

Youtube และ SMS เป็นต้น ในบางครั้งอาจเรียกว่า “การตลาดแบบแพร่กระจายไวรัส (Viral Marketing)” การเฝ้าระวังประเด็นนี้ มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลโดยการติดตามความเคลื่อนไหวผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดยดำเนินการเป็นประจำทุกสัปดาห์ รวมถึงการรับข้อมูลจากภาคีเครือข่าย จากนั้นจึงจัดเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูลในรูปแบบไฟล์ excel และประเมินตัดสินข้อค้นพบ จำแนกรายมาตราตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

การสืบค้นการโฆษณาส่งเสริมการขายทางอินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์ มีข้อตกลงเบื้องต้นในการสืบค้น ดังนี้ 1) มุ่งเน้นค้นหาด้วยคำสำคัญที่เป็นภาษาไทย เช่น บุหรืนอก บุหรืราคาถูก บุหรืผลไม้ เป็นต้น เพื่อจำกัดการเข้าถึงทางเว็บไซต์เฉพาะที่เผยแพร่ในประเทศไทย ที่สามารถจัดการได้ด้วยกฎหมายที่มีอยู่ภายในประเทศไทย 2) บันทึก URL เฉพาะหน้าเว็บไซต์หลักเท่านั้น 3) ไม่นับรวม/ไม่นับบันทึกข้อมูล URL ที่เป็นลักษณะ web link 4) เว็บไซต์ทั้งหมด ไม่นับซ้ำ โดยจุดคัดกรอง/ ตรวจสอบการซ้ำซ้อนของการตรวจพบเว็บไซต์ที่มีการโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรื เป็นหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มพัฒนาวิชาการ และ 5) ตรวจสอบการ Active ของเว็บไซต์เป็นประจำทุก 3 เดือน

(5) การแทรกแซงนโยบายรัฐของอุตสาหกรรมยาสูบ

โดยมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลจากการติดตามและรวบรวมเอกสารราชการที่ได้รับจากอุตสาหกรรมยาสูบ และนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินตัดสินว่ามีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงนโยบายรัฐหรือไม่ ซึ่งการแทรกแซงนโยบายรัฐ/การติดต่อจากอุตสาหกรรมยาสูบ ตั้งแต่ ปี 2556 จนถึงปัจจุบันมีอุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาติดต่อกับหน่วยงาน จำนวน 83 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการขอเข้าพบเพื่อดำเนินการจดทะเบียนการส่วนประกอบ จำนวน 59 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 71.08 และเป็นการหารือข้อกฎหมาย จำนวน 24 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.92 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการแทรกแซงนโยบายรัฐ/การติดต่อจากอุตสาหกรรมยาสูบ
(ปี พ.ศ.2556 - 2557)

เดือน/ปี	การตีความ						รวม
	ขอจดทะเบียน ยส. 3		หารือข้อกฎหมาย		แทรกแซงนโยบายของ		
					รัฐ		
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
2556	2	28.57	5	71.43	0	0	7
ม.ค. 57	5	62.50	3	37.50	0	0	8
ก.พ. 57	3	75.00	1	25.00	0	0	4
มี.ค. 57	5	100.00	0	0	0	0	5
เม.ย. 57	1	100.00	0	0	0	0	1
พ.ค. 57	4	100.00	0	0	0	0	4
มิ.ย. 57	4	100.00	0	0	0	0	4
ก.ค. 57	5	83.33	1	16.67	0	0	6
ส.ค. 57	6	30.00	14	70.00	0	0	20
ก.ย. 57	9	100.00	0	0	0	0	9
ต.ค. 57	6	100.00	0	0	0	0	6
พ.ย. 57	3	100.00	0	0	0	0	3
ธ.ค. 57	6	100.00	0	0	0	0	6
รวม	59	71.08	24	28.92	0	0	83

ผลการติดตามจากเอกสารทางราชการที่ส่งโดยอุตสาหกรรมยาสูบ ถึงกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2553 - 2557 พบการขอเข้าพบเพื่อร่วมกำหนดนโยบาย 6 ครั้ง แต่ก็ได้รับการปฏิเสธจาก กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

การเฝ้าระวังสื่อ

การเฝ้าระวังในช่องทางนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ผลการเฝ้าระวังทางเว็บไซต์ และสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ facebook ที่เข้าถึงด้วยคำสำคัญจากเว็บไซต์กูเกิล (<https://www.google.co.th/>) และ ข้อตกลงเบื้องต้นของการค้นหาด้วยระบบไว้ข้างต้นในหัวข้อ “การโฆษณาส่งเสริมการขายทางอินเทอร์เน็ต รวมถึง สื่อสังคมออนไลน์”

ผลการเฝ้าระวังทางเว็บไซต์ และสื่อสังคมออนไลน์ ผลการเฝ้าระวังฯ ในช่องทางนี้ จึงมุ่งหาข่าว/ ชี้นำและผลการโฆษณาส่งเสริมการขายซึ่งเป็นกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบที่ใช้เพื่อจูงใจให้เกิดการบริโภค และสอดคล้องกับมาตรา 6, 8 – 10 และ 13 ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการทำงานเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ โดยการหาข่าว/สืบค้น ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ โดยประเมินตัดสินจากระยะเวลานับตั้งแต่วันที่มีการเผยแพร่ ข้อความถึงวันที่ค้นพบเว็บไซต์/ facebook พบว่าเว็บไซต์/ facebook ที่ยังสามารถเข้าถึงได้ (Active) จำนวน 183 เว็บไซต์/ facebook มีระยะเวลาเผยแพร่จนกระทั่งค้นพบนานเฉลี่ย 25 วัน และส่วนใหญ่ค้นพบ ภายใน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 43.2 ขณะที่ เว็บไซต์/ facebook ที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ (Non-active) มีระยะเวลา การเผยแพร่ยาวนานเฉลี่ย 102 วัน

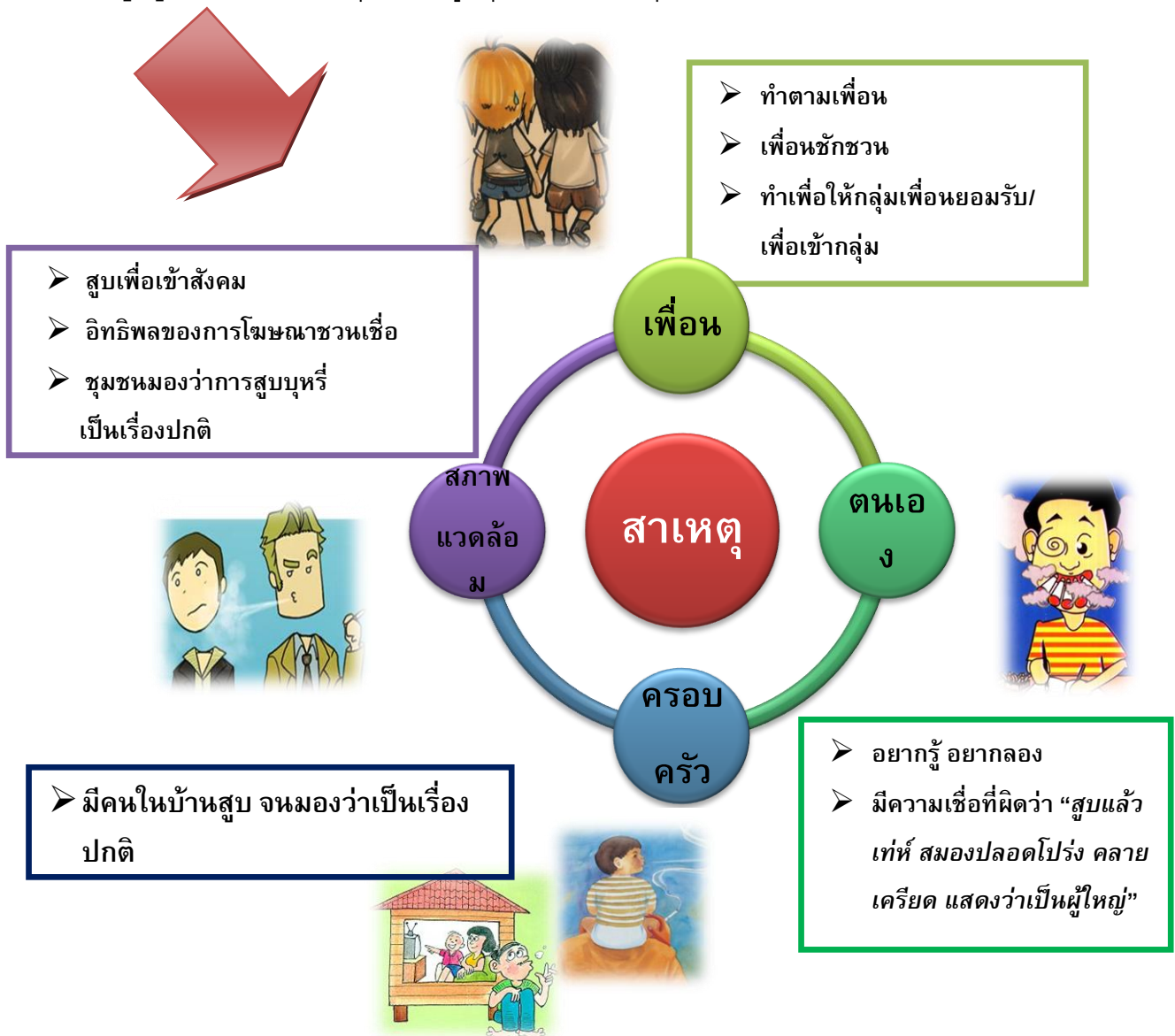
นอกจากนี้ การเฝ้าระวังสื่อ ถือเป็นการเฝ้าระวังเพื่อลดช่องทางการเข้าถึงยาสูบ โดยเฉพาะในกลุ่ม เด็ก และเยาวชน ซึ่งถือเป็นกลุ่มเป้าหมายลูกค้าสำคัญของตลาดธุรกิจยาสูบ

การเฝ้าระวังปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบในประชากร



แผนภูมิรูปภาพที่ 1 : ปัจจัยเกี่ยวข้องที่มีส่วนทำให้สูบบุหรี่

แผนภูมิรูปภาพที่ 2 : สาเหตุของการสูบบุหรี่นั้น มีต้นเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนี้



จากแผนภูมิรูปภาพที่ 1 และ 2 จะเห็นว่าการสูบบุหรี่ไม่ได้เกิดเพียงเพราะค่านิยม ทักษะคติของตนเอง หรือแค่ความอยากลองเพียงเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนในการทำให้บุคคลคนหนึ่งสูบบุหรี่ได้ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางสังคม เช่น เพื่อน ครอบครัว หรือแม้กระทั่งสิ่งแวดล้อมรอบตัว ที่ยังเป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลนั้นๆ สูบบุหรี่ได้ อย่างไรก็ตามยังมีผลการสำรวจจากการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554 และการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557 พบว่า ผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่โรงงานส่วนใหญ่มีอายุ 15 – 24 ปี (ร้อยละ 20.1) และอาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งมีสถานะทางเศรษฐกิจดี¹ ขณะที่ ผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่มวนเองส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท (ร้อยละ 18.9) มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ นั่นเป็นที่ยืนยันว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีผล

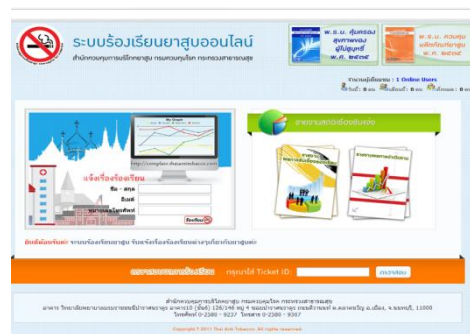
¹ สถานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้ส่วนบุคคลทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินต่อเดือน ซึ่งจำแนกเป็น 5 กลุ่มรายได้ ได้แก่ ระดับต่ำสุด (1st quintile) ระดับต่ำ (2nd quintile) ระดับปานกลาง (3rd quintile) ระดับสูง (4th quintile) และระดับสูงสุด (5th quintile)

ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะรวยหรือจนก็สามารถหาซื้อบุหรี่มาสูบได้ หากแต่เพียงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่จากราคาถูกไปแพง หรือจากแพงไปถูกเพียงซึ่งแปรผันไปตามสถานะทางเศรษฐกิจเท่านั้น

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน และส่งข้อมูลการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ

1. สายด่วนกรมควบคุมโรค 1442
2. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนบุหรี่และสุรา 02 590 3342 กด 2
3. ศูนย์กฎหมายกรมควบคุมโรค 02 590 3322
4. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค 02 580 9264, 02 580 9237
5. ร้องเรียนทางไปรษณีย์
6. ร้องเรียนผ่านทางเว็บไซต์ และอีเมลออนไลน์
<http://btc.ddc.moph.go.th/complain/>
antitobacco.th@gmail.com
7. เฟสบุ๊ก “จิตอาสาร่วมใจเฝ้าระวังเพื่อเตือนภัยยาสูบ” ที่ <https://www.facebook.com/pages/จิตอาสาร่วมใจเฝ้าระวังเพื่อเตือนภัยยาสูบ/350383091713518>
8. ระบบเฝ้าระวังยาสูบออนไลน์
สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
<http://btc.webofficedesign.com>



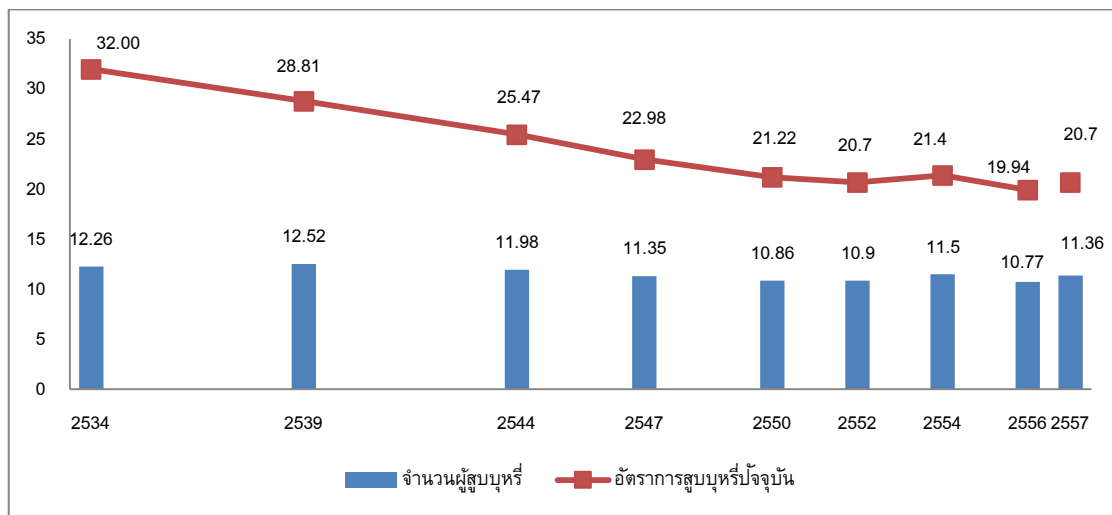
รายงานข้อมูลเฝ้าระวัง

บทที่ 3 การเฝ้าระวังมิติที่ 2 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (Behavior risk)

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และ ปวีณา ปันกระจำง

3.1 จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคยาสูบ 11.36 ล้านคน (%) อัตราการบริโภคยาสูบของเพศชายเท่ากับ 40.5% เพศหญิงเท่ากับ 2.2% เมื่อพิจารณาการบริโภคยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 22 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2534-2556) พบว่ามีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่บริโภคยาสูบในปี พ.ศ.2534 มีจำนวน 12.26 ล้านคน (32.00%) ลดลงเป็น 10.77 ล้านคน (19.94%) ในปี พ.ศ.2556 ดังภาพที่ 3.1 (ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบและสุราในปี พ.ศ.2557 มีอัตราการบริโภคยาสูบ ร้อยละ 20.7 มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจผู้ใหญ่ระดับโลกพ.ศ.2552 (ร้อยละ23.75) และ พ.ศ.2554 (ร้อยละ 24.0) ที่สำรวจด้วยการไม่ใช้ตัวแทนเช่นเดียวกัน)



ภาพที่ 3.1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2534-2557

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2544, 2552

และ 2556 และโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550, 2554 และ 2557

เนื่องจากวิธีการสำรวจในปีพ.ศ.2557 ไม่ใช้การถามสมาชิกในครอบครัวแทน จึงให้ทำให้ค่าจำนวนสูงกว่าวิธีสำรวจเดิม เป็นผู้สูบบุหรี่มีจำนวน 11.36 ล้านคน แบ่งเป็นเพศชาย 10.75 ล้านคน เพศหญิง 6.17 แสนคน จากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 54.83 ล้านคน

ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน² แบ่งเป็น ผู้สูบบุหรี่ประจำ³ และผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว⁴ โดยพบว่าสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ประจำอยู่ที่ร้อยละ 95 ในปี พ.ศ.2534 และค่อย ๆ ลดลงเป็นร้อยละ 88 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันในปี พ.ศ.2557 จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534-2557 โดยปี พ.ศ. 2534 มีผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพียง 590,528 คน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนถึง 1,360,924 คนภายในรอบ 23 ปี จากข้อมูลดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนบ่งบอกให้เห็นว่าการที่อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์การตลาดรูปแบบใหม่ ๆ อาจส่งผลให้มีผู้ทดลองสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี ตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวน อัตราการสูบบุหรี่ และสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ประจำของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2557

พ.ศ.	จำนวนและอัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบัน(คน)						สัดส่วนผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคยาสูบทั้งหมด		
	รวม		ชาย		หญิง		รวม	ชาย	หญิง
	คน	อัตรา	คน	อัตรา	คน	อัตรา	(%)	(%)	(%)
2534	12,257,675	32.00%	11,304,732	59.39%	952,943	4.95%	95.18	93.76	92.92
2539	12,525,254	28.81%	11,758,171	54.46%	767,082	3.50%	88.03	90.35	84.76
2544	11,984,874	25.47%	11,283,274	48.44%	701,601	2.95%	88.20	88.58	82.07
2547	11,354,282	22.98%	10,700,018	43.69%	654,264	2.64%	84.79	85.07	80.35
2550	10,857,755	21.22%	10,347,579	41.70%	51,0176	1.94%	87.37	87.63	81.99
2552	10,905,191	20.70%	10,360,590	40.46%	544,601	2.01%	87.54	87.69	84.69
2554	11,511,611	21.36%	10,918,994	41.69%	592,617	2.14%	86.32	86.62	80.76
2556	10,765,806	19.94%	10,193,311	39.00%	572,495	2.05%	83.46	83.72	78.86
2557	11,363,447	20.72%	10,746,824	40.52%	616,622	2.18%	88.02	88.31	83.11

² ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ประจำและผู้สูบบุหรี่ครั้งคราว

³ ผู้สูบบุหรี่ประจำ หมายถึง ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน

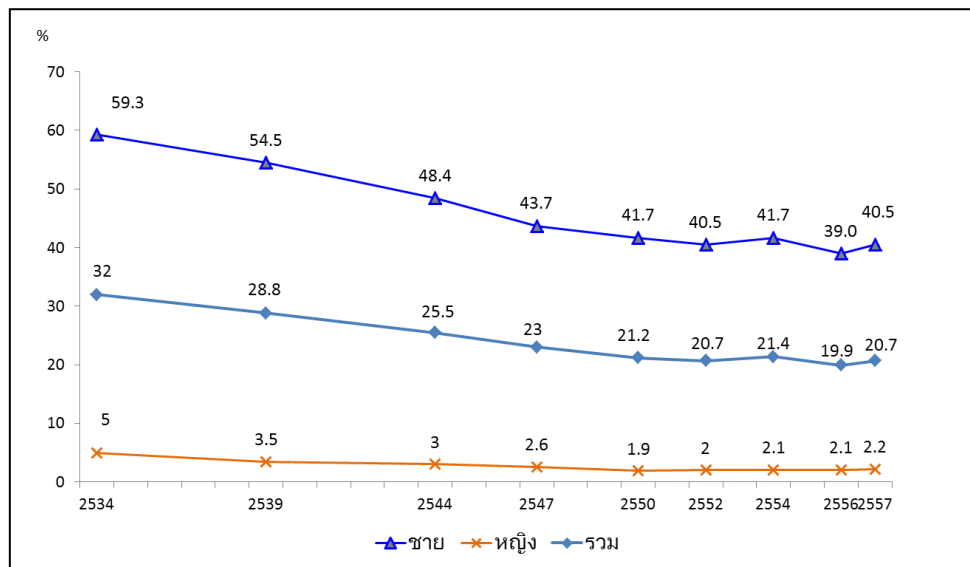
⁴ ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ไม่ทุกวัน

3.2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

1) เพศ (Gender)

เมื่อพิจารณาตามเพศ จะพบว่าในรอบ 23 ปีที่ผ่านมาจากปี พ.ศ.2534-2557 อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรเพศชายมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงน้อยกว่าเพศหญิง คือ 31.7% และ 56% ตามลำดับแสดงให้เห็นว่าประชากรเพศหญิงตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมยาสูบที่ผ่านมาได้ดี ดังภาพที่ 3.2

ส่วนการสำรวจพบว่า เพศหญิงมีอัตราการบริโภคยาสูบจากที่เคยต่ำสุดในปี พ.ศ.2550 ที่ 1.94% และมีอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยเป็น 2.1% ในปี 2554 และเพิ่มขึ้นเป็น 2.2% ในปี 2557

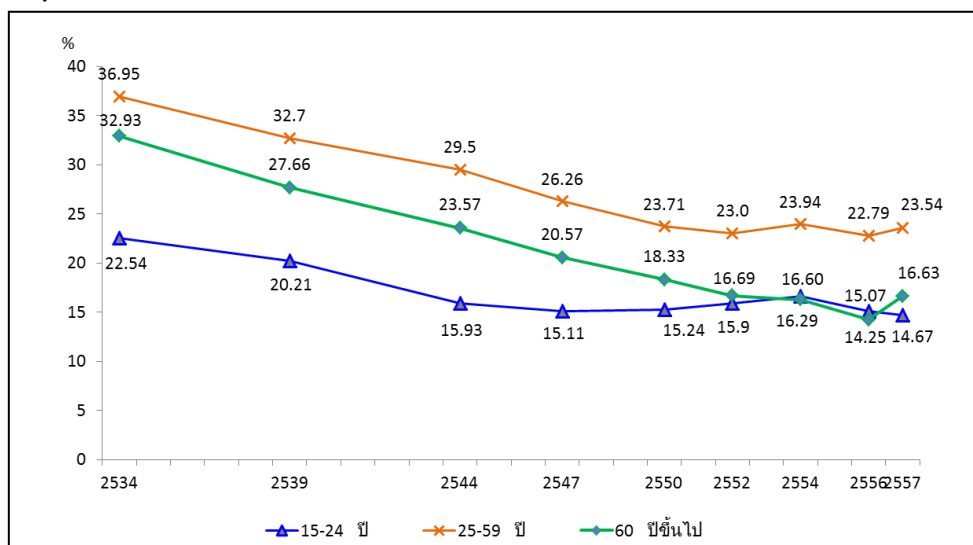


ภาพที่ 3.2 อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2557 จำแนกตามเพศ ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2544, 2552 และ 2556 และโครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550, 2554 และ 2557

2) กลุ่มอายุ(Age Gender)

ในปี พ.ศ.2557 อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอายุ 15-24 ปี, 25-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 14.67, 23.54 และ 16.63 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่มีอัตราการลดการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่องในรอบ 22 ปี คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (อัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงเท่ากับ 56.80%) แสดงให้เห็นว่ามาตรการควบคุมยาสูบได้ผลดีในกลุ่มอายุดังกล่าว ในขณะที่กลุ่มอายุ 15-24 ปี (อัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงเพียง 34.92%) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มอายุดังกล่าวมีอัตราการบริโภคยาสูบที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยตั้งแต่ปี พ.ศ.2550-2554 และลดลงมีอัตราต่ำสุดในปี พ.ศ.2557 ในขณะที่กลุ่มอายุ 25-59 ปี มีอัตราการบริโภคยาสูบลดลงต่อเนื่องแต่กลับมีการเพิ่มขึ้นในปี 2557 ในอัตราที่สูงเมื่อเทียบสัมพันธ์กับกลุ่มอายุอื่น ดังภาพที่ 3.3



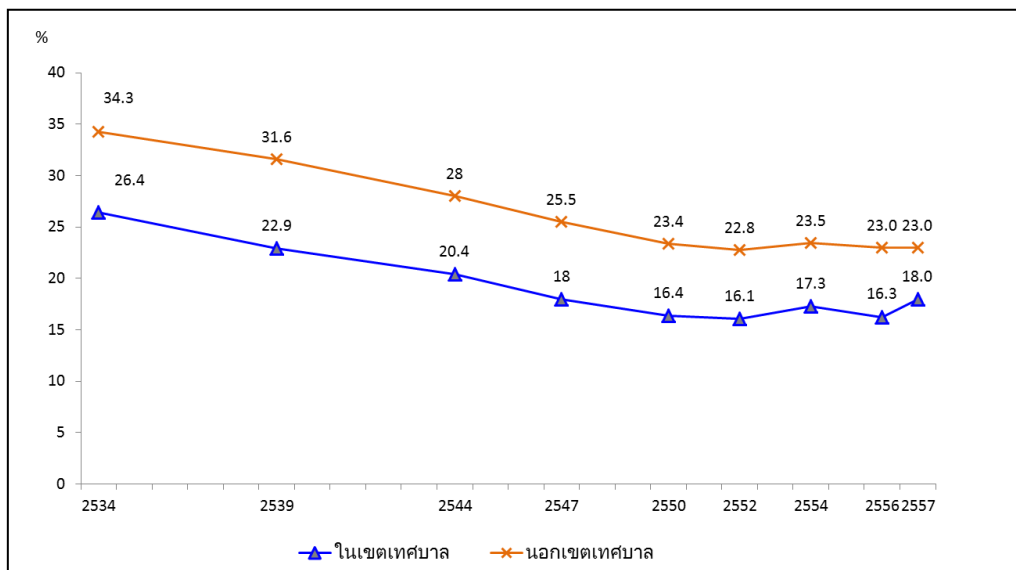
ภาพที่ 3.3 อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2557 จำแนกตามช่วงอายุ

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2544, 2552 และ 2556 และโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550, 2554 และ 2557

3.3 อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภูมิศาสตร์

1) เขตการปกครอง (Administrative district)

เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครองพบว่าในรอบ 23 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงกว่าในเขตเทศบาลในทุกรอบการสำรวจ โดยที่อัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงของนอกเขตเทศบาลต่ำกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย คือ 32.94% และ 31.82% ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการการควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมาได้ผลดีในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย แต่พบความผิดปกติ ของอัตราการบริโภคยาสูบในเขตเทศบาลในปี 2557 ที่มีอัตราการบริโภคยาสูบเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจากปี 2556 ถึงร้อยละ 10.43 ในขณะที่อัตราการบริโภคยาสูบนอกเขตเทศบาลไม่เพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 3.4

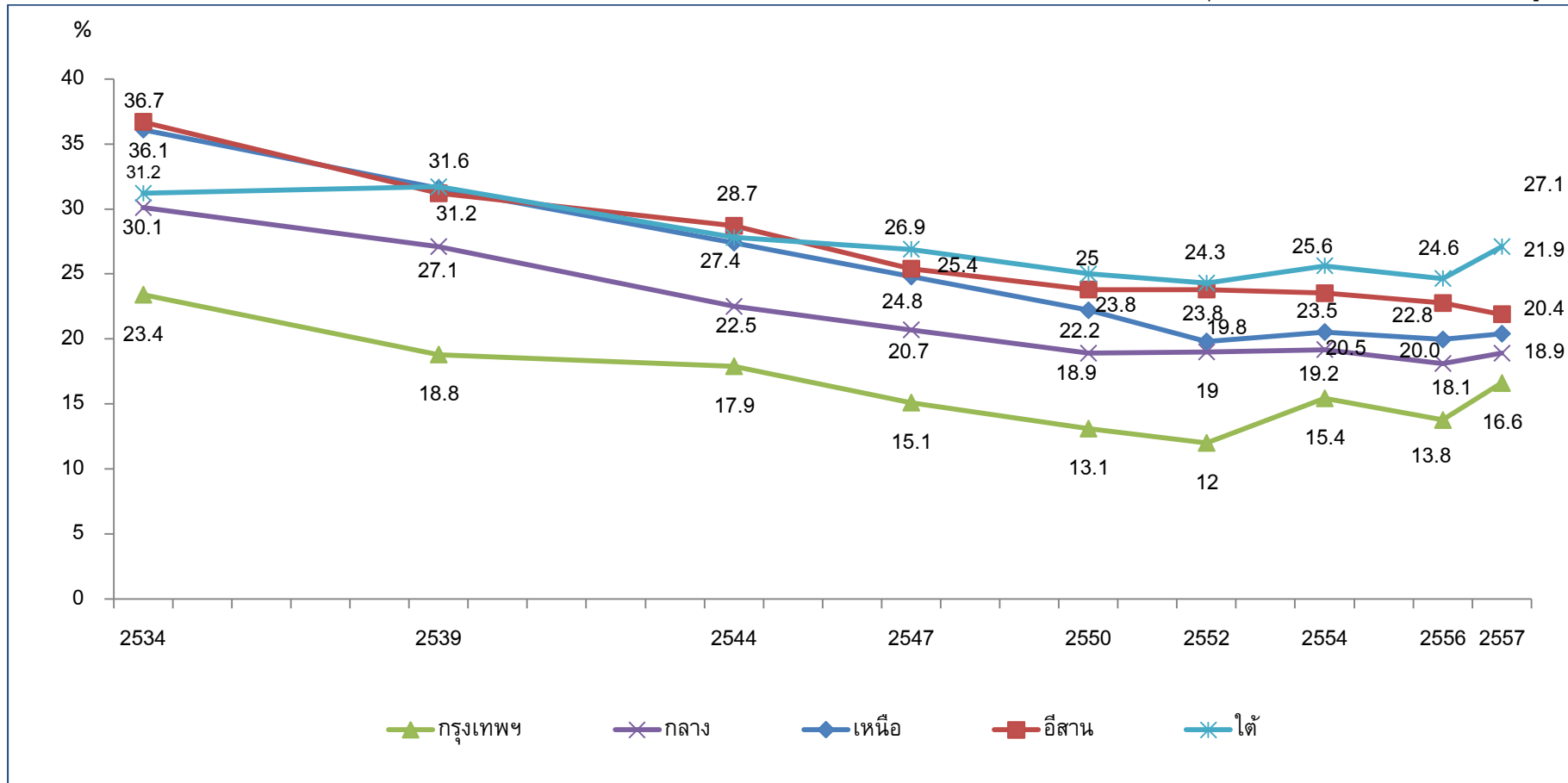


ภาพที่ 3.4 อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2557 จำแนกตามเขตการปกครอง

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2544, 2552 และ 2556 และโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550, 2554 และ 2557

2) ภูมิภาค (Region)

เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่า ในรอบ 23 ปีที่ผ่านมา ประชากรในแต่ละภูมิภาคมีอัตราการบริโภคยาสูบลดลงต่อเนื่อง โดยเฉพาะอัตราการบริโภคยาสูบในภาคอีสานที่มีอัตราการเปลี่ยนแปลงการบริโภคยาสูบลดลงต่อเนื่องถึงปีพ.ศ.2557 ซึ่งแตกต่างจาก ประชากรในกรุงเทพฯ, ภาคกลาง, ภาคเหนือ และภาคใต้ ที่มีอัตราการบริโภคยาสูบเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ.2557และ 2557 ดังภาพที่ 3.5



ภาพที่ 3.5 อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2557 จำแนกตามภูมิภาค

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2544, 2552 และ 2556 และโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550, 2554 และ 2557

หมายเหตุ: การสำรวจในปีพ.ศ.2557 ไม่ใช้การถามสมาชิกในครอบครัวแทนกัน จึงทำให้อัตราที่สำรวจได้สูงกว่า วิธีการสำรวจที่อนุญาตให้มีการตอบคำถามแทนได้

3) จังหวัด (Province)

การสำรวจในระดับชาติที่สามารถจำแนกข้อมูลเป็นรายจังหวัด ในขณะนี้มีอยู่ 2 ชุด คือ จากโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548 (กระทรวงสาธารณสุข, 2549: รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548. นนทบุรี. ประเทศไทย.) โดยศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2550 และ 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป
จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2548 2550 และ 2554 เรียงลำดับจากจังหวัด
ที่มีอัตราสูบบุหรี่ต่ำสุดไปสูงสุด

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ.2554	
	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)
1. กรุงเทพมหานคร	37	20.76	1	13.09	2	15.43
2. กระบี่	66	27.49	56	24.83	42	22.71
3. กาญจนบุรี	48	23.11	50	24.13	69	26.64
4. กากสินธุ์	74	30.15	33	22.28	57	24.55
5. กำแพงเพชร	36	20.62	60	25.17	48	23.28
6. ขอนแก่น	54	25.12	65	26.34	70	26.72
7. จันทบุรี	61	26.60	59	25.01	20	19.13
8. ฉะเชิงเทรา	11	17.46	11	17.58	18	18.55
9. ชลบุรี	20	18.68	9	15.78	12	17.26
10. ชัยนาท	9	16.00	26	21.19	23	19.99
11. ชัยภูมิ	42	22.40	67	26.67	41	22.54
12. ชุมพร	72	29.37	70	27.91	62	25.78
13. เชียงราย	44	22.62	25	21.05	22	19.58
14. เชียงใหม่	39	20.86	39	22.75	35	22.08
15. ตรัง	68	27.74	68	26.85	67	26.39
16. ตราด	22	19.16	64	25.95	27	20.76
17. ตาก	75	30.82	76	32.39	46	23.13
18. นครนายก	18	18.45	46	23.69	30	21.03
19. นครปฐม	3	12.83	12	17.61	4	16.00
20. นครพนม	63	26.89	55	24.81	58	24.64

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ.2554	
	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)
21. นครราชสีมา	35	20.58	36	22.65	33	21.55
22. นครศรีธรรมราช	62	26.62	53	24.42	72	27.38
23. นครสวรรค์	15	18.32	15	18.77	9	16.82
24. นนทบุรี	1	11.14	3	13.65	1	14.57
25. นราธิวาส	57	25.90	19	19.71	61	25.61
26. น่าน	2	11.71	4	14.05	6	16.65
27. บุรีรัมย์	49	23.69	29	21.98	50	23.37
28. ปทุมธานี	7	14.26	5	14.90	3	15.91
29. ประจวบคีรีขันธ์	59	26.45	36	22.65	63	26.04
30. ปราจีนบุรี	19	18.59	24	20.46	38	22.30
31. ปัตตานี	60	26.49	75	32.26	74	29.10
32. พระนครศรีอยุธยา	5	14.71	2	13.23	13	17.44
33. พะเยา	34	20.46	38	22.69	5	16.01
34. พังงา	17	18.40	30	22.04	55	24.36
35. พัทลุง	43	22.52	54	24.61	53	24.04
36. พิจิตร	26	19.82	28	21.80	16	18.20
37. พิษณุโลก	23	19.32	63	25.78	34	21.82
38. เพชรบุรี	45	22.84	6	15.40	28	20.83
39. เพชรบูรณ์	53	24.83	57	24.89	39	22.31
40.แพร่	16	18.39	19	19.71	32	21.32
41. ภูเก็ต	12	17.60	18	19.69	25	20.40
42. มหาสารคาม	67	27.61	34	22.53	45	23.12
43. มุกดาหาร	70	28.22	73	28.00	44	22.98
44. แม่ฮ่องสอน	73	29.93	52	24.38	76	30.59
45. ยโสธร	47	23.06	48	24.08	29	20.96
46. ยะลา	33	20.18	44	23.32	52	24.01
47. ร้อยเอ็ด	69	28.11	43	23.29	54	24.11
48. ระนอง	64	26.94	61	25.30	73	27.64
49. ระยอง	24	19.45	21	19.76	26	20.72
50. ราชบุรี	14	18.09	35	22.63	21	19.18
51. ลพบุรี	21	19.02	41	23.08	37	22.25

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ.2554	
	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)
52. ลำปาง	32	20.17	17	19.52	15	17.83
53. ลำพูน	56	25.64	51	24.30	51	23.77
54. เลย	55	25.19	69	27.20	66	26.20
55. ศรีสะเกษ	76	31.59	40	23.02	59	24.98
56. สกลนคร	58	26.37	58	24.96	19	18.75
57. สงขลา	27	19.89	45	23.67	43	22.81
58. สตูล	46	22.96	74	28.18	75	29.42
59. สมุทรปราการ	30	20.07	10	16.73	11	16.97
60. สมุทรสงคราม	31	20.09	7	15.48	17	18.32
61. สมุทรสาคร	4	14.14	27	21.58	10	16.96
62. สระแก้ว	41	22.13	48	24.08	63	26.04
63. สระบุรี	25	19.62	16	18.97	30	21.03
64. สิงห์บุรี	8	14.59	32	22.25	14	17.58
65. สุโขทัย	29	19.98	22	19.81	40	22.36
66. สุพรรณบุรี	10	16.71	8	15.68	6	16.65
67. สุราษฎร์ธานี	40	22.03	71	27.95	71	26.97
68. สุรินทร์	50	24.15	31	22.09	60	25.06
69. หนองคาย	51	24.16	47	24.04	47	23.26
70. หนองบัวลำภู	71	28.91	66	26.60	67	26.39
71. อ่างทอง	6	14.20	23	19.98	24	20.01
72. อุตรธานี	52	24.62	72	27.97	49	23.34
73. อุตรดิตถ์	13	18.03	14	18.61	8	16.78
74. อุทัยธานี	38	20.83	42	23.18	56	24.46
75. อุบลราชธานี	65	27.09	13	17.83	36	22.10
76. อำนาจเจริญ	28	19.97	62	25.74	65	26.09

หมายเหตุ: วิธีการสำรวจในปีพ.ศ.2554 เหมือนกับปีพ.ศ. 2550 แต่ต่างจาก ปี พ.ศ.
2548 ดังนั้นจึงสามารถเปรียบเทียบผลการสำรวจปีพ.ศ.2554 กับผลการ
สำรวจปีพ.ศ.2550ได้

อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกรายจังหวัด

พ.ศ.2548

11 จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ได้แก่ ศรีสะเกษ ตาก กาฬสินธุ์ แม่ฮ่องสอน ชุมพร หนองบัวลำภู มุกดาหาร ร้อยเอ็ด ตรัง มหาสารคาม และกระบี่ ตามลำดับ

พ.ศ.2550

10 จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงสุด ได้แก่ ตาก ปัตตานี สตูล มุกดาหาร อุตรดิตถ์ สุราษฎร์ธานี ชุมพร เลย ตรัง และชัยภูมิตามลำดับ

พ.ศ.2554

10 จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงสุด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน สตูล ปัตตานี ระนอง นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น กาญจนบุรี ตรัง และหนองบัวลำภูตามลำดับ

อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก

จากผลการสำรวจในปี 2557 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจะเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำคืออายุ 17.8 ปี และเริ่มสูบบุหรี่เป็นปกตินิสัยเมื่ออายุประมาณ 19.5 ปี

ประเภทของบุหรี่ที่สูบเป็นประจำ

ผลการสำรวจประเภทบุหรี่ที่นิยมสูบเป็นประจำของผู้บริโภคยาสูบปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2544, 2547, 2550, 2552 และ 2554 พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ของและบุหรี่มวนเองเกือบอย่างละ 50% แต่ในปี 2556 พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ของสูงกว่าผู้สูบบุหรี่มวนเองอย่างชัดเจน นั่นคือ 61.19% และ 33.07%

ส่วนการสำรวจในปีพ.ศ.2557นั้น ผู้ตอบสามารถตอบได้หลายคำถาม กล่าวคือผู้สูบเป็นประจำ ประชากรอายุ 15ปีขึ้นไปร้อยละ 61.7 ใ้บบุหรี่ซอง, ร้อยละ 55.4 ใ้บบุหรี่มวนเอง, ร้อยละ 1.3 ใ้ซิการ์/ไปป์ และร้อยละ 0.8 ใ้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆเช่น สูบบุหรี่ผ่านน้ำ เช่น มอระกู่/อุกกา/ชีชา และบุหรี่ไฟฟ้าแบบแท่ง

ตารางที่ 3 จำนวนและสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค พ.ศ.2544-2557

ประเภทยาสูบที่บริโภค	พ.ศ.2544		พ.ศ.2547		พ.ศ.2550*		พ.ศ.2552		พ.ศ.2554*		พ.ศ.2556		พ.ศ. 2557**
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละ
บุหรี่ยซอง	5,871,721	48.99	5,633,004	49.61	5,002,757	46.08	5,835,327	53.51	6,115,756	53.13	6,587,476	61.19	61.7
บุหรี่มวนเอง	6,093,822	50.85	5,334,859	46.99	5,615,193	51.72	4,797,562	43.99	5,352,592	46.50	3,560,595	33.07	55.4
บุหรี่ซิการ์	19,331	0.16	4,121	0.04	1,009	0.01	34,630	0.32	19,228	0.17	22,774	0.21	1.3
ไปป์			5,198	0.04	10,629	0.09			15,243	0.13			
บุหรี่ยีโย/พม่า			264,930	2.33	219,521	2.02	198,135	1.82	-	-	241,129	2.24	-
มอระกู่/ลูกก้าน/ชีชา			112,171	0.99	8,647	0.08	39,537	0.36	2,326	0.02	20,811	0.19	0.8
บุหรี่อื่นๆ									6,466	0.06			-
รวมผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน	11,984,874	100	11,354,283	100	10,857,756	100	10,905,191	100	11,511,611	100	10,432,85	100	

*ข้อมูลปี พ.ศ.2550 และ 2554 เฉพาะประเภทบุหรี่ที่สูบบ่อยที่สุด คำตอบเดียว

** ข้อมูลปีพ.ศ.2557 ผู้ตอบสามารถตอบได้หลายคำถาม ทำให้ผลรวมเกิน ร้อยละ 100

ปริมาณยาสูบที่บริโภคต่อวัน

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพ.ศ.2557 ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำถึงปริมาณของบุหรี่ที่สูบบุหรี่ทุกประเภท พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีปริมาณสูบบุหรี่ต่อวันมากกว่ากลุ่มเยาวชนและผู้สูงอายุ คือประมาณ 11.9 มวนต่อวัน เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2554 พบว่าจำนวนบุหรี่ที่สูบบ่อยเฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 10.8 มวนต่อวันในปี 2554 เป็น 11.5 มวนต่อวันในปี พ.ศ.2557

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนภายใน 30 นาที เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยเพื่อประเมินภาวะการติดนิโคติน (Nicotine dependence) ในผู้สูบบุหรี่ได้ และยังสามารถบอกถึงระดับความรุนแรงในการติดบุหรี่อีกด้วย เพื่อประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการเลือกวิธีบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2557 พบว่า ผู้สูบบุหรี่มวนแรกภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน 6-30 นาทีหลังตื่นนอน 31-60 นาทีภายหลังตื่นนอน และมากกว่า 60 นาทีภายหลังตื่นนอนมีสัดส่วน 20.79%, 42.10%, 16.19% และ 20.92% ตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่มาสูบเอง(เฉลี่ยต่อเดือน)

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพ.ศ.2557 ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่มาสูบเองโดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 423 บาท กลุ่มวัยทำงานมีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่ากลุ่มเยาวชนและกลุ่มสูงวัย 470 บาท, 409 บาท และ 208 บาท ตามลำดับ ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงกว่านอกเขตเทศบาล 572 บาทและ 329 บาท ตามลำดับ ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุดคือ 810 บาท เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน ซึ่งมีราคาสูงกว่าบุหรี่ยี่ห้ออื่น ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ซื้อบุหรี่ต่ำสุดคือ 251 บาท

3.4 การสำรวจอื่น ๆ ที่สำคัญ

ระบบเฝ้าระวังการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับโลก (Global Tobacco Surveillance System: GTSS) มีข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบของประเทศไทยที่สำคัญ ดังนี้

1) การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (GATS)

การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก หรือ Global Adult Tobacco Survey (GATS) เป็นการสำรวจเพื่อติดตาม กำกับกับการบริโภคยาสูบ ชนิดมีควันและไม่มีควัน รวมถึงประเมินผลการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เป็นระบบและเป็นมาตรฐานสากล สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจรอบแรกในปี ค.ศ.2009 (พ.ศ.2552) ผลการสำรวจพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 52.62 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 23.75 (เพศชายร้อยละ 45.6 เพศหญิงร้อยละ 3.1) (อ้างอิงจากโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS). เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.2552) สำหรับการสำรวจรอบสองในปี ค.ศ.2011 (พ.ศ.2554) ผลการสำรวจพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็น 13.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 24.0 (เพศชายร้อยละ 46.6 เพศหญิงร้อยละ 2.6) (อ้างอิงจากโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก Global Adult Tobacco Survey; GATS. เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.2554.) เพศชายสูบบุหรี่โรงงานร้อยละ 30.1 และสูบบุหรี่มวนเองร้อยละ 28.1 ส่วนเพศหญิงสูบบุหรี่โรงงานร้อยละ 1.1 และสูบบุหรี่มวนเองร้อยละ 1.4

2) การสำรวจบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (GHPS)

การสำรวจบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ Global Health Professional Survey (GHPS) เป็นข้อตกลงและกรอบร่วมกันในการดำเนินการสำรวจข้อมูล ซึ่งมุ่งเน้นการเฝ้าระวังในวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ของ 4 วิชาชีพสุขภาพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร สำหรับประเทศไทย โครงการ GHPS ให้ความสำคัญต่อสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพและการควบคุมยาสูบของประเทศ ซึ่งมีอย่างน้อย 7 วิชาชีพ โดยเพิ่มมาจาก GHPS อีก 3

วิชาชีพ คือ สาธารณสุข กายภาพบำบัด และเทคนิคการแพทย์ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจรอบแรกในปี ค.ศ.2006 (พ.ศ.2549) (กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548. นนทบุรี. ประเทศไทย) ขณะนี้อยู่ในระหว่างการสำรวจรอบสอง ค.ศ. 2011 (พ.ศ.2554)

3) การสำรวจบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับยาสูบ (GSPS)

การสำรวจบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับยาสูบ หรือ Global School Personnel Survey (GSPS) กระทรวงสาธารณสุข (รายงานผลการสำรวจบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับยาสูบ พ.ศ.2552 ภายใต้ Global School Personnel Survey 2009. นนทบุรี: ประเทศไทย. 2554) สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจในปี ค.ศ.2009 (พ.ศ.2552) ผลการสำรวจพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของบุคลากรในโรงเรียนเท่ากับร้อยละ 7.9 (เพศชายร้อยละ 19.1 เพศหญิงร้อยละ 2.9) โดยจัดเป็นครูที่สูบบุหรี่ร้อยละ 8.1 และเป็นผู้บริหารโรงเรียนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 3.2

4) การสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชน (GYTS)

การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชน หรือ Global Youth Tobacco Control Survey (GYTS) สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจรอบแรกในปี ค.ศ.2005 (พ.ศ.2548) และสำรวจรอบสองในปี ค.ศ.2009 (พ.ศ.2552) ผลการสำรวจพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 13-15 ปี เท่ากับ 11.7% (เพศชายร้อยละ 20.1 เพศหญิงร้อยละ 3.8)

บทที่ 4 การเฝ้าระวังมิติที่ 3 ผลของการดำเนินงานมาตรการต่าง ๆ (Program response)

โดย สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

การนำเสนอในบทนี้จะประกอบไปด้วยมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ อันประกอบด้วย

- 4.1 มาตรการด้านภาษีและราคาบุหรี่
- 4.2 มาตรการบังคับใช้กฎหมาย
- 4.3 มาตรการเฝ้าระวัง การสำรวจร้านค้าบุหรี่ ร้านอาหาร สถานที่สาธารณะ
- 4.4 มาตรการระบบบริการเลิกบุหรี่
- 4.5 มาตรการภาพคำเตือนบนซองบุหรี่

ทั้งนี้มาตรการเฝ้าระวังในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย มีมากและหลากหลายกว่านี้ แต่ในการนำเสนอครั้งนี้ จะได้นำเสนอเฉพาะหัวข้อดังที่กล่าวเบื้องต้น ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 มาตรการภาษี และราคาบุหรี่

ปิณดา ปั่นกระจ่าง และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

มาตรการภาษี

กฎกระทรวงการคลังประกาศขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ในราชกิจจานุเบกษาและบังคับใช้ทันทีตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ.2555 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการบริโภคยาสูบซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีตามมูลค่าของบุหรี่ซิการ์เรตจากเดิมเก็บร้อยละ 85 และไม่มีการเก็บตามปริมาณ เป็นการจัดเก็บตามมูลค่าง่ายร้อยละ 87 และให้จัดเก็บตามปริมาณ 1 บาทต่อมวนเป็นครั้งแรกด้วย⁵ โดยที่กรมสรรพสามิตต้องนำทั้งมูลค่าและปริมาณมาคำนวณภาษี หากการคำนวณระหว่างการจัดเก็บตามมูลค่าและการจัดเก็บตามปริมาณตัวใดสูงกว่ากันก็ให้เก็บภาษีในส่วนนั้น เพื่อแก้ปัญหาบุหรี่ราคาถูกเข้ามาตีตลาดและผู้ประกอบการแสดงมูลค่าต้นทุนบุหรี่ต่ำกว่าราคาเป็นจริง ทำให้ราคาบุหรี่ทั้งบุหรี่ในและต่างประเทศปรับขึ้นซองละ 7-9 บาท

อัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบ

อัตราภาษี ใช้อัตราผสมแบบสองเลือกหนึ่ง กล่าวคือ ใช้อัตราภาษีตามมูลค่า (Ad Valorem) คิดเป็นร้อยละของราคา หรืออัตราภาษีตามปริมาณ (Specific) คิดเป็นจำนวนเงินตามสภาพหรือลักษณะของยาสูบ สำหรับการที่จะเลือกใช้อัตราแบบใดขึ้นกับมูลค่าภาษีที่คำนวณได้ว่า อย่างไม่มียุติมูลค่าเป็นตัวเงินมากกว่า จะจัดเก็บในอัตรานั้น

กฎหมายปัจจุบันกำหนดอัตราเพดานภาษีสรรพสามิตยาสูบตามมูลค่าที่ร้อยละ 90 และอัตราตามปริมาณ 3 บาทต่อกรัม ซึ่งอัตราที่บังคับใช้ต่ำกว่าอัตราเพดานที่กำหนด โดยอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบที่บังคับใช้ในปัจจุบันได้มีการปรับขึ้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ.2555 จัดเก็บภาษีบุหรี่ซิการ์เรต ตามมูลค่าง่ายร้อยละ 87 และให้จัดเก็บตามปริมาณ 1 บาทต่อมวนเป็นครั้งแรก แสดงอัตราได้ดังตารางที่ 1

⁵ กฎกระทรวงกำหนดอัตราค่าแสตมป์ยาสูบ พ.ศ.2555. 2555.

ตารางที่ 1 แสดงอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบ (มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม 2555)

ประเภท	อัตราภาษี					
	อัตราเพดานตามกฎหมาย			อัตราปัจจุบัน		
	ตามมูลค่าร้อยละ	ตามปริมาณ		ตามมูลค่าร้อยละ	ตามปริมาณ	
		หน่วย	หน่วยละบาท		หน่วย	หน่วยละบาท
ยาเส้น	90	บาท/กรัม	3.00	10	บาท/กรัม	0.01
บุหรี่ยีการ์เรต	90	บาท/กรัม	3.00	87	บาท/กรัม	1.00
ชีการ์	90	บาท/กรัม	3.00	20	บาท/กรัม	1.00
บุหรี่ยื่น	90	บาท/กรัม	3.00	10	บาท/กรัม	0.10
ยาเส้นปรุง	90	บาท/กรัม	3.00	20	บาท/กรัม	1.00
ยาเคี้ยว	90	บาท/กรัม	3.00	10	บาท/กรัม	0.10

2.อัตราภาษียาเส้น

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราภาษีสรรพสามิตยาเส้นในอดีตและปัจจุบัน

	ประเภท	อัตราภาษี					
		อัตราเพดานตามกฎหมาย			อัตราจัดเก็บ		
		ตามมูลค่าร้อยละ	ตามปริมาณ		ตามมูลค่าร้อยละ	ตามปริมาณ	
			หน่วย	หน่วยละบาท		หน่วย	หน่วยละบาท
อดีต	ยาเส้น	80	บาท/กรัม	0.60	0.1	บาท/ลิบกรัม	0.01
ปัจจุบัน	ยาเส้น	90	บาท/กรัม	3.00	10	บาท/กรัม	0.01

ผู้สูบบุหรี่ประจำ ใช้บุหรี่มวนเองสูงถึงร้อยละ 55.4⁶ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรการลดอุปสงค์ยาเส้นเช่นเดียวกัน ณ 22 สิงหาคม 2555 กรมสรรพสามิตมีการปรับอัตราการจัดเก็บภาษียาเส้นพันธุ์

⁶ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. หน้า 7

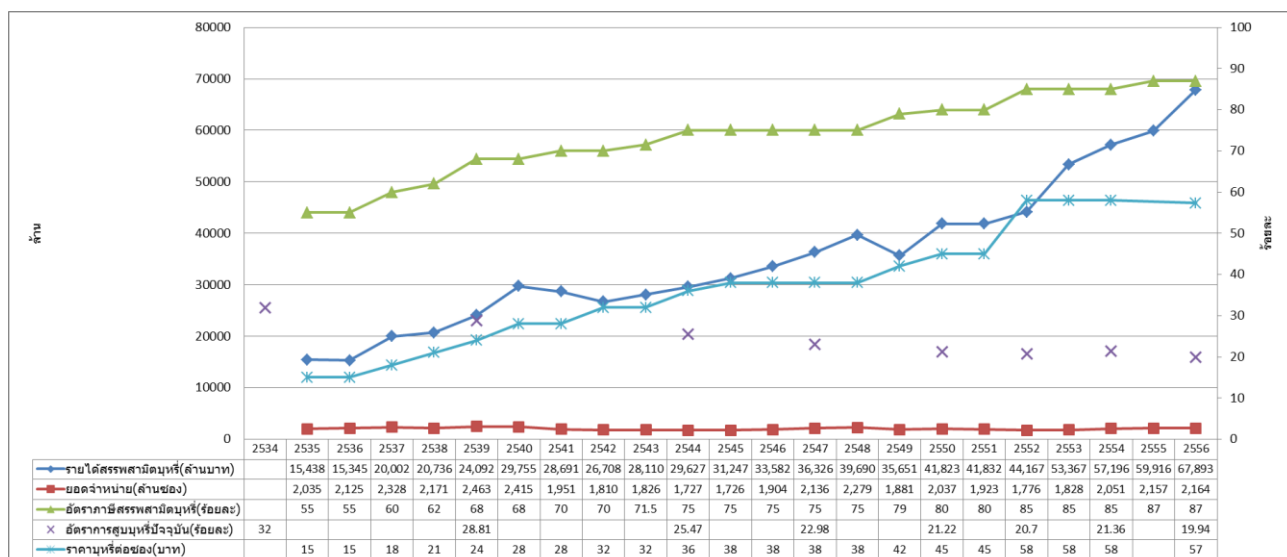
เวอร์จิเนีย, พันธุ์เบอร์เลย์ และพันธุ์เตอร์กิช จากเดิมมีอัตราตามมูลค้ำร้อยละ 0.1 หรืออัตราตามปริมาณ 0.01 บาทต่อ 10 กรัม ปรับเป็นอัตราภาษีตามมูลค้ำร้อยละ 10 หรืออัตราตามปริมาณ 0.01 บาทต่อกรัม และยังคงเว้นการจัดเก็บภาษีจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองอยู่⁷ ซึ่งในเรื่องการจัดเก็บภาษียาสูบพันธุ์พื้นเมืองยังคงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาเพื่อปรับปรุง พรบ.ยาสูบต่อไป เพราะหากมีการนำยาสูบพันธุ์พื้นเมืองมาทำเป็นยาเส้นบรรจุซอง หรือนำมาทำเป็นยาเส้นผสมกับยาเส้นพันธุ์อื่นๆ เพื่อบรรจุซอง จะเป็นช่องทางให้พ่อค้าที่ต้องการเลี่ยงการเสียภาษีกล่าวอ้างว่ายาเส้นของตนทำมาจากยาสูบพันธุ์พื้นเมืองหรือมีส่วนผสมของยาสูบพันธุ์พื้นเมืองได้⁸ เมื่อปรับอัตราภาษียาเส้นแล้วอัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำกว่าอัตราภาษีบุหรี่ซองมากถึงประมาณ 100 เท่า

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 จนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยาสูบรวม 10 ครั้ง จากอัตราภาษีร้อยละ 85 ของราคาหน้าโรงงานมาเป็นร้อยละ 87 ของราคาหน้าโรงงาน (เดือนสิงหาคม พ.ศ.2555) ทำให้อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องแต่การลดลงต่ำกว่าความชันของรายได้สรรพสามิตบุหรี่ยาสูบที่รัฐจัดเก็บได้ (จาก 15,438 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2535 เป็น 67,893 ล้านบาท ในปีพ.ศ.2556) รูปที่ 1 ทั้งนี้ เนื่องจากค่าความยืดหยุ่นของการบริโภคต่อราคาอยู่ที่ระหว่าง -0.0418 ถึง -1.003 เฉลี่ยอยู่ที่ -0.39⁹ และผู้บริโภคยาสูบประมาณครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่มวนเองหรือยาเส้นที่มีภาษีต่ำมาก (0.01%) นอกจากนี้ก่อนหน้าปี พ.ศ.2552 รัฐบาลไม่เคยขึ้นภาษีบุหรี่ยาสูบสูงกว่าค่าเงินเฟ้อ (สูงสุด 5%ของราคาหน้าโรงงาน) ด้วยข้อจำกัดของการขับเคลื่อนนโยบายภาษีในประเทศไทย เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ถือว่ามีประสิทธิผลระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดไม่สามารถใช้เครื่องมือทางนโยบายชนิดนี้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

⁷ พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509.

⁸ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 2552. เหตุผลที่ควรขึ้นภาษียาเส้น. หน้า 7

⁹ Isara Sarntisart. 2003. An Economic Analysis of Tobacco Control in Thailand. HNP Discussion Paper Economics of Tobacco Control Paper No.15.



รูปที่ 1 ภาพย้อนรายได้สรรพสามิตบุหรี่ชิกาเรต ยอดจำหน่าย อัตราภาษีบุหรี่ชิกาเรต ราคาบุหรี่ซอง กับอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน

ที่มา : กราฟโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

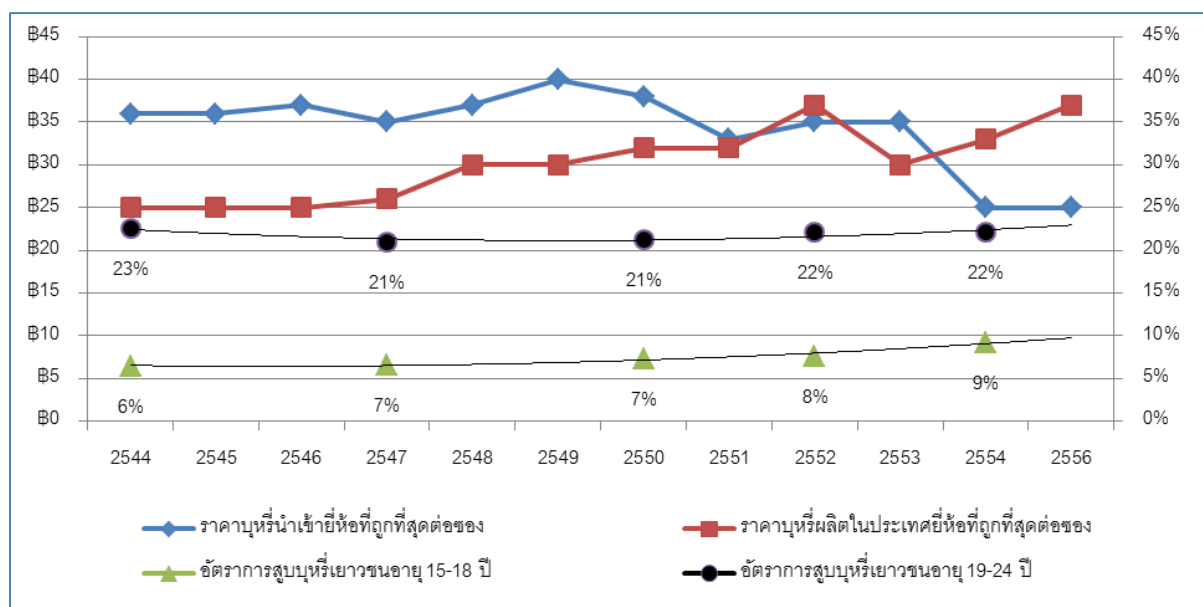
ข้อมูลรายได้สรรพสามิตบุหรี่ ยอดจำหน่าย อัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ และราคาบุหรี่ต่อซองจาก กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง และข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

3. ราคาบุหรี่

ในปี พ.ศ.2556 พบว่าราคาขายปลีกบุหรี่นำเข้าที่ถูกที่สุดอยู่ที่ราคาซองละ 25 บาท และบุหรี่ ยอดนิยมอยู่ที่ราคาซองละ 90 บาท สำหรับที่ผลิตในประเทศ บุหรี่ พบว่า ราคาขายปลีกที่ถูกที่สุดอยู่ที่ ราคาซองละ 37 บาท และบุหรี่ยอดนิยมอยู่ที่ราคาซองละ 65 บาท

อัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ตั้งแต่ปี 2545 ถึงปี 2556 มีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างช้าจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 87 ของราคาหน้าโรงงานหรือ ราคา C.I.F (Cost, Insurance and Freight) ในขณะที่ อัตรา เงินเพื่อเฉลี่ยปีละประมาณ 3% จึงเหมือนกับว่าราคาบุหรี่ถูกลงเมื่อเทียบกับค่าครองชีพ จาก การศึกษาการเปลี่ยนแปลงราคาขายปลีกบุหรี่ชิกาเรตและภาระภาษีสรรพสามิตพบว่า การปรับขึ้นอัตรา ภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชิกาเรตส่งผลให้ราคาขายปลีกบุหรี่ชิกาเรตเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยประมาณร้อยละ 12.69 สำหรับภาระภาษีสรรพสามิตพบว่า บุหรี่ชิกาเรตระดับกลางมีภาระภาษีสรรพสามิตต่อราคาขายปลีก สูงสุด โดยก่อนการปรับขึ้นอัตราภาษีมีภาระภาษีสรรพสามิตเฉลี่ยประมาณร้อยละ 63 หลังปรับขึ้นอัตรา ภาษีสรรพสามิตแล้วภาระภาษีสรรพสามิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66 โดยภาระภาษีสรรพสามิตเฉลี่ยรวม เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.83 การปรับขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชิกาเรตในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ผลิตส่วนใหญ่ผลักภาระภาษีให้แก่ผู้บริโภค ยกเว้นเพียง 3 ยี่ห้อ ที่ผู้ผลิตรับภาระไว้เอง ได้แก่ Mind Seven SHOOT และ BREAK ซึ่งเห็นได้จากสัดส่วนราคาขายปลีกที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่าสัดส่วนภาระภาษีต่อราคา ขายปลีกที่เพิ่มขึ้น

ที่สำคัญคือบุหรี่นำเข้ายี่ห้อที่ถูกที่สุด มีแนวโน้มราคาลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 จนถึงปัจจุบันมีบุหรี่ราคาต่ำสุดอยู่ที่ซองละ 25 บาท ในขณะที่เดียวกันบุหรี่ผลิตในประเทศก็แข่งขันด้านราคา โดยมีราคาต่ำสุดที่ซองละ 37 บาท¹⁰ ส่งผลให้เยาวชนมีกำลังซื้อและสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายกว่าเดิม เห็นได้ชัดจากอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนอายุ 15-18 ปี และ 19-24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น



รูปที่ 2 ราคาบุหรี่ราคาถูกที่สุดต่อซอง เทียบกับอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน

ที่มา: วิเคราะห์โดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

ข้อมูลราคาจาก กรมสรรพสามิต และข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.การค้ำผลิตภัณท์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

การค้ำผลิตภัณท์ยาสูบที่ผิดกฎหมายเป็นเหตุให้ยาสูบเกิดการแพร่กระจายมากยิ่งขึ้น ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาระดับโลกและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และควรได้รับการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสม และครอบคลุมทั้งในประเทศและสากล

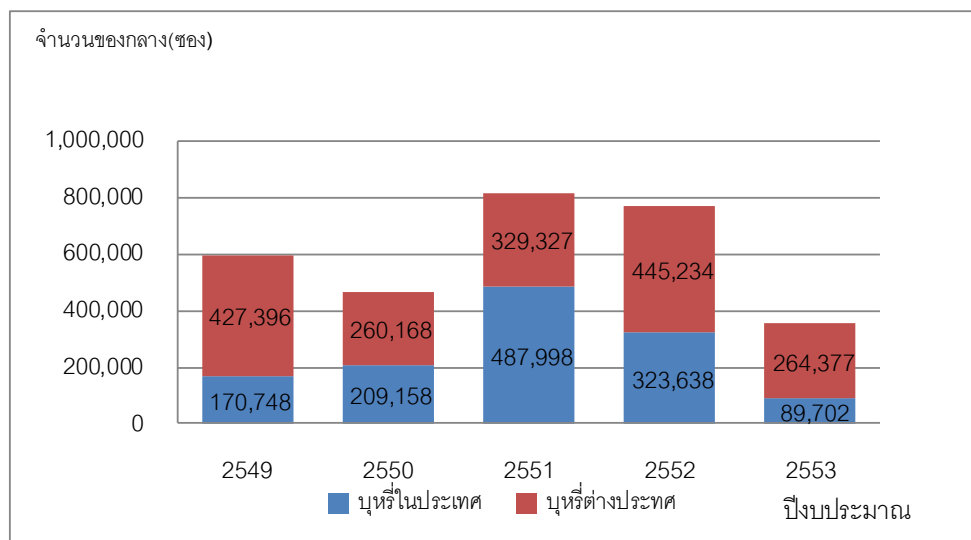
ในปี ค.ศ.1995 การลักลอบนำเข้าบุหรี่ทุกประเทศในโลกประมาณ 4 แสนล้านมวน ซึ่งเท่ากับประมาณ 1 ใน 3 ของบุหรี่นำเข้าถูกกฎหมายทั้งหมด¹¹ ส่วนในประเทศไทยรัฐต้องสูญเสียรายได้จากการหลีกเลี่ยงภาษีบุหรี่โดยเฉลี่ยในช่วงปี 2534-2549 ประมาณ 11% ของรายได้แท้จริงหากได้รับภาษีบุหรี่ครบตามกฎหมาย และในช่วงปี 2544-2556 ประมาณ 10% ของรายได้แท้จริงหากได้รับภาษีบุหรี่ครบตามกฎหมาย โดยในปี พ.ศ.2549 รัฐต้องสูญเสียรายได้จากการหลีกเลี่ยงภาษีบุหรี่สูงถึง 14% หรือ

¹⁰ กาญจน และคณะ.2557. โครงการการสำรวจราคาขายปลีกบุหรี่ซิการ์และยาเส้นในประเทศไทย. รายงานวิจัย. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹¹ Mackay, J. & Eriksen, M. 2002. The Tobacco Atlas. World Health Organization, Geneva.

มูลค่าแท้จริงประมาณ 4,508 ล้านบาท¹² และในปี พ.ศ.2556 รัฐต้องสูญเสียรายได้จากการหลีกเลียงภาษีบุหรี่สูงถึง 15% หรือมูลค่าแท้จริงประมาณ 8,742 ล้านบาท¹³

จากข้อมูลผลการปราบปรามผู้กระทำความผิดพรบ.ยาสูบของกรมสรรพสามิตพบว่ามีจำนวนของกลางและค่าปรับมีจำนวนไม่น้อย แต่แตกต่างกันระหว่างปีระหว่าง 3.5 ถึง 8 แสนซองต่อปี และ 88 ล้านถึง 410 ล้านบาทต่อปี ดังรูปที่ 3 และ 4

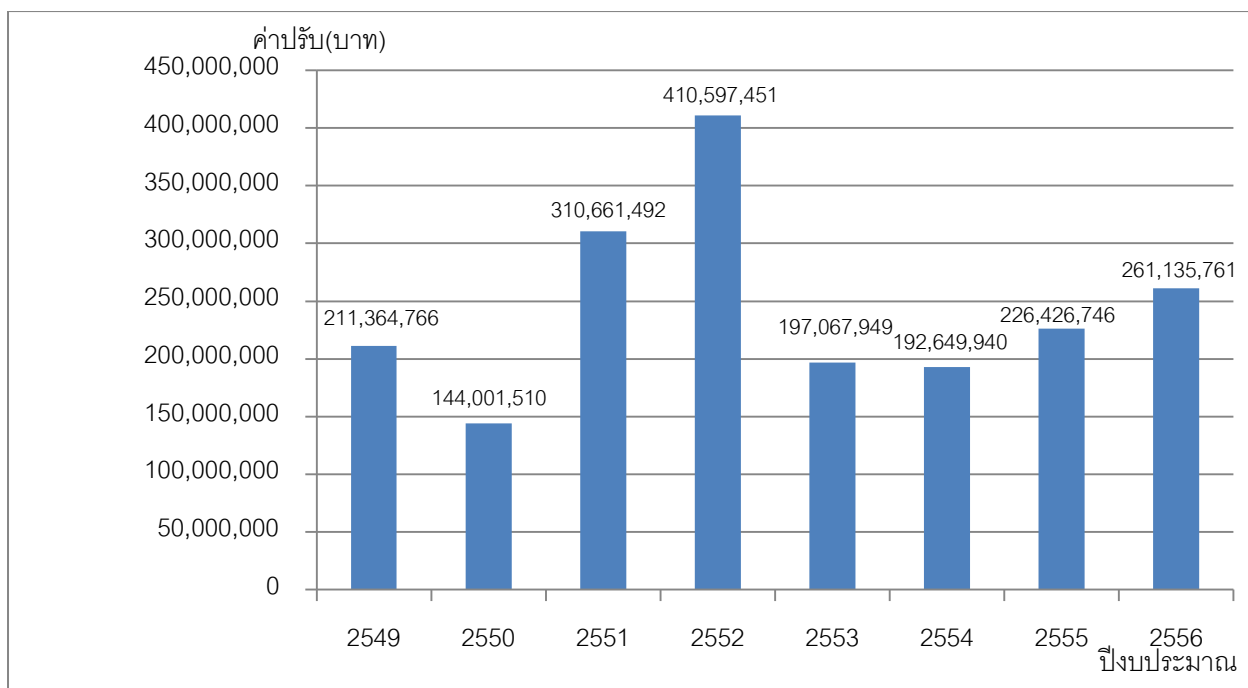


รูปที่ 3 แสดงจำนวนของกลางจากการจับกุมผู้กระทำความผิด พรบ.ยาสูบปี พ.ศ.2549-2553

ที่มา : กรมสรรพสามิต

¹² Pavananunt P.,2011. Illicit cigarette trade in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. Nov;42(6):1531-9.

¹³ Pavananunt P.,2011. Updated Illicit Cigarette Cigarettes Consumption and Trade in Thailand (2001-2013). Draft manuscript.



รูปที่ 4 แสดงค่าปรับรวมคดีกระทำความผิด พรบ.ยาสูบปี พ.ศ.2549-2556

ที่มา : กรมสรรพสามิต

ตามที่ประเทศสมาชิกของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกได้มีมติรับรองพิธีสารว่าด้วยการจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายแล้ว ในการประชุมประเทศสมาชิกครั้งที่ 5 ณ ประเทศเกาหลีใต้ วันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 ตามมาตรา 15 ของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกด้วย และมีปัญหาการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายเช่นกัน ดังนั้นศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบจึงมีข้อเสนอให้ประเทศไทยลงนามรับรองทำสนธิสัญญาในพิธีสารนี้ โดยมี

ข้อพิจารณาสำหรับประเทศไทย ดังนี้

เมื่อพิจารณาพิธีสารและกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509 แล้วจะเห็นได้ว่า พิธีสารนี้มีส่วนสอดคล้องที่ไม่ขัดกัน เนื่องจากประเทศไทยได้บัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุม ทั้งการผลิต การค้า ภาษี รวมถึงมีการบัญญัติความรับผิดชอบผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติไว้แล้ว แต่ทั้งนี้ภายหลังจากที่ประเทศไทยได้รับรองพิธีสารนี้แล้ว กฎหมายไทยบางส่วน ควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากพิธีสารมีรายละเอียดที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นการปิดกั้นช่องทางการค้ายาสูบผิดกฎหมายครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งแบ่งออกได้เป็นประเด็นดังต่อไปนี้

1 นิยามสอดคล้อง

จากคำนิยามของคำว่า Cigarette และ Tobacco products ตามมาตรา 1 ของพืธีสารนั้น มีส่วนตรงกับนิยามของคำว่า บุหรี่ซิการ์เรต และ ยาสูบในมาตรา 4 พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509 ถึงแม้ นิยามของคำว่าบุหรี่ซิการ์เรตตามพรบ.ยาสูบนั้นจะกว้างกว่า Cigarette ในพืธีสาร ซึ่งเป็นผลดีต่อการ บังคับใช้ของกฎหมายไทย ที่จะครอบคลุมมากกว่าพืธีสาร แต่มิได้มีผลต่อการตีความ และไม่จำเป็นต้อง แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายไทย หากจะอนุวัติการพืธีสารนี้

2 ไม่มีปัญหาในทางปฏิบัติหากรับพืธีสารนี้มาใช้

กฎหมายไทยได้มีบัญญัติไว้ถึงมาตรการต่างๆเพื่อควบคุมดูแลยาสูบในทุกขั้นตอน ซึ่งเป็นส่วนที่ จะไม่มีปัญหาในทางปฏิบัติหากรับพืธีสารนี้มาใช้กับประเทศไทย แต่ทั้งนี้ หลังจากลงนามรับรองพืธีสาร นี้แล้ว ควรมีการแก้ไขกฎหมายปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัยทั้งระยะสั้น และระยะยาวในเรื่องต่างๆ ดังนี้

2.1 กฎหมายลำดับรองที่สามารถปรับปรุงได้ในระยะสั้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ ควบคุมกำกับสินค้านี้ คือ

2.1.1 การออกกฎกระทรวง

1. กำหนดค่าแสตมป์ยาสูบ โดยเฉพาะบุหรี่ซิการ์เรต ที่ควรให้มีอัตราตามสภาพ (ปริมาณ) เพิ่มขึ้นอีก ซึ่งปัจจุบัน เพดานอยู่ที่ 3 บาทต่อกรัม เพื่อเป็นการ ป้องกันปัญหาการถ่ายโอนราคา (Transfer Pricing) และแก้ไขปัญหาการขาย บุหรี่ที่ราคาต่ำ และออกกฎกระทรวงเพิ่มค่าธรรมเนียมใบอนุญาตประเภทต่างๆ ที่ยังไม่เต็มเพดาน ให้ใกล้เคียงหรือเต็มเพดาน (มาตรา 5)
2. กำหนดกิจการอื่นเพื่อให้ปฏิบัติตามพรบ.นี้ อาทิ การกำหนดมาตรฐานน้ำหนัก บุหรี่ต่อมวน (กรัม/มวน ถ้าน้ำหนักเกินให้นับเป็นอีก 1 มวน)/ ยาเส้นต่อซอง (กรัม/ซอง) ,มาตรฐานขนาดมวน (ความกว้าง ยาวของบุหรี่ เพื่อป้องกันการ หลีกเลียงภาษีโดยการผลิตบุหรี่มวนเล็ก (Slim) ที่มีน้ำหนักเบาเพื่อเสียภาษี ต่ำลง ,มาตรฐานจำนวนมวนต่อซอง (20 มวน/ซอง) การห้ามแบ่งขาย ห้ามขาย เร่ เป็นต้น (มาตรา 5) ปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนด เพื่อเป็นการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการบริโภคบุหรี่ราคาถูกแทน (Down Trading)
3. กำหนดหลักเกณฑ์/วิธีการ/เงื่อนไขว่าด้วยการขอใบอนุญาต การออกใบอนุญาต และเงื่อนไขการรับยาเส้น/ยาสูบออกแสดงเพื่อขาย โดยกำหนดรายละเอียด เงื่อนไขการจัดทำเอกสาร/บัญชี งบเดือน ของผู้ขอใบอนุญาตขายยาสูบในแต่ละ ประเภท เพื่อการกำกับดูแล ตลอดจนกระบวนการขนส่ง เพื่อทราบถึงปริมาณ เส้นทางการจำหน่ายจุดต้นทาง-ปลายทางในภาพรวม ปัจจุบันกำหนดให้เฉพาะ ใบอนุญาตขายประเภทบุหรี่ซิการ์เรตแบบไม่จำกัดจำนวนเท่านั้นที่มีการจัดทำ บัญชี /งบเดือน ส่วนบุหรี่ซิการ์เรตประเภทขายแบบจำกัดจำนวน ไม่เกิน 20,000 มวน ไม่มีการกำหนดให้จัดทำบัญชี /งบเดือน (ป.2) ในขณะที่ยาสูบ

ประเภทอื่น ๆ ที่ไม่ใช่บุหรี่ซิการ์เรต ยังมีการระบุหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขไว้น้อยมาก (กฎกระทรวงฉบับที่ 17 ,แก้ไข จ.24 (42),แก้ไข จ.28 (47)

4. ปัจจุบันมีกฎกระทรวง กำหนดค่าแสดงมียาสูบในคลังสินค้าทัณฑ์บนเป็นศูนย์ ทั้งอัตราตามมูลค่าและอัตราตามปริมาณ และการกำหนดปริมาณการจำหน่าย ควรกำหนดให้ลดปริมาณการจำหน่ายลง และกำหนดลักษณะชนิดของแสดงมียาสูบ (ออกเป็นประกาศกระทรวงการคลัง) สำหรับสินค้ายาสูบที่อยู่ในคลังสินค้าทัณฑ์บนในสนามบินเป็นการเฉพาะที่แตกต่างไปจากที่มีการเสียภาษี

2.1.2 การออกประกาศกรมสรรพสามิต /ระเบียบ (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา) ตามอำนาจตามมาตรา 28 ควรลดจำนวนการผ่อนผันให้ผู้เดินทางนำยาสูบติดตัวเข้ามา และหรือส่งออกโดยไม่ต้องขออนุญาตจากเจ้าพนักงาน (หน้า 278-279) จากจำนวนไม่เกิน 200 มวน หรือไม่เกิน 500 กรัมลง (เป็น 19 มวน หรือไม่เกิน 19 กรัม เป็นต้น) และกำหนดจำนวนครั้งของการผ่อนผันต่อคน ต่อวันให้ได้ไม่เกิน 1 ครั้ง เป็นต้น

2.2 การปรับปรุงกฎหมายหลักในระยะยาว โดยแก้ไขพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509

1. นิยาม: ด้วยคำนิยามของผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้สุดคม หรือ สูบผ่านน้ำด้วย เช่น หม้อระกู่ ฯ เป็นต้น
2. ควรเพิ่มการควบคุมอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับการบริโภคยาสูบ(เช่น เครื่องมวนบุหรี่ เป็นต้น) โดยควรให้มีการขออนุญาต กรณีใช้เพื่อการค้า อาทิ หม้อระกู่ แต่หากเป็นการใช้ส่วนตัวไม่ต้องขออนุญาต เช่น ไปป์ โดยการกำหนดให้เป็นอำนาจกฎหมายลำดับรองในการประกาศ เพื่อให้ทันต่อการพัฒนาและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง
3. นำเอายาสูบพันธุ์พื้นเมืองเข้าสู่ระบบ (โดยตัดคำว่า “ไม่ใช่บังคับกับ “ยาสูบพันธุ์พื้นเมือง” ในมาตรา 7,8,9,10,11,14,17,18,20,21,22,24,25 ออก)
4. ควรให้มีการกำหนดกรอบระยะเวลาใบอนุญาตบางประเภทให้ชัดเจน ได้แก่ ใบอนุญาตตั้งสถานปั๊มใบยาหรือสร้างโรงปั๊มใบยา (มาตร 9) และใบอนุญาตตั้งโรงอบใบยาหรือเพิ่มเครื่องอบใบยา (มาตรา 12) ที่ไม่ได้กำหนดกรอบเวลาไว้แต่เป็นใบอนุญาตที่มีอายุตลอดไปไม่มีที่สิ้นสุด เป็นต้น ควรกำหนดให้มีการขอใบอนุญาตใหม่ทุก 3-5 ปี เพื่อให้เป็นปัจจุบัน
5. มาตรา 19 ไม่ควรมีการให้มีการครอบครองยาสูบไม่เกิน 500 กรัม เป็นการทั่วไปได้ โดยไม่มีความผิด ควรเป็นในลักษณะการขออนุญาตเป็นกรณี ๆ หรือใช้หลักของการเสียภาษีที่การซื้อขายที่ถูกต้องให้มีการรับรองที่มาของสินค้า เป็นต้น
6. มาตรา 22 มีการกำหนดการห้ามแบ่งขายยาเส้น แต่ไม่ได้กำหนดการห้ามแบ่งขายบุหรี่ซิการ์เรต ดังนั้นควรมีการกำหนดการขายบุหรี่ยาต้องขายเป็นซอง ห้ามแบ่งขาย
7. แก้ไขกฎหมายยาสูบให้เป็นระบบประเมินตนเอง โดยสามารถตรวจสอบภาษีย้อนหลังได้ รวมทั้งปรับปรุงโครงสร้างอัตราภาษียาสูบให้เป็นแบบผสมระหว่างอัตราตามสภาพและอัตราตามมูลค่า (ฐานราคาหน้าซอง/หรือราคาขายปลีกแนะนำ) โดยอัตราตาม

สภาพควรมีการปรับเปลี่ยนอัตโนมัติตามอัตราเงินเฟ้อทุกปี ปีละ 1 ครั้ง (ทั้งนี้อาจใช้อัตราเงินเฟ้อของ 6 เดือนที่ล่วงมาที่มีการประกาศให้ทราบเป็นการล่วงหน้า เพื่อความชัดเจนเป็นธรรมและโปร่งใสกับการแข่งขัน)

8. กรณีบทกำหนดโทษ ควรแก้ไขให้มีบทกำหนดโทษที่เพิ่มขึ้น และกำหนดบทลงโทษในลักษณะที่เป็นขั้น ๆ ของการกระทำผิดในแต่ละฐานความผิด ที่แยกออกจากกันรูปแบบการกระทำผิดและผลกระทบที่เกิดขึ้น ไม่ควรเป็นการลงโทษในลักษณะที่เป็นการพักใบอนุญาต หรือการเพิกถอนใบอนุญาตสำหรับผู้รับใบอนุญาตที่กระทำผิด เพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานได้จริง รวมทั้งควรกำหนดให้มีการที่เจ้าหน้าที่สามารถเปรียบเทียบปรับได้ ณ สถานที่เกิดเหตุในกรณีที่เป็นความผิดเล็กน้อยเพื่อเป็นการประหยัดต้นทุนในการดำเนินงานของรัฐ (เช่น ไม่แสดงใบอนุญาตในที่เปิดเผย เป็นต้น)

3.การส่งผ่านผลิตภัณฑ์ยาสูบในประเทศไทย

ปัจจุบันการส่งผ่านผลิตภัณฑ์ยาสูบในประเทศ ซึ่งถูกตรวจสอบโดยกรมศุลกากรอยู่แล้วนั้น เห็นควรให้การส่งผ่านต้องขออนุญาตกรมสรรพสามิตด้วย เพราะกรมศุลกากรตรวจสอบสินค้าผ่านแดนทุกสินค้าเป็นการทั่วไป ดังนั้นการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ยาสูบจึงดำเนินการสุ่มตรวจเหมือนสินค้าทั่วไปด้วย ไม่ได้มีการตรวจสอบเป็นพิเศษสำหรับสินค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ

4.การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศ

ตามมาตรา 20 21 และ 22 ของพิธีสาร ที่ระบุความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศภาคี นั้น ทางประเทศไทยกฎหมายกำหนดการเก็บข้อมูลไว้อยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลในคดีความ ทั้งข้อมูลการดำเนินการทางกฎหมาย การยึด รับของที่เกี่ยวข้องในคดี ซึ่งจะมีบันทึกตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ตามประมวลวิธีพิจารณาความอาญาและแพ่ง และในกฎหมายอื่น ๆ ด้วย ส่วนข้อมูลการนำเข้าส่งออก ส่งผ่านนั้น ทางกรมศุลกากรเป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บ ข้อมูล โดยต้องมีเอกสารยื่นตามที่กำหนดไว้ แต่ทั้งนี้เพื่อให้ทางกรมศุลกากรและกรมสรรพากรมีแนวปฏิบัติที่แน่นอนชัดเจน ควรจะมีการตรากฎหมายระบุเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลระบุถึงข้อมูลที่ต้องจัดเก็บตามที่พิธีสารกำหนด หรือเท่าที่จะทำได้ รวมถึงระบุถึงการแบ่งปันข้อมูลระหว่างประเทศ

5.มาตรา 8 ของพิธีสารกล่าวถึงการติดตามข้อมูลโดยใช้ระบบการติดตามและสืบหาของประเทศ

ศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนข้อมูลนั้นมีการพัฒนาโปรแกรมโดยจะแบ่งเป็นการพัฒนาระบบสองประเภท ประเภทแรกคือ พัฒนาจากระบบที่ประเทศนั้นๆมีอยู่ ส่วนประเภทที่สองคือสร้างระบบใหม่จากระบบที่มีอยู่เดิม ซึ่งการพัฒนาเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณเพิ่ม นอกจากการจ้างเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญประจำศูนย์ที่จะพัฒนาโปรแกรม “generic” software application ซึ่งจะดำเนินการจ้างตามปีงบประมาณ 2012-2013 โดยในปัจจุบันมีประเทศบราซิล สหภาพยุโรป เคนยา และตุรกีที่ถูกขอให้

ช่วยเหลือในการให้ข้อมูล โดยทางประเทศบราซิลได้ตรากฎหมายเกี่ยวกับการติดตามข้อมูลบุหรี่ซิการ์เรต โดยกำหนดให้โรงงานผลิตแทมป์ที่ซองบรรจุบุหรี่ และรับผิดชอบในการติดตั้งและดูแลรักษาเครื่องอุปกรณ์ตรวจรหัส (serial counting equipment) ในโรงงานผลิต ซึ่งทางผู้ผลิตจะต้องชดเชยค่าใช้จ่ายในการจัดการให้แก่โรงงานผลิต ตอนนี้คิดอัตราอยู่ที่ 0.017 US Dollars ต่อซอง

ทางสหภาพยุโรปได้จัดซื้อเครื่องสำหรับผลิตป้ายเครื่องหมายบน Master case ซึ่งราคาประมาณ 5,000 - 20,000 Euro ต่อเครื่อง ราคาจัดการต่อหนึ่งแผ่นป้ายประมาณ 0.01 - 0.03 Euro และทางสหภาพยุโรปได้จัดทำระบบ Coding system เพื่อทำเครื่องหมายเฉพาะและอ่านหมายเลขรหัสบนกล่อง (carton) ซึ่งราคาประมาณ 30,000 - 50,000 Euro ต่อเครื่อง และ ราคาดำเนินการจัดการต่อหนึ่งเครื่องหมายประมาณ 0.001 - 0.01 Euro

ประเทศตุรกีได้พัฒนาและใช้ระบบตรวจสอบและติดตามของประเทศ ซึ่งควบคุมกับผลิตภัณฑ์ภายในและนำเข้า รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่เรียกเก็บภาษีในระดับ Item level ซึ่งระบบนี้ลงทุนโดยบริษัทรับจ้าง โดยบริษัทจะได้เงินจากการขายแทมป์กับทางผู้ผลิตและผู้นำเข้า ตอนนี้ราคาประมาณอยู่ที่น้อยกว่า 0.01 US dollar ต่อซอง

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลของประเทศตัวอย่างตัวอย่างแล้ว ประเทศไทยเองก็มีการติดตามแบบนยาสูบ อยู่ในขั้นการตรวจสอบ ID แต่ไม่สามารถ track & trace ได้ ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนการติดตามอย่างหนึ่ง ซึ่งการช่วยเหลือจากทางศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนข้อมูลอาจจะอยู่แค่ตั้งระบบแบ่งปันข้อมูลภายในภาคีเท่านั้น แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับประสานงานระหว่างหน่วยงานผู้รับผิดชอบในไทยว่าจะมีกฎหรือระเบียบใดที่ไม่อนุญาตให้ดำเนินการได้หรือไม่

โดยสรุปแล้วประเทศไทยมีกฎหมายที่กำหนดเกี่ยวกับการออกใบอนุญาต การตรวจสอบ การควบคุมดูแลและการติดตามไว้แล้ว ไม่ว่าจะเป็นหลักการให้อนุญาต อำนาจเจ้าพนักงาน การกระทำที่ถือว่าเป็นความผิด การดำเนินคดีทางอาญาและทางแพ่ง การติดตามแทมป์ การตั้งราคา และข้อบังคับอื่นๆทั้งใน พรบ.ยาสูบ 2509 และกฎกระทรวง เช่น ห้ามตั้งสถานที่ขายยาสูบในบริเวณ หรือบริเวณต่อเนื่องกับสถานศึกษาและศาสนสถาน รวมถึงห้ามไม่ให้ขายในสถานที่ที่เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตมาก่อน เป็นต้น แต่ทว่าส่วนใหญ่นั้นเป็นหลักใหญ่ๆ มิได้ระบุรายละเอียดให้แน่ชัดดังที่พิธีสารได้ระบุเอาไว้ รวมถึงยังมีช่องโหว่ทางกฎหมายเกี่ยวกับยาสูบพันธุ์พื้นบ้านที่ไม่มีกฎหมายและการตรวจสอบอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีจุดสำคัญเรื่องการแลกเปลี่ยนข้อมูล เนื่องจากไม่มีกฎหมายเกี่ยวข้องโดยตรงเกี่ยวกับผู้รับผิดชอบในการแลกเปลี่ยน จึงจะต้องอาศัยข้อมูลที่มีอยู่ในแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น กรมสรรพสามิต กรมศุลกากร เป็นต้น ซึ่งอาจจะมีการเฝ้าระวังภายนอกมาจำกัดการแลกเปลี่ยน โดยถือว่าเป็นความลับของประเทศ ดังนั้นควรจะบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยเฉพาะเพื่อระบุรายละเอียดที่ควรจัดเก็บและหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเพื่อความสะดวกในการประสานงานไปยังศูนย์กลางแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วย

4.2 มาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ

ศรณีย์ จุฬาสรีกุล

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

การดำเนินมาตรการบังคับใช้กฎหมาย¹⁴ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2545 ประกอบด้วย

- 1) การรับเรื่องร้องเรียน
- 2) การเฝ้าระวังการฝ่าฝืนกฎหมาย
- 3) การบังคับใช้กฎหมาย

1. การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการรับเรื่องร้องเรียนการกระทำผิดกฎหมายควบคุมยาสูบ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขจัดการปัญหาสูบในพื้นที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน โดยในปัจจุบันกรมควบคุมโรคได้เปิดช่องทางรับเรื่องร้องเรียน แบ่งเป็น 4 ช่องทาง ดังนี้

1.1 การรับเรื่องร้องเรียนทางโทรศัพท์

- 1) จัดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามตารางเวร ในการรับเรื่องร้องเรียนและตอบข้อซักถามเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมยาสูบ
- 2) นำข้อมูลลงในระบบฐานข้อมูล Call Center หากเป็นเรื่องร้องเรียนจะส่งเรื่องไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการตามกฎหมายต่อไป
- 3) ติดตามผลการดำเนินงานหลังจากส่งเรื่องร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมารวบรวมข้อมูลในการจัดทำสถานการณ์ และรายงานผลนำเสนอผู้บริหารต่อไป

1.2 การรับทางเว็บไซต์

การรับเรื่องร้องเรียนทางเว็บไซต์ กระทำโดยการรับเรื่องที่ประชาชนแจ้งเรื่องร้องเรียนผ่านเข้ามาที่ ศูนย์กฎหมาย <http://btc.ddc.moph.go.th/complain/> ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนรับผิดชอบการรับเรื่องร้องเรียนทางเว็บไซต์

1.4 การรับเรื่องสอบถามและร้องเรียนทางจดหมาย/หนังสือราชการ

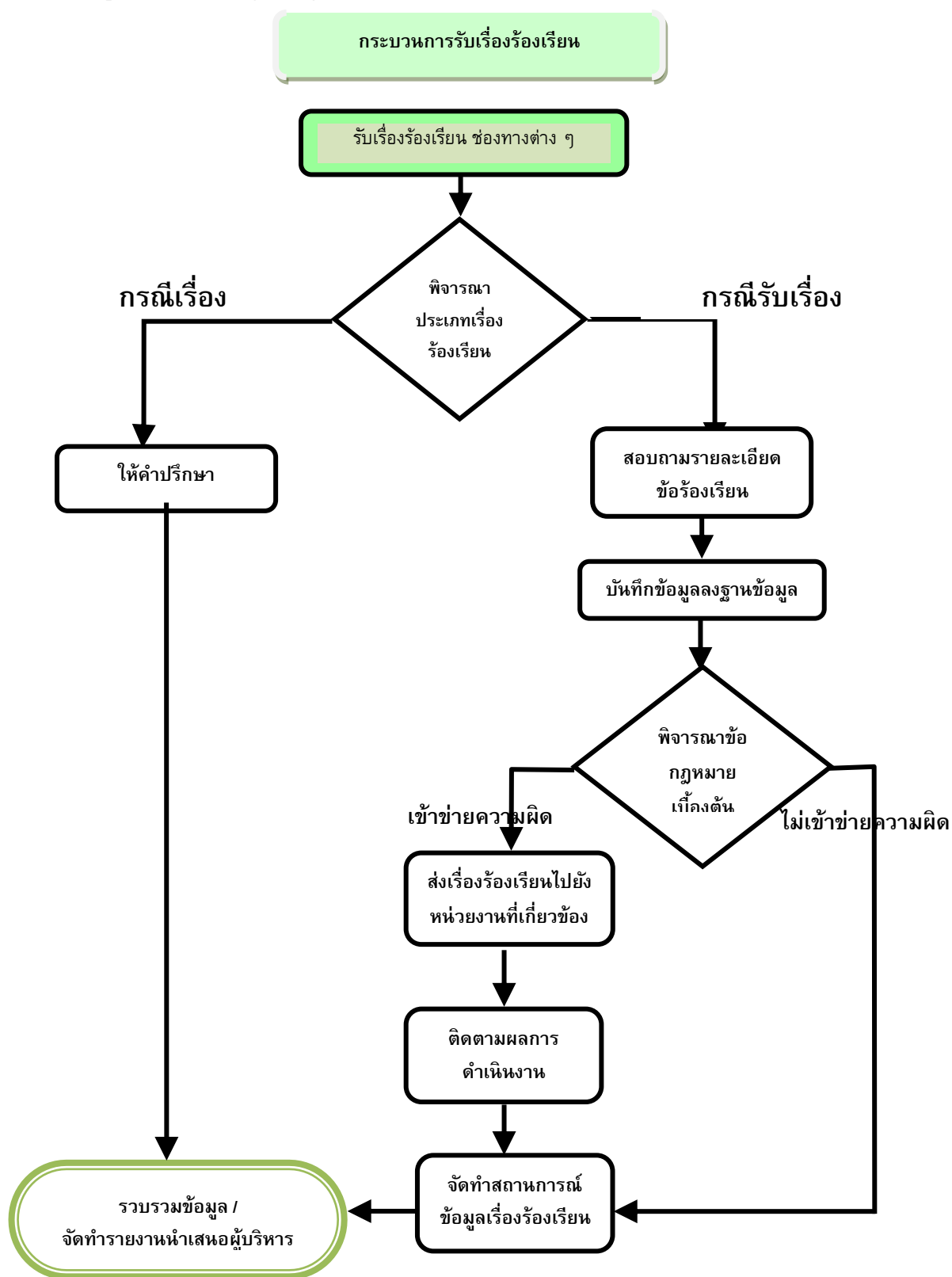
กรณีที่มิใช่ผู้แจ้งเรื่องร้องเรียนการฝ่าฝืนกฎหมายควบคุมยาสูบผ่านทางจดหมาย หรือหนังสือราชการมาที่ ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยตรง หนังสือดังกล่าวจะเข้าระบบการรับเรื่องร้องเรียน และส่งต่อเพื่อการบังคับใช้กฎหมายต่อไป

นอกจากนี้ สามารถร้องเรียนการกระทำผิดกฎหมายควบคุมยาสูบได้ที่ :

❖ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12

¹⁴ คู่มือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2557

- ❖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง
- ❖ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน กทม. โทร. 1555
- ❖ ศูนย์ปราบปรามบุหรี่ –สุราเถื่อน โทร. 1714



หมายเหตุ เข้าข่ายความผิด หมายถึง ข้อร้องเรียนที่ได้รับสามารถปรับเข้ากับความผิดตามกฎหมายได้

2. การเฝ้าระวังการฝ่าฝืนกฎหมาย

การเฝ้าระวังการฝ่าฝืนกฎหมาย เป็นการสังเกต ติดตาม รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ของการกระทำผิดกฎหมายด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลเกี่ยวกับการฝ่าฝืนกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ดังนี้

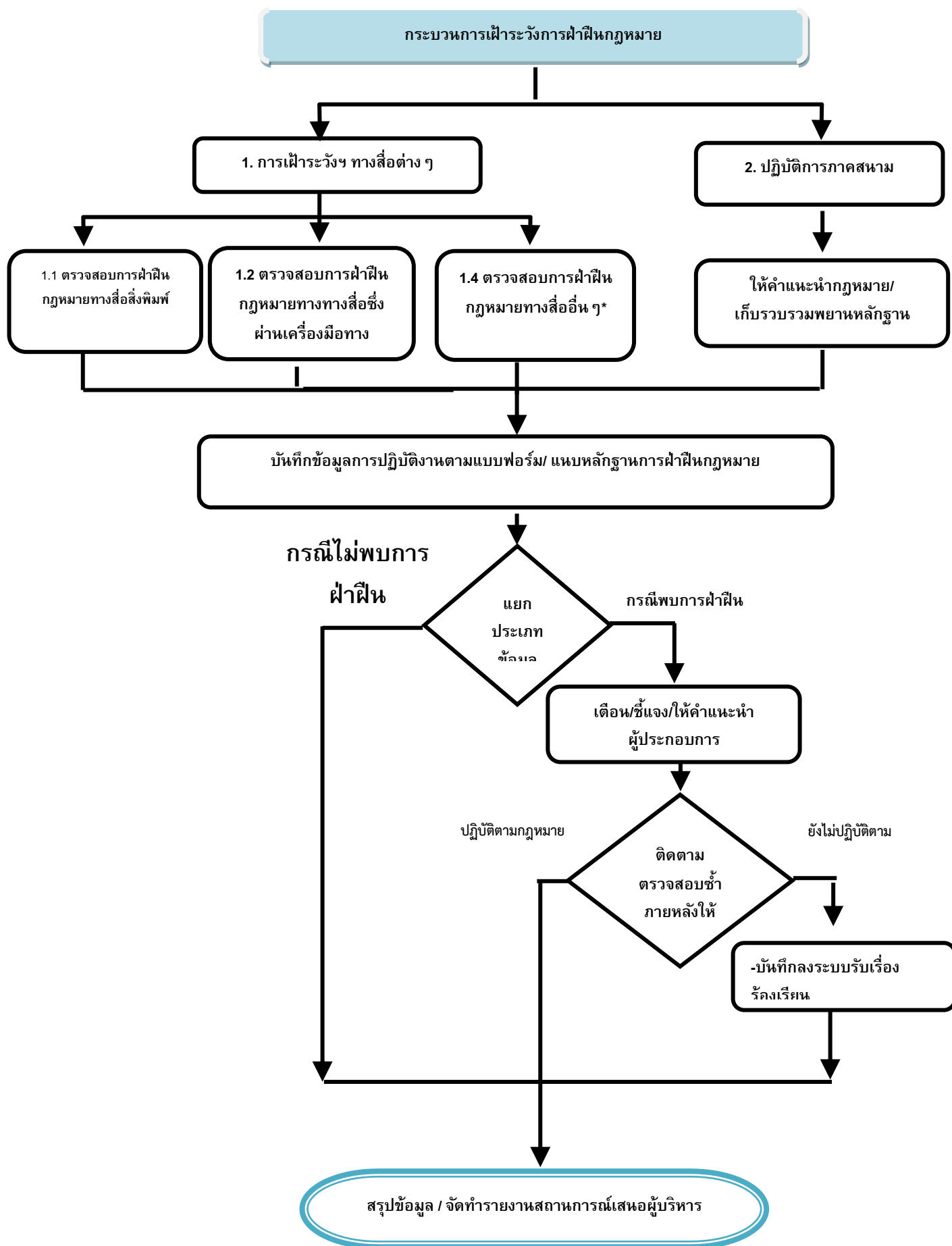
2.1 การเฝ้าระวังทางสื่อต่าง ๆ ได้แก่ การสืบค้นข้อมูล /ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการฝ่าฝืนกฎหมายควบคุมยาสูบในสื่อต่าง ๆ ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ Internet เป็นต้น

2.2 ปฏิบัติการภาคสนามเพื่อเฝ้าระวังการฝ่าฝืนกฎหมาย

ปฏิบัติการภาคสนามเพื่อเฝ้าระวังการฝ่าฝืนกฎหมาย คือ การลงพื้นที่ตรวจสอบ รวบรวม เก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติการณ์การกระทำผิด สถานที่ที่พบการกระทำผิด และบุคคลที่กระทำผิด เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลสำหรับบังคับใช้กฎหมายหรือการพัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายเพื่อการจัดการปัญหา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเฝ้าระวังแบบเปิดเผย และการเฝ้าระวังเชิงลับ ดังนี้

1) การเฝ้าระวังแบบเปิดเผย เป็นการลงพื้นที่โดยพนักงานเจ้าหน้าที่แสดงตัวต่อผู้ประกอบการอย่างเปิดเผยตัว มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการฝ่าฝืนกฎหมาย รวมถึงการให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมายแก่ผู้ประกอบการร้านค้า และประชาชน

2) การเฝ้าระวังเชิงลับ เป็นการลงพื้นที่โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ไม่แสดงตัว ไม่เปิดเผยตัว แต่ทำการแฝงตัวเป็นประชาชน เพื่อเก็บรวบรวมพยานหลักฐานในการดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดกฎหมาย



หมายเหตุ สื่ออื่น ๆ ให้หมายความรวมถึง สื่ออื่นใดที่ไม่ใช่สื่อตามข้อ 1.1 และ 1.2

4. การบังคับใช้กฎหมาย

4.1 การตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย

การตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย เป็นการตรวจสอบ ณ สถานที่ที่มีการกระทำความผิดกฎหมาย มีขั้นตอนการปฏิบัติงาน ดังนี้

4.1.1 การเตรียมการ (การวางแผน) :

- 1) ศึกษาพื้นที่เป้าหมายให้ชัดเจนและจัดทำแผนที่โดยสังเขป
- 2) เตรียมบุคลากร/อุปกรณ์ที่จะปฏิบัติงาน
- 3) แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจน อย่าให้เกิดความสับสน
- 4) เข้าใจถึงเป้าหมาย/หรือสิ่งที่ต้องการจากการตรวจ
- 5) เป็นความลับ

4.1.2 การปฏิบัติงานสำรวจ – ตรวจสอบ :

- 1) ตรวจสอบข้อเท็จจริงซึ่งเกี่ยวกับการกระทำความผิด
- 2) หากพบการกระทำความผิด ให้แสดงตนเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ โดยการแสดงบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อผู้กระทำความผิด หรือผู้ซึ่งจะต้องรับผิดชอบ
- 4) แจ้งการกระทำที่ฝ่าฝืนต่อกฎหมาย ชี้แจงให้ผู้ฝ่าฝืนและผู้รับผิดชอบทราบและเข้าใจในข้อกฎหมาย รวมทั้งเจตนารมณ์ของกฎหมายด้วย
- 5) รวบรวมพยานหลักฐานการกระทำความผิด ของที่ได้หรือใช้ในการกระทำความผิด หรือตัวอย่างของผลิตภัณฑ์เพื่อการตรวจสอบ

4.2 การรวบรวมพยานหลักฐาน

การรวบรวมพยานหลักฐานในการพิสูจน์ความผิด ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2545 ดังนี้

4.2.1 การตั้งรูปคดี :

การตั้งรูปคดี หมายถึง การพิจารณาองค์ประกอบความผิดในแต่ละฐานความผิดว่ามีองค์ประกอบใดบ้าง และข้อเท็จจริงที่น่าเสนอจำเป็นต้องใช้พยานหลักฐานใดบ้างเพื่อพิสูจน์ว่าพฤติการณ์เป็นไปตามข้อเท็จจริงที่น่าเสนอนั้น

4.2.2 ประเภทของพยานหลักฐาน :

การรวบรวมพยานหลักฐาน แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

- 1) พยานบุคคล ได้แก่ บุคคลที่พบเห็นการกระทำความผิด
- 2) พยานเอกสาร ได้แก่ เอกสารที่สามารถพิสูจน์หรือยืนยันตัวผู้กระทำความผิด และการกระทำผิดได้ เช่น ภาพถ่ายบัตรประชาชนผู้กระทำความผิด ใบอนุญาตขายบุหรี่ เป็นต้น
- 4) พยานวัตถุ ได้แก่ วัตถุที่สามารถยืนยันข้อเท็จจริงการกระทำความผิด เช่น ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นต้น ทั้งนี้ รวมถึงภาพถ่ายสถานที่เกิดเหตุ และภาพถ่ายการกระทำความผิดด้วย

4.4 การกล่าวโทษดำเนินคดี

การกล่าวโทษดำเนินคดีผู้กระทำความผิดสามารถทำได้ 2 วิธี คือ จัดทำหนังสือกล่าวโทษเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิด และการจับกุมโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ

4.4.1 กรณีทำหนังสือกล่าวโทษเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิด มีวิธีการ ดังนี้

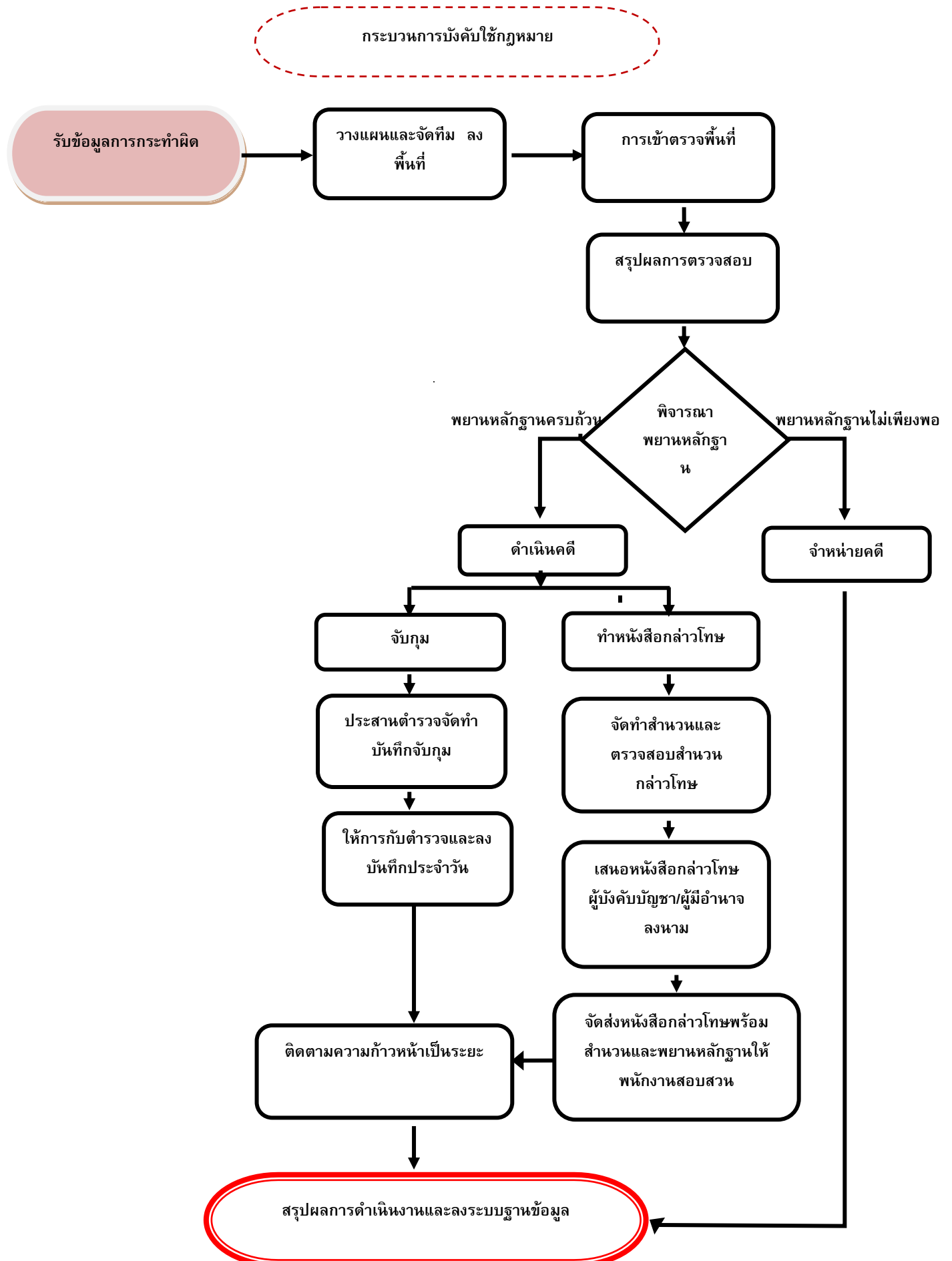
- 1) เก็บรวบรวมพยานหลักฐานต่างๆ ที่พบในสถานที่เกิดเหตุ
- 2) ทำบันทึกการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย
- 3) ทำเอกสารสรุปข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายที่พบจากการเข้าตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุ เพื่อใช้ในการกล่าวโทษผู้กระทำความผิดและเป็นพยานหลักฐานให้แก่พนักงานสอบสวน
- 4) นำภาพหลักฐานที่ได้มารวบรวมทำภาพเอกสารประกอบการพิจารณาคดี
- 5) ทำหนังสือกล่าวโทษพร้อมรวบรวมพยานหลักฐานส่งเจ้าหน้าที่ตำรวจในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- 6) หลังจากส่งหนังสือกล่าวโทษแล้ว อาจต้องให้การต่อพนักงานสอบสวนเพื่อทำบันทึกคำให้การดำเนินคดีตามกฎหมายต่อไป

4.4.2 การจับกุมโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ มีขั้นตอนและวิธีการ ดังนี้

- 1) ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเชิญตัวผู้กระทำความผิดไปที่สถานีตำรวจ
- 2) พนักงานเจ้าหน้าที่แจ้งข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อทำบันทึกจับกุมผู้กระทำความผิดส่งต่อพนักงานสอบสวนให้ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป
- 3) เจ้าหน้าที่ตำรวจลงบันทึกประจำวันตามระบบ
- 4) พนักงานเจ้าหน้าที่ให้การต่อพนักงานสอบสวนเพื่อทำบันทึกคำให้การ ประกอบในสำนวนเพื่อดำเนินคดีตามกฎหมายต่อไป

4.5 การติดตามผลการดำเนินคดี

การติดตามผลการดำเนินคดี สามารถติดตามได้ทั้งในชั้นพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ และในชั้นศาล



4.3 มาตรการเฝ้าระวัง การสำรวจร้านค้าบุหรี่ยี่ห้ออาหาร สถานที่สาธารณะ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ และ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผลการสำรวจ ร้านค้าบุหรี่ยี่ห้ออาหาร ในการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ ในปีพ.ศ.2557

ศิริวรรณ พิชัยรังษะ และปวีณา ปันกระจำง.

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวกับร้านค้าปลีกบุหรี่ยี่ห้ออาหาร 2 ข้อ คือ มาตรา 4 “ห้ามไม่ให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยน หรือ ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคล ซึ่งตนรู้ว่า ผู้ซื้อหรือผู้รับเป็นผู้ที่มีอายุไม่ครบ 18 ปี บริบูรณ์” และมาตรา 8 ได้กำหนดไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาได้ หรือใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง แข่งขัน การให้บริการหรือการประกอบกิจกรรมอื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ให้สาธารณชนเข้าใจว่า เป็นชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 8 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองแสนบาท”

ซึ่งมาตราดังกล่าวครอบคลุมถึงเรื่องการห้ามแสดงบุหรี่ยี่ห้ออาหาร หรือการห้ามโฆษณาและการใช้บุหรี่ยี่ห้ออาหารในร้านค้า เพราะถือเป็นการประกอบกิจกรรมอื่น (การขายสินค้า) ที่ทำให้สาธารณชนทราบว่า เป็นชื่อและเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากนี้ตัวชี้วัดระดับจังหวัดตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 ที่พัฒนาโดย ภาควิชาควบคุมยาสูบระดับจังหวัด สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (ฉบับวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ.2556) กำหนดตัวชี้วัดหลัก 3 ตัว ที่เกี่ยวข้องกับร้านค้าบุหรี่ยี่ห้ออาหาร คือ ข้อที่ 12. “ร้อยละของร้านค้าที่มีใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้ออาหารที่ไม่แสดงบุหรี่ยี่ห้ออาหาร” หมายถึงการไม่โฆษณาและการไม่วางโชว์บุหรี่ยี่ห้ออาหารผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ในร้านค้า และข้อที่ 13.1 “จำนวนและร้อยละผู้อายุต่ำกว่า 18 ปีที่สามารถซื้อบุหรี่ยี่ห้ออาหารได้เอง” และข้อที่ 13.2 “จำนวนและร้อยละของร้านค้าที่มีการตรวจสอบอายุผู้ซื้อ”

ทางศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้ดำเนินการสำรวจการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้ออาหารโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ยี่ห้ออาหารในปี พ.ศ.2556-2558 ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยยึดหลักตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 จากการสำรวจการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้ออาหารแบบซองซองในประเทศ ต่างประเทศ และการจำหน่ายยาเส้น ในเรื่องของการปริมาณและรายได้ที่ได้รับจากการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้ออาหารของร้านค้าจำนวน 10 จังหวัด ดังนี้ ภาคอีสาน 4 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี นครราชสีมา อำนาจเจริญ อุตรดิตถ์ ในภาคกลาง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม นครนายก สระบุรี ปทุมธานี ราชบุรี และภาคใต้ 1 จังหวัด ได้แก่ ตรัง ผลสำรวจสรุปได้ดังนี้

ข้อมูลจากการสอบถามเจ้าของร้านค้า พบว่า

- จำนวนตัวอย่าง 1,337 ร้านค้าที่ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างน้อย 1 อย่าง คือ บุหรี่ซอง หรือ ยาเส้น มวนเอง
- รายได้จากการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 9,241 บาทต่อร้าน
- รายได้ที่อาจสูญเสียไป หากไม่ขายบุหรี่ให้เด็กอายุ 15-18 ปี เท่ากับ 900 บาทต่อร้าน
- ในระยะเวลา 1 เดือน การจำหน่ายบุหรี่ซองในประเทศที่ขาย มีจำนวน 131 ซอง ราคาเฉลี่ยซองละ 54 บาท บุหรี่ซองนอกประเทศที่ขาย มีจำนวน 91 ซอง ราคาเฉลี่ยซองละ 69 บาท และยาเส้นที่ขาย มีจำนวน 93 ซอง ราคาเฉลี่ยซองละ 8 บาท
- แหล่งที่ซื้อบุหรี่ ได้แก่ ร้านค้าขายส่ง พ่อค้านำมาส่งที่ร้าน และห้างสรรพสินค้า คิดเป็นร้อยละ 82, 11 และ 2 ตามลำดับ
- ส่วนแหล่งที่ซื้อยาเส้น ได้แก่ ร้านค้าขายส่ง พ่อค้านำมาส่งที่ร้าน และห้างสรรพสินค้า คิดเป็นร้อยละ 63, 10 และ 1 ตามลำดับ
- ร้อยละ 90 มีการรับรู้ถูกต้องเรื่องการขายบุหรี่/ยาเส้น แก่ผู้ที่ไม่ครบ 18 ปีเป็นสิ่งผิดกฎหมาย
- ร้อยละ 71 มีการรับรู้ถูกต้องเรื่องการให้บุหรี่/ยาเส้น แก่เด็ก เป็นสิ่งที่ทำไม่ได้-ผิดกฎหมาย
- ร้อยละ 77 มีการรับรู้ถูกต้องว่าวางซองบุหรี่ให้เห็นผ่านตู้โชว์ และเห็นยี่ห้อ ถือเป็นการโฆษณาบุหรี่

ข้อมูลจากการสังเกต พบว่า

- ร้อยละ 60 ไม่มีการวางโชว์บุหรี่ให้เห็นในร้าน, ร้อยละ 28 มีการวางโชว์ให้เห็นทั้งซองและยี่ห้อและ ร้อยละ 7 มีการวางโชว์ให้เห็นซองแต่ไม่เห็นยี่ห้อ
- ร้อยละ 48 ร้านค้าจัดวางบุหรี่ไว้ในตู้หรือชั้นวางที่ลูกค้าไม่สามารถมองเห็นได้, ร้อยละ 28 ร้านค้าจัดวางบุหรี่ไว้ในตู้หรือชั้นวางที่ลูกค้าสามารถมองเห็นได้แต่มีฝาปิดและร้อยละ 16 จัดไว้ในตู้หรือชั้นวางที่ลูกค้าสามารถมองเห็นได้ ไม่มีฝาปิดหรือเปิดค้างไว้เสมอ
- เรื่องการประชาสัมพันธ์ : ร้อยละ 52 ร้านค้าไม่ได้แปะป้าย แต่รอลูกค้ามาสอบถามเอง, ร้อยละ 29 แปะป้ายว่าที่นี่ขายบุหรี่/ยาเส้น, ร้อยละ 16 จัดตู้แสดงบุหรี่ไว้หน้าร้านและร้อยละ 2 ติดป้ายโฆษณาอื่น ๆ ที่แทนสัญลักษณ์ของบุหรี่
- ร้อยละ 5 มีเด็กที่สงสัยว่าอายุต่ำกว่า 18 ปีมาซื้อบุหรี่ขณะที่เก็บข้อมูลแต่ผู้ขายไม่ได้ถามอายุหรือขอดูบัตรประชาชน

ตารางที่ 4.3.1 ผลการสำรวจร้านค้าบุหรี่ในการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบจำนวน 10 จังหวัด ในปี พ.ศ.2557

จังหวัด	สระบุรี(161)		นครปฐม(112)		นครนายก(189)		ตราด(150)		ปราจีนบุรี(117)		ตรัง(98)		อำนาจเจริญ(135)		นครราชสีมา(147)		อุบลราชธานี(108)		อุดรธานี(120)		เฉลี่ย	
	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ย ต่อซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ยต่อ ซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ย ต่อซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ยต่อ ซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ยต่อ ซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ยต่อ ซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ยต่อ ซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ยต่อ ซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ยต่อ ซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ย ต่อซอง	จำนวน ซองต่อ เดือน	ราคา เฉลี่ยต่อ ซอง
ต่อร้านขายปลีก																						
บุหรี่ซองในประเทศ	93	53	132	58	75	47	191	52	161	49	106	63	149	71	184	55	126	58	112	54	133	56
บุหรี่ซองนอกประเทศ	57	64	123	66	70	67	211	72	368	72	48	70	132	111	239	70	10	75	25	70	128	74
ยาเส้น	61	9	76	7	55	6	143	9	77	6	130	7	183	13	124	6	102	15	69	8	102	9
จำนวนยาสูบทุกประเภท เฉลี่ยต่อเดือน	211		331		200		544		606		285		463		547		239		206		363	
จังหวัด	สระบุรี		นครปฐม		นครนายก		ตราด		ปราจีนบุรี		ตรัง		อำนาจเจริญ		นครราชสีมา		อุบลราชธานี		อุดรธานี		เฉลี่ย	
จำนวนร้านค้า	ชาย	ไม่ชาย	ชาย	ไม่ชาย	ชาย	ไม่ชาย	ชาย	ไม่ชาย	ชาย	ไม่ชาย	ชาย	ไม่ชาย	ชาย	ไม่ชาย	ชาย	ไม่ชาย	ชาย	ไม่ชาย	ชาย	ไม่ชาย		
บุหรี่ซองในประเทศ	158	3	111	1	186	3	147	3	116	1	96	2	133	2	146	1	104	4	119	1		
บุหรี่ซองนอกประเทศ	25	136	14	98	2	187	57	93	10	107	20	78	14	121	18	129	22	86	37	83		
ยาเส้น	117	44	41	71	153	136	112	38	81	36	63	35	110	25	119	28	66	42	16	104		
ขายอย่างใดอย่างหนึ่ง	161	0	112	0	189	0	150	0	117	0	98	0	135	0	147	0	108	0	120	0		
จังหวัด	สระบุรี		นครปฐม		นครนายก		ตราด		ปราจีนบุรี		ตรัง		อำนาจเจริญ		นครราชสีมา		อุบลราชธานี		อุดรธานี		เฉลี่ย	
รายรับต่อเดือนต่อร้าน (ขายอย่างใดอย่างหนึ่ง)	5,746		8,775		3,772		16,374		10,447		7,828		13,921		12,649		8,113		6,612		9,241	
รายได้ที่สูญเสีย หากไม่ ขายบุหรี่ให้เด็ก 15-18 ปี	970		867		325		520		181		850		2,049		950		1,095		1,196		900	

ที่มา : สำรวจโดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 10 จังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลโดย ศจย.

สรุปผลการสำรวจงานเฝ้าระวัง ร้านค้าบุหรื 50 เขตของกรุงเทพมหานคร

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

ปัจจุบันประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีกฎหมายเข้มงวดในการควบคุมยาสูบ ทำให้บริษัทบุหรืข้ามชาติ หรือแม้แต่ของไทย มีความพยายามที่จะขยายตลาดโดยใช้กลยุทธ์ใหม่ ๆ โดยเฉพาะ กลยุทธ์ด้านการค้าปลีก การตลาดอิเล็กทรอนิกส์ การตลาดข้ามพรมแดน การทำการตลาดที่แฝงมากับกิจกรรมเพื่อสังคม “**Corporate Social Responsibility (CSR)**” การแทรกแซงการออกกฎหมาย การสนับสนุนงานวิจัย การประดิษฐ์และนำเข้าผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ที่พยายามใช้ช่องโหว่ของกฎหมายให้เป็นประโยชน์เพื่อเข้าถึงกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง

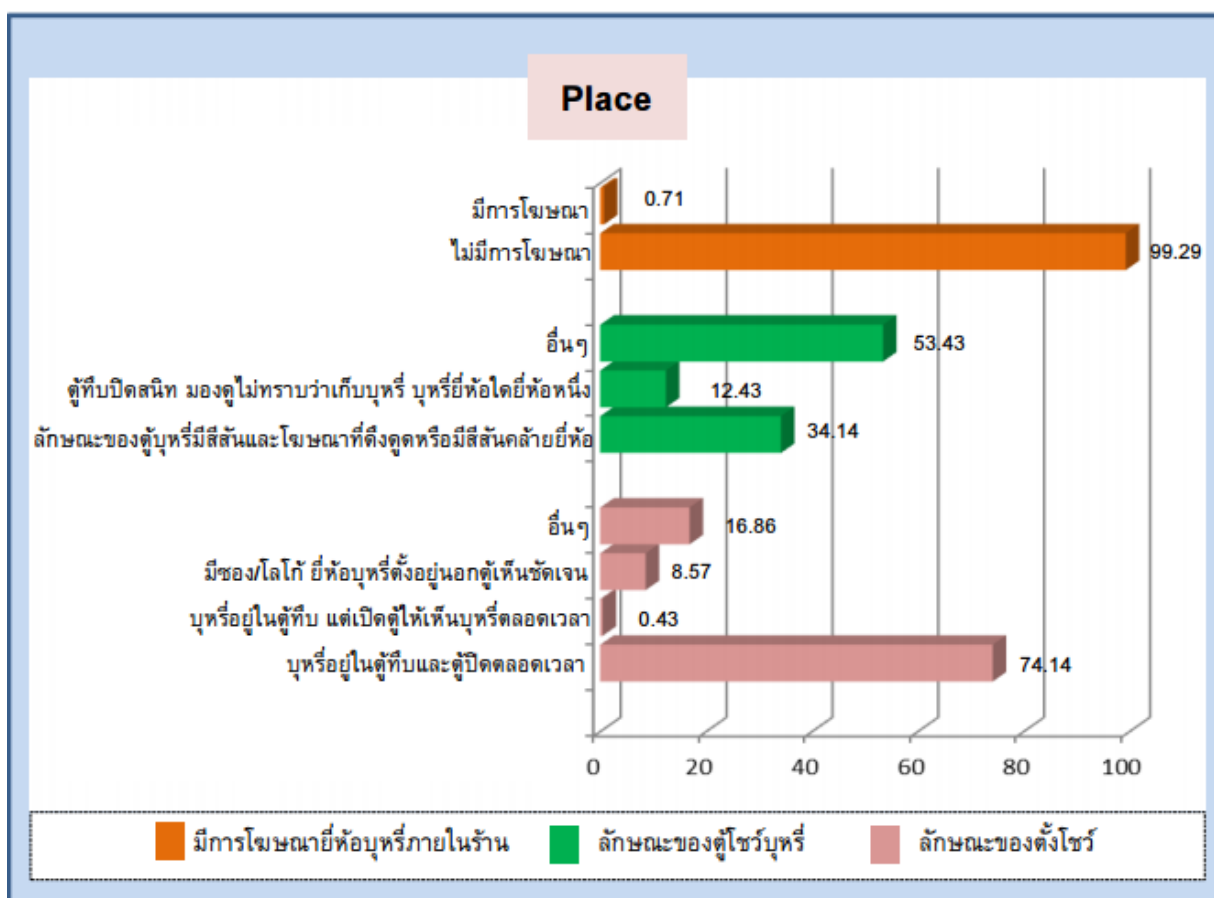
ในส่วนของพฤติกรรมการส่งเสริมการขายและดำเนินการของบริษัทยาสูบ เกี่ยวกับการสร้างปัจจัยเอื้อที่มุ่งเน้นจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบุหรืได้อย่างสะดวก ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า บริษัทยาสูบมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องด้วยรูปแบบที่หลากหลาย อาทิ การสนับสนุนตู้โชว์ที่เป็นการโฆษณาบุหรืแบบแฝง การผลิตอุปกรณ์สนับสนุนการขาย การจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย ในส่วนของร้านค้าย่อยยังพบว่าการแบ่งขาย เปิดตู้โชว์บุหรืตลอดเวลา รวมทั้งการจำหน่ายบุหรืที่นำเข้าอย่างผิดกฎหมาย ซองบุหรืไม่มีภาพคำเตือน เป็นต้น

จากผลการเฝ้าระวังยาสูบ ในพื้นที่ 50 เขต ของกรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาตามองค์ประกอบส่วนประสมทางการตลาด 4 ประเด็น (Product, Price, Place, Promotion: 4P) ซึ่งสามารถสรุปผลสำคัญ ๆ ได้ดังนี้

1) รูปแบบการโฆษณา ณ จุด ขาย (Point of Sale, Place)

พบว่าร้อยละ 74.14 ของร้านค้าที่สำรวจตั้งโชว์บุหรือยู่ในตู้ทึบและตู้ปิดตลอดเวลา และมีร้อยละ 8.57 ที่ลักษณะการตั้งโชว์บุหรืมีช่อง/โลโก้ ยี่ห่อบุหรืตั้งอยู่นอกตู้เห็นชัดเจนดังแผนภูมิที่ 1 เป็นร้านค้าที่อยู่ในย่านตลาดเป็นแหล่งจำหน่ายบุหรืที่อยู่ใกล้กับสถานที่สำคัญซึ่งมีประชาชนและเยาวชนจำนวนมาก เปิดขายของและขายบุหรืมาเป็นระยะเวลานาน ไม่ต่ำกว่า 5 ปี บุหรืที่นำมาจำหน่ายได้จากการซื้อที่ร้านค้าส่งระดับกลาง จากการสำรวจ พบว่าส่วนมากร้านโชห่วยจัดวางบุหรืไว้ในตู้ทึบแต่เปิดตู้ให้เห็นอยู่ตลอดเวลา บางร้านได้รับการสนับสนุนตู้โชว์ มีลักษณะที่แสดงออกด้วยสี รูปร่าง และตราสัญลักษณ์ บ่งชี้ถึงโรงงานยาสูบ บริษัทบุหรื ได้อย่างชัดเจน

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของร้านค้าบุหรี่ที่มีการโฆษณา ณ จุดขาย (Point of Sale, Place)



ภาพลักษณะของตู้โชว์บุหรี่ ร้านโชห่วย ที่เก็บข้อมูล

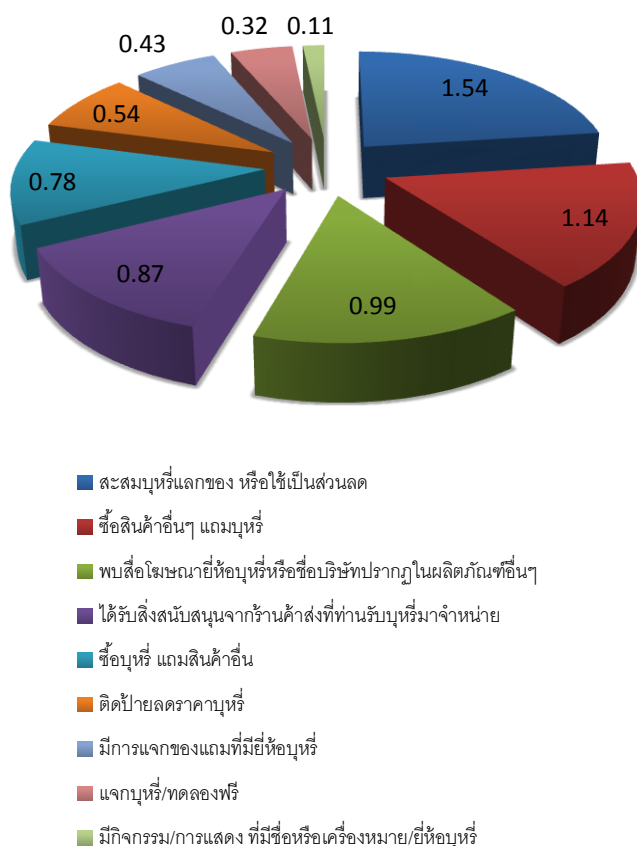


2) การส่งเสริมการขาย (Promotion)

พบว่ามีการส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่ โดยการสมนาคุณรางวัล เช่น บัตรเติมเงินโทรศัพท์ให้แก่ลูกค้าที่ซื้อบุหรี่จำนวนมาก บางร้านข้างตู้เขียนบอกราคา และร้านค้าปลีกมากกว่าร้อยละ 90 ของร้านทั้งหมดที่เก็บข้อมูล จะมีการแบ่งจำหน่ายบุหรี่ให้ลูกค้า

ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของการส่งเสริมการขาย (Promotion) รูปแบบต่าง ๆ



3) ผลิตภัณฑ์บุหรี่ยี่ห้อ (Product)

จากการสำรวจพบว่า ร้านโชห่วยพื้นที่กรุงเทพมหานครจะจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อซีกาแรตยี่ห้อสายฝน กรองทิพย์ เอสเอ็มเอส วันเดอร์ แอลเอ็ม และมาร์ลโบโล ซึ่งเป็นบุหรี่ยี่ห้อของโรงงานยาสูบและบริษัทฟิลิป มอร์ริส บนซองบุหรี่ยี่ห้อที่มีภาพคำเตือน 85% ถูกต้องร้อยละ 90 ไม่มีการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อสุรสาเส้นที่จำหน่ายส่วนใหญ่ คือ ยี่ห้อแมว ยี่ห้อไก่ และยี่ห้อสมอ บนซองยาเส้นที่พบส่วนใหญ่มีภาพคำเตือนถูกต้อง มีบางร้านเท่านั้นที่ยาเส้นไม่มีภาพคำเตือน และร้านโชห่วยไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ยี่ห้อรูปแบบอื่น ๆ ร้อยละ 90 ของร้านโชห่วยที่มีการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อ จะมีเครื่องตีแอลกอฮอล์จำหน่ายด้วยเสมอ

4) ราคา (Price)

จากการสำรวจราคาบุหรี่ยี่ห้อร้านโชห่วยในกรุงเทพมหานคร ตามรูปแบบการจำหน่ายต่อซองพบว่าบุหรี่ยี่ห้อที่จำหน่ายได้มากที่สุด คือ

1. กรองทิพย์ ราคา 65 บาทต่อซอง
2. sms ราคา 40 บาทต่อซอง
3. wonder ราคา 50 บาทต่อซอง

และรูปแบบการจำหน่ายแบบแบ่งขายพบว่าบุหรี่ยี่ห้อที่จำหน่ายได้มากที่สุด คือ

1. กรองทิพย์จำนวน 2 มวน ราคา 10 บาท
2. wonder จำนวน 3 มวน ราคา 10 บาท
3. sms จำนวน 4 มวน ราคา 10 บาท

ยี่ห้อยาเส้นที่จำหน่ายได้มากที่สุด คือ

1. ยาเส้นตราแมว ราคา 10 บาทต่อห่อ
2. ยาเส้นตราไก่ ราคา 10 บาทต่อห่อ
3. ยาเส้นตราสมอ ราคา 10 บาทต่อห่อ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ ควรมีการปรับปรุงกฎหมาย พระราชบัญญัติ กฎ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เรื่องการห้ามแบ่งจำหน่ายในทุกกรณี เนื่องจากงานวิจัยนี้ พบว่า ร้านค้าปลีกส่วนใหญ่มีการแบ่งขาย แต่เนื่องจากเจตนารมณ์ที่แท้จริงของการดำเนินงานด้านบุหรี่ นั้นต้องจำหน่ายยกซอง เพื่อต้องการเพิ่มความยากลำบากในการเข้าถึงบุหรี่ ดังนั้น จึงควรพิจารณากำหนดให้ “การแบ่งขายบุหรี่ทุกกรณีถือว่าผิดกฎหมาย/พรบ.” เพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งควรกำหนดบทลงโทษที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติ คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ ควรจัดสร้างกระแสนักสังคม ประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายรูปแบบ ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการให้เกิดความตระหนักต่อการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ ประกอบกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรมีระบบการเฝ้าระวังอย่างจริงจัง และเข้มงวดเรื่องพฤติกรรมการขายของร้านค้าระดับต่างๆ ให้อยู่ในกรอบกฎหมาย รวมทั้งร้านค้าปลีกย่อย อาทิ การปิด / เปิด และการตั้งบุหรี่ในตู้โชว์ที่บริษัทยาสูบสนับสนุนร้านค้าสะดวกซื้อและร้านค้าปลีกทั่วไป ให้ปิดตลอดเวลาที่ไม่มีการจำหน่ายบุหรี่ และควรจัดวางให้ต่ำกว่าระดับสายตา หรือให้มิดชิดภายในร้าน โดยกำหนดให้ปิดประกาศเฉพาะป้าย “ ที่นี้...มีบุหรี่จำหน่าย” ไว้หน้าร้าน เท่านั้น

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ คือ ควรมีการศึกษาวิจัยพฤติกรรมกรรมการจำหน่ายบุหรี่ในแหล่งสถานบันเทิงอื่น ๆ ซึ่งเป็นแหล่งรวมของเยาวชน อาทิ ผับ บาร์ ร้านเกมส์ ฯลฯ เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการส่งเสริมการขาย และการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน รวมทั้งควรศึกษากลยุทธ์การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มเยาวชน เพื่อให้รับรู้ค่านิยมที่ถูกต้อง และสามารถตอบโต้กลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทยาสูบได้อย่างเท่าทัน

ผลการสำรวจ ร้านอาหาร ในการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ ในปีพ.ศ.2557

ศิริวรรณ พิทยังสุภะ และ ปวีณา ปันกระจำง

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 พ.ศ.2551 และแทนที่ด้วยฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 กำหนดให้สถานที่สาธารณะจัดเขตปลอดบุหรี่ 22 ประเภท แต่จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2554 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปพบเห็นผู้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะสูงเป็น 5 อันดับจากมากไปน้อย คือ ตลาดสดหรือตลาดนัดร้อยละ 74.19 บริการขนส่งสาธารณะร้อยละ 49.11 ร้านอาหารและภัตตาคารร้อยละ 30.42 ศาสนสถานร้อยละ 26.20 และอาคารสถานที่ราชการร้อยละ 17.43 ตามลำดับ¹⁵ ดังนั้นร้านอาหารและเครื่องดื่มจึงเป็นสถานที่สาธารณะ ที่ภาครัฐและประชาสังคมต้องให้ความสำคัญลำดับต้น ๆ เพื่อเฝ้าระวังให้เป็นเขตปลอดบุหรี่

จากงานศึกษาที่ผ่านมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ร่วมกับศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล เคยจัดทำการศึกษาสถานการณ์และความคิดเห็นต่อการดำเนินร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในจังหวัดพิจิตร ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้เสียว่าต้องการให้มีการรณรงค์ติดป้ายเขตปลอดบุหรี่ให้ชัดเจนและครอบคลุมร้านอาหารทุกประเภท และได้เสนอแนะให้มีการสร้างเครือข่ายภาคีร่วมกับชมรมร้านอาหาร ภาครัฐ ประชาชน เพื่อรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพิ่มมากขึ้น และควรจัดให้มีศูนย์บริการแจ้งข้อมูลในระดับจังหวัด ประกาศวัน D-Day จับปรับผู้ที่ทำผิดต่อเนื่องจริงจัง และควรมีการประเมินผลการบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ในพื้นที่สาธารณะอื่น ๆ ซึ่งประกาศไว้ถึง 22 ประเภท และศึกษาเชิงคุณภาพด้านพฤติกรรมของเจ้าของร้านอาหาร/พนักงานและประชาชนต่อการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร¹⁶

ตัวชี้วัดระดับจังหวัดตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 ที่พัฒนาโดยภาคีควบคุมยาสูบระดับจังหวัด สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (ฉบับวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ.2556) กำหนดตัวชี้วัดหลัก 1 ตัวที่เกี่ยวข้องกับร้านอาหารและเครื่องดื่ม คือตัวที่ 15 “ร้อยละของร้านอาหารและเครื่องดื่ม ที่มีระบบปรับอากาศและไม่มีระบบปรับอากาศ จัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ถูกต้องตามกฎหมาย”

¹⁵ ศิริวรรณ พิทยังสุภะ, นุชรี ศรีวิโรจน์, และปวีณา ปันกระจำง. ข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับประเมินการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.

¹⁶ รุ่งทิพา มโนวชิรสรรค์ และบุญช่วย จุลบุตร พ.ศ. 2553. “แบบสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นต่อการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในจังหวัดพิจิตร” ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ.2554 ที่ทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสามารถแสดงร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่พบเห็นผู้สูบบุหรี่ในร้านอาหารและเครื่องดื่มเป็นรายจังหวัดได้ แต่ยังคงขาดข้อมูลระดับจังหวัดในส่วนของการปฏิบัติของผู้ประกอบการร้านค้า เพื่อใช้ในการวางแผนและประเมินผลการขับเคลื่อนสู่จังหวัดปลอดบุหรี่ของจังหวัด จำนวน 19 จังหวัดที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2556 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2558

ดังนั้น สสส. และ ศจย. จึงสนับสนุนให้จังหวัดที่ขับเคลื่อนสู่จังหวัดปลอดบุหรี่ได้มีการสำรวจสถานการณ์และอุปสรรคของผู้ประกอบการร้านอาหารและเครื่องดื่ม ในการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดเพื่อติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ของยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนจังหวัดปลอดบุหรี่จำนวน 10 จังหวัด ดังนี้ ภาคอีสาน 4 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี นครราชสีมา อำนาจเจริญ อุตรดิตถ์ ในภาคกลาง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม นครนายก สระบุรี ปราชินบุรี ตราด และภาคใต้ 1 จังหวัด ได้แก่ ตรัง ผลสำรวจสรุปได้ดังนี้

ข้อมูลจากการสอบถามเจ้าของร้านอาหาร พบว่า

- ร้อยละ 30 มีสัดส่วนที่พนักงานที่สูบบุหรี่ในร้านต่อพนักงานทั้งหมด
- ร้อยละ 60 เป็นร้านค้าขนาดกลางซึ่งมีลูกค้าที่สามารถให้บริการได้ 20 คนขึ้นไป
- ร้อยละ 74 ไม่มีการจำหน่ายบุหรี่ในร้านอาหาร
- ร้อยละ 48 มีความเห็นว่ามีจำเป็นต้องจัดเขตสูบบุหรี่ในร้านอาหาร
- ร้อยละ 75 ลูกค้ามีความพึงพอใจต่อการเข้มงวดในการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร
- ร้อยละ 83 ไม่มีพนักงานในร้านสูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีควันในบริเวณบริการอาหารและเครื่องดื่มในร้าน
- ร้อยละ 45 ได้รับความนิยมนู๋มือสองในร้านอาหาร
- ร้อยละ 55 ร้านอาหารต้องการติดตั้งเคอร์เซตปลอดบุหรี่, ร้อยละ 21 ต้องการการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างเพื่อให้ประชาชนรู้ว่าการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร และร้อยละ 11 ต้องการติดตั้งเคอร์เซตปลอดบุหรี่

การสำรวจเกี่ยวกับการรับรู้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พบว่า

- ผู้ประกอบการร้านอาหารมีการรับรู้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 70 ว่าโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ สภา ร้านขายยา โรงเรียน/สถานศึกษาดำกว่าอุดมศึกษา และร้านอาหารที่ไม่มีแอร์เป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ตามกฎหมาย
- ผู้ประกอบการร้านอาหารมีการรับรู้ถูกต้องร้อยละ 50-70 ว่าห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ ร้านอาหารที่มีแอร์ ห้องพักในโรงแรมและเกสต์เฮาส์ สถานที่ทำงานเอกชน และศาสนสถาน

- ผู้ประกอบการร้านอาหารมีการรับรู้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 50 ว่ามหาวิทยาลัย/สถานศึกษา ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป สนามแข่งขันกีฬา ร้านอินเทอร์เน็ต สถานที่ราชการ สวนสาธารณะ ตลาดสด ตลาดนัด ยานพาหนะขนส่งมวลชน และสถานีขนส่งมวลชน บ้ายรถเมล์ สถานีรถไฟ

ข้อมูลการปฏิบัติตามกฎหมายจากการสังเกต พบว่า

- ร้อยละ 22 มีการสูบบุหรี่ให้เห็นแบบซึ่งหน้าในร้านอาหารที่สังเกต
- ร้อยละ 29 มีการแสดงป้ายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- ร้อยละ 43 มีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร
- ร้อยละ 40 มีการแสดงข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ 2,000 บาท” ในเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร
- ร้อยละ 13 มีการจัดแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ไว้บริเวณทางเข้าทุกช่องทางของร้านอาหาร
- ร้อยละ 15 มีการจัดอุปกรณ์หรือส่งอำนวยความสะดวกสำหรับสูบบุหรี่ในร้านอาหาร
- ร้อยละ 20 มีการจัดให้มีสถานที่สำหรับสูบบุหรี่ นอกบริเวณบริการอาหารและเครื่องดื่ม
- ร้อยละ 19 ได้กลิ่นควันบุหรี่ในร้านอาหารที่ไปสังเกต
- ร้อยละ 15 มีก้นบุหรี่ในบริเวณห้องน้ำ หรือถังขยะในบริเวณที่ติดแอร์ในร้านอาหาร

การสำรวจสถานที่สาธารณะ ในเขตกรุงเทพมหานคร

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

การออกปฏิบัติงานฝ่าละเมิด เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อกฎหมายและแนวทางการดำเนินการให้สถานที่สาธารณะ และสถานประกอบการเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร ทั้ง 50 เขต (เดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง เดือนตุลาคม 2557) โดยมีรายงานสรุปการดำเนินการฝ่าละเมิด ดังนี้

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานครควบคุมโรค ได้ร่วมกับสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร 50 เขต ร่วมออกปฏิบัติงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อกฎหมายและแนวทางการดำเนินการให้สถานที่สาธารณะ/สถานประกอบการเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้ง 50 เขต ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง เดือนตุลาคม 2557รวมทั้งสิ้น 438 แห่ง ดังนี้

- พบการฝ่าฝืนกฎหมายเกี่ยวกับสถานที่สาธารณะ/สถานประกอบการตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535จำนวนทั้งสิ้น 416 ครั้ง (บางแห่งมีการฝ่าฝืน กฎหมาย มากกว่า 1 ครั้ง):

- มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 282 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 67.79
- มาตรา 5 (2) ไม่จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด จำนวน 72 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.31
- มาตรา 5 (3) ไม่จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด จำนวน 30 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7.21
- มาตรา 6 ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่จำนวน 32 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7.69

➤ พบการฝ่าฝืนกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 จำนวนทั้งสิ้น 47 ครั้ง(บางแห่งมีการฝ่าฝืนกฎหมายมากกว่า 1 ครั้ง) :

- มาตรา 6 (1) ขายสินค้าหรือให้บริการโดยมีการแจก แคม ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือ ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจก แคม ให้หรือแลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น หรือ การให้บริการอย่างอื่นประกอบ หรือให้ หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแก่ผู้นำหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบมาแลกเปลี่ยน หรือ แลกซื้อ จำนวน 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ8.51
- มาตรา 8 โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์หรือ หรือใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในการแสดงการแข่งขัน การให้บริการหรือการประกอบกิจกรรมอื่นใด จำนวน 9 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 19.15
- มาตรา 13 ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีได้แสดงฉลากตามที่กำหนดในมาตรา 12 หรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีภาพคำเตือนยกเลิกไปแล้ว จำนวน 34 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.34

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สถานบริการสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 6 แห่ง

- พบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
 - มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 3 ครั้ง
 - มาตรา 5 (2) ไม่จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด จำนวน 1 ครั้ง
 - มาตรา 5 (3) ไม่จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด จำนวน 1 ครั้ง

2. สถานศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 3 แห่ง

- พบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

- มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 2 ครั้ง

3. ตลาด จำนวนทั้งสิ้น 58 แห่ง

- พบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

- มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 47 ครั้ง
- มาตรา 5 (2) ไม่จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด จำนวน 3 ครั้ง
- มาตรา 5 (3) ไม่จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด จำนวน 6 ครั้ง
- มาตรา 6 ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่จำนวน 12 ครั้ง

4. ร้านอาหาร จำนวนทั้งสิ้น 114 แห่ง

- พบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

- มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 47 ครั้ง
- มาตรา 5 (2) ไม่จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด จำนวน 16 ครั้ง
- มาตรา 5 (3) ไม่จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด จำนวน 7 ครั้ง
- มาตรา 6 ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่จำนวน 2 ครั้ง

5. ห้างสรรพสินค้า จำนวนทั้งสิ้น 77 แห่ง

- พบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.

2535

- มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 63 ครั้ง
- มาตรา 5 (2) ไม่จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด จำนวน 27 ครั้ง
- มาตรา 5 (3) ไม่จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด จำนวน 10 ครั้ง

- มาตรา 6 ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่จำนวน 4 ครั้ง

6. สถานีขนส่งสาธารณะ จำนวนทั้งสิ้น 20 แห่ง

- พบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.

2535

- มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 18 ครั้ง
- มาตรา 5 (2) ไม่จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด จำนวน 4 ครั้ง
- มาตรา 5 (3) ไม่จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด จำนวน 1 ครั้ง
- มาตรา 6 ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่จำนวน 12 ครั้ง

7. โรงแรม จำนวนทั้งสิ้น 24 แห่ง

- พบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.

2535

- มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 22 ครั้ง
- มาตรา 5 (2) ไม่จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด จำนวน 12 ครั้ง
- มาตรา 5 (3) ไม่จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด จำนวน 2 ครั้ง
- มาตรา 6 ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่จำนวน 1 ครั้ง

8. ร้านโชห่วย จำนวนทั้งสิ้น 91 แห่ง

- พบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.

2535

- มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 2 ครั้ง
- พบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
 - มาตรา 6 (1) ขายสินค้าหรือให้บริการโดยมีการแจก แถม ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ/มาตรา 6 (2) ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจก แถม ให้หรือแลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่นหรือการให้บริการอย่างอื่นประกอบ/มาตรา 6 (3) ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือ แก่ผู้นำหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบมาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ จำนวน 4 ครั้ง

- มาตรา 8 โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ หรือใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในการแสดง การแข่งขัน การให้บริการหรือการประกอบกิจกรรมอื่นใด จำนวน 9 แห่ง
- มาตรา 13 ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีได้แสดงฉลากตามที่กำหนดใน มาตรา 12 หรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีภาพคำเตือนยกเลิกไปแล้ว จำนวน 34 ครั้ง

9. สถานประกอบการ/สถานที่สาธารณะ อื่นๆ เช่น สถานที่ราชการ สถานที่ทำงานเอกชน สุขา ร้านเกมส์สถานที่ออกกำลังกาย ปั่นน้ำมันเชื้อเพลิง สถานบริการตามพระราชบัญญัติสถานบริการ สถานเสริมความงาม และ ศาสนาสถานพบการกระทำ ความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 มาตรา 5 (1) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายกำหนด เช่น ไม่มีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด จำนวนทั้งสิ้น 38 แห่ง

ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ยังได้แนะนำให้ผู้ควบคุม /ผู้ดูแลสถานที่ ต้องแสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ และต้องแสดงให้ประชาชนหรือผู้มาใช้บริการเห็นเด่นชัด ซึ่งจากการออกปฏิบัติงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ฯ ดังกล่าวผู้ควบคุม /ผู้ดูแลสถานที่ รวมถึงเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตทั้ง 50 เขต ได้อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการดำเนินการเป็นอย่างดี โดยเฉพาะผู้ควบคุม /ผู้ดูแลสถานที่ ยินดีที่จะปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องตามกฎหมายตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ดังภาพการออกปฏิบัติงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ขอกฎหมาย และแนวทางการดำเนินการให้สถานที่สาธารณะ/สถานประกอบการเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 50 เขต ต่อไปนี้



รายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ



4.4 มาตรการระบบบริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย

สุนิดา ปรีชาวงษ์¹⁷

การให้บริการเลิกบุหรี่เป็นมาตรการหนึ่งในการลดอุปสงค์ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ อีกทั้งยังเป็นพันธกรณีตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก (Article 14) ที่ภาคีต้องจัดให้มีขึ้น องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่า ระบบการช่วยให้เลิกบุหรี่ควรครอบคลุม 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) การให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2) การให้คำปรึกษาและแนะนำการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ และ 3) การใช้ยาบำบัดในการช่วยให้เลิกบุหรี่ เช่น ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน เป็นต้น นอกจากนี้ ในรายงานสถานการณ์การระบาดของยาสูบทั่วโลกว่าด้วยการขึ้นภาษียาสูบยังระบุว่า โดยภาพรวมแล้ว การให้บริการเลิกบุหรี่เป็นมาตรการควบคุมยาสูบที่มีความก้าวหน้ามากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการอื่น ๆ อาทิ การจัดทำภาพคำเตือนบนซองบุหรี่, การจัดพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ในฐานะภาคีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ ทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพสุขภาพและการให้บริการเลิกบุหรี่ รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมาตรการ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 ประเทศไทยเป็นประเทศในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลาง – รายได้สูง ซึ่งได้จัดการบำบัด ดูแลรักษาผู้ติดยาสูบที่คุ้มค่าแก่ประชาชน¹⁸ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์การให้บริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย

สถานการณ์การเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่

ปัจจุบัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ได้หลายช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นคลินิกเลิกบุหรี่ในระบบสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพหลายวิชาชีพ อาทิ คลินิกฟ้าใส (เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ฯ) คลินิกทันตกรรมช่วยเลิกบุหรี่ (เครือข่ายวิชาชีพทันตแพทย์ฯ) และนอกระบบสุขภาพ อาทิ ร้านขายยาปลอดบุหรี่ (เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ) สถานประกอบการ (โครงการพัฒนาสถานประกอบการปลอดบุหรี่) รวมทั้งการให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ ในช่วงปี พ.ศ.2556 – 2558มีความก้าวหน้าของการให้บริการเลิกบุหรี่ รายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

คลินิกทันตกรรม ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 79 แห่ง มีผู้มารับบริการ จำนวน 266,072 คน, แนะนำให้เลิกบุหรี่ 15,051 คน, ต้องการเลิกบุหรี่ 8,436 คน, ผู้สูบกําหนดวันเลิกบุหรี่ (Set quit date) 1,928 คน จากการติดตามผู้เลิกสูบบุหรี่ 6 เดือน พบว่า เลิกได้สำเร็จ 132 คน¹⁹ นอกจากนี้ คลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด ได้รับการพัฒนาให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่และคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก³

¹⁷ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ร้านยาดี ๆ เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ เป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมยาสูบ, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อส่งเสริมให้ร้านยาซึ่งกระจายอยู่ทั่วทุกพื้นที่ของประเทศได้มีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบแบ่งเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมใน 4 รูปแบบกิจกรรม⁴ ได้แก่ 1) มาเป็นร้านยาปลอดบุหรี่ 100% กันเถอะ; 2) แนะนำสายด่วนเลิกบุหรี่ Quitline 1600; 3) ส่งต่อศูนย์ติดตามการเลิกบุหรี่; และ 4) การให้คำปรึกษาและติดตามเต็มรูปแบบ

ในปัจจุบันเครือข่ายเภสัชฯ มีกระบวนการทำงานแบบ Area base เน้นจังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ของสสส. และจังหวัดในเขตสปสข. อาทิ กระบี่ สงขลา นครราชสีมา นครปฐม เชียงราย โดยสนับสนุนการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาครบทุกชั้นตอน 5 A's³ ซึ่งขณะนี้ร้านยาที่สามารถให้บริการดังกล่าวได้ 153 แห่ง

ระบบบริการเลิกยาสูบโดยมีชุมชนเป็นฐาน เป็นแผนงานในความรับผิดชอบของเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่และเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ฯ เริ่มดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 12 จังหวัด ในระยะแรกเป็นการพัฒนาโครงสร้างจัดตั้งศูนย์อบรมผู้นำการส่งเสริมการเลิกและบำบัดผู้เสพยาสูบ 13 ศูนย์ และพัฒนาศักยภาพของบุคลากร อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข³ นอกจากนี้ในเดือนมิถุนายน 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือสมาคมพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ จัดโครงการ “1 อสม. ขอ 1 คน เลิกบุหรี่” เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในวโรกาสเฉลิมพระชนมายุ 60 พรรษา โดยให้อสม. 1 คนชักชวนผู้ที่สูบบุหรี่ 1 คน เลิกสูบบุหรี่อย่างถาวรภายใน 3 เดือน ในปีแรกตั้งเป้าหมาย 100,000 คน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 1 คน⁵

การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์

การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ในประเทศไทย เริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2536 โดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1600ในขณะนั้นมูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นผู้รับผิดชอบ⁶ ต่อมากระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ร่วมมือกันสนับสนุนการก่อตั้งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติขึ้น โดยจัดทำเป็นโครงการหนึ่งภายในการกำกับดูแลของมูลนิธิสร้างสุขไทย มีนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานมูลนิธิ และยังคงให้บริการผ่านหมายเลขโทรศัพท์เดิม คือ “1600” ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติเปิดให้บริการประชาชนตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 โดยให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ทั้งเชิงรุก(Proactive service) และเชิงรับ(Reactive service) มีค่าบริการ 3 บาท/ครั้ง อย่างไรก็ตาม ด้วยความร่วมมือจากกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ร่วมกับผู้ให้บริการโทรศัพท์เคลื่อนที่และโทรศัพท์ประจำที่ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2256 ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ฯ จึงได้บริการให้คำปรึกษาฟรี ไม่ว่าผู้สูบบุหรี่จะโทรจากโทรศัพท์พื้นฐานหรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ทุกระบบ⁶ เปิดให้บริการระหว่าง 07.30 - 20.00 น. ตั้งแต่ วันจันทร์ – วันศุกร์สำหรับนอกเวลา หรือวันหยุด ผู้ใช้บริการสามารถฝากเบอร์โทรศัพท์ด้วย SMS เพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดต่อกลับ ซึ่งนับว่าเป็นการเพิ่มช่องทาง

ให้บริการประชาชนที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และกระตุ้นให้ประชาชนได้รับบริการเพิ่มมากขึ้น^{7, 8}

ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ฯ ยังให้ข้อมูลการเลิกบุหรี่ทางไปรษณีย์ อาทิ คู่มือเตรียมตัว และชีวิตปลอดบุหรี่ คู่มือคิดเลิกบุหรี่ ซึ่งจัดส่งให้แก่ผู้ที่ได้รับคำปรึกษาหรือผู้ที่โทรแจ้งความประสงค์โดยที่ผู้ใช้บริการไม่ต้องเสียค่าบริการแต่อย่างใดนอกจากนี้ยังมีการให้บริการผ่านทาง Internet เพื่อการขยายช่องทางการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่บริการดังกล่าว เช่นบริการ *U-Refer* และ บริการผ่าน *Facebook* “1600 ไม่บอกรักแต่บอกเลิก” ซึ่งเป็นช่องทางสำหรับผู้สนใจอยากเลิกสูบบุหรี่หรืออยากให้คนใกล้ชิดเลิกบุหรี่ ให้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ผ่านทางกล่องข้อความ (message) เป็นต้น

การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์นับว่าเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่สะดวก ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและมีประสิทธิภาพจากการศึกษาผลของการติดตามให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยสำรวจในผู้ที่ผู้สูบบุหรี่ที่ใช้บริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ จำนวน 204 คน ในช่วงตั้งแต่เดือน 1 กุมภาพันธ์ 2556 ถึง 31 กรกฎาคม 2556 พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มาใช้บริการสามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องกัน 7 วัน, 30 วัน, 3 เดือน, และ 6 เดือน คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ 81.4, 69.1, 63.2, และ 51.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลิกสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องกัน 6 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติด้านร่างกาย 52.0 (SD= 7.0) และมิติด้านจิตใจ 58.0 (SD= 6.4) ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ไม่สามารถเลิกได้ต่อเนื่อง ในด้านความพึงพอใจ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ฯ ในระดับมากที่สุด⁹

ในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม 2557 ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ฯ ให้บริการดังนี้ จำนวนที่ให้บริการทั้งหมด (Services delivery) 337, 173 ครั้ง แบ่งเป็น สายที่ให้บริการอย่างสมบูรณ์ 154,581 ครั้ง และสายที่โทรออกเพื่อให้คำปรึกษาและติดตามผลการให้บริการ (Outgoing calls) 182,592 ครั้ง ในด้านจำนวนผู้ใช้บริการ พบว่า ในรอบปีพ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ใช้บริการทั้งสิ้น 33,505 คน แบ่งเป็น ผู้ที่โทรเข้ามาใช้บริการ จำนวน 33,161 คน และผู้ใช้บริการที่ส่งต่อจากภาคีเครือข่าย U-Quit, Fax-refer และ U-Refer จำนวน 344 คน ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ /บุคคลทั่วไป 3,789 คน และเป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 27,916 คน¹⁰

คลินิกฟ้าใส

โครงการเครือข่ายคลินิกฟ้าใส เป็นหนึ่งในโครงการของเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เริ่มดำเนินการเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน โครงการนี้มีโรงพยาบาลเข้าร่วมเป็นเครือข่าย 321 แห่ง (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2557) แบ่งเป็นคลินิกฟ้าใสที่ตั้งในเขตกรุงเทพมหานคร 34 แห่ง, ภาคกลาง 58 แห่ง, ภาคตะวันออก 24 แห่ง, ภาคตะวันตก 19 แห่ง, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 75 แห่ง, ภาคเหนือ 61 แห่ง, และภาคใต้ 50 แห่ง¹¹ เป็นการให้บริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการ คือให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน การให้บริการในโรงพยาบาลอาจจะเป็นแบบคลินิกเลิกบุหรี่โดยเฉพาะ หรือคลินิกเวชกรรมทั่วไป หรือคลินิกโรคเรื้อรัง (โดยมีการวางแผนว่า จะส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคถุงลมโป่งพอง, เบาหวาน, โรคทางจิตเวช, ภาวะ Stroke, และวัณโรค) พร้อมทั้งมีการสนับสนุนเวชภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้สูบบุหรี่ใน

รายที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และคลินิกฟ้าใสทุกแห่งใช้วิธีการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการเดียวกัน คือ บันทึกโดย Microsoft Excel อย่างไรก็ตาม เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ระบบดังกล่าวทำให้เครือข่ายคลินิกฟ้าใสมีอุปสรรคในเรื่องการนำข้อมูลมาใช้ การส่งข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและไม่สม่ำเสมอ ต่อมาเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2557 จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการบันทึกเป็นระบบ Mobile Application “คลินิกฟ้าใส”¹² ส่วนการศึกษาประสิทธิผลการให้บริการเลิกยาสูบของโครงการเครือข่ายคลินิกฟ้าใส ขณะนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการ

การช่วยให้เลิกบุหรี่โดยการใช้ยา

ในพ.ศ. 2558 ประเทศไทยยังมีเพียง Nortriptyrine hydrochloride เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Medicines) ประเภทบัญชียา ก¹³ หมายถึง ยาที่ให้เลือกใช้เป็นอันดับแรกและมีสมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาว (ตำรับโรงพยาบาล) เป็นยาช่วยช่วยลดความอยากบุหรี่ อยู่ในรายการบัญชียาจากสมุนไพร บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2555¹⁴ อย่างไรก็ตาม ขณะนี้มีความร่วมมือระหว่างองค์การเภสัชกรรม, เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่, และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ในการพัฒนายาที่ช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ยาเม็ดอมสารสกัดสมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาว ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ได้สะดวกกว่ารูปแบบเดิมที่เป็นชาชงและยาเม็ด Cytisine ซึ่งเป็นสารสกัดจากพืชและมีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศแถบยุโรปตะวันออก อีกทั้งมีความปลอดภัยและมีประสิทธิผลไม่น้อยกว่าผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน โดยองค์การเภสัชกรรม คาดว่าจะสามารถผ่านการขึ้นทะเบียนได้ภายใน 2 ปี¹⁵

โดยสรุป ระบบบริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทยมีความก้าวหน้าแบบค่อยเป็นค่อยไป มีระบบบริการเลิกบุหรี่ 3 รูปแบบใหญ่ ได้แก่ มีการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ในสถานบริการของรัฐและนอกสถานบริการสุขภาพ, การให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์, และเริ่มการพัฒนายาที่ช่วยให้เลิกบุหรี่แม้ว่าที่ผ่านมาภาพความร่วมมือ ประสานงานระหว่างเครือข่าย/หน่วยงานที่ให้บริการเลิกบุหรี่ยังไม่ชัดเจนนัก ประเด็นดังกล่าวเป็นความท้าทายในการจัดระบบบริการเลิกบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco. Luxembourg: WHO Press, 2015.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013 Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Luxembourg: WHO Press, 2013.
3. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. รายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศของโครงการเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ; 2015 7 มกราคม; ห้องประชุมมูลนิธิวัชรเวชวิทยาลักษณ์ ชั้น 6 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ

4. เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมยาสูบ. ร้านยาดี ๆ เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558 กรกฎาคม 17]. เข้าถึงได้จาก http://www.smokefreepharmacy.com/portfolio_news1.php
5. สำนักงานสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน สธ.จัดโครงการ “1 อสม. ขอ 1 คน เลิกบุหรี่ถาวร” ตั้งเป้า 100,000 คน ภายใน 3 เดือนนี้[อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558 กรกฎาคม 17]. เข้าถึงได้จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=73685
6. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. รูปแบบต่างๆ ในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่. ใน: กรองจิต วาทีสาธกกิจ, บรรณาธิการ. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2551. (หน้า 120 – 126).
7. กองบรรณาธิการ. 1600 โทรเลิกบุหรี่ ฟรีทุกเครือข่าย. วารสาร SMART 2556; 14 (161): 6.
8. จินตนา ยูนิพันธุ์, วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และสุวิมล โรจนาวี. อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2556; 11: 49 – 61.
9. จินตนา ยูนิพันธุ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, สุวิมล โรจนาวี, อรรพรรณ มั่งคั่ง, นัยนา วงศ์สายตา, และจิรภิญญา คำรัตน์. ผลของการติดตามให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ใช้บริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
10. ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. รายงานประจำปี; 2557.
11. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. โครงการเครือข่ายคลินิกฟ้าใส. กรุงเทพฯ: บริษัทเฮลท์ เวิร์ค จำกัด; 2555.
12. ประกาศเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ฉบับที่ 1 เรื่อง การเปลี่ยนระบบการบันทึกข้อมูลและระเบียบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนในคลินิกฟ้าใส. 2558, มกราคม 22.
13. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556 (2556, 30 กันยายน)ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 130 ตอน 126 ง
14. ธนุรช ทิพวงศ์. สถานการณ์ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย. ใน: ศิริวรรณ พิชัยรังษะภูฏี, ปวีณา ปันกระจำง, และสุนิดา ปรีชาวงษ์, บรรณาธิการ. สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อควบคุม ยาสูบและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคงการพิมพ์; 2556. (หน้า 76 – 85).
15. องค์การเภสัชกรรมจับมือเครือข่ายเดินหน้าพัฒนายาเลิกสูบบุหรี่ช่วยผู้ติดบุหรี่. โพสต์ทูเดย์. 2558 มิถุนายน 8; การเมือง:A5

4.5 มาตรการภาพคำเตือนบนซองบุหรี่

รองศาสตราจารย์ นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ DrPH

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของภาพคำเตือนสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ

คำเตือนบนซองบุหรี่ : การส่งข้อความสุขภาพถึงสาธารณะ

หีบห่อผลิตภัณฑ์เป็นส่วนสำคัญในกลยุทธ์การตลาดภาพรวมของสินค้าอุปโภค-บริโภค^{18 19 20} หีบห่อช่วยสร้างเอกลักษณ์ของตราสินค้าในตลาดที่มีการแข่งขัน และเป็นช่องทางในการส่งเสริมที่มี ประสิทธิภาพ ทั้ง ณ จุดขายและในขณะที่ผลิตภัณฑ์ถูกนำมาใช้^{21 22 23} หีบห่อเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งมีโอกาสสูงสำหรับการรับรู้หรือมองเห็นในสังคม²⁴

ดังนั้น หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบถูกนำมาใช้เป็นตราสินค้า ซึ่งบ่งบอกบางอย่างเกี่ยวกับเจ้าของและเป็นรูปแบบที่สำคัญของการโฆษณา และเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะในตลาดผู้ใหญ่²⁵ กล่องหรือซอง

บุหรี่ – รวมทั้งหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆเป็นช่องทางสำคัญในการเชื่อมต่อกับรูปแบบอื่นๆของการโฆษณา²⁶ รูปแบบของหีบห่อช่วยเสริมภาพลักษณ์ตราสินค้าซึ่งสื่อสารผ่านช่องทางอื่นๆและมี

¹⁸ Shapiro SJ, Perreault WD, McCarthy EJ. Basic Marketing: A global managerial approach. McGraw-Hill 1999. Toronto.

¹⁹ Underwood RL, Klein NM, Burke RR. Packaging communication attentional effects of product imagery. Journal of Product Brand Management 2001; 10: 403-22.

²⁰ Meyers H, Lubliner MJ. The marketer's guide to successful package design. Chicago, Illinois, USA: NTC Business Books, 1998.

²¹ Slade J. The pack as advertisement. Tobacco Control 1997; 6: 169-170.

²² Underwood RL, Ozanne J. Is your package an effective communicator? A normative framework for increasing the communicative competence of packaging. Journal of Marketing Communication 1998: 207-220.

²³ Palmer A. The Product. Principles of Marketing. Oxford: Oxford University Press / Books 2000: 215-238.

²⁴ Polay RW. The role of packaging seen through industry documents. March 2001. Expert report prepared for : JTI-Macdonald, Imperial Tobacco Canada LTD and Rothmans, Benson and Hedges Inc. v. Attorney General of Canada and Canadian Cancer Society (intervener). Supreme Court, Province of Quebec, District of Montreal, Defense Exhibit D-116. In: The Technical Guide on Tobacco Labelling and Packaging. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union), Department of Tobacco Control. tobaccofreeunion@theunion.org; www.theunion.org; www.tobaccofreeunion.org;

²⁵ Center for Health Promotion. Effects of plain packaging on the image of tobacco products among youth. November 30, 1993. Toronto : University of Toronto, 1993. http://tobaccodocuments.org/tjr/5_12546962-6979.html Accessed May 25, 2011.

²⁶ Wakefield M, Letcher T. My pack is cuter than your pack. Tobacco Control 2002; 11: 154-157.

บทบาทสำคัญในการตลาด ณ จุดขาย ซึ่งนับเป็นงบประมาณส่วนใหญ่ของการส่งเสริมการขายโดยอุตสาหกรรมยาสูบในแคนาดา²⁷

คุณค่าทางการตลาดของหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่มขึ้นเมื่อรูปแบบอื่นๆทางการตลาดถูกจำกัด^{28 29}

ผู้บริหารของบริษัท ฟิลิป มอร์ริส กล่าวถึงข้อจำกัดในการโฆษณาที่เพิ่มมากขึ้น ‘ช่องทางสุดท้าย ในการสื่อสารคือการตลาดผ่านทางหีบห่อผลิตภัณฑ์’³⁰ เอกสารภายในจากบริษัท บริติช อเมริกัน โท แบคโก บ่งชี้ว่า ‘กล่องหรือซอง สามารถออกแบบให้สะดุดตากว่าคู่แข่ง เมื่อวางอยู่ที่จุดขาย’³¹ หีบห่อ ผลิตภัณฑ์ นับเป็นกลยุทธ์การตลาดที่สำคัญสำหรับยาสูบ และนับเป็นช่องทางที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึง กลุ่มเป้าหมาย เช่น วัยรุ่น และสตรี^{32 33 34}

อุตสาหกรรมยาสูบใช้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นโอกาสในการสื่อสาร ส่วนประกอบของแต่ละหีบห่อทำหน้าที่เป็นองค์ประกอบซึ่งมุ่งไปสู่การสื่อสารตราสินค้า³⁵ ดังนั้นหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นช่องทาง การตลาดที่สำคัญสำหรับอุตสาหกรรมยาสูบ และคุณค่าทางการตลาดจะเพิ่มขึ้นเมื่อรูปแบบ การ ตลาด ทั่วๆไปถูกจำกัดมากขึ้น

²⁷ Dewhirst T. POP goes the powermall? Taking aim at tobacco promotional strategies utilized at retail. *Tob Control* 2004; 13: 209-210.

²⁸ Wakefield MA, Terry-McElrath YM, Chaloupka FJ. et al. Tobacco industry marketing at point of purchase after the 1998 MSA billboard advertising ban. *American Journal of Public Health* 2002; 92: 937-940.

²⁹ Celebucki CC, Diskin K. A longitudinal study of externally visible cigarette advertising on retail store fronts in Massachusetts before and after the Master Settlement Agreement. *Tobacco Control* 2002, 11 (Suppl. II): ii47-53.

³⁰ Hulit M. Marketing issues corporate affairs conference May 27, 1994 – Manila. 27 May 1994. Philip Morris. Bates No. 2504015017/5042 <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/iga42e00> Accessed May 29, 2011.

³¹ Miller L. Principles of measurement of visual standout in pack design. Report No. RD2039 Restricted. Group Research & Development Centre. British American Tobacco Co. Ltd., May 23, 1986. Bates No. 102699347-102699500. In: The Technical Guide on Tobacco Labelling and Packaging. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union), Department of Tobacco Control. tobaccofreeunion@theunion.org; www.theunion.org; www.tobaccofreeunion.org

³² Cummings KM, Morley C, Horan J. et al. Marketing to America's youth: evidence from corporate documents. *Tobacco Control* 2002; 11 (Suppl I):15-17.

³³ Carpenter CM, Wayne GF, Connolly GN. Designing cigarettes for women: new findings from the tobacco industry documents. *Addiction* 2005; 100:837-851.

³⁴ Beime M. RJR Gets Over the ‘Hump’ With Camel No. 9 for Women. *Brandweek* 2007; 48:6.

³⁵ Mawditt N. Putting pack opportunities into the frame. *World Tobacco* 2006; 212: 36-37.

คำเตือนด้านสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ในมาตรา 11.1 (b) ของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ivaพื้นที่คำเตือนด้านสุขภาพจะต้องไม่น้อยกว่า 30% แต่ควรจะเป็น 50% หรือมากกว่าของพื้นที่บนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ และอาจจะมีภาพคำเตือนรวมอยู่ด้วย³⁶ เมื่ออุตสาหกรรมยาสูบใช้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นช่องทางในการโฆษณาประชาสัมพันธ์และการตลาด พื้นที่ดังกล่าวสามารถใช้เป็นช่องทางการสื่อสารโดยภาครัฐได้เช่นกัน ข้อความสุขภาพบนซอง/กล่องยาสูบต้องการสื่อสารถึงความเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ข้อความสุขภาพมีประสิทธิผลในการลดการบริโภคยาสูบโดยจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่พยายามเลิกสูบบุหรี่หรือสูบน้อยลง คำเตือนสุขภาพช่วยลดความน่าสนใจของซอง/กล่องบุหรี่ที่มีต่อกลุ่มเยาวชน

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ทั่วโลกไม่ทราบถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสูบบุหรี่แม้กระทั่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว³⁷ บริษัทยาสูบอ้างว่าผู้สูบบุหรี่ต่างได้รับการเตือนอย่างเพียงพอเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ แต่ไม่เป็นความจริงในบางระบบทางกฎหมาย อุตสาหกรรมยาสูบมีหน้าที่ที่จะต้องเตือนโดยมีรายละเอียด เช่น³⁸

- ความเสี่ยงเฉพาะจากการสูบบุหรี่ (เช่น มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองแตก การเสพติด)
- ความเสี่ยงมากหรือน้อย (โอกาสของผู้สูบบุหรี่ 1 ซองต่อวันจะเป็นโรคนาน้อยเพียงใด?)
- ผลของความเสี่ยง (ภาวะแทรกซ้อนต่างๆของมะเร็งปอด และโอกาสรอด)
- ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ถ้าผู้สูบบุหรี่เลิกสูบจะลดความเสี่ยงได้มากน้อยเพียงใด?)

ภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นสิ่งจำเป็นเพราะผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หนึ่งในสองเสียชีวิต มีสิทธิอย่างชัดเจนที่จะได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยง³⁹ ภาพคำเตือนดังกล่าวได้รับการอธิบายจากผู้ชี้แนะที่สำคัญชาว แคนาดาชื่อ Garfield Mahood ว่าเปรียบเสมือน ‘ป้ายโฆษณาเคลื่อนที่’ ซึ่งจะสามารถดึงดูดความสนใจ ได้มากกว่าข้อความคำเตือนที่เห็นทั่วไป ภาพคำเตือนดังกล่าวช่วยลดความน่าสนใจของซองบุหรี่ ซึ่ง กลายเป็นแหล่งข้อมูลส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบหลัก หลังจากที่มีการห้ามโฆษณายาสูบได้แพร่กระจายไป ทั่วโลก นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยพบว่า คำเตือนสุขภาพที่ครอบคลุม รวมทั้งภาพคำเตือนที่ใหญ่มากขึ้น มีประสิทธิภาพมากกว่าในการสื่อถึงความเสี่ยงทางสุขภาพต่างๆอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่⁴⁰

³⁶ WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO Geneva, 2003. www.who.int/fctc/en/index.html

³⁷ Slovic P. (Ed.) Smoking risk perception and policy. California: Sage Publications, 2001.

³⁸ Mahood G. Warnings that tell the truth: breaking new ground in Canada. Tobacco Control 1999; 8: 356-361.

³⁹ World Health Organization. Tobacco Free Initiative. Information on global tobacco use. Available at www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html Accessed May 31, 2011.

⁴⁰ Hammond D, Fong GT, Borland R, Cummings KM, McNeill A, Driezen P. Text and Graphic Warnings on Cigarette Packages: Findings from the International Tobacco Control Four Country Study. American Journal of Public Health 2007; 32 (3): 202-209.

โดยข้อเท็จจริงภาพคำเตือนช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่ หรือเพิ่มความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งในการสำรวจของประเทศแคนาดาพบว่า 38% ของผู้สูบบุหรี่ หรือผู้ที่เคยสูบบุหรี่ยอมรับว่าภาพ คำเตือนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการเลิกสูบบุหรี่⁴¹

ในปีค.ศ. 1995 Cunningham และ Kyle เสนอแนวคิดหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบปราศจากสีสันทันทีเป็น ‘มาตรฐาน’ โดยเห็นว่า ซอง / กล่อง บุหรี่เป็นช่องทางส่งเสริมการขายที่สำคัญและจำเป็นจะต้องถูก ควบคุม ในมิติของการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ⁴²

รศ. ดร. นิตศน์ ศิริโชติรัตน์ นักวิชาการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ภาพคำเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่เป็นมาตรการหนึ่งในการควบคุมยาสูบ ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกร่วมกับอีก 178ประเทศ โดยภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นสิ่งจำเป็นเพราะผู้สูบบุหรี่ 1 ใน 2 เสียชีวิตจากการบริโภคจึงมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงโดยข้อเท็จจริงภาพคำเตือนช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่ หรือเพิ่มความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผลการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยศาสตราจารย์ พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และทีมวิจัย เมื่อปีพ.ศ.2547- 2548 พบว่าเมื่อประเทศไทยเปลี่ยนคำเตือนสุขภาพเป็นภาพสีและคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 44.6% เป็น 58.2% และสำหรับกลุ่มที่พยายามเลิกสูบบุหรี่แต่กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ มีจำนวนลดลงจาก 20% เป็น 5.9%

ศ. ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และคณะ ได้ดำเนินงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษา “ประสิทธิผลของปัจจัยทดลอง 3 ปัจจัย ได้แก่การขยายขนาดรูปภาพ 85% ชนิดรูปภาพฉลากคำเตือนเรื่องสุขภาพ และซองบุหรี่แบบเรียบ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสนองตอบในการบริโภคบุหรี่ของวัยรุ่นในประเทศไทย ปีพ.ศ .2558” สนับสนุนโดยสจย.และสสส. ในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาอายุระหว่าง 13-18 ปีจำนวน 720 คน ในสถานศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มไม่สูบบุหรี่ มีความมั่นใจในการไม่สูบ/ไม่ใช้ บุหรี่ มากกว่ากลุ่มสูบและกลุ่มเคยสูบ (2) ในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ การขยายขนาดรูปภาพบนซองบุหรี่เป็น 85% ได้สร้างความมั่นใจในการไม่สูบ/ไม่ใช้บุหรืมากกว่าขนาดรูปภาพ 55% ซึ่งผลการทดลองนี้สำคัญ สอดคล้องกับประกาศของกระทรวงสาธารณสุขในการขยายภาพคำเตือนบนซองบุหรี่จาก 55% เป็น 85% เพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกของวัยรุ่นให้เห็นถึงโทษภัยของการสูบบุหรี่มากขึ้น (3) ในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ รูปภาพมะเร็งปากทำให้เกิดความรู้สึกกลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่ มากกว่ารูปภาพเช็กเสื่อม (4) ในกลุ่มสูบบุหรี่ รูปภาพเช็กเสื่อมร่วมกับซองบุหรี่แบบปกติ และรูปภาพมะเร็งปากร่วมกับซองบุหรี่แบบเรียบ มีอิทธิพลต่อความมั่นใจในการไม่สูบ/ไม่ใช้บุหรื มากกว่ารูปภาพและซองแบบอื่น ๆ ที่ร่วมกัน ซึ่งในปัจจุบันออสเตรเลียเป็นประเทศแรกที่สามารถนำผลวิจัยมาผลักดันกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบให้มีผลบังคับใช้ได้สำเร็จ ทำให้ซองบุหรืไม่สามารถเป็นช่องทางในการทำตลาดของบริษัทบุหรือีกต่อไป

⁴¹ Canadian Cancer Society. Evaluation of new warnings on cigarette packages. Available at :

www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_776/35/20/41720738niw_labelstudy.pdf Accessed May 31, 2011.

⁴² Cunningham R, Kyle K. The case for plain packaging. Tobacco Control 1995; 4: 80-86.

ภายใต้กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก มาตรา 11.1 (a) ประเทศสมาชิกที่ร่วมลงสัตยาบรรณ จะดำเนินการบังคับใช้ภายใต้กฎหมายระดับชาติ มาตรการที่มีประสิทธิผล เพื่อให้มั่นใจว่าหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบและฉลากข้อมูลจะไม่ส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบเพื่อให้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง ไม่ถูกต้อง หลอกลวง หรือสร้าง ความเข้าใจผิด เกี่ยวกับคุณสมบัติ ผลกระทบ ต่อสุขภาพ อันตรายหรือควั่นระเหย รวมทั้งข้อความ คำอธิบาย ฯลฯ สัญลักษณ์ ตัวเลข หรือ เครื่องหมายอื่นๆ ซึ่งสร้างความเข้าใจผิดทั้งทางตรงและทางอ้อมว่า ผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้นมีอันตรายน้อยกว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ

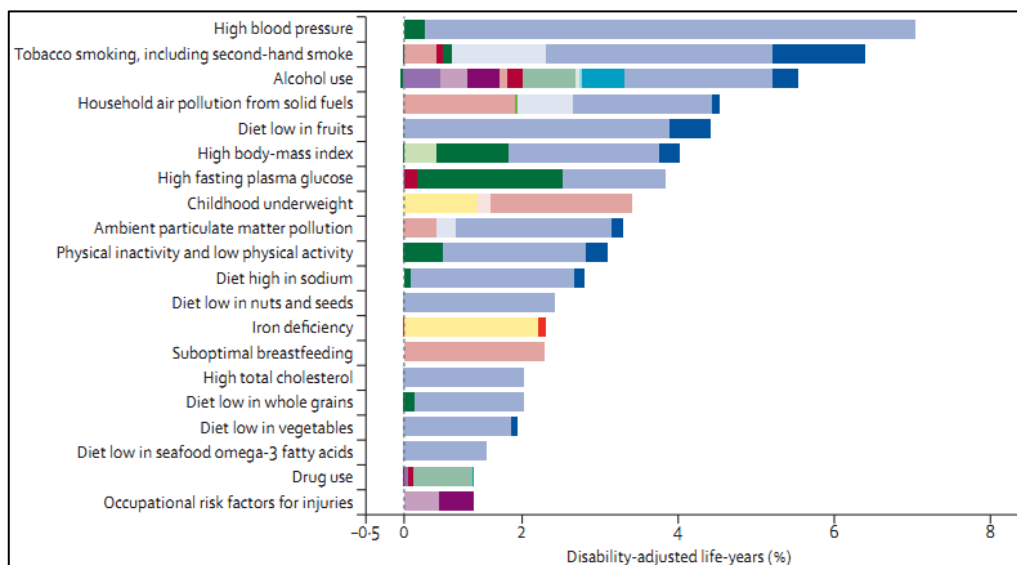
บทที่ 5 การเฝ้าระวังมิติที่ 4 ด้านการป่วย/ตายด้วยโรคที่สัมพันธ์กับยาสูบ (MORBILITY/MORTALITY)

ดร.ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และณัฐพัชร มรรคา
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีหลักฐานชัดเจนเพียงพอแล้วนั้นประกอบด้วยโรคต่าง ๆ จำนวน 25 โรค⁴³ ในจำนวนนี้มี มะเร็งตามส่วนต่างๆ 10 ชนิด คือ lungs, laryngeal, esophageal, pancreatic, renal and bladder, cervical, endometrial and stomach, oral cavity, pharynx, acute myeloid leukemia⁴⁴

การบริโภคยาสูบและยาเส้น มีผลเสียต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาระบบของสถาบัน IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) จากสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2553 พบว่า การบริโภคยาสูบก่อให้เกิดภาระโรคเป็นอันดับที่ 2 รองจากความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 4.1 และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6.3 ล้านคน ที่เสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ⁴⁵



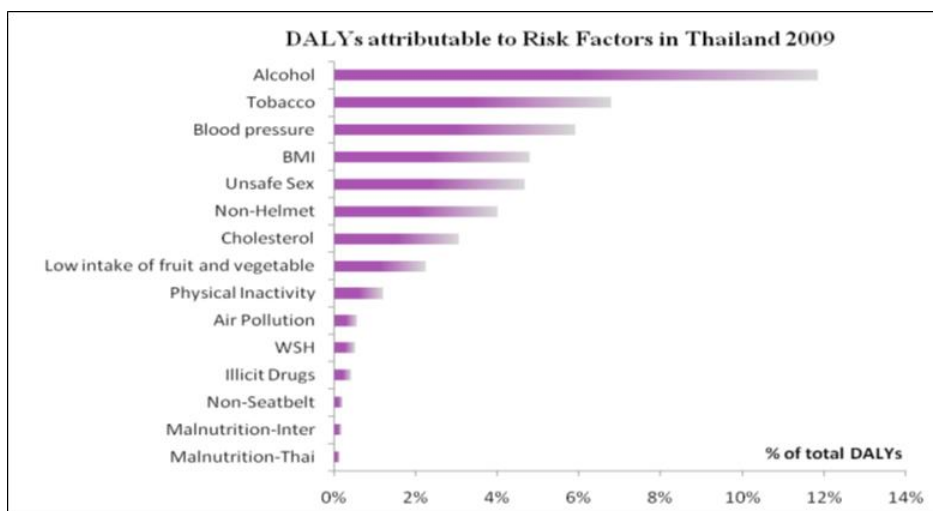
ภาพที่ 4.1 ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง จำแนกตามกลุ่มโรคของประชากรโลก พ.ศ.2553 (รวมทั้งเพศชายและเพศหญิง)
ที่มา : Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. 2013.

⁴³World Health Organization.Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. 1998

⁴⁴การศึกษาระบาดวิทยาจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2547. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

⁴⁵Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet.2013;380(9859):2224-60

ในขณะที่ประเทศไทย จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาระโรคและบาดเจ็บปี 2552 พบว่าปัจจัยเสี่ยงในการบริโภคยาสูบนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ดังภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 ลำดับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคปี พ.ศ.2552

ที่มา: Bundhamcharoen K., Aungulanon S., Makka N. et al. Burden of Disease. Economic Burden from Smoking Related Diseases in Thailand in 2009. National burden of disease program, International Health Policy Program. 2012.

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย

จากการประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ.2552 (Disease Attributed to Smoking) พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 74,884 ล้านบาท (คำนวณเป็นความสูญเสีย 42 บาทต่อบุหรี่ 1 ซอง) หรือ 0.78% ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 11,473 ล้านบาท (15%ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด), ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 1,168 ล้านบาท (1.56%), การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 731 ล้านบาท (0.98%), การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 293 ล้านบาท (0.39%) และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรเท่ากับ 61,219 ล้านบาท (81.75%) (ข้อมูลปี พ.ศ.2552 ปรับปรุงปีพ.ศ.2558 โดยโครงการBOD)

ในปี พ.ศ.2552 การศึกษาภาระทางเศรษฐกิจจากโรคที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องจากการสูบบุหรี่⁴⁶ พบว่า มีคนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ 30 ปีขึ้นไป 50,710 คน (ตัวเลขปรับปรุงใหม่ เป็น 50,737 คน) โดยที่เป็นผู้ชาย 42,989 คน และเป็นผู้หญิง 7,721 คน ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายหลักของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 11,895 คน รองลงมาคือโรคมะเร็งปอด 11,742 คน, โรคหลอดเลือด

⁴⁶KanittaBundhamcharoen and etc. Economic Burden from Smoking Related Diseases in Thailand in 2009. National burden of disease program, International Health Policy Program. 2012.

เลือดสมอง 11,666 คน, โรคอื่นๆ 5,124 คน, โรคมะเร็งอื่นๆ 4,139 คน, โรคมะเร็งช่องปาก 3,104 คนและโรคทางเดินหายใจอื่นๆ 3,040 คน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2552

โรค	ชาย	หญิง	รวม
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	10,325	1,571	11,895
หลอดเลือดสมอง	10,154	1,512	11,666
มะเร็งปอด	8,865	2,877	11,742
อื่นๆ	4,299	825	5,124
มะเร็งอื่นๆ	3,970	169	4,139
มะเร็งช่องปาก	2,693	412	3,104
ทางเดินหายใจอื่นๆ	2,684	356	3,040
รวม	42,989	7,721	50,710

ตารางที่ 4.2 จำนวนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2552 (เพศชาย)

โรค / อายุ (ปี)	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	200	907	691	567	327	2,693
มะเร็งปอด	482	1,829	2,515	3,129	910	8,865
มะเร็งอื่นๆ	443	1,317	964	905	341	3,970
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	103	703	2,006	3,662	3,851	10,325
ทางเดินหายใจอื่นๆ	516	918	383	587	280	2,684
หลอดเลือดสมอง	1,350	3,652	2,121	2,085	946	10,154
อื่นๆ	437	1,509	861	878	614	4,299
รวม	3,531	10,835	9,541	11,812	7,270	42,989

ตารางที่ 4.3 จำนวนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2552 (เพศหญิง)

โรค / อายุ (ปี)	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	8	30	41	151	182	412
มะเร็งปอด	37	892	604	838	506	2,877
มะเร็งอื่นๆ	8	34	25	52	50	169
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	29	176	714	651	1,571
ทางเดินหายใจอื่นๆ	5	27	31	114	178	356
หลอดเลือดสมอง	29	183	222	485	592	1,512
อื่นๆ	27	155	179	258	206	825
รวม	114	1,350	1,278	2,613	2,365	7,721

ที่มาของตาราง 4.1-4.3 : การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปีพ.ศ. 2552

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.4จำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่พ.ศ.2554

โรค	ชาย	หญิง	รวม
มะเร็งช่องปาก	4,829	2,341	7,170
มะเร็งปอด	10,152	4,723	14,875
มะเร็งอื่นๆ	30,505	27,807	58,312
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	15,324	5,312	20,636
ทางเดินหายใจอื่นๆ	12,763	9,271	22,034
หลอดเลือดสมอง	53,163	54,375	107,538
อื่นๆ	30,017	37,559	67,576
รวม	156,753	141,387	298,140

ตารางที่ 4.5จำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พ.ศ.2554 (เพศชาย)

โรค / อายุ (ปี)	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	112	1,757	1,334	979	648	4,829
มะเร็งปอด	181	2,421	3,044	3,371	1,135	10,152
มะเร็งอื่นๆ	840	10,102	8,126	7,467	3,971	30,505
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	50	1,070	2,935	4,874	6,395	15,324
ทางเดินหายใจอื่นๆ	471	3,152	2,072	3,329	3,740	12,763
หลอดเลือดสมอง	1,412	13,023	10,982	14,376	13,371	53,163
อื่นๆ	570	6,487	5,931	8,330	8,699	30,017
รวม	3,636	38,011	34,423	42,725	37,959	156,753

ตารางที่ 4.6 จำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พ.ศ.2554 (เพศหญิง)

โรค / อายุ (ปี)	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	44	375	470	682	771	2,341
มะเร็งปอด	80	1,465	973	1,308	897	4,723
มะเร็งอื่นๆ	913	9,108	6,347	6,594	4,846	27,807
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	192	957	2,104	2,056	5,312
ทางเดินหายใจอื่นๆ	116	929	1,043	2,646	4,537	9,271
หลอดเลือดสมอง	518	6,382	6,911	15,008	25,556	54,375
อื่นๆ	627	6,790	7,675	11,244	11,223	37,559
รวม	2,300	25,241	24,375	39,585	49,886	141,387

ที่มาของตาราง4.4-4.6:การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปีพ.ศ. 2554

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.7 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY) จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2552

โรค	ชาย	หญิง	รวม
มะเร็งช่องปาก	37,983	3,410	41,393
มะเร็งปอด	111,669	38,786	150,455
มะเร็งอื่นๆ	58,524	1,969	60,493
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	114,099	14,709	128,809
ทางเดินหายใจอื่นๆ	42,050	2,693	44,744
หลอดเลือดสมอง	164,786	15,691	180,477
อื่นๆ	128,796	19,820	148,616
รวม	657,909	97,078	754,986

ตารางที่ 4.8 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY) จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2552 (เพศชาย)

โรค	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	4,707	17,449	9,517	5,130	1,181	37,983
มะเร็งปอด	11,336	34,577	34,249	28,022	3,485	111,669
มะเร็งอื่นๆ	10,402	25,583	13,302	8,074	1,163	58,524
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4,499	24,665	35,930	36,425	12,580	114,099
ทางเดินหายใจอื่นๆ	12,850	17,919	5,342	5,226	713	42,050
หลอดเลือดสมอง	37,486	75,188	30,173	19,034	2,905	164,786
อื่นๆ	27,261	58,680	25,987	14,449	2,419	128,796
รวม	108,540	254,060	154,502	116,359	24,448	657,909

ตารางที่ 4.9 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY) จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2552 (เพศหญิง)

โรค	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	199	618	637	1,499	457	3,410
มะเร็งปอด	895	17,704	9,056	8,735	2,396	38,786
มะเร็งอื่นๆ	191	714	388	524	153	1,969
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	229	808	2,901	7,738	3,034	14,709
ทางเดินหายใจอื่นๆ	172	620	487	1,140	273	2,693
หลอดเลือดสมอง	1,012	4,367	3,665	4,984	1,662	15,691
อื่นๆ	1,728	6,400	6,055	4,481	1,155	19,820
รวม	4,426	31,231	23,190	29,100	9,130	97,078

ที่มาของตาราง 4.7-4.9: การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ.2552

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

ตารางที่ 4.10 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2552

โรค	ชาย	หญิง	รวม
มะเร็งช่องปาก	37,577	3,295	40,872
มะเร็งปอด	110,967	38,452	149,420
มะเร็งอื่นๆ	57,962	1,936	59,898
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	86,150	13,242	99,392
ทางเดินหายใจอื่นๆ	40,471	2,543	43,014
หลอดเลือดสมอง	151,009	14,146	165,155
อื่นๆ	60,292	10,018	70,311
รวม	544,429	83,631	628,061

ตารางที่ 4.11 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2552 (เพศชาย)

โรค	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	4,625	17,293	9,441	5,058	1,160	37,577
มะเร็งปอด	11,278	34,383	34,016	27,860	3,430	110,967
มะเร็งอื่นๆ	10,293	25,381	13,175	7,978	1,135	57,962
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2,340	13,288	26,607	32,539	11,376	86,150
ทางเดินหายใจอื่นๆ	12,026	17,407	5,196	5,140	701	40,471
หลอดเลือดสมอง	31,424	69,847	28,625	18,334	2,779	151,009
อื่นๆ	10,180	29,226	11,727	7,724	1,435	60,292
รวม	82,167	206,825	128,787	104,633	22,017	544,429

ตารางที่ 4.12 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2552 (เพศหญิง)

โรค	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	191	600	625	1,451	429	3,295
มะเร็งปอด	879	17,617	8,956	8,645	2,355	38,452
มะเร็งอื่นๆ	187	704	382	515	148	1,936
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	29	557	2,704	7,143	2,808	13,242
ทางเดินหายใจอื่นๆ	121	569	464	1,120	269	2,543
หลอดเลือดสมอง	697	3,721	3,351	4,776	1,601	14,146
อื่นๆ	671	3,052	2,873	2,680	743	10,018
รวม	2,775	26,820	19,355	26,329	8,353	83,631

ที่มาของตาราง 4.9-4.12 : การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปีพ.ศ. 2552

สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) โดย HITAP⁴⁷ พบว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ต่อนักสูบบุหรี่ใหม่เพศชาย 1 คนมีค่าประมาณ 158,000 บาทตลอดช่วงชีวิต (โดยแบ่งเป็นต้นทุนจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 96,000 บาท, ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน 62,000 บาท) และจะมีอายุสั้นลง 4.6 ปีสำหรับในเพศหญิงนั้น ต้นทุนต่อนักสูบบุหรี่ใหม่ 1 คนจะมีค่าประมาณ 85,000 บาท (แบ่งเป็น ต้นทุนจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 32,000 บาท และต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน 53,000 บาท)และจะมีอายุสั้นลง 3.4 ปี

การศึกษาต้นทุนที่ป้องกันได้ เมื่อเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วงอายุ 30-40 ปี มีค่าอยู่ระหว่าง 23,000 บาท ถึง 85,000 บาท รายละเอียด ดังตารางที่ 10 และ สสส.ได้ลงทุนในแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบเฉลี่ยเท่ากับ 143,730,000 บาท ต่อปีในรอบ 10 ปี (2544-2553) ดังนั้นจากการวิเคราะห์พบว่า จุดคุ้มทุนของการดำเนินงานอยู่ที่ การป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ไม่ให้สูบบุหรี่ไปตลอดชีวิตในแต่ละปีเป็นจำนวนอย่างน้อย 920 ราย หรือจำนวนผู้เลิกบุหรี่ ที่มีผลได้เทียบเท่ากัน

ตารางที่ 4.13 ต้นทุนที่ป้องกันได้ เมื่อเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วงอายุ 30-40 ปี

ต้นทุน/ อายุ	ป้องกัน รายใหม่	เลิกได้ที่ อายุ 30 ปี	เลิกได้ที่ อายุ 35 ปี	เลิกได้ที่ อายุ 40 ปี	สูบบุหรี่ตลอด ช่วงชีวิต
ต้นทุนที่ประหยัดได้ ชาย (บาท)	158,000	71,000	85,000	42,000	0
อายุสั้นลง (ปี)	0	1.4	1.7	2	4.6
ต้นทุนที่ประหยัดได้ หญิง (บาท)	85,000	40,000	31,000	23,000	0
อายุสั้นลง (ปี)	0	0.6	0.8	1	3.4

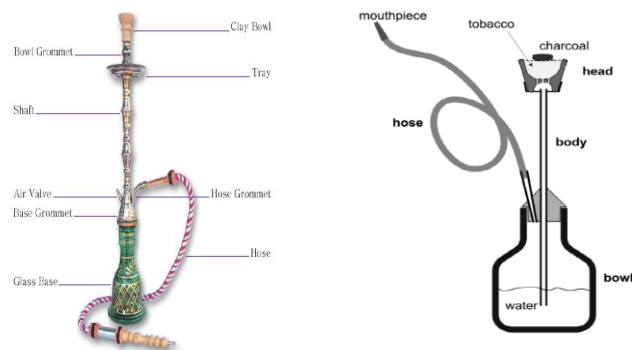
⁴⁷ มนตรัตน์ ภาวเจริญทรัพย์และคณะ. การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

บทที่ 6 การเฝ้าระวังมิติที่ 5 การตรวจจับความผิดปกติ (Event-based)

แพทย์หญิงปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์

ประสบการณ์การทำงานควบคุมยาสูบ: ประเด็นม่อระกู่ บุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

ทุกท่านน่าจะเคยได้ยินคำว่า ม่อระกู่หรือบารากู่ บุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ กันมาบ้างไม่มากก็น้อย และหลาย ๆ ท่านก็น่าจะเคยเห็นผลิตภัณฑ์เหล่านี้มาบ้างเช่นกัน ขอเล่าประวัติสักเล็กน้อย การสูบบุหรี่เป็นการเสพติดรูปแบบหนึ่ง มีชื่อเรียกหลายแบบ เช่น ม่อระกู่ narghileh shisha hookah หรือเรียกรวบ ๆ ว่า waterpipe tobacco smoking มีการใช้ในชนพื้นเมืองในทวีปแอฟริกาและทวีปเอเชียมาอย่างน้อย 4 ศตวรรษ ในต้นศตวรรษที่ 20 พบมีการใช้มากในชายสูงวัยแถบตะวันออกกลาง และล่าสุดตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 เป็นต้นมา ม่อระกู่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มเยาวชน เริ่มจากประเทศในตะวันออกกลาง และขยายออกไปยังประเทศอื่น ๆ ตลอดจนทวีปอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษา มหาวิทยาลัยและเด็กนักเรียน แม้ว่าในหลายประเทศยังไม่มีระบบเฝ้าระวังการเสพติดผลิตภัณฑ์ชนิดนี้ โดยเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่มีอยู่ก็ชี้ชัดว่า ความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ์นี้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40 ภายใน 2 ปี วิธีการเสพก็จะนำตัวยาม่อระกู่ (flavoured tobacco/maassel) ใส่บนอุปกรณ์การสูบ (ดูภาพที่ 1) วางถ่านที่เผาแล้วไว้ด้านบน แล้วสูดควันผ่านน้ำลงมา



ภาพที่ 1 แสดงเตาม่อระกู่ และภาพแสดงการทำงาน

ผลิตภัณฑ์ตัวนี้ได้เข้ามาสู่ประเทศไทยมากกว่า 10 ปีแล้ว ดังจะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขเคยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังกรมสรรพสามิต ให้ระงับการออกใบอนุญาต นำเข้า ผลิตภัณฑ์จำหน่าย ผลิตภัณฑ์นี้ ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ก็ได้มีการลักลอบนำผลิตภัณฑ์เหล่านี้เข้ามาอยู่เนือง ๆ ทำให้มีการขายหรือให้บริการแพร่หลาย โดยเฉพาะในผับบาร์ที่กลุ่มเป้าหมายมักจะเป็นเยาวชน หรือคนรุ่นหนุ่ม-สาว ที่เห็นว่าการล้อมวงกันสูบบุหรี่นี้ช่างเท่เหลือประมาณ และการที่สูบบุหรี่ผ่านน้ำนี้เอง ทำให้ผู้สูบเข้าใจผิดว่า จะทำให้ปลอดภัยมากขึ้น แต่ผลการวิจัย ได้พิสูจน์แล้วว่า ยาเส้นประเภทสูบบุหรี่ผ่านน้ำม่อระกู่ นั้น มีอันตรายมากกว่าการสูบบุหรี่ทั่วไป เพราะมีสารนิโคติน และสารทาร์จำนวนมากกว่า อีกทั้งการสูบบุหรี่ผ่านน้ำและการผสมกับผลไม้กลิ่นต่าง ๆ จะทำให้ควันมีกลิ่นหอม ๆ ทำให้ผู้

สูบ สูบได้ลึกมากขึ้น และจำนวนมากขึ้น ด้านสารอันตรายมีมากมายจริง ๆ ผลการวิเคราะห์จากห้องแล็บพบสารก่อมะเร็งหลายตัว ไม่ว่าจะเป็น nitrosamine, polycyclic aromatic hydrocarbon, volatile aldehyde เช่น formaldehyde หรือยาตองศพ, benzene เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบสารพิษอื่นอีก เช่น โลหะหนัก สารจากการเผาไหม้พวก carbon monoxide, carcinogenic PAH เป็นต้น สารเหล่านี้ก่อให้เกิดทั้งพิษเฉียบพลันและโรคร้ายในระยะยาว นานาประการ อีกทั้งยังอาจมีโรคติดเชื้อในช่องปากหรือทางเดินหายใจแถมมาด้วยจากการสูดดมด้วยกันนี้แหละ

ขอเล่าถึงผลิตภัณฑ์อีกประเภทหนึ่งที่เป็นปัญหาในปัจจุบันด้วยเช่นกัน คือผลิตภัณฑ์พวกที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ ที่เรียกบุหรี่ไฟฟ้า หรือมอระกู่ไฟฟ้า ซึ่งมีชื่อสากลว่า ระบบเครื่องส่งนิโคตินไฟฟ้า Electronic nicotine delivery systems (ENDs) และ Electronic non-nicotine delivery system (ENNDS) นี่ก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการเสพติดที่เป็นที่นิยมในกลุ่มเยาวชนเช่นกัน ประวัติของผลิตภัณฑ์นี้เท่าที่ปรากฏเริ่มมีขึ้นในประเทศจีนประมาณปี ค.ศ.2003 และได้เริ่มแพร่ไปในยุโรปและสหรัฐอเมริกา ประมาณปี ค.ศ. 2006-2007 จากนั้นในปี ค.ศ.2008 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่ใช่อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับช่วยเลิกสูบบุหรี่ และนับจากนั้นก็มีการตอบโต้กันระหว่างผู้ผลิต กับฝั่งผู้ดูแลด้านการสาธารณสุขว่าจะควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์นี้อย่างไร ที่จะให้ประชาชนได้มีความปลอดภัยจากพิษภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์ และล่าสุด จากการประชุมใหญ่ของประเทศสมาชิกกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนตุลาคม 2557 ที่ผ่านมาก็ได้มีการหยิบยกประเด็นนี้มาอภิปรายกันอย่างเข้มข้น และได้ข้อสรุปเป็นมติจากที่ประชุม เชิญชวนให้ประเทศภาคีพิจารณาห้ามใช้ หรือ ควบคุมกำกับ ENDs และ ENNDS ด้วยวิธีการอันเหมาะสม สอดคล้องกับกฎหมายภายในของแต่ละประเทศ โดยคำนึงถึงการปกป้องสุขภาพของมนุษย์เป็นสำคัญ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่

- 1) ป้องกันการเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่และเยาวชน
- 2) ลดอันตราย/ความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ และปกป้องผู้อื่นจากการได้รับสารปลดปล่อยจากผลิตภัณฑ์ดังกล่าว
- 3) ห้ามการอวดอ้างผลดีต่อสุขภาพ
- 4) ปกป้องมาตรการควบคุมยาสูบที่อาจเกิดจากการแทรกแซงนโยบายจากอุตสาหกรรม อันเกี่ยวเนื่องกับ ENDs และ ENNDS

สำหรับรูปแบบของอุปกรณ์ในการสูบ รูปลักษณะด้านนอกมีทั้งที่หน้าตาเหมือนบุหรี่ซิการ์เรตหรือแปลงโคมไปจนดูเหมือน stylus หรือปากกาเลยก็ได้อุปกรณ์ประกอบด้วยหลอดบรรจุของเหลวที่มีสารนิโคตินผสม โดยหลอดบรรจุจะมีทั้งแบบใช้แล้วทิ้งและแบบเติมได้ (refill) เมื่อได้รับความร้อนจากส่วนที่เป็น atomizer และแบตเตอรี่ นิโคตินเหลวจะระเหยเป็นไอเข้าสู่ร่างกายของผู้สูบ ซึ่งจากการวิจัยพบว่าปริมาณนิโคตินที่ผู้สูบได้รับจากอุปกรณ์นี้มีปริมาณมากกว่าการสูบบุหรี่ธรรมดาหลายเท่า นอกจากนั้นผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหลาย ๆ แห่ง ยังพบว่ามีสารที่ก่อให้เกิดโทษพิษภัยต่อร่างกาย รวมถึงสารที่ก่อมะเร็งได้อีกหลายชนิด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้บริษัทผู้ผลิตยอมไม่เผยแพร่ไว้บนฉลากของผลิตภัณฑ์อย่างแนนอน สำหรับประเทศไทย บุหรี่ไฟฟ้านี้มีการแพร่กระจายไปในกลุ่มเยาวชนในช่วง 3 - 4 ปีที่ผ่านมาอย่างมาก โดยเฉพาะผ่านทางกลุ่มเพื่อนและสังคมออนไลน์โซเชียลมีเดีย และสามารถหาซื้อได้ตามแหล่งต่าง ๆ

ตลอดจนการซื้อขายทางอินเทอร์เน็ต ทำให้หลายภาคส่วนล้วนแสดงความกังวลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดโทษพิษภัยต่อสุขภาพนี้ และพยายามหามาตรการมาควบคุมกำกับ



ภาพที่ 2 ตัวอย่างบุหรี่ไฟฟ้า และมอระกู่ไฟฟ้า

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้ติดตามสถานการณ์ของผลิตภัณฑ์ที่กล่าวมา อย่างต่อเนื่องหลายปี ทั้งโดยการตรวจสอบในพื้นที่ รับข้อมูล ข้อกังวลของภาคส่วนต่าง ๆ และได้นำเสนอข้อมูลเชิงวิชาการดังกล่าวให้กับผู้กำหนดนโยบาย ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเอง และกระทรวงอื่น ๆ ที่เห็นว่าน่าจะมีกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง สามารถดำเนินมาตรการควบคุมได้ โดยสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์จากการเฝ้าระวัง และข้อมูลวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์สารประกอบในผลิตภัณฑ์ ซึ่งมีความชัดเจนว่า พบสารที่ก่อให้เกิดโทษ พิษภัย ต่อสุขภาพ จึงได้ดำเนินการ โดยเริ่มตั้งแต่การประชุมคณะกรรมการบังคับใช้กฎหมายของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ในปี พ.ศ.2556 การประชุมเชิงนโยบายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหารือแนวทางในการควบคุมผลิตภัณฑ์ฯ ตั้งแต่ต้นปีพ.ศ.2557 จากนั้นมีการประสานการทำงานและข้อมูลกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถตรวจจับแหล่งจำหน่าย และการลักลอบนำเข้าได้หลายเหตุการณ์ โดยอาศัยกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผิดเรื่องฉลากสินค้า (ไม่มีฉลาก หรือแสดงฉลากไม่ถูกต้อง) และ ผิดเรื่องลักลอบหนีศุลกากรเข้าในราชอาณาจักร เป็นต้น ซึ่งล่าสุดเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา ตำรวจกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) ได้ดำเนินการเข้าจับกุมตัวผู้ต้องหาลักลอบจำหน่ายมอระกู่ไฟฟ้าและบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมของกลางเป็นเครื่องสูบบุหรี่ไฟฟ้า/มอระกู่ไฟฟ้าและน้ำยาบุหรี่ จำนวนกว่า 300 รายการ

อย่างไรก็ตามการแพร่ระบาดของสินค้ายังคงมีอย่างต่อเนื่อง เพราะมีการนำเข้ามาอยู่เรื่อย ๆ และยังคงพบลักลอบการค้ามอระกู่, มอระกู่ไฟฟ้าที่มีอยู่อย่างแพร่หลาย ทำให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการดำเนินมาตรการให้เข้มข้นขึ้น เพื่อประสิทธิภาพในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศต่อไป

สถานการณ์มอระกู่ บุหรี่ไฟฟ้า ปีพ.ศ.2557

จากการร่วมเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ โดยสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ยังคงพบว่ามีกรณีโฆษณา ประชาสัมพันธ์ เพื่อจำหน่ายผลิตภัณฑ์ประเภทดังกล่าวอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะทางช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากง่ายต่อการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก/เยาวชน และจากข้อมูลเบื้องต้นของการสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มนักเรียนอายุ 15-18 ปี ปีพ.ศ. 2558 ยังคงพบว่ามีเด็ก/เยาวชนที่ปัจจุบันสูบบุหรี่มีคือน้อยอยู่แล้ว ยังพบว่ามีกรณีสูบบุหรี่ประเภทอื่น ๆ ด้วย เช่น มอระกู่ มอระกู่ไฟฟ้า ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าว สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบได้มีการออกสำรวจพื้นที่ที่ได้รับการร้องเรียนว่ามีการลักลอบค้ามอระกู่/มอระกู่ไฟฟ้าเพื่อรวบรวมข้อมูลจำนวนร้านค้า ที่มีการตรวจพบการค้ามอระกู่/มอระกู่ไฟฟ้า และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

โดยช่วงต้นเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2557 ทางกรมควบคุมโรคได้มีหนังสือขอความร่วมมือไปยังกระทรวงพาณิชย์ในการห้ามนำเข้าผลิตภัณฑ์ดังกล่าว และที่สำคัญ ในวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2557 หัวหน้า คสช.ก็ได้แสดงความห่วงใยต่อการใช้มอระกู่ และต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหามาตรการที่เหมาะสมในการดูแลเรื่องนี้ หลังจากนั้น ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ประสานกันเดินหน้าเต็มที่ มีการประชุมกันหลายครั้ง เนื่องจากเป็นเรื่องที่ต้องดูให้ละเอียดทั้งข้อกฎหมาย และวิธีปฏิบัติ ตลอดจนมีหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องจำนวนหลายหน่วยงาน จนในที่สุดก็สามารถผลักดันมาตรการได้สำเร็จ 2 เรื่องใหญ่ ๆ ได้แก่ ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้มอระกู่และมอระกู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ.2557 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ.2557 และคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้า “มอระกู่ มอระกู่ไฟฟ้า หรือตุ๋ยมอระกู่ น้ำยาสำหรับเติมมอระกู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า” ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2558

จะเห็นว่า การทำงานเรื่องนี้ จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบหลายอย่าง ตั้งแต่การมีข้อมูล ทั้งด้านสถานการณ์ ข้อมูลความรู้เชิงวิทยาศาสตร์/การแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนด้านกฎหมาย มีการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม การมีภาวะผู้นำในระดับต่าง ๆ การมีทีมงานที่เกาะติดกับเรื่องนี้อย่างจริงจัง เมื่อได้เตรียมสิ่งเหล่านี้ไว้พร้อมแล้ว เมื่อเวลาและโอกาสมาถึง ก็จะทำให้สามารถผลักดันให้งานสำเร็จได้ตามที่ต้องการ

บทที่ 7 สรุปข้อเสนอแนะ

กองบรรณาธิการ

ระบบเฝ้าระวัง 5 มิติ เป็นไปตามแนวทางการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งรวมถึงปัจจัยต้นเหตุ สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง การตอบสนองของระบบในการจัดการและควบคุมทั้งปัจจัยต้นเหตุและพฤติกรรมเสี่ยง สถานะสุขภาพที่เป็นผลกระทบมาจากพฤติกรรมเสี่ยง และการตรวจจับความผิดปกติ

อย่างไรก็ตามเอกสารชุดนี้ได้ทำการรวบรวมข้อมูลตามแนวคิดนี้เป็นครั้งแรก สำหรับเฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ กองบรรณาธิการมีข้อสังเกตว่า ยังขาด การบ่งบอกปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยเฉพาะ ความเชื่อมโยงของอุตสาหกรรมยาสูบกับโครงข่ายอำนาจทางการเมืองของโลกประเทศ และท้องถิ่น รวมถึงสถานการณ์โลกาภิวัตน์ อิทธิพลของการค้าเสรี และการประเมินผลกิจกรรมหรือมาตรการควบคุมยาสูบในหลาย ๆ เรื่อง ซึ่งควรจะได้มีการพัฒนาในการรวบรวมข้อมูลในรายงานเฝ้าระวัง 5 มิติครั้งต่อไป

ผลจากการประมวลข้อมูลเฝ้าระวังประกอบกับมาตรการที่ภาคีให้ความสำคัญ⁴⁸ กองบรรณาธิการมีข้อเสนอแนะเพื่อการควบคุมยาสูบ ดังนี้

- ควรจัดทำระบบเฝ้าระวังยาสูบของประเทศ (Risk map & Route Map) โดยมีจุดเฝ้าระวังในแต่ละภูมิภาคที่มีความเสี่ยงสูงสุด และจัดทำแผนที่จุดเสี่ยงในภูมิภาคนั้น
- ควรจัดตั้งคณะทำงาน Counter marketing ธุรกิจยาสูบ
- ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงขยายบริการ QuitLine 1600 แบบ multisite หรือ ทางเลือกอื่น
- ควรแก้กฎหมาย โดยมอบอำนาจปรับให้แก่เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง โดยการปรับปรุงกฎหมาย และเพิ่มอำนาจในการจับกุมและปราบปรามแก่เจ้าหน้าที่
- ควรปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิตยาสูบ ด้วยการแก้ไขพรบ.ยาสูบ
 - ควรนำยาสูบพันธุ์พื้นเมืองเข้ามาอยู่ในระบบบัญชียาสูบ
 - ปรับวิธีคำนวณอัตราภาษีตามมูลค่า จากราคาหน้าโรงงาน เป็นราคาขายปลีก หรือขายส่งช่วงสุดท้าย
 - รวมอัตราภาษีตามสภาพและภาษีตามปริมาณ

⁴⁸ คณะทำงานวิชาการศสจ. (2557) บทที่ 11 ข้อเสนอจุดเน้นยุทธศาสตร์ควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านยาสูบ. ใน สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2557. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.

- ลดจำนวนจุดจำหน่ายยาสูบ
 - ปรับปรุงค่าธรรมเนียมใบอนุญาต
 - ประกาศเพิ่มภาษีตามสภาพทั้งบุหรี่ซิการ์และยาเส้น (ทำได้ทันที)
- ควรลดจำนวนการผ่อนผันให้ผู้เดินทางนำยาสูบติดตัวเข้ามา-ส่งออก
 - ประเทศไทยควรดำเนินการลงนามพิธีสาร FCTC เรื่อง Illicit trade
 - เสริมสร้างความเป็นเจ้าภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ให้เก็บภาษีท้องถิ่น ขยายปลีบบุหรี่ 9 สตางค์ต่อมวน (ทำได้ทันที อบจ.ทำแล้วยกเว้น กทม.)