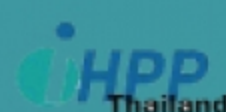
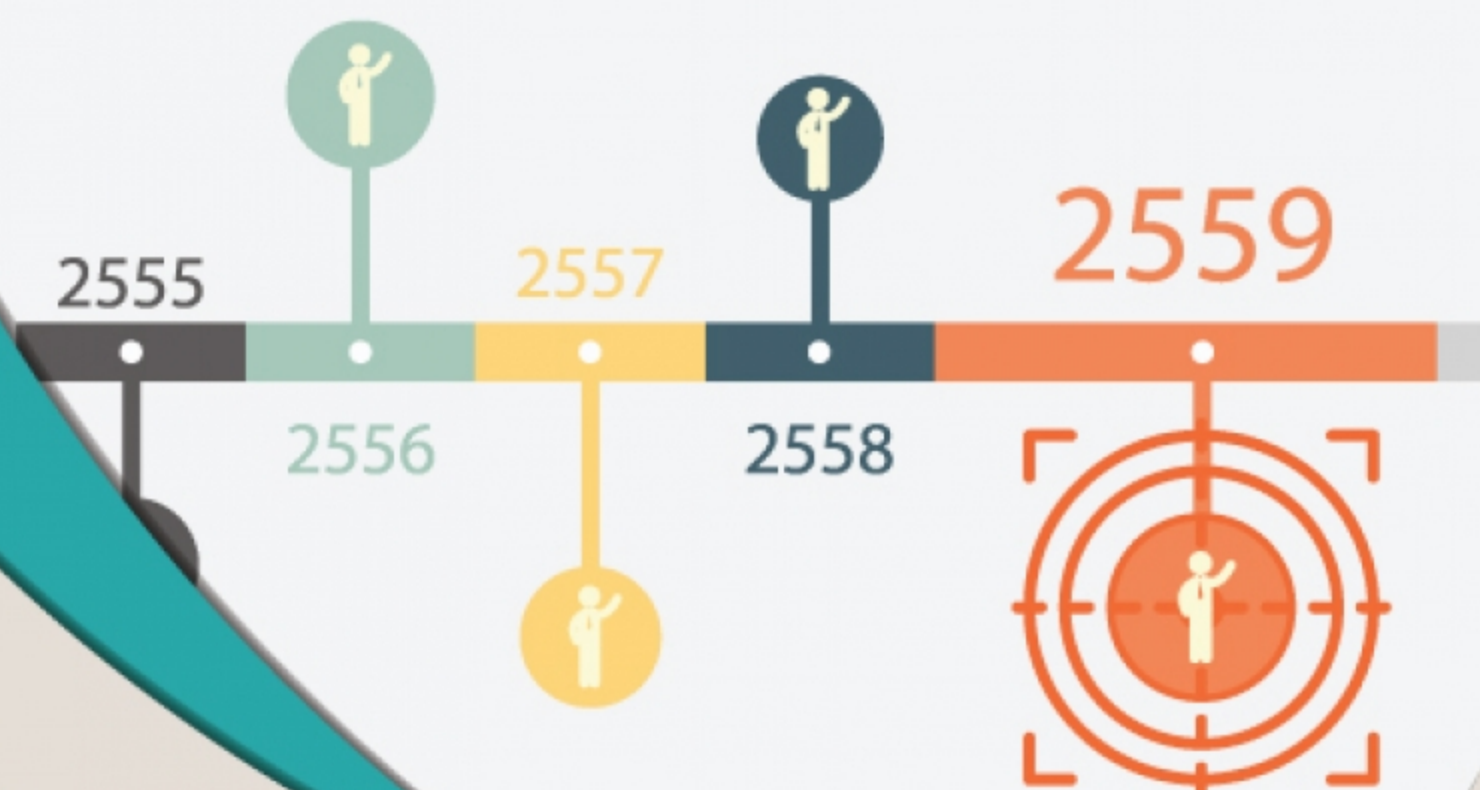


สรุป

สถานการณ์

เพื่อระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ

ของประเทศไทย พ.ศ.2559



สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559

บรรณาธิการ

- ศิริวรรณ พิทยรังษะภู
- ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์
- ปวีณา ปันกระจำง

จัดทำโดย สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.)

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559

บรรณาธิการ

- ศิริวรรณ พิทยรังษะภู
- ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์
- ปวีณา ปันกระจำง

ปกรูปเล่ม เพ็ญจมาภรณ์ มีเปรมปรีดี

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

มหาวิทยาลัยมหิดล. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.

สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559.-

- กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย, 2559. 96 หน้า.1. ยาสูบ--การควบคุม.

I. กรมควบคุมโรค. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ I. ชื่อเรื่อง.

ISBN 978-616-279-879-5

พิมพ์ที่ เจริญดีมีน้คงการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ
โทร.0-2457-2593

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2559

จำนวนพิมพ์ 1,200 เล่ม

จัดพิมพ์โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล
(ศจย.)

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ลิขสิทธิ์ของเอกสารวิชาการฉบับนี้เป็นของ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

ห้ามมิให้ผู้ใดนำส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของหนังสือเล่มนี้ ไปทำการคัดลอกโดยวิธีการถ่ายเอกสาร โรเนียว

พิมพ์โดยเครื่องจักรหรือวิธีการอื่นใดเพื่อจำหน่าย หรือเพื่อประโยชน์ทางการค้า

เว้นแต่เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา โดยขอสงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559

คณะทำงานวิชาการ

- ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ)
- พญ.ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- นางวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- นางสาวศรณีย์ จุฬาสรีกุล (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- นางสาวจิตติพร ก้นวิหค (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- นางสาวเพ็ญโฉม จำเรียงฤทธิ์ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- นางสาวณัฐนรี ชิงจัตุรัส (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)
- ดร.ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)
- นางสาวณัฐพัชร์ มรรคา (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)
- นางสาวปวีณา ปันกระจำง (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 ได้จัดทำรายงานสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2559 ฉบับนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลอ้างอิงในการเสนอจุดเน้น ยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบของประเทศไทย โดยภาคีควบคุมยาสูบ ในโอกาสที่กองบรรณาธิการขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.), สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ(สคส.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และขอขอบคุณ สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ(สสส.) ที่ให้การสนับสนุนทุน แก่ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ในการจัดทำรายงานฉบับนี้

สคส.และศจย.หวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลจากเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบทุกท่าน สุดท้ายนี้ระบบเฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ยังต้องการความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจจากท่าน ทุกภาคส่วน เพื่อเชื่อมต่อฐานข้อมูลต่างๆหลอมรวมเข้าทำให้เป็นระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่ายอย่างสมบูรณ์ต่อไป

กองบรรณาธิการ

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

กรกฎาคม 2559

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ง
สารบัญ	จ
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ฉ
บทที่ 1 บทนำ เหตุการณ์สำคัญ 5 ปีย้อนหลัง (2555-2559)	1
บทที่ 2 การเฝ้าระวัง มิติที่ 1 ด้านปัจจัยต้นเหตุ (Determinant)	9
บทที่ 3 การเฝ้าระวัง มิติที่ 2 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (Behavior risk)	20
บทที่ 4 การเฝ้าระวัง มิติที่ 3 ผลของการดำเนินงานตามมาตรการต่าง ๆ (Program response)	47
บทที่ 5 การเฝ้าระวัง มิติที่ 4 การป่วย/ตายด้วยโรคที่สัมพันธ์กับยาสูบ (Morbidity/Mortality)	56
บทที่ 6 การเฝ้าระวัง มิติที่ 5 การตรวจจับความผิดปกติ (Event-based)	66
บทที่ 7 สำหรับการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย	76
ภาคผนวก ก ผลจากการติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การ ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557	79
ภาคผนวก ข สรุปสถานการณ์ตามตัวชี้วัดการควบคุมยาสูบของประเทศไทย	88

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559 มีดังนี้

1. เหตุการณ์สำคัญล่าสุดด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ

19 เมษายน 2559 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559 – 2562 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบ และ ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ โดยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์

25 กุมภาพันธ์ 59 คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ฯ มีมติแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับจังหวัด ให้ทุกจังหวัดดำเนินงานควบคุม ยาสูบ และใช้งบประมาณ สสส. ในการดำเนินงาน

2. ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) พบว่า

- การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ พบแนวโน้มการใช้เงิน ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่บริษัทยาสูบอาจปรับเปลี่ยนเป็นการสนับสนุนด้วยสิ่งของ อื่นๆแทน
- การส่งเสริมการขาย พบการแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน พร้อมบรรจุไว้ในถุงพลาสติก ทั้งที่มีและไม่มียี่ห้อบุหรี่ และการโฆษณาบุหรี่ผ่านสื่อต่างๆ เช่น จาน ชาม กล้องใส่ทิชชู และป้ายไฟ เป็นต้น
- ผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่ พบ “บุหรี่ไฟฟ้า”, มอระกู่ไฟฟ้า ซึ่งหลังจากที่กระทรวง พาณิชนียออกประกาศห้ามนำเข้ามอระกู่ เมื่อวันที่ 12 ธ.ค.57 ทำให้เกิด ผลิตภัณฑ์ตัวใหม่ที่มีชื่อว่า Cloud Stones ที่นำมาสูบแทนมอระกู่
- พบการโฆษณาส่งเสริมการขายทางอินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์
- เรื่องการแทรกแซงนโยบายรัฐของอุตสาหกรรมยาสูบพบว่า ในช่วงปีพ.ศ. 2556 เป็นต้นมา มีการขอเข้าพบเพื่อร่วมกำหนดนโยบายจำนวน 6 ครั้ง แต่ได้รับการ ปฏิเสธทั้งหมด

3.พฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk) การบริโภคยาสูบ จากผลการสำรวจครัวเรือน

- การสำรวจปีพ.ศ.2558 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคยาสูบจำนวน 10.9 ล้านคน อัตราการสูบบุหรี่คิดเป็น 19.9%
- ในทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปีพ.ศ. 2556 ยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปี และ กลุ่มอายุ 41-59 ปี
- จากผลการสำรวจพ.ศ.2557 ค่าใช้จ่ายของผู้สูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณเดือนละ 423 บาทต่อเดือน โดยมีค่าใช้จ่ายจริงของผู้สูบบุหรี่ของและบุหรืมวนเองเพียงอย่างเดียวประมาณเดือนละ 565 และ 170 บาทต่อเดือน ตามลำดับ โดยผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 810 บาทต่อเดือน
- จากการสำรวจของ GATS ปีพ.ศ. 2554 ในเรื่องการได้รับควันบุหรี่มือสองพบว่า ร้อยละ 36 ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน, ร้อยละ 30.5 ได้รับควันบุหรี่ในที่ทำงาน และ ร้อยละ 25.6 ได้รับควันบุหรี่ในขนส่งสาธารณะ
- จากผลการสำรวจพ.ศ.2557 สถานที่สาธารณะที่มีผู้พบเห็นควันบุหรี่มือสองมาก 5 อันดับแรกได้แก่ ตลาดสดหรือตลาดนัด, ร้านอาหาร / ภัตตาคาร / สถานที่ที่จำหน่ายอาหารเครื่องดื่ม, ศาสนสถาน, สถานบริการขนส่งสาธารณะและอาคารสถานที่ราชการ

4.ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ

พ.ศ. 2555 – 2557

- ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 8 ยุทธศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการบริโภคยาสูบของประชาชน และทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ โดยมีเป้าหมายลดอัตราการบริโภคยาสูบโดยรวมและเพศชายลงร้อยละ 10 จากปีพ.ศ. 2552 และในเพศหญิงไม่เพิ่มขึ้น (คิดเป็นร้อยละ 18.7, 37.5 และ 2.01 ในภาพรวม, ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ)
- ผลจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฯ พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 20.7 ในปีพ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 19.9 ในปีพ.ศ.2558 แต่ยังไม่ถึงค่าเป้าหมาย

- นโยบายภาษี มีการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบครั้งล่าสุดในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 จัดเก็บภาษีบุหรี่ซิการ์เรต ตามมูลค่าง่ายละ 90 และให้จัดเก็บตามปริมาณ 1.10 บาทต่อกรัม และยังยกเว้นการจัดเก็บภาษีจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองอยู่

5.การป่วย/การตาย (Morbidity/Mortality) ด้วยโรคที่สัมพันธ์กับยาสูบ

- การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ.2552 พบ 25 โรค มีหลักฐานชัดเจนว่าเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในจำนวนนี้รวม 10 โรคมะเร็ง
- มีคนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ 30 ปีขึ้นไป 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 ตามค่าเงินในปีพ.ศ. 255

6.การตรวจจับความผิดปกติ (Event-based surveillance)

- ข้อมูลจากชุมชน พบว่าร้านค้าส่วนใหญ่ในชุมชนมักจำหน่ายบุหรี่แบบแบ่งขาย บุหรี่เป็นมวน, การใช้ตู้โชว์บุหรี่เป็นสื่อในการโฆษณาบุหรี่ โดยมักเปิดตู้โชว์บุหรี่ไว้ตลอดเวลา หรือเลือกใช้ตู้โชว์บุหรี่ที่เป็นกระจกใส, พบการซื้อขายบุหรี่แถมสินค้าอื่นๆ เช่น ลูกอม ไฟแช็ค ปฏิทิน ซองกันน้ำ จาน ชาม เสื้อที่มีโลโก้หรือยี่ห้อบุหรี่ พบการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อต่างๆ รวมไปถึงการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อเล็ก และการจำหน่ายบุหรี่ซองเล็ก
- ข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทั้งเว็บไซต์ และ social media พบเว็บไซต์ที่มีการโฆษณาบุหรี่สะสมตั้งแต่เดือน กันยายน 2558 – มีนาคม 2559 ทั้งสิ้น 63 เว็บไซต์

7. ข้อเสนอแนะสำหรับการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

ประเทศไทยจำเป็นต้องปรับปรุงมาตรการเดิมที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ และเร่งดำเนินมาตรการใหม่ๆ ซึ่งยังสามารถทำได้เพิ่มเติมตามแนวทางของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) ดังนี้

มาตรการกลุ่มที่ 1 การป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะจากอุตสาหกรรมยาสูบ (FCTC) มาตรา 5.3)

- 1.1 ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบข้าราชการติดต่อกับธุรกิจยาสูบ/บุหรี่
- 1.2 ปรับปรุงกฎหมายห้าม ธุรกิจยาสูบทำ CSR
- 1.3 การเฝ้าระวังข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ

มาตรการกลุ่มที่ 2 การลดอุปสงค์

- 2.1 มาตรการด้านราคา (FCTC มาตรา 6)
 - 2.1.1 เพิ่มอัตราภาษีตามสภาพ เพื่อกำหนดราคาบุหรี่ขั้นต่ำ จาก 1.1 บาทเป็น 2 บาทต่อกรัม
 - 2.1.2 แก้กฎหมายประมวลภาษีสรรพสามิต เพื่อเก็บภาษีจากยาเส้นพื้นเมือง และใช้ราคาขายปลีกเป็นราคาในการคำนวณภาษีบุหรี่
- 2.2 มาตรการที่ไม่ใช่ราคา
 - 2.2.1 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องขนาดมาตรฐานของบุหรี่ (FCTC มาตรา 11)
 - 2.2.2 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องซองบุหรี่แบบเรียบ (FCTC มาตรา 11)

มาตรการกลุ่มที่ 3 การลดอุปทาน

- 3.1 ห้ามการโฆษณา ส่งเสริมการขาย หรือให้ทุนสนับสนุนที่มาจากต่างประเทศ ข้ามพรมแดน (FCTC มาตรา 13)
- 3.2 ให้ความคุ้มครองโฆษณาแบบเบ็ดเสร็จบนสื่อออนไลน์ (FCTC มาตรา 13)

3.3 ป้องกันการลักลอบค้าบุหรี่ผิดกฎหมายตามแนวชายแดน โดยไม่ยกเว้นภาษีให้กับบุหรี่ที่บรรจุเต็มซองทุกรูปแบบไม่ว่าในกรณีใดก็ตาม (FCTC มาตรา 15)

3.4 ห้ามขายบุหรี่เป็นตัวอย่าง หรือห่อเล็กๆที่จะทำให้เยาวชนสามารถซื้อผลิตภัณฑ์เหล่านั้นได้ (มาตรา 16)

มาตรการกลุ่มที่ 4 การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

4.1 ทำงานร่วมกับกรมบรรเทาสาธารณภัย เพื่อหาแนวทางออกกระเบียบ กำหนดมาตรฐาน บุหรี่ป้องกันไฟไหม้ (FCTC มาตรา 9)

4.2 ออกประกาศควบคุมองค์ประกอบในบุหรี่ สารซอร์ส เตมกลิ่น เตมสี ไม่ให้มีผลิตภัณฑ์ยาสูบบรูปแบบใหม่ๆ (FCTC มาตรา 10)

4.3 การออกกฎระเบียบการเปิดเผยข้อมูลองค์ประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ (FCTC มาตรา 10)

มาตรการกลุ่มที่ 5 การคุ้มครองสุขภาพผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

5.1 ให้สนามบินนานาชาติ เป็นเขตปลอดบุหรี่ (FCTC มาตรา 8)

5.2 ทำการตลาดเพื่อสังคมเรื่องบ้านปลอดบุหรี่ (FCTC มาตรา 8)

มาตรการกลุ่มที่ 6 การช่วยเหลือบุหรี่

6.1 ใช้มาตรการทางสังคมเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ในชนบทเลิกบุหรี่ และจัดมีบริการช่วยเหลือผู้ที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมชนบท (FCTC มาตรา 14)

6.2 ขยายโครงข่ายบริการให้คำปรึกษา ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพและสายด่วนเลิกบุหรี่ (FCTC มาตรา 14)

6.3 ทดลอง ใช้ข้อความทางโทรศัพท์ (SMS) กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ ที่มีสิทธิในระบบประกันของรัฐ ขอรับบริการเลิกบุหรี่ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยจากบุหรี่/ยาเส้น (FCTC มาตรา 14)

บทที่ 1 เหตุการณ์สำคัญ ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ปี พ.ศ. 2555 – 2559

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2555- 2559 มีเหตุการณ์เด่น สรุปตามลำดับเหตุการณ์ ดังนี้

- พ.ศ.2554 – โครงการจังหวัดขับเคลื่อนปลอดบุหรี่ 31 จังหวัด โดยในปีพ.ศ. 2554 สสส. ได้ให้ทุนสนับสนุนการ ดำเนินการขับเคลื่อนจังหวัด ปลอดบุหรี่ผ่านมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัดและสนับสนุนโดยตรงรุ่นที่ 1 10 จังหวัด แก่จังหวัดที่มี อัตราการบริโภคยาสูบสูง¹⁻² และในปีพ.ศ.2556 สนับสนุนเพิ่ม 16 จังหวัด(รุ่นที่ 2)แก่จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-18 ปี สูง รวมเป็น 31 จังหวัด นอกจากนี้แล้วได้สนับสนุน งบประมาณผ่านสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ในการขับเคลื่อน การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด อีก 19 จังหวัด
- พ.ศ.2555 สื่อทีวี mass media campaign เรื่อง ยาเส้นอันตราย ตายเหมือน บุหรี่
- กุมภาพันธ์ 2555 ระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการติดต่อผู้ประกอบการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2555ออกแทนฉบับปี พ.ศ. 2553 และ ปรับปรุงในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 59 เป็นระเบียบ ว่าด้วยการติดต่อระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ประกอบการหรือผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2559³

มีนาคม 2555	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 15) พ.ศ.2554 เรื่องข้อความที่อาจก่อให้เกิด ความเข้าใจผิดหรือจงใจให้บริโภคในฉลากของซอง บุหรี่และยาเส้น มีผลใช้ บังคับ ตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2555 ⁴
25 เมษายน 2555	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 16) พ.ศ.2554 เรื่องการ แสดงข้อความ เกี่ยวกับ สารพิษและสารก่อมะเร็งในฉลากของซอง บุหรี่ซิการ์เรต เริ่มมีผลบังคับใช้ ⁵
17 เมษายน 2555	มติ ครม. เห็นชอบมติสมัชชาสุภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2533 เรื่องมาตรการ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านยาสูบ ⁶ ในประเด็นนี้ศจย. ได้ ให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนมติ สมัชชาสุภาพเรื่องมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ต่อสุขภาพด้าน ยาสูบ ไปสู่ภาคปฏิบัติที่ระดับพื้นที่ใน 15 จังหวัด ¹
12 มิถุนายน 2555	มติ ครม. เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติพ.ศ. 2555 – 2557 ⁷ ซึ่ง มีเป้าหมายลดอัตราการบริโภคยาสูบของ ประชาชน ลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชาชนและการทำ ให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ ต่อมากระทรวงศึกษาธิการได้ ออก ประกาศเรื่องแนวทางการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุม ยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 – 2557 ในสถานศึกษา ⁸
21 สิงหาคม 2555	การปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ (รวมภาษียาเส้นและยาเส้นปรุง) ของประเทศไทยเป็นครั้งที่ 10 นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 การปรับครั้งนี้กำหนดอัตราตามมูลค่าและอัตราตามปริมาณใบยาสูบ ทำให้บุหรี่ยี่ห้อซิการ์เรตมีอัตราจัดเก็บตามมูลค่า จากร้อยละ 85 ร้อยละ 87 หรือตามปริมาณ 1 บาทต่อหนึ่ง กรัม ส่วนภาษียาเส้นเพิ่มเป็นครั้งแรก จาก 0.01 บาท/10 กรัม เป็น 0.01 บาท/กรัมถัดมาครั้งที่ 11 วันที่

9 กุมภาพันธ์ 2559 คณะรัฐมนตรีมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ยาสูบเป็นร้อยละ 90 และอัตราภาษีตามปริมาณ เป็นกรัมละ 1.1 บาท⁹

- เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2555 การพิจารณาพิจารณาพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบฉบับใหม่ พ.ศ. ... ซึ่ง เป็นการรวมกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่เป็นฉบับเดียวกัน¹⁰
- ตุลาคม 2555 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัดปี 2556 เด็กอายุ 15-18 ปี สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ 10 และสถานบริการสาธารณสุขปลอดบุหรี่ร้อยละ 100
- มีนาคม 2556 กระทรวงสาธารณสุข ประกาศมาตรการ “3 ลด 3 เพิ่ม”¹¹⁻¹²
- 3 ลด 1. การลดนักสูบหน้าใหม่ (อายุ 15-24 ปี, 19-24 ปี) 2. ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ในเขตชนบท โดยเฉพาะผู้ใช้ยาเส้น 3. ลดวันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน ในที่สาธารณะ และที่บ้าน
- 3 เพิ่ม 1. เพิ่มกลไกการป้องกันอุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบของรัฐ 2. เพิ่มผู้ขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่จังหวัดและท้องถิ่น 3. เพิ่มนวัตกรรมการดำเนินงานควบคุมยาสูบโดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 6 มีนาคม 2556 กระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศกระทรวงฯ เพิ่มขนาดคำเตือนพิษภัยบนซองบุหรี่ จากร้อยละ 55 เป็น ร้อยละ 85 โดยให้จัดพิมพ์ภาพ ข้อความคำเตือน 10 แบบคละกัน ในอัตรา 1 แบบ ต่อ 5,000 ซอง กำหนดให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 2 ตุลาคม 2556¹³ แต่ในวันที่ 23 สิงหาคม 2556 ศาลปกครองชั้นต้นได้มีคำสั่งทุเลาการบังคับตามประกาศฯ เนื่องจากบริษัทบุหรี่ป้องศาลปกครองเพื่อให้ทุเลาการบังคับใช้และเพิกถอนประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการ

เพิ่มขนาดข้อความภาพคำเตือนพิษภัยบนซองบุหรี่จากร้อยละ 55 เป็น ร้อยละ 85 ทำให้ประกาศดังกล่าวยังไม่มีผลใช้บังคับตามกฎหมาย¹⁶ จนกระทั่ง 29 พ.ค. 2557 ศาลปกครองสูงสุดให้ยกคำสั่งทุเลาการบังคับตามประกาศของศาลปกครองชั้นต้นแล้ว จึงมีผลบังคับใช้ 23 กันยายน 2557 (90 วันนับแต่วันที่ศาลปกครองสูงสุด อ่านคำสั่ง -26 มิ.ย.2557)

- | | |
|----------------------|---|
| 1 กรกฎาคม
2556 | การลงนามความร่วมมือ “ยกเว้นค่าโทรศัพท์ 1600 สายเลิกบุหรี่” ระหว่าง ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ผู้ให้บริการโทรศัพท์เคลื่อนที่ และโทรศัพท์ประจำที่ เพื่อเพิ่มช่องทางให้บริการประชาชนที่ต้องการเลิกบุหรี่โดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และกระตุ้น ให้ประชาชนได้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ¹⁴ |
| สิงหาคม 2556 | เริ่มการบังคับใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 17) พ.ศ. 2555 เรื่อง ภาพคำเตือนและการแสดงเลขหมายสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 บนซองยาเส้น ¹⁵ |
| 28 พฤศจิกายน
2556 | ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ระหว่างกรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและมูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ |
| 18 มิถุนายน
2557 | คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 มติ 5 การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ |
| 19 มิถุนายน
2557 | สสส. ผนึกเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพทั่วไทยเดินหน้าเปิดโครงการรณรงค์จิตอาสาขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ “รวมพลัง ทวงสิทธิ์ ห้ามสูบ |

ในพื้นที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย 100%" โดยตั้งเป้าหมายของการ
รณรงค์ลดจำนวนผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองลงได้ ร้อยละ 10

- 21 พฤศจิกายน 2557 ผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกได้มาประเมินสมรรถนะด้าน
ประสิทธิภาพการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย
(Joint National Capacity Assessment on the Implementation of
Effective Tobacco Control Policies in Thailand)
- 25 พฤศจิกายน 2557 เสนอร่างพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์ควบคุมยาสูบ พ.ศ. ไปยัง
สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี จากนั้น วันที่ 26 พฤษภาคม 2558
ที่ประชุมกรม.เห็นชอบร่างพระราชบัญญัติ(พ.ร.บ.) ควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ...
- 26 ธันวาคม 2557 กระทรวงพาณิชย์ ออกประกาศ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากู
ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาร
ราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 กำหนดให้สินค้า 3 ประเภท ได้แก่ 1.
บารากูดั้งเดิม 2. บารากูไฟฟ้า 3. บุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งอุปกรณ์ที่
เกี่ยวข้อง ห้ามนำเข้ามารในราชอาณาจักรในทุกกรณี
- 18 กุมภาพันธ์ 2558 คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ 9/2558 ลงนามเมื่อ
วันที่ 28 มกราคม 2558 ลงประกาศลงราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่
18 กุมภาพันธ์ 2558 กำหนดห้ามขาย / ห้ามให้บริการ สินค้า
ดังต่อไปนี้ 1. บารากูดั้งเดิม 2. บารากูไฟฟ้า 3. บุหรี่ไฟฟ้า 4. ตัว
ยาบารากูดั้งเดิม 5. น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้า/บุหรี่ไฟฟ้า
- 18 กุมภาพันธ์ 2558 รมว.สาธารณสุข และ WHO ร่วมแถลงข่าว ผอ.ใหญ่องค์การ
อนามัยและเลขาธิการภาคีอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภค
ยาสูบ โลกส่งจดหมายถึงนายก หนุนให้ลดกฎหมายบุหรี่โดยเร็ว

26 มีนาคม 2558	กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศเปลี่ยนภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 10 แบบ ลงราชกิจจานุเบกษา : 2 เมษายน 2558 มีผลบังคับใช้ : 29 กันยายน 2558
วันที่ 25 - 27 กันยายน 2558	ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญ ครั้งที่ 70 ประชุมว่าด้วยการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Summit โดยข้อที่มีความเกี่ยวข้องและสำคัญกับการควบคุมยาสูบอยู่ใน เป้าหมายที่ 3 ทำให้แน่ใจถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ เป้าหมาย SDG 3.a ส่งเสริมการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกในเรื่องของการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม เป้าหมายและตัวชี้วัด 1) เป้าหมาย สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย 2) เป้าประสงค์ เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการของ WHO FCTC ในทุกประเทศอย่างเหมาะสม WHO FCTC : สนธิสัญญาที่ตกลงกันภายใต้ข้อตกลง WHO ในเรื่องยาสูบ 3) ตัวชี้วัด 3.a.1 การสูบบุหรี่ของผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (อายุมาตรฐานของผู้ไม่สูบบุหรี่รายใหม่) โดยประเทศไทยครอบคลุมไปถึงผู้ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
กุมภาพันธ์ 2559	มีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซีกาเรตตามมูลค่าจากร้อยละ 87 เป็นร้อยละ 90 ของราคาขาย ณ โรงงานอุตสาหกรรมยาสูบ และปรับอัตราภาษีตามปริมาณเป็น 1.10 บาท/กรัม
25 กุมภาพันธ์ 2559	คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ฯ มีมติแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับจังหวัด ให้ทุกจังหวัดดำเนินงานควบคุมยาสูบ และใช้งบประมาณ สสส. ในการ

ดำเนินงาน และมีมติให้ดำเนินงาน 3 มาตรการเร่งด่วนเพื่อแก้ไข
ปัญหาการบริโภคยาสูบในวัยรุ่น คือ การเฝ้าระวังและบังคับใช้รอบ
สถานศึกษาให้มีความเข้มข้น การโฆษณา/การขายผลิตภัณฑ์
ยาสูบ ในการตลาดออนไลน์ และ การกำหนดเรื่องบุหรี่เป็นตัวชี้วัด
ในการประเมินสถานศึกษาตามระบบการนิเทศและประเมินผล
สถานศึกษา

- 19 เมษายน 2559 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559 – 2562 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบ และ ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ โดยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์

¹ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). รายชื่อโครงการที่เกี่ยวกับการขับเคลื่อนมุ่งสู่จังหวัดปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2554-2556. ก้าวทันวิจัยกับ ศจย. 2555; 4 (3): 12 – 14.

² กนกวรรณ ชมเชย. จังหวัดต้นแบบปลอดบุหรี่. วารสาร SMART 2556; 14 (155): 14 – 15.

³ ระเบียบกรมควบคุมโรค เรื่อง การติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2555, (2555, 29 กุมภาพันธ์).

ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 129 ตอนพิเศษ 62 ง., หน้า 9 - 11.

⁴ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด หรือจูงใจให้บริโภค ในฉลากของบุหรี่ยาสูบ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุง ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 (2554, 22 มิถุนายน) ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 69 ง, หน้า 53 – 54.

⁵ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งในฉลากของบุหรี่ยาสูบ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุง ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 (2554, 28 กรกฎาคม) ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 82 ง, หน้า 12- 14.

⁶ มติสภชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติ 6 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 19 มกราคม 2557. จาก <http://www.samatcha.org/?q=taxonomy/term/150>.

⁷ สรุปผลการประชุมคณะรัฐมนตรีประจำวันอังคารที่ 12 มิถุนายน 2555. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 19 มกราคม 2557.

จาก http://www.mots.go.th/ewt_dl_link.php?nid=4199.

⁸ กระทรวงศึกษาธิการ. (2555, 29 มิถุนายน). ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ในสถานศึกษา.

⁹ กฎกระทรวง กำหนดอัตราค่าแสตมป์ยาสูบ พ.ศ. 2555. (2555, 21 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 129 ตอน 80 ก, หน้า 61 - 62.

¹⁰ ศิริวรรณ พิทยรังษุณห์ และนุชรี ศรีวิโรจน์. ข้อถกเถียงในการยกร่าง พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบฉบับใหม่. ก้าวทันวิจัยกับ ศจย. 2555; 4 (2): 3 - 12.

¹¹ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). เอกสารสรุปรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ “เพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-พ.ศ. 2557 และมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ตามมติคณะรัฐมนตรีสู่การปฏิบัติ” [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 20 มกราคม 2557. จาก <http://trc.or.th/th/home-28/484-2555-2557.html>.

¹² ศิริวรรณ พิทยรังษุณห์ ประภาพรณ เอี่ยมอนันต์ ปวีณา ปันกระจำง และกมลภากร สมมิตร. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555. เจริญดีมีนคังการพิมพ์ กรุงเทพฯ; 2555.

¹³ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยและช่องทางการติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต พ.ศ. 2556. (2556, 6 มีนาคม) ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 130 ตอนพิเศษ 45 ง, หน้า 17 - 21.

¹⁴ กองบรรณาธิการ. 1600 โทเรลิกบุรี่ ฟรีทุกเครือข่าย. วารสาร SMART 2556; 14 (161): 6.

¹⁵ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยและช่องทางการติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของยาเส้นหรือยาเส้นปรุง พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 (2555, 10 สิงหาคม)

ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 129 ตอนพิเศษ 124 ง, หน้า 6 - 7.

¹⁶ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่, เครือข่ายการควบคุมการบริโภคยาสูบในอาเซียน. สมุดปกขาว กรณีบริษัทบุรี่ฟ้องศาลปกครองให้ยกเลิกกฎหมายเพิ่มขนาดคำเตือนพิษภัยบนซองบุรี่. 2556.

บทที่ 2 การเฝ้าระวัง มิติที่ 1 ด้านปัจจัยต้นเหตุ (DETERMINANT)

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

ความสำคัญและจำเป็นในการเฝ้าระวังปัจจัยต้นเหตุของยาสูบ

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

เป็นที่ทราบกันดีว่าบุหรืเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้มากที่สุด โดยปี พ.ศ.2551 บุหรืคร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกมากกว่า 5 ล้านคน ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ โรคเอดส์ และ ไข้มาลาเรีย รวมกัน และคาดว่าในปี พ.ศ.2573 หากยังไม่มีมาตรการใดๆ จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งหมด 8 ล้านคนต่อปี อีกทั้งบุหรืเป็นสินค้าชนิดเดียวที่ถูกกฎหมาย แต่เป็นอันตรายต่อทุกคนทั้งที่เป็นผู้สูบบุหรื และ ผู้ไม่สูบบุหรืที่ได้รับควันบุหรื ซึ่งผลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรืและการดื่มสุราของประชากรไทย ปี พ.ศ.2558 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 55.2 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรื 10.9 ล้านคน (ร้อยละ 19.9) 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 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2557 แต่ในปีล่าสุด 2558 กลับลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 19.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการสูบบุหรื ปี 2558 กับปี 2557 พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรืลดลงเล็กน้อยแต่ยังคงพบการได้รับควันบุหรืมือสองในสถานที่สาธารณะต่างๆ ทั้งที่เป็นเขตปลอดบุหรืตามกฎหมาย

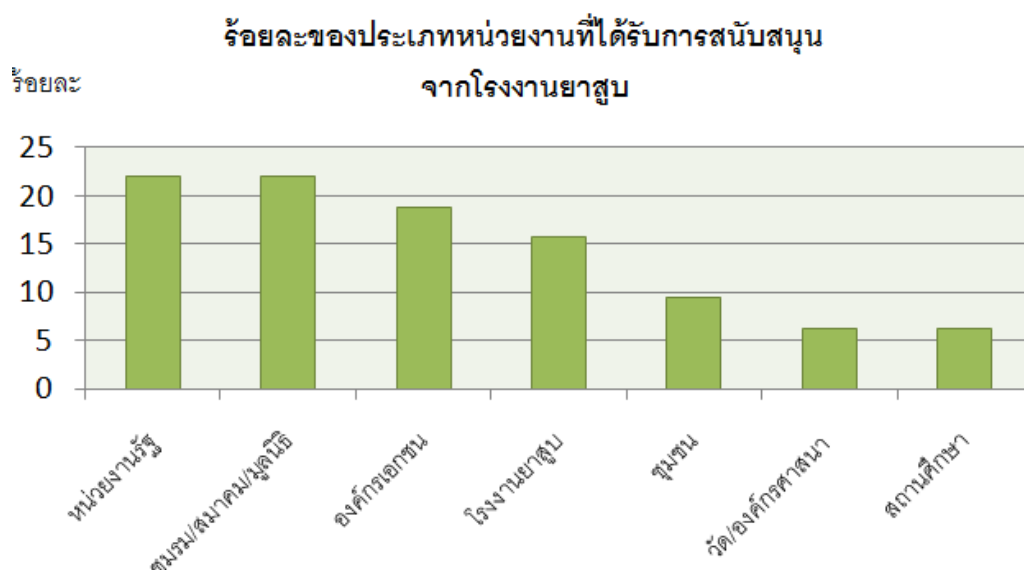
ดังนั้น การเฝ้าระวังยาสูบ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังปัจจัยต้นเหตุที่ทำให้คนสูบบุหรี่ เช่น กลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ สื่อ รวมถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ค่านิยม ทัศนคติ และปัจจัยทางสังคมอื่นๆ) จึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบในหลากหลายประเด็น ที่นอกเหนือจากจำนวนผู้บริโภคยาสูบ ใครคือผู้บริโภคนยาสูบ รวมถึงแนวโน้มการบริโภคยาสูบเปลี่ยนแปลงไปเพื่อประโยชน์ต่อการผลักดันนโยบาย มาตรการ และข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นให้เกิดความชัดเจน และครอบคลุมในทุกมิติของการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบที่สอดคล้องกับกฎหมายควบคุมยาสูบของประเทศไทยทั้งสองฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และระดับนานาชาติ ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) อันจะนำมาซึ่งการเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่และการสื่อสารข้อมูลเตือนภัยยาสูบในประเด็นที่อยู่นอกเหนือ หรือยังมิได้ครอบคลุมตามกฎหมายที่มี

2.1 การเฝ้าระวังกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ

การเฝ้าระวังกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบคือ การติดตามสถานการณ์กลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบที่อาจกระตุ้นให้เกิดลูกค้ายาสูบใหม่ และเพื่อให้ลูกค้ายาสูบเก่าใช้สินค้ามากขึ้นกว่าเดิม สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้มีการศึกษาใน 4 ประเด็น คือ (1) การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ (2) การโฆษณา ณ จุดขาย (3) การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (4) การตลาดแบบแพร่กระจายไวรัส และ (5) การแทรกแซงนโยบายรัฐของอุตสาหกรรมยาสูบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

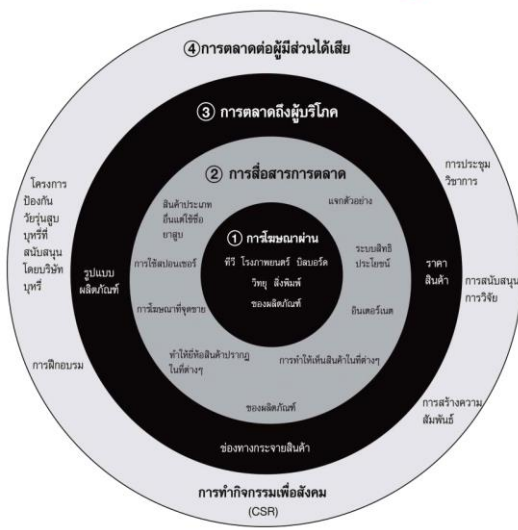
(1) การเฝ้าระวังการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ Corporate Social Responsibility (CSR) ไม่ใช่โครงการคืบกำไร แต่ถือเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดรูปแบบหนึ่งเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กรในการรับผิดชอบต่อสังคม เช่น การให้ทุนการศึกษา การจัดทำโครงการเพื่อสังคม การเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ (Sponsorships) เช่น การแข่งขันกีฬา ทั้งที่จริงแล้วสินค้าบุหรี่ยุคใหม่หรือคราฟต์บุหรี่ยุคใหม่จากระบบเฝ้าระวังโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือนมกราคม 2552 ถึงธันวาคม 2557 และสืบค้นจากอินเทอร์เน็ต เป็นประจำ สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง โดยใช้คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ บุหรี่ บุหรี่นอก บุหรี่ราคาถูก เป็นต้น รวมถึงข้อมูลจาก

การลงพื้นที่ตรวจเดือน ประชาสัมพันธ์ และช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนต่างๆ พบการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลังที่เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ ทั้งหมด 252 รายการ คิดเป็นมูลค่า 298,610,643 บาท โดยสามารถพบการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลังที่เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ รวม 32 รายการในช่วงเดือนเมษายน 2558 - มีนาคม 2559 ซึ่งหากจำแนกหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงงานยาสูบ พบว่า ส่วนใหญ่สนับสนุนให้กับหน่วยงานรัฐ และชมรม/สมาคม/มูลนิธิ มากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 21.88 รองลงมาเป็นองค์กรเอกชน ร้อยละ 18.75 ดังภาพที่ 2.1 แต่ไม่พบการเปิดเผยข้อมูลการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคม ของ บริษัทฟิลลิปมอริส ประเทศไทย จำกัด บนเว็บไซต์ ซึ่งอาจเป็นผลสืบเนื่องจากประกาศคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2555 ที่สั่งห้ามผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบทำกิจกรรมเพื่อสังคม ตั้งแต่วันที่ 13 กันยายน 2555 เป็นต้นมา จึงให้การเข้าถึงข้อมูลยากขึ้น

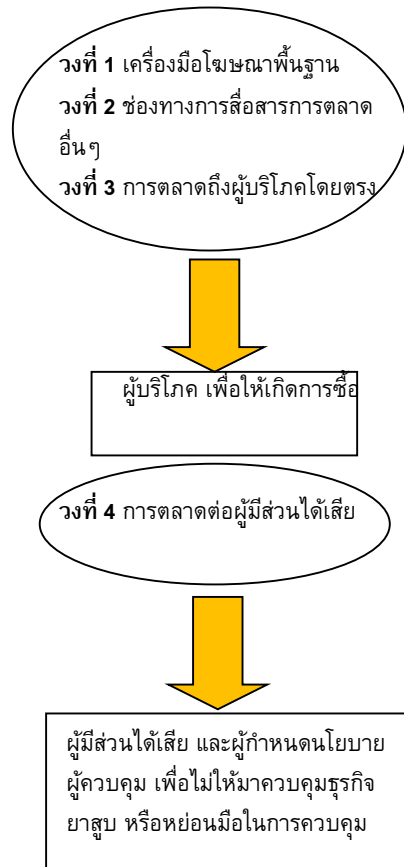


ภาพที่ 2.1 ร้อยละของประเภทหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงงานยาสูบ

**CSR เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการตลาด
ในการส่งเสริมการขายยาสูบ**



แหล่ง : สถาบันวิจัยแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ค.ศ.2008



ภาพที่ 2.2 แสดงประเภทหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงงานยาสูบ

(2) การโฆษณา ณ จุดขาย โดยเฉพาะการโฆษณาห้อยและราคาบุหรี่ที่ใหญ่เกินสมควร ซึ่งจากการรับข้อมูลที่ส่งตรงจากภาคีเครือข่ายที่พบเห็นโดยบังเอิญ และการแจ้งข้อมูลเข้าสู่ช่องทางต่างๆ ของระบบเฝ้าระวังยาสูบออนไลน์ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ พบการเขียนยี่ห้อบุหรี่ไว้ร่วมกับป้ายแขวน “ที่นี่จำหน่ายบุหรี่” และ กรณีการส่งเสริมการขาย พบการแบ่งขายบุหรี่เป็นมวนพร้อมบรรจุไว้ในถุงพลาสติกทั้งที่มีและไม่มียี่ห้อบุหรี่ และการโฆษณาห้อยบุหรี่ผ่านสื่อต่างๆ เช่น จาน ชาม กล้องใส่ทิชชู และป้ายไฟ เป็นต้น



ภาพที่ 2.3 การโฆษณาและการแบ่งขายมวนบุหรื

(3) การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่

ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ที่สืบค้นได้พบ “บุหรืไฟฟ้า” ซึ่งไม่ถือเป็นรูปแบบแปลกใหม่ที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อนในท้องตลาด บริษัทผู้ผลิตอ้างว่าสามารถช่วยให้คนที่ติดบุหรืเลิกบุหรืได้ นอกจากผลิตภัณฑ์ดังกล่าวยังพบผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีลักษณะคล้ายๆกัน คือ มอระกู่ไฟฟ้า, Cloud Stones โดยมีการโฆษณาว่า ปลอดภัยโคโคตินไร้ใบยาสูบ และไม่มีน้ำมันดิน ซึ่ง ณ ขณะนี้ ยังไม่ทราบว่าจะมีผลเสียต่อร่างกายอย่างไรบ้าง จึงมีการนำมาจำหน่ายกัน และเริ่มระบาดกันในร้านเหล้า



ภาพที่ 2.4 บุหรืไฟฟ้าและ Cloud Stones

(4) การโฆษณาส่งเสริมการขายทางอินเทอร์เน็ต รวมถึงสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Twister, Youtube และ SMS เป็นต้น ในบางครั้งอาจเรียกว่า **“การตลาดแบบแพร่กระจายไวรัส (Viral Marketing)”** การแผ่กระจายประเด็นนี้ มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูล โดยการติดตามความเคลื่อนไหวผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดยดำเนินการเป็นประจำทุกสัปดาห์รวมถึงการรับข้อมูลจากภาคีเครือข่าย จากนั้นจึงจัดเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูลในรูปแบบไฟล์ excel และประเมินตัดสินข้อค้นพบ จำแนกรายมาตราตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

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

จากการดำเนินงานแผ่กระจายทางอินเทอร์เน็ต ข้อมูล ณ เดือนมีนาคม 2559 พบเว็บไซต์และFacebook ที่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบสะสมจากเดือนกันยายน 2558 ทั้งสิ้น 63 เว็บไซต์ โดยการโฆษณาส่วนใหญ่เป็นการโฆษณาขายบุหรี่ไฟฟ้า น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า และบุหรี่นอก หากพิจารณาการกระทำผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 พบว่าเว็บไซต์ส่วนใหญ่มีความผิด ตามมาตรา 13 การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบไม่มีภาพคำเตือน จำนวนมากที่สุด รองลงมาเป็น มาตรา 8 การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 6 การขายสินค้าแถมบุหรี่/ขายบุหรี่แถมสินค้า รวมถึงการบริการหลังการขาย ตามลำดับ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละของเว็บไซต์โฆษณาบุหรี่ที่การกระทำผิดตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
(ข้อมูล ณ มีนาคม 2559)

เดือน/ปี	จำนวนเว็บไซต์			จำนวน/ร้อยละการกระทำผิดตาม พ.ร.บ.ควบคุมฯ พ.ศ.2535											
	สืบค้น	ซ้ำ	ใหม่	มาตรา 6		มาตรา 7		มาตรา 8		มาตรา 9		มาตรา 10		มาตรา 13	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก.ย.-58	44			6	13.64	0	0.00	10	22.73	0	0.00	1	2.27	11	25.00
ต.ค.-58	48	43	5	7	14.58	0	0.00	10	20.83	0	0.00	1	2.08	12	25.00
พ.ย.-58	48	48		7	14.58	0	0.00	10	20.83	0	0.00	1	2.08	12	25.00
ธ.ค.-58	48	43	5	8	16.67	0	0.00	9	18.75	0	0.00	1	2.08	12	25.00
ม.ค.59.	50	43	7	8	16.00	0	0.00	9	18.00	0	0.00	0	0.00	12	24.00
ก.พ.59.	52	50	2	8	15.38	0	0.00	9	17.31	0	0.00	0	0.00	12	23.08
มี.ค.-59	63	48	15	8	12.70	0	0.00	11	17.46	0	0.00	0	0.00	12	19.05

ตารางที่ 2.2 จำนวนและร้อยละของเว็บไซต์โฆษณาบุหรี่ที่ขายบุหรี่ไฟฟ้า /
น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าและเว็บไซต์ขายมอระกู่/น้ำยามอระกู่ (ข้อมูล ณ มีนาคม 2559)

เดือน	จำนวนเว็บไซต์			ขายบุหรี่ไฟฟ้า และน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า		ขายเต้ามอระกู่ และอุปกรณ์	
	สืบค้น	ซ้ำ	ใหม่	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก.ย .58	44	0	44	31	70.45	3	6.82
ต.ค .58	48	43	5	34	70.83	8	16.67
พ.ย .58	48	48	0	34	70.83	8	16.67
ธ.ค .58	48	43	5	33	68.75	9	18.75
ม.ค .59	50	43	7	35	70.00	9	18.00
ก.พ .59	52	50	2	37	71.15	9	17.31
มี.ค .59	63	48	15	46	73.02	11	17.46

(5) การแทรกแซงนโยบายรัฐของอุตสาหกรรมยาสูบ

โดยมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลจากการติดตามและรวบรวมเอกสารราชการที่ได้รับจากอุตสาหกรรมยาสูบ และนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินตัดสินว่ามีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงนโยบายรัฐหรือไม่ ซึ่งการแทรกแซงนโยบายรัฐ/การติดต่อจากอุตสาหกรรมยาสูบ ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน อุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาติดต่อกับหน่วยงานส่วนใหญ่จะเป็นการขอเข้าพบเพื่อดำเนินการจัดแจ้งรายการส่วนประกอบจำนวน 87 ครั้ง โดยการหารือข้อกฎหมายส่วนใหญ่มักเป็นการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์

ผลการติดตามจากเอกสารทางราชการที่ส่งโดยอุตสาหกรรมยาสูบ ถึงกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2553 - 2557 พบการขอเข้าพบเพื่อร่วมกำหนดนโยบาย 6 ครั้ง แต่ก็ได้รับการปฏิเสธจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

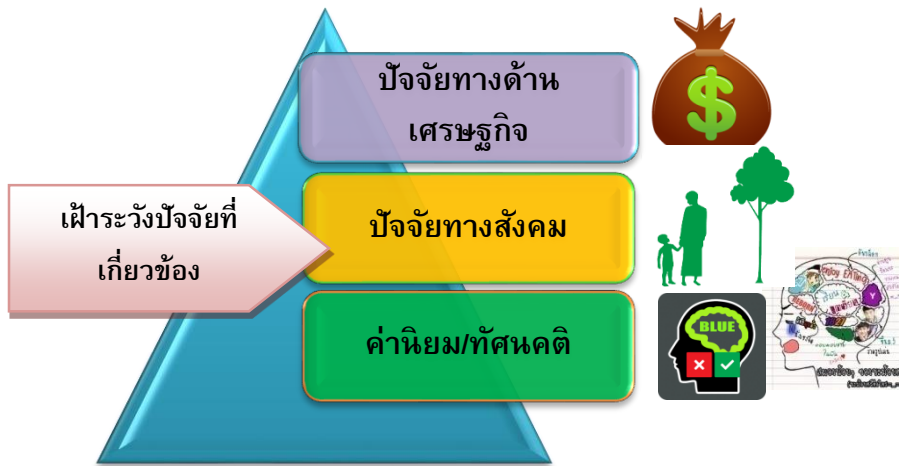
2.2 การเฝ้าระวังสื่อ

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

จากการดำเนินงานเฝ้าระวังสื่อสิ่งพิมพ์ ตั้งแต่เดือน กันยายน 2558 ถึงเดือน มีนาคม 2559 พบข้อมูลสะสมทั้งสิ้น จำนวน 606 ข่าว เมื่อพิจารณาตามหมวดหมู่ของ ข่าวสาร พบว่าข่าวสารส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการควบคุมยาสูบ สูงสุด จำนวน 308 ข่าว คิดเป็น ร้อยละ 50.83 รองลงมาเป็นข่าวประเภทอื่นๆ จำนวน 162 ข่าว เช่น ข่าวการเก็บภาษีของกรมสรรพสามิต เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 26.73 อันดับที่ 3 การเผยแพร่/ชี้แจงและแสวงหาการกระทำผิด จำนวน 60 ข่าว คิดเป็นร้อยละ 9.90 อันดับที่ 4 ข่าวการประชาสัมพันธ์รณรงค์รณรงค์ยาสูบ จำนวน 47 ข่าว คิดเป็นร้อยละ 7.76 อันดับที่ 5 การ แทรกแซงนโยบายรัฐ จำนวน 25 ข่าว คิดเป็นร้อยละ 4.13 และอันดับที่ 6 ข่าวการ โฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่/เผยแพร่ CSR จำนวน 4 ข่าว คิดเป็นร้อยละ 0.66 หาก จำแนกข้อมูลดังกล่าว ตามมาตรา FCTC พบว่าข่าว 5 อันดับแรก อันดับที่ 1 คือ มาตรา 12 การศึกษา การให้ความรู้ และการสร้างความตระหนัก จำนวน 250 ข่าว คิดเป็น ร้อยละ 41.25 รองลงมาคือ มาตรา 6 เรื่อง มาตรการด้านราคาและภาษียาสูบ จำนวน 247 ข่าว คิดเป็น ร้อยละ 40.76 อันดับที่ 3 คือ มาตรา 26 แหล่งทุน จำนวน 194 ข่าว คิดเป็นร้อยละ 32.01 อันดับที่ 4 คือ มาตรา 27 อื่นๆ จำนวน 159 ข่าว คิดเป็นร้อยละ 26.24 อันดับที่ 5 มาตรา 20 การวิจัย เฝ้าระวัง และแลกเปลี่ยนข้อมูล จำนวน 156 ข่าว คิดเป็นร้อยละ 25.74

ผลการเฝ้าระวังทางเว็บไซต์ และสื่อสังคมออนไลน์ ผลการเฝ้าระวังฯ ในช่องทาง นี้ จึงมุ่งหาข่าว/ ชี้แจงและแสวงหาการโฆษณาส่งเสริมการขายซึ่งเป็นกลยุทธ์ของอุตสาหกรรม ยาสูบที่ใช้เพื่อจูงใจให้เกิดการบริโภคและสอดคล้องกับมาตรา 6, 8 – 10 และ 13 ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการทำงานของเฝ้า ระวังเพื่อควบคุมยาสูบ โดยการหาข่าว/สืบค้นผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคม ออนไลน์ โดยประเมินตัดสินจากระยะเวลานับตั้งแต่วันที่ที่มีการเผยแพร่ข้อความถึงวันที่ ค้นพบเว็บไซต์ / facebook พบว่าเว็บไซต์ / facebook ที่ยังสามารถเข้าถึงได้ (Active) จำนวน 183 เว็บไซต์ / facebook มีระยะเวลาเผยแพร่จนกระทั่งค้นพบนานเฉลี่ย 25 วัน และส่วนใหญ่ค้นพบภายใน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 43.2 ขณะที่ เว็บไซต์/ facebook ที่ไม่ สามารถเข้าถึงได้ (Non-active) มีระยะเวลาการเผยแพร่ยาวนานเฉลี่ย 102 วัน

2.3 การเฝ้าระวังปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบในประชากร



ภาพที่ 2.5 ปัจจัยเกี่ยวข้องที่มีส่วนทำให้สูบบุหรี่



ภาพที่ 2.6 สาเหตุของการสูบบุหรี่นั้น มีต้นเหตุมาจากหลายปัจจัย

จากภาพที่ 2.5 และ 2.6 จะเห็นว่าการสูบบุหรี่มีได้เกิดเพียงเพราะค่านิยมทัศนคติของตนเอง หรือแค่ความอยากลองเพียงเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนในการทำให้บุคคลคนหนึ่งสูบบุหรี่ได้ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางสังคม เช่น เพื่อน ครอบครัว หรือแม้กระทั่งสิ่งแวดล้อมรอบตัว ที่ยังเป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลนั้นๆ สูบบุหรี่ได้ อย่างไรก็ดี ตามยังมีผลการสำรวจจากการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปีพ.ศ.2554 และการสำรวจพฤติกรรมและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557 พบว่า ประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบที่บริโภคแปรผันไปตามสถานะทางเศรษฐกิจ กล่าวคือผู้ที่สูบบุหรี่โรงงานส่วนใหญ่มีอายุ 15 – 24 ปี (ร้อยละ 20.1) และอาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งมีสถานะทางเศรษฐกิจดี¹ ขณะที่ผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่มวนเองส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท (ร้อยละ 18.9) มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ

เอกสารที่เกี่ยวข้องและช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน 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. เฟสบุ๊ค “จิตอาสาร่วมใจเฝ้าระวังเพื่อเตือนภัยยาสูบ” ที่
<https://www.facebook.com/pages/จิตอาสาร่วมใจเฝ้าระวังเพื่อเตือนภัยยาสูบ/350383091713518>
8. ระบบเฝ้าระวังยาสูบออนไลน์ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
<http://btc.webofficedesign.com>

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

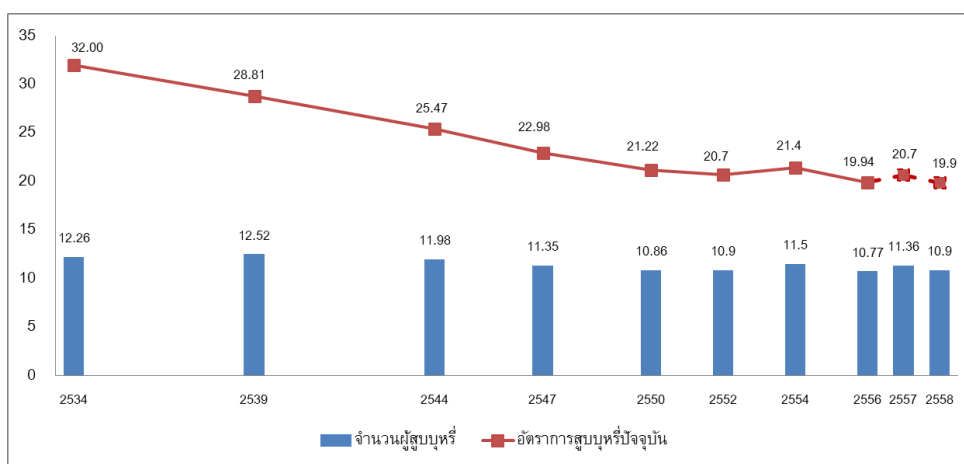
บทที่ 3 การเฝ้าระวัง มิติที่ 2 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (BEHAVIOR RISK)

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปันกระจำน
และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

สถานการณ์ด้านพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ

3.1 จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2558 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคยาสูบ 10.9 ล้านคน (19.9%) อัตราการบริโภคยาสูบของเพศชายเท่ากับ 39.3% เพศหญิงเท่ากับ 1.8% เมื่อพิจารณาการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 24 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2534-2558) พบว่ามีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่บริโภคยาสูบในปี พ.ศ.2534 มีจำนวน 12.26 ล้านคน (32.00%) ลดลงเป็น 10.9 ล้านคน (19.9%) ในปี พ.ศ.2558 มีอัตราการลดลงเฉลี่ย 0.5%ต่อปี ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2534-2558

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2544, 2552, 2556 และ 2558 และโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550, 2554 และ 2557

เนื่องจากวิธีการสำรวจในปีพ.ศ.2557 ไม่อนุญาตให้ใช้การถามสมาชิกในครอบครัวแทน จึงทำให้ค่าอัตราสูงกว่าวิธีสำรวจในวิธีเดิม (วิธีเดิมคือ อนุญาตให้ถามสมาชิกในครอบครัวแทน ซึ่งใช้ในการสำรวจปีพ.ศ.2558 ด้วย)

ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน² แบ่งเป็น ผู้สูบบุหรี่ประจำ³ และผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว⁴ โดยพบว่าสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ประจำอยู่ที่ร้อยละ 95 ในปี พ.ศ.2534 และค่อย ๆ ลดลงเป็นร้อยละ 85.88 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันในปี พ.ศ.2558

จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534-2558 โดยปี พ.ศ.2534 มีผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพียง 590,528 คน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนถึง 1,545,866 คนภายในรอบ 24 ปี จากข้อมูลดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนบ่งบอกให้เห็นว่าการที่อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์การตลาดรูปแบบใหม่ ๆ อาจส่งผลให้มีผู้ทดลองสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี ตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวน อัตราการสูบบุหรี่ และสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ประจำของประชากรไทย
อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2558

พ.ศ.	จำนวนและอัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบัน(คน)						สัดส่วนผู้บริโภคประจำ		
							ต่อผู้บริโภคนิยทุกหมต		
	รวมอายุ 15 ปีขึ้นไป		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
2558	10,947,037	19.58%	10,445,143	39.16%	501,894	1.76%	85.88	88.31	83.11

² ผู้สบบหรือปัจจุบัน หมายถึง ผู้สบบหรือประจำและผู้สบบหรือครั้งคราว

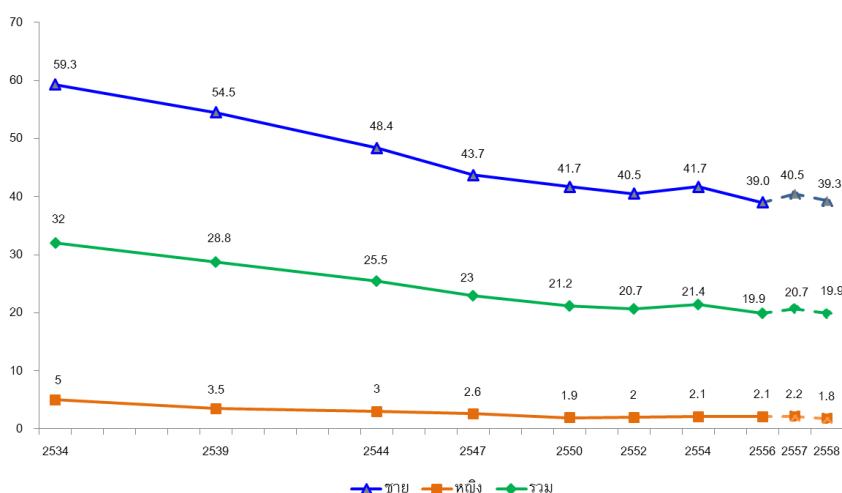
³ ผู้สบบนหรือประจำ หมายถึง ผู้สบบนหรือเป็นประจำทุกวัน

⁴ ผู้สับบหรีเป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้สับบหรีไม่ทุกวัน

3.1.1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

1.) เพศ (GENDER)

เมื่อพิจารณาตามเพศ จะพบว่าในรอบ 24 ปีที่ผ่านมาจากปีพ.ศ.2534-2558 อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรเพศชายมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงน้อยกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 33.72 และร้อยละ 64 นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 เพศหญิงมีอัตราการบริโภคยาสูบต่ำสุดจากทุกปีที่ผ่านมาคือร้อยละ 1.8



ภาพที่ 3.2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2558
จำแนกตามเพศ

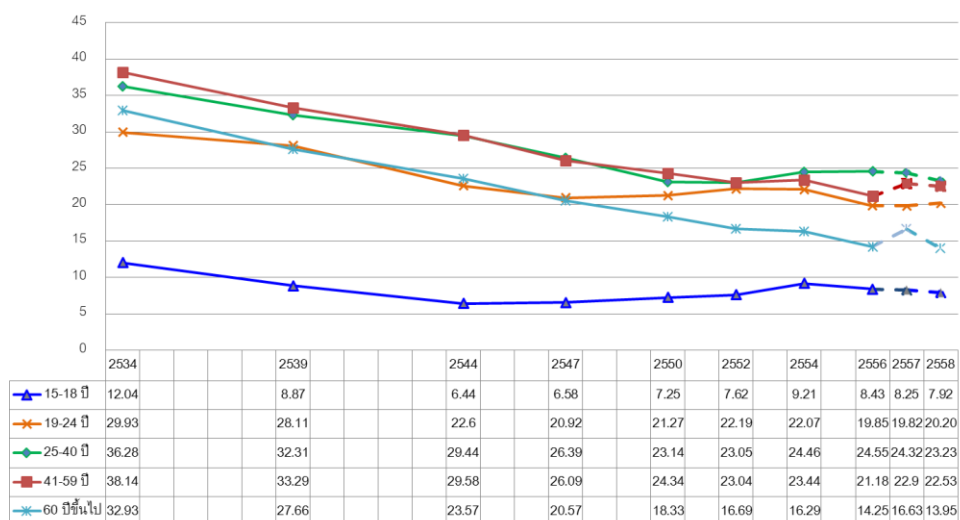
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2552, 2556 และ 2558 และโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2547, 2550, 2554 และ 2557

2.) กลุ่มอายุ (Age Group)

จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติในปีพ.ศ.2558 อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-18 ปี, 19-24 ปี, 25-40 ปี, 41-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 7.92, 20.20, 23.23, 22.53, 13.95 ตามลำดับ ในทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี พ.ศ. 2556 ยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปี และ กลุ่มอายุ 41-59 ปี

กลุ่มอายุที่มีอัตราการลดการสูบบุหรี่สูงสุด คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (อัตราการเปลี่ยนแปลงในรอบ 24 ปี ลดลงเท่ากับร้อยละ 57.64) ส่วนในกลุ่มอายุ 41-59 ปี, 25-40 ปี, 15-18 ปี และ 19-24 ปี มีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลง 40.93, 35.97, 34.22 และ 32.51 ตามลำดับ

อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนอายุระหว่าง 15–18 ปี จากปี พ.ศ.2534-2558 พบว่า ลดลง จาก ร้อยละ 12 ในปี พ.ศ.2534 เป็น ร้อยละ 7.92 ในปี พ.ศ.2558 แต่ปี พ.ศ.2547 – ถึงปัจจุบัน (2558) อัตราการบริโภคยาสูบกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 6.58 เป็นร้อยละ 7.92 (จำนวน 312,610 คนในปี พ.ศ.2558)



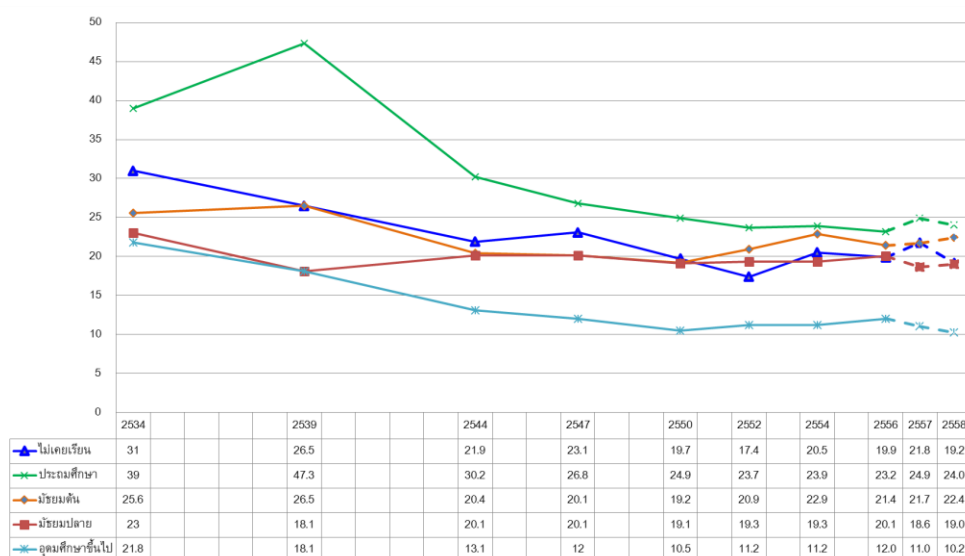
ภาพที่ 3.3 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2558

จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2544, 2552, 2556 และ 2558 และโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550, 2554 และ 2557

3.) ระดับการศึกษา (Education Level)

จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติในปี 2558 อัตราการสูบบุหรี่ของผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงสุด รองลงมาเป็นระดับมัธยมต้น ผู้ที่ไม่เคยเรียน ระดับมัธยมปลายและระดับอุดมศึกษาขึ้นไปคือร้อยละ 24.0, 22.4, 19.2, 19.0 และ 10.2 ตามลำดับ ผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปและผู้ที่ไม่เคยเรียนมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงจากปี 2557 และผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงมากที่สุดคือร้อยละ 53.22



ภาพที่ 3.4 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2558

จำแนกตามระดับการศึกษาที่จบสูงสุด

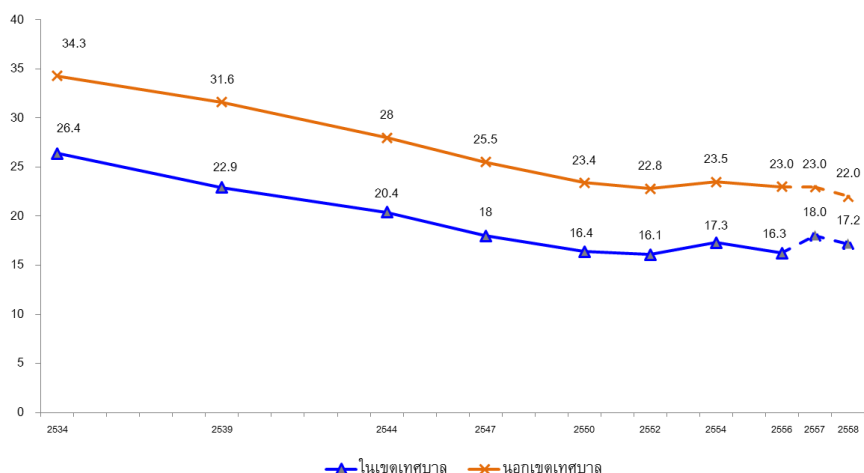
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2552, 2556 และ 2558 และโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2547, 2550, 2554 และ 2557

วิเคราะห์ข้อมูล: พ.ศ.2534-2552 โดยสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2534-2552 และวิเคราะห์ข้อมูล พ.ศ.2554-2558 โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล

3.1.2 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามภูมิศาสตร์

1.) เขตการปกครอง (Administrative District)

ผู้อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาลในทุกรอบการสำรวจ และอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงของนอกเขตเทศบาลก็สูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย คือ ร้อยละ 35.86 และ 34.85 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามาตรการที่ผ่านมามีผลในการลดอัตราการสูบบุหรี่ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล



ภาพที่ 3.5 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2558

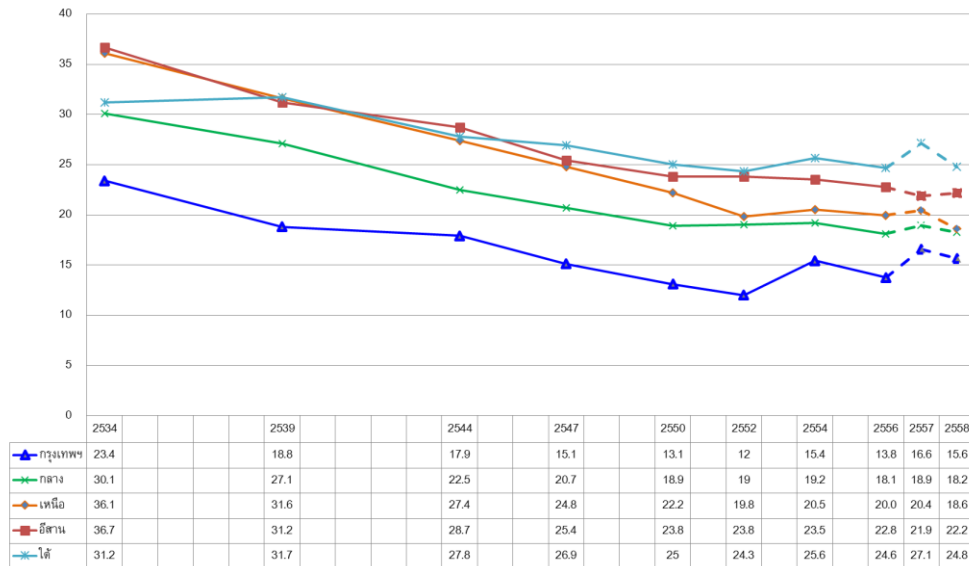
จำแนกตามเขตการปกครอง

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2544, 2552, 2556 และ 2558 และโครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550, 2554 และ 2557

2.) ภาค (Region)

อัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงจุดต่ำสุดในปีพ.ศ.2552 แต่ในพ.ศ 2554 และ 2557 มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้นทุกภาค ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในปีพ.ศ. 2558 ภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เหนือ กลางและกรุงเทพมหานคร (อัตราการเปลี่ยนแปลงภาคเหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ กรุงเทพมหานครและ

ใต้เท่ากับร้อยละ 48.48, 39.54, 39.51, 23.34 และ 20.52 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า มาตรการในการควบคุมยาสูบได้ผลน้อยในภาคใต้และกรุงเทพมหานคร แต่ได้ผลดีในภาคเหนือ กลาง และตะวันออกเฉียงเหนือ



ภาพที่ 3.6 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2558

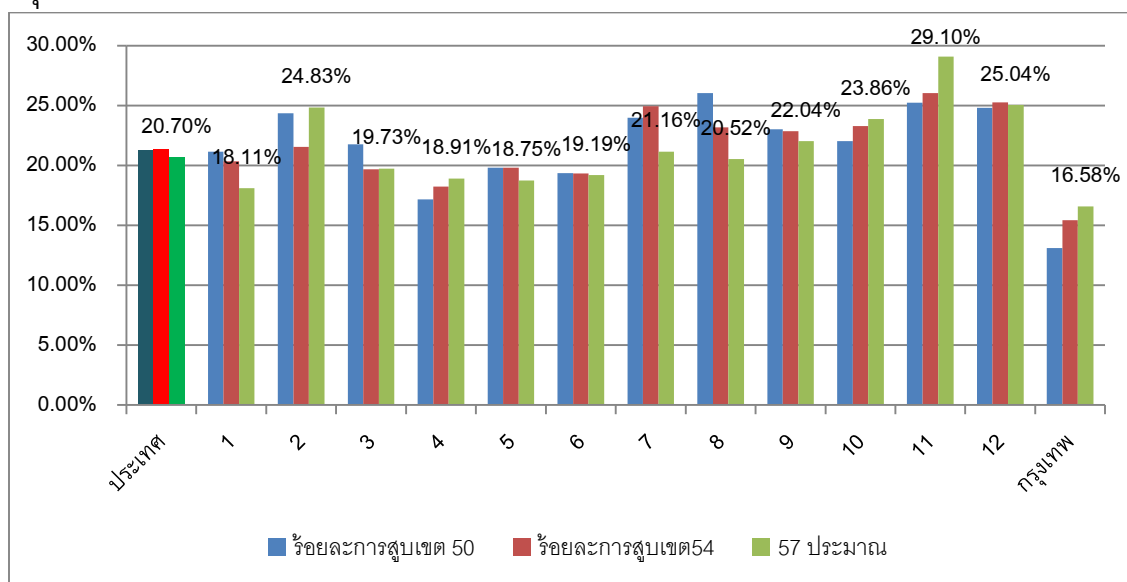
จำแนกตามภาค

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2552, 2556 และ 2558 และโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2547, 2550, 2554 และ 2557

3.1.3 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามเขต

1.) อัตราการบริโภคยาสูบของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่รายเขตสุขภาพ ปี 2550,2554,2557 พบว่าในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีเขต 2,4,10,11 และ กรุงเทพมหานคร ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 3.7



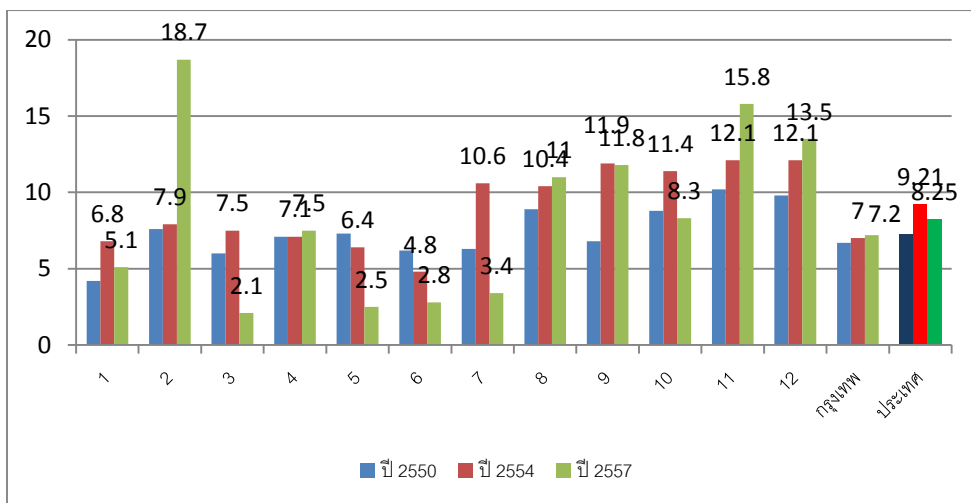
หมายเหตุ: จัดกลุ่มจังหวัด ตามเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2559

ภาพที่ 3.7 อัตราการสูบบุหรี่อายุ 15 ปี ขึ้นไป(รายเขตสุขภาพ) 2550,2554,2557

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ปี 2550,2554,2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย : สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

2.) อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนอายุ 15-18 ปี จำแนกตามเขตสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น 15-18 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2550, 2554, 2557 พบว่าในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีเขต 2,4,10,11 และ กรุงเทพมหานคร ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 3.8

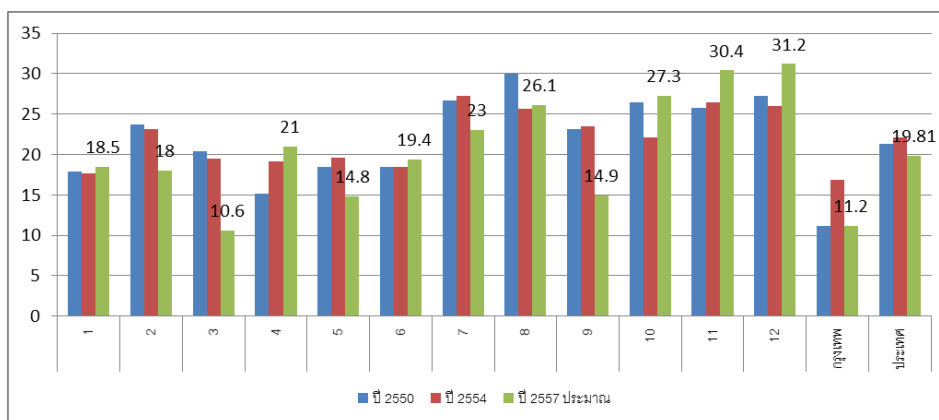


ภาพที่ 3.8 อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น 15-18 ปี (รายละเอียดสุขภาพ) 2550, 2554, 2557

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ปี 2550,2554,2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย : สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

3.) อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนอายุ 19-24 ปี จำแนกตามเขตสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น 19-24 ปี รายละเอียดสุขภาพ ปี 2550, 2554, 2557 พบว่าในภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีเขต 1,4,6,10,11 และ 12 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 3.9



ภาพที่ 3.9 อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น 19-24 ปี (รายละเอียดสุขภาพ) 2550,2554,2557

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ปี 2550,2554,2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย : สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

3.1.4 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ระดับจังหวัด

การสำรวจในระดับชาติที่สามารถจำแนกข้อมูลเป็นรายจังหวัด ในขณะนี้มียู่แค่ 3 ช่วงปี คือ จากโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548 โดยศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2550 และ 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2548 2550 และ 2554 เรียงลำดับจากจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุดไปสูงสุด

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
21. นครราชสีมา	35	20.58	36	22.65	33	21.55

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ.2554	
	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)
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. เพเยา	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

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ.2554	
	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)
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
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

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ.2554	
	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)
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 กับผลการสำรวจปีพ.ศ.2550 ได้

3.1.5 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกและอายุที่ต่ำสุดที่เริ่มสูบ

ข้อมูลจากโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ในปีพ.ศ.2557 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป que เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำคืออายุ 17.8 ปี และเริ่มสูบบุหรี่เป็นปกตินิสัยเมื่ออายุประมาณ 19.5 ปี เพศชายเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 18 ปี และเริ่มสูบเป็นปกติเมื่ออายุประมาณ 19 ปี ส่วนเพศหญิงเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 21 ปี และเริ่มสูบเป็นปกติเมื่ออายุประมาณ 22 ปี การสำรวจในครั้งนี้พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดเพียง 6 ปี

3.1.6 ประเภทของบุหรี่ที่สูบเป็นประจำ

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

ส่วนการสำรวจในปีพ.ศ.2557 นั้น ผู้ตอบสามารถตอบได้หลายคำถาม กล่าวคือผู้สูบเป็นประจำประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 61.7 ใช้บุหรี่ของ, ร้อยละ 55.4 ใช้บุหรี่มวนเอง, ร้อยละ 1.3 ใช้ซิการ์/ไปป์ และร้อยละ 0.8 ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆเช่น สูบบุหรี่ผ่านน้ำ เช่น มอระกู่/ชูก้า/ซิชา และบุหรี่ไฟฟ้าแบบแท่ง และการสำรวจในปีพ.ศ. 2558 พบผู้สูบเป็นประจำประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปใช้บุหรี่ของเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.87 ใช้บุหรี่มวนเองลดลงเป็นร้อยละ 34.18, ร้อยละ 0.1 ใช้ซิการ์/ไปป์, ร้อยละ 1.59 ใช้บุหรี่ซีโย/พม่า, ร้อยละ 0.2 ใช้ยาสูบที่สูบผ่านน้ำเช่น มอระกู่/ชูก้า/ซิชา และยาสูบที่สูบผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

ตารางที่ 3.3 จำนวนและสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค พ.ศ.2544 - 2558

ประเภทยาสูบที่ บริโภค	2544		2547		2550*		2552		2554*		2556		2557**	2558	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุหรี่ยอง	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	6,991,772	63.87
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	3,741,744	34.18
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	10,482	0.10
ไปป์			5,198	0.04	10,629	0.09			15,243	0.13					
บุหรี่ยิโย/พม่า			264,930	2.33	219,521	2.02	198,135	1.82	-	-	241,129	2.24	-	173,725	1.59
บาราкуда/ลูกกาว/ชีชา			112,171	0.99	8,647	0.08	39,537	0.36	2,326	0.02	20,811	0.19	-	2,263	0.02
บุหรี่อื่นๆ									6,466	0.06			-	25,337	0.23
ยาสูบที่สูบผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,714	0.02
รวมผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน	11,984,874	100	11,354,283	100	10,857,756	100	10,905,191	100	11,511,611	100	10,432	100		10,947,037	100

*ข้อมูลปี พ.ศ.2550 และ 2554 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ จึงแสดงเฉพาะประเภทบุหรี่ที่สูบมากที่สุด คำตอบเดียว

**ข้อมูลปีพ.ศ.2557 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ โดยไม่เรียงลำดับจากมากไปน้อย จึงไม่สามารถเลือกคำตอบแรกมาวิเคราะห์คำตอบเดียวทำให้คัมรวมเกินร้อยละ 100

3.1.7 ปริมาณยาสูบที่บริโภคต่อวัน(มวน)

ใช้ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพ.ศ.2557 ในส่วนของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำที่ตอบปริมาณของบุหรี่ที่สูบทุกประเภทมาคำนวณ พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีปริมาณสูบบุหรี่ (บุหรี่ซองและบุหรี่มวนเอง) ต่อวันมากกว่ากลุ่มเยาวชนและผู้สูงอายุ คือประมาณ 11.9 มวนต่อวัน และ พบว่าจำนวนบุหรี่(บุหรี่ซองและบุหรี่มวนเอง)ที่สูบโดยเฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 10.8 มวนต่อวันในปีพ.ศ. 2554 เป็น 11.5 มวนต่อวันในปีพ.ศ.2557

3.1.8 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนภายใน 30 นาที เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยเพื่อประเมินภาวะการติดนิโคติน (Nicotine dependence) ในผู้สูบบุหรี่ได้ และยังสามารบอกถึงระดับความรุนแรงในการติดบุหรี่อีกด้วย 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

3.1.9 ค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่มาสูบเอง (เฉลี่ยต่อเดือน)

การบริโภคยาสูบนอกจากจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบเอง ยังกระทบต่อรายจ่ายของผู้สูบบ้างด้วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลโครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทยซึ่งดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปีพ.ศ.2557 พบว่า

- ค่าใช้จ่ายจริงของผู้สูบบุหรี่ซองเพียงอย่างเดียวเฉลี่ยสูบบวันละ 10 มวนต่อวัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 565 บาท หรือปีละ 6,780 บาท

- ค่าใช้จ่ายจริงของผู้สูบบุหรี่มีตนเองเพียงอย่างเดียวเฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 10 มวนต่อวัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 170 บาท หรือปีละ 2,040 บาท
- สำหรับผู้สูบบุหรี่ทั้งสองประเภทขึ้นไป เฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 10 มวนต่อวัน มีค่าใช้จ่ายเดือนละ 357 บาท

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 ซึ่งมีราคาสูงกว่าบุหรี่มีตนเอง ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ซื้อบุหรี่ต่ำสุดคือ 251 บาท

3.1.10 การได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านและสถานที่สาธารณะ

ในเรื่องของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในตัวของสมาชิกที่อยู่อาศัยในครัวเรือน (GATS) พบว่า 3 ใน 5 (ร้อยละ 59.4) ของผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่าไม่มีผู้สูบบุหรี่ภายในตัวบ้าน, 2 ใน 5 (ร้อยละ 39.5) ตอบว่ามีการสูบบุหรี่ภายในตัวบ้าน และที่เหลือร้อยละ 1.1 ตอบว่า ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ส่วนความถี่ของการสูบบุหรี่ภายในตัวบ้าน พบว่าร้อยละ 27.8 มีการสูบบุหรี่ภายในตัวบ้านทุกวันและร้อยละ 7.1 มีการสูบบุหรี่ในบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ส่วนข้อมูลเพิ่มเติมจากการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านและสถานที่สาธารณะสามารถดูได้จากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (GATS) ในหัวข้อ 3.3.1

ส่วนการได้รับควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ตลาดสดหรือตลาดนัดและร้านอาหาร/ภัตตาคาร/สถานที่ที่จำหน่ายอาหารเครื่องดื่มเป็นสถานที่ที่มีการพบเห็น/ได้กลิ่น/พบเห็นกันบุหรี่มากที่สุดดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 แสดงการพบเห็น/ได้กลิ่น/พบเห็นกันบุหรี่ภายในสถานที่สาธารณะ

การได้พบเห็น/ได้กลิ่น/เห็น กันบุหรี่ภายในสถานที่ สาธารณะ	พ.ศ.2554		พ.ศ.2557		
	ไม่พบ (ร้อยละ)	พบ (ร้อยละ)	ไม่ได้ไป (ร้อยละ)	ไปแต่ไม่พบ (ร้อยละ)	ไปและพบ (ร้อยละ)
อาคารสถานที่ราชการ	72.63	25.79	59.11	21.62	18.07
สถานบริการสาธารณสุข	81.26	17.16	52.21	32.69	13.84
โรงเรียน/สถานศึกษาระดับ ต่ำกว่าอุดมศึกษา	83.41	15.01	61.10	27.22	10.89
อาคารของมหาวิทยาลัย	89.45	8.97	90.89	4.53	3.78
ศาสนสถาน	68.48	29.93	40.09	31.10	27.56
ร้านอาหาร/ภัตตาคาร/ สถานที่ที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม	50.09	48.33	40.45	16.32	41.90
สถานบริการขนส่งสาธารณะ	48.84	49.57	65.67	9.06	24.27
ตลาดสดหรือตลาดนัด	25.40	73.01	16.06	16.78	66.03

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2554 และ 2557
วิเคราะห์ข้อมูล: โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล

3.2 สถานการณ์และแนวโน้มในการบริโภคยาสูบของเยาวชน

3.2.1 สํารวจในกลุ่มนักเรียนอายุ 15-18 ปี

การสำรวจข้อมูลการบริโภคยาสูบในกลุ่มนักเรียนอายุ 15-18 ปี และ กลยุทธ์
อุตสาหกรรมยาสูบ ในสถานศึกษาและบริเวณโดยรอบสถานศึกษาใน 12 เขตบริการ
สุขภาพ ปีพ.ศ. 2558 โดยสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

การสำรวจนี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประชากร
เป้าหมาย (Target population) ในการสำรวจนี้ คือ นักเรียนไทยอายุ 15-18 ปี ในทุกเขต
บริการสุขภาพ โดยคัดเลือกนักเรียนจากจังหวัดที่มีความเสี่ยงในการบริโภคยาสูบสูง
และต่ำของแต่ละเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต รวม 24 จังหวัด จังหวัดละ 600 คน รวม
ทั้งสิ้น 14,440 คน

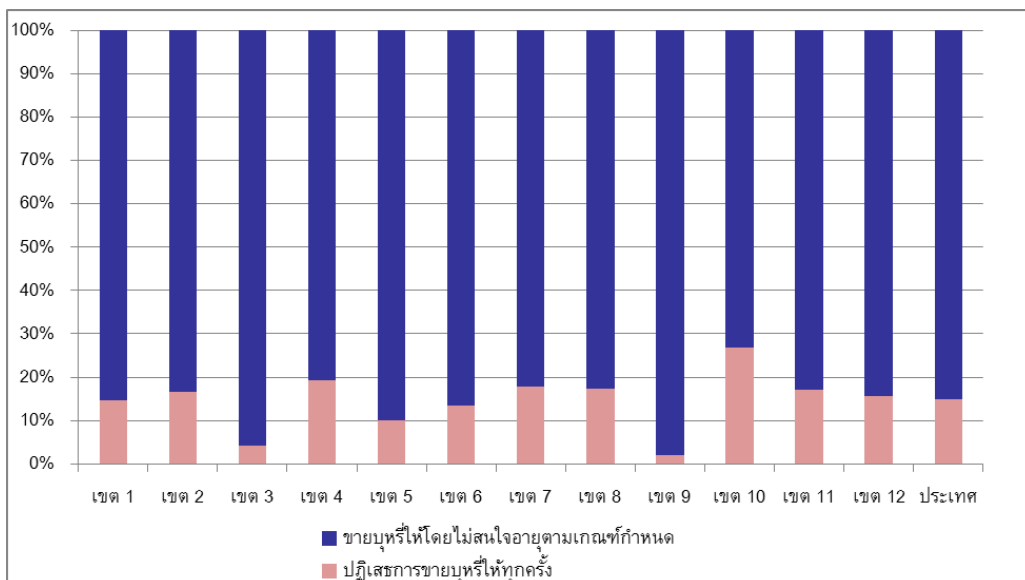
ผลการสำรวจ

- ความชุกของนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 23.4 และปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 9.97 เป็นนักเรียนชาย ร้อยละ 18.59 นักเรียนหญิง ร้อยละ 2.08
- เมื่อจำแนกรายเขตบริการสุขภาพ พบว่า เขตบริการสุขภาพที่มีความชุกของการบริโภคสูงกว่าค่าเป้าหมาย(ร้อยละ 9) จำนวน 6 เขต ได้แก่ เขต 2 (ร้อยละ 10.71), 3 (ร้อยละ 13.83), 4 (ร้อยละ 16.17), 8 (ร้อยละ 10.9), 9 (ร้อยละ 10.96), 11 (ร้อยละ 16.08) และเขตบริการสุขภาพที่มีความชุกของการบริโภคต่ำกว่าค่าเป้าหมาย จำนวน 6 เขต ได้แก่ เขต 1 (ร้อยละ 6.99), 5 (ร้อยละ 6.85), 6 (ร้อยละ 6.32), 7 (ร้อยละ 6.9), 10 (ร้อยละ 8.42), 12 (ร้อยละ 6.06) เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.59 รองลงมาคืออายุ 16 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17.26 อายุระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.36 และอายุระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.79
- ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน (ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา)โดยสูบบุหรี่วันละ 3 มวน 1 มวน และ 2 มวน คิดเป็นร้อยละ 34.1 ร้อยละ 19.3 และร้อยละ 16 ตามลำดับ
- นักเรียนส่วนใหญ่จะเลือกสูบบุหรี่ยี่ห้อเดิมที่เคยสูบ(ร้อยละ 47.45)โดยบุหรี่ที่นิยมสูบมากคือบุหรี่ต่างประเทศ รองลงมาคือบุหรี่ไทย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่

- บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน ได้แก่ การมีบิดา มารดา ผู้ปกครอง ญาติ หรือเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ โดยเฉพาะเพื่อน พบว่า ผู้ที่ชักชวนส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.8 เป็นเพื่อน รองลงมาคือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 ญาติ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1
- การเข้าถึงบุหรี่ และรูปแบบการซื้อ/ได้บุหรี่ยี่ห้อเพื่อสูบ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่สามารถหาซื้อบุหรี่ได้จากร้านขายของชำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.72 รองลงมา คือ ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 29.09 และรูปแบบบุหรี่ที่นักเรียนนิยมซื้อ/ได้มาเพื่อสูบส่วนใหญ่ นั้น จะอยู่ในรูปแบบมวนมากที่สุด ร้อยละ 52.0 ในการซื้อ

บุหรี่ยี่แต่ละครั้งนั้นมีผู้ขาย ขายบุหรี่ยี่ให้นักเรียนที่มีอายุไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดตาม
กฎหมาย คิดเป็นร้อยละ 56.78



ภาพที่ 3.9 แสดงร้อยละของร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ยี่แก่ นักเรียนอายุ 15-18 ปี จำแนกราย
เขตบริการสุขภาพที่ 1-12 พ.ศ.2558

ที่มา: การสำรวจข้อมูลการบริโภคยาสูบในกลุ่มนักเรียนอายุ 15-18 ปี และ กลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ
ปี 2558 สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

วิเคราะห์โดย: สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

การเลิกบุหรี่ยี่

- เคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่ยี่ คิดเป็นร้อยละ 72.4 ด้วยสาเหตุสำคัญที่ทำให้อยากเลิก
อันดับแรก คือ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 36.21
- พบว่า ร้อยละ 90.36 เคยลองพยายามเลิกสูบบุหรี่ยี่ โดยใช้วิธีการเลิกด้วยตนเอง
ร้อยละ 93.90
- จากความพยายามเลิกสูบบุหรี่ยี่ พบว่า ร้อยละ 59.64 สามารถเลิกได้ และที่ยังไม่
สามารถเลิกได้มีถึงร้อยละ 40.36

- โดยสาเหตุที่เล็กไม่ได้ คือ ไม่สามารถควบคุมความอยากสูบบุหรี่ได้ คิดเป็นร้อยละ 54.65 การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่ ร้อยละ 38.08 เป็นเพื่อนสูงถึงร้อยละ 81.82

ข้อสังเกต/ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในเด็กนักเรียนอายุ 15-18 ปี ดังนี้

- การให้ความรู้เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่แก่นักเรียนควรเริ่มตั้งแต่อายุน้อยๆ เนื่องจากอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-15 ปี ซึ่งเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น
- เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย ทั้งที่ประเทศไทยมีกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้เด็ก อายุต่ำกว่า 18 ปี ห้ามขายแยกซอง โดยนักเรียนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 52.0 ที่ซื้อจากร้านขายของชำ
- และสามารถซื้อได้โดยผู้ขายไม่ปฏิเสธว่าอายุถึงเกณฑ์หรือไม่ ร้อยละ 56.78
- นักเรียนที่สูบบุหรี่ซื้อบุหรี่ในรูปแบบแบ่งมวน (แยกซอง) ขายมากที่สุด ร้อยละ 52.0
- นักเรียนที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่สูบที่บ้านตนเอง คิดเป็นร้อยละ 35.58 ที่บ้านเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 22.64
- แสดงถึงบทบาทของบิดามารดา และครูอาจารย์ที่ต้องเอาใจใส่ดูแลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนทั้งในรั้วของโรงเรียน และนอกรั้วโรงเรียน โดยดำเนินการอย่างจริงจังและเข้มข้นตามนโยบายบ้านปลอดบุหรี่ และโรงเรียนปลอดบุหรี่

3.2.2 การสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย (GYTS)

อัตราการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย พ.ศ.2558 ดำเนินการภายใต้โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey : GYTS) ซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังระบบหนึ่งภายใต้ระบบเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบระดับโลก (Global Tobacco Surveillance System : GTSS) โครงการนี้ดำเนินการเพื่อกำกับติดตามและเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบในเยาวชน อายุ 13-15 ปี ที่ศึกษาอยู่ในระบบการศึกษา สำหรับประเทศไทยได้ดำเนินการสำรวจมาแล้วจำนวน 3 ครั้ง ครั้งแรกในปี

พ.ศ.2548 (ค.ศ. 2005) ครั้งที่สอง พ.ศ.2552 (ค.ศ. 2009) และสำหรับครั้งที่สามได้ดำเนินการในปี พ.ศ.2558 (ค.ศ. 2015) ผลสำรวจพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยเท่ากับร้อยละ 11.3 (เพศชาย ร้อยละ 11.2 และเพศหญิงร้อยละ 5.2) ซึ่งมีอัตราส่วนใกล้เคียงกับการสำรวจใน 2 ครั้งที่ผ่านมา การสำรวจครั้งนี้รายงานอัตราการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 3.3 (เพศชาย ร้อยละ 4.7 และเพศหญิงร้อยละ 1.9) และเยาวชนไทยร้อยละ 13.9 (เพศชาย ร้อยละ 17.8 และเพศหญิงร้อยละ 9.8) เคยทดลองสูบบารากู่ อัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบันของเยาวชนไทย อายุ 13-15 ปี พ.ศ.2558 เท่ากับร้อยละ 15 (เพศชายร้อยละ 21.8 เพศหญิง ร้อยละ 8.1) สำหรับผู้บริโภทยาสูบมีควันปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 14 (เพศชายร้อยละ 20.7 เพศหญิง ร้อยละ 7.1) และผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบไร้ควันเท่ากับร้อยละ 2.7 (เพศชายร้อยละ 4.1 เพศหญิง ร้อยละ 1.3) เยาวชนที่สูบบุหรี่ของจะสูบบุหรี่วันละ 1 มวน หรือ 2-5 มวน เท่ากับร้อยละ 30 และ 37.5 ตามลำดับ สำหรับเยาวชนที่สูบยาสูบปัจจุบันร้อยละ 84.8 แสดงอาการติดยาสูบ (Smoking Dependence)

เยาวชนไทยเคยทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 7 ปีหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 5.2) โดยเยาวชนส่วนใหญ่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 12 ถึง 13 ปี (ร้อยละ 39.6) รองลงมาเป็นเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุระหว่าง 14 ถึง 15 ปี (ร้อยละ 24.8) และเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 10 ถึง 11 ปี (ร้อยละ 21.2)

การเลิกสูบบุหรี่

เยาวชนที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันปัจจุบันจำนวน 4 ใน 5 คน หรือร้อยละ 79.4 เคยพยายามเลิกใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ใช้ยาสูบมีควันจำนวนร้อยละ 80.1 คิดว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อต้องการ และจำนวนเกือบ 1 ใน 3 คน (ร้อยละ 29.3) เคยได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่จากโปรแกรมเลิกบุหรี่หรือผู้เชี่ยวชาญ

การได้รับควันบุหรี่มือสอง

เยาวชนร้อยละ 33.8 ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านของตน ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา เยาวชนจำนวนประมาณ 1 ใน 3 คน หรือร้อยละ 38.6 สัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะภายในตัวอาคาร และได้สัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะ

นอกตัวอาคารในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 37.7) ซึ่งสัดส่วนลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับการสำรวจในครั้งที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามพบว่าเยาวชนจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งพบเห็นผู้สูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 47.9)

การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ

เยาวชนที่เป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันร้อยละ 67.4 สามารถหาซื้อบุหรี่ได้ตามร้านค้าทั่วไปได้แก่ ร้านค้า ร้านขายของชำ ร้านค้าเร่ แผงลอย ตลาดนัด และร้านสะดวกซื้อ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยเยาวชนที่สูบบุหรี่จำนวนประมาณครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 54.4 สามารถหาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าและร้านขายของชำ ร้อยละ 8.7 สามารถหาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าเร่ แผงลอย และตลาดนัด ร้อยละ 4.3 สามารถซื้อบุหรี่ได้จากร้านสะดวกซื้อ และร้อยละ 12.8 ได้บุหรี่มาจากผู้อื่น นอกจากนี้เยาวชนผู้สูบบุหรี่เกือบครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 44 สามารถซื้อบุหรี่ได้โดยไม่ได้รับการตรวจสอบอายุของผู้ซื้อ

เยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันซื้อบุหรี่มาเพื่อสูบครั้งสุดท้ายในช่วง 30 วันที่ผ่านมา เป็นแบบซอง(20 มวน) ร้อยละ 54.7 จำนวนเยาวชนผู้สูบบุหรี่ซื้อบุหรี่ครั้งสุดท้ายแบบมวนเดี่ยวและซองเล็กแบ่งชาย เป็นสัดส่วนร้อยละ 19.6 และ 19.1 ตามลำดับ

ข้อมูลข่าวสาร (การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และการส่งเสริมการขายโดยธุรกิจยาสูบ)

เยาวชนจำนวน 3 ใน 4 คน หรือร้อยละ 74.9 เคยเห็นหรือได้ยินข้อมูลข่าวสารเพื่อการไม่สูบบุหรี่ผ่านช่องทางต่าง ๆ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา เยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน ร้อยละ 38.4 คิดที่จะเลิกบุหรี่เนื่องจากเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ นอกจากนี้เยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่จำนวนร้อยละ 46.1 ไม่คิดที่จะสูบบุหรี่เนื่องจากเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ เยาวชนจำนวน 4 ใน 5 คน (ร้อยละ 76.2) ได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 78.9) อย่างไรก็ตามในการส่งเสริมการขายของร้านค้าและธุรกิจยาสูบ ในกรณีการพบเห็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขายนั้น เยาวชนไทยร้อยละ 30.9 พบเห็นการโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ ณ จุดขาย โดยเยาวชนไทยจำนวน 2 ใน 10 คนหรือร้อยละ 10.5 เคยสวมใส่หรือใช้สิ่งของที่มีชื่อบริษัทยาสูบ หรือชื่อตราบุหรี่ หรือรูปภาพบุหรี่ อาทิเช่น ไฟแช็ค เสื้อผ้า หมวกและแว่นตา เป็นต้น

ทัศนคติและความเชื่อ

เยาวชนไทยมีความเชื่อและทัศนคติสนับสนุนการห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะภายนอกอาคาร สูงถึงร้อยละ 78.9 เยาวชนที่เข้าใจว่าควันบุหรี่จากการสูบของผู้อื่นเป็นอันตรายต่อตน มีสัดส่วนร้อยละ 77.6 อย่างไรก็ตามเยาวชนจำนวน 1 ใน 4 คน (ร้อยละ 27.7) คิดว่าการสูบบุหรี่ในงานเลี้ยง งานสังสรรค์ หรืองานชุมนุมทางสังคมอื่นๆ จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกผ่อนคลายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบ และเยาวชนเพียงร้อยละ 16.6 ที่เข้าใจว่าเมื่อเริ่มสูบบุหรี่แล้วการเลิกสูบบุหรี่นั้นทำได้ยาก

3.2.3 การสำรวจบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับยาสูบ (GSPS)

การสำรวจบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับยาสูบ หรือ Global School Personnel Survey (GSPS) ปี พ.ศ.2558 เป็นการสำรวจนโยบายหรือกฎระเบียบเฉพาะเกี่ยวกับการห้ามสูบบุหรี่และการบังคับใช้นโยบายและกฎระเบียบดังกล่าวภายในบริเวณโรงเรียนทั้งภายในและภายนอกอาคารเรียน ดำเนินการสำรวจในโรงเรียน 30 แห่ง โดยบุคลากรที่เข้าร่วมการสำรวจจำนวนทั้งสิ้น 30 คน ประกอบด้วยผู้บริหารโรงเรียนจำนวน 11 คน และครูอาจารย์ จำนวน 19 คน

ผลการสำรวจจากบุคลากรในโรงเรียนพบว่าโรงเรียนทุกแห่งหรือจำนวน 30 แห่ง มีนโยบายในการห้ามสูบบุหรี่ภายในอาคารเรียนที่ใช้กับนักเรียน (ร้อยละ 100) และโรงเรียนที่มีนโยบายในการห้ามสูบบุหรี่ที่บังคับใช้ภายในอาคารเรียนสำหรับบุคลากรในโรงเรียน จำนวน 29 แห่ง (ร้อยละ 96.7) สำหรับโรงเรียนที่มีนโยบายในการห้ามสูบบุหรี่ภายนอกอาคารเรียน (แต่อยู่ภายในบริเวณโรงเรียน) ที่บังคับใช้กับนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน จำนวน 28 แห่ง (ร้อยละ 93.3) และจำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 83.3) ตามลำดับ

ในเรื่องการบังคับใช้นโยบายดังกล่าวกับนักเรียนนั้น พบรายงานว่าโรงเรียนมีการบังคับใช้นโยบายอย่างจริงจังกับนักเรียน จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 83.3) และโรงเรียนที่มีการบังคับใช้นโยบายอย่างจริงจังกับบุคลากรในโรงเรียน จำนวน 17 แห่ง (ร้อยละ 56.7) สำหรับโรงเรียนที่มีการบังคับใช้นโยบายดังกล่าวกับนักเรียนได้เพียงบางส่วน จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 13.3) และโรงเรียนที่มีการบังคับใช้นโยบายดังกล่าวกับบุคลากรในโรงเรียนได้เพียงบางส่วน จำนวน 8 แห่ง (ร้อยละ 26.7) นอกจากนี้โรงเรียนที่

รายงานว่าไม่มีการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างจริงจังกับบุคลากรภายในโรงเรียน จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 13.3)

3.3 กลุ่มอื่นๆที่น่าสนใจ

3.3.1 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 45.1 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

ในปี พ.ศ. 2552 การได้รับควันบุหรี่มือสองมีดังนี้ ประชากรร้อยละ 39.1 (20.5 ล้านคน) ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน ส่วนคนทำงานร้อยละ 27.2 (3.3 ล้านคน) ได้รับควันบุหรี่ในสถานที่ทำงาน ส่วนในปี พ.ศ. 2554 การได้รับควันบุหรี่มือสองมีดังนี้ ประชากรร้อยละ 36 (19.5 ล้านคน) ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน ส่วนคนทำงานร้อยละ 27.2 (4.2 ล้านคน) ได้รับควันบุหรี่ในสถานที่ทำงาน

3.3.2 การสำรวจ GHPSS 7 กลุ่มวิชาชีพ

การสำรวจ GHPSS เป็นการสำรวจโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบร่วมกับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ทั้ง 7 สาขา โดยมี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ของ 7 วิชาชีพสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร สาธารณสุข เทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจรอบแรกในปี 2549 และผลการสำรวจในปี 2554 พบว่าร้อยละ 4.2 นักศึกษาแพทย์ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ มากกว่าบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการบริโภคยาสูบอื่นๆในปัจจุบันของนักศึกษาทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล สาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัดเท่ากับร้อยละ 4.0, 5.0, 1.7, 8.2, 3.4 และ 5.1 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการบริโภคยาสูบในปัจจุบันของนักศึกษาวิชาชีพต่ำ เหลือเพียงหนึ่งในห้าของผู้ที่เคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 อัตราการบริโภคยาสูบในปัจจุบันของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ทั้ง 7 สาขาวิชาชีพสุขภาพ

	Ever smoked cigarettes	Ever used any form of tobacco other than cigarettes	Currently use cigarettes	Currently use any tobacco products
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Medical				
Total	13.8(13.0-14.7)	17.7(16.8-18.7)	2.6(2.3-3.0)	4.2(3.7-4.7)
Women	7.8(6.9-8.8)	14.4(13.3-15.7)	0.3(0.2-0.7)	2.0(1.6-2.6)
Men	22.0(22.5-23.6)	21.7(20.2-23.3)	5.7(4.9-6.7)	7.1(6.2-8.1)
Dental				
Total	13.9 (12.8- 15.2)	16.8 (15.5-18.1)	2.5 (2.0- 3.1)	4.0 (3.4- 4.8)
Women	7.8 (6.8- 9.0)	12.5 (11.2-14.0)	0.5 (0.3- 0.8)	2.1 (1.6-2.8)
Men	27.8 (25.1- 30.6)	25.9 (23.2-28.6)	6.8 (5.4- 8.6)	8.4 (6.8-10.2)
Pharmacy				
Total	12.0 (11.1 - 12.9)	18.9 (17.8- 20.0)	2.6 (2.2- 3.2)	5.0 (4.4-5.6)
Women	6.7 (6.0 - 7.6)	16.4 (15.3- 17.6)	0.7 (0.5- 1.0)	2.8 (2.4- 3.4)
Men	28.5 (26.0 - 31.1)	27.1 (24.6- 29.7)	9.0 (7.4-10.8)	11.8 (10.0-13.8)
Nursing				

	Ever smoked cigarettes	Ever used any form of tobacco other than cigarettes	Currently use cigarettes	Currently use any tobacco products
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Total	9.8 (9.0 - 10.6)	14.1 (11.4- 17.3)	0.5 (0.2- 1.1)	1.7 (1.0-2.8)
Women	8.6 (7.2 - 10.1)	12.9 (10.5- 15.7)	0.2 (0.0- 0.9)	1.4 (0.8-2.4)
Men	33.2 (17.3 - 54.0)	33.2 (23.0- 45.2)	6.6 (2.6-15.7)	6.6 (2.6-15.5)
Public Health				
Total	19.6(18.5-20.7)	21.2(20.1-22.4)	4.3(3.8-4.9)	8.2 (7.5-9.0)
Women	15.2(14.2-16.4)	18.6(17.5-19.8)	2.8(2.3-3.4)	6.3 (5.6-7.0)
Men	40.9(37.7-44.1)	34.0(31.0-37.2)	11.7(9.7-14.0)	17.0 (14.7-19.7)
Med Tech				
Total	15.9(14.6-17.2)	20.3(19.0-21.7)	1.4(1.1-1.9)	3.4 (2.9-4.1)
Women	13.1(11.8-14.4)	17.4(16.0-19.0)	1.4(1.0-1.9)	3.3 (2.6-4.0)
Men	29.3(25.7-33.2)	31.7(28.0-35.7)	1.9(1.0-3.5)	3.6 (2.3-5.5)
Physical Therapy				
Total	14.4(13.0-15.9)	19.2(17.6-20.8)	2.9(2.3-3.6)	5.1 (4.2-6.0)
Women	10.9(9.5-12.4)	27.4(23.1-32.1)	15(1.1-2.1)	4.0 (3.2-5.0)
Men	31.7(27.1-36.6)	17.4(15.8-19.2)	9.4(6.9-12.6)	10.4 (7.7-13.8)

ที่มา : สํารวจโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ร่วมกับ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ
เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ทั้ง 7 สาขา ในปีพ.ศ. 2554

บทที่ 4 การเฝ้าระวัง มิติที่ 3 ผลของการดำเนินงาน ตามมาตรการต่างๆ

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ

พ.ศ. 2555 – 2557

แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่จัดทำขึ้น โดยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ภายหลังจากคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติและเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557

โดยประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 8 ยุทธศาสตร์ และมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการบริโภคยาสูบของประชาชน และทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ โดยมีเป้าหมายลดอัตราการบริโภคยาสูบโดยรวมและเพศชายลงร้อยละ 10 จากปีพ.ศ. 2552 และในเพศหญิงไม่เพิ่มขึ้น (คิดเป็นร้อยละ 18.7, 37.5 และ 2.01 ตามลำดับ)

ผลจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฯ พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 20.7 ในปีพ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 19.9 ในปีพ.ศ.2558 แต่ยังลดไม่ถึงค่าเป้าหมาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558)

ทั้งนี้การที่อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยรวม ทั้งชายและหญิง ไม่ลดลงมากนัก และยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ เป็นผลมาจากคนที่ติดบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ อีกทั้งการเปิดเสรีการค้าอาเซียน (AFTA) ส่งผลให้การแข่งขันของธุรกิจบุหรี่ยิ่งมีมากขึ้น เกิดกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบใหม่ๆ มีส่วนสำคัญที่ทำให้เยาวชนและผู้หญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคยาสูบเพิ่มมากขึ้น โดยสรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวก็ประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง

ซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชนในการดำเนินงานควบคุมยาสูบภายใต้แผนยุทธศาสตร์นี้

สรุปผลตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ที่สำคัญรายยุทธศาสตร์ได้ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการโรงเรียน/สถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยมีโรงเรียนเข้าร่วมมากกว่า ๑,๐๐๐ แห่ง เพื่อลดจำนวนปริมาณนักสูบหน้าใหม่ให้ลงได้ อีกทั้งมีการพัฒนาหลักสูตรการควบคุมยาสูบให้กับนิสิตนักศึกษา กลุ่มสาขาวิชาชีพสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตแพทย์ กายภาพบำบัดและมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความรู้แก่เด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างกระแสสังคมและกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ รวมทั้งการรู้เท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ และจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในสถานที่สาธารณะ สถานที่ราชการ สถานประกอบการ และหน่วยงานต่างๆ เช่น สวนสาธารณะ สถานีขนส่งจังหวัด บริเวณเขตเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น จากการดำเนินการดังกล่าว พบว่าเด็กและเยาวชน อายุ 15 - 24 ปี ร้อยละ 98 มีความรู้เกี่ยวกับผลของยาสูบต่อสุขภาพและกลยุทธอุตสาหกรรมยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การส่งเสริมให้ผู้บริโภคยาสูบลดและเลิกใช้ยาสูบ

2.1 ส่งเสริมให้ผู้บริโภคยาสูบสามารถเข้าถึงบริการเลิกยาสูบโดยง่าย ไม่ยุ่งยาก และเพียงพอในสถานบริการของชุมชนทุกระดับ

2.2 กระตุ้นให้เกิดกระแสการรณรงค์การสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่

2.3 ระบบการให้บริการเลิกยาสูบและระบบส่งต่อผู้บริโภคนโยบายแบบบูรณาการ และยกเว้นค่าใช้จ่ายการเรียกเข้าหมายเลข 1600 ให้เป็นหมายเลขพิเศษ โดยผู้บริโภคนโยบายสามารถโทรเข้าได้ทุกที่ทั่วประเทศไทย

2.4 จัดทำแนวทางการจัดการ การบำบัดโรคเสพติดยาสูบในประเทศไทย พ.ศ. 2555 และแนวทางเลิกบุหรี่ โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

2.5 สร้างเสริมความเข้มแข็งของสถานพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ

2.6 พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการควบคุมยาสูบในระบบการศึกษาของนิสิตนักศึกษา กลุ่มสาขาวิชาชีพสุขภาพ

2.7 สร้างเครือข่ายชุมชนปลอดบุหรี่ ให้มีทักษะ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ

2.8 จัดตั้งศูนย์วิชาการ อบรม และถ่ายทอดองค์ความรู้การเลิกสูบบุหรี่

2.9 พัฒนาสถานพยาบาลให้บริการเลิกสูบบุหรี่แบบบูรณาการ มีมาตรฐาน และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยมีสมาชิกคลินิกฟ้าใส จำนวน 310 แห่ง ใน 77 จังหวัด รวมไปถึงโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 555 แห่งประเทศ และการสนับสนุนจาก สปสช. ในการพัฒนาคุณภาพคลินิกปลอดบุหรี่ในโรงพยาบาลกว่า 200 แห่ง

2.10 ผลักดันให้ยาช่วยเลิกยาสูบเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยการปรับกระบวนการของรายการส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังนี้

3.1 มีการจัดทำร่างกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ซึ่งมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่รับผิดชอบในการรับผิดชอบในการรับจดแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบจากกรมการแพทย์ เป็นกรมควบคุมโรค และไม่คืนเอกสารแสดงรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้ประกอบการ ขณะนี้เตรียมนำร่างเตรียมเพื่อเสนอเป็นกฎกระทรวงตามขั้นตอนของกฎหมายต่อไป

3.2 มีการจัดประชุมชี้แจง และรับฟังความคิดเห็นของผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมยาสูบ (ร่างกฎกระทรวง) เมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๖ กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

4.1 ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 ในเรื่องสถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยการควบคุมกำกับหน่วยงานในสังกัดตามกฎหมาย

4.2 การนำประเด็นการควบคุมยาสูบจัดทำแนวปฏิบัติ ตามกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

4.3 ส่งเสริมสนับสนุนดำเนินการตามกฎหมายในทุกพื้นที่

4.4 ดำเนินการปรับเปลี่ยนค่านิยมของการบริโภคยาสูบเพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานี่ทำงาน และสถานที่สาธารณะเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย

4.5 สามารถจัดทำแผนบูรณาการ แผนการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานได้

4.6 การผลักดันและสนับสนุนให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

4.7 การดำเนินงานบูรณาการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ จำนวนกว่า 496 องค์การ 17 เครือข่าย รวมถึงไปถึงหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจภูธรภาค/จังหวัด สรรพสามิตพื้นที่ สถานประกอบการ สถานบันเทิง โรงแรม ร้านอาหาร

4.8 มีการชี้แจงและระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบและกฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่/เหล้า

4.9 การประสานหน่วยงานส่งเสริมการท่องเที่ยวในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด หอการค้าจังหวัด และสมาคมส่งเสริมธุรกิจท่องเที่ยวไทย ในการกำชับนักท่องเที่ยวเรื่องเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายและการจัดทำ ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 เรื่องสถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่ 100 เปอร์เซนต์ โดยได้ดำเนินการในการขับเคลื่อนจังหวัดปลอดบุหรี่ไปแล้วไม่น้อยกว่า 32 จังหวัด

4.10 ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการตามมาตรการมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ รวมทั้ง สถานประกอบการปลอดบุหรี่มีสถานประกอบการ โดยปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 1,000 แห่งที่ร่วมดำเนินการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ

5.1 มีมาตรการควบคุมยาสูบที่ได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับพันธกรณี ของ WHO – FCTC และผลักดันเพื่อเข้าสู่การรับฟังข้อคิดเห็นและมติจากที่ประชุม คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2558 – 2562 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดง รูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยและช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลาก ของยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ (ฉบับที่ ๑๗) พ.ศ. ๒๕๕๕ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัย และ ช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของบุหรี่ยี่ห้อแรต พ.ศ. ๒๕๕๖ (ภาพคำเตือน ร้อยละ 85) เป็นต้น

5.2 มีโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบในส่วนกลาง และระบบบริหารจัดการงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด เป็นรูปแบบการขอความร่วมมือให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ด้วยการเพิ่มบทบาทในการควบคุมยาสูบเข้าไปด้วย

5.3 พัฒนารูปแบบดำเนินเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับสถานการณ์การบริโภคยาสูบ การละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบ และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่ สอดแทรกเข้ากับงานประจำ พร้อมๆ กับการนำผลลัพธ์การเฝ้าระวังฯ ที่ได้มาขยายผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายอยู่เสมอ

5.4 สนับสนุนการศึกษาวิจัยที่สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาฯ ได้รับการจัดทำ อย่างกว้างขวางในทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ

5.5 พัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะบุคลากรระดับสถานบริการ สาธารณสุขให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ ด้วยโครงการของภาคีเครือข่าย ขณะที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะระดับภูมิภาคและ ระดับจังหวัดให้ได้รับการพัฒนา ศักยภาพองค์ความรู้ในการบังคับใช้กฎหมาย

5.6 การดำเนินการสร้างทีมพื้นที่ต้นแบบในการควบคุมยาสูบระดับเขตสุขภาพ เพื่อกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินการและพัฒนาศักยภาพบุคลากรพื้นที่ต้นแบบเพื่อ ควบคุมยาสูบระดับจังหวัดในเขตสุขภาพ

5.7 มีการจัดทำข้อตกลงสำคัญร่วมกัน คือ แนวทางการขอใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ของประเทศไทย จาก 1๓ ประเทศทั่วโลกและการพัฒนาการกฎหมายควบคุม

ยาสูบเป็น “ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.” เพื่อปิดช่องว่างของข้อกฎหมายที่ใช้มากกว่า 20 ปีและเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย มีการพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ รวมถึงภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบด้วยหลักสูตรที่มีมาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 : การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

6.1 การตั้งคณะทำงานป้องกันและปราบปรามยาสูบผิดกฎหมายเพื่อดำเนินการกำกับติดตามการแก้ไขสถานการณ์และการประชุมประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ตามคำสั่งกรมสรรพสามิต ที่ ๓๒/๒๕๕๖ แต่ยังไม่ได้มีการประชุมของคณะทำงานดังกล่าว เพราะคณะทำงานติดตามการอื่นและยังไม่มีวันที่คณะทำงานจะสะดวกตรงกัน

6.2 การตรวจสอบสถานการณ์ผู้ประกอบการ

6.3 การบังคับใช้กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับมาตรการด้านความปลอดภัยและการป้องกันในการจัดเก็บและขนส่งสินค้า รวมถึงมีการกำหนดบทลงโทษตามความผิด

6.4 การกำหนดมาตรการในการใช้เทคนิคการสืบสวนพิเศษที่ใช้เฉพาะการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ได้มีการประสานงานรวบรวมข้อมูลผลงานการป้องกันและปราบปรามยาสูบผิดกฎหมาย และดำเนินโครงการเฉพาะกิจด้านการสกัดกั้นยาสูบที่มีขอบด้วยกฎหมายตามแนวตะเข็บชายแดน

6.5 การศึกษาข้อมูล การจัดทำโครงการระบบการสืบค้น ติดตามและการศึกษาการดำเนินงานมาตรการทางกฎหมาย การดำเนินงานระงับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือวิธีการสื่อสารโทรคมนาคมอื่นๆ การดำเนินงานศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมรวมทั้งการปรับปรุงบทลงโทษเพื่อนำเสนอแนวทางดำเนินการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายและอุปกรณ์ที่ใช้ในการกระทำผิด

ยุทธศาสตร์ที่ 7: การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี

7.1 การดำเนินการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2555 ซึ่งเป็นการปรับโครงสร้างภาษียาสูบ พร้อมลงในราชกิจจานุเบกษาและบังคับใช้ทันทีตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม 2555 มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการ

บริโภคยาสูบซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีให้มีทั้งการจัดเก็บตามมูลค่าร้อยละ 87 และการจัดเก็บตามปริมาณ 1 บาทต่อม้วนเป็นครั้งแรก โดยต้องนำทั้งมูลค่าและปริมาณมาคำนวณภาษี หากการคำนวณระหว่างการจัดเก็บตามมูลค่า และการจัดเก็บตามปริมาณตัวใดสูงกว่ากันก็ให้เก็บภาษีในส่วนนั้น ทำให้ราคาบุหรี่ทั้งบุหรี่ในและต่างประเทศ ปรับขึ้นซองละ 7 – 9 บาท และมีการปรับอัตราการจัดเก็บภาษียาเส้นพันธุ์เวอร์จิเนียพันธุ์เบอร์เลย์และพันธุ์เตอร์กิชจากเดิมมีอัตราตามมูลค่าร้อยละ 0.1 ปรับเป็นอัตราภาษีตามมูลค่าร้อยละ 10 แต่ยังคงเว้นการจัดเก็บภาษีจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองอยู่ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าแม้ปรับอัตราภาษียาเส้นแล้วอัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำกว่าอัตราภาษีบุหรี่ซองมากถึงประมาณ 9 เท่า

7.2 ออกกฎกระทรวงเรื่องกำหนดอัตราค่าแสตมป์ยาสูบ พ.ศ. 2555 และกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมยาสูบ พ.ศ. 2555 ซึ่งลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 21 สิงหาคม 2555 และมีผลบังคับใช้วันที่ 22 สิงหาคม 2555

7.3 การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและเจ้าหน้าที่สรรพสามิตเพื่อป้องกันบุหรี่และสุราเถื่อน โดยมติที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติครั้งที่ 1/2556 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินการในการกำหนดให้สินค้ายาสูบอยู่นอกรายการเจรจาลดอัตราอากรขาเข้า โดยกำหนดให้ทุกครั้งที่จะมีการเจรจาการค้าเสรีที่มีสินค้ายาสูบเกี่ยวข้องด้วยจะต้องปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมสรรพสามิตก่อน รวมทั้งได้มีการศึกษาแนวทางการปรับปรุงโครงสร้างภาษีสรรพสามิต

7.4 การศึกษาแนวทางการปรับปรุงการจัดเก็บภาษียาสูบของประเทศไทย และปรับปรุงพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 (ฐานภาษี, ระบบภาษี, นิยามและข้อกฎหมายที่ล้าสมัย)

7.5 เพิ่มความเป็นธรรมแก่ผู้ประกอบการทุกฝ่าย ศึกษาถึงความเป็นไปได้และผลกระทบสำหรับการปรับโครงสร้างภาษีจากเดิมเป็นอัตราภาษีแบบผสมตามคำแนะนำของ WHO FCTC ข้อ 6 และพิจารณาดำเนินการปรับระบบการบริหารจัดเก็บภาษีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและปรับปรุงการกำหนดสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 8: การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

8.1 มีการจัดทำข้อควรปฏิบัติที่สำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบ

8.2 การจัดทำหนังสือไม่รับการสนับสนุนกิจกรรม CSR จากอุตสาหกรรมยาสูบ โดยมีหนังสือจากกรมควบคุมโรคแจ้งไปยังทุกหน่วยงานราชการ

8.3 การแก้ไขระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการปรับแก้ถ้อยคำในระเบียบกรมควบคุมโรคในส่วน "การอ้างอิงแห่งกฎหมาย ในการให้อำนาจตราระเบียบ" มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2555

8.4 ดำเนินการประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องๆ เพื่อกำหนดมาตรการ ในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การประชุมเพื่อหาแนวทางในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่างๆ ที่มีส่วนประกอบของนิโคติน

8.5 การประชุมเชิงนโยบายเพื่อหารือแนวทางในการควบคุมบารากูไฟฟ้า บุหรี่ไฟฟ้า บารากู และนิโคติน โดยทำให้เกิดประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่องกำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. ๒๕๕๗ และคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ ๙/๒๕๕๘ กำหนดห้ามขาย/ห้ามให้บริการ สินค้า ได้แก่ บารากูดั้งเดิม ตัวยาบารากูดั้งเดิม บุหรี่ไฟฟ้า บารากูไฟฟ้า และน้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้า/บุหรี่ไฟฟ้าอีกทั้งหลายหน่วยงานได้ประกาศไม่รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ เช่น กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และได้จัดทำร่างระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการติดต่อระหว่างบุคลากรของรัฐกับธุรกิจยาสูบ กำหนดวิธีปฏิบัติของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ภายใต้ข้อ 5.3 แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เพื่อป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะว่าด้วยการควบคุมยาสูบจากผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่ระหว่างการนำเสนอเพื่อประกาศใช้ต่อไป

ผลจากการดำเนินงานทุกยุทธศาสตร์ พบว่าส่วนใหญ่มีการดำเนินงานเพียงแต่เป็นรายกิจกรรม และไม่ส่งผลต่อเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมที่ตั้งไว้ได้ ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถบรรลุตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ ส่วนผลจากการ

ติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ภาคผนวก ก.

ปัญหาและอุปสรรค

1. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก การทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับน้อย และอาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องงบประมาณที่ไม่สอดคล้อง
2. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบตาม พ.ร.บ. 2 ฉบับ ยังไม่เข้มแข็ง ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องของยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบและการบังคับใช้กฎหมาย
3. บางหน่วยงานยังไม่มีรายงานผลการดำเนินงาน หรือขาดผู้ที่รับผิดชอบหลัก จึงทำให้เกิดปัญหาในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ
4. ไม่มีงบประมาณเพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จึงทำให้มีบางกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้
5. หน่วยงานภาครัฐต่างๆ ขาดงบประมาณทำให้หน่วยงานนั้นๆ ไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจังและไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะโดยรวม

1. ดำเนินการประชาสัมพันธ์เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมายและยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบให้มากยิ่งขึ้น
2. ถอดบทเรียนการทำงานที่ สสส./ศจย. สนับสนุนเพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลไปในจังหวัดอื่นๆ
3. ชี้แจงทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมาย
4. ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในฉบับต่อไปควรลดการซ้ำซ้อนในแต่ละยุทธวิธี โดยเน้นการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการร่วมกำหนดแนวทางจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

บทที่ 5 การเฝ้าระวัง มิติที่ 4 การป่วย/ตายด้วยโรคที่สัมพันธ์กับยาสูบ (MORBIDITY/MORTALITY)

ดร.ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และณัฐพัชร มรรคา
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย

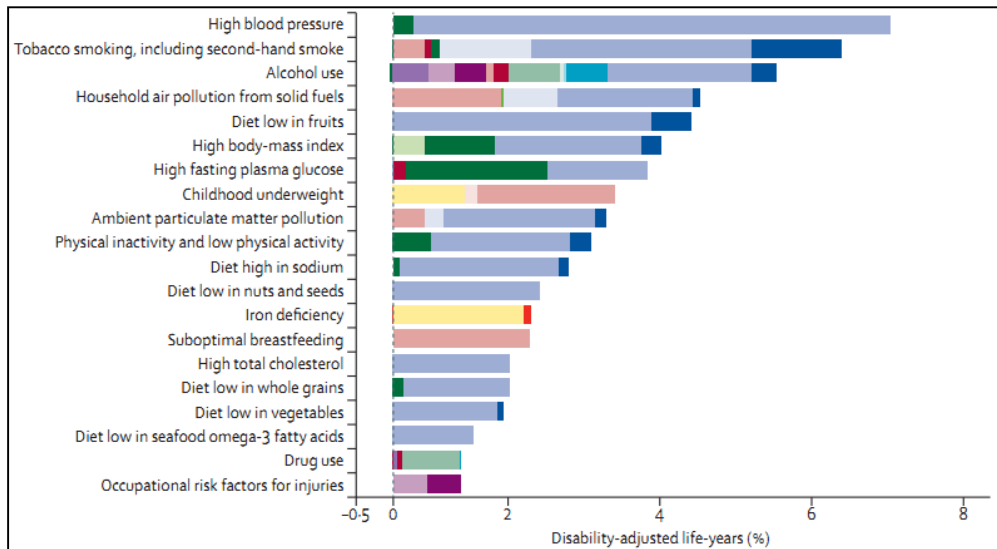
โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีหลักฐานชัดเจนเพียงพอแล้วนั้น ประกอบด้วยโรคต่างๆ จำนวน 25 โรค¹ ในจำนวนนี้มี มะเร็งตามส่วนต่างๆ 10 ชนิด คือ lungs, laryngeal, esophageal, pancreatic, renal and bladder, cervical, endometrial and stomach, oral cavity, pharynx, acute myeloid leukemia²

การบริโภคยาสูบและยาเส้น มีผลเสียต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของสถาบัน IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) จากสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2553 พบว่า การบริโภคยาสูบก่อให้เกิดภาระโรคเป็นอันดับที่ 2 รองจากความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 5.1 และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6.3 ล้านคน ที่เสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ³

¹ World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. 1998

² การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2547. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

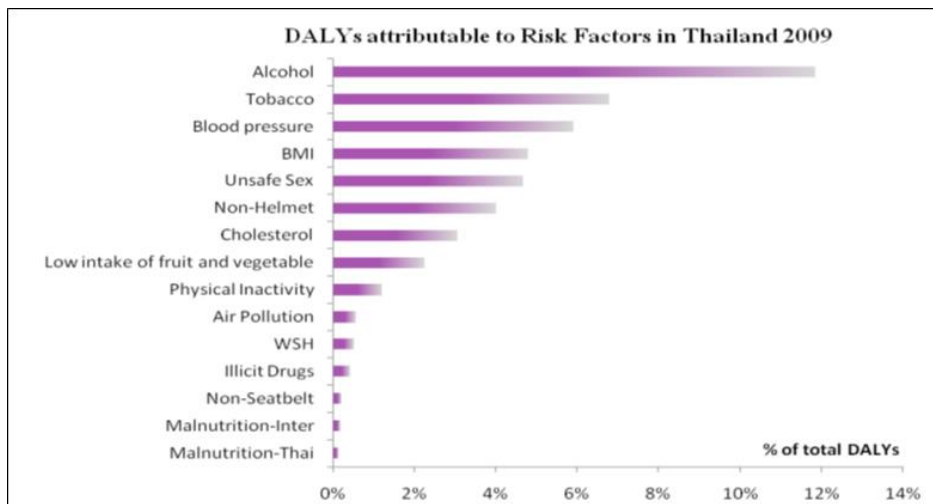
³ Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2013;380(9859):2224-60



ภาพที่ 5.1 ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง จำแนกตามกลุ่มโรคของประชากรโลก พ.ศ.2553 (รวมทั้งเพศชายและเพศหญิง)

ที่มา : Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. 2013.

ในขณะที่ประเทศไทย จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาระโรคและบาดเจ็บปี 2552 พบว่าปัจจัยเสี่ยงในการบริโภคยาสูบนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ดังภาพที่ 5.2



ภาพที่ 5.2 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%) (ข้อมูลปีพ.ศ.2552 ปรับปรุงปีพ.ศ.2558 โดยโครงการ BOD)

ในปี พ.ศ.2552 การศึกษาภาระทางเศรษฐกิจจากโรคที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องจากการสูบบุหรี่⁴ 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, โรคหลอดเลือดสมอง 11,666 คน, โรคอื่นๆ 5,124 คน, โรคมะเร็งอื่นๆ 4,139 คน, โรคมะเร็งช่องปาก 3,104 คนและโรคทางเดินหายใจอื่นๆ 3,040 คน ดังตารางที่ 5.1

⁴KanittaBundhamcharoen and etc. Economic Burden from Smoking Related Diseases in Thailand in 2009. National burden of disease program, International Health Policy Program. 2012.

ตารางที่ 5.1 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 5.2 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 5.3 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 5.1 - 5.3 : การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปีพ.ศ. 2552

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.4 จำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พ.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 5.5 จำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ 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 5.6 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

ที่มาของตาราง 5.4 - 5.6 : การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปีพ.ศ. 2554

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.7 จำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พ.ศ.2556

โรค	ชาย	หญิง	รวม
มะเร็งช่องปาก	5,256	2,269	7,525
มะเร็งปอด	10,641	4,940	15,581
มะเร็งอื่นๆ	32,529	29,663	62,192
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	15,063	5,408	20,471
ทางเดินหายใจอื่นๆ	13,070	9,357	22,427
หลอดเลือดสมอง	56,055	55,502	111,557
อื่นๆ	31,354	38,236	69,590
รวม	163,968	145,376	309,343

ตารางที่ 5.8 จำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พ.ศ.2556 (เพศชาย)

โรค / อายุ (ปี)	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	126	1,853	1,465	1,057	754	5,256
มะเร็งปอด	165	2,501	3,217	3,585	1,174	10,641
มะเร็งอื่นๆ	829	10,690	8,512	8,086	4,411	32,529
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	38	987	2,851	4,742	6,445	15,063
ทางเดินหายใจอื่นๆ	404	3,170	2,079	3,395	4,021	13,070
หลอดเลือดสมอง	1,378	13,250	11,635	14,588	15,205	56,055
อื่นๆ	592	6,695	6,209	8,300	9,557	31,354
รวม	3,533	39,146	35,968	43,753	41,567	163,968

ตารางที่ 5.9 จำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พ.ศ.2556 (เพศหญิง)

โรค / อายุ (ปี)	35-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
มะเร็งช่องปาก	33	406	421	608	802	2,269
มะเร็งปอด	77	1,336	1,063	1,369	1,095	4,940
มะเร็งอื่นๆ	882	9,355	7,065	7,147	5,214	29,663
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2	221	1,035	1,839	2,311	5,408
ทางเดินหายใจอื่นๆ	92	868	996	2,718	4,682	9,357
หลอดเลือดสมอง	479	6,361	7,198	14,557	26,907	55,502
อื่นๆ	601	6,824	7,690	11,063	12,058	38,236
รวม	2,165	25,372	25,468	39,300	53,070	145,376

ที่มาของตาราง 5.7 - 5.9 : การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปีพ.ศ. 2554

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.10 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 5.11 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 5.12 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 5.10 - 5.12 : การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ.2552 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

ตารางที่ 5.13 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 5.14 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 5.15 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 5.13 - 5.15 : การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปีพ.ศ. 2552 สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) โดย HITAP⁵ พบว่า ต้นทุนทาง

⁵ ลีลี่ อิงศรีสว่าง และคณะ., การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ โครงการย่อยที่ 1 การพัฒนาแนวทางการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุน

เศรษฐศาสตร์ต่อนักสูบบุหรี่ใหม่เพศชาย 1 คนมีค่าประมาณ 158,000 บาทตลอดช่วงชีวิต (โดยแบ่งเป็นต้นทุนจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 96,000 บาท, ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน 62,000 บาท)และจะมีอายุสั้นลง 4.6 ปี สำหรับในเพศหญิงนั้น ต้นทุนต่อนักสูบบุหรี่ใหม่ 1 คนจะมีค่าประมาณ 85,000 บาท (แบ่งเป็นต้นทุนจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 32,000 บาท และต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน 53,000 บาท)และจะมีอายุสั้นลง 3.4 ปี

การศึกษาต้นทุนที่ป้องกันได้ เมื่อเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วงอายุ 30-40 ปี มีค่าอยู่ระหว่าง 23,000 บาท ถึง 71,000 บาท รายละเอียด ดังตารางที่ 5.16 และ สสส.ได้ลงทุนในแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบเฉลี่ยเท่ากับ 143,730,000 บาทต่อปี ในรอบ 10 ปี (2544-2553) ดังนั้นจากการวิเคราะห์พบว่า จุดคุ้มทุนของการดำเนินงานอยู่ที่ การป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ไม่ให้สูบบุหรี่ไปตลอดชีวิตในแต่ละปีเป็นจำนวนอย่างน้อย 920 ราย หรือจำนวนผู้เลิกบุหรี่ที่มีผลได้เทียบเท่ากัน

ตารางที่ 5.16 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	55,000	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

ที่มา: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

บทที่ 6 การเฝ้าระวัง มิติที่ 5 การตรวจจับความผิดปกติ (EVEN-BASED)

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

ตามนियามการตรวจจับความผิดปกติหรือการเฝ้าระวังเหตุการณ์ หมายถึง การรับแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติอย่างรวดเร็วโดยมีการจัดการที่เป็นระบบ เพื่อให้ได้ข่าวสารและข้อมูลการเกิดโรคและภัยสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลชนิดต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และดำเนินการตอบสนองอย่างรวดเร็วซึ่งในอดีตนั้นการเฝ้าระวังเหตุการณ์จะมีบทบาทมากในกรณีของโรคติดต่อ ที่อาจตรวจจับได้จากการพบเห็นกลุ่มก้อนของการเจ็บป่วย การเกิดการเจ็บป่วยด้วยอาการ หรือโรคที่เป็นที่สนใจของสังคม หรือแม้กระทั่งการพบการเพิ่มขึ้นของสถานการณ์โรคจากข้อมูลฐานการเฝ้าระวังปกติ หรือจากข้อมูลแวดล้อมในชุมชน⁶ สำหรับการตรวจจับความผิดปกติในกรณีของโรคไม่ติดต่อจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือในการคัดกรองและวินิจฉัยทั้งในเชิงรุกและเชิงรับในประเด็นของปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปในทุกมิติ เนื่องจากธรรมชาติของโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง และการแพร่กระจายของโรคไม่ได้เกิดจากการส่งต่อโรคระหว่างกันในระยะเวลานานสั้น สาเหตุของการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อนั้นมีปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้ประชากรมีโอกาสสัมผัสหรือบริโภคปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น หรือการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่มากขึ้น เช่นเดียวกับกรณีการตรวจจับความผิดปกติของการควบคุมยาสูบ ซึ่งเป็นการตรวจจับและเฝ้าระวังสถานการณ์การเพิ่มขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบริโภคยาสูบของประชาชน เช่น ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ สื่อโฆษณา กลยุทธ์ด้านการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ หรือการกระทำความผิดทั้งที่อยู่ในกฎหมายและนอกเหนือกฎหมาย (เพื่อเฝ้าระวังเตือนภัย)

⁶ศิริวรรณ พิชัยรังสรรค์และสุพัตรา ศรีวณิชชากร. บรรณาธิการ. 2559. แนวทางการพัฒนาระบบ “การเฝ้าระวัง สอบสวน และตอบโต้ กรณี NCDs”. แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เหตุการณ์ผิดปกติของโรคไม่ติดต่อ สามารถจำแนกเป็น 2 ประเภทเหตุการณ์ คือ เหตุการณ์ด้านพฤติกรรมและสุขภาพมนุษย์ และเหตุการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัวมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกันกับปัจจัยก่อโรคทางระบาดวิทยาที่แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สิ่งมีชีวิต (Host) ตัวก่อโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ คน/สิ่งมีชีวิต (Host) ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายใน เช่น พันธุกรรม เพศ อายุ ภูมิต้านทาน ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา ทศนคติ อาชีพ รายได้ การมีคู่ครอง ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวก่อโรค (Agent) ไม่ได้หมายถึงเชื้อโรคอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงปัจจัยต้นเหตุที่ก่อให้เกิดโรคและภัยสุขภาพอีกด้วย สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) นอกจากสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติแล้ว ยังหมายรวมถึง ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง นโยบายสาธารณะ กฎหมายต่างๆ หากสิ่งเหล่านี้สนับสนุน Agent ก็จะทำให้ Host เผชิญกับภัยสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น เราต้องสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการที่ Host จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และควบคุมไม่ให้ Agent เพิ่มขึ้นหรือสามารถเข้าถึง Host ได้ง่าย



ภาพที่ 6.1 การแผ่รังสีทางระบาดวิทยาสู่งานควบคุมยาสูบ

หากเปรียบเทียบปัจจัยก่อโรคทางระบาดวิทยากับงานควบคุมยาสูบ Host ในงานยาสูบก็คือ ผู้บริโภคยาสูบ Agent คือ ธุรกิจยาสูบ และ Environment คือ สิ่งแวดล้อมต่างๆ รวมไปถึง กฎหมาย มาตรการและนโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ปัจจัยก่อโรคทางระบาดวิทยา	ระบาดวิทยา	ควบคุมยาสูบ
Host	คน/สิ่งมีชีวิต	ผู้บริโภคยาสูบ
Agent	เชื้อโรค ปัจจัยต้นเหตุที่ก่อให้เกิดโรคและภัยสุขภาพ	ธุรกิจยาสูบ
Environment	สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง นโยบาย สาธารณะ กฎหมาย	ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง นโยบาย สาธารณะ กฎหมายต่างๆ สื่อโฆษณา ความเป็นอยู่

ในงานควบคุมการบริโภคยาสูบ อัตราการบริโภคยาสูบจะเพิ่มขึ้นหรือลดลง ขึ้นอยู่กับวงจรของธุรกิจยาสูบอันได้แก่ ผลิตภัณฑ์ (Product) ราคา (Price) สถานที่จำหน่าย (Place) และ การโฆษณา (Promotion) โดยธุรกิจยาสูบจะออกแบบและคิดค้นผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ เพื่อดึงดูดความสนใจและกระตุ้นผู้บริโภคให้เกิดความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ง่าย เช่น ปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ง่าย ธุรกิจยาสูบจึงใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีนี้ในการวางแผนกลยุทธ์ทางการตลาด ช่วยให้ผู้ค้าที่ยังลังเลสามารถตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าได้ง่ายขึ้นเพียงแค่นำโทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มลูกค้าเป้าหมายของธุรกิจยาสูบ หากผู้บริโภคหรือเยาวชนสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ง่าย ก็จะทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นตามไปด้วย แต่ในปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะยังยั้งการเติบโตของธุรกิจยาสูบ โดยการออกกฎหมาย มาตรการและนโยบายในการควบคุมสถานการณ์การบริโภคยาสูบ และสร้างให้สังคมไทยเป็นสังคมปลอดควันบุหรี่โดยการเสนอสื่อในการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้ถึงโทษพิษภัยของยาสูบมากขึ้น

แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมยาสูบ แต่กฎหมายก็มีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถก้าวทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมรูปแบบใหม่ๆ ที่ทางธุรกิจยาสูบพยายามปรับเปลี่ยน พลิกแพลงหลีกเลี่ยงกฎหมาย ทำให้ยังคงพบการละเมิดกฎหมายและการ

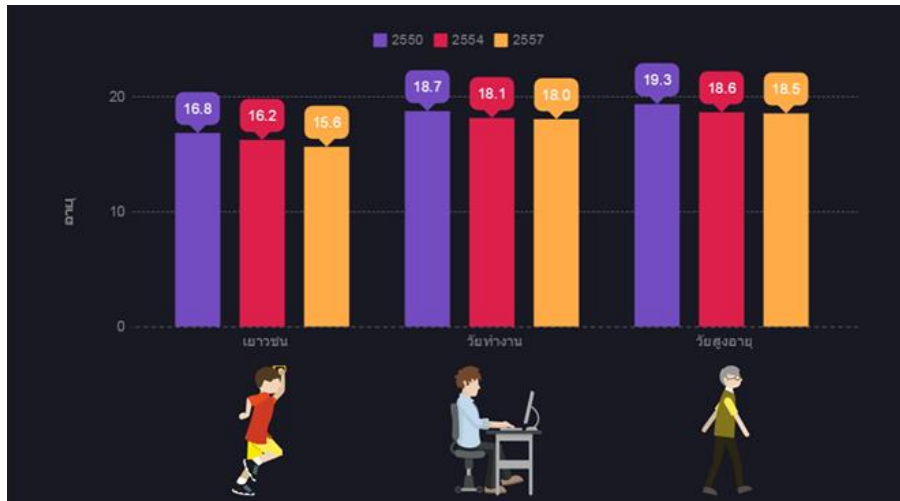
กระทำผิดอยู่มาก ดังนั้นการตรวจจับความผิดปกติดังกล่าวตามกฎหมายเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังเหตุการณ์และตรวจจับความผิดปกตินอกเหนือกฎหมาย (เฝ้าระวังเพื่อเตือนภัย) เพื่อรับทราบและติดตามปรากฏการณ์การบริโภคยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ รวมไปถึงกลยุทธ์ทางการตลาด และความเคลื่อนไหวอื่นๆ ของธุรกิจยาสูบ ผ่านการเฝ้าสังเกต การรับเรื่องร้องเรียน การเฝ้าระวังเหตุการณ์ และตรวจจับความผิดปกตินอกเหนือจากกฎหมาย การดำเนินงานร่วมกันในหลายภาคส่วน ทั้งภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน เพื่อรวบรวมข้อมูลนำไปสู่การเสนอแนะเชิงนโยบาย

ซึ่งจากการตรวจจับความผิดปกติดังกล่าวโดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ สามารถสรุปผลจากแหล่งข้อมูลการตรวจจับความผิดปกติดังนี้

● ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังปกติ

ระบบเฝ้าระวังปกติ หมายถึง การติดตามวิเคราะห์ข้อมูลแบบเฉพาะกาล หรือการกำหนดช่วงเวลาที่จะติดตามหรือวิเคราะห์เองตามการใช้ประโยชน์ โดยไม่ได้คำนึงถึงข้อกำหนดที่ถูกกำหนดขึ้น โดยผลการตรวจจับความผิดปกติดังกล่าวจากแหล่งข้อมูลเฝ้าระวังปกติ พบว่า อายุเฉลี่ยในการเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของประชาชน ใน 3 กลุ่มวัย ได้แก่ เยาวชน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ลดลงเรื่อยๆ ซึ่งจะเห็นได้จากแผนภูมิแสดงอายุเฉลี่ยในการเริ่มสูบบุหรี่ 3 กลุ่มวัย เปรียบเทียบ 3 ปี (พ.ศ.2550,พ.ศ.2554,พ.ศ.2557) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังภาพที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน จากการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย อายุ 13 – 15 ปี (GYTS ;Global Youth Tobacco Survey ,Thailand 2015) พบว่า เยาวชนไทยที่ไม่เคยใช้ยาสูบแต่มีแนวโน้มที่จะใช้ยาสูบในอนาคตมีมากถึง ร้อยละ 7.4 และอีกร้อยละ 4.3 คิดว่าคงมีความสุขหากได้สูบบุหรี่ อีกทั้งยังพบว่าเยาวชนไทยที่เป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่จากร้านค้า ร้านขายของชำ แผงลอย ตลาดนัด หรือห้างสรรพสินค้า โดยสามารถหาซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบได้จากร้านขายของชำมากที่สุด รองลงมาเป็นร้านสะดวกซื้อ แสดงให้เห็นว่าร้านค้าส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย มีการจำหน่ายบุหรี่ให้แก่ผู้ที่มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์โดยไม่สอบถามอายุของผู้ซื้อ ซึ่งจากการลงพื้นที่ในบางพื้นที่ที่พบปัญหาดังกล่าวพบว่ามีร้านค้าบางส่วนเท่านั้นที่ไม่ทราบข้อกำหนดนี้ นอกจากนี้ยังพบการขายตัวทางการตลาดแบบไวรัลของธุรกิจยาสูบ ที่มุ่งใช้สื่อสังคม

ออนไลน์เป็นเส้นทางที่จะนำผลิตภัณฑ์ยาสูบเข้าถึงกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เยาวชนสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ง่าย



ภาพที่ 6.2 แผนภูมิแสดงอายุเฉลี่ยในการเริ่มสูบบุหรี่ ใน 3 กลุ่มวัย

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

● ข้อมูลจากชุมชน

นิยามของคำว่าข้อมูลจากชุมชน ไม่ได้ตีกรอบแค่เพียงข้อมูลที่ได้จากประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเท่านั้น แต่หมายรวมถึงข้อมูลจากหน่วยงาน ร้านค้า หรือ กลุ่มองค์กร และสื่อต่างๆ ที่มีในชุมชนด้วย ซึ่งเหตุการณ์ผิดปกติที่พบในชุมชนส่วนใหญ่ เช่น การพบการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การแบ่งมวนขายการแบ่งขายยาเส้น การผลิตยาเส้นในชุมชน การซื้อขายบุหรี่นำเข้าที่ผิดกฎหมาย เป็นต้น โดยจากการดำเนินงานที่ผ่านมาทางสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้รับข้อมูลจากชุมชน ผ่านการส่งต่อข้อมูลในหลากหลายช่องทาง ทั้งทางโทรศัพท์ อีเมล ไปรษณีย์ การรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังของเครือข่ายเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบในพื้นที่ตามจังหวัดต่างๆ ระบบเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบออนไลน์ ระบบร้องเรียนยาสูบออนไลน์ และเฟสบุ๊คจิตอาสาร่วมใจเฝ้าระวัง, เพื่อเตือนภัยยาสูบ ซึ่งสามารถสรุปประเด็นปัญหาที่พบจากการตรวจจับความผิดปกติจากแหล่งข้อมูลชุมชนได้ดังนี้

- การแบ่งขายบุหรี่และยาเส้น

ข้อมูลที่ได้รับจากรายงานผลการเฝ้าระวังและตรวจจับความผิดปกติทางด้านยาสูบต่างๆ พบว่า ร้านค้าส่วนใหญ่ในชุมชนมักจำหน่ายบุหรี่แบบแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน โดยมีทั้งการเคาะจากบรรจุภัณฑ์ขนาดปกติเพื่อขายเป็นมวน และแบบที่บรรจุบุหรี่ไว้ในซองขนาดเล็กเพื่อจำหน่าย เพื่อให้ผู้ซื้อสามารถซื้อบุหรี่ได้ในราคาถูกนอกจากการแบ่งขายบุหรี่แล้วยังพบการแบ่งขายยาเส้นโดยมีทั้งแบบบรรจุยาเส้นไว้ในซองขนาดเล็กเพื่อจำหน่าย และการแบ่งขายแบบชั่งน้ำหนักบรรจุใส่ซองเล็กหรือตักใส่ถุงตามจำนวนที่ผู้ซื้อต้องการ ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือเป็นการกระทำความผิดตามกฎหมายประเด็นจำหน่ายบุหรี่ที่ไม่มีภาพคำเตือน

- การเปิดตู้โชว์บุหรี่และการโฆษณาบุหรี่

ข้อมูลจากชุมชนโดยเฉพาะชุมชนในเขตชนบท พบการใช้ตู้โชว์บุหรี่เป็นสื่อในการโฆษณาบุหรี่ โดยมักเปิดตู้โชว์บุหรี่ไว้ตลอดเวลา หรือเลือกใช้ตู้โชว์บุหรี่ที่เป็นกระจกใสสามารถมองเห็นซองบุหรี่ภายในตู้ได้และวางซองหรือโลโก้บุหรี่ไว้บนตู้โชว์บุหรี่เพื่อให้เห็นได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังพบการใช้ตู้โชว์บุหรี่ที่มีลักษณะและสีสันคล้ายหรือสื่อถึงยี่ห้อบุหรี่ยี่ห้อใดยี่ห้อหนึ่ง โดยผู้ขายให้ข้อมูลว่าตู้โชว์บุรียี่ห้อดังกล่าวเป็นตู้โชว์ที่ได้รับมาเมื่อสั่งซื้อบุรียี่ห้อนั้นๆ นอกจากนี้ยังพบการติดป้ายที่ระบุยี่ห้อบุหรี่พร้อมราคาขายบริเวณหน้าร้านค้า และมีการแสดงเครื่องหมายหรือยี่ห้อบุหรี่บนป้ายโฆษณาประชาสัมพันธ์งานหรือเทศกาลของชุมชน เช่น งานกีฬาชุมชน อีกด้วย

- การส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในพื้นที่

สำหรับด้านการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในชุมชนนั้น พบการซื้อขายบุหรี่แถมสินค้าอื่นๆ โดยมีทั้งการแถมของสมนาคุณจากบริษัทให้กับตัวแทนจำหน่าย และจากตัวแทนจำหน่ายให้กับผู้ซื้อรายย่อย ซึ่งสินค้าที่แถมส่วนใหญ่จะเป็นลูกอม ไฟแช็ค ปฏิทิน ซองกันน้ำ จาน ชาม เสื้อที่มีโลโก้หรือยี่ห้อบุหรี่ และการลดราคาบุหรี่โดยการนำซองบุหรี่ที่ใช้แล้วมาแลกเพื่อเป็นส่วนลดในการซื้อบุหรี่ครั้งต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่าร้านค้ามีการเตรียมอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ เช่น ไฟแช็คและที่เขี่ยบุหรี่ไว้บริเวณหน้า

ร้าน ทำให้ลูกค้ามักสูบบุหรี่บริเวณร้านค้า ซึ่งถือเป็นสถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน และกำหนดให้เป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์

- การจำหน่ายผลิตภัณฑ์เลียนแบบบุหรี่ยี่ห้อ

การจำหน่ายผลิตภัณฑ์เลียนแบบบุหรี่ยี่ห้อมักพบในชุมชนเมือง และการจำหน่ายผ่านทางเว็บไซต์ สื่อออนไลน์ ซึ่งเป็นช่องทางที่พบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมากที่สุด โดยผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่จะมีเครื่องหมาย/ยี่ห้อบุหรี่ยี่ห้อที่มีลักษณะคล้ายซองบุหรี่ยี่ห้อหรือมวนบุหรี่ยี่ห้อ เช่น ดินสอรูปมวนบุหรี่ยี่ห้อ พวงกุญแจรูปบุหรี่ยี่ห้อหรือซองบุหรี่ยี่ห้อ กรอบ/ซองสำหรับโทรศัพท์มือถือถือ แบตเตอรี่สำรอง ขนมนที่มีลักษณะคล้ายบุหรี่ยี่ห้อ เป็นต้น



ภาพที่ 6.3 ผลิตภัณฑ์เลียนแบบบุหรี่ยี่ห้อที่พบ

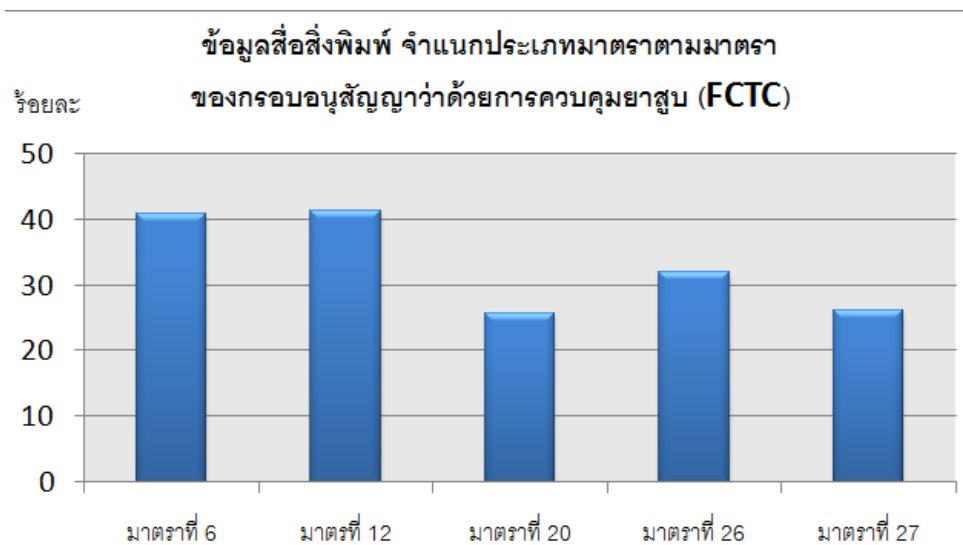
- การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ

การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ พบการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อที่แตกต่างไป รวมถึงการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อขนาดเล็ก (บุหรี่ยี่ห้อที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางของมวนน้อยกว่าบุหรี่ยี่ห้อขนาดปกติ) การจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อซองเล็ก (บุหรี่ยี่ห้อที่มีขนาดบรรจุภัณฑ์เล็กกว่าปกติ โดยมีจำนวนมวนบุหรี่ยี่ห้อที่บรรจุในซองน้อยกว่า 20 มวนต่อซอง) นอกจากนี้ยังพบการจำหน่ายหรือให้บริการมอระกู่ หรือบารากู่ ซึ่งกำลังได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ที่เข้าใจว่าการสูบบุหรี่มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวเป็นความเข้าใจที่ผิด เพราะยาสูบประเภทสูบบนน้ำอย่างมอระกู่ มีอันตรายมากกว่าการสูบบุหรี่ทั่วไป เพราะมีสารนิโคติน และสารทาร์จำนวนมากกว่า อีกทั้งการสูบบนน้ำและการผสมกับกลิ่นต่างๆ จะทำให้ควันมีกลิ่นหอม ส่งผลให้ผู้สูบบนน้ำสามารถสูบได้ลึกขึ้น และอีกหนึ่งผลิตภัณฑ์ที่กำลังเป็น

กระแสและได้รับความนิยมอยู่ในขณะนี้ คือ เคลลาต์ สโตนส์ ที่ทางบริษัทผู้ผลิตกล่าวว่า เป็นผลิตภัณฑ์ที่ปราศจากส่วนประกอบของ ยาสูบ นิโคติน และทาร์ ไม่มีสิ่งเจือปนใดๆ เป็นเพียงการนำเอาหินจากธรรมชาติมาผสมผสานกับกลิ่นและรสที่ปรุงแต่งขึ้น โดยวิธีการสูบจะมีลักษณะคล้ายกับมอระกู่ แต่จะเปลี่ยนจากตัวยามอระกู่มาเป็นก้อนหินที่มีการปรุงแต่งกลิ่นและรสแล้ว นำมาวางบนอุปกรณ์การสูบ วางถ่านที่เผาไว้ด้านบน แล้วสูดไอน้ำที่เกิดจากการระเหยของของเหลวภายในก้อนหินแทนการสูดควันที่เกิดจากการเผาไหม้ แต่อย่างไรก็ตามจากการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมีสารเคมีและโลหะหนักบางชนิดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค นอกจากผลิตภัณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีผลิตภัณฑ์อีกประเภทหนึ่งที่พบและเป็นที่ยอมรับกันมากเช่นกัน คือผลิตภัณฑ์จำพวกเครื่องส่งนิโคตินไฟฟ้า เช่น บุหรี่ไฟฟ้า หรือมอระกู่ไฟฟ้า ซึ่งก็เป็นผลิตภัณฑ์อีกรูปแบบหนึ่งของการเสพติดที่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเยาวชนเช่นกัน เพราะมีความเชื่อว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ช่วยเลิกบุหรี่ เมื่อสูบแล้วจะไม่ติดเนื่องจากไม่มีนิโคติน จึงทำให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคออกคำสั่ง เรื่องห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้า “บารากู บารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู” น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า แต่ก็ยังคงพบการลักลอบนำเข้าและจำหน่ายอยู่ตามสถานบันเทิงและบนเว็บไซต์

● ข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ

ปัจจุบันทุกระดับพื้นที่ในประเทศไทย มีสื่อเป็นของตนเอง ทั้งสื่อที่นำเสนอทั่วประเทศ และสื่อที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในพื้นที่ของตนเอง โดยสื่อต่างๆ อาจถูกถ่ายทอดผ่านทางโทรทัศน์ วิทยุ โปสเตอร์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ไม่ว่าจะเป็น เว็บไซต์ หรือ social media หากดูข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆโดยจำแนกประเภทตามมาตราของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control : FCTC) พบว่า 5 อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ 1 คือ มาตรา 12 การศึกษา การให้ความรู้ และการสร้างความตระหนักรู้ รองลงมาคือ มาตรา 6 เรื่อง มาตรการด้านราคาและภาษียาสูบ มาตรา 26 แหล่งทุน มาตรา 27 อื่นๆ และมาตรา 20 การวิจัย เฝ้าระวัง และแลกเปลี่ยนข้อมูล ตามลำดับ (ภาพที่ 6.4)



ภาพที่ 6.4 แผนภูมิแสดงร้อยละข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์

สำหรับข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทั้งเว็บไซต์ และ social media พบเว็บไซต์ที่มีการโฆษณาบุหรี่สะสมตั้งแต่เดือน กันยายน 2558 – มีนาคม 2559 ทั้งสิ้น 63 เว็บไซต์ โดยเมื่อพิจารณาการกระทำผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 พบว่าเว็บไซต์ส่วนใหญ่มีความผิด ตามมาตรา 13 การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบไม่มีภาพคำเตือน มากที่สุด รองลงมา คือ มาตรา 8 การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ และมาตรา 6 การขายสินค้าแถมบุหรี่/ขายบุหรี่แถมสินค้า รวมถึงการบริการหลังการขาย โดยไม่พบการกระทำผิดตามมาตรา 7 การแจกผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 9 การขายสินค้าที่มีชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และมาตรา 10 สิ่งเลียนแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาความผิดตามคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ 9/2558 เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้า “บารากู บารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้า” ลงวันที่ 9 ม.ค. 2558 พบว่าเว็บไซต์ส่วนใหญ่ มีการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า และน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า พบจำนวน 46เว็บไซต์ คิดเป็น ร้อยละ 73.02 และเว็บไซต์ที่ขายเตาบารากู และน้ำยาบารากู จำนวน 11 เว็บไซต์ คิดเป็น ร้อยละ 17.46



ภาพที่ 6.5 แผนภูมิแสดงร้อยละข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

จากข้อมูลที่ได้จากการตรวจจับความผิดปกตินั้น จะเห็นได้ว่ากลุ่มเยาวชนยังคงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของธุรกิจยาสูบ ซึ่งเยาวชนเองก็มีทัศนคติเชิงบวกกับการใช้ยาสูบและมีแนวโน้มที่จะใช้ยาสูบในอนาคต ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ในการเฝ้าระวังตรวจจับความผิดปกติ และควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวกับการบริโภคยาสูบในพื้นที่ควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อลดหรือไม่ทำให้อัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน และลดโอกาสที่เยาวชนจะกลายเป็่นนักสูบหน้าใหม่ในอนาคต โดยร่วมกันสนับสนุนการสร้างมาตรการโรงเรียนปลอดบุหรี่อย่างจริงจัง ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการให้มีกระบวนการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเป็นกระบวนการที่ดำเนินการทั้งภายในและภายนอกสถานศึกษา ไม่ใช่การดำเนินการเพียงแค่อัดฉีดป้ายหรือสัญลักษณ์ว่าเป็นเขตปลอดบุหรี่เพียงเท่านั้น รวมไปถึงการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยเฉพาะประเด็น “การไม่จำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี” และเคร่งครัดกับผู้ประกอบการ/ร้านค้าที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทต่างๆ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มแกนนำในชุมชนและอาจเกี่ยวโยงไปถึงการเพิกถอนใบอนุญาตของผู้ประกอบการที่กระทำผิด รวมถึงประเด็นสำคัญและจำเป็นอย่างอื่น ๆ สุดท้ายคือการส่งเสริมให้ดำเนินโครงการบ้านปลอดบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวมีผลต่อการสูบบุหรี่ของสมาชิก โดยเฉพาะเยาวชนที่อาจเลียนแบบพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างที่ไม่ดี ทำให้เด็กเกิดการรับรู้คุณค่าเชิงบวกของการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจส่งผลให้เขาเหล่านั้นกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ในอนาคตได้

บทที่ 7 ข้อเสนอแนะสำหรับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ของประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

รายงานสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ฉบับนี้ นำเสนอข้อมูลทั้ง 5 มิติ ตามแนวคิดการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งรวมถึงปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ, สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง, การตอบสนองของระบบในการดำเนินงานมาตรการต่างๆ, ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ, และการตรวจจับความผิดปกติ

จากประชุมสมัชชาสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายทางสุขภาพเพื่อเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) มีเป้าประสงค์ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้การดำเนินการของ WHO FCTC ในทุกประเทศอย่างเหมาะสมเพื่อลดการสูบบุหรี่ รวมทั้งการทำให้บรรลุเป้าหมาย NCD Global Target ที่ตั้งเป้าในปีพ.ศ. 2568 ให้ลดการบริโภคยาสูบลงร้อยละ 30 (จากปีพ.ศ. 2553) ทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้องปรับปรุงมาตรการเดิมที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ และเร่งดำเนินมาตรการใหม่ๆซึ่งยังสามารถทำได้เพิ่มเติมตามแนวทางของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) ดังนี้

มาตรการกลุ่มที่ 1 การป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะจากอุตสาหกรรมยาสูบ (FCTC มาตรา 5.3)

- 1.1 ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบข้าราชการติดต่อกับธุรกิจยาสูบ/บุหรี่
- 1.2 ปรับปรุงกฎหมายห้าม ธุรกิจยาสูบทำ CSR
- 1.3 การเฝ้าระวังข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ

มาตรการกลุ่มที่ 2 การลดอุปสงค์

2.1 มาตรการด้านราคา (FCTC มาตรา 6)

- 2.1.1 เพิ่มอัตราภาษีตามสภาพ เพื่อกำหนดราคามุหรืขั้นต่ำ จาก 1.1 บาทเป็น 2 บาทต่อกรัม

- 2.1.2 แก้กฏหมายประมวลภาษีสรรพสามิต เพื่อเก็บภาษีจากยาเส้นพื้นเมือง และใช้ราคาขายปลีกเป็นราคาในการคำนวณภาษีบุหรี่
- 2.2 มาตรการที่ไม่ใช้ราคา
 - 2.2.1 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องขนาดมาตรฐานซองบุหรี่ (FCTC มาตรา 11)
 - 2.2.2 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องซองบุหรี่แบบเรียบ (FCTC มาตรา 11)

มาตรการกลุ่มที่ 3 การลดอุปทาน

- 3.1 ห้ามการโฆษณา ส่งเสริมการขาย หรือให้ทุนสนับสนุนที่มาจากต่างประเทศข้ามพรมแดน (FCTC มาตรา 13)
- 3.2 ให้ความคุ้มครองโฆษณาแบบเบ็ดเสร็จบนสื่อออนไลน์ (FCTC มาตรา 13)
- 3.3 ป้องกันการลักลอบค้าบุหรี่ผิดกฏหมายตามแนวชายแดน โดยไม่ยกเว้นภาษีให้กับบุหรี่ที่บรรจุน้ำตาลของทุกรูปแบบไม่ว่าในกรณีใดๆก็ตาม (FCTC มาตรา 15)
- 3.4 ห้ามขายบุหรี่เป็นตัวอย่าง หรือห่อเล็กๆที่จะทำให้เยาวชนสามารถซื้อผลิตภัณฑ์เหล่านั้นได้ (มาตรา 16)

มาตรการกลุ่มที่ 4 การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

- 4.1 ทำงานร่วมกับกรมบรรเทาสาธารณภัย เพื่อหาแนวทางออกระเบียบ กำหนดมาตรฐาน บุหรี่ป้องกันไฟไหม้ (FCTC มาตรา 9)
- 4.2 ออกประกาศควบคุมองค์ประกอบในบุหรี่ สารซอร์ส เต็มกลิ่น เต็มสี ไม่ให้มีผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ (FCTC มาตรา 10)
- 4.3 การออกกฎระเบียบการเปิดเผยควบคุมองค์ประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ (FCTC มาตรา 10)

มาตรการกลุ่มที่ 5 การคุ้มครองสุขภาพผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

- 5.1 เพิ่มเขตปลอดบุหรี่ในสนามบินนานาชาติ (FCTC มาตรา 8)
- 5.2 ทำการตลาดเพื่อสังคมเรื่องบ้านปลอดบุหรี่ (FCTC มาตรา 8)

มาตรการกลุ่มที่ 6 การช่วยเหลือลูกบุหรี่

6.1 ใช้มาตรการทางสังคมเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ในชนบทเลิกบุหรี่ และจัดมีบริการช่วยเหลือลูกบุหรี่ที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมชนบท (FCTC มาตรา 14)

6.2 ขยายเครือข่ายบริการให้คำปรึกษา ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพและสายด่วนเลิกบุหรี่ (FCTC มาตรา 14)

6.3 ทดลอง ใช้ข้อความทางโทรศัพท์(SMS) กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอรับบริการเลิกบุหรี่ (FCTC มาตรา 14)

ภาคผนวก ก ผลจากการติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผลจากการติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555–2557 โดยการจัดทำหนังสือขอความร่วมมือให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการรายงานผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบตามแผนยุทธศาสตร์ฯ รวมทั้งได้รวบรวมจากการสรุปผลการดำเนินงานจากการรายงานผลฯ ในคณะกรรมการแต่ละยุทธศาสตร์ แล้วนำมาสรุปในรูปแบบการบรรยายเปรียบเทียบกับกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ โดยสรุปผลตามกิจกรรมและยุทธวิธีในแต่ละยุทธศาสตร์ และวิเคราะห์ผลเทียบกับตัวชี้วัดในแต่ละกิจกรรม ซึ่งผลการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ มีการดำเนินการครบทั้ง 3 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 13 กิจกรรมหลักจาก 15 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 86.67 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดแล้วพบว่าร้อยละ 40 ของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานยังไม่สามารถตอบตัวชี้วัดได้ ทั้งนี้การดำเนินงานได้เป้าหมายหลัก คือ ป้องกันมิให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ 200,000 คน เมื่อสิ้นปี 2557 ได้มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการโรงเรียน/สถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยมีโรงเรียนเข้าร่วมมากกว่า 1,000 แห่ง เพื่อลดจำนวนปริมาณนักสูบหน้าใหม่ให้ลงได้ อีกทั้งมีการพัฒนาหลักสูตรการควบคุมยาสูบให้กับนิสิตนักศึกษา กลุ่มสาขาวิชาชีพสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตแพทย์ กายภาพบำบัดและ มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความรู้แก่เด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างกระแสสังคมและกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ รวมทั้งการรู้เท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบและจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในสถานที่สาธารณะ สถานที่ราชการ สถานประกอบการ และหน่วยงานต่างๆ เช่น สวนสาธารณะ สถานีขนส่งจังหวัด บริเวณเขตเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น จากการดำเนินงานดังกล่าว พบว่าเด็กและเยาวชน อายุ 15 - 24 ปี ร้อยละ 98 มีความรู้เกี่ยวกับผลของยาสูบต่อสุขภาพและกลยุทธอุตสาหกรรมยาสูบ

กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายได้แก่ การปกป้องเด็กและเยาวชนจากความเฝ้าชวน โดยเฉพาะการโฆษณาการและตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ

ซึ่งจะมีรูปแบบใหม่ ๆ ออกมาเสมอทำให้ยากต่อการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งได้มีการประชุมเชิงนโยบายเพื่อผลักดันเรื่องดังกล่าว และอยู่ระหว่างการดำเนินการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 มีการดำเนินการครบทั้ง 5 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 12 กิจกรรมหลักจาก 17 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 70.58 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดแล้ว พบว่าร้อยละ 60 ของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานยังไม่สามารถตอบตัวชี้วัดได้ ทั้งนี้การดำเนินงานเน้นส่งเสริมการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบให้เพียงพอและเข้าถึงได้ง่ายในสถานบริการทุกระดับและในชุมชน โดยกระตุ้นให้เกิดกระแสการณรงค์การสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ และจัดทำระบบการให้บริการเลิกยาสูบแบบบูรณาการในสถานบริการทุกระดับและในระดับชุมชน ได้มีการดำเนินการส่งเสริมการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบให้เข้าถึงได้ง่าย โดยการยกเว้นค่าใช้จ่ายการเรียกเข้าหมายเลข 1600 ให้เป็นหมายเลขพิเศษที่ผู้โทรเข้าทุกที่ทั่วไทย โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ 1600 , จัดทำแนวทางการจัดการการบำบัดโรคเสพติดยาสูบในประเทศไทย พ.ศ.2555 และแนวทางเลิกบุหรี่โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ดึงชุมชนเข้ามาสร้างเสริมความเข้มแข็งของสถานพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ , พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการควบคุมยาสูบในการศึกษาของนิสิตนักศึกษา สาขาวิชาชีพสุขภาพ , สร้างเครือข่ายชุมชนปลอดบุหรี่ ให้มีความรู้เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ , จัดตั้งศูนย์วิชาการและอบรมการเลิกบุหรี่ , พัฒนาสถานพยาบาลให้บริการเลิกสูบบุหรี่แบบบูรณาการ มีมาตรฐาน และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยมีสมาชิกคลินิกฟ้าใส จำนวน 310 แห่ง ใน 77 จังหวัด รวมไปถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 555 แห่ง ทั่วประเทศ และการสนับสนุนจาก สปสช. ในการพัฒนาคุณภาพคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลกว่า 200 แห่ง, ผลักดันให้ยาช่วยเลิกยาสูบเป็นยาในบัญชีหลักแห่งชาติ ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการ

กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายได้แก่ สร้างและพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการบริโภคยาสูบของทุกคนที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ , สร้างและพัฒนาระบบค่าตอบแทนแก่องค์กรและบุคลากรที่ทำงานการบำบัดรักษาเลิกยาสูบเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการให้บริการบำบัดรักษา , สร้างระบบการดูแลรักษาภาวะติดยาสูบในสถานทำงานและการทำให้สถานที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ , ขยายงานบริการเลิกยาสูบให้เป็นภารกิจประจำในสถานบริการสาธารณสุข และผลักดันให้เป็นเกณฑ์หนึ่งของระบบการตรวจประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 มีการดำเนินการเพียง 2 ยุทธวิธี จาก 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 7 กิจกรรมหลัก จาก 14 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดแล้วพบว่าร้อยละ 60 ของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานยังไม่สามารถตอบตัวชี้วัดได้ ทั้งนี้การดำเนินงาน เน้นปรับกระบวนการรายการส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งได้มีการจัดทำร่างกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. โดยมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่รับผิดชอบในการรับผิดชอบในการรับจดแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบจากกรมการแพทย์ เป็นกรมควบคุมโรค และระบุการไม่จำเป็นต้องเก็บรักษาให้หรือคืนเอกสารแสดงรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้ประกอบการหลังจากหมดอายุ ขณะนี้เตรียมนำร่างเพื่อเสนอเป็นกฎกระทรวงตามขั้นตอนของกฎหมายต่อไป, ได้มีการจัดประชุมชี้แจง และรับฟังความคิดเห็นของผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมยาสูบ (ร่างกฎกระทรวง) เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2556 ณ กรมควบคุมโรค และได้มีการประชุมกันเพื่อพิจารณาร่างอันตรายตาม Guideline FCTC มาตรา 9 และ 10 เพื่อเป็นแนวทางในการยกร่างกฎกระทรวง ฯ

ยุทธวิธีที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายได้แก่ สร้างกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ ติดตามเฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกยี่ห้อ เนื่องด้วยกฎกระทรวง พ.ศ. 2540 ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ยังไม่เอื้อให้สามารถที่จะจัดการข้อมูลได้เนื่องจากข้อมูลการแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบถือว่าเป็นความลับทางการค้าซึ่งเป็นเรื่องที่จะเอื้อต่อต้องมียกกฎหมายให้อำนาจจึงจะจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ และกฎหมายยังไม่ได้ให้อำนาจที่จะเปิดเผยข้อมูลว่าบริษัทบุหรี่มีส่วนประกอบอะไรบ้างที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคและสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4 มีการดำเนินการครบทั้ง 6 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 15 กิจกรรมหลักจาก 16 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 93.75 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดแล้วพบว่าร้อยละ 50 ของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานยังไม่สามารถตอบตัวชี้วัดได้ ทั้งนี้การดำเนินงานเน้นตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 ในเรื่องสถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่ 100% โดยควบคุมกำกับหน่วยงานในสังกัดตามกฎหมาย, การนำประเด็นการควบคุมยาสูบจัดทำแนวปฏิบัติ กฎระเบียบของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริม

สนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในทุกที่ให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ,ดำเนินการปรับเปลี่ยนค่านิยมของการบริโภคยาสูบเพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย โดย สามารถจัดทำ/บูรณาการแผนการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน/ระหว่างงานได้ , มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีการผลักดันและสนับสนุนให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด ,การดำเนินงานบูรณาการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับพื้นที่จำนวนกว่า 496 องค์การ 17 เครือข่าย รวมถึงในส่วน กระทรวงศึกษาธิการ , องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น , ตำรวจภูธรภาค/จังหวัด , สรรพสามิตพื้นที่ , ร้านอาหาร/โรงแรม มีการพูดคุยชี้แจงกฎหมายควบคุมยาสูบและกฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่/เหล้า ,มีการประสานหน่วยงานส่งเสริมการท่องเที่ยวในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด หอการค้าจังหวัด และสมาคมส่งเสริมธุรกิจท่องเที่ยวไทย ในการกำชับนักท่องเที่ยวเรื่องเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายและการจัดทำตลอดจนการพัฒนาารูปแบบการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 เรื่องสถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่ 100 เปอร์เซนต์ โดยได้ดำเนินการในการขับเคลื่อนจังหวัดปลอดบุหรี่ไปแล้วไม่น้อยกว่า 32 จังหวัด และดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการตามมาตรการมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่รวมทั้ง สถานประกอบการปลอดบุหรี่มีสถานประกอบการ โดยปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 1,000 แห่งที่ร่วมดำเนินการ

กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายได้แก่ การปรับปรุงประกาศกระทรวง กฎหรือระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องและเอื้อต่อ การปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ที่มีอยู่และที่จะมีการแก้ไขปรับปรุงเนื่องจากการแก้ไขกฎ ระเบียบของแต่ละกระทรวงต้องใช้เวลาในการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 มีการดำเนินการครบทั้ง 7 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 19 กิจกรรมหลักจาก 20 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 95 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดแล้วพบว่า ร้อยละ 30 ของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานยังไม่สามารถตอบตัวชี้วัดได้ ทั้งนี้การดำเนินงาน โดยีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ มีมาตรการควบคุมยาสูบที่ได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับพันธกรณีของ WHO – FCTC และผลักดันเพื่อเข้าสู่การรับฟังข้อคิดเห็นและมติจากที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ

แห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2558 – 2562 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยและช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ (ฉบับที่ ๑๗) พ.ศ. ๒๕๕๕ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัย และช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของบุหรี่ยี่ห้อแรต พ.ศ. ๒๕๕๖ (ภาพคำเตือนร้อยละ 85) และการรับรองแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ เป็นต้น มีโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบใน ส่วนกลาง และระบบบริหารจัดการงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด เป็นรูปแบบการขอความร่วมมือให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด เพิ่มบทบาทในการควบคุมยาสูบเข้าไปด้วย , ได้พัฒนารูปแบบดำเนินเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับสถานการณ์การบริโภคยาสูบ การละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบ และกลยุทธ์การตลาดของ รมยาสูบที่สอดคล้องแทรกเข้ากับงานประจำอยู่แล้ว พร้อมๆ กับการนำผลลัพธ์การเฝ้าระวังฯ ที่ได้มาขยายผลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายอยู่เสมอ , มีการศึกษาวิจัยที่ สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญา ได้รับการจัดทำอย่างกว้างขวางในทุกภาคีเครือข่ายที่ เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ , พัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะบุคลากร ระดับสถานบริการสาธารณสุขให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ ด้วยโครงการของ ภาคีเครือข่าย ขณะที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะระดับภูมิภาคและระดับจังหวัดให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ในการ บังคับใช้กฎหมาย โดยสำนักส่วนกลาง ได้ดำเนินการสร้างทีมพื้นที่ต้นแบบในการ ควบคุมยาสูบระดับเขตสุขภาพ เพื่อกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินการและพัฒนา ศักยภาพบุคลากรพื้นที่ต้นแบบเพื่อควบคุมยาสูบระดับจังหวัดในเขตสุขภาพ และมีการ จัดทำข้อตกลงสำคัญร่วมกัน คือ แนวทางการขอใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ของ ประเทศไทย จาก 1๓ ประเทศทั่วโลกและการพัฒนาการกฎหมายควบคุมยาสูบเป็น “ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.” เพื่อปิดช่องว่างของข้อกฎหมายที่ ใช้มากกว่า 20 ปี และเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย มีการพัฒนาศักยภาพ พนักงานเจ้าหน้าที่ รวมถึงภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานเฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบด้วยหลักฐานที่มีมาตรฐาน

กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายได้แก่ จัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์กรอนามัยโลก

ยุทธศาสตร์ที่ 6 มีการดำเนินการครบทั้ง 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 9 กิจกรรมหลักจาก 10 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 9 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดแล้วพบว่า ร้อยละ 50 ของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานยังไม่สามารถตอบตัวชี้วัดได้ โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ มีการตั้งคณะทำงานป้องกันและปราบปรามยาสูบผิดกฎหมาย เพื่อดำเนินการกำกับติดตามการแก้ไขสถานการณ์และการประชุมประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ตามคำสั่งกรมสรรพสามิต ที่ ๓๒/๒๕๕๖ แต่ยังไม่ได้มีการประชุมของคณะทำงานดังกล่าว เพราะคณะทำงาน ติดตามการอื่นและยังไม่มีวันที่คณะทำงานสะดวกตรงกัน , มีการตรวจสอบสถานการณ์เป็นผู้ประกอบการ, มีกฎหมายและระเบียบที่บังคับใช้เกี่ยวกับมาตรการด้านความปลอดภัยและการป้องกันในการจัดเก็บและขนส่งสินค้า รวมถึงมีการกำหนดบทลงโทษตามความผิด, มีการกำหนดมาตรการในการใช้เทคนิคการสืบสวนพิเศษที่ใช้เฉพาะการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ได้มีการประสานงานรวบรวมข้อมูลผลงานการป้องกันและปราบปรามยาสูบผิดกฎหมาย และดำเนินโครงการเฉพาะกิจด้านการสกัดกั้นยาสูบที่มีขอบด้วยกฎหมายตามแนวตะเข็บชายแดน อีกทั้งอยู่ระหว่างการศึกษาข้อมูล การจัดทำโครงการระบบการสืบค้น ติดตาม และการศึกษาการดำเนินงานมาตรการทางกฎหมาย การดำเนินงานระงับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือวิธีการสื่อสารโทรคมนาคมอื่นๆ การดำเนินงานศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมรวมทั้งการปรับปรุงบทลงโทษเพื่อนำเสนอแนวทางดำเนินการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายและอุปกรณ์ที่ใช้ในการกระทำผิด

กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายได้แก่ ยกเลิกการยกเว้นภาษีในพื้นที่การค้าเสรี (Free Zone) และร้านค้าปลอดอากร (Duty free) เนื่องจากติดขัดในเรื่องการแก้ไขกฎหมายของกรมศุลกากร

ยุทธศาสตร์ที่ 7 มีการดำเนินการครบทั้ง 3 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 7 กิจกรรมหลักจาก 9 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 77.78 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดแล้วพบว่าร้อยละ 45 ของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานยังไม่สามารถตอบตัวชี้วัดได้ โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ ดำเนินการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2555 ซึ่งเป็นการปรับโครงสร้างภาษียาสูบ พร้อมลงในราชกิจจานุเบกษา และ

บังคับใช้วันที่ตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม 2555 มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการบริโภคยาสูบซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีให้มั่งทั้งการจัดเก็บตามมูลค่าร้อยละ 87 และการจัดเก็บตามปริมาณ 1 บาทต่อมวนเป็นครั้งแรก โดยต้องนำทั้งมูลค่าและปริมาณมาคำนวณภาษี หากการคำนวณระหว่างการจัดเก็บตามมูลค่าและการจัดเก็บตามปริมาณตัวใดสูงกว่ากันก็ให้เก็บภาษีในส่วนนั้น ทำให้ราคาบุหรี่ทั้งบุหรี่ในและต่างประเทศปรับขึ้นซองละ 7 – 9 บาท และมีการปรับอัตราการจัดเก็บภาษียาเส้นพันธุ์เวอร์จิเนีย, พันธุ์เบอร์เลย์ และพันธุ์เตอร์กิช จากเดิมมีอัตราตามมูลค่าร้อยละ 0.1 ปรับเป็นอัตราภาษีตามมูลค่าร้อยละ 10 แต่ยังคงเว้นการจัดเก็บภาษีจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองอยู่ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าแม้ปรับอัตราภาษียาเส้นแล้วอัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำกว่าอัตราภาษีบุหรี่ของมากถึงประมาณ 9 เท่า , มีการออกกฎกระทรวงเรื่องกำหนดอัตราค่าแสตมป์ยาสูบ พ.ศ. 2555 และกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมยาสูบ พ.ศ. 2555 ซึ่งลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 21 สิงหาคม 2555 และมีผลบังคับใช้วันที่ 22 สิงหาคม 2555, มีการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและเจ้าหน้าที่สรรพสามิต เพื่อป้องกันบุหรี่และ สุราเถื่อน, มติที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2556 วันที่ 1 ก.พ. 2556 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินการในการกำหนดให้สินค้ายาสูบอยู่นอกรายการเจรจาการค้าเสรี โดยกำหนดให้ทุกครั้งที่จะมีการเจรจาการค้าเสรีที่มีสินค้ายาสูบเกี่ยวข้องด้วยจะต้องปรึกษา กรมควบคุมโรคและกรมสรรพสามิตก่อน รวมทั้งได้มีการศึกษาแนวทางการปรับปรุงโครงสร้างภาษีสรรพสามิต แนวทางการปรับปรุงการจัดเก็บภาษียาสูบของประเทศไทย และปรับปรุงพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 (ฐานภาษี,ระบบภาษี,นิยามและข้อกฎหมายที่ล้าสมัย,เพิ่มความเป็นธรรมแก่ผู้ประกอบการทุกฝ่าย), ศึกษาถึงความเป็นไปได้และผลกระทบสำหรับการปรับโครงสร้างภาษีจากเดิมเป็นอัตราภาษีแบบผสมตามคำแนะนำของ WHO FCTC ข้อ 6 และพิจารณาดำเนินการปรับระบบการบริหารจัดเก็บภาษีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและปรับปรุงการกำหนดสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักสากล

กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายได้แก่ กำหนดให้ควบคุมราคาจำหน่ายบุหรี่ขั้นต่ำ โดยแก้ไขกฎหมายอื่น นอกจาก พ.ร.บ. ยาสูบ พ.ศ ๒๕๐๙ และ ลด/ยกเลิกข้อกำหนดยกเว้นอากรของส่วนตัวที่ผู้เดินทางนำยาสูบเข้ามาในราชอาณาจักร เนื่องจากติดขัดในเรื่องการแก้ไขกฎหมายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ที่ 8 มีการดำเนินการ 4 ยุทธวิธี จาก 7 ยุทธวิธี เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับการเฝ้าระวังในยุทธศาสตร์ที่ 5 มีผลการดำเนินงานใน 3 กิจกรรมหลักจาก 9 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 33.33 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดแล้วพบว่าร้อยละ 65 ของกิจกรรมที่มีการดำเนินงานยังไม่สามารถตอบตัวชี้วัดได้ ทั้งนี้การดำเนินงาน โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ มีการจัดทำข้อควรปฏิบัติที่สำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบ , การจัดทำหนังสือไม่รับการสนับสนุนกิจกรรม CSR จากอุตสาหกรรมยาสูบ โดยมีหนังสือจากกรมควบคุมโรคแจ้งไปยังทุกหน่วยงานราชการ , การแก้ไขระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินการปรับแก้ถ้อยคำในระเบียบกรมควบคุมโรคในส่วน "การอ้างอิงแห่งกฎหมายในการให้อำนาจตราระเบียบ" มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2555 ,ดำเนินการประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องๆ เพื่อกำหนดมาตรการในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การประชุมเพื่อหาแนวทางในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่างๆ ที่มีส่วนประกอบของนิโคติน ,การประชุมเชิงนโยบายเพื่อหารือแนวทางในการควบคุมบารากูไฟฟ้า บุหรี่ไฟฟ้า บารากู และนิโคติน โดยทำให้เกิดประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. ๒๕๕๗ และคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ ๙/๒๕๕๘ กำหนดห้ามขาย/ห้ามให้บริการ สินค้า ได้แก่ บารากูดั้งเดิม ดัวยาบารากูดั้งเดิม บุหรี่ไฟฟ้า บารากูไฟฟ้า และน้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้า/บุหรี่ไฟฟ้าอีกทั้งหลายหลายหน่วยงานได้ประกาศไม่รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ เช่น กระทรวงยุติธรรม, กรุงเทพมหานคร, กระทรวงศึกษาธิการ และ ได้จัดทำร่างระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการติดต่อกันระหว่างบุคลากรของรัฐกับธุรกิจยาสูบ กำหนดวิธีปฏิบัติของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ภายใต้ข้อ 5.3 แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เพื่อป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะว่าด้วยการควบคุมยาสูบจากผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่ระหว่างการประกาศใช้ต่อไป

กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายได้แก่ ดำเนินการออกกฎหมาย ประกาศ / กฎกระทรวง ห้ามการนำเข้า การผลิต และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่, การดำเนินการชี้แนะแก่สาธารณะ, ใช้กฎระเบียบราชการ

ซึ่งเกิดจากมาตรา ๕.๓ ของ FCTC กำกับ ธุรกิจยาสูบ มิให้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การทำ CSR เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายที่สามารถห้ามได้

ทั้งนี้ผลจากการดำเนินงานทุกยุทธศาสตร์ พบว่าส่วนใหญ่มีการดำเนินงานเพียงแคเป็นรายการกิจกรรม และไม่ส่งผลต่อเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมที่ตั้งไว้ได้ ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถบรรลุตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ได้

ปัญหาและอุปสรรค

1. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก การทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับน้อย และอาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องงบประมาณที่ไม่สอดคล้อง

2. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบตาม พ.ร.บ. 2 ฉบับ ยังไม่เข้มข้น ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องของยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบและการบังคับใช้กฎหมาย

3. บางหน่วยงานยังไม่มีรายงานผลการดำเนินงาน หรือขาดผู้รับผิดชอบหลัก จึงทำให้เกิดปัญหาในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

4. ไม่มีงบประมาณเพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จึงทำให้มีบางกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้

5. หน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ขาดงบประมาณทำให้หน่วยงานนั้น ๆ ไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจังและไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะโดยรวม

1. ดำเนินการประชาสัมพันธ์เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมายและยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบให้มากยิ่งขึ้น

2. ถอดบทเรียนการทำงานที่ สสส./ศจย. สนับสนุนเพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลไปในจังหวัดอื่นๆ

3. ชี้แจงทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมาย

4. ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในฉบับต่อไปควรลดการซ้ำซ้อนในแต่ละยุทธวิธี โดยเน้นการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการร่วมกำหนดแนวทางจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ภาคผนวก ข สรุปสถานการณ์ตามตัวชี้วัด การควบคุมยาสูบของประเทศไทย

ประเทศไทยได้รวบรวมตัวชี้วัดการควบคุมยาสูบจากหลายแหล่ง และได้จัดลำดับความสำคัญในการสร้างชุดข้อมูลและติดตามตัวชี้วัดเหล่านี้ ซึ่งส่วนใหญ่สอดคล้องกับ List of indicators ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ โดยนำเสนอสถานการณ์ล่าสุดตามตัวชี้วัด ดังตารางภาคผนวก ข

ตารางภาคผนวก ข สถานการณ์ตามตัวชี้วัดการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

List of Indicators	ดัชนีที่ ประเทศไทย จัดลำดับ ความสำคัญ	ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
1. อัตราการบริโภคยาสูบของผู้ใหญ่			
1.1 ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน	/	อัตราเพศชาย= 40.5% อัตราเพศหญิง = 2.2% อัตรารวม = 20.7%	สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558)
1.2 สูบบุหรี่เป็นประจำ	/	อัตราเพศชาย= 33.92% อัตราเพศหญิง = 1.24% อัตรารวม = 17.04%	สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558)
1.3 สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว	/	อัตราชาย= 5.24% อัตราเพศหญิง = 0.52% อัตรารวม = 2.80%	สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558)
1.4 เคยสูบบุหรี่	/	อัตราเพศชาย= 29.77% อัตราเพศหญิง = 1.54% อัตราการสูบบุหรี่รวม = 11.88%	สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558)

List of Indicators	ดัชนีที่ ประเทศไทย จัดลำดับ ความสำคัญ	ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
1.5 ไม่สูบบุหรี่	/	อัตราเพศชาย = 60.57% อัตราเพศหญิง = 98.12% อัตรารวม = 79.96%	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2558)
1.6 ค่าเฉลี่ยของ จำนวนผลิตภัณฑ์ยาสูบ ที่ใ้มากที่สุดต่อวันของ ผู้ใ้ประจำ	/		
2. อัตราการบริโภค ยาสูบไร้ควัน			
2.1 อัตราการบริโภค ยาสูบไร้ควันปัจจุบัน	/	อัตราเพศชาย = 2.53% อัตราเพศหญิง = 3.94% อัตรารวม = 3.26%	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2557)
2.2 อัตราการบริโภค ยาสูบไร้ควันเป็นประจำ	/	อัตราเพศชาย = 1.8% อัตราเพศหญิง = 3.44% อัตรารวม = 2.65%	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2557)
2.3 อัตราการบริโภค ยาสูบไร้ควันเป็นครั้ง คราว	/	อัตราเพศชาย = 0.73% อัตราเพศหญิง = 0.5% อัตรารวม = 0.61%	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2557)
2.4 อัตราผู้เคยบริโภค ยาสูบไร้ควัน	/	อัตราเพศชาย = 0.64% อัตราเพศหญิง = 0.56% อัตรารวม = 0.6%	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2557)
2.5 อัตราผู้ไม่เคย บริโภคยาสูบไร้ควัน	/	อัตราเพศชาย = 96.83% อัตราเพศหญิง = 95.5% อัตรารวม = 96.1%	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2557)

List of Indicators	ดัชนีที่ ประเทศไทย จัดลำดับ ความสำคัญ	ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
2.6 ค่าเฉลี่ยของ จำนวนผลิตภัณฑ์ยาสูบ ไร้ควันที่ใช้มากที่สุดต่อ วันของผู้ใช้ประจำ	/		
3. อัตราการบริโภค ยาสูบของเยาวชน (13-17 ปี)			
3.1 อัตราการบริโภค ยาสูบปัจจุบันของ เยาวชน	/	อัตราเพศชาย = 25.5% อัตราเพศหญิง = 1.4% อัตรารวม = 13.5%	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2557)
3.2 อัตราการบริโภค ยาสูบไร้ควันปัจจุบัน ของเยาวชน	/		ยังไม่พบ แหล่งข้อมูล
4. การสัมผัสควัน บุหรี่ของผู้ใหญ่			
4.1 ร้อยละของผู้ที่ ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน	/	GATS2009 = 33.2% GATS2011 = 36%	การสำรวจการ บริโภคยาสูบใน ผู้ใหญ่ระดับโลก (2552, 2554)
4.2 ร้อยละของผู้ที่ ได้รับควันบุหรี่ในที่ ทำงาน	/	GATS2009 = 27.2% GATS2011 = 30.5%	การสำรวจการ บริโภคยาสูบใน ผู้ใหญ่ระดับโลก (2552, 2554)

List of Indicators	ดัชนีที่ ประเทศไทย จัดลำดับ ความสำคัญ	ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
4.3 ร้อยละของผู้ได้รับ ควันบุหรี่ในขนส่ง สาธารณะ	/	GATS2009 = 21.6% GATS2011 = 25.6%	การสำรวจการ บริโภคยาสูบใน ผู้ใหญ่ระดับโลก (2552, 2554)
5. การสัมผัสควัน บุหรี่ของเยาวชน			
5.1 ร้อยละของเยาวชน ที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน	/	ภายในบ้าน = 33.8%	สำรวจการ บริโภคยาสูบใน เยาวชนระดับ โลก(2558)
5.2 ร้อยละของผู้ได้รับ ควันบุหรี่ในสถานที่ สาธารณะหรือขนส่ง สาธารณะ	/	ภายในตัวอาคาร = 38.6% ภายนอกตัวอาคาร = 37.7%	สำรวจการ บริโภคยาสูบใน เยาวชนระดับ โลก(2558)
6. อัตราการเสียชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ			
6.1 ประเมินการ จำนวนผู้เสียชีวิตอัน เนื่องจากการใช้ยาสูบ	/	เพศชาย = 163,968 ราย เพศหญิง = 141,387 ราย	Burden of Disease(2556)
7. ต้นทุนที่เกี่ยวข้อง กับการสูบบุหรี่			
7.1 ต้นทุนรวมของการ ใช้ยาสูบ	/	ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจาก ความสูญเสียทาง เศรษฐศาสตร์เท่ากับ	Burden of Disease(2552)

List of Indicators	ดัชนีที่ ประเทศไทย จัดลำดับ ความสำคัญ	ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
		74,884 ล้านบาท (คำนวณ เป็นความสูญเสีย 42 บาท ต่อบุหรี่ 1 ซอง) หรือ 0.78% ของ GDP	
7.2 ต้นทุนทางตรงของ ผู้ขายยาสูบ(ต้นทุนที่ เกี่ยวข้องกับการรักษา)	/	ค่าใช้จ่ายทางตรงทาง การแพทย์เท่ากับ 11,473 ล้านบาท (15%ของ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด)	Burden of Disease(2552)
7.3 ต้นทุนทางอ้อมของ ผู้ขายยาสูบ	/	ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทาง การแพทย์เท่ากับ 1,168 ล้านบาท (1.56%ของ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด)	Burden of Disease(2552)
8. อุปทานของยาสูบ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ			
8.1 มูลค่ารวมของ ยอดขายสินค้าปลอด อากรของผลิตภัณฑ์ ยาสูบ	/		ยังไม่พบ แหล่งข้อมูล
8.2 ปริมาณการผลิตใน ประเทศของยาสูบและ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	/	ผลิตในประเทศ = 39,979 ล้านมวน ขายปลีก = 32,567 ล้านมวน	โรงงานยาสูบ (2557)

List of Indicators	ดัชนีที่ ประเทศไทย จัดลำดับ ความสำคัญ	ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
8.3 ปริมาณส่งออกของ ยาสูบและผลิตภัณฑ์ ยาสูบ	/	ส่งออก = 22.54 ล้านมวน	กรมสรรพสามิต (2557)
8.4 ปริมาณนำเข้าของ ยาสูบและผลิตภัณฑ์ ยาสูบ	/	นำเข้า = 12,176 ล้านมวน	กรมสรรพสามิต (2557)
9. การจับผลิตภัณฑ์ ยาสูบ			
9.1 ปริมาณการยึด ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิด กฎหมาย	/	มูลค่ายึดบุหรี่ = 211.50 ล้านบาท ปริมาณยึดมอระกู่ = 1,117,488.360 กรัม	สำนักตรวจสอบ ป้องกันและ ปราบปราม กรม สรรพสามิต (2558)
9.2 ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์ยาสูบหนี้ ภาษีในตลาดยาสูบ ระดับชาติ	/		ยังไม่พบ แหล่งข้อมูล
10. การปลูกยาสูบ			
10.1 จำนวนชาวไร่ ปลูกยาสูบ	/	ชาวไร่ยาสูบ = 48,000 คน	โรงงานยาสูบ (2557)
10.2 ส่วนแบ่งของ มูลค่าของผลิตภัณฑ์ใบ ยาสูบในผลิตภัณฑ์มวล รวมในประเทศ	/	National GDP = 0.03%	โรงงานยาสูบ (2557)

List of Indicators	ดัชนีที่ ประเทศไทย จัดลำดับ ความสำคัญ	ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
11. การจัดเก็บภาษี ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ			
11.1 สัดส่วนของราคา ขายปลีกของแบรนด์ที่ มียอดขายมากที่สุด	/		ยังไม่พบ แหล่งข้อมูล
11.2 ภาษีสรรพสามิต ตามปริมาณ	/	อัตราภาษียาเส้น = 0.01 บาท/กรัม อัตราภาษีบุหรี่ซิการ์แรต = 1.10 บาท/กรัม อัตราภาษีซิการ์ = 1.00 บาท/กรัม อัตราภาษีบุหรี่อื่น = 0.01 บาท/กรัม อัตราภาษียาเส้นปรุง = 1.00 บาท/กรัม อัตราภาษียาเคี้ยว = 0.10 บาท/กรัม	กรมสรรพสามิต (2559)
11.3 ภาษีสรรพสามิต ตามมูลค่า	/	อัตราภาษียาเส้น = ร้อยละ 10 อัตราภาษีบุหรี่ซิการ์แรต = ร้อยละ 90 อัตราภาษีซิการ์ = ร้อยละ 20 อัตราภาษีบุหรี่อื่น =	กรมสรรพสามิต (2559)

List of Indicators	ดัชนีที่ ประเทศไทย จัดลำดับ ความสำคัญ	ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
		ร้อยละ 10 อัตราภาษียาเส้นปรุง = ร้อยละ 20 อัตราภาษียาเคี้ยว = ร้อยละ 10	
11.4 อากรขาเข้า	/	อัตราอากรขาเข้า = ร้อยละ 60	กรมศุลกากร
11.5 ภาษีมูลค่าเพิ่ม/ ภาษีสินค้าและบริการ/ ภาษีการค้า	/	อัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม = ร้อยละ 7	
11.6 จัดสรรร้อยละของ รายได้การจัดเก็บภาษี เพื่อการควบคุมยาสูบ		ภาษีส่งเข้ากองทุนสร้าง เสริมสุขภาพ(สสส.) = 2% ของภาษีสรรพสามิตยาสูบ ภาษีที่วิสาหธารณะ(TPBS) = 1.5% ของภาษี สรรพสามิต	กรมสรรพสามิต (2559)
12. ราคาของ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ			
12.1 ยี่ห้อที่ขายดีที่สุด ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบไร้ ควัน	/	บุหรี่ในประเทศ = กรองทิพย์ 90, WONDER, SMS บุหรี่นำเข้า = L&M 7.1, Marlboro 7.1, Mevius	กรมสรรพากร (2558)

List of Indicators	ดัชนีที่ ประเทศไทย จัดลำดับ ความสำคัญ	ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
12.2 ราคาขายปลีก ของยี่ห้อที่ขายดีที่สุด ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ	/	กรองทิพย์ 90 ราคา = 67 บาทต่อซอง WONDER ราคา = 49 บาทต่อซอง SMS ราคา = 40 บาทต่อซอง L&M 7.1 ราคา = 57 บาทต่อซอง Marlboro 7.1 ราคา = 78 บาทต่อซอง Mevius ราคา = 98 บาทต่อซอง	กรมสรรพากร (2558)