สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555

เขียนและเรียบเรียง ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์
ปวีณา ปั้นกระจ่าง
กุมภการ สมมิตร

พิมพ์ครั้งแรก สิงหาคม 2553 จำนวน 1,000 เล่ม
ปรับปรุงครั้งที่ 1 สิงหาคม 2554 จำนวน 1,000 เล่ม
ปรับปรุงครั้งที่ 2 สิงหาคม 2555 จำนวน 1,000 เล่ม
ISBN 978-616-279-098-0

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
พิมพ์ที่ เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร
ปก อดิศักดิ์ เนาวรัตนากร

สำนักงาน ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 5 ถ.ราชวิถี
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร: 02-354-5346
แฟ็กซ์: 02-354-5347
อีเมล : webmaster@trc.or.th

คำนำ

เอกสารฉบับนี้เป็นการสรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2555 ซึ่งได้ปรับปรุงจากสรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2554 ที่ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้จัดทำขึ้น เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทยให้เป็นปัจจุบันทันต่อสถานการณ์ให้มากที่สุด สาระสำคัญภายในเล่มประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 6 หัวข้อ คือ

- สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยกับประสิทธิภาพการดำเนินการควบคุมยาสูบ
- ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบของประชากรไทย
- การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศไทย
- การดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย
- ความก้าวหน้าในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2554-2555
- ผลการประเมินสมรรถนะในการควบคุมยาสูบและปัญหาที่ท้าทาย

ในโอกาสนี้ ศจย. ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนในการจัดทำเอกสารฉบับนี้

ศจย.ในฐานะศูนย์บริการวิชาการด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลจากเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัย นักวิชาการ และบุคคลากรที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบทุกท่าน เพื่อการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในประเทศไทยที่มีประสิทธิผลต่อไป

ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้
เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
สิงหาคม 2555

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญตาราง		**ฌ**
สารบัญภาพ		**ฎ**
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร		**ฐ**
บทที่		
1	**สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยกับประสิทธิภาพการดำเนินการควบคุมยาสูบ**	**1**
	1.1 จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป	1
	1.1.1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	3
	1) เพศ	3
	2) กลุ่มอายุ	4
	3) ระดับการศึกษา	6
	1.1.2 จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันจำแนกตามภูมิศาสตร์	7
	1) เขตการปกครอง	7
	2) ภูมิภาค	8
	3) จังหวัด	9
	1.1.3 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก	14
	1.1.4 ประเภทของบุหรี่ที่สูบเป็นประจำ	14
	1.1.5 ปริมาณยาสูบที่บริโภคต่อวัน	17
	1.1.6 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน	17

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

1.2 กลุ่มเยาวชนอายุ 18

1.2.1 อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน อายุ 13-15 ปี 18

1.2.2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี 18

1.2.3 การเข้าถึงยาสูบของเยาวชน

1.3 กลุ่มอื่นๆ ที่น่าสนใจ 24

1.3.1 อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอาชีพเฉพาะ 24

1.3.2 การสำรวจอื่นๆ ที่สำคัญ 27

1) การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ ระดับโลก (GATS) 27

2) การสำรวจบุคคลากรวิชาชีพสุขภาพ (GHPS) 27

3) การสำรวจบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับ ยาสูบ (GSPS) 28

4) การสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชน (GYTS) 28

2 ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบของประชากรไทย 29

2.1 ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจจากการ บริโภคยาสูบของประชาชนไทย 29

2.1.1 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 29

2.1.2 การเจ็บป่วยและการตาย 29

2.2 การได้รับควันบุหรี่มือสอง 36

2.2.1 สารพิษในควันบุหรี่ 36

2.2.2 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน ของประชากร 40

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

2.2.3 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองใน
สถานที่ต่างๆ 40

2.3 ผลกระทบด้านรายจ่ายต่อผู้บริโภคยาสูบ
ของประชาชนไทย 41

3 การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศไทย 42

3.1 สถานการณ์เพาะปลูกยาสูบในประเทศไทย 42

3.1.1 ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต 43

3.1.2 ข้อมูลจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ 43

3.1.3 การสำรวจจากแผนที่ดาวเทียม 44

3.2 บริษัทบุหรี่ในประเทศไทยและส่วนแบ่งการตลาด 45

3.3 แบรนด์/ยี่ห้อและชนิดบุหรี่ซิกาแรตในประเทศไทย 49

3.4 ราคาขายปลีกบุหรี่ 50

3.5 กลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ 50

1) การทำกิจกรรมเพื่อสังคม 50

2) การโฆษณาตราสินค้าบุหรี่ในอุปกรณ์
เครื่องใช้อื่นๆ 52

3) การจ้าง พริ๊ตตี้ ขายบุหรี่ 52

4) การแบ่งขายบุหรี่ และ ทำซองเล็กใส่บุหรี่แบ่งขาย 53

5) การใช้กลยุทธ์แยบยล “DESCRIPTOR” บนซองบุหรี่ 53

6) การโฆษณาชื่อบุหรี่และราคาที่จุดขาย 54

3.6 สรุปลักษณะกิจกรรมที่ต้องเฝ้าระวังบริษัทบุหรี่
ในประเทศไทย 55

4 การดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย 56

4.1 องค์กรภาคีที่ดำเนินงานควบคุมยาสูบในประเทศไทย 56

4.2 กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของ
องค์การอนามัยโลก 66

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

4.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ 68

4.4 แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 69

4.5 มติคณะรัฐมนตรีต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ 71

5 ความก้าวหน้าในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2554-2555 73

5.1 การขึ้นภาษียาสูบ 73

5.2 การใช้มาตรการที่ไม่ใช่ราคา 75

5.3 มาตรการการลดอุปทานสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย 78

5.4 การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ 79

5.5 สรุปมาตรการที่ผ่านมาและช่องทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการ 86

6 ผลการประเมินสมรรถนะในการควบคุมยาสูบและปัญหาที่ท้าทาย 88

6.1 สมรรถนะในการควบคุมยาสูบของประเทศ 88

6.2 ปัจจัยท้าทายและปัจจัยคุกคามการดำเนินงานควบคุมยาสูบ 90

6.3 ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานต่อภาคีควบคุมยาสูบ 91

บรรณานุกรม 93

ภาคผนวก 99

1 มาตรา 5.3 ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกว่าด้วย การเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

2 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 15 พ.ศ.2554
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงคำหรือ
ข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากบุหรี่ซิกาแรต
บุหรี่ซิการ์และยาเส้น ตามพระราชบัญญัติควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535

3 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 16 พ.ศ.2554
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงข้อความ
เกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต
ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535

4 ประกาศคณะรัฐมนตรีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3
มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน อัตราการสูบบุหรี่ และสัดส่วนผู้สูบประจำ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554	
2	เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของ	2
	ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2548 2550 และ 2554 เรียงลำดับจากจังหวัดที่มีอัตราสูบบุหรี่ต่ำสุดไปสูงสุด	9
3	จำนวนและสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค พ.ศ.2544-2554	15
4	สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน อายุ 15-24 ปี จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค ระหว่างปี พ.ศ.2534-2554	23
5	อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอาชีพเฉพาะ	25
6	การตายที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2552	32
7	จำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร จากการสูบบุหรี่ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2552	32
8	จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย เพศชาย พ.ศ.2552	33
9	จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย เพศหญิง พ.ศ.2552	33
10	ต้นทุนที่ป้องกันได้ เมื่อเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วงอายุ 30-40 ปี	35
11	สารพิษในควันบุหรี่และผลต่อสุขภาพ	36
12	พื้นที่ปลูกยาสูบจากการสำรวจภาคสนาม	44
13	ตารางเปรียบเทียบข้อมูลบริษัทบุหรี่รายบริษัทเฉพาะบริษัทที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด 3 อันดับแรก	46
14	ปริมาณและภาษีบุหรี่ซิกาแรตในประเทศและนำเข้า ปีงบประมาณ 2545-2554	48

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
15	ตารางเปรียบเทียบข้อมูลบริษัทบุหรี่รายบริษัทเฉพาะบริษัทที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด 3 อันดับแรก	51
16	สรุปบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาคีในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ	57

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2554	1
2	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามเพศ	3
3	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามช่วงอายุ	5
4	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามระดับการศึกษาที่จบสูงสุด	6
5	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามเขตการปกครอง	7
6	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามภูมิภาค	8
7	สัดส่วนประเภทยาสูบที่บริโภคของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554	16
8	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2554 ในเขตเทศบาล จำแนกตามภาค	19
9	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2554 นอกเขตเทศบาล จำแนกตามภาค	20
10	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2554 เพศชาย จำแนกตามภาค	21
11	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2554 เพศหญิง จำแนกตามภาค	22
12	ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพรวมทุกโรค	30
13	ปริมาณการผลิตใบยาสูบในภูมิภาคอาเซียน พ.ศ.2552	42
14	ส่วนแบ่งการตลาด (ร้อยละ) เปรียบเทียบ 3 บริษัท	45

15	ส่วนแบ่งการตลาดของบุหรี่ซิการแรตจำแนก ตามแบรนด์/ยี่ห้อของประเทศไทย พ.ศ.2552	49
16	การเชื่อมโยงระหว่างภาคี ของการขับเคลื่อน เพื่อการควบคุมยาสูบ	56
17	สรุปความก้าวหน้าการดำเนินการของประเทศไทย ตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของ องค์การอนามัยโลก	67
18	ภาพซ้อนรายได้สรรพสามิตบุหรี่ซิการแรต ยอดจำหน่าย อัตราภาษีบุหรี่ ซิการแรต ราคาบุหรี่ต่อซอง กับอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน	74
19	มาตรการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ตามช่วงเวลา พ.ศ.2532-2555	84
20	กิจกรรมการแทรกแซงเพื่อลดจำนวนคนสูบบุหรี่	87

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

1. อัตราการสูบบุหรี่ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงเท่ากับ 33.25% จากอัตราผู้สูบบุหรี่ 32.0% ในปี พ.ศ.2534 แล้วลดลงต่ำสุดในปี พ.ศ.2552 (20.7%) และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ.2554 เป็น 21.36% (เพศชาย 41.69% เพศหญิง 2.14%)
2. เป็นครั้งแรกในรอบ 20 ปี ที่อัตราการสูบบุหรี่ภาพรวมเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2554 จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เพิ่มเป็น 11.5 ล้านคน จาก 10.9 ล้านคนในปี พ.ศ.2552 โดยเพิ่มทุกกลุ่มอายุยกเว้นผู้สูงอายุ, ส่วนผู้สูบหน้าใหม่ (15-24 ปี)ที่มีอัตราเพิ่มขึ้นและเยาวชนเพศหญิงที่มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตั้งแต่ปีพ.ศ.2552 แล้ว, อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชาย อายุ 19 -59 ปียังสูงกว่าร้อยละ 40 ซึ่งนับว่าสูงมาก
3. ภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด 25.6% รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 23.5% ภาคเหนือ 20.5% ภาคกลาง 19.2% และกรุงเทพมหานคร 15.4%
4. 10 จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงสุด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน สตูล ปัตตานี ระนอง นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น กาญจนบุรี ตรัง และหนองบัวลำภูตามลำดับ
5. มีการสับเปลี่ยนประเภทไปมาระหว่างประเภทบุหรี่ที่นิยมสูบมากที่สุด คือ บุหรี่ซอง และบุหรี่มวนเอง ทั้งนี้การเพิ่มการบริโภคบุหรี่มวนเองในปีพ.ศ. 2550 อาจเนื่องมาจากการขึ้นราคาบุหรี่ซองที่มีผลมาจากการขึ้นภาษี ส่วนการเพิ่มการบริโภคบุหรี่ซองหลังปีพ.ศ.2550 อาจเนื่องมาจากราคาบุหรี่ซองที่ลดลงมาจากการลดอัตราภาษีนำเข้า ซึ่งเป็นผลมาจากข้อตกลงเสรีการค้าอาเซียน (AFTA) และข้อตกลงการค้าทวิภาคีกับประเทศอื่นที่ตามมาภายหลัง รวมทั้งส่งผลให้มีการแข่งขันทางการตลาด เกิดการขยายตลาดของบุหรี่ยี่ห้อใหม่ราคาถูกทั้งที่นำเข้าและผลิตในประเทศ
6. การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาระโรคสูงสุดเป็นอันดับ 3 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยเสี่ยง

ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ โดยร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการสูบบุหรี่มีอายุไม่เกิน 44 ปี

7. ข้อมูลการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2552 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยประมาณ 48,244 คนต่อปีโดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 6 คนและผู้หญิง 1 ใน 25 คนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่
8. ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 43.6 พันล้านบาท คิดเป็น 0.5% ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 14,956 ล้านบาท คิดเป็น 33.7%, ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 952 ล้านบาท คิดเป็น 2.2%, การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 359 ล้านบาท คิดเป็น 0.8%, การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 134 ล้านบาท คิดเป็น 0.3% และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรเท่ากับ 29,984 บาท คิดเป็น 63% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้คิดเป็น 11% ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมด, 15% ของค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขและ 61% ของงบประมาณทางด้านสาธารณสุข
9. ประชากรยังได้รับควันบุหรี่มือสองจากสถานที่สาธารณะ ส่วนใหญ่ที่ตลาดสดหรือตลาดนัด 74.19% รองลงมาที่บริการขนส่งสาธารณะ 50.37% ที่ร้านอาหาร/ ภัตตาคาร 49.11% สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายของประเทศ
10. ประเทศไทยผลิตใบยาสูบได้มากเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคอาเซียน คิดเป็น 17.82% รองจากประเทศอินโดนีเซียซึ่งผลิตได้มากที่สุดถึง 44.73%
11. พ.ศ.2554 ราคาขายปลีกบุหรี่นำเข้าที่ถูกที่สุดอยู่ที่ราคาซองละ 25 บาท และบุหรี่ยอดนิยมอยู่ที่ราคาซองละ 80 บาท สำหรับบุหรี่ที่ผลิตในประเทศ ราคาขายปลีกที่ถูกที่สุดอยู่ที่ราคาซองละ 33 บาท และบุหรี่ยอดนิยมอยู่ที่ราคาซองละ 58 บาท
12. ในรอบปีที่ผ่านมาพบกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ เช่น การทำกิจกรรมเพื่อสังคม การโฆษณาตราสินค้าบุหรี่ในอุปกรณ์เครื่องใช้อื่นๆ การ

จ้าง พริ๊ตตี้ ขายบุหรี่ การแบ่งขายบุหรี่ และทำซองเล็กใส่บุหรี่แบ่งขาย การใช้กลยุทธ์แยบยลบนซองบุหรี่ และการโฆษณาชื่อบุหรี่และราคาที่จุดขาย

13. การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีหลายองค์กรเป็นภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน ทั้งภาครัฐ องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรอื่นๆ และองค์การระหว่างประเทศ
14. ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกและมีพันธกรณีต้องปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ พ.ศ.2547 และมีกฎหมายที่สำคัญ 3 ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 พ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ.2509
15. พ.ศ.2554 ประเทศไทยได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2 ฉบับ คือ ฉบับที่ 15 และ 16 ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์และยาเส้น และเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต
16. เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2555 คณะรัฐมนตรีได้พิจารณา เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มติ 6 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ เพื่อให้หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในมติมีการดำเนินการไปตามมติดังกล่าว
17. เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบอนุมัติ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 พร้อมข้อเสนอแนะ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้รับทราบและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน
18. ปัญหาท้าทาย ต่อการทำงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย ได้แก่ โครงสร้างภาษีที่ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่, ข้อตกลงการเจรจาการค้าเสรีที่เพิ่มการแข่งขันบุหรี่และเปิดช่องว่างให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบได้จากกติกาการค้าเป็นข้ออ้าง, อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์ใหม่ๆทางการตลาด, การบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร, และการที่รัฐดำเนินกิจการโรงงานยาสูบเองทำให้มี

ผลประโยชน์ทับซ้อนกับการเห็นประโยชน์ต่อสุขภาพ, และ การที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน มีการเลิกบุหรี่น้อย ในขณะที่ความเป็นเมือง เสริมให้เยาวชนในต่างจังหวัดเริ่มสูบบุหรี่ซองมากขึ้น เพราะราคาถูก

19. ข้อเสนอแนะในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินมาตรการที่เจาะจงผลสัมฤทธิ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย "3 ลด 3 เพิ่ม"

3 ลด คือ

1. การลดนักสูบหน้าใหม่ (อายุ 15-18 ปี, 19-24 ปี) ทั้งเพศชายและหญิง ควรมีมาตรการที่เฉพาะเจาะจง เช่นการขึ้นภาษีตามสภาพจนถึงจุดที่ราคาบุหรี่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน และการปราบบุหรี่เถื่อนราคาถูกใกล้สถานศึกษา (มาตรการลดนักสูบหน้าใหม่อายุ 15-18 ปี , 19-24 ปี รวมทั้ง มาตรการที่ไม่ให้ผู้สูบหน้าใหม่กลายมาเป็นผู้สูบประจำ) และควรมีมาตรการเจาะจงสำหรับเพศชายอย่างเข้มข้น ทั้งการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การช่วยเลิกบุหรี่และการป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ
2. ลดจำนวนผู้สูบเดิมในเขตชนบท โดยเฉพาะผู้บริโภคยาเส้น อายุระหว่าง 15-44 ปี โดยทำให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างทั่วถึง
3. ลดควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน สถานที่สาธารณะ และในบ้าน ทั้งในเมืองและในชนบท

3 เพิ่ม คือ

1. เพิ่มกลไกการป้องกันอุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบของรัฐ
2. เพิ่มผู้ขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ จังหวัดและท้องถิ่น
3. เพิ่มนวตกรรมการดำเนินงานควบคุมยาสูบ และการนำเทคโนโลยีสารทนเทศมาใช้ทั้งในงานวิจัยและการทำงานเชิงปฏิบัติการใน พื้นที่และในชุมชน

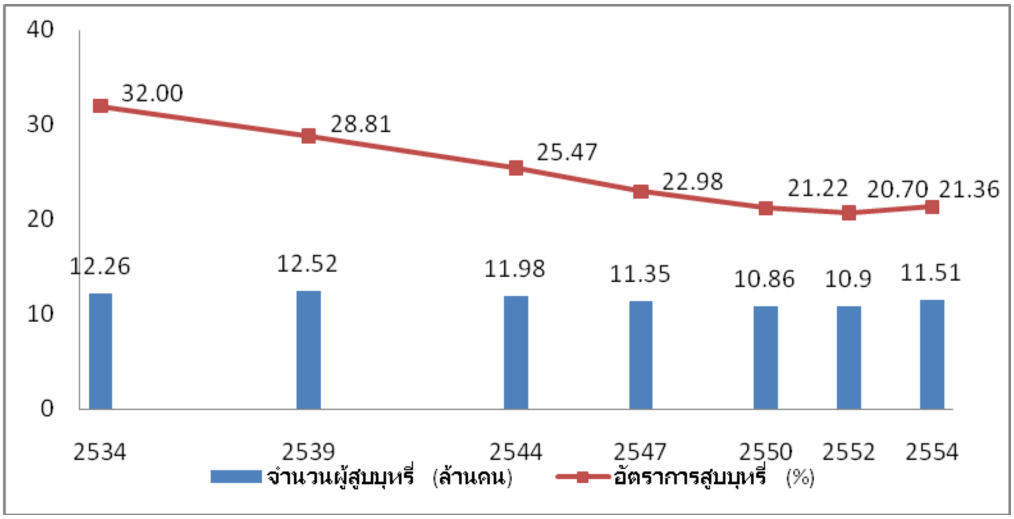
บทที่ 1
สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย กับประสิทธิภาพการดำเนินการควบคุมยาสูบ

1.1. จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

ครั้งแรกในรอบ 20 ปี ที่อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น

อัตราการสูบบุหรี่ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมามีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงเท่ากับ 33.25% จากอัตราผู้สูบบุหรี่ 32.0% ในปี พ.ศ.2534 แล้วลดลงต่ำสุดในปี พ.ศ.2552 (20.7%) และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ.2554 เป็น 21.36% ดังภาพที่ 1

โดยมีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 6 แสนคนจากปี พ.ศ.2552 ทำให้ พ.ศ.2554 มีผู้สูบบุหรี่เป็นจำนวน 11.5 ล้านคน แบ่งเป็นเพศชาย 10.92 ล้านคน เพศหญิง 5.93 แสนคน จากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 53.89 ล้านคน



ภาพที่ 1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2534-2554

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

ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2554 สูงขึ้นเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูบบุหรี่ประจำ

ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน[1] แบ่งเป็น ผู้สูบบุหรี่ประจำ[2] และผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว[3] โดยพบว่าสัดส่วนของผู้สูบประจำอยู่ที่ร้อยละ 95 ในปี พ.ศ.2534 และค่อยๆ ลดลงเป็นร้อยละ 86.32 ของผู้สูบปัจจุบันในปี พ.ศ.2554

จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534-2554 โดยปี พ.ศ.2534 มีผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพียง 590,528 คน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนถึง 1,460,537 คนภายในรอบ 20 ปี จากข้อมูลดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนบ่งบอกให้เห็นว่าการที่อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์การตลาดรูปแบบใหม่ๆ อาจส่งผลให้มีผู้ทดลองสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน อัตราการสูบบุหรี่ และสัดส่วนผู้สูบประจำของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554

ปี พ.ศ.	จำนวนและอัตราการสูบปัจจุบัน (คน)						สัดส่วนผู้สูบประจำต่อผู้สูบทั้งหมด		
	รวม		ชาย		หญิง		รวม	ชาย	หญิง
	คน	อัตรา	คน	อัตรา	คน	อัตรา	(%)	(%)	(%)
2534	12,257,675	32.00%	11,304,732	59.39%	952,943	4.95%	95.18	93.76	92.92
2539	12,525,254	28.81%	11,758,171	54.46%	767,082	3.50%	88.03	90.35	84.76
2544	11,984,874	25.47%	11,283,274	48.44%	701,601	2.95%	88.20	88.58	82.07
2547	11,354,282	22.98%	10,700,018	43.69%	654,264	2.64%	84.79	85.07	80.35
2550	10,857,755	21.22%	10,347,579	41.70%	510,176	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**

[1] ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ประจำและผู้สูบบุหรี่ครั้งคราว

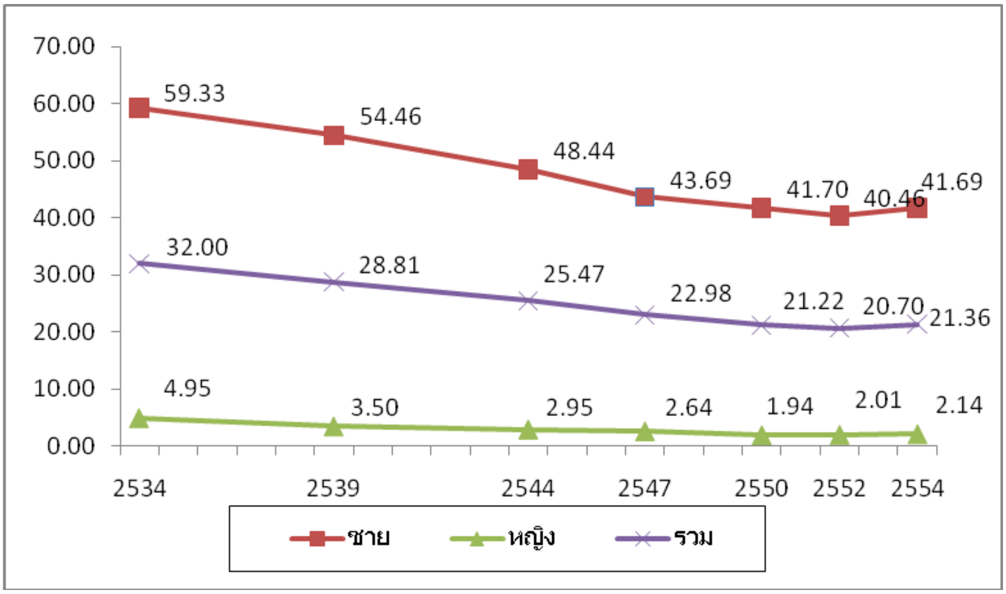
[2] ผู้สูบบุหรี่ประจำ หมายถึง ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน

[3] ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ไม่ทุกวัน

1.1.1 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

1) เพศ (Gender)

อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายสูงมากเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย คือเท่ากับ 41.69% ในขณะที่เพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เท่ากับ 2.14% และอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรเพศชายมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงน้อยกว่าเพศหญิง คือ 29.73% และ 56.76% ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชากรเพศหญิงตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมยาสูบที่ผ่านมาได้ดี ภาพที่ 2



ภาพที่ 2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามเพศ

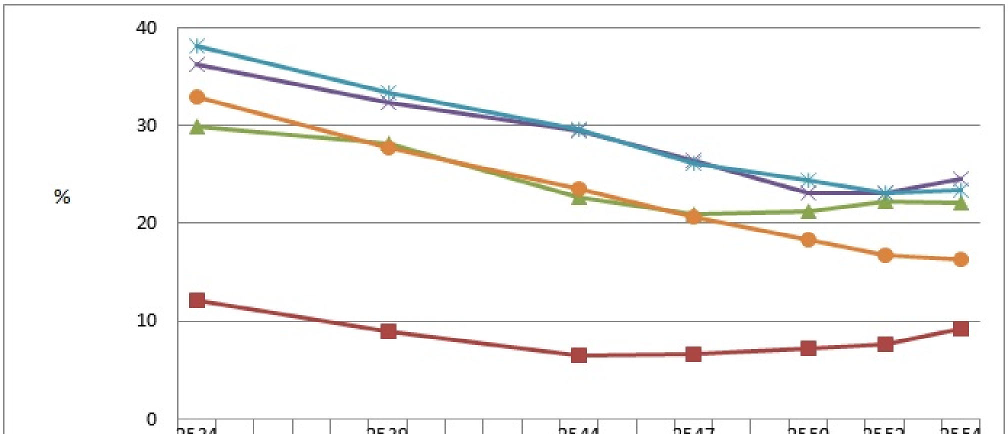
ที่มา: ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534,2539,2544 และ 2554 และโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550 และ 2554

2) กลุ่มอายุ (Age group)

อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-18 ปี, 19-24 ปี, 25-40 ปี, 41-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 9.21, 22.0, 24.4, 23.4 และ 16.2 ตามลำดับ

กลุ่มอายุที่มีอัตราการลดการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง คือ กลุ่มอายุ 41-59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (อัตราการเปลี่ยนแปลงในรอบ 20 ปี ลดลงเท่ากับร้อยละ 38.58 และ 50.75 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่ามาตรการควบคุมยาสูบในประเทศไทยได้ผลดีในกลุ่มอายุดังกล่าว แต่มาตรการดังกล่าวยังให้ผลไม่ดีเท่าที่ควรในกลุ่มอายุที่น้อยลงมา คือกลุ่มอายุ 15-18 ปี, 19-24 ปี และ 25-40 ปี มีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลง เท่ากับร้อยละ 23.25 26.42 และ 32.78 ตามลำดับ

กลุ่มอายุ 15-18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ.2544 (ร้อยละ 6.44) กลับสูงขึ้นมาอย่างต่อเนื่องจนมาอยู่ที่ร้อยละ 9.2 ใน พ.ศ.2554 ส่วนกลุ่มอายุ 19-24 ปี มีอัตราสูบบุหรี่ลดลงต่ำสุดในปี พ.ศ.2547 กลับสูงขึ้นมาอยู่ที่ร้อยละ 22.0 ในปี พ.ศ. 2554 สำหรับกลุ่มอายุ 25-40 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534-2552 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงเรื่อยมา จนกระทั่งการสำรวจครั้งล่าสุด พ.ศ.2554 อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.0 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 24.4 ในปี พ.ศ.2554 ภาพที่ 3



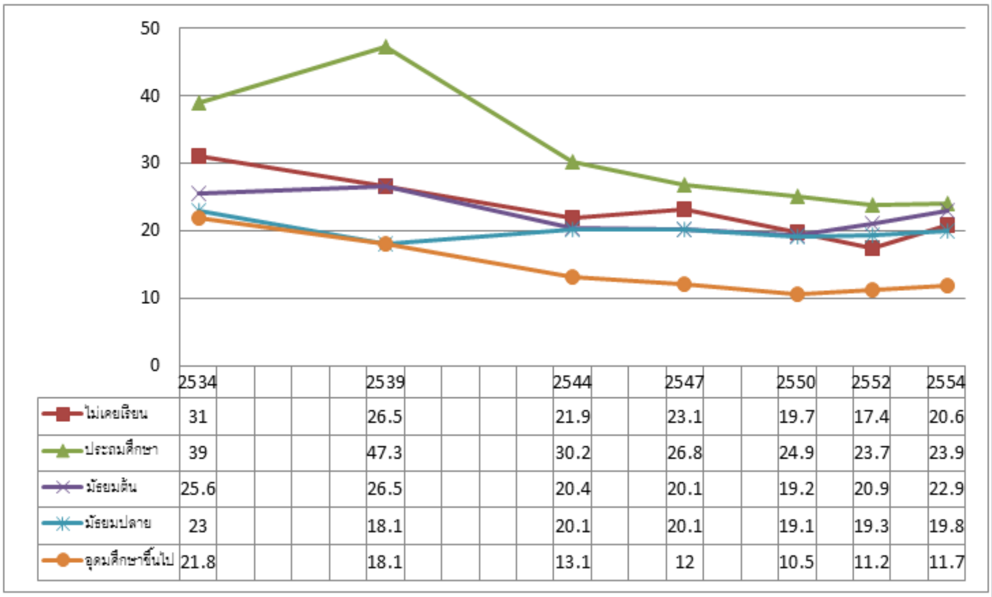
	2534	2539	2544	2547	2550	2552	2554
15-18 ปี	12	8.87	6.44	6.58	7.25	7.62	9.21
19-24 ปี	29.9	28.1	22.6	20.9	21.2	22.1	22.0
25-40 ปี	36.3	32.3	29.4	26.4	23.1	23.0	24.4
41-59 ปี	38.1	33.3	29.6	26.1	24.3	23.0	23.4
≥60 ปี	32.9	27.7	23.6	20.6	18.3	16.6	16.2

ภาพที่ 3 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามช่วงอายุ

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

3) ระดับการศึกษา (Education level)

กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือมีระดับการศึกษาสูงสุดแค่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า[1] ภาพที่ 4



	2534	2539	2544	2547	2550	2552	2554
ไม่เคยเรียน	31	26.5	21.9	23.1	19.7	17.4	20.6
ประถมศึกษา	39	47.3	30.2	26.8	24.9	23.7	23.9
มัธยมต้น	25.6	26.5	20.4	20.1	19.2	20.9	22.9
มัธยมปลาย	23	18.1	20.1	20.1	19.1	19.3	19.8
อุดมศึกษาขึ้นไป	21.8	18.1	13.1	12	10.5	11.2	11.7

ภาพที่ 4 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามระดับการศึกษาที่จบสูงสุด

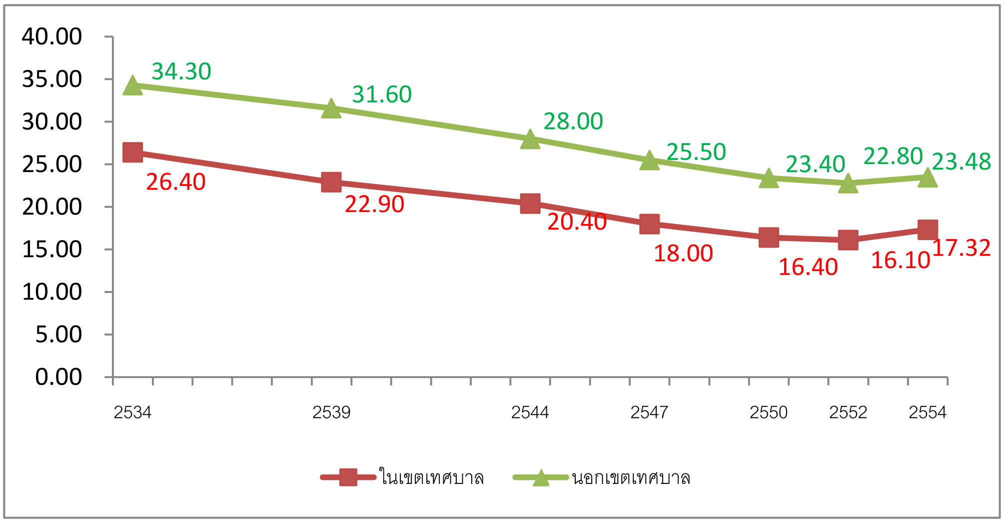
ที่มา: ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534,2539,2544 และ 2552 และโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, 2550 และ 2554

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

1.1.2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภูมิศาสตร์

1) เขตการปกครอง (Administrative district)

ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาลในทุกรอบการสำรวจ และอัตราการการเปลี่ยนแปลงลดลงของนอกเขตเทศบาลก็ต่ำกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย คือ ร้อยละ 31.54 และ 34.39 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการที่ผ่านมาไม่ได้มีผลเจาะจงในการลดอัตราการสูบบุหรี่ในเขตชนบท ภาพที่ 5

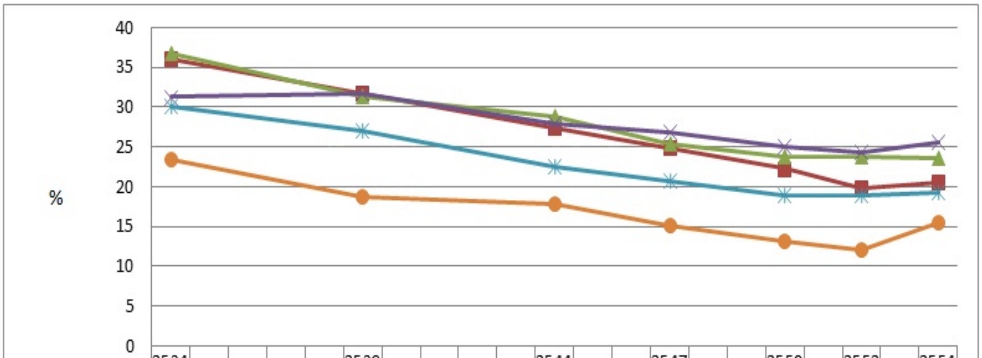


ภาพที่ 5 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามเขตการปกครอง

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

2) ภูมิภาค (Region)

อัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงจุดต่ำสุดในปี พ.ศ.2552 และสูงขึ้นในปี พ.ศ.2554 โดยภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร (อัตราการเปลี่ยนแปลงภาคใต้ เท่ากับ 17.94%, ภาคอีสาน เท่ากับ 35.36%, ภาคเหนือ เท่ากับ 43.21%, ภาคกลาง เท่ากับ 36.21% และกรุงเทพฯ เท่ากับ 34.18%) แสดงให้เห็นว่าซึ่งมาตรการในการควบคุมยาสูบที่ผ่านมาไม่ค่อยได้ผลในภาคใต้ แต่ได้ผลดีในภาคเหนือ ส่วนภาคอีสานและภาคกลางมาตรการให้ผลค่อนข้างใกล้เคียงกัน ในขณะที่มาตรการต่างๆ ที่เคยได้ผลดีในกรุงเทพฯ แต่กลับเริ่มได้ผลน้อยลงใน พ.ศ. 2554 ภาพที่ 6



	2534	2539	2544	2547	2550	2552	2554
เหนือ	36.1	31.6	27.4	24.8	22.2	19.8	20.5
อีสาน	36.7	31.2	28.7	25.4	23.8	23.8	23.5
ใต้	31.2	31.7	27.8	26.9	25	24.3	25.6
กลาง	30.1	27.1	22.5	20.7	18.9	19	19.2
กรุงเทพฯ	23.4	18.8	17.9	15.1	13.1	12	15.4

ภาพที่ 6 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2554 จำแนกตามภูมิภาค

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

3) จังหวัด (Province)

การสำรวจในระดับชาติที่สามารถจำแนกข้อมูลเป็นรายจังหวัด ในขณะนี้มีอยู่ 2 ชุด คือ จากโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548[2] โดยศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2550 และ 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตารางที่ 2

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

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. กาฬสินธุ์	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

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ.2554	
	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)
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
22. นครศรีธรรมราช	62	26.62	53	24.42	72	27.38
23. นครสวรรค์	15	18.32	15	18.77	9	16.82
24. นนทบุรี	1	11.14	3	13.65	1	14.57
25. นราธิวาส	57	25.90	19	19.71	61	25.61
26. น่าน	2	11.71	4	14.05	6	16.65
27. บุรีรัมย์	49	23.69	29	21.98	50	23.37
28. ปทุมธานี	7	14.26	5	14.90	3	15.91
29. ประจวบคีรีขันธ์	59	26.45	36	22.65	63	26.04
30. ปราจีนบุรี	19	18.59	24	20.46	38	22.30
31. ปัตตานี	60	26.49	75	32.26	74	29.10
32. พระนครศรีอยุธยา	5	14.71	2	13.23	13	17.44
33. พะเยา	34	20.46	38	22.69	5	16.01
34. พังงา	17	18.40	30	22.04	55	24.36
35. พัทลุง	43	22.52	54	24.61	53	24.04
36. พิจิตร	26	19.82	28	21.80	16	18.20
37. พิษณุโลก	23	19.32	63	25.78	34	21.82
38. เพชรบุรี	45	22.84	6	15.40	28	20.83
39. เพชรบูรณ์	53	24.83	57	24.89	39	22.31

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ.2554	
	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)
40. แพร่	16	18.39	19	19.71	32	21.32
41. ภูเก็ต	12	17.60	18	19.69	25	20.40
42. มหาสารคาม	67	27.61	34	22.53	45	23.12
43. มุกดาหาร	70	28.22	73	28.00	44	22.98
44. แม่ฮ่องสอน	73	29.93	52	24.38	76	30.59
45. ยโสธร	47	23.06	48	24.08	29	20.96
46. ยะลา	33	20.18	44	23.32	52	24.01
47. ร้อยเอ็ด	69	28.11	43	23.29	54	24.11
48. ระนอง	64	26.94	61	25.30	73	27.64
49. ระยอง	24	19.45	21	19.76	26	20.72
50. ราชบุรี	14	18.09	35	22.63	21	19.18
51. ลพบุรี	21	19.02	41	23.08	37	22.25
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

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ.2554	
	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)	ลำดับ	อัตรา (%)
65. สุโขทัย	29	19.98	22	19.81	40	22.36
66. สุพรรณบุรี	10	16.71	8	15.68	6	16.65
67. สุราษฎร์ธานี	40	22.03	71	27.95	71	26.97
68. สุรินทร์	50	24.15	31	22.09	60	25.06
69. หนองคาย	51	24.16	47	24.04	47	23.26
70. หนองบัวลำภู	71	28.91	66	26.60	67	26.39
71. อ่างทอง	6	14.20	23	19.98	24	20.01
72. อุดรธานี	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.2550ได้

อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกรายจังหวัด พ.ศ.2548

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

อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกรายจังหวัด พ.ศ.2550

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

อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกรายจังหวัด พ.ศ.2554

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

1.1.3 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก

พ.ศ.2554 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ปัจจุบันเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 18 ปี และเริ่มสูบเป็นปกติเมื่ออายุประมาณ 19 ปี เพศชายเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 18 ปี และเริ่มสูบเป็นปกติเมื่ออายุประมาณ 19 ปี ส่วนเพศหญิงเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 21 ปี และเริ่มสูบเป็นปกติเมื่ออายุประมาณ 22 ปี การสำรวจในครั้งนี้พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดเพียง 6 ปี

1.1.4 ประเภทของบุหรี่ที่สูบเป็นประจำ

ผลการสำรวจประเภทบุหรี่ที่นิยมสูบเป็นประจำของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2544 2547 2550 2552 และ 2554 พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ซองและบุหรี่มวนเองเกือบอย่างละ 50% นอกนั้นเป็นบุหรี่ซิการ์ ไปป์ บารากู่ ฮุกการ์ ซิชาร์ บุหรี่ขี้โย อยู่ระหว่าง 0.16-3.40% ตารางที่ 3

โดยมีผู้นิยมสูบบุหรี่ซองเป็นลำดับแรกสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.2550 จนถึง 2552 และ 2554 โดยมีสัดส่วนเท่ากับ 46.08%, 53.51% และ 53.13% แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการบริโภคยาสูบที่เพิ่มขึ้นโดยรวมในปี พ.ศ.2554 ไม่ได้เปลี่ยนแปลงสัดส่วนของประเภทยาสูบที่ประชาชนบริโภค

ตารางที่ 3 จำนวนและสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค พ.ศ.2544-2554

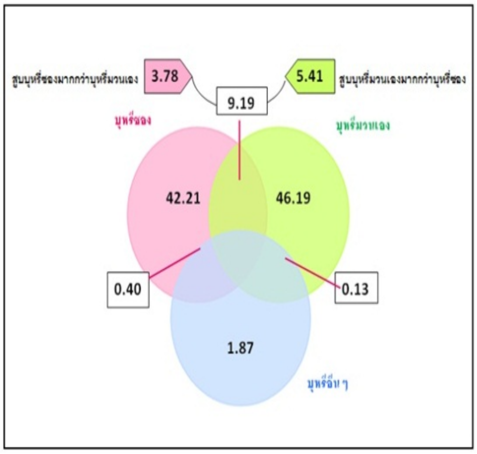
<table>
<tr><th rowspan="2">ประเภทยาสูบที่บริโภค</th><th colspan="2">พ.ศ.2544</th><th colspan="2">พ.ศ.2547</th><th colspan="2">พ.ศ.2550*</th><th colspan="2">พ.ศ.2552</th><th colspan="2">พ.ศ.2554*</th></tr>
<tr><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>บุหรี่ซอง</td><td>5,871,721</td><td>48.99</td><td>5,633,004</td><td>49.61</td><td>5,002,757</td><td>46.08</td><td>5,835,327</td><td>53.51</td><td>6,115,756</td><td>53.13</td></tr>
<tr><td>บุหรี่มวนเอง</td><td>6,093,822</td><td>50.85</td><td>5,334,859</td><td>46.99</td><td>5,615,193</td><td>51.72</td><td>4,797,562</td><td>43.99</td><td>5,352,592</td><td>46.50</td></tr>
<tr><td>บุหรี่ซิการ์</td><td rowspan="5">19,331</td><td rowspan="5">0.16</td><td>4,121</td><td>0.04</td><td>1,009</td><td>0.01</td><td rowspan="2">34,630</td><td rowspan="2">0.32</td><td>19,228</td><td>0.17</td></tr>
<tr><td>ไปป์</td><td>5,198</td><td>0.04</td><td>10,629</td><td>0.09</td><td>15,243</td><td>0.13</td></tr>
<tr><td>บุหรี่ขี้โย/พม่า</td><td>264,930</td><td>2.33</td><td>219,521</td><td>2.02</td><td>198,135</td><td>1.82</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>บารากู่/ฮุกก้า/ชิชา</td><td rowspan="2">112,171</td><td rowspan="2">0.99</td><td rowspan="2">8,647</td><td rowspan="2">0.08</td><td rowspan="2">39,537</td><td rowspan="2">0.36</td><td>2,326</td><td>0.02</td></tr>
<tr><td>บุหรี่อื่นๆ</td><td>6,466</td><td>0.06</td></tr>
<tr><td>**รวมผู้สูบปัจจุบัน**</td><td>11,984,874</td><td>100</td><td>11,354,283</td><td>100</td><td>10,857,756</td><td>100</td><td>10,905,191</td><td>100</td><td>11,511,611</td><td>100</td></tr>
</table>

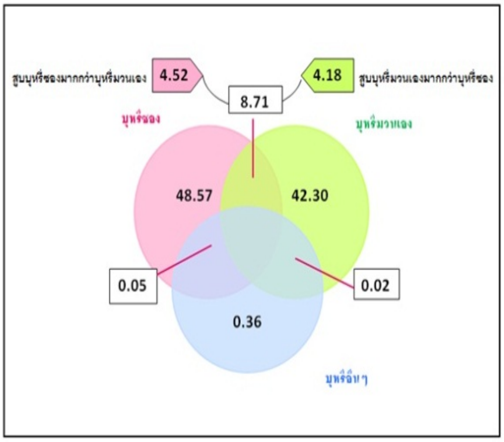
*ข้อมูลปี พ.ศ.2550 และ 2554 เฉพาะประเภทบุหรี่ที่สูบมากที่สุด คำตอบเดียว

ในการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2550 และ 2554 ผู้ตอบสามารถเลือกตอบประเภทยาสูบที่บริโภคได้มากกว่าหนึ่งประเภท ดังนั้นจึงได้วิเคราะห์โดยพิจารณาจากยาสูบ 2 ประเภทแรกที่ผู้ตอบบริโภคมากที่สุด ซึ่งพบว่า ในปี พ.ศ.2554 มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ซองเพียงอย่างเดียว ในทางกลับกันมีการลดลงของสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มวนเองเพียงอย่างเดียว รวมทั้งสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ทั้งสองประเภทก็ลดลงเช่นกัน

ในปี พ.ศ.2550 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มวนเองเพียงอย่างเดียว 46.19% รองลงมาสูบบุหรี่ซองอย่างเดียว 42.21% และมีผู้นิยมสูบบุหรี่สองประเภท คือ สูบทั้งบุหรี่ซองและบุหรี่มวนเอง 9.19% นอกนั้นสูบบุหรี่อื่นๆ เช่น ซิการ์ ไปป์ บุหรี่ขี้โยอย่างเดียว 1.87%

สำหรับในปี พ.ศ.2554 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ซองเพียงอย่างเดียว 48.57% รองลงมาสูบบุหรี่มวนองอย่างเดียว 42.30% และมีผู้นิยมสูบบุหรี่สองประเภท คือ สูบทั้งบุหรี่ซองและบุหรี่มวนเอง 8.71% นอกนั้นสูบบุหรี่อื่นๆ เช่น ซิการ์ ไปป์ บารากู่ ฮุกการ์ ซิชาร์ บุหรี่ขี้โยอย่างเดียว 0.36% ดังภาพที่ 7





ภาพที่ 7 สัดส่วนประเภทยาสูบที่บริโภคของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2550 (ซ้าย) และ พ.ศ.2554 (ขวา)

โดยสรุปแล้วการที่ระหว่างปี พ.ศ.2544-2554 มีการสับเปลี่ยนประเภทไปมาระหว่างประเภทบุหรี่ที่นิยมสูบมากที่สุด คือ บุหรี่ซอง และบุหรี่มวนเอง ทั้งนี้การเพิ่มการบริโภคบุหรี่มวนเองในปีพ.ศ. 2550 อาจเนื่องมาจากการขึ้นราคาบุหรี่ซองที่มีผลมาจากการขึ้นภาษี ส่วนการเพิ่มการบริโภคบุหรี่ซองหลังปีพ.ศ.2550 อาจเนื่องมาจากราคาบุหรี่ซองที่ลดลงจากการลดภาษีนำเข้าอันเนื่องมาจากข้อตกลงเสรีการค้าอาเซียน (AFTA) และข้อตกลงการค้าทวิภาคีระหว่างไทยกับประเทศอื่นที่ตามมาภายหลัง รวมทั้งส่งผลให้มีการแข่งขันทางการตลาด เกิดการขยายตลาดของบุหรี่ยี่ห้อใหม่ราคาถูกทั้งที่นำเข้าและผลิตในประเทศ

1.1.5 ปริมาณยาสูบที่บริโภคต่อวัน

ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ต่อวันเฉลี่ยสูงถึง 10 มวนต่อวัน โดยมีผู้สูบตั้งแต่ 10 มวนขึ้นไป จำนวน 5.79 ล้านคน (53.4%) ในปี พ.ศ.2550 และ 6.39 คน (55.53%) ในปี พ.ศ.2554 ซึ่งผู้สูบ 10 มวนขึ้นไปเป็นผู้ที่ติดนิโคติน ที่จำเป็นต้องใช้ยาในการบำบัดโรคติดบุหรี่

1.1.6 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนภายใน 30 นาที เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยเพื่อประเมินภาวะการติดนิโคติน (Nicotine dependence) ในผู้สูบบุหรี่ได้และยังสามารถบอกถึงระดับความรุนแรงในการติดบุหรี่อีกด้วย เพื่อประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการเลือกวิธีบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2554 พบว่า ผู้สูบบุหรี่มวนแรกภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน, 6-30 นาทีหลังตื่นนอน 31-60 นาทีภายหลังตื่นนอน และมากกว่า 60 นาทีภายหลังตื่นนอนมีสัดส่วน 20.6%, 40.7%, 17.1% และ 21.5% ตามลำดับ

1.2. กลุ่มเยาวชน

1.2.1 อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน อายุ 13-15 ปี

การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยในปี พ.ศ.2552 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 13-15 ปีสูงถึง 11.7% (เพศชาย 20.1% เพศหญิง 3.8%) และเป็นที่น่าตกใจว่า 8% ของเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน คิดว่าตนเองจะเริ่มสูบบุหรี่ในปีหน้า[3] ซึ่งข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยควรมีมาตรการในการรับมือเพื่อป้องการนักสูบหน้าใหม่เหล่านี้ จากการชักจูงให้เอาแบบอย่างผ่านสื่อโฆษณา และกลยุทธ์ทางการตลาดจากอุตสาหกรรมยาสูบ

1.2.2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี

รายงานฉบับนี้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์สถานการณ์กลุ่มอายุ 15-24 ปี อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 ต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ.2554 จึงมีความจำเป็นต้องวิเคราะห์แยกย่อยตามปัจจัยต่างๆ ให้เห็นสถานการณ์โดยละเอียด

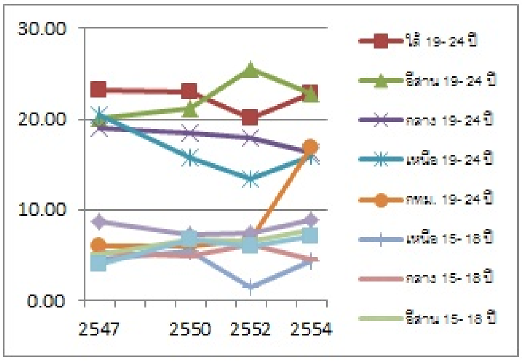
1) จำแนกตามภูมิภาค และเขตการปกครอง

อัตราการสูบบุหรี่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล มีรายละเอียดดังนี้

ในเขตเทศบาล

ในปี พ.ศ.2554 เยาวชนกลุ่มอายุ 15-18 ปี ในเขตเทศบาล ทุกภูมิภาคมีอัตราการสูบบุหรี่สูงขึ้นจากปี พ.ศ.2552 ยกเว้นภาคกลางที่มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง โดยภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าภาคอื่นๆ คือ 8.81% รองลงมาภาคอีสาน 7.71% ภาคเหนือ 4.36% ภาคกลาง 4.49 และภาคเหนือ 4.36% ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มอายุ 19-24 ปี ในเขตเทศบาล ในปีเดียวกัน ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด คือ 22.84% รองลงมาคือภาคอีสาน 22.79% กรุงเทพมหานคร 16.9% ภาคกลาง 16.24% และภาคเหนือ 15.87% ตามลำดับ โดยเห็นได้ชัดว่ากลุ่มอายุ 19-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดย พ.ศ.2554 อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก พ.ศ.2552 คือ 6.74% เป็น 16.9% ซึ่งข้อมูลนี้สามารถชี้ให้เห็นว่ามาตรการควบคุมยาสูบที่ผ่านมายังไม่ได้ผลกับประชากรอายุ 19-24 ปีในเขตกรุงเทพมหานคร ภาพที่ 8



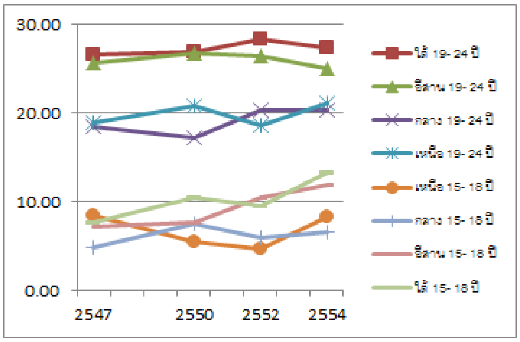
ภาค อายุ	2547			2550		2552		2554
ใต้ 19-24 ปี	23.26			23.05		20.03		22.84
อีสาน 19-24 ปี	20.08			21.13		25.61		22.79
กลาง 19-24 ปี	19.06			18.48		17.96		16.24
เหนือ 19-24 ปี	20.53			15.77		13.43		15.87
กทม. 19-24 ปี	6.03			5.98		6.74		16.9
ใต้ 15-18 ปี	8.62			7.25		7.45		8.81
อีสาน 15-18 ปี	5.07			6.65		6.48		7.71
กลาง 15-18 ปี	5.26			4.85		6.15		4.49
เหนือ 15-18 ปี	4.53			5.44		1.51		4.36
กทม. 15-18 ปี	4.01			6.70		6.04		7.04

ภาพที่ 8 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2554 ในเขตเทศบาล จำแนกตามภาค

นอกเขตเทศบาล

ในปี พ.ศ.2554 เยาวชนกลุ่มอายุ 15-18 ปี นอกเขตเทศบาล ทุกภูมิภาคมีเยาวชนสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2552 โดยภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด 13.26% รองลงมาเป็นภาคอีสาน 11.95% ภาคเหนือ 8.32% และภาคกลาง 6.65% ตามลำดับ

ส่วนประชากร กลุ่มอายุ 19-24 ปี ในปีเดียวกัน ทุกภูมิภาคมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงจาก พ.ศ.2552 ยกเว้นภาคเหนือที่มีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นจาก 18.67% เป็น 21.11% แต่โดยภาพรวมภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุดในประชากรกลุ่มนี้ คือ 27.41% ภาพที่ 9



ภาค อายุ	2547			2550		2552		2554
ใต้ 19- 24 ปี	26.54			26.98		28.27		27.41
อีสาน 19- 24 ปี	25.65			26.78		26.53		25.02
กลาง 19- 24 ปี	18.51			17.15		20.35		20.34
เหนือ 19- 24 ปี	19.01			20.76		18.67		21.11
ใต้ 15- 18 ปี	7.69			10.55		9.52		13.26
อีสาน 15- 18 ปี	7.26			7.70		10.56		11.95
กลาง 15- 18 ปี	4.83			7.48		6.00		6.65
เหนือ 15- 18 ปี	8.48			5.52		4.74		8.32

ภาพที่ 9 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2554 นอกเขตเทศบาล จำแนกตามภาค

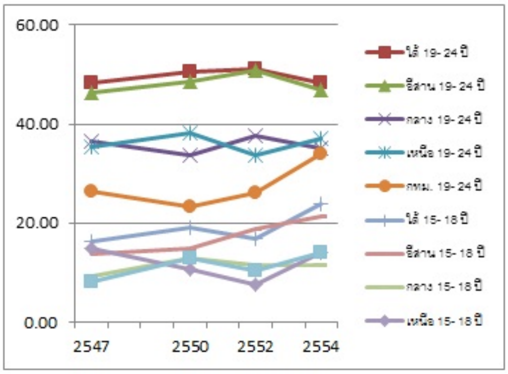
2) จำแนกตามภูมิภาค และเพศ

อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายและเพศหญิง มีรายละเอียดดังนี้

เพศชาย

ในปี พ.ศ.2554 เยาวชนชาย กลุ่มอายุ 15-18 ปี ทุกภาคมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2552 ยกเว้นภาคกลางมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงเพียงเล็กน้อย แต่โดยภาพรวมแล้วเยาวชนชายภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด คือ 23.76% รองลงมาคือภาคอีสาน 21.46% ภาคเหนือ 14.08% กรุงเทพมหานคร 13.98 และภาคกลาง 11.57%

ส่วนประชากรชาย กลุ่มอายุ 19-24 ปี ในปีเดียวกัน ทุกภาคมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงจากปี พ.ศ.2552 ยกเว้นภาคเหนือ และกรุงเทพมหานครที่มีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น แต่โดยภาพรวมแล้วในกลุ่มอายุนี้ ประชากรชายภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด คือ 48.4% ภาคอีสาน 46.99% ภาคเหนือ 37.19% ภาคกลาง 35.24 %และกรุงเทพมหานคร 34.04% ภาพที่ 10



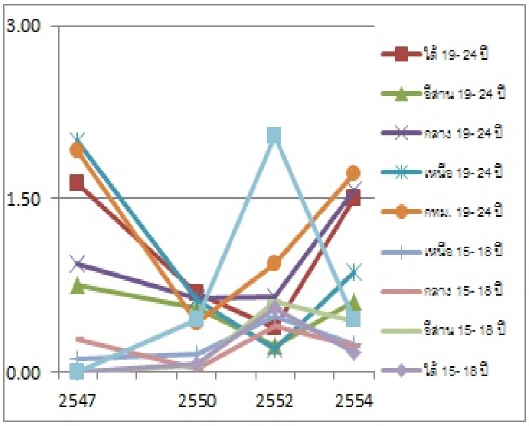
ภาค อายุ	2547			2550		2552		2554
ใต้ 19-24 ปี	48.24			50.47		51.07		48.4
อีสาน 19-24 ปี	46.30			48.52		50.75		46.99
กลาง 19-24 ปี	36.51			33.79		37.77		35.24
เหนือ 19-24 ปี	35.32			38.10		33.65		37.19
กทม. 19-24 ปี	26.49			23.33		26.26		34.04
ใต้ 15-18 ปี	16.35			19.13		16.84		23.76
อีสาน 15-18 ปี	13.74			14.92		18.79		21.46
กลาง 15-18 ปี	9.26			13.05		11.60		11.57
เหนือ 15-18 ปี	15.00			10.80		7.58		14.08
กทม. 15-18 ปี	8.09			12.83		10.33		13.98

ภาพที่ 10 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2554 เพศชายจำแนกตามภาค

เพศหญิง

ในปี พ.ศ.2554 เยาวชนหญิง กลุ่มอายุ 15-18 ปี กรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด คือ 0.45% รองลงมาภาคอีสาน 0.44% ภาคเหนือ 0.24 ภาคกลาง 0.23% และภาคใต้ 0.17% ตามลำดับ

ส่วนประชากรหญิง กลุ่มอายุ 19-24 ปี ในปีเดียวกัน กรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด คือ 1.71% รองลงมาภาคกลาง 1.57% ภาคใต้ 1.51% ภาคเหนือ 0.86 และภาคอีสาน 0.61% ตามลำดับ ภาพที่ 11



ภาค อายุ	2547	2550	2552	2554
ใต้ 19-24 ปี	1.63	0.68	0.38	1.51
อีสาน 19-24 ปี	0.76	0.55	0.23	0.61
กลาง 19-24 ปี	0.94	0.64	0.66	1.57
เหนือ 19-24 ปี	1.99	0.62	0.20	0.86
กทม. 19-24 ปี	1.92	0.42	0.94	1.71
ใต้ 15-18 ปี	0.00	0.08	0.56	0.17
อีสาน 15-18 ปี	0.00	0.06	0.60	0.44
กลาง 15-18 ปี	0.28	0.03	0.40	0.23
เหนือ 15-18 ปี	0.12	0.16	0.49	0.24
กทม. 15-18 ปี	0.00	0.45	2.05	0.45

ภาพที่ 11 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2554 เพศหญิง จำแนกตามภาค

เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ในระหว่างปี พ.ศ.2534-2554[4] พบว่าเยาวชนนิยมสูบบุหรี่ซิกาแรตเป็นอันดับแรกสูงถึงร้อยละ 60-75 รองลงมานิยมบุหรี่มวนเอง โดยอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มอายุ 15-18 ปี หลังปีพ.ศ. 2544 สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของบุหรี่ซิกาแรต ส่วนกลุ่มอายุ 19-24 ปีที่มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2547 มีการเปลี่ยนสัดส่วนความนิยมไปมาระหว่างบุหรี่ซิกาแรตและบุหรี่มวนเอง แต่อย่างไรก็ตาม เยาวชนอายุ 19-24 ปียังนิยมบุหรี่ซิกาแรตมากกว่าบุหรี่มวนเอง ดูตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน อายุ 15-24 ปี จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค ระหว่างปี พ.ศ.2534-2554

ปี พ.ศ.	15-18 ปี			19-24 ปี		
	บุหรี่ซิกาแรต	บุหรี่มวนเอง	บุหรี่อื่น	บุหรี่ซิกาแรต	บุหรี่มวนเอง	บุหรี่อื่น
2534	60.72	36.55	2.73	64.08	35.74	0.18
2539	84.55	14.10	1.35	82.07	17.80	0.13
2544	61.50	38.50	0	64.90	35.00	0.10
2547	63.40	35.60	1.04	67.90	29.80	2.34
2550	68.74	30.43	0.83	64.87	34.66	0.47
2552	73.03	24.77	2.20	72.15	25.35	2.51
2554	74.72	24.99	0.29	71.51	28.24	0.26

1.2.3 การเข้าถึงยาสูบของเยาวชน

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 พบว่าเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ส่วนใหญ่ 93.60% ไม่เคยถูกผู้ขายขอดูบัตรประชาชน และส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่แบบแบ่งมวนขายหรือซื้อเป็นมวน 68.25% รองลงมาซื้อเป็นซองร้อยละ 31.46 และอีกเล็กน้อยซื้อเป็นห่อใหญ่ หรือคาร์ตันร้อยละ 0.29[5]

1.3. กลุ่มอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

1.3.1 อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอาชีพเฉพาะ

ในการรวบรวมสถานการณ์อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอาชีพเฉพาะ ได้มุ่งให้ความสนใจกับกลุ่มผู้นำที่สามารถชี้นำสังคม และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ควรได้รับความสนใจในการแก้ปัญหา ขณะนี้มีผลการวิจัยที่พอจะรวบรวมได้ สรุปได้ดังนี้

- ผู้นำศาสนามีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 30.8% (พุทธ 35.9%, คริสต์ 9.6%, อิสลาม 27.2%)
- บุคคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 17.4%
- อาสาสมัครสาธารณสุขชายอายุ 35-60 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 44.0%
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 7.5%
- แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 2.4%
- บุคลากรในโรงเรียน มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 9.2%
- กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นชั่วคราว มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 40.83%

ดังนั้นเมื่อเทียบกับอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศที่มีอัตราการสูบบุหรี่ เท่ากับ 40.47% กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชาย ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการเลิกการบริโภคยาสูบ เพื่อเป็นแบบอย่างแก่สังคม ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอาชีพเฉพาะ

บุคลากร/กลุ่มอาชีพเฉพาะ	อัตราการสูบบุหรี่ (%)	แหล่งข้อมูล, ปี
1.ผู้นำศาสนา	เฉลี่ย 30.8% (พุทธ 35.9%, คริสต์ 9.6%, อิสลาม 27.2%)	สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.พฤติกรรมและความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่ของผู้นำทางศาสนา: กรณีศึกษาพระและผู้นำทางศาสนาในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดหัวเมืองใหญ่ในภูมิภาค.ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบและมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2552
2.บุคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	17.4% (สูบทุกวัน 62.9%, สูบเกือบทุกวัน 4.9%, สูบบางครั้ง 30.7%)	มณฑา เก่งการพานิช และคณะ.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการควบคุมยาสูบ. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.2554.
3.อาสาสมัครสาธารณสุขชาย อายุ 35-60 ปี	44.0%*	ไพรัตน์ อ้นอินทร์ และคณะ. การปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในอาสาสมัครสาธารณสุขชาย อ.เนินมะปราง จ.พิษณุโลก.วารสารควบคุมยาสูบ.ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 2551.
4.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	7.5% (สัดส่วนชาย 99.2%, หญิง 0.8%)	ธราดล เก่งการพานิช และคณะ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.วารสารควบคุมยาสูบ. 2550.

บุคลากร/กลุ่มอาชีพเฉพาะ	**อัตราการสูบบุหรี่ (%)**	**แหล่งข้อมูล, ปี**
5.แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล	2.4% (สัดส่วนชาย 99.57%, หญิง 0.43%)	Vitavasiri C, Pausawasdi S. Implementation of 100% Smoke-Free Hospital in Thailand. J Med Assoc Thai Vol. 93 No. 7 2010.
6.บุคลากรในโรงเรียน	9.2% (ฝ่ายบริหาร 16.8%, ครู 8.8%)	Thailand Global School Personnel Survey (GSPS). Fact Sheet.2009
7.กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นชั่วคราวรับจ้างตัดอ้อย จังหวัดสุโขทัย	40.83% (สัดส่วนชาย 95.92%, หญิง 4.08%)	อนุกูล มะโนทน,สมคิด จูหว้า และรุ่ง วงศ์วัฒน์. การบริโภคยาสูบและการสูบบุหรี่มือสองในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นชั่วคราวในบริบทนโยบายการควบคุมยาสูบไทย: กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นชั่วคราว รับจ้างตัดอ้อย จังหวัดสุโขทัย.ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 2553.

*อัตราการสูบบุหรี่ประจำ

1.3.2 การสำรวจอื่น ๆ ที่สำคัญ

ระบบเฝ้าระวังการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับโลก (Global Tobacco Surveillance System: GTSS) มีข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบของประเทศไทยที่สำคัญ ดังนี้

1) การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (GATS)

การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก หรือ Global Adult Tobacco Survey (GATS) เป็นการสำรวจเพื่อติดตาม กำกับการบริโภคยาสูบ ชนิดมีควันและไม่มีควัน รวมถึงประเมินผลการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เป็นระบบและเป็นมาตรฐานสากล สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจรอบแรกในปี ค.ศ.2009 (พ.ศ.2552) ผลการสำรวจพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 52.62 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 23.75 (เพศชายร้อยละ 45.6 เพศหญิงร้อยละ 3.1)[6] สำหรับการสำรวจรอบสองในปี ค.ศ.2011 (พ.ศ.2554) ผลการสำรวจพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็น 13.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 24.0 (เพศชายร้อยละ 46.6 เพศหญิงร้อยละ 2.6)[7]

2) การสำรวจบุคคลากรวิชาชีพสุขภาพ (GHPS)

การสำรวจบุคคลากรวิชาชีพสุขภาพ Global Health Professional Survey (GHPS) เป็นข้อตกลงและกรอบร่วมกันในการดำเนินการสำรวจข้อมูล ซึ่งมุ่งเน้นการเฝ้าระวังในวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ของ 4 วิชาชีพสุขภาพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร สำหรับประเทศไทยโครงการ GHPS ให้ความสำคัญต่อสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพและการควบคุมยาสูบของประเทศ ซึ่งมีอย่างน้อย 7 วิชาชีพ โดยเพิ่มมาจาก GHPS อีก 3 วิชาชีพ คือ สาธารณสุข กายภาพบำบัด และเทคนิคการแพทย์ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจรอบแรกในปี ค.ศ.2006 (พ.ศ.2549) ขณะนี้อยู่ในระหว่างการสำรวจรอบสอง ค.ศ.2011 (พ.ศ.2554)

3) การสำรวจบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับยาสูบ (GSPS)

การสำรวจบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับยาสูบ หรือ Global School Personnel Survey (GSPS) สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจในปี ค.ศ.2009 (พ.ศ. 2552) ผลการสำรวจพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของบุคลากรในโรงเรียนเท่ากับร้อยละ 7.9 (เพศชายร้อยละ 19.1 เพศหญิงร้อยละ 2.9) โดยจัดเป็นครูที่สูบบุหรี่ร้อยละ 8.1 และเป็นผู้บริหารโรงเรียนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 3.2[8]

4) การสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชน (GYTS)

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

บทที่ 2
ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย

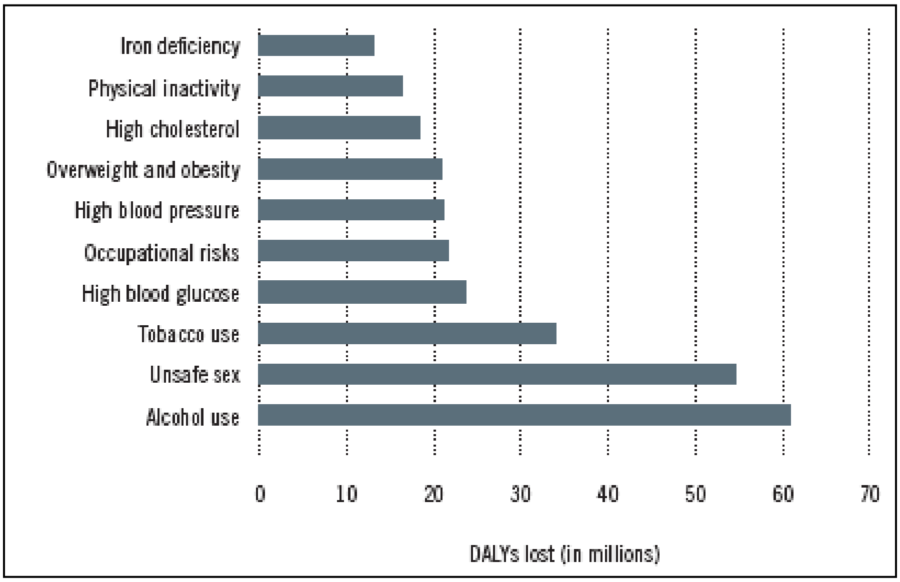
2.1 ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย

2.1.1 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีหลักฐานชัดเจนเพียงพอแล้วนั้นประกอบด้วยโรคต่างๆ จำนวน 25 โรค[9] ในจำนวนนี้มี มะเร็งตามส่วนต่างๆ 10 ชนิด คือ lungs, laryngeal, esophageal, pancreatic, renal and bladder, cervical, endometrial and stomach, oral cavity, pharynx, acute myeloid leukemia[10]

2.1.2 การเจ็บป่วยและการตาย

การบริโภคยาสูบและยาเส้น มีผลเสียต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน[11] และนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาระโรคสูงสุดเป็นอันดับ 3 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์[12] ภาพที่ 12 และร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการสูบบุหรี่มีอายุไม่เกิน 44 ปี[13]



ภาพที่ 12 ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพรวมทุกโรค

ที่มา WHO Global Status Report on Alcohol and Health 2010

การสูบบุหรี่นำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอดในปี พ.ศ. 2546 คิดเป็น 20.51 พันล้านบาท ส่วนค่ารักษาพยาบาลคิดเป็น 145,028.80 บาทต่อคนต่อปี[14]

ปี พ.ศ.2549 ประมาณการว่ามีผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (Smoking-Related Disease) คือโรคมะเร็งปอด 5,299 ราย โรคหัวใจ 52,605 ราย และโรคถุงลมโป่งพอง 624,309 ราย รวมค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน 9,857 ล้านบาท คิดเป็น 0.48% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ(Gross Domestic Product: GDP) ในปี พ.ศ.2549[15]

ในปี พ.ศ.2552 การศึกษาภาระทางเศรษฐกิจจากโรคที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องจากการสูบบุหรี่[16] พบว่า มีคนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ 30 ปีขึ้นไป 48,338 คนหรือประมาณ 12% ของการตายทั้งหมด โดยที่เป็นผู้ชาย 40,995 คน และเป็นผู้หญิง 7,343 คน ซึ่งโรคปอดอุดกลั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายหลักของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 11,614 คน ต่อมาคือโรคมะเร็งปอด 11,303 คน และโรคหัวใจและหลอดเลือด 10,945 คน และโรคมะเร็งอื่นๆ 3,866 คน และจากการประมาณการ

ความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (Disease Attributed to Smoking)[17] พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 43.6 พันล้านบาท คิดเป็น 0.5% ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 14,956 ล้านบาท คิดเป็น 33.7%, ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 952 ล้านบาท คิดเป็น 2.2%, การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 359 ล้านบาท คิดเป็น 0.8%, การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 134 ล้านบาท คิดเป็น 0.3% และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรเท่ากับ 29,984 บาท คิดเป็น 63% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้คิดเป็น 11% ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมด , 15% ของค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขและ 61% ของงบประมาณทางด้านสาธารณสุข

ข้อมูลการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย ของกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาทุก 5 ปี พบว่าจากสถานการณ์การสูบบุหรี่ล่าสุดในปี พ.ศ.2552 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยประมาณ 48,244 คนต่อปีโดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 6 คนและผู้หญิง 1 ใน 25 คนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ หรือปีที่มีสุขภาพดีจากการตายก่อนวัยอันควรและความพิการ 6.0 แสนปี หรือ 11.1% ของภาระโรคทั้งหมดในผู้ชาย และสูญเสียปีสุขภาวะ 8.8 หมื่นปี หรือ 2.1% ของภาระโรคทั้งหมดในผู้หญิง ซึ่งในจำนวนนี้มาจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและมะเร็งปอดเป็นหลัก (24% และ20% ตามลำดับ) โดยพบว่าภาระโรคจากบุหรี่สูงสุดในโรคมะเร็งปอด คิดเป็น 75% รองลงมาคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็น 50% จากการเปรียบเทียบกับภาระโรคในปี 2547[18]ตารางที่ 6 และ 7 (ประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิต 41,002 คนต่อปีจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ โดยเสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ) พบว่าแนวโน้มผู้สูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อย แต่ภาระจากโรคยังคงเพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากการสูบบุหรี่ในอดีต โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดตารางที่ 8 และ 9 และหากคนไทยทุกคนไม่สูบบุหรี่ จะทำให้ภาระโรคจากการสูบบุหรี่ลดลง86% ในเพศชาย และ 61% ในเพศหญิง ซึ่งปีสุขภาวะทีสูญเสียไปนั้น ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ และเศรษฐกิจด้วย

ตารางที่ 6 การตายที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2552

Deaths attributable to Tobacco, Thailand						
อายุ	**พ.ศ.2547**			**พ.ศ.2552**		
	เพศชาย	**เพศหญิง**	**รวม**	**เพศชาย**	**เพศหญิง**	**รวม**
30 – 44	3,566	202	3,768	3,190	66	3,232
45 - 59	8,176	831	9,006	9,799	1,149	10,948
60 – 69	8,479	1,380	9,859	9,335	1,226	10,561
70 - 79	8,683	1,574	10,256	11,566	2,524	14,090
80+	6,621	1,491	8,112	7,106	2,284	9,390
All 30+	35,523	5,479	41,002	**40,995**	**7,249**	**48,244**

ที่มา การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ.2547 และ 2552 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7 จำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร จากการสูบบุหรี่ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2552

YLLs attributable to Tobacco, Thailand						
อายุ	**พ.ศ.2547**			**พ.ศ.2552**		
	เพศชาย	**เพศหญิง**	**รวม**	**เพศชาย**	**เพศหญิง**	**รวม**
30 - 44	83,375	4,649	88,024	74,238	1,605	75,288
45 - 59	153,448	16,159	169,606	187,075	22,757	209,832
60 - 69	114,282	20,798	135,080	125,999	18,558	144,557
70 - 79	76,913	16,357	93,270	102,453	25,422	127,875
80+	19,352	4,140	23,492	21,530	8,073	29,603
All 30+	447,370	62,103	509,473	**511,295**	**76,415**	**587,710**

ที่มา การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2547 และ 2552 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

ตารางที่ 8 จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย เพศชาย พ.ศ.2552

Age	CA Upper aerodig[4]	CA Lung	Other CA	COPD	Other Respiratory	CVD	Other medical	Total
30 - 44	184	447	392	96	465	1,215	391	3,190
45 - 59	831	1,701	1,166	650	823	3,278	1,349	9,799
60 - 69	677	2,475	937	1,969	373	2,065	837	9,335
70 - 79	555	3,081	880	3,596	571	2,029	854	11,566
80+	320	895	331	3,776	272	919	593	7,106
Total	**2,568**	**8,599**	**3,708**	**10,087**	**2,504**	**9,506**	**4,023**	**40,995**

ที่มา การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ.2552. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 9 จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย เพศหญิง พ.ศ.2552

Age	CA Upper aerodig	CA Lung	Other CA	COPD	Other Respiratory	CVD	Other medical	Total
30 - 44	7	0	7	1	4	24	23	66
45 - 59	25	757	29	25	23	155	134	1,149
60 - 69	40	572	24	171	30	215	173	1,226
70 - 79	147	799	50	696	111	470	251	2,524
80+	177	482	49	634	169	574	200	2,284
Total	**396**	**2,611**	**159**	**1,527**	**337**	**1,439**	**780**	**7,249**

ที่มา: การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2552. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

---

[4] upper aerodigestive tract

หมายเหตุ: ประมาณค่าจากอัตราการตายจำแนกตามสาเหตุที่เกี่ยวเนื่องจากการบริโภคยาสูบและค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk -RR). ข้อมูลอัตราการตายมาจากทะเบียนสถิติชีพ สำนักงานทะเบียนราษฎร์ และปรับด้วยค่าที่มาจากการศึกษาด้วยวิธี Verbal autopsy

ในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) โดย HITAP[19] พบว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ต่อนักสูบหน้าใหม่เพศชาย 1 คนมีค่าประมาณ 158,000 บาท ตลอดช่วงชีวิต(โดยแบ่งเป็นต้นทุนจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 96,000 บาท, ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน 62,000 บาท)และจะมีอายุสั้นลง 4.6 ปี สำหรับในเพศหญิงนั้น ต้นทุนต่อนักสูบหน้าใหม่ 1 คนจะมีค่าประมาณ 85,000 บาท (แบ่งเป็น ต้นทุนจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 32,000 บาท และต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน 53,000 บาท) และจะมีอายุสั้นลง 3.4 ปี

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

ตารางที่ 10 ต้นทุนที่ป้องกันได้ เมื่อเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วงอายุ 30-40 ปี

ต้นทุน/ อายุ	ป้องกันรายใหม่	เลิกได้ที่อายุ 30 ปี	เลิกได้ที่อายุ 35 ปี	เลิกได้ที่อายุ 40 ปี	สูบตลอดช่วงชีวิต
ต้นทุนที่ประหยัดได้ ชาย (บาท)	158,000	71,000	85,000	42,000	0
อายุสั้นลง (ปี)	0	1.4	1.7	2	4.6
ต้นทุนที่ประหยัดได้หญิง (บาท)	85,000	40,000	31,000	23,000	0
อายุสั้นลง (ปี)	0	0.6	0.8	1	3.4

2.2 การได้รับควันบุหรี่มือสอง

2.2.1 สารพิษในควันบุหรี่

เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเคมีกว่า 7,000 ชนิด เป็นสารพิษมากกว่า 250 ชนิด เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และ 43 ชนิดที่วงการแพทย์ระบุว่าเป็นสารก่อมะเร็ง[20] ตารางที่ 11 จากข้อมูลของสำนักงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา องค์การอนามัยโลก และองค์กรทางวิทยาศาสตร์อื่นๆ ที่ได้ศึกษาเรื่องนี้ระบุตรงกันว่า ควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ที่ไม่มีระดับปลอดภัยในการสัมผัสเลย เมื่อผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่สู่ร่างกายโดยไม่ได้สูบเอง ปริมาณควันบุหรี่ที่ผู้ไม่สูบได้รับจะขึ้นกับ จำนวนบุหรี่ที่มีการสูบในห้องนั้น ระยะเวลาที่อยู่ในห้องเดียวกัน และขนาดของห้องและการถ่ายเทอากาศของห้องนั้น[21] ซึ่งควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของโรคและการตายก่อนวัยอันควรในเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มือสอง[22] โดยพิษภัยจากควันบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การเจริญเติบโตของเด็ก โรคมะเร็ง และโรคหัวใจ รวมทั้งหมด 13 โรค อาทิ Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) โรคมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม เป็นต้น[23]

ตารางที่ 11 สารพิษในควันบุหรี่และผลต่อสุขภาพ

ลำดับ	ชื่อสารพิษ	รายละเอียด
1	นิโคติน	นิโคตินเป็นสารพิษอย่างแรง สามารถดูดซึมเข้าทางผิวหนังและเยื่อบุร่างกายได้ และเป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติด สารนี้ในระยะแรกออกฤทธิ์กระตุ้นสมอง และระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจและชีพจรเต้นเร็วขึ้น โดยอาจจะเพิ่มขึ้น 30 ครั้งต่อนาที ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ และกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ แต่ในระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาท นิโคตินและสารเคมีอื่นๆ ที่ทำให้ไขมันชนิดไม่ดีในเลือดสูงขึ้น

ลำดับ	ชื่อสารพิษ	รายละเอียด
		ทำให้หลอดโลหิตตีบลง ซึ่งทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูงขึ้นได้
2	ทาร์	ทาร์เรียกอีกอย่างหนึ่งว่าน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิด ที่มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง โดยร้อยละ 50 ของสารทาร์จะจับอยู่ที่ปอด เมื่อผู้สูบบุหรี่หายใจสูดอากาศที่มีฝุ่นละอองต่างๆ ปนอยู่เข้าไป สารทาร์ที่ปอดก็จะรวมตัวกับฝุ่นละอองที่สูดเข้าไปนั้น แล้วจับตัวสะสมอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอและมีเสมหะ และก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพองในระยะยาว
3	คาร์บอนไดซัลไฟด์	ทำให้เกิดโรคผนังเส้นเลือดแดงหนาและแข็งขึ้น
4	คาร์บอนมอนอกไซด์	เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ชนิดเดียวกับที่พ่นออกมาจากท่อไอเสียรถยนต์ ก๊าซนี้จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจน ของเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10-15 สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่จัด ร่างกายต้องสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดข้นและหนืดมากขึ้น หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นและทำงานมากขึ้น เพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายให้เพียงพอ ถ้าก๊าซนี้มีจำนวนมาก จะทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน
5	ไฮโดรเจนไซยาไนด์	ก่อให้เกิดอาการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปวดศรีษะ เวียนศรีษะ และคลื่นไส้อาเจียน เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงคราม สารไนเทรตในบุหรี่ทำให้เกิดสารนี้ สารนี้เป็นตัวสกัดกั้นเอนไซม์ ที่เกี่ยวกับการหายใจหลายตัว ทำให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานที่กล้ามเนื้อหัวใจ

ลำดับ	ชื่อสารพิษ	รายละเอียด
		และที่ผนังหลอดเลือด
6	ไนโตรเจนไดออกไซด์	เป็นสาเหตุของโรคถุงลมปอดโป่งพอง โดยจะไปทำลายเยื่อบุหลอดลม ส่วนปลายและถุงลม
7	ไนโตรเจนออกไซด์	ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ใจสั่น
8	แอมโมเนีย	ใช้ในการปรุงแต่งรสชาติ ทำให้เพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน และดูดซึมเข้าสู่สมองและประสาทส่วนกลาง เร็วขึ้น มีฤทธิ์ระคายเคือง เนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอมีเสมหะมาก

สารต่างๆ ซึ่งมีอยู่ในบุหรี่ และในควันบุหรี่ที่กล่าวมาแล้ว เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ร่างกายพร้อมๆ กัน
จะก่อให้เกิดพิษที่ทำอันตรายต่อร่างกาย และส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ทำให้เกิดอาการดังนี้

ผลกระทบระยะสั้น

- ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่น และรส จะทำหน้าที่ได้ลดลง
- แสบตา น้ำตาไหล
- ขนอ่อนที่ทำหน้าที่พัดโบก เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลม เป็นอัมพาต หรือทำงานได้ช้าลง
- ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด และในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น
- หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น
- มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น
- เกิดกลิ่นที่น่ารังเกียจตามร่างกายและเสื้อผ้า
- ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น และมีกลิ่นปาก

ผลกระทบระยะยาว

เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ ได้แก่

- โรคมะเร็งปอดและมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น กล่องเสียง ลำคอ หลอดอาหาร และกระเพาะปัสสาวะ
- โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรค หัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจวาย
- โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนอื่นๆ ตีบตัน และหลอดเลือดใหญ่ทรวงอกและช่วงท้องโป่งพอง
- โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
- ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศ
- เกิดอาการเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขนและขาตีบตัน อาจต้องตัดแขนหรือขาทิ้ง

2.2.2 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านของประชากร

ในปี พ.ศ.2554 จากข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 36.0% ยังได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านอย่างน้อยเดือนละครั้งและสัมผัสควันบุหรี่มืองสองในที่ทำงานถึง 30.5% สถานที่สาธารณะที่ประชากรไทยได้รับควันบุหรี่มือสองสูงสุด คือ ตลาดสดหรือตลาดนัด 68.8%[24] ส่วนข้อมูลการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2554 พบว่า อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านเป็น 24.51% ซึ่งประชากรเหล่านี้สมควรได้รับความคุ้มครองจากการสัมผัสควันบุหรี่เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ

2.2.3 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่ต่าง ๆ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ตั้งแต่ พ.ศ.2535 และมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับต่างๆ ตามมาเพื่อกำหนดให้สถานที่สาธารณะต่างๆ จัดเขตปลอดบุหรี่ และจำกัดบริเวณการสูบบุหรี่เพื่อปกป้องสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่จากการสัมผัสควันบุหรี่ แต่ในความเป็นจริงแล้วยังมีการละเมิดพบเห็นกันอยู่ทั่วไป จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้พบเห็น ได้กลิ่น หรือเห็นก้นบุหรี่ในสถานที่สาธารณะต่างๆ ส่วนใหญ่ 74.19% คือ ตลาดสดหรือตลาดนัด รองลงมา 50.37% ที่บริการขนส่งสาธารณะ 49.11% ที่ร้านอาหาร/ ภัตตาคาร 30.42% ที่ศาสนสถาน 26.20% ที่อาคารของสถานที่ราชการ 17.43% ที่สถานบริการสาธารณสุขใดๆ 15.25% ที่โรงเรียน/สถานศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา และ 9.11% ที่อาคารของมหาวิทยาลัย ข้อมูลเหล่านี้ยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายของประเทศอีกด้วย

2.3 ผลกระทบด้านรายจ่ายต่อผู้บริโภคยาสูบของประชาชนไทย

การบริโภคยาสูบนอกจากจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบเอง ยังกระทบต่อรายจ่ายของผู้สูบอีกด้วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทยซึ่งดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2550 พบว่า

- ครัวเรือนที่จนที่สุด จ่ายเงินซื้อบุหรี่สูบร้อยละ 8.04 ของรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยทุกกลุ่มประมาณร้อยละ 4.44[25] จากการศึกษาเปรียบเทียบรายจ่ายครัวเรือนไทย พบว่า ครัวเรือนไทยมีรายจ่ายเพื่อการบริโภคสุราเฉลี่ย 6-7.5% ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบเฉลี่ย 2-4% และเพื่อการรักษาพยาบาล 2-4% ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด โดยในภาพรวมรายจ่ายเพื่อสินค้าที่ทำลายสุขภาพสูงกว่ารายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลไม่น้อยกว่า 4-8% ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน[26]
- ในปี พ.ศ.2554 ค่าใช้จ่ายจริงของผู้สูบบุหรี่ซองเพียงอย่างเดียวเฉลี่ยสูบวันละ 13 มวนต่อวัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 81.84 บาท ซึ่งประมาณการว่าจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 2,455.31 บาท หรือปีละ 29,463.67 บาท
- ค่าใช้จ่ายจริงของผู้สูบบุหรี่มวนเองเพียงอย่างเดียว เฉลี่ยสูบวันละ 12 มวนต่อวัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 30.83 บาท ซึ่งประมาณการว่าจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 924.79 บาท หรือปีละ 11,097.51 บาท
- สำหรับผู้สูบบุหรี่ทั้งสองประเภทขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายวันละ 32-78 บาท/วัน

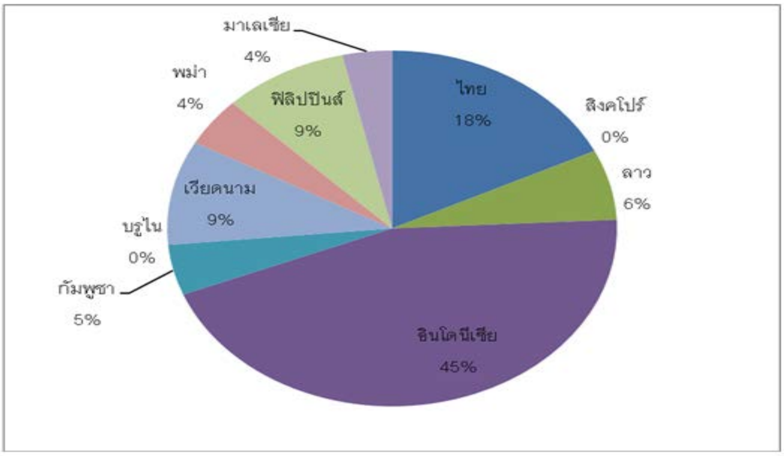
นอกจากนี้งานวิจัยที่ทำการศึกษาสถานการณ์ปัญหายาเส้นในภาคอีสาน ในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จากการสำรวจพบว่าค่าใช้จ่ายต่อปีของผู้สูบบุหรี่ซองอยู่ระหว่างปีละ 1,481-2,428 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายต่อปีของผู้สูบยาเส้นมวนเองอยู่ระหว่างปีละ 542-3,102 บาท [27]

บทที่ 3
การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศไทย

การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ เป็นการจับตามองกิจกรรมการตลาดส่งเสริมการขาย และการแทรกแซงนโยบายสาธารณะในรูปแบบต่างๆ การเฝ้าระวังจะมีประสิทธิภาพดีไปไม่ได้เลยถ้าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ทราบข้อมูลของอุตสาหกรรมยาสูบในทุกแง่มุม คำว่า “อุตสาหกรรมยาสูบ” โดยทั่วไปหมายรวมถึงผู้ปลูก ผู้บ่ม ผู้ส่งออก-นำเข้าใบยาสูบ, บริษัทบุหรี่ คือ ผู้ผลิต บุหรี่ หรือนำเข้า, ซัพพลายเออร์ เช่น ผู้ผลิตก้นกรอง กลิ่น พิมพ์ซอง เครื่องจักร บริษัทโฆษณา และสุดท้ายหมายรวมไปถึง ผู้ค้าปลีก ร้านค้าปลีก ระดับต่างๆ อีกด้วย

3.1 สถานการณ์การเพาะปลูกยาสูบในประเทศไทย

ในปี พ.ศ.2552 การผลิตใบยาสูบทั่วโลกมีมูลค่ารวมทั้งสิ้นประมาณ 7.2 ล้านเมตริกตัน โดยประเทศในภูมิภาคอาเซียนเป็นแหล่งผลิตใบยาสูบ รวมทั้งสิ้น 405,441 เมตริกตัน หรือคิดเป็น 5.64% ของใบยาสูบที่ผลิตได้จากทั่วโลก และประเทศไทยผลิตใบยาสูบได้มากเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคอาเซียน คิดเป็น 17.82% รองจากประเทศอินโดนีเซียซึ่งผลิตได้มากที่สุดถึง 44.73%[28] ภาพที่ 13



ภาพที่ 13 ปริมาณการผลิตใบยาสูบในภูมิภาคอาเซียน พ.ศ.2552

3.1.1 ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต

จากการรายงานของกรมสรรพสามิตเกี่ยวกับพื้นที่ปลูกยาสูบในฤดูกาลผลิตปี พ.ศ.2553/2554 ของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกยาสูบรวม 185,964 ไร่ แบ่งเป็น พื้นที่ปลูกยาสูบพันธุ์เวอร์ยิเนีย 69,656 ไร่ พันธุ์เบอร์เล่ย์ 53,620 ไร่ และพันธุ์เตอร์กิช 62,688 ไร่[29]

จังหวัดที่มีการปลูกยาสูบตามรายงานของกรมสรรพสามิต มีจำนวน 30 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แพร่ พะเยา ลำปาง ลำพูน น่าน แม่ฮ่องสอน หนองคาย นครพนม สุโขทัย เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ บุรีรัมย์ มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ สกลนคร หนองบัวลำพู อำนาจเจริญ อุดรธานี อุบลราชธานี นครราชสีมา และเลย จังหวัดที่มีพื้นที่เพาะปลูกยาสูบมากที่สุดอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ร้อยเอ็ด และมีผู้เพาะปลูกยาสูบหรือชาวไร่ มากที่สุดจำนวน 10,972 ราย ส่วนจังหวัดที่มีปริมาณการผลิต (รับซื้อ) มากที่สุด คือ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีปริมาณการผลิต 16,282,296 กิโลกรัม

3.1.2 ข้อมูลจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

โรงงานยาเส้นจากข้อมูลสำรวจของสำนักงานเกษตรจังหวัด[30] พบว่ามีถึง 800 กว่าแห่งดังนี้

- จังหวัดเชียงใหม่ มีโรงงานผลิตยาสูบพื้นบ้าน หรือขี้โย จำนวน 10 แห่ง มีลักษณะเป็น อุตสาหกรรมในครัวเรือนที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก
- จังหวัดพะเยา มีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 800 แห่ง ซึ่งมีลักษณะเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือนที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก
- จังหวัดสุโขทัย มีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 2 แห่ง ซึ่งมีลักษณะเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือน ที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก
- จังหวัดนครพนม มีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 1 แห่ง

- จังหวัดลพบุรี มีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 9 แห่ง ซึ่งมีลักษณะเป็นอุตสาหกรรมใน ครัวเรือน ที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก

3.1.3 การสำรวจจากแผนที่ดาวเทียม

โดยสรุปข้อมูลการเฝ้าระวังพื้นที่ปลูกยาสูบยังมีข้อจำกัด ดังนั้นในปี พ.ศ. 2553 ศจย.จึงได้สนับสนุนให้ รศ.ดร.วิชัย พันธนะหิรัญ ภาควิชาภูมิศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการพัฒนาดัชนีพืชยาสูบด้วยระบบสัมผัสระยะไกลและการพัฒนาฐานข้อมูลเฝ้าระวังด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ และการเก็บข้อมูลจากภาคสนามตลอดจนการทดสอบข้อมูลในภาคสนามเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ถูกต้องและใช้ประโยชน์ได้อย่างรูปธรรม พบว่าข้อมูลพื้นที่ปลูกยาสูบในจังหวัดเพชรบูรณ์มีมากที่สุด รองลงมาเป็นจังหวัดร้อยเอ็ด สุโขทัย ตามลำดับ[31] ตารางที่ 12 แสดงผลการสำรวจภาคสนามเบื้องต้นใน 10 จังหวัด ขณะนี้ยังอยู่ระหว่างดำเนินการวิจัยในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์

ตารางที่ 12 พื้นที่ปลูกยาสูบจากการสำรวจภาคสนาม

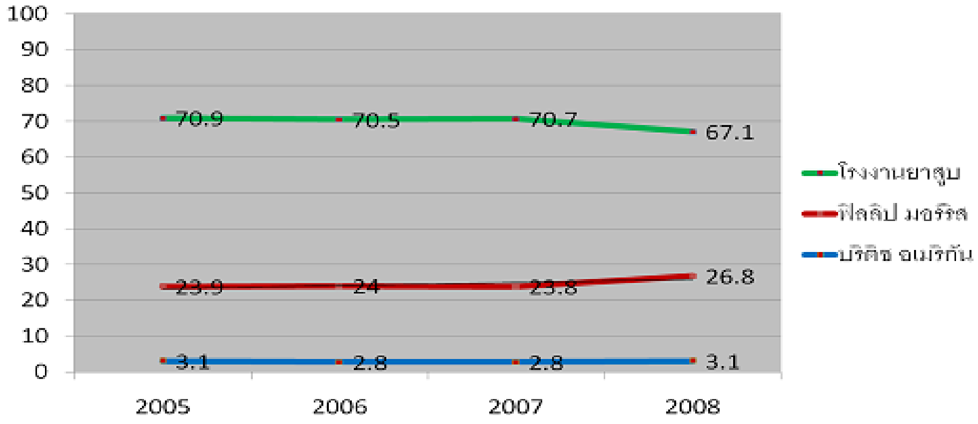
จังหวัด	พื้นที่ปลูกยาสูบ (ไร่)
สุโขทัย	36,000.59
อำนาจเจริญ	399.62
ยโสธร	3,953.40
ร้อยเอ็ด	40,010.19
เพชรบูรณ์	83,800.43
นครราชสีมา	818.06
บุรีรัมย์	1,554.92
ลพบุรี	1,189.42
ศรีสะเกษ	804.7
สุรินทร์	722.29

3.2 บริษัทบุหรี่ในประเทศไทยและส่วนแบ่งการตลาด

โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง เป็นผู้ผลิตบุหรี่ซิกาแรตรายเดียวในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2482 และในปี พ.ศ.2536 มีสัดส่วนการตลาดถึง 87%[32] และลดลงมาเป็น 78.9% ในปีพ.ศ.2550[33] นอกนั้นเป็นส่วนแบ่งการตลาดของบริษัทข้ามชาติ 6 บริษัท ได้แก่

1. บริษัท ฟิลลิป มอริส (ไทยแลนด์) จำกัด (มีส่วนแบ่งการตลาดประมาณ 20 %)
2. บริษัท บริติชอเมริกัน โทแบคโค (ประเทศไทย) จำกัด
3. บริษัท เจ.ที. อินเตอร์แนชั่นแนล จำกัด
4. บริษัท ดี.อี.เอส มาร์เก็ตติ้ง จำกัด
5. บริษัท โอเรียนท์ แอนด์ เอท แฮปพิเนซ ซิกาแรต จำกัด
6. บริษัท โกลด์ ซอส อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด เป็นต้น

ซึ่งในจำนวนบริษัทผู้นำเข้าทั้งหมด บริษัท ฟิลลิป มอริส (ไทยแลนด์) จำกัด มีส่วนแบ่งการตลาดสูงที่สุด และถ้าเปรียบเทียบส่วนแบ่งการตลาดในรอบ 4 ปีที่ผ่านมาพบว่า โรงงานยาสูบมีส่วนแบ่งการตลาดเป็นอันดับหนึ่ง ตามมาด้วย บริษัท ฟิลลิป มอริส (ไทยแลนด์) จำกัด และบริษัท บริติชอเมริกัน โทแบคโค (ประเทศไทย) จำกัด ตามลำดับ ภาพที่ 14



ภาพที่ 14 ส่วนแบ่งการตลาด (ร้อยละ) เปรียบเทียบ 3 บริษัท

ตารางที่ 13 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลบริษัทบุหรี่รายบริษัทเฉพาะบริษัทที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด 3 อันดับแรก

ข้อมูล	โรงงานยาสูบ	บริษัท ฟิลลิป มอริส อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด	บริษัท บริติช อเมริกัน โทแบคโค
การจ้างงาน	4,000	400	30
ส่วนแบ่งการตลาด	67.1%	26.8%	3.1%
บุหรี่ leading brands	กรองทิพย์ 90, วันเดอร์, สายฝน 90	แอล & เอ็ม , มาร์ลโบโร	พอล มอล, 555 สเตท เอ็กซเพรส, ลอนดอน
ยอดขายสุทธิ (ล้านบาท)	48,600	15,300	283
กำไรสุทธิ (ล้านบาท)	6,000	733	13.2
ค่าใช้จ่ายการตลาด (ล้านบาท)	19.91	ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล
จำนวนร้านค้าปลีก (แห่ง)	ประมาณ 500,000 แห่ง	ประมาณ 200,000 แห่ง	ไม่ปรากฏข้อมูล

โรงงานยาสูบเป็นหน่วยงานของรัฐ ขึ้นตรงต่อกระทรวงการคลัง เป็นผู้ผลิตบุหรี่รายเดียวของประเทศ มีบุหรี่ในครอบครอง 20 แบรนด์ ในปี พ.ศ.2551 โรงงานยาสูบมีส่วนแบ่งการตลาดทั้งสิ้นประมาณ 67.1% ซึ่งลดลงจากปีก่อนหน้าประมาณ 4% เป็นการเสียส่วนแบ่งการตลาดมากที่สุดในรอบ 5 ปี ผู้อำนวยการโรงงานยาสูบได้ออกมาให้สัมภาษณ์ว่า โรงงานยาสูบสูญเสียส่วนแบ่งการตลาดให้บริษัทบุหรี่ข้ามชาติและจำเป็นต้องทำการตลาดมากขึ้น

บริษัท ฟิลลิป มอริส (ไทยแลนด์) จำกัดเป็นบริษัทลูกของบริษัท ฟิลลิป มอร์ริส อินเตอร์แนลชั่นแนล ซึ่งเป็นบริษัทบุหรี่ข้ามชาติที่ใหญ่ที่สุดในโลก เป็นบริษัทนำเข้าบุหรี่ ยี่ห้อ มาร์ลโบโล และ แอล แอนด์ เอ็ม จากประเทศฟิลิปปินส์ ในปี พ.ศ. 2551 มีส่วนแบ่งการตลาดประมาณ 26.8% ซึ่งสูงขึ้นจากปีก่อนหน้าถึง 3% ในรายงานประจำปีบริษัทแม่ในต่างประเทศ[34] กล่าวว่ายอดขายบุหรี่ในประเทศไทยของบริษัทลดลง แต่ในภาพรวมบริษัทได้ส่วนแบ่งการตลาดในประเทศไทยมากขึ้น ในปี พ.ศ.2550 ผู้จัดการใหญ่ประเทศไทย ได้ออกมาให้สัมภาษณ์หลายครั้ง ในหนังสือพิมพ์หลายฉบับว่า ยอดขายลดลง และตัวแทนบริษัทฟิลลิป มอริสและบริษัทข้ามชาติอื่นๆ ได้ขอเข้าพบรัฐมนตรีกระทรวงการคลังเพราะไม่พอใจที่ระเบียบใหม่ นอกจากนี้ยังมีการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการแจ้งราคานำเข้ามาต่ำกว่าความเป็นจริงทำให้ภาษีที่เก็บได้น้อยกว่าความเป็นจริง และในปี พ.ศ.2551 ฟิลิปปินส์ร้องเรียนต่อองค์การการค้าโลกว่าการเก็บภาษีนำเข้าบุหรี่ของประเทศไทยว่าไม่เป็นธรรม ตามข้อตกลงศุลกากร GATT 1994 คือไม่ปฏิบัติตามกติกาการค้าขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) โดยผลการตัดสินของ WTO ได้สิ้นสุดลงและฟิลิปปินส์เป็นฝ่ายชนะคดี[35] ในปี พ.ศ.2552 บริษัท ฟิลลิป มอริส (ไทยแลนด์) จำกัด ทำกิจกรรมเพื่อรับผิดชอบต่อสังคม 4 โครงการ พ.ศ.2553 5 โครงการ และ พ.ศ.2554 ทำกิจกรรม 9 โครงการ[36]

บริษัท บริติชอเมริกัน โทแบคโค (ประเทศไทย) จำกัด เป็นบริษัทนำเข้าบุหรี่ premium brands มีส่วนแบ่งการตลาดประมาณ 3.1% ในปี พ.ศ.2551 มีบริษัทไทยทำการตลาดและส่งของให้ มีกิจกรรมการตลาด โดยเฉพาะเกี่ยวกับหาผู้สูบหน้าใหม่เพราะแบรนด์ยังไม่ติดตลาดและทางบริษัทต้องการส่วนแบ่งการตลาดมากขึ้น

แนวโน้มส่วนแบ่งการตลาดของบริษัทนำเข้ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เกิดจากความนิยมในบุหรี่ต่างประเทศและแบรนด์ที่มีความนิยมมากกว่า[37] รวมถึงการที่ราคาบุหรี่ที่ผลิตโดยโรงงานยาสูบกับบุหรี่นำเข้าไม่แตกต่างกันมากเนื่องจากภาษีศุลกากรที่ต่ำมาก เนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ รวมถึงการแจ้งราคานำเข้าที่ต่ำซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลราคานำเข้าที่แท้จริงได้ และผลจากการเจรจาทางการค้าระหว่างประเทศ ตารางที่ 14 เช่น

● **การเปิดเขตการค้าเสรีอาเซียนหรืออาฟต้า** (AFTA, ASEAN Free Trade Area) ทำให้ภาษีนำเข้าลดเหลือ 5% ตั้งแต่ปี 2546 และจะลดลงเหลือ 0% ในปี พ.ศ.2553

● **การเจรจาการค้าทวิภาคีระหว่างไทย-อินเดีย** ไทยลดอัตราภาษีนำเข้าบุหรี่ (22.5% และยาสูบ (60%) ที่ผลิตในอินเดียจาก เป็น 0% ในปี พ.ศ.2549

● **การเจรจาการค้าทวิภาคีระหว่างไทย-จีน** ไทยลดอัตราภาษีนำเข้าบุหรี่ (22.5%) และยาสูบที่ผลิตในจีนจาก 60% เป็น 0% ในปี 2553 จะมีผลให้บุหรี่นำเข้ายิ่งราคาถูกลง[38]

ตารางที่ 14 ปริมาณและภาษีบุหรี่ซิกาแรตในประเทศและนำเข้า ปีงบประมาณ 2545-2554

ปี	ปริมาณ (ล้านซอง)		ภาษี (ล้านบาท)		ปริมาณสัดส่วน	
	บุหรี่ในประเทศ	บุหรี่นำเข้า	บุหรี่ในประเทศ	บุหรี่นำเข้า	บุหรี่ในประเทศ	บุหรี่นำเข้า
2545	1,464	262	25,310	6,034	84.8	16.2
2546	1,567	337	26,356	6,748	82.3	17.7
2547	1,708	428	26,481	8,560	80	20
2548	1,792	487	28,626	9,566	78.6	21.4
2549	1,479.8	401.02	26,084.27	9,534.69	78.7	21.3
2550	1,604.55	432.24	31,115.25	10,653.74	78.8	21.2
2551	1,519.1	404.07	31,801.03	10,000.17	79.0	21.0
2552	1,401.73	374.26	33,371.27	10,533.35	78.9	21.0
2553	1,803.20		41,180.39	12,187.38	-	-
2554[5]	-	-	32,706.58	9,825.85	-	-

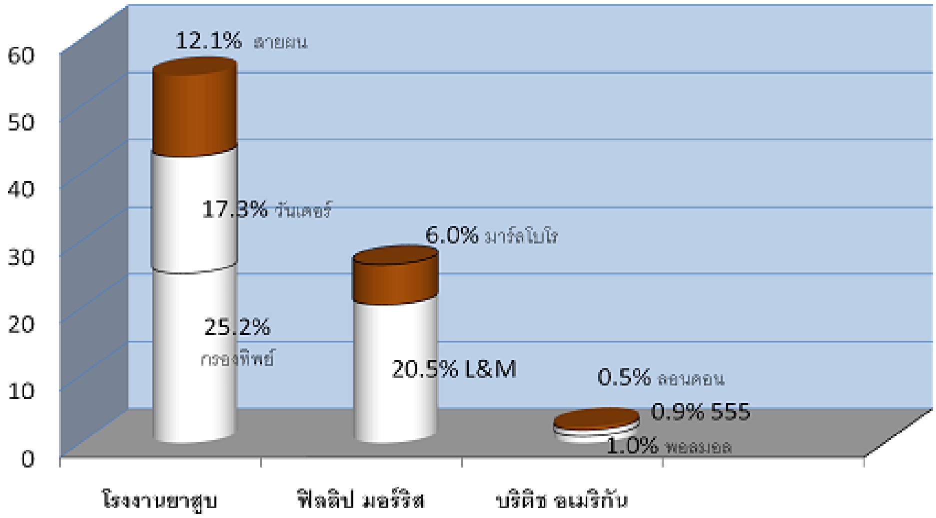
ที่มา: ศูนย์สารสนเทศ กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

---

[5] ปรับปรุงข้อมูล ณ สิ้นเดือน มิถุนายน พ.ศ.2554

3.3 แบรนด์/ยี่ห้อและชนิดบุหรี่ซิกาแรตในประเทศไทย

จากข้อมูลของกรมสรรพสามิตปี พ.ศ.2552 พบว่าปัจจุบันบุหรี่ที่ผลิตโดยโรงงานยาสูบมีทั้งสิ้น 19 ตรา และบุหรี่นำเข้าทั้งสิ้น 100 ตรา ซึ่งราคาขายปลีกสูงสุด-ต่ำสุดเท่ากับ 26-106 บาทต่อ 20 มวน[6] แบรนด์ที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ กรองทิพย์ 90 (โรงงานยาสูบ), แอล แอนด์ เอ็ม (ฟิลลิป มอร์ริส) และวันเดอร์ (โรงงานยาสูบ) ตามลำดับ ภาพที่ 15



ภาพที่ 15 ส่วนแบ่งการตลาดของบุหรี่ซิการแรตจำแนกตามแบรนด์/ยี่ห้อของประเทศไทย พ.ศ.2552

ข้อมูลจาก Euromonitor International Report กล่าวว่าผู้สูบคนไทยนิยมบุหรี่รสเข้มหรือรสมาตรฐาน (standard) โดยที่บุหรี่รสเมนทอลหรือรสอ่อนมีส่วนแบ่งการตลาดประมาณร้อยละ 19 ในปี พ.ศ.2551 อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่จะได้ส่วนแบ่ง

---

[6] ประกาศกรมสรรพสามิต เรื่อง กำหนดราคายาสูบ ปี พ.ศ.2552.

การตลาดเพิ่มขึ้นเนื่องมากจากการที่มีผู้สูบแบบครั้งคราวมากขึ้นและคนมีการรับรู้ว่าบุหรี่รสอ่อนมีความปลอดภัยสูงกว่าบุหรี่ทั่วไป ส่วนการออกผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ในปี พ.ศ.2551-2552 ที่ผ่านมา พบว่าโรงงานยาสูบเน้นการออกผลิตภัณฑ์ราคาถูกสำหรับตลาดล่าง ในขณะที่บริษัทบุหรี่นำเข้าเน้นการสร้างความหลากหลายของแบรนด์เพื่อให้กลุ่มผู้หญิงและวัยรุ่นเข้าถึงได้มากขึ้น[39]

3.4 ราคาขายปลีกบุหรี่

ในปี พ.ศ.2554 พบว่าราคาขายปลีกบุหรี่นำเข้าที่ถูกที่สุดอยู่ที่ราคาซองละ 25 บาท และบุหรี่ยอดนิยมอยู่ที่ราคาซองละ 80 บาท สำหรับบุหรี่ที่ผลิตในประเทศ พบว่าราคาขายปลีกที่ถูกที่สุดอยู่ที่ราคาซองละ 33 บาท และบุหรี่ยอดนิยมอยู่ที่ราคาซองละ 58 บาท

3.5 กลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ

ในปี พ.ศ.2552 ศจย. ได้มอบหมายให้ ผศ.ดร.ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทำงานร่วมกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และเครือข่ายนักรณรงค์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งเอเชียอาคเนย์ (Southeast Asia Tobacco Control Alliance: SEATCA) จัดตั้งเครือข่ายศึกษาและเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบในประเทศไทย จากการเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบในรอบปีที่ผ่านมาพบกลยุทธ์บางส่วนดังต่อไปนี้

1) การทำกิจกรรมเพื่อสังคม (Ccorporate social responsibility; CSR)

จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าโรงงานยาสูบมีค่าใช้จ่ายการตลาด 20 ล้านบาทต่อปี และมีค่าใช้จ่ายเพื่อกิจกรรมทางสังคม 206 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2551 ตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลบริษัทบุหรี่รายบริษัทเฉพาะบริษัทที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด 3 อันดับแรก

ข้อมูล	โรงงานยาสูบ	บริษัท ฟิลลิป มอริส อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด	บริษัท บริติช อเมริกัน โทแบคโค
กิจกรรมเพื่อสังคม (ล้านบาท)[40]	ปี พ.ศ.2553 - 213 ปี พ.ศ.2552 - 155 ปี พ.ศ.2551- 206 ปี พ.ศ.2550- 149	ปี พ.ศ.2553 – 6.17 ปี พ.ศ.2552 – 5.52 ปี พ.ศ.2551 – 8.15 ปี พ.ศ.2550 - 170	ไม่ปรากฏข้อมูล
ค่าใช้จ่ายการตลาด (ล้านบาท)	19.91	ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล
จำนวนครั้งที่จัดกิจกรรมเพื่อสังคม พ.ศ.2553	น้อยกว่า 20 ครั้ง	5 ครั้ง	ไม่ปรากฏข้อมูล

โรงงานยาสูบใช้เงินกว่า 200 ล้านบาทในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม[41] ซึ่งหลายกิจกรรมมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทั้งหนังสือพิมพ์โทรทัศน์และ เวบไซต์ ในปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลอนุมัติให้โรงงานยาสูบตั้งโรงงานใหม่ในวงเงินประมาณ 1,600 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2552 มีการออกผลิตภัณฑ์บุหรี่ราคาถูกตัวใหม่ชื่อ SHOOT และ SMS ซึ่งมีการทำกิจกรรมโปรโมทอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ.2553-2554 (ครึ่งปี)[42] โรงงานยาสูบสนับสนุนเงินเพื่อจัดทำกิจกรรมเพื่อสังคมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 315,005,001 บาท โดยประเภทกิจกรรมที่ใช้เงินสนับสนุนมากที่สุด คือ หมวดสังคม ประเพณีและศาสนา จำนวน 100,247,641 บาท รองลงมาจัดทำกิจกรรมหมวดเพื่อการศึกษา 86,024,638 บาท หมวดกีฬา 81,857,400 บาท หมวดหน่วยงานราชการตำรวจและทหาร 22,575,679 บาท หมวดช่วยเหลือองค์กรการกุศล 13,968,108 บาท หมวดการช่วยเหลือผู้ประสบภัยต่างๆ 10,331,635 บาท ตลอดจนยังสนับสนุนหมวดอื่นๆ ที่มิใช่ตัวเงินด้วย ในปี พ.ศ.2553 โรงงานยาสูบทำกิจกรรมเพื่อรับผิดชอบต่อสังคม 25 กิจกรรม พ.ศ.2554 86 กิจกรรม และ พ.ศ.2555 ทำกิจกรรม 18 กิจกรรม[43]

ในปี พ.ศ.2552 บริษัท ฟิลลิป มอริส (ไทยแลนด์) จำกัด ทำกิจกรรมเพื่อรับผิดชอบต่อสังคม 4 โครงการ พ.ศ.2553 5 โครงการ และ พ.ศ.2554 ทำกิจกรรม 9 โครงการ[44]

2) การโฆษณาตราสินค้าบุหรี่ในอุปกรณ์เครื่องใช้อื่น ๆ (Tobacco Advertising on Functional Objects)

บริษัทบุหรี่ได้ใช้หลายกลยุทธ์ในการทำให้แบรนด์สินค้าคงอยู่ในกลุ่มลูกค้าหรือทำให้แบรนด์เข้าไปสู่กลุ่มนักสูบหน้าใหม่ หนึ่งในกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ที่ใช้บ่อยคือการนำตราสินค้าไปใส่ลงในอุปกรณ์เครื่องใช้อื่นๆ ที่กลุ่มเป้าหมายจะต้องใช้และต้องเห็น (เป็นประจำ) เช่น ร่มกันแดด นาฬิกา ปฏิทิน ไฟแช็ค กล่องใส่ทิชชูไม้จิ้มฟัน บางครั้ง ยังใส่โลโก้หรือตราสินค้าในเครื่องใช้ส่วนตัว เช่น ต่างหู หมวก รองเท้า เสื้อ เป็นต้น หลายๆครั้ง บริษัทบุหรี่ไม่ได้ใส่ชื่อตราสินค้าหรือใส่โลโก้ตรงๆ แต่ใช้สีสันเป็นตัวสื่อถึงตราสินค้าแทน การกระทำเช่นนี้นอกจากจะเป็นการโฆษณาบุหรี่แล้ว ส่วนมากทางบริษัทบุหรี่จะแจกของใช้ หรือ อุปกรณ์เหล่านี้ให้กับร้านค้า ร้านอาหาร หรือ กลุ่มเป้าหมายโดยตรง เพื่อเป็นอภินันทนาการหรือซื้อใจประชาชนอีกด้วย

ตาม พ.ร.บ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 8 การโฆษณาตราสินค้าบุหรี่ในทุกกรณีถือว่าเป็นการละเมิดกฎหมาย จากการเฝ้าระวังพบการละเมิดโดยการพิมพ์ยี่ห้อบุหรี่ บนจาน และ กล่องทิชชู่ แจกให้กับร้านอาหารต่างๆ รวมถึง ศูนย์อาหารของหน่วยงานรัฐบางแห่งในต่างจังหวัด

3) การจ้าง พริ๊ตตี้ ขายบุหรี่

เป็นการให้หญิงสาวหน้าตาดี ใส่ชุดสีและรูปแบบที่สะท้อนถึงแบรนด์หรือยี่ห้อของบุหรี่ จากการเฝ้าระวังเบื้องต้นปัจจุบันพบใน 4 ลักษณะ คือ พริ๊ตตี้กับบูธแนะนำบุหรี่ในผับ-สถานบันเทิง, พริ๊ตตี้กับบูธขายบุหรี่ในงานต่างๆ เช่น คอนเสิร์ต กีฬา งานประเพณี ลานเบียร์, พริ๊ตตี้กับบูธกิจกรรมเพื่อสังคม ตามโอกาสต่างๆ โดยอ้างเป็นความรับผิดชอบต่อสังคม เสริมสร้างมารยาทการสูบบุหรี่, และ พริ๊ตตี้กับงานเปิดตัวบุหรี่ใหม่

4) การแบ่งขายบุหรี่ และ ทำซองเล็กใส่บุหรี่แบ่งขาย

งานวิจัยเกี่ยวกับการค้าปลีกบุหรี่ เซลล์หรือเอเจนต์ขายบุหรี่จะพยายามบอกให้ร้านค้าแบ่งขายบุหรี่เ พราะของจะออกเร็วกว่า กอปรกับข้อมูลที่บริษัทบุหรี่แห่งหนึ่งมีตัวชี้วัดความสำเร็จของงานเซลล์เป็นจำนวนร้านค้าที่ยอมแบ่งขายบุหรี่ นี่เป็นกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ที่แนะนำให้กับร้านค้าปลีก การเฝ้าระวังร้านค้ารอบ ๆมหาวิทยาลัยชื่อดังแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง พบว่า จากร้านที่มีบุหรี่ขายทั้งสิ้น 41 ร้าน มีถึงร้อยละ 56 ที่แบ่งขายบุหรี่ให้แก่นิสิต นักศึกษา

การแบ่งขายนอกจากทำให้เยาวชนเข้าถึงง่ายขึ้นเพราะราคาถูก การเปิดซองบุหรี่ทิ้งไว้ในสภาพอากาศร้อนชื้นอย่างบ้านเรามีโอกาสทำให้บุหรี่ขึ้นราได้ง่าย และ ที่สำคัญผู้สูบที่ซื้อแบบแบ่งขายจะไม่ได้รับรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ผ่านภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ รวมถึงชื่อสารพิษที่พิมพ์ไว้ข้างซองเลย ปัจจุบันบริษัทบุหรี่ยังมีการทำซองพลาสติกขนาดเล็ก หรือ กล่องโลหะที่มีชื่อยี่ห้อบุหรี่ติดอยู่เพื่อให้ร้านค้าทำการแบ่งขายบุหรี่ได้ง่ายขึ้นด้วย

5) การใช้กลยุทธ์แยบยล “descriptor” บนซองบุหรี่

Descriptors คือการใช้คำหรือข้อความบนซองบุหรี่ ที่มักจะถูกออกแบบมาพร้อมกับการดีไซต์ซองบุหรี่ ซึ่งบริษัทบุหรี่จะให้ความสำคัญกับการดีไซต์ซองบุหรี่ (cigarette packs) มาก เพราะหลังจากมีกฎหมายหมายห้ามโฆษณาทุกรูปแบบบริษัทบุหรี่หันมาใช้ซองเป็นการโฆษณาและสื่อสารการตลาดแทน โดนมากสิ่งที่เราเห็นจนคุ้นตาคือการดีไซต์ซองที่แปลกตา ทันสมัย โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชน แต่ที่เราอาจจะมองข้ามแต่มีความสำคัญมาก ๆคือคำหรือข้อความที่ปรากฏบนซองบุหรี่และก่อให้เกิดความเข้าใจผิดของผู้บริโภค มีงานวิจัยมากมายที่พิสูจน์ให้เห็นว่า การใช้คำว่า “light” หรือ “mild” มีผลให้คนเข้าใจผิดว่าบุหรี่นั้นมีอันตรายน้อย นอกจากนี้ยังมีคำอื่น ๆที่บริษัทบุหรี่ใช้เพื่อสื่อสารกับผู้สูบ (หน้าใหม่และเก่า) ถึงคุณลักษณะของบุหรี่ เช่นแสดงกลิ่นหรือรสที่จะจูงใจให้คนมาสูบ เช่น คำว่า คูล (cool) ไอซ์ (ice) หรือ มินต์ (Mint)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว เมื่อปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขไทย ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 15 พ.ศ. 2554 ว่าด้วยเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากบุหรี่ซิกาแร็ต บุหรี่ซิการ์ และยาเส้น ตามพ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ซึ่งประกาศกระทรวงดังกล่าวกำหนดว่า ฉลากบนซอง กล่อง ภาชนะบรรจุ หรือวัสดุหุ้มห่อบุหรี่ซิกาแร็ต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้นปรุงที่ผลิตหรือนำเข้าในราชอาณาจักร ต้องไม่มีคำหรือข้อความดังนี้

1. มายด์ (Mild) มีเดียม (Medium) ไลท์ (Light) อัลตราไลท์ (Ultralight) หรือโลว์ทาร์ (low tar) ที่ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจว่ามีอันตราย หรือระดับสารพิษน้อยกว่าบุหรี่ซิการ์แร็ต ซิการ์
2. ห้ามใช้คำว่า คูล (cool) ไอซ์ (ice) ฟรอสต์ (Frost) คริสพ์ (Crisp) เฟรช (Fresh) มินต์ (Mint) เมลโลว์ (Mellow) ริช (Rich) “ฉุน” หรือ “ฉุนพิเศษ” รวมทั้งคำที่แสดงกลิ่นหรือรส จูงใจผู้บริโภค
3. ห้ามใช้คำว่า สมูธ (Smooth) เนเจอเรล (natural) สเปเชี่ยล (special) จีนูอีน (genuine) ลูมินนัส (luminous) เอ็กซ์ตร้า (extra) พรีเมียม (premium) “อย่างดี” หรือ “คัดพิเศษ” รวมทั้งคำหรือข้อความที่แสดงกลิ่นหรือรส จูงใจผู้บริโภคให้บริโภคบุหรี่

แต่อย่างไรก็ตามจากการเฝ้าระวังบริษัทบุหรี่ก็พบว่ายังมีการละเมิด โดยใช้คำเช่น คำว่า special หรือคำโฆษณารสชาดบุหรี่เช่น Kretek หรือบุหรี่กานพลู

6) การโฆษณาชื่อบุหรี่และราคาที่จุดขาย

อีกกลยุทธ์ที่บริษัทบุหรี่ใช้มากโดยเฉพาะในต่างจังหวัดคือการติดป้ายบอกราคาบุหรี่พร้อมทั้งยี่ห้อ โดยวิธีการโฆษณาคือการพิมพ์ชื่อยี่ห้อบุหรี่และราคาบนกระดาษA4 และ ติดที่จุดขาย หน้าร้านขายปลีก โดยติดให้เห็นเด่นชัดหรือใช้วิธีติดหลาย ๆแผ่นเพื่อเพิ่มพื้นที่การโฆษณา

3.6 สรุปลักษณะกิจกรรมที่ต้องเฝ้าระวังบริษัทบุหรี่ในประเทศไทย

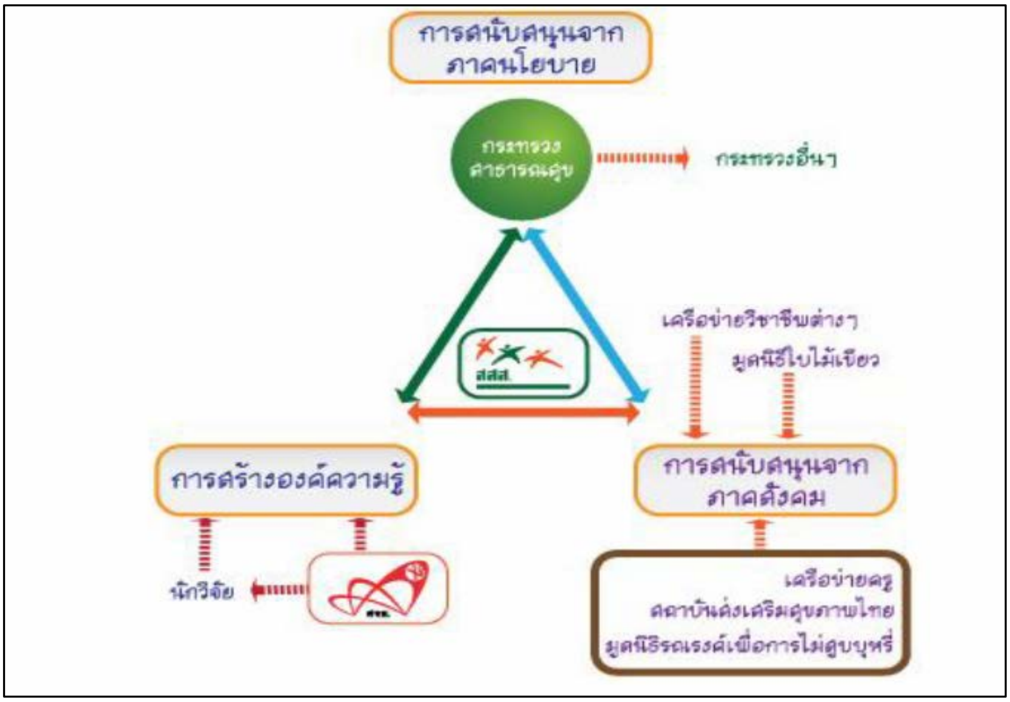
ผู้ผลิตบุหรี่ภายในประเทศมีการทำการตลาดและประชาสัมพันธ์แฝงไปกับการทำกิจกรรมเพื่อสังคม ซึ่งเน้นกลุ่มด้อยโอกาส เยาวชน และผู้หญิง ใช้เงินประมาณปีละ 200-150 ล้านบาท[45] สำหรับกิจกรรมดังกล่าว เช่น การจัดคอนเสิร์ตในต่างจังหวัด หรือ ออกบูทในงานคอนเสิร์ต หรือ งานดนตรี การจัดสร้างห้องสูบบุหรี่ ตามสถานที่สาธารณะ เช่น หัวลำโพง สถานีขนส่งหมอชิต[46] ในปี พ.ศ.2552 มีการออกผลิตภัณฑ์บุหรี่ราคาถูกตัวใหม่ ซึ่งมีการทำกิจกรรมโปรโมทอย่างต่อเนื่อง

บริษัทบุหรี่ข้ามชาติขนาดใหญ่ จะทำการตลาดในลักษณะการจัดกิจกรรมเพื่อสังคม ร่วมกับบริษัทคู่ค้าอื่นๆ โดยที่มีกลุ่มเป้าหมายคือครูและนักเรียนในพื้นที่ที่ปลูกยาสูบ ปี พ.ศ.2550 บริษัทหนึ่งใช้เงินในการทำกิจกรรม CSR ในประเทศไทยทั้งหมดประมาณ 170 ล้านบาท[47] มีรายงานว่ามีการทำการตลาด ณ จุดขาย เช่น งานเปิดตัวบุหรี่ใหม่ พริตตี้ รวมถึงการให้รางวัลร้านค้าปลีกเพื่อการจัดวางซอง มีจุดขายประมาณ 200,000 จุดทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มแทรกแซงนโยบายรัฐผ่านการเป็นสมาชิกองค์กรธุรกิจต่างๆ

บทที่ 4
การดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

1.1 องค์กรภาคีที่ดำเนินงานควบคุมยาสูบในประเทศไทย

การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีหลายองค์กรเป็นภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งภาครัฐ องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรอื่นๆ ตารางที่ 16 โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แผน 1 ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงเครือข่าย ภาพที่ 16



ภาพที่ 16 การเชื่อมโยงระหว่างภาคี ของการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ

ตารางที่ 16 สรุปบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาคีในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ

องค์กร	บทบาทหน้าที่
ก.ภาครัฐ	
ระดับชาติ	
1. คณะกรรมการควบคุมยาสูบแห่งชาติ (คบยช.)	คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) จัดตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 แต่งตั้งตามมติคณะรัฐมนตรี มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการ โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นเลขานุการ ซึ่งมีภารกิจหลักในการกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน ประสานงาน กำกับ และประเมินผลการควบคุมยาสูบของประเทศ
ระดับกระทรวง	
1. กระทรวงสาธารณสุข	เป็นหน่วยงานของภาครัฐที่รับผิดชอบการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ โดยหน่วยงานหลัก คือ กรมควบคุมโรค ซึ่งดำเนินงานควบคุมยาสูบผ่านสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ในระดับส่วนกลาง และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 แห่ง ในระดับภูมิภาค
1.1 กรมควบคุมโรค	เป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ
1.1.1 สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ	ยกระดับจากกลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ ในปี พ.ศ.2552 เป็นหน่วยงานศูนย์กลางระดับชาติในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยทำหน้าที่บริหารจัดการแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ประสานความร่วมมือและสนับสนุนภาคีเครือข่ายใน

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	การควบคุมยาสูบในระดับประเทศและนานาชาติ รวมทั้งการพัฒนาและบังคับใช้กฎหมาย ตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
1.1.2 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนากฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อและส่งเสริมการคุ้มครองสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทั้งในและนอกระบบจากอันตรายของยาสูบ
1.1.3 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12	มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบโดยรวมของการควบคุมยาสูบในระดับภูมิภาคต่างๆ และระดับจังหวัด ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติที่กำหนดไว้
1.2 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ดูแลหน่วยงานต่างๆ ในส่วนภูมิภาค ได้แก่
1.2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 จังหวัด) มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด ได้แก่ การประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ ทำให้ประชาชนรู้ ตระหนักและร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในพื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบ
1.2.2 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/	มีภาระหน้าที่หลักคือ การดำเนินการให้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และจัดบริการเลิกบุหรี่แก่ประชาชน รวมทั้งให้การรักษาผู้เจ็บป่วย

องค์กร	บทบาทหน้าที่
โรงพยาบาลชุมชน	จากโรคที่มีสาเหตุจากยาสูบ
1.2.3 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย	มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับอำเภอและระดับตำบล ได้แก่ การประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ ทำให้ประชาชนรู้ตระหนักและร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
1.2.4 กรมการแพทย์	เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายด้านการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ และโรคที่มีสาเหตุจากยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่มือสอง ผ่านการรักษาพยาบาลในสังกัดทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งนี้สถาบันธัญญารักษ์ เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการให้บริการเลิกบุหรี่ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
1.2.5 กรมอนามัย	เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินการควบคุมยาสูบผ่านแผนงานโครงการต่างๆ ของกรมอนามัย ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานทันตสาธารณสุข
1.2.6 กรมสุขภาพจิต	เป็นหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนผ่านทางโครงการต่างๆ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้เยาวชนห่างไกลจากบุหรี่ และอบายมุขต่างๆ
1.2.7 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการควบคุมยาสูบผ่านงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์กร	บทบาทหน้าที่
2. กระทรวงการคลัง	
2.1 กรมสรรพสามิต	มีหน้าที่ดูแลและจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทต่างๆ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมยาสูบ และออกใบอนุญาตขายและจัดเก็บภาษีร้านค้าที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ กำหนดพื้นที่เพาะปลูกยาสูบและจัดเก็บภาษีการเพาะปลูกยาสูบ ควบคุมและปราบปรามการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย การพัฒนาระบบการจัดเก็บภาษีและปรับฐานภาษีให้เหมาะสม เพื่อสร้างสมดุลย์ระหว่างการจัดเก็บภาษีและการสาธารณสุข
2.2 กรมศุลกากร	มีหน้าที่ควบคุมการนำเข้าและส่งออกใบยาสูบ เมล็ดพันธุ์ยาสูบ และผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทต่างๆ ดำเนินการจัดเก็บภาษีใบยาสูบ เมล็ดพันธุ์ยาสูบ ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดที่นำเข้ามาในราชอาณาจักร ดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและปราบปรามการลักลอบนำเข้าและส่งออกผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย
2.3 สำนักเศรษฐกิจการคลัง	เป็นหน่วยงานวิชาการทางด้านเศรษฐกิจการเงินและการคลังของกระทรวงการคลัง มีหน้าที่ ศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย ให้คำแนะนำและปรึกษาในทางวิชาการต่อปลัดกระทรวงการคลัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ดำเนินการและปฏิบัติการเรื่องต่างๆ อาทิ นโยบายการคลัง นโยบายภาษีอากร เป็นต้น
3. กระทรวงศึกษาธิการ	มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการพัฒนาวิชาการในการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการพัฒนาหลักสูตรการ

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	เรียนการสอนของคณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสนับสนุนการควบคุมยาสูบโดยการนำนโยบายไปปฏิบัติในสถานศึกษาทุกระดับ
4. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	มีหน้าที่ดำเนินการศึกษาหาแนวทางและส่งเสริมการปลูกพืชทดแทนหรือจัดหากิจกรรมทดแทนการปลูกยาสูบ และดูแลคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ เพื่อลดอันตรายจากการได้รับสารเคมีจากการเพาะปลูกยาสูบผ่านโครงการต่างๆ
5. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	มีบทบาทการดำเนินงานโครงการรณรงค์สนามกีฬาทั่วไปไทยปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนดให้ทุกที่ปลอดควันบุหรี่
6.กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	มีบทบาทหน้าที่ดำเนินการตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2550
7.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	มีบทบาทดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง และดำเนินการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทยให้ได้มาตรฐานเพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิต เนื่องจากอันตรายจากยาสูบ
8.กระทรวงคมนาคม	มีบทบาทดำเนินงานการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของกระทรวง
9.กระทรวงมหาดไทย	โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ติดตามเฝ้าระวังควบคุมยาสูบในท้องถิ่น และการบังคับใช้กฎหมาย
9.1 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	เป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบการจับกุมดำเนินคดีเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดตาม พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	พ.ศ.2535 โดยประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด
10.กระทรวงแรงงาน	มีบทบาทดำเนินงานโดยการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์เพื่อการควบคุมยาสูบแห่งชาติ เพื่อสร้างความตระหนักต่อสาธารณชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้
11.สำนักนายกรัฐมนตรี	
11.1 สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)	มีหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้บริโภคที่ได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายอันเนื่องมาจากการกระทำของผู้ประกอบธุรกิจ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคพิจารณาดำเนินการต่อไป
12.กรุงเทพมหานคร	มีบทบาทที่สำคัญอย่างมากในการพัฒนาโครงการงดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลหลายแห่ง และโครงการดังกล่าวยังได้รับการพัฒนาให้เกิดเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ในเขตกรุงเทพมหานคร
ข.องค์กรของรัฐที่เป็นอิสระ	
1. สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ	เป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบการเผยแพร่ออกอากาศของวิทยุและโทรทัศน์ ซึ่งจะทำหน้าที่ในการควบคุมไม่ให้เกิดการเผยแพร่ภาพหรือสิ่งที่สื่อถึงการบริโภคยาสูบในรูปแบบต่างๆ ผ่านทางวิทยุกระจายเสียงและโทรทัศน์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
ค.องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ	
1.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	เป็นองค์กรที่ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในด้านต่างๆ โดยนำงบประมาณจากภาษี

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	ที่เก็บได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาใช้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันประชาชนจากการบริโภคยาสูบ สนับสนุนกิจกรรมและโครงการต่างๆ ของภาคประชาสังคมในการควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ง. องค์กรพัฒนาเอกชน	
1. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.)	เป็นองค์กรที่ชี้แนะสาธารณะและรณรงค์ให้สังคมรับทราบอันตรายของบุหรี่ และร่วมกันควบคุมการสูบบุหรี่ ในรูปแบบของกิจกรรมในโอกาสสำคัญ เป็นองค์กรสำคัญที่ร่วมผลักดันให้เกิดนโยบายและกฎหมายการควบคุมยาสูบต่างๆ เช่น การเพิ่มพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ
2. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	เป็นสถาบันวิชาการเอกชนอิสระภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ดำเนินงานทางด้านวิชาการและกิจกรรมการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในเรื่องการชี้แนะสาธารณะ (Advocacy) เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
3. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่	เป็นองค์กรที่เกิดจากการรวมตัวของวิชาชีพสุขภาพ 17 วิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด นักสาธารณสุข เป็นต้น รวมตัวกันเพื่อดำเนินการเชิงรุกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การดำเนินงานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพฯ ได้แก่ การร่วมผลักดันนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ การจัดทำตำราเอกสาร

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	วิชาการ สร้างความรู้ความเข้าใจต่อสาธารณะ เป็นต้น
4. ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) หรือสายด่วนเลิกบุหรี่ Quitline1600	เป็นองค์กรบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ และเป็นองค์กรเรียนรู้ ทำงานวิจัย ประเมินผล สร้างความรู้เพื่อการพัฒนา เริ่มก่อตั้งและเปิดให้บริการเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.2552 ได้รับทุนสนับสนุนโดย สสส.มีมูลนิธิสร้างสุขไทยเป็นผู้รับทุน
5.เครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	เป็นองค์กรที่เกิดจากการรวมตัวกันของคณะครูจากโรงเรียนต่าง ๆเพื่อดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูมีสมรรถนะและศักยภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันเด็กและเยาวชนจากอันตรายจากการสูบบุหรี่ โดยผลงานที่ผ่านมาได้ร่วมผลักดันนโยบายต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบ
6. เครือข่ายนักรณรงค์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งเอเชียอาคเนย์ (Southeast Asia Tobacco Control Alliance: SEATCA)	เป็นองค์กรระหว่างประเทศที่สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศต่าง ๆ เพื่อให้นำมาพัฒนาปรับใช้ให้เหมาะสมกับประเทศของตน
7. มูลนิธิใบไม้เขียว (Green Leaf Foundation)	เป็นองค์กรอิสระไม่แสวงกำไร ดำเนินการในการพัฒนาและคุ้มครองสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวและการโรงแรม เช่น จัดทำโครงการรณรงค์โรงแรมปลอดบุหรี่
จ.องค์กรอื่น ๆ	
1. สถาบันการศึกษา	สถาบันการศึกษาทั้งของรัฐและเอกชน โดยเฉพาะสถาบันอุดมศึกษาซึ่งเป็นต้นสังกัดของคณาจารย์

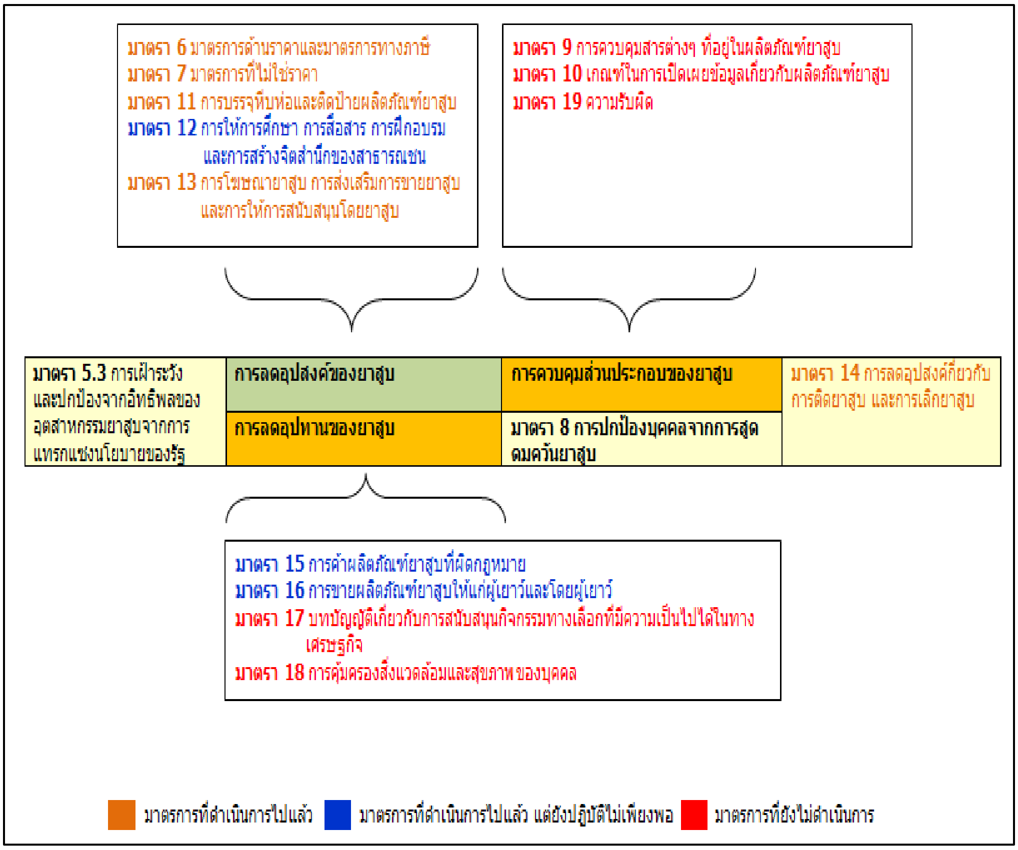
องค์กร	บทบาทหน้าที่
	นักวิชาการและนักวิจัยที่สังกัดอยู่ จะมีบทบาทหน้าที่ในการศึกษาวิจัยประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาวิจัยเหล่านั้นเป็นองค์ความรู้เผยแพร่ให้สาธารณรับทราบ และใช้เป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบดำเนินการผลักดันนโยบายระดับชาติอีกด้วย
2.ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล	เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางสนับสนุนการสร้างงานวิจัย บริการวิชาการ และศูนย์ข้อมูลระดับชาติเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ตอบสนองต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบภายใต้กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก และมีแผนจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือทางวิชาการด้านการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
ฉ.องค์การระหว่างประเทศ	
1.สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย	สนับสนุนทางด้านเทคนิคและวิชาการ และประสานการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบกับองค์กรระหว่างประเทศ

4.2 กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศ เป็นลำดับที่ 36 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 จาก 168 ประเทศ[48] และมีผลบังคับใช้วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2547 เป็นต้นมา ปัจจุบัน ณ วันที่ 13 สิงหาคม 2555 มีภาคีสมาชิกของอนุสัญญาฯ จำนวนทั้งสิ้น 175 ประเทศ โดยภาคีสมาชิกล่าสุด คือ ประเทศอุซเบกิสถาน[49] สาระสำคัญของกรอบอนุสัญญาฯ ประกอบด้วย 11 หมวด 38 มาตรา[50] ซึ่งกรอบข้อตกลงดังกล่าวได้เสนอมาตรการในการควบคุมยาสูบ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 5 ประเภท คือ

1. มาตรการลดอุปสงค์การบริโภคยาสูบ (Reduce the demand of tobacco)
2. มาตรการด้านอุปทาน เพื่อการลดการบริโภคยาสูบ (Reduce the supply of tobacco)
3. การควบคุมกำกับสารประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Regulate the contents of tobacco)
4. มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ (Protect public from smoke)
5. การช่วยให้ผู้เสพติดเลิกใช้ยาสูบ *(*Promote cessation and provide adequate treatment)

นอกจากนี้ยังมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญอีกอันหนึ่งคือมาตรา 5.3 ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกว่าด้วย การเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ ภาคผนวก 1



ภาพที่ 17 สรุปความก้าวหน้าการดำเนินการของประเทศไทยตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

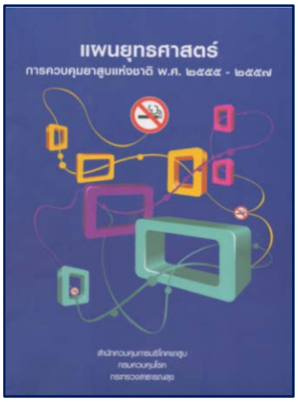
4.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ

ประเทศไทยมีกฎหมายที่สำคัญ 3 ฉบับ ที่ใช้เป็นกลไกในการควบคุมยาสูบก่อนการเกิดขึ้นของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ได้แก่

1) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 กฎหมายฉบับนี้ตราขึ้น โดยมีเจตนารมณ์ในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเฉพาะ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้
2) พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 กฎหมายฉบับนี้ตราขึ้น โดยมีเจตนารมณ์ในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มิให้ต้องรับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้
3) พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509 กฎหมายฉบับนี้ตราขึ้น โดยมีเจตนารมณ์ในการควบคุมและจัดเก็บภาษีเกี่ยวกับยาสูบ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

แต่ถึงอย่างไรก็ตามกฎหมายดังกล่าวยังไม่เพียงพอปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างกลไกใหม่ในการเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ

4.4 แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557



เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมไทย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 (แผน 3 ปี) ขึ้นจากความร่วมมือของภาคีทุกภาคส่วน กระบวนการจัดทำแผนเริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2552-2553 ซึ่งปัจจุบันผ่านการรับรองจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) และคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบอนุมัติต่อแผนดังกล่าว เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 พร้อมข้อเสนอแนะ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้รับทราบและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ทั้งนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จะมีหนังสือติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในลำดับต่อไป

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 มีดังนี้

วิสัยทัศน์: การควบคุมยาสูบของประเทศมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ: สนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทย ให้ได้มาตรฐาน ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจ็บป่วย พิการ และตายอันเนื่องมาจากอันตรายของยาสูบ

จุดมุ่งหมายสูงสุด:

1.การลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน

2.การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร

3.การทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศ 8 ด้าน ได้แก่

1.การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่

2.การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ

3.การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

4.การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

5.การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ

6.การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

7.การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี

8.การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

4.5 มติคณะรัฐมนตรีต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

เดือนธันวาคม พ.ศ.2553 การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแห่งชาติ ครั้งที่ 3 สมัชชาได้พิจารณารายงานเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ และรับรองมติให้ภาคีร่วมกันขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ ภาคผนวก 2 และมอบหมายให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ.2555 ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้รับรองมติในการประชุมครั้งที่ 2 /2554 วันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2554 ณ ตึกสันติไมตรี (หลังใน) ทำเนียบรัฐบาล เพื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะนำมติไปขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบต่อไป

เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2555 คณะรัฐมนตรีได้พิจารณา เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มติ 6 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ เพื่อให้หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในมติมีการดำเนินการไปตามมติดังกล่าว และมีมติ ดังต่อไปนี้

- เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2553 มติ 6 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ตามมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 2/2554 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2554 และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไป
- ทั้งนี้ให้กระทรวงการคลังและสำนักงานตำรวจแห่งชาติให้ความสำคัญในการปราบปรามบุหรี่ต่างประเทศที่มีการลักลอบนำเข้ามาในประเทศอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้ราคาบุหรี่ดังกล่าวต่ำกว่าบุหรี่ที่มีจำหน่ายอยู่โดยทั่วไป

และส่งผลให้เกิดการบริโภคเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกรณีการสำแดงราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศที่ต่ำกว่าปกติทำให้รัฐได้รับความเสียหายด้วย
เพื่อให้มีการดำเนินการไปตามมติคณะรัฐมนตรี ในส่วนระดับท้องถิ่นทุกระดับ

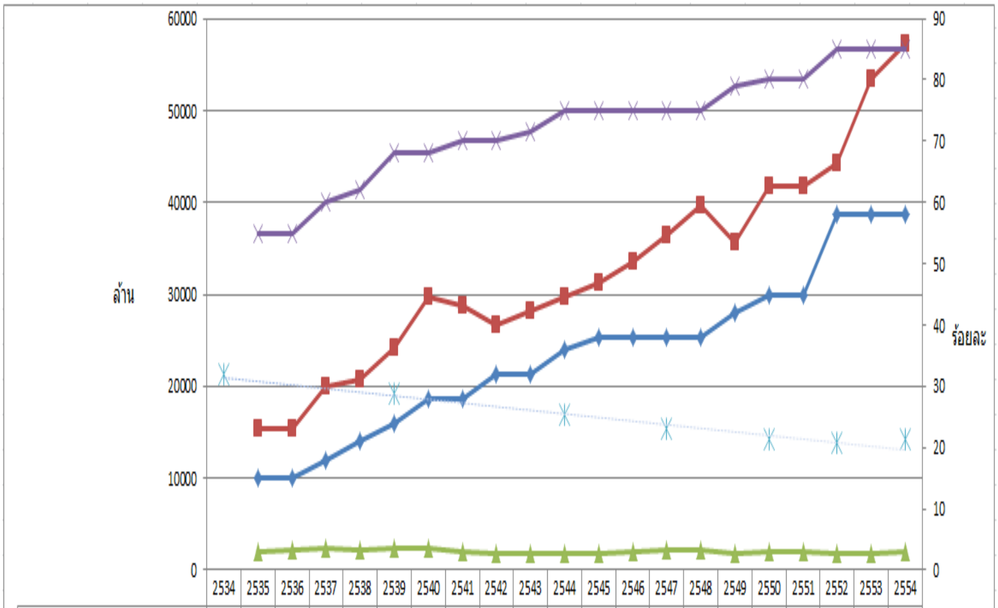
ศจย.ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สนับสนุนทุนวิจัยเชิงปฏิบัติการการนำมติสมัชชาสุขภาพเรื่องยาสูบไปสู่ภาคปฏิบัติที่ระดับจังหวัด ซึ่งมีขณะนี้มีจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 15 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพัทลุง นครพนม มหาสารคาม อำนาจเจริญ อุบลราชธานี สุรินทร์ กาฬสินธุ์ สตูล ศรีสะเกษ ลำพูน ประจวบคีรีขันธ์ ยะลา ระนอง ตรัง และชุมพร

บทที่ 5
ความก้าวหน้าในการดำเนินการควบคุมยาสูบ
ของประเทศไทย พ.ศ.2554-2555

ความพยายามของประเทศไทยในการใช้มาตรการและกฎหมายเพื่อการควบคุมยาสูบตลอด 20 ปีที่ผ่านมา มีดังนี้

5.1 การขึ้นภาษียาสูบ (Tobacco Taxation)

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิกาแรตรวม 9 ครั้ง จากอัตราภาษีร้อยละ 55 ของราคาหน้าโรงงานมาเป็นร้อยละ 85 ของราคาหน้าโรงงาน (เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552) ทำให้อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องแต่การลดลงต่ำกว่าความชันของรายได้สรรพสามิตบุหรี่ซิกาแรตที่รัฐจัดเก็บได้ (จาก 15,438 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2535 เป็น 57,196 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2554) ภาพที่ 21 ทั้งนี้ เนื่องจากค่าความยืดหยุ่นของการบริโภคบุหรี่ต่อราคาอยู่ที่ระหว่าง –0.0418 ถึง – 1.003 เฉลี่ยอยู่ที่ -0.39 [51] และผู้บริโภคยาสูบประมาณครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่มวนเองหรือยาเส้น ที่มีภาษีต่ำมาก (0.01%) และไม่ได้ขึ้นภาษีเลย นอกจากนี้ก่อนหน้าปี พ.ศ.2552 รัฐบาลไม่เคยขึ้นภาษีบุหรี่ซิการแรตสูงกว่าค่าเงินเฟ้อ (สูงสุด 5% ของราคาหน้าโรงงาน) ด้วยข้อจำกัดของการขับเคลื่อนนโยบายภาษีในประเทศไทย เมื่อเทียบเคียงกับประเทศอื่นๆ ถือว่ามีประสิทธิผลระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดไม่สามารถใช้เครื่องมือทางนโยบายชนิดนี้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ



	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
รายได้สรรพสามิตบุหรี่ (ล้านบาท)		15,438	15,345	20,002	20,736	24,092	29,755	28,691	26,708	28,110	29,627	31,247	33,582	36,326	39,690	35,651	41,823	41,832	44,167	53,367	57,196
ยอดจำหน่าย (ล้านซอง)		2,035	2,125	2,328	2,171	2,463	2,415	1,951	1,810	1,826	1,727	1,716	1,904	2,110	2,187	1,793	2,028	1,916	1,790	1,800	2,038
อัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ (ร้อยละ)		55	55	60	62	68	68	70	70	71.5	75	75	75	75	75	79	80	80	85	85	85
อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน (ร้อยละ)	32.00					28.81					25.47			22.98			21.22		20.70		21.36
ราคาบุหรี่ต่อซอง (บาท)		15	15	18	21	24	28	28	32	32	36	38	38	38	38	42	45	45	58	58	58

ภาพที่ 18 ภาพซ้อนรายได้สรรพสามิตบุหรี่ซิการแรต ยอดจำหน่าย อัตราภาษีบุหรี่ซิการแรต ราคาบุหรี่ต่อซอง กับอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน

ที่มา: กราฟโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ข้อมูลรายได้สรรพสามิตบุหรี่ ยอดจำหน่าย อัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ และราคาบุหรี่ต่อซองจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ส่วนข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

5.2 การใช้มาตรการที่ไม่ใช่ราคา (Nonprice intervention)

ประเทศไทยมีกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ ที่ใช้เป็นกลไกในการควบคุมยาสูบ ได้แก่ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และในปี พ.ศ.2546 ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศเป็นลำดับที่ 36 จาก 168 ประเทศ[52]

การใช้มาตรการที่ไม่ใช่ราคาในประเทศไทย จำแนกเป็นด้านที่สำคัญได้ดังนี้

5.2.1 การจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ (Restrictions on Smoking)

ภายใต้ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ได้มีการออกประกาศตาม พ.ร.บ.นี้ขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ เป็นลำดับ ตั้งแต่ร้านอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศ จนล่าสุดในปี พ.ศ.2553 ได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตาม พ.ร.บ.นี้ ซึ่งกำหนดให้สถานที่สาธารณะเกือบทั้งหมดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ยกเว้นสนามบินนานาชาติ และอาณาบริเวณนอกอาคารของบางสถานที่ เช่นสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป เป็นต้น

ในทางปฏิบัติเป็นที่ทราบโดยทั่วกันว่ายังมีการฝ่าฝืนกฎหมาย ทั้งนี้เนื่องจากมาตรการการลงโทษหรือการบังคับนั้นยังไม่ได้ผลกับสังคมไทย และการดำเนินการปรับผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายมีความยุ่งยาก และไม่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ[53]

จากการรายงานผลการรับเรื่องร้องเรียนทางอินเตอร์เนตทั่วประเทศทุกภาคทุกหน่วยงานโดยสำนักควบคุมการบริโคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-13 มิถุนายน 2555 พบว่ามีการร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิด พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ทั้งสิ้น 89 เรื่อง โดยเป็นเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ 56 เรื่อง รองลงมาเป็นเรื่องการไม่มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่ซึ่งเป็นเขตปลอดบุหรี่ 10 เรื่อง การจัดเขตสูบบุหรี่ไม่ถูกกฎหมาย 9 เรื่อง การสนับสนุน

อุปกรณ์ในการสูบบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่ 9 เรื่อง และการไม่จัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย 5 เรื่อง

5.2.2 การให้ข้อมูลทางสุขภาพ และการต่อต้านการโฆษณา (Health Information and Counter-advertising)

ประเทศไทยเริ่มมีการใช้มาตรการเตือนภัยบนซองบุหรี่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 เพื่อเป็นการเตือนให้ผู้สูบบุหรี่ทราบว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และได้มีวิวัฒนาการพัฒนาข้อความคำเตือนบนซองบุหรี่เรื่อยมา โดยเพิ่มคำเตือนให้มีข้อความที่หลากหลาย รวมถึงได้ปรับตำแหน่งของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ให้เห็นได้ชัด และเพิ่มตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น จนกระทั่งในปี พ.ศ.2547 ได้กำหนดให้มีการพิมพ์ข้อความเตือนภัยและภาพคำเตือนผลเสียต่อสุขภาพบนซองบุหรี่มีเนื้อที่ขนาดร้อยละ 50 ของพื้นที่ซองบุหรี่ พ.ศ.2552 ขยายเป็นร้อยละ 55 และ พ.ศ.2555 ขยายเป็นร้อยละ 60 ของพื้นที่ซองบุหรี่ ขณะนี้มีภาพคำตือนถึง 10 แบบ โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่ 4 ของโลกที่มีภาพคำเตือนเป็นรูปภาพ รองจากประเทศแคนาดา บราซิล และสิงคโปร์

นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2549 ได้กำหนดให้ระบุชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็งบนซองบุหรี่ด้วย และล่าสุด พ.ศ.2555 กำหนด ให้ผู้ผลิตหรือนำเข้าบุหรี่มาในราชอาณาจักร ต้องจัดให้มีฉลากแสดงข้อความแสดงเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งที่มีในบุหรี่ 10 แบบคละกันไป โดยพิมพ์บนพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของพื้นที่บนซองบุหรี่ โดยให้พิมพ์ฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง ในอัตรา 1 แบบ ต่อ 5,000 ซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต และในอัตรา 1 แบบ ต่อ 500 กล่อง หรือกระดาษหุ้มซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) แล้วแต่กรณี ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแนวปฏิบัติของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ที่กำหนดให้ประเทศภาคีสมาชิกควรหมุนเวียน สับเปลี่ยนข้อความและ คำเตือนเกี่ยวกับสารพิษ สารก่อมะเร็งเป็นระยะๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ตามมาตรา 11 ของกรอบอนุสัญญาฯ รวมทั้งต้องพิมพ์หมายเลขสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 ด้วย เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ เมื่อ

ต้องการเลิกสูบบุหรี่ โดยได้ผ่อนผันให้ผู้ประกอบการขยายเวลาให้ผู้ประกอบการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องตามกฎหมายภายในวันที่ 25 เมษายน 2555 ทั้งนี้ ผู้ประกอบการ ผู้ผลิตหรือนำเข้าบุหรี่ ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด โดยประเทศอื่นๆ ที่ดำเนินการให้มีข้อคำเตือนเรื่องสารพิษจากควันบุหรี่ เช่น แคนาดา บราซิล ตุรกี ออสเตรเลีย เป็นต้น

นอกจากนี้องค์กรทั้งภาครัฐ เอกชน รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบยังได้ผลิตสื่อและเอกสารที่ให้ข้อมูลเตือนภัยยาสูบจำนวนมากเพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการบริโภคยาสูบแก่ประชากรทุกกลุ่มอายุ

5.2.3 การห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย (Bans on Advertising and Promotion)

ถึงแม้ว่ามาตรการนี้จะส่งผลต่อการลดอุปสงค์ได้ไม่มากในต่างประเทศ แต่มีผลการศึกษาในต่างประเทศที่รายงานว่าการใช้มาตรากรนี้ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วสามารถลดการบริโภคยาสูบได้มากกว่าร้อยละ 6

ประเทศไทย มีพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ที่มีข้อกำหนดห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสื่อประเภทต่างๆ แบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive ban) ซึ่งมีประสิทธิผลอย่างมาก แต่บริษัทยาสูบยังมีความพยายามในการใช้กลยุทธ์ทางการตลาด แสดงตราสัญลักษณ์หรือชื่อของบริษัทในการโฆษณา เช่น การดำเนินกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility) อาทิ การสนับสนุนเงินให้กับหน่วยงานภาคการศึกษาและกิจกรรมด้านเยาวชนเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อเยาวชน ชุมชนและสังคม รวมทั้งสร้างการยอมรับตัวสินค้าว่าเป็นสินค้าปกติในชีวิตประจำวันอันจะเป็นผลทางอ้อมต่อการบริโภคยาสูบ รวมถึงการโฆษณาและส่งเสริมการขายข้ามพรมแดน ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการห้ามการโฆษณายาสูบข้ามพรมแดน

จากการรายงานผลการรับเรื่องร้องเรียนทางอินเตอร์เนตทั่วประเทศทุกภาคทุกหน่วยงานโดยสำนักควบคุมการบริโคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-13 มิถุนายน 2555 พบว่ามีการร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิด พ.ร.บ.ควบคุม

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ทั้งสิ้น 45 เรื่อง โดยเป็นเรื่องเกี่ยวกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือวางบุหรี่โชว์ 18 เรื่อง รองลงมาเป็นเรื่องจำหน่ายบุหรี่ไม่มีรูปภาพคำเตือนหรือไม่ถูกต้องตามกฎหมาย 16 เรื่อง การโฆษณาบุหรี่ทางสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์หรือสิ่งอื่นใด 4 เรื่อง การจำหน่ายสินค้าที่แสดงตรายี่ห้อบุหรี่ หรือแสดงตรายี่ห้อบุหรี่ 3 เรื่อง การจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยนหรือให้บุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี 3 เรื่อง และการจำหน่ายสินค้าเลียนแบบบุหรี่ 1 เรื่อง

5.3 มาตรการการลดอุปทานสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

การประสานความร่วมมือในการปราบปรามการลักลอบนำเข้าบุหรี่ยังมีน้อย และนายกรัฐมนตรีเพิ่งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจในปีพ.ศ.2553 เพื่อเร่งรัดให้มีการจัดทำแผนการปราบปรามการค้าบุหรี่ผิดกฎหมาย และมีการประชุมคณะกรรมการบริหารไปแล้ว 1 ครั้งในเดือน มีนาคม พ.ศ.2554 สำหรับการควบคุมการค้าบุหรี่ผิดกฎหมายระหว่างตำรวจท้องที่ เจ้าหน้าที่ศุลกากร และเจ้าหน้าที่สรรพสามิตยังไม่มีแผนการประสานงานอย่างเป็นรูปธรรม

5.4 การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ (Smoking Cessation Treatments)

การเลิกบุหรี่ก่อนวัยกลางคนหรืออายุระหว่าง 45-54 ปี สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายจากการป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดได้ถึงร้อยละ 90[54] ดังนั้นในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาควรมีการส่งเสริมให้เลิกบุหรี่ได้ก่อนที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือให้การป้องกันระดับปฐมภูมิ[55] (Primary prevention) ซึ่งจะช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาลที่รัฐต้องสูญเสียในแต่ละปีของประเทศได้

การบริการช่วยให้คนสูบเลิกบุหรี่ อาทิ โปรแกรมการช่วยให้เลิกบุหรี่ในชุมชน รวมกับการใช้คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง, การให้สารนิโคตินทดแทน หรือ Nicotine Replacement Therapy (NRT) รวมถึงการใช้ยา ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการกระจายการให้บริการอย่างทั่วถึง ทำให้อัตราการความชุกของผู้เลิกสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น รูปแบบบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกของกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่นิยมให้สารนิโคตินทดแทน (NRT) และการจ่ายยา bupropion เพื่อรักษาอาการติดนิโคตินแก่ผู้มารับบริการ [สถานการณ์ปีค.ศ. 2006] ส่วนใหญ่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ในทางตรงกันข้ามในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา การจ่าย NRT ให้ผู้มารับบริการเลิกบุหรี่มีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจหรือราคาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อช่วยเลิกบุหรี่มาได้ระยะหนึ่งแล้ว โดยปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่นี้อยู่ถึง 555 แห่งทั่วประเทศ[56] และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลแล้วกว่า 260 แห่งในปีงบประมาณ 2553 และขยายจำนวนอย่างต่อเนื่องในปี 2554 นอกจากนี้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้วางระบบเพื่อให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (1600 สายเลิกบุหรี่) ซึ่งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติได้เปิดให้บริการแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 จากการรวบรวมข้อมูลพบว่ามีจำนวนผู้ใช้บริการจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ หรือ Quitline ในปี พ.ศ.2552 จำนวน 22,756 คน และปี พ.ศ.2553 จำนวน 37,385 คนในจำนวนนี้เป็นคนสูบบุหรี่ที่ต้องการคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ 21,751 คน (58.18%) เป็นผู้สูบบุหรี่หรือบุคคลใกล้ชิดที่ต้องการข้อมูล/คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ 12,922 คน (34.56%) และกลุ่มอื่นๆ นอกเหนือจาก 2 กลุ่มข้างต้น 2,712 คน (7.25%)

โดยจากการติดตามข้อมูลเดือนธันวาคม พ.ศ.2553 พบว่าจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้ภายใน 6 เดือน หลังจากการรับบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 502 คน (10.56%) ของผู้ที่อนุญาตให้โทรกลับและติดตามได้จำนวน 4,753 คน[57] ข้อมูลล่าสุด พบว่ามีจำนวนผู้ใช้บริการ Quitline ในรอบ 1 ปี (ตุลาคม 2553-กันยายน 2554) จำนวน 37,422 คน ในจำนวนนี้เป็นคนสูบบุหรี่ที่ต้องการคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ 30,842 คน (ร้อยละ 82.42) และเป็นผู้สนใจหรือผู้ใกล้ชิดที่ต้องการข้อมูล/คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ 6,580 คน (ร้อยละ 17.58) จากผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาระหว่าง 1 กันยายน 2553 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2555 และติดตามได้จริงจำนวน 1,098 ราย สามารถเลิกสูบได้ต่อเนื่อง 6 เดือน จำนวน 469 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.71[58]

จากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พ.ศ.2552[59] พบว่าจากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 52.62 ล้านคนมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่สะสม 4.66 ล้านคน[7] และยังมีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีจำนวน 12.5 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ประสงค์อยากจะเลิกบุหรี่ถึง 7.5 ล้านคน ในจำนวน 12.5 ล้านคนที่ยังสูบบุหรี่มี 6.2 ล้านคนที่เคยพยายามเลิกสูบในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่ง 88.9% ใช้วิธีเลิกด้วยตนเอง, 10.6% ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่, และ 5.8% ได้รับบริการให้คำปรึกษา แสดงให้เห็นว่าผู้ที่อยากเลิกบุหรี่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบกับผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน มีโอกาสเข้าถึงบริการเลิกยาสูบได้น้อย เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการเลิกบุหรี่ ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการราชการ ยังไม่เป็นรูปธรรม ถึงแม้ว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งจะได้รับการบำบัดการติดยาสูบโดยมิต้องใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ แต่ยังมีผู้ติดยาสูบอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องรับการบำบัดโดยการใช้ยา

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2554 พบว่า สาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่สำหรับประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปอันดับแรก คือ พบว่าไม่ดีเลยตัดสินใจเลิกเอง (36.57%) รองลงมาคือป่วย/เป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำให้งดสูบบุหรี่ (22.3%) กลัวเป็นโรค (14.94%) สามี-ภรรยา-ลูก ขอร้อง (13.59%) นอกจากนี้ 10.87% มีเหตุผลอื่นๆ ที่

---

[7] ผู้เคยสูบบุหรี่ทุกวันแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว

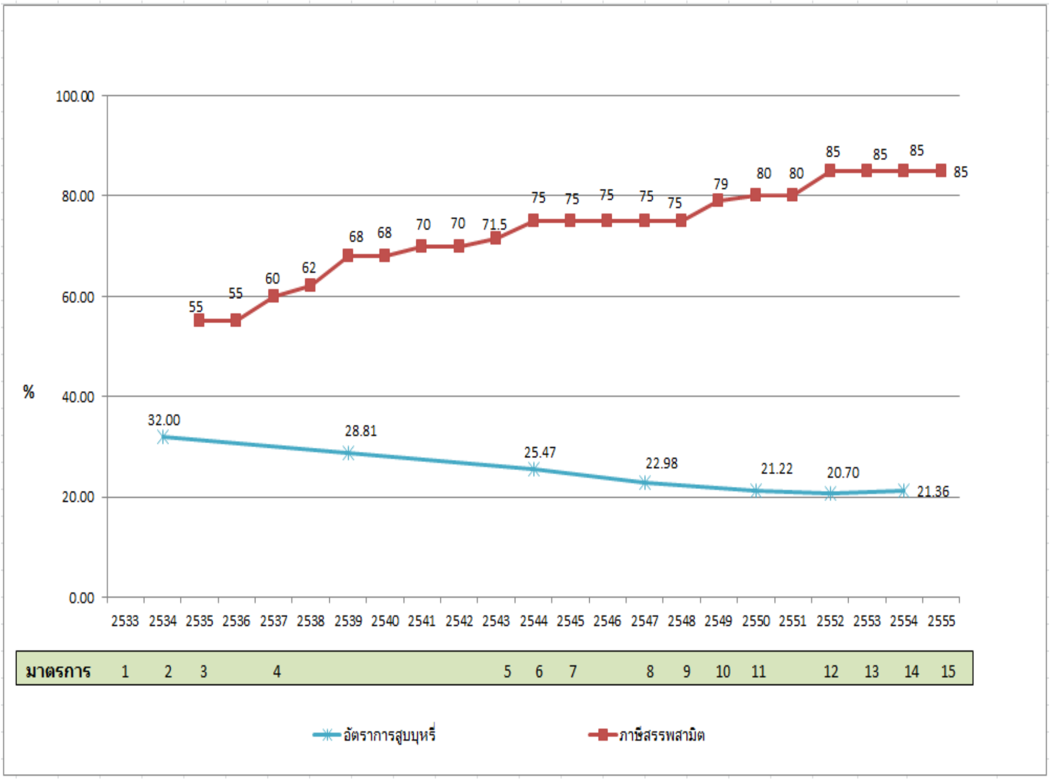
ทำให้เลิกบุหรี่ ได้แก่ พ่อ-แม่-ญาติร้องขอ ต้องการประหยัดเงิน เชื่อว่าสังคมไม่ยอมรับผู้สูบบุหรี่ กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ/ ที่ทำงาน ทำให้สูบไม่สะดวก ปฏิบัติตามการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ส่วนอัตราการเลิกบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 23.91% อัตราการเลิกบุหรี่ มากกว่าหรือเท่ากับ 6-18 เดือน เท่ากับ 1.38%

ในบัญชีสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2554 ได้บรรจุ สมุนไพรหญ้าดอกขาวให้เป็นสมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่แล้ว และในช่วงเดือนพฤษภาคม 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกมาแถลงข่าวรับรองบริการเลิกบุหรี่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว โดยที่ยา Nortripthylin เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดการติดบุหรี่ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว (แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนด้วยข้อบ่งชี้ในการช่วยเลิกบุหรี่)

สรุปมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ได้ดังนี้ ภาพที่ 21

พ.ศ. 2517	มีการพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่ (ขยายขนาดคำเตือนในปี 2540)
พ.ศ. 2519	กรุงเทพมหานครห้ามโฆษณาบุหรี่ในโรงภาพยนตร์และรถโดยสาร
พ.ศ. 2524	มีการเพิ่มภาษีบุหรี่
พ.ศ. 2535	ออก พ.ร.บ. ควบคุมยาสูบ มีผลห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่
พ.ศ. 2536	ปรับปรุงให้มีการเพิ่มภาษีเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ จาก 55% (จนถึง พ.ศ.2552 เพิ่มแล้ว 9 ครั้ง จนเป็น 85% ของราคา ณ โรงงาน คิดเป็น 69% จากราคาขายปลีก)
พ.ศ. 2545	ขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ (ขยายพื้นที่อีกในปี พ.ศ. 2549 2550, และ 2553)
พ.ศ. 2547	มีภาพเตือนผลเสียต่อสุขภาพบนซองบุหรี่ (ปรับปรุงภาพคำเตือนอีกในปี พ.ศ.2550 และ 2552)
พ.ศ. 2548	ห้ามตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย
พ.ศ. 2549	กำหนดให้ระบุชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็งบนซองบุหรี่
พ.ศ. 2550	ปรับปรุงภาพบนซองบุหรี่และเพิ่มภาพเตือนผลเสียต่อสุขภาพในซองบุหรี่มวนเอง และห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง
พ.ศ. 2552	แก้พระราชกำหนด เพื่อปรับเพดานภาษีสรรพสามิตจาก 80% เป็น 90% ของราคา ณ โรงงาน และเพิ่มภาษีเป็น 85% ของราคา ณ โรงงาน ใน เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2552 (ดูพระราชกำหนดในภาคผนวก)
พ.ศ. 2552	ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดง ฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต ปรับปรุงภาพคำเตือนจาก 9 ภาพ เป็น 10
พ.ศ. 2553	ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่

	สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ประกาศรับมติมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553
พ.ศ. 2554	มติครม.เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติปี 2555-2557 เมื่อวันที่ 12 มิ.ย. 2555 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 15 พ.ศ.2554 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์และยาเส้น ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ภาคผนวก 3 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 16 พ.ศ.2554 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ภาคผนวก 4
พ.ศ. 2555	คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ วันที่ 17 เมษายน 2555



ภาพที่ 19 มาตรการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ตามช่วงเวลา พ.ศ.2532-2555

หมายเหตุ หมายเลข

1: ห้ามโฆษณาบุหรี่,

2: GATT 301,

3: ออก พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535,

4: จัดตั้งสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.),

5: ห้ามมีฉากสูบบุหรี่ทางโทรทัศน์,

6: จัดตั้ง สสส.,

7: ขยายพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่,

8: มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 6 แบบ,

9: ห้ามตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย และจัดตั้ง ศจย.,

10: แสดงสารพิษและสารก่อมะเร็ง ปรับปรุงภาพคำเตือนเป็น 9 แบบ และออกประกาศขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่
11: ภาพคำเตือนบนบุหรี่ซิการ์ บุหรี่มวนเอง และขยายพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ได้แก่ ผับ บาร์ ตลาด
12: กำหนดชื่อ ประเภทสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่
13: กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ และยาเส้น
14: กำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
15: ครม.มีมติเห็นชอบสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

5.5 สรุปมาตรการที่ผ่านมาและช่องทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการ

จากการประเมินผลของมาตรการในช่วงปี พ.ศ.2534 ถึง พ.ศ.2549[60] พบว่า มาตรการด้านการเพิ่มภาษีบุหรี่ และการห้ามโฆษณาจัดว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการลดอัตราการบริโภคยาสูบ รองลงมา คือ มาตรการการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ด้วยสื่อ มาตรการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และมาตรการการเตือนภัยจากบุหรี่ อย่างไรก็ตามการประเมินผลดังกล่าว ยังไม่รวมผลของมาตรการการห้ามบุหรี่ไร้ควันและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบอื่นๆ เข้ามาขึ้นทะเบียนจำหน่ายในประเทศไทย

สำหรับช่องทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมยาสูบสามารถดำเนินการได้ ทั้งเพื่อป้องกันผู้สูบรายใหม่ ลดจำนวนผู้สูบและผู้ป่วย และลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ดูภาพที่ 20 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การป้องกันนักสูบหน้าใหม่

ก. ใช้มาตรการด้านภาษีและราคา โดยมีการเพิ่มการกำหนดภาษีตามสภาพ เพื่อให้ราคาบุหรี่และยาเส้นไม่ต่ำจนเยาวชนเข้าถึงง่ายเกินไป

ข. ใช้มาตรการที่ไม่ใช้ราคา เช่น การจำกัดช่องทางใหม่ๆการเข้าถึงยาสูบเช่น อินเทอร์เนต, ห้ามส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ รวมทั้งการไม่ให้ประชาสัมพันธ์การให้ทุนอุปถัมภ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ นอกจากนี้ ยังสามารถเพิ่มขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ และสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ต่อหน้าเด็ก

ค. การกำกับติดตามข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่และกิจกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบ เพื่อดำเนินมาตรการตอบโต้อุตสาหกรรมยาสูบเพื่อปกป้องเยาวชน

2. สำหรับผู้สูบบุหรี่และผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากการสูบบุหรี่

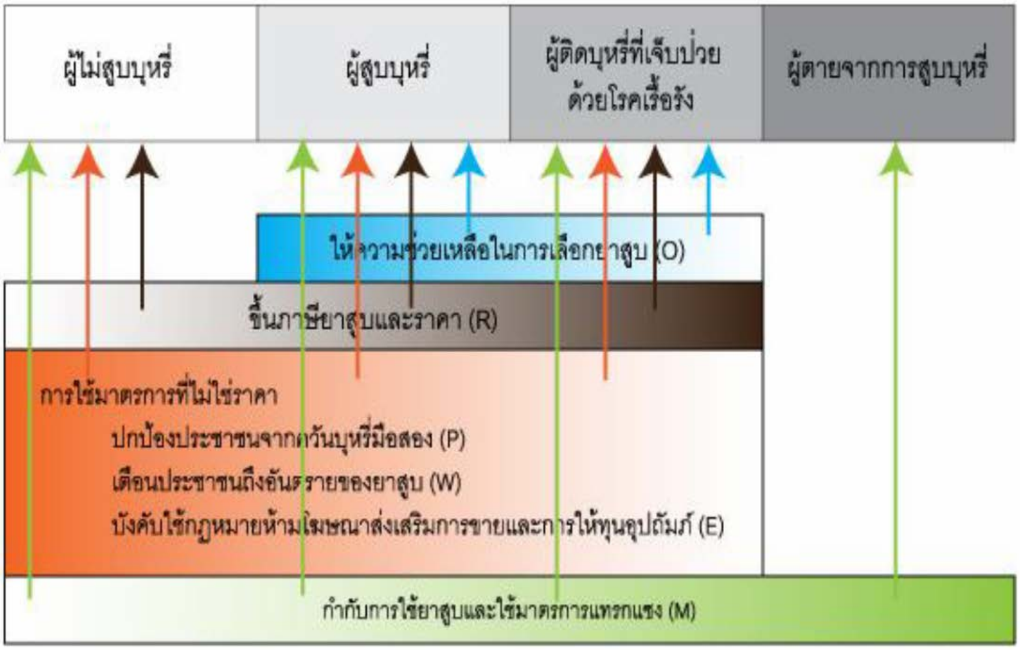
ก. ใช้มาตรการเกี่ยวกับภาษี การเพิ่มภาษีที่มีผลต่อการขึ้นราคาบุหรี่ และยาเส้น มีผลต่อการลดพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในชั่วขณะหนึ่ง จึงจำเป็นต้องเพิ่มภาษีบุหรี่และยาเส้นทุกปี

ข. ใช้มาตรการที่ไม่ใช่ราคา ด้วยการให้ความตระหนักและการเตือนเรื่องพิษจากควันบุหรี่, การใช้สื่อสาธารณะเพื่อกระตุ้นให้อยากเลิกบุหรี่ ซึ่งการหักดิบเป็นวิธีที่ดีที่สุด, และการบังคับใช้กฎหมายตามพรบ.คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่

ค. ขยายบริการป้องกันโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ซึ่งบริการระดับบุคคล คือ

การช่วยให้ผู้สูบเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ มีกิจกรรมที่สามารถทำได้ 3 รูปแบบ คือ 1) การจัดสิ่งแวดล้อมและกระตุ้นให้บุคคลเลิกบุหรี่ 2) การให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ และ 3) การบริการช่วยเลิกบุหรี่ที่ระดับสถานบริการ อาจรวมทั้งบริการเชิงรุกเข้าสู่ชุมชนโดยใช้คลินิกเป็นศูนย์สนับสนุน

การกำกับติดตามข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่และค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาล, การสูญเสียด้านเศรษฐศาสตร์จากการสูญเสียผลิตภาพ และการตายก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่ เพื่อนำมาชี้แนะสาธารณะ และกระตุ้นให้รัฐออกมาตรการแทรกแซงเพื่อลดการบริโภคยาสูบ



ภาพที่ 20 กิจกรรมการแทรกแซงเพื่อลดจำนวนคนสูบบุหรี่

ที่มา: ดัดแปลงจากยุทธศาสตร์ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก

หมายเหตุ M - Monitor tobacco use and intervention, P - Protect people from tobacco smoke, O - Offer help to quit and relapse prevention, W - Warn people about the dangers of tobacco, E - Enforce bans on advertising, promotion and sponsorship, R - Raise tobacco taxes

บทที่ 6
สมรรถนะในการควบคุมยาสูบ
ปัญหาที่ท้าทาย และข้อเสนอแนะ

6.1 สมรรถนะในการควบคุมยาสูบของประเทศ

คณะทำงานร่วมระหว่างองค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย มีการประเมินสมรรถนะในการควบคุมยาสูบของประเทศไทยเมื่อ พ.ศ.2551 และองค์การอนามัยโลกได้ส่งคณะผู้เชี่ยวชาญมาติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการตามข้อเสนอแนะจากการประเมินสมรรถนะในการควบคุมยาสูบ[61] เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553 โดยมีข้อค้นพบว่า

1. ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ ที่มีผลผูกพันกับหน่วยงานราชการ และองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศ โดยมีแผนยุทธศาสตร์ย่อย รวม 8 แผน
2. กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มจำนวนบุคลากร พัฒนาศักยภาพ และงบประมาณในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ผ่านทางกรมควบคุมโรค ซึ่งมีหน่วยงานในสังกัด คือ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ที่ดูแลรับผิดชอบงานด้านการควบคุมยาสูบโดยตรง และการควบคุมยาสูบของประเทศไทยยังได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ด้วย
3. ผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี พ.ศ.2552 เป็นส่วนหนึ่งของการบูรณาการระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับ และประเมินผลในระดับชาติของประเทศไทย
4. เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 เพื่อคุ้มครองสุขภาพของคนงานให้ได้รับการปกป้อง

จากควันบุหรี่มือสองอย่างเท่าเทียมกัน และทำให้สถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่มือสองด้วย

5. มีการจัดทำและพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคติดบุหรี่ในประเทศไทยแห่งชาติให้ได้มาตรฐานเท่าเทียมระดับโลก โดยทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ หรือ Quitline 1600 ได้ทั่วถึง
6. ขณะนี้มีการพิมพ์หมายเลขโทรศัพท์ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ หรือ Quitline 1600 ลงบนซองบุหรี่ ควบคู่กับภาพคำเตือนทางสุขภาพ และจะมีการพิมพ์บนผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทต่อไป
7. เมื่อปี พ.ศ.2552 มีการเพิ่มภาษีสรรพสามิตจาก 80% เป็น 85% ของราคาหน้าโรงงานสำหรับบุหรี่ผลิตในประเทศ หรือ ราคา CIF สำหรับบุหรี่นำเข้า

แต่ถึงอย่างไรก็ตามประเทศไทยยังต้องเผชิญกับปัญหาการระบาดของยาสูบ ซึ่งในรายงานได้ระบุถึง ความจำเป็นที่จะต้องพยายามก้าวต่อไปในการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบเพื่อลดการระบาดของยาสูบในประเทศไทย คือ

- การดำเนินการขึ้นภาษีบุหรี่มวนเองหรือยาเส้น
- การดำเนินการรณรงค์ผ่านสื่ออย่างเข้มข้น
- การช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการเลิกบุหรี่ โดยคุ้มครองภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- การเพิ่มประสิทธิผลและกลไกการบังคับใช้กฎหมายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

6.2 ปัจจัยท้าทายและปัจจัยคุกคามการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

1) เป็นครั้งแรกในรอบ 20 ปี ที่อัตราการสูบบุหรี่ภาพรวมเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจาก 20.7% ในปีพ.ศ.2552 เป็น 21.4% ในปีพ.ศ. 2554 จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เพิ่มจาก 10.9 ล้านคน เป็น 11.5 ล้านคน โดยเพิ่มทุกกลุ่มอายุยกเว้นผู้สูงอายุ, ส่วนผู้สูบหน้าใหม่ (15-24 ปี)ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น และเยาวชนเพศหญิงที่มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย นั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตั้งแต่ปีพ.ศ.2552 แล้ว, อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชาย อายุ 19 -59 ปียังสูงกว่าร้อยละ 40 ซึ่งนับว่าสูงมาก
2) โครงสร้างภาษีที่คำนวณภาษีจากราคาหน้าโรงงานหรือราคา C.I.F มีช่องว่างให้บริษัทบุหรี่แจ้งราคานำเข้าต่ำส่งผลให้บุหรี่ในตลาดมีราคาถูก
3) การเจรจาเปิดเสรีทางการค้า ลดอัตราภาษีศุลกากร กระตุ้นการแข่งขันของธุรกิจบุหรี่ ส่งผลให้บริษัทบุหรี่ต้องมีกลยุทธ์การแข่งขันทางการตลาดมากขึ้น บุหรี่ซองยี่ห้อใหม่ ราคาถูกลง กระตุ้นให้มีผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ นอกจากนี้ข้อตกลงทางการค้ายังเปิดช่องว่างให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบได้จากใช้กติกาการค้าเป็นข้ออ้าง
4) อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์ใหม่ๆทางการตลาด เช่นบุหรี่รสกานพลู บุหรี่ชูรสต่างๆ และมีบุหรี่รูปแบบใหม่ ลักลอบขายอย่างผิดกฎหมาย ยั่วยวนนักสูบหน้าใหม่
5) รัฐดำเนินกิจการโรงงานยาสูบ ทำให้มีผลประโยชน์ทับซ้อนระหว่างการออกมาตรการลดการบริโภคเพื่อสุขภาพ และการเพิ่มรายได้จากการประกอบกิจการของโรงงานยาสูบซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจและมีเจ้าหน้าที่ระดับสูงของกระทรวงการคลังเป็นกรรมการบริหารด้วย
6) การบังคับใช้กฎหมายตามพรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และ พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร รวมทั้งพรบ.ยาสูบ พ.ศ.2509 ก็ล้าสมัย ไม่เอื้อต่อการควบคุมยาสูบ
7) ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ที่อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบทและยากจน มีการเลิกบุหรี่น้อย ในขณะที่ความเป็นเมือง เสริมให้เยาวชนในต่างจังหวัดเริ่มสูบบุหรี่ซองมากขึ้น เพราะราคาถูก

การแก้ปัญหาเรื่องสำคัญ ๆ ที่เป็นปัจจัยคุกคาม จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทางภาคการเมืองและภาคประชาชน ซึ่งจะต้องมีการผลักดันต่อไป

6.3 ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานต่อภาคีควบคุมยาสูบ

โดยสรุปมาตรการการควบคุมยาสูบที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการใช้เครื่องมือทางนโยบายเชิงมหภาค ซึ่งบางมาตรการก็ยังทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ เช่น การขึ้นภาษี, การคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่, การปราบปรามยาสูบผิดกฎหมาย, การป้องกันผลกระทบจากการเจรจาการค้าเสรี และการดำเนินการส่วนใหญ่ไม่ได้หวังผลเจาะจงกลุ่มเป้าหมายที่ยังมีอัตราการสูบบุหรี่สูง ทำให้เมื่อถึงจุดๆ หนึ่งแล้วประสิทธิภาพทั้งระบบเริ่มลดน้อยลง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่การควบคุมยาสูบต้องมุ่งเป้ามากขึ้น และจัดการปรับปรุงกลไกต่างเพื่อจำกัดการเข้าถึงยาสูบ และลดการแข่งขันของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินมาตรการที่เจาะจงผลสัมฤทธิ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย *"3 ลด 3 เพิ่ม"*

3 ลด คือ

1. **การลดนักสูบหน้าใหม่** (อายุ 15-18 ปี, 19-24 ปี) ทั้งเพศชายและหญิงควรมีมาตรการที่เฉพาะเจาะจง เช่นการขึ้นภาษีตามสภาพจนถึงจุดที่ราคาบุหรี่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน และการปราบบุหรี่เถื่อนราคาถูกใกล้สถานศึกษา (มาตรการลดนักสูบหน้าใหม่อายุ 15-18 ปี, 19-24 ปี รวมทั้ง มาตรการที่ไม่ให้ผู้สูบหน้าใหม่กลายมาเป็นผู้สูบประจำ) และควรมีมาตรการเจาะจงสำหรับเพศชายอย่างเข้มข้น ทั้งการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การช่วยเลิกบุหรี่และการป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ
2. **ลดจำนวนผู้สูบเดิมในเขตชนบท** โดยเฉพาะผู้บริโภคยาเส้น อายุระหว่าง 15-44 ปี โดยทำให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างทั่วถึง
3. **ลดควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน** สถานที่สาธารณะ และในบ้าน ทั้งในเมืองและในชนบท

3 เพิ่ม คือ

1. **เพิ่มกลไกการป้องกันอุตสาหกรรมยาสูบ**แทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบของรัฐ
2. **เพิ่มผู้ขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่** จังหวัดและท้องถิ่น
3. **เพิ่มนวตกรรมการดำเนินงานควบคุมยาสูบ** และการนำเทคโนโลยีสารทนเทศมาใช้ทั้งในงานวิจัยและการทำงานเชิงปฏิบัติการใน พื้นที่และในชุมชน

บรรณานุกรม

[1] สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2552.

[2] กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548. นนทบุรี. ประเทศไทย.

[3] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย พ.ศ. 2552 ภายใต้ Global Youth Tobacco Control Survey 2009. นนทบุรี: ประเทศไทย. 2554.

[4] ศรัณญา เบญจกุล และคณะ สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534-2552. และ พ.ศ.2554 วิเคราะห์โดย ศจย.

[5] ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 11-24 ปี พ.ศ.2534-2550.

[6] โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS). เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.2552.

[7] โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS). เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.2554.

[8] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับยาสูบ พ.ศ. 2552 ภายใต้ Global School Personnel Survey 2009. นนทบุรี: ประเทศไทย. 2554.

[9] World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. 1998.

[10] P.Vineis, M. Alavanja, P. Buffler. Tobacco and Cancer: Recent Epidemiological Evidence. JNCI J Natl Cancer Inst (2004) 96 (2): 99-106. doi: 10.1093/jnci/djh014.

[11] สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. 2552. โครงการคุณสมบัติและการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดของผู้ที่สูบบุหรี่ก้นกรองและบุหรี่พื้นบ้านแบบมวนเองในประเทศไทย.

[12] World Health Organization. WHO Global Status Report on Alcohol and Health. 2010.

[13]การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปีพ.ศ. 2552. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข.

[14] Sathirakorn,P. A Comparative Analysis Between Present and Future Tobacco Related Health Care Costs in Thailand, 2006.

[15] Jittrakul Leartsakulpanitch and Wimol Nganthavee. The Economic Burden of Smoking-Related Disease in Thailand: A Prevalence-Based Analysis. *J Med Assoc Thai 2007; 90 (9): 1925-9*.

[16] Kanitta Bundhamcharoen and etc. Economic Burden from Smoking Related Diseases in Thailand in 2009. National burden of disease program, International Health Policy Program. 2012.

[17]การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2547. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

[18] การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2547. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

[19]มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์และคณะ. การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

[20] U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention,

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.

[21] Stephen Hamann และคณะ. การทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พ.ศ.2548.

[22] สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์. พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่.เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ.2552.

[23] Stephen Hamann และคณะ. การทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พ.ศ.2548.

[24]โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS). เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.2554.

[25] ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เติมศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.2534-2550. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

[26] วิชัย โชควิวัฒน และคณะ. บุหรี่และสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐานะและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.วารสารวิชาการสาธารณสุข 16,ฉบับเพิ่มเติม (2550) : s3-s19.2550.

[27] บัวพันธ์ พรหมพักพิง.สถานการณ์ปัญหายาเส้นในภาคอีสาน.กลุ่มวิจัยความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนาอย่างยั่งยืน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล.2553

[28] Michale Eriksen, Judith Mackay and Hana Ross. The Tobacco Atlas. Fourth edition. American Cancer Society.p 106-113. 2012

[29] กรมสรรพสามิต. ข้อมูลการปลูกยาสูบ.วันที่ 24 กรกฎาคม 2555.

[30] รวบรวมและเรียงเรียงโดย ณัฐพล เทศขยัน และมณฑา เก่งการพานิช ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบุคมยาสูบ ทั้งนี้เป็นการรวบรวมเบื้องต้นจากแหล่งปฐมภูมิ แต่ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด

[31] วิชัย พันธนะหิรัญ และคณะ. 2555. การพัฒนาดัชนีพืชยาสูบด้วยระบบสัมผัสระยะไกลและการพัฒนาฐานข้อมูลเฝ้าระวังด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์. กรุงเทพ : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

[32] WHO. Tobacco Control Country Profiles 2001. cited in Vatheesatogkit P., et al. Status of Tobacco Use and its Control: Thailand Report Card. SEATCA. May 2008.

[33] ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง อ้างใน ข้อมูลผู้ผลิตและผู้นำเข้าบุหรี่ ในประเทศไทย ประจำปี 2550.มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

[34] กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

[35] World Trade Organization. DISPUTE DS371 Thailand-Customs and Fiscal Measures on Cigarettes from the Philippines.
http://wto.org/english/tratop_e/dispu_e/cases_e/ds371_e.htm. 11 July 2012.

[36] ข้อมูลจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ. www.tobaccowatch.in.th

[37] ผศ.ดร.ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์. บริษัทบุหรี่ในประเทศไทย. 2553. เครือข่ายศึกษาและเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ.

[38] อิศรา ศานติศาสน์. แนวโน้มราคาบุหรี่ภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรี (FTA) ของประเทศไทย. ภาพนิ่งนำเสนอใน การประชุมวิชาการ บุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 วันที่ 5-6 มิถุนายน 2549

[39] Euromonitor International report 2009 (Tobacco Thailand, Cigarette Thailand, etc.)

[40]หน่วยปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก. สถานการณ์การทำกิจกรรมเพื่อสังคมของบริษัทบุหรี่ในประเทศไทย. 15 มกราคม พ.ศ.2555.

[41]รายงานประจำปี ปี 2550 และ 2551 โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. www.thaitobacco.or.th.

[42]หน่วยปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก. สถานการณ์การทำกิจกรรมเพื่อสังคมของบริษัทบุหรี่ในประเทศไทย. 15 มกราคม พ.ศ.2555.

[43]ข้อมูลจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ. www.tobaccowatch.in.th

[44]ข้อมูลจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ. www.tobaccowatch.in.th

[45] รายงานประจำปี ปี 2550 และ 2551 โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. www.thaitobacco.or.th

[46] เวบไซต์ โรงงานยาสูบ www.thaitobacco.or.th

[47] Euromonitor International report 2009 (Tobacco Thailand, Cigarette Thailand, etc.)

[48] UPDATED STATUS OF THE WHO FCTC: RATIFICATION AND ACCESSION BY COUNTRY. แหล่งข้อมูล http://www.fctc.org/dmdocuments/ratification_latest_Bahamas.pdf. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2552.

[49] World Health Organization. Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html

[50] World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html

51 Isra Sarntisart. An Economic Analysis of Tobacco Control in Thailand. H N P D I S C U S S I O N P A P E R Economics of Tobacco Control Paper No. 15. Oct 2003.

52 UPDATED STATUS OF THE WHO FCTC: RATIFICATION AND ACCESSION BY COUNTRY. แหล่งข้อมูล http://www.fctc.org/dmdocuments/ratification_latest_Bahamas.pdf. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2552.

53 World Health Orgaization, Joint national capacity assessment on the implementation of effective tobacco control policies in Thailand. November 2008.

[54]Prabhat Jha, Frank J. Chaloupka, James Moore, Vendhan et.al. Chapter 46 Tobacco Addiction. Disease Control Priorities in Developing Countries.

[55] การตรวจหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคแล้วกำจัดปัจจัยเสี่ยง ถ้าสามารถหลีกเลี่ยงได้ก็จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดลง (Mosby's Medical Dictionary, 8th edition. 2009, Elsevier.)

[56] Vitavasiri C, Pausawasdi S. Implementation of 100% Smoke-Free Hospital in Thailand. J Med Assoc Thai Vol. 93 No. 7 2010.

[57] ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. วันที่ 22 เมษายน 2554.

[58] ศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ (Quitline1600), ข้อมูล ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2555.

[59] โครงการการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก.เอกสารข้อเท็จจริง ปรเทศไทย พ.ศ.2552.

[60] Levy D., Benjakul S., Ross H. (2008). The Role of Tobacco Control Policies in Reducing Smoking and Deaths Caused by Smoking in Thailand: Results from the Thaialnd SimSmoke Simulation Model. Tobacco Control Research and Knowledge management Center.

[61] ร่างรายงานการประชุมติดตามประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย.วันที่ 24 -25 พฤศจิกายน 2553. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข.

แนวทางปฏิบัติตาม มาตรา 5.3
แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
(WHO Framework Convention on Tobacco Control)
เพื่อปกป้องนโยบายสาธารณะว่าด้วยการควบคุมยาสูบ
จากการแทรกแซงของผู้ประกอบการและผู้มีส่วนในอุตสาหกรรมยาสูบ

บทนำ

1. รายงานการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ข้อ 54.18 เรื่อง ความโปร่งใสในกระบวนการควบคุมยาสูบ ได้อ้างถึงการศึกษาของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเอกสารลับของบริษัทบุหรี่ ที่ระบุว่า "อุตสาหกรรมยาสูบได้ดำเนินการเป็นเวลาหลายปี ด้วยเจตนาอย่างชัดแจ้ง ที่จะล้มล้างความพยายามของรัฐบาลและองค์การอนามัยโลกที่จะบังคับใช้นโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ"

2. บททั่วไปของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบบัญญัติว่า ภาคีอนุสัญญา[1] "จะต้องตระหนักถึงความพยายามต่าง ๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบที่จะทำลาย หรือล้มล้างความพยายามในการควบคุมยาสูบ (ของรัฐ) และจะต้องรู้ถึงกิจกรรมต่าง ๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบที่จะไปขัดขวางความพยายามในการควบคุมการบริโภคยาสูบ"

3. นอกจากนี้ มาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ บัญญัติว่า "ในการกำหนดและบังคับใช้นโยบายสาธารณะว่าด้วยการควบคุมยาสูบนั้น ให้ภาคีอนุสัญญาปกป้องนโยบายดังกล่าวจากการแทรกแซงของผู้ประกอบการและผู้เกี่ยวข้องในอุตสาหกรรมยาสูบ ทั้งนี้ ภายใต้กฎหมายภายในของประเทศภาคีอนุสัญญา"

4. ที่ประชุมภาคีอนุสัญญาได้มีมติที่ FCTC/COP2 (14) ให้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตาม มาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ

5. กรอบอนุสัญญา สนับสนุนให้ภาคีอนุสัญญานำแนวทางปฏิบัตินี้ไปบังคับใช้เท่าที่จะบังคับใช้ได้ภายใต้กฎหมายภายในของภาคีอนุสัญญา ทั้งนี้ โดยไม่กระทบถึงอำนาจอธิปไตยของภาคีอนุสัญญาในการกำหนดและจัดวางนโยบายควบคุมยาสูบ

---

[1] "คำว่า "ภาคีอนุสัญญา" หมายถึงประเทศและบุคคลอื่นที่มีความสามารถเข้าร่วมเป็นภาคีอนุสัญญาและได้แสดงเจตจำนงที่จะเป็นภาคีอนุสัญญาโดยอนุสัญญามีผลบังคับใช้ต่อประเทศ หรือบุคคลดังกล่าว" (ที่มา: United Nations Treaty Collections: http:/untreaty.un.org/English/quickasp#signatories)

เจตนารมณ์ ขอบเขต และการบังคับใช้

6. แนวทางปฏิบัติตาม มาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญานี้จะส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศภาคีและต่อการบังคับใช้อนุสัญญาภายในประเทศภาคี เพราะว่า การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบทั้งจากภาคเอกชน และอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐนั้น มีผลกระทบต่อนโยบายควบคุมยาสูบหลายด้าน ทั้งนี้ดังที่บัญญัติไว้ในบททั่วไปแห่งอนุสัญญา (Preamble of the Convention) ในมาตราต่างๆ ที่ว่าด้วยนโยบายการควบคุมยาสูบเฉพาะเรื่อง และในหลักเกณฑ์การปฏิบัติแห่งกรอบอนุสัญญาองค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Rules of Procedure of the WHO Framework Convention on Tobacco Control)

7. แนวทางปฏิบัติฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ความพยายามในการปกป้องนโยบายควบคุมยาสูบจากการแทรกแซงของผู้ประกอบการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบนั้นมีความครบถ้วนและมีประสิทธิผล ภาคีอนุสัญญาควรนำแนวทางปฏิบัตินี้ไปใช้ในทุกหน่วยงานของรัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขด้านการควบคุมยาสูบ

8. แนวทางปฏิบัตินี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ภาคีอนุสัญญา[1] สามารถดำเนินการภายใต้กรอบแห่งกฎหมายของตน ภายใต้ มาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญา โดยแนวทางปฏิบัตินี้ได้ร่างขึ้นโดยอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการและประสบการณ์ของภาคีอนุสัญญาต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาการแทรกแซงโดยอุตสาหกรรมยาสูบ

9. แนวทางปฏิบัตินี้ให้นำไปใช้ในการกำหนดและบังคับใช้นโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบของประเทศภาคีอนุสัญญา รวมไปถึงบุคคล คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรืออาจเกี่ยวข้องกับการร่าง บังคับใช้ บริหาร หรือบังคับนโยบายดังกล่าว

10. แนวทางปฏิบัตินี้ให้ใช้บังคับต่อข้าราชการ เจ้าหน้าที่ หรือลูกจ้างของหน่วยงานราชการส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น รวมทั้งองค์การมหาชน หรือองค์การกึ่งมหาชน (Quasi-public institution) ที่อยู่ภายในเขตอำนาจปกครองของภาคีอนุสัญญาและตัวแทนของภาคีอนุสัญญา นอกจากนี้ ราชการฝ่ายบริหาร ฝ่ายตุลาการ และนิติบัญญัติที่มีหน้าที่กำหนดและบังคับใช้นโยบายควบคุมยาสูบและมีหน้าที่ปกป้องนโยบายดังกล่าวจากอิทธิพลของผู้มีส่วนได้เสียในอุตสาหกรรมยาสูบ ต้องรับผิดชอบ ภายใต้แนวทางปฏิบัตินี้เช่นเดียวกัน

11. มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานเป็นจำนวนมากถึงกลยุทธ์และวิธีการต่าง ๆ ที่อุตสาหกรรมยาสูบใช้เพื่อแทรกแซงการกำหนดนโยบายและบังคับใช้มาตรการควบคุมยาสูบต่างๆ ดังเช่นมาตรการที่ภาคีอนุสัญญาต้องดำเนินการภายใต้อนุสัญญานี้ ดังนั้น มาตรการต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในแนวทางปฏิบัติฉบับนี้มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการแทรกแซงมิใช่เฉพาะจากอุตสาหกรรมยาสูบ แต่ยังรวมถึงองค์การและผู้ที่ดูแลผลประโยชน์ให้อุตสาหกรรมยาสูบด้วย

---

[1] ทั้งนี้ ตามความเหมาะสม แนวทางปฏิบัติฉบับนี้จะอ้างถึงองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคด้วย

12. ภาคีอนุสัญญาต้องนำมาตรการภายใต้แนวทางปฏิบัตินี้ไปใช้บังคับให้กว้างขวางที่สุดตามที่จำเป็น แต่ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของ มาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญาอย่างแท้จริง จำเป็นอย่างยิ่งที่ภาคีอนุสัญญาควรกำหนดมาตรการอื่นๆ นอกเหนือจากมาตรการที่ระบุไว้ในแนวทางปฏิบัตินี้ด้วย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของภาคีนั้นๆ

หลักในการปฏิบัติ (Guiding Principles)

หลักการที่ 1: ผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบขัดแย้งกับผลประโยชน์ของนโยบายสาธารณสุขโดยพื้นฐาน อย่างไม่อาจประณีประณอมได้

13. อุตสาหกรรมยาสูบเป็นผู้ผลิตและผู้ส่งเสริมผลิตภัณฑ์ที่มีการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์แล้วว่าก่อให้เกิดการเสพติด ก่อให้เกิดโรคและส่งผลให้เสียชีวิต รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาสังคม และความยากจน ดังนั้น ภาคีอนุสัญญาควรปกป้องกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบและการบังคับใช้ จากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

หลักการที่ 2: ในกรณีที่ภาคีอนุสัญญาต้องประสานงานกับอุตสาหกรรมยาสูบหรือผู้ที่ดูแลผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบ ให้ภาคีอนุสัญญาดำเนินการอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้

14. ภาคีอนุสัญญาต้องให้แน่ใจว่า การติดต่อประสานงานกับอุตสาหกรรมยาสูบในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ หรือเรื่องสาธารณสุข เป็นไปอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้

หลักการที่ 3: ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบและผู้ที่ดูแลผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบดำเนินการและปฏิบัติการในลักษณะที่โปร่งใสและตรวจสอบได้

15. ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบรายงานข้อมูลต่าง ๆ ให้ภาคีอนุสัญญาเพื่อให้การดำเนินการตามหลักเกณฑ์ของแนวทางปฏิบัตินี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการที่ 4: เนื่องจากผลิตภัณฑ์ของอุตสาหกรรมยาสูบเป็นอันตรายต่อชีวิต อุตสาหกรรมยาสูบต้องไม่ได้รับการส่งเสริม หรือสนับสนุนในรูปแบบใด ๆ ในการดำเนินธุรกิจ

16. การให้สิทธิพิเศษต่ออุตสาหกรรมยาสูบ ถือว่าขัดแย้งกับนโยบายการควบคุมยาสูบโดยสิ้นเชิง

ข้อควรปฏิบัติ (Recommendations)

17. แนวปฏิบัติที่สำคัญต่อไปนี้ เป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อสกัดกั้นมิให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายสาธารณสุข

    (1) สร้างความตื่นตัวถึงอันตรายและอำนาจเสพติดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสร้างความตื่นตัวเกี่ยวกับการที่อุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาแทรกแซงนโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

    (2) กำหนดมาตรการเพื่อจำกัดการติดต่อประสานงานกับอุตสาหกรรมยาสูบ และมาตรการเพื่อให้แน่ใจว่าการติดต่อประสานงานที่อาจเกิดขึ้นเป็นไปด้วยความโปร่งใส

    (3) ปฏิเสธความร่วมมือใดๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งข้อตกลงที่ไม่มีข้อผูกมัดตามกฎหมาย หรือ ข้อตกลงที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง

    (4) หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) ที่อาจเกิดขึ้นกับข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ของรัฐ

    (5) กำหนดให้ข้อมูลที่ได้รับจากอุตสาหกรรมยาสูบต้องโปร่งใสและถูกต้อง

    (6) ไม่ยอมรับ หรือ ออกระเบียบควบคุมกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบอ้างว่าเป็นกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม รวมไปถึงกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบระบุว่าเป็นกิจกรรมภายใต้นโยบาย “ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ” (Corporate Social Responsibility)

    (7) ห้ามให้สิทธิพิเศษใด ๆ แก่อุตสาหกรรมยาสูบ

    (8) ให้ปฏิบัติต่ออุตสาหกรรมยาสูบของรัฐในลักษณะเดียวกับที่ปฏิบัติต่ออุตสาหกรรมยาสูบอื่น ๆ

18. ข้อกำหนดดังต่อไปนี้เป็นมาตรการเพื่อปกป้องนโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบ จากอิทธิพลของผู้ประกอบการและผู้มีส่วนได้เสียในอุตสาหกรรมยาสูบ อย่างไรก็ตาม ภาคีอนุสัญญาสามารถสนับสนุนให้มีการนำมาตรการอื่น ๆ มาบังคับใช้ นอกเหนือจากข้อกำหนดในแนวทางปฏิบัติฉบับนี้ ทั้งนี้แนวทางปฏิบัติฉบับนี้ไม่ได้จำกัดภาคีอนุสัญญาในการที่จะกำหนดมาตรการใด ๆ ที่เข้มงวดกว่าที่กำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติฉบับนี้แต่อย่างใด

(1) สร้างความตื่นตัวถึงอันตรายและอำนาจเสพติดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสร้างความตื่นตัวเกี่ยวกับการที่อุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาแทรกแซงนโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

19. ทุกส่วนของภาครัฐและเอกชนจำเป็นต้องได้รับข้อมูลและตระหนักถึงการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบทั้งในปัจจุบันและอดีต ในการกำหนดและบังคับใช้นโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ดังนั้นจะต้องมีมาตรการเฉพาะในการจัดการกับการแทรกแซงดังกล่าว เพื่อให้การปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญานี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อควรปฏิบัติ

1.1 ภาคีอนุสัญญา ต้องให้ข้อมูลและจัดการอบรมให้กับทุกส่วนของภาครัฐและภาคประชนเกี่ยวกับอันตราย และอำนาจเสพติดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ความจำเป็นในการปกป้องนโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบจากอิทธิพลของผู้ประกอบการ และผู้มีส่วนได้เสียภายในอุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งวิธีการและกลยุทธ์ที่อุตสาหกรรมยาสูบนำมาใช้เพื่อแทรกแซงการกำหนดและการบังคับใช้นโยบายควบคุมยาสูบ ทั้งนี้เป็นไปตามภารกิจตามมาตรา 12 ของอนุสัญญา เรื่องการให้การศึกษาและฝึกอบรม

1.2 นอกจากนี้ ภาคีอนุสัญญาต้องสร้างความตระหนักเกี่ยวกับกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบที่ใช้บุคคล กลุ่ม และองค์กรเครือข่ายต่างๆ ให้ดำเนินการทั้งโดยเปิดเผยหรือโดยลับ แทนอุตสาหกรรมยาสูบเพื่อเพิ่มผลประโยชน์ให้อุตสาหกรรมยาสูบ

(2) กำหนดมาตรการเพื่อจำกัดการติดต่อประสานงานกับอุตสาหกรรมยาสูบ และมาตรการเพื่อให้แน่ใจว่าการติดต่อประสานงานที่อาจเกิดขึ้นเป็นไปด้วยความโปร่งใส

20. ในการกำหนดและบังคับใช้นโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบนั้น การติดต่อประสานงานใด ๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ ภาคีอนุสัญญาต้องดำเนินการในลักษณะที่ไม่ให้เกิดการตีความหรือเข้าใจคลาดเคลื่อนว่ามีการร่วมมือกับอุตสาหกรรมยาสูบ ในกรณีที่เกิดการตีความหรือเข้าใจคลาดเคลื่อนดังกล่าว ให้ภาคีอนุสัญญาดำเนินการเพื่อป้องกันหรือแก้ไขโดยทันที

ข้อควรปฏิบัติ

2.1 ภาคีอนุสัญญาควรติดต่อประสานงานกับอุตสาหกรรมยาสูบเพียงเท่าที่จำเป็น และติดต่อเฉพาะ เพื่อให้สามารถควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างมีประสิทธิผลเท่านั้น

2.2 เมื่อมีความจำเป็นต้องติดต่อประสานงานกับอุตสาหกรรมยาสูบ ภาคีอนุสัญญาจะต้องทำให้แน่ใจว่าการติดต่อประสานงานนั้นมีความโปร่งใส โดยการติดต่อดังกล่าวเป็นการติดต่อกันในที่สาธารณะ เช่น โดยการจัดให้มีประชามติ การเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับการติดต่อประสานงาน และการเปิดเผยผลการติดต่อประสานงานต่อประชาชน

(3) ปฏิเสธความร่วมมือใดๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งข้อตกลงที่ไม่มีข้อผูกมัดตามกฎหมาย หรือ ข้อตกลงที่ไม่สามารถฏิบัติได้จริง

21. อุตสาหกรรมยาสูบต้องไม่เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนด หรือบังคับใช้นโยบายสาธารณสุข เนื่องจากผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบนั้นขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ของฝ่ายสาธารณสุขอย่างสิ้นเชิง

ข้อควรปฏิบัติ

3.1 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่ยอมรับ/สนับสนุน หรือเห็นชอบกับความร่วมมือ หรือ ข้อตกลงใดๆ ที่ไม่ผูกมัดตามกฎหมาย หรือ ไม่สามารถปฏิบัติได้ รวมทั้งสัญญาสุภาพบุรุษ กับอุตสาหกรรมยาสูบ หรือบุคคล หรือนิติบุคคลที่ดูแลผลประโยชน์ให้อุตสาหกรรมยาสูบ

3.2 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่ยอมรับ/สนับสนุน หรือเห็นชอบกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบเข้าไปเกี่ยวข้อง ส่งเสริม หรือมีส่วนร่วม ไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม ในการให้การศึกษาหรือกิจกรรมอื่นๆ แก่เยาวชน หรือประชาชน ที่เชื่อมโยงกับการควบคุมยาสูบ

3.3 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่ยอมรับ/สนับสนุน หรือเห็นชอบ แนวทางปฏิบัติที่อุตสาหกรรมยาสูบเสนอ เพื่อนำมาใช้แทนที่มาตรการควบคุมยาสูบที่รัฐกำหนดออกมา

3.4 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่ยอมรับ/สนับสนุน หรือเห็นชอบข้อเสนอของอุตสาหกรรมยาสูบที่จะให้ความช่วยเหลือใด ๆ ในการร่างกฎหมาย หรือยอมรับนโยบายควบคุมยาสูบที่ได้ร่างขึ้นโดยการร่วมมือกับอุตสาหกรรมยาสูบ

(4) หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) **ที่อาจเกิดขึ้นกับข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ของรัฐ**

22. การที่องค์กร หรือบุคคลที่มีผลประโยชน์ทางธุรกิจ หรือมีส่วนได้เสียกับอุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดและบังคับใช้นโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบนั้นโดยส่วนใหญ่แล้วจะส่งผลกระทบในแง่ลบต่อกระบวนการดังกล่าว ดังนั้น กฎเกณฑ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนของข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการปกป้องนโยบายควบคุมยาสูบจากการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ

23. การรับค่าตอบแทน ของขวัญหรือบริการ ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบเงิน หรือสิ่งของ หรือการรับเงินค่าวิจัยที่อุตสาหกรรมยาสูบเสนอให้องค์กรของรัฐ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐนั้น สามารถก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนได้ ผลประโยชน์ทับซ้อนนี้ยังอาจเกิดขึ้นได้ แม้จะรับของกลำนัลมาแล้วแต่ไม่ได้สัญญาว่าจะพิจารณาเรื่องนั้นให้เป็นกรณีพิเศษ ทั้งนี้ เนื่องจากผลประโยชน์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจไปมีมีอิทธิพลต่อการปฏบัติหน้าที่ ตามที่กล่าวถึงไว้ทั้งในจรรยาบรรณสำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ออกโดยสมัชชาที่ประชุมใหญ่สหประชาชาติ (UN General Assembly Code of Conduct for Public officials) และในเอกสารขององค์กรพัฒนาเศรษฐกิจระดับภูมิภาคต่างๆ

ข้อควรปฏิบัติ

4.1 ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดนโยบายว่าด้วยการเปิดเผยและการจัดการเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน ที่มีผลบังคับใช้ต่อทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดและบังคับใช้นโยบายควบคุมยาสูบ รวมถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐ ที่ปรึกษาของรัฐ และคู่สัญญาของรัฐ

4.2 ภาคีอนุสัญญาต้องพัฒนาและรับรองจรรยาบรรณสำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อกำหนดวิธีปฏิบัติมาตรฐานในกรณีที่ต้องติดต่อประสานงานกับอุตสาหกรรมยาสูบ

4.3 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่มอบหมายหรือจ้างผู้ใด หรือกลุ่มใด ที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับนโยบายควบคุมยาสูบที่มีอยู่แล้ว ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดหรือบังคับใช้นโยบายควบคุมยาสูบ

4.4 ภาคีอนุสัญญาต้องออกนโยบายที่ชัดเจน กำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหรือเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดและการบังคับใช้นโยบายควบคุมยาสูบ ว่ามีหน้าที่ต้องแจ้งหน่วยงานต้นสังกัด ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐคนนั้นมีความประสงค์ที่จะทำงานในอุตสาหกรรมยาสูบภายหลังจากการพ้นสภาพจากความเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่ว่าจะมีค่าตอบแทนหรือไม่ ทั้งนี้ มีการกำหนดระยะเวลาหลังจากพ้นสภาพ และต้องแจ้งไว้อย่างชัดเจน

4.5 ภาคีอนุสัญญาต้องออกนโยบายที่ชัดเจน กำหนดให้ผู้สมัครงานเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐในตำแหน่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดและบังคับใช้นโยบายควบคุมยาสูบ ต้องเปิดเผยว่ากำลังทำงาน หรือเคยทำงาน หรือกำลังติดต่อประสานงานกับอุตสาหกรรมยาสูบหรือไม่ ไม่ว่าจะได้รับค่าตอบแทนจากอุตสาหกรรมยาสูบหรือไม่ก็ตาม

4.6 ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเปิดเผย และต้องหยุดรับสิทธิประโยชน์ใด ๆ ที่ได้รับจากอุตสาหกรรมยาสูบ

4.7 หน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องไม่มีผลประโยชน์ในทางการเงินกับอุตสาหกรรมยาสูบ เว้นแต่หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบการบริหารอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐเอง

4.8 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่อนุญาตให้บุคคลใดที่เป็นลูกจ้างของอุตสาหกรรมยาสูบ หรือสังกัดองค์กรที่ดูแลผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบ เข้าไปเป็นกรรมการ หรือกรรมการที่ปรึกษาใดๆ ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดหรือบังคับใช้นโยบายควบคุมยาสูบ

4.9 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่อนุญาตให้บุคคลใดที่เป็นพนักงานหรือรับจ้างอุตสาหกรรมยาสูบหรือองค์กรที่ดูแลผลประโยชน์ให้กับอุตสาหกรรมยาสูบ เป็นตัวแทนในการเข้าร่วมประชุมภาคีอนุสัญญา คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานอื่นใดที่แต่งตั้งขึ้นโดยมติที่ประชุมภาคีอนุสัญญา

4.10 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือของหน่วยงานในความดูแลของรัฐ รับสิ่งตอบแทน ของขวัญหรือบริการ จากอุตสาหกรรมยาสูบไม่ว่าจะเป็นสิ่งตอบแทนในรูปแบบใดๆ ก็ตาม ทั้งที่เป็นเงิน ของขวัญ บริการ หรือสิ่งตอบแทนในรูปแบบอื่นๆ

4.11 ภายใต้กฎหมายและรัฐธรรมนูญของภาคีอนุสัญญานั้น ภาคีอนุสัญญาต้องมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการห้ามมิให้อุตสาหกรรมยาสูบหรือผู้ดูแลผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบบริจาคเงินให้พรรคการเมือง ตัวแทนพรรค หรือผู้สมัครชิงตำแหน่งทางการเมือง หรือในการกำหนดให้ต้องมีการเปิดเผยรายละเอียดการบริจาคดังกล่าว

(5) กำหนดให้ข้อมูลจากอุตสาหกรรมยาสูบต้องโปร่งใสและถูกต้อง

24. เพื่อประโยชน์ในการกำหนดมาตรการป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณสุขจากอุตสาหกรรมยาสูบ ภาคีอนุสัญญาจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมและการปฏิบัติงานของอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งช่วยให้ตรวจสอบได้ว่า อุตสาหกรรมยาสูบประกอบกิจการโดยโปร่งใสหรือไม่ ดังนั้น มาตรา 12 แห่งอนุสัญญา จึงบัญญัติให้ภาคีอนุสัญญาต้องส่งเสริมให้สาธารณชนสามารถเข้าถึงข้อมูลของอุตสาหกรรมยาสูบ ทั้งนี้ภายใต้กฎหมายภายในภาคีอนุสัญญานั้น ๆ

25. มาตรา 20.4 แห่งอนุสัญญา บัญญัติให้ภาคีอนุสัญญาส่งเสริมและดำเนินการให้เกิดแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอุตสาหกรรมยาสูบ พฤติกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบ และการเพาะปลูกใบยาสูบ ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติของ มาตรา 20.4 (ซี) แห่งอนุสัญญานั้น แต่ละภาคีอนุสัญญาต้องร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดตั้งกลไกในระดับโลก เพื่อรวบรวม และกระจายข้อมูลเกี่ยวกับการผลิตยาสูบและการดำเนินการของอุตสาหกรรมยาสูบที่มีผลกระทบต่ออนุสัญญา หรือนโยบายยาสูบของแต่ละประเทศ

ข้อควรปฏิบัติ

5.1 ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดมาตรการ ที่ทำให้แน่ใจว่าอุตสาหกรรมยาสูบดำเนินการอย่างโปร่งใส[1]

5.2 ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบและผู้ที่ดูแลผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบ ส่งข้อมูลเกี่ยวกับการปลูก การผลิต ส่วนแบ่งตลาด ค่าใช้จ่ายด้านการตลาด รายได้ และกิจกรรมอื่น รวมถึงการล็อบบี้ (Lobby) การบริจาคหรือให้การช่วยเหลือต่างๆ การบริจาคเงินให้พรรคการเมือง และกิจกรรมอื่นใดที่ไม่ถูกห้าม หรือยังไม่ถูกห้ามตามมาตรา 13 ของอนุสัญญา[2]

5.3 ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดระเบียบให้มีการเปิดเผยข้อมูลและให้มีการขึ้นทะเบียนองค์กรนิติบุคคล องค์กรในเครือและบุคคลที่เป็นตัวแทน หรือดำเนินการในการพิทักษ์ประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งรวมถึงล็อบบี้ยิสต์ (Lobbyists) ด้วย

5.4 ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดบทลงโทษกับอุตสาหกรรมยาสูบที่มีเปิดเผยข้อมูลเท็จ หรือข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ภายใต้กฎหมายภายในของภาคีอนุสัญญา

---

1 ทั้งนี้ไม่กระทบความลับทางการค้า หรือข้อมูลที่เป็นความลับที่มีกฎหมายคุ้มครองอยู่แล้ว

2 ทั้งนี้ไม่กระทบความลับทางการค้า หรือข้อมูลที่เป็นความลับที่มีกฎหมายคุ้มครองอยู่แล้ว

5.5 ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดมาตรการทางกฎหมาย หรือมาตรการอื่นใดก็ตาม ที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการของอุตสาหกรรมยาสูบตามเจตนารมณ์ของอนุสัญญา เช่น การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลประชาชน ทั้งนี้ ตามที่ระบุไว้ในมาตรา 12 (ซี) แห่งอนุสัญญา

(6) **ไม่ยอมรับ หรือ ออกระเบียบควบคุมกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบอ้างว่าเป็นกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม รวมไปถึงกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบระบุว่าเป็นกิจกรรมภายใต้นโยบาย "ความรับผิดชอบต่อสังคมของธุรกิจ"** (Corporate Social Responsibility)

26. อุตสาหกรรมยาสูบดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคม เพื่อพยายามลบภาพพจน์พ่อค้าที่ผลิตสินค้าที่เป็นฆ่าผู้บริโภค หรือเพื่อหวังผลในการแทรกแซงการกำหนดและการบังคับใช้นโยบายสาธารณสุข กิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบ เรียกว่า "รับผิดชอบต่อสังคม" (socially responsible) นั้น เป็นทั้งกลยุทธ์การตลาดและประชาสัมพันธ์ ซึ่งถือว่าเป็นการโฆษณา ส่งเสริม และสนับสนุนการบริโภคยาสูบ ภายใต้ความนิยามของอนุสัญญาควบคุมยาสูบ

27. องค์การอนามัยโลก[1] ได้ระบุว่า กิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบนั้นมีความขัดแย้งโดยนัยสำคัญกับวัตถุประสงค์ของนโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

ข้อควรปฏิบัติ

6.1 ภาคีอนุสัญญาต้องดำเนินการเพื่อให้แน่ใจว่าหน่วยงานของรัฐทุกสาขา และประชาชนทั่วไปทราบและตระหนักถึงวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของกิจกรรมเพื่อสังคมที่ดำเนินการโดยอุตสาหกรรมยาสูบ

6.2 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่รับรอง สนับสนุน ร่วมมือ หรือเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ

6.3 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่อนุญาตให้อุตสาหกรรมยาสูบ หรือผู้ที่ดูแลผลประโยชน์แทนอุตสาหกรรมยาสูบ เปิดเผยต่อสาธารณะกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบหรือค่าใช้จ่ายสำหรับกิจกรรมเหล่านั้น เว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายกำหนดให้ต้องเปิดเผย เช่น การเปิดเผยรายละเอียดในรายงานประจำปี[2]

6.4 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่อนุญาตให้หน่วยงานของรัฐและองค์กรสาธารณะ รับเงินบริจาคใด ๆ จากอุตสาหกรรมยาสูบหรือผู้ที่ดูแลผลประโยชน์แทนอุตสาหกรรมยาสูบ ไม่ว่าจะเป็น

---

1 WHO: Tobacco industry and corporate social responsibility -- an inherent contradiction, Geneva, World Health Organization. 2004

2 แนวทางปฏิบัติตามมาตรา 13 แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก กำหนดว่าเป็นการโฆษณาส่งเสริมและสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบ

การบริจาคให้พรรคการเมือง การบริจาคให้สังคม การบริจาคให้สถาบันการศึกษาหรือการบริจาคในลักษณะอื่น เว้นแต่การชำระเงิน ค่าชดเชยตามสัญญายอมความ หรือเป็นการชำระเงินตามที่กฎหมายกำหนด

(7) ห้ามให้สิทธิพิเศษใด ๆ แก่อุตสาหกรรมยาสูบ

28. รัฐบาลบางประเทศสนับสนุนการลงทุนของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการให้การอุดหนุนในลักษณะต่าง ๆ เช่น การยกเว้นภาษีที่พึงชำระตามกฎหมาย ไม่ว่าทั้งหมด หรือแต่เพียงบางส่วน
29. ภาคีอนุสัญญาต้องปฏิบัติตามพันธสัญญาในการควบคุมยาสูบ ทั้งนี้ โดยไม่กระทบถึงสิทธิและอำนาจอธิปไตยของแต่ละรัฐที่จะกำหนดนโยบายเศรษฐกิจการเงินและภาษี

ข้อควรปฏิบัติ

7.1 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่ให้สิทธิพิเศษใด ๆ แก่อุตสาหกรรมยาสูบหรือจูงใจให้ดำเนินธุรกิจ

7.2 ภาคีอนุสัญญาที่ไม่มีอุตสาหกรรมยาสูบเป็นของรัฐ ต้องไม่ลงทุนในอุตสาหกรรมยาสูบและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง ส่วนภาคีอนุสัญญาที่มีอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐอยู่แล้วต้องดำเนินการให้แน่ใจว่าการลงทุนใด ๆ ในอุตสาหกรรมยาสูบนั้นจะไม่หยุดยั้งการดำเนินการอย่างเต็มประสิทธิภาพตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

7.3 ภาคีอนุสัญญาต้องไม่ให้สิทธิพิเศษการยกเว้นภาษีแก่อุตสาหกรรมยาสูบ

(8) ให้ปฏิบัติต่ออุตสาหกรรมยาสูบของรัฐในลักษณะเดียวกับที่ปฏิบัติต่ออุตสาหกรรมยาสูบอื่น ๆ

30. อุตสาหกรรมยาสูบอาจมีรัฐเป็นเจ้าของ เป็นของเอกชน หรือรัฐอาจเป็นเจ้าของเพียงบางส่วน แนวทางปฏิบัตินี้ ต้องปฏิบัติกับอุตสาหกรรมยาสูบทั้งหมด โดยไม่คำนึงว่าใครเป็นเจ้าของ

ข้อควรปฏิบัติ

8.1 ภาคีอนุสัญญาต้องทำให้แน่ใจว่าอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐได้รับการปฏิบัติในลักษณะเดียวกับอุตสาหกรรมยาสูบอื่นๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายควบคุมยาสูบ

8.2 ภาคีอนุสัญญาต้องทำให้แน่ใจว่าการกำหนดและการบังคับใช้นโยบายควบคุมยาสูบนั้นแยกต่างหากจากการจัดการหรือบริหารอุตสาหกรรมยาสูบ

8.3 ภาคีอนุสัญญาต้องทำให้แน่ใจว่าตัวแทนจากอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐไม่เข้าร่วมในการประชุมระหว่างภาคีอนุสัญญา อนุกรรมการหรือหน่วยงานอื่นที่มีการจัดตั้งขึ้น ตามมติที่ประชุมของภาคีอนุสัญญาภายใต้อนุสัญญา

การบังคับใช้และการตรวจสอบ (Enforcement and Monitoring)

การบังคับใช้ (Enforcement)

31. ภาคีอนุสัญญาต้องกำหนดให้มีกลไก หรือใช้กลไกที่กำหนดไว้แล้ว เท่าที่เป็นไปได้ เพื่อปฏิบัติตาม มาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญา และแนวทางปฏิบัติฉบับนี้

การตรวจสอบการบังคับใช้ มาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญาและแนวทางปฏิบัติฉบับนี้

32. การตรวจสอบการบังคับใช้ มาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญาและแนวทางปฏิบัติฉบับนี้มีความจำเป็นที่จะทำให้แน่ใจได้ว่าจะมีการกำหนดและการบังคับใช้นโยบายควบคุมยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ การตรวจสอบนั้นรวมถึงการตรวจสอบอุตสาหกรรมยาสูบ โดยใช้รูปแบบและทรัพยากรที่มีอยู่แล้ว เช่น ฐานข้อมูลเพื่อการติดตามเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Tobacco Free Initiative)

33. องค์กรเอกชน และประชาสังคมต่างๆ ที่ไม่มีความเกี่ยวพันกับอุตสาหกรรมยาสูบ สามารถมีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบความเคลื่อนไหวของอุตสาหกรรมยาสูบ

34. จรรยาบรรณหรือกฎเกณฑ์ สำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกสาขาควรจะมีบทบัญญัติว่าด้วย “ผู้เปิดโปง” (whistleblower) โดยมีมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เปิดโปงอุตสาหกหรรมยาสูบตามสมควร นอกจากนี้ ภาคีอนุสัญญาต้องได้รับการสนับสนุนให้ใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อให้มีการบังคับใช้แนวทางปฏิบัติฉบับนี้ เช่น การฟ้องร้องดำเนินคดีในชั้นศาลและการร้องเรียนต่อกรรมาธิการพิเศษ เป็นต้น

การร่วมมือระหว่างประเทศและการปรับปรุงแนวปฏิบัติ

35. การร่วมมือระหว่างประเทศเป็นสิ่งจำเป็นต่อการสร้างความเข้มแข็งให้การป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบในการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบ มาตรา 20.4 แห่งอนุสัญญามีบทบัญญัติว่าด้วยหลักเกณฑ์ในการรวบรวม และการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยคำนึงถึงความต้องการพิเศษของภาคีอนุสัญญาที่เป็นประเทศกำลังพัฒนา และภาคีอนุสัญญาที่มีระบบเศรษฐกิจที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลง

36. ปัจจุบันได้มีความพยายามประสานงานในการรวบรวมและเผยแพร่ประสบการณ์ของแต่ละภาคีอนุสัญญาเกี่ยวกับกลยุทธ์และวิธีปฏิบัติของอุตสาหกรรมยาสูบและเพื่อประสานงานในการตรวจสอบความเคลื่อนไหวของอุตสาหกรรมยาสูบ ภาคีอนุสัญญาจะได้รับประโยชน์จากการแบ่งปันความเชี่ยวชาญทางด้านกฎหมายและทางด้านยุทธศาสตร์ในการแก้กลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ ทั้งนี้ ภายใต้ มาตรา 21.4 แห่งอนุสัญญาซึ่งบัญญัติว่าให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลนั้นอยู่ภายใต้กฎหมายภายในของภาคีอนุสัญญาว่าด้วยการรักษาความลับ

ข้อควรปฏิบัติ

37. เนื่องจากกลยุทธ์และกรรมวิธีของอุตสาหกรรมยาสูบนั้นมีการพัฒนาและวิวัฒนาการตลอดเวลา จึงต้องมีการทบทวนและแก้ไขแนวทางปฏิบัติฉบับนี้เป็นครั้งคราว เพื่อให้มั่นใจได้ว่าแนวทาง

ปฏิบัติฉบับนี้มีประสิทธิภาพสำหรับภาคีอนุสัญญาในการปกป้องนโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบจากการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ

38. ภาคีอนุสัญญาที่รายงานข้อมูลผ่านระบบการรายงานข้อมูลปัจจุบันภายใต้กรอบอนุสัญญานั้นควรแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการผลิตยาสูบและเกี่ยวกับความเคลื่อนไหวของอุตสาหกรรมยาสูบที่มีผลกระทบต่ออนุสัญญา หรือความพยายามควบคุมยาสูบของแต่ละประเทศ เพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลนั้น เลขาธิการอนุสัญญา (Convention Secretariat) ต้องทำให้แน่ใจว่าข้อกำหนดในแนวทางปฏิบัติฉบับนี้มีระบุไว้ในระบบรายงานข้อมูลในขั้นตอนต่อไป ซึ่งเป็นรูปแบบที่ที่ประชุมภาคีอนุสัญญาจะให้การรับรองเพื่อให้ภาคีต่าง ๆ นำไปใช้ต่อไป

39. ด้วยความสำคัญยิ่งของการป้องกันมิให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบ หลังจากการมีประสบการณ์ในการบังคับใช้แนวทางปฏิบัตินี้แล้ว ที่ประชุมภาคีอนุสัญญาอาจพิจารณาถึงความจำเป็นในการพัฒนาเป็นพิธีสารของมาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญานี้ต่อไป

มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ[๑]

ตระหนัก ว่าการบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความพยายามแทรกแซงของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบต่อกระบวนการนโยบายควบคุมยาสูบ และการแจ้งราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศในราคาที่ต่ำ ไม่สามารถตรวจสอบได้ ตลอดจนการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบที่ไม่ได้เพิ่มสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อ ส่งผลให้บุหรี่ในท้องตลาดมีราคาถูก และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบใหม่ๆมีส่วนสำคัญในการโน้มน้าวให้ประชาชน โดยเฉพาะเยาวชนและผู้หญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว

รับทราบ ถึงสถานการณ์การบริโภคยาสูบ ของประชากรไทย รวมถึงเยาวชน และผลกระทบต่อสุขภาพ และเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชน

เข้าใจ ว่าการควบคุมยาสูบต้องใช้มาตรการที่บูรณาการหลายด้าน โดยเฉพาะการลดอุปสงค์ด้วยราคาและภาษี การลดอุปสงค์ด้วยการควบคุมกลยุทธ์การตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการช่วยเลิกบุหรี่

ชื่นชม ในพัฒนาการของกระบวนการนโยบายด้านการควบคุมยาสูบในประเทศไทย ที่มีคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นองค์กรหลักในการกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน ประสานงาน กำกับ และประเมินผลการควบคุมยาสูบ

ตระหนัก ถึงความจำเป็นในการสร้างความมุ่งมั่นร่วมกันของสังคมไทยในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ

จึงมีมติ ดังต่อไปนี้

๑. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และ เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗[๒]

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ เรื่อง มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปนี้

๒.๑ ให้หน่วยงานราชการปฏิบัติตามแนวทางของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก[๓] โดยเฉพาะมาตรา ๕.๓ การป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐโดยอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการกำหนดนโยบายหรือระเบียบภายในหน่วยงานเพื่อป้องกันการแทรกแซงดังกล่าว

---

[๑] เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๖

[๒] เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๖ / ผนวก ๑

[๓] WHO Framework Convention on Tobacco Control : FCTC

๒.๒ ให้กระทรวงการคลัง ดำเนินการ

๒.๒.๑ ปรับโครงสร้างภาษียาสูบ ให้สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบันเพื่อทำให้ราคาขายปลีกยาสูบโดยเฉลี่ยสูงขึ้น โดยขอให้พิจารณาจัดเก็บภาษีบุหรี่ซิกาแรต ทั้งตามสภาพและตามราคาขายปลีก รวมทั้งให้ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบปิดแสตมป์ยาสูบบนซองบรรจุยาเส้นที่ทำจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองด้วย และดำเนินการทยอยปรับขึ้นภาษียาเส้นและยาสูบประเภทอื่นอย่างค่อยเป็นค่อยไป

๒.๒.๒ ห้ามธุรกิจยาสูบทำกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility; CSR)

๒.๓ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข ให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดบุหรี่รวมถึงการเข้าถึงการรับยา สมุนไพร แพทย์แผนไทยหรือบริการแพทย์ทางเลือกที่จำเป็นต่อการบำบัดโรคติดบุหรี่ และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานเลิกบุหรี่ในชุมชน

๒.๔ ให้กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้าม การโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการประชาสัมพันธ์ การให้ทุนอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมยาสูบทางสื่อคอมพิวเตอร์ทั้งจากภายในและต่างประเทศ และออกกฎหมายจัดสรรเวลาในการนำเสนอโทษของยาสูบในทุกประเภทสื่อ ในสัดส่วนที่เหมาะสม

๒.๕ ให้กระทรวงวัฒนธรรม กรมประชาสัมพันธ์ และ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้ามมีฉากสูบบุหรี่ และการส่งเสริมการตลาดด้วยวิธีประชาสัมพันธ์ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ ทางภาพยนตร์ โทรทัศน์และสื่อมวลชนต่างๆ และมีมาตรการส่งเสริมให้บุคคลสาธารณะที่มีชื่อเสียง เช่น ดารา นักร้อง เป็นแบบอย่างที่ดีแก่สาธารณชน โดยการไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

๒.๖ ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และกระทรวงวัฒนธรรม ควบคุมกำกับองค์กรและเครือข่ายไม่ให้รับการสนับสนุนใดๆ จากบริษัทยาสูบทั้งภายในและต่างประเทศ ตามกฎหมาย

๒.๗ ให้กระทรวงศึกษาธิการบรรจุเรื่องโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน และหน่วยงานที่มีสถานศึกษาในสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบในสถานศึกษา กำชับให้สถานศึกษาทุกแห่ง

- ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนด
- ห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดของสถาบันหรือชุดนักศึกษา
- ให้บุคลากรทางการศึกษา เช่น ครู อาจารย์ นักการภารโรง ผู้นำทางศาสนา เป็นต้น เป็นแบบอย่างแก่นักเรียน นักศึกษา
- สนับสนุนงบประมาณการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ ด้านพิษภัยจากบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม และการวิจัยกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๒.๘ ให้กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ(คบยช.)เป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการ โดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงการคลัง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ

๒.๙ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับมีบทบาทร่วมในการควบคุมแหล่งผลิต วัตถุดิบในพื้นที่ และการใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจัง

๓. สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความร่วมมือในการสนับสนุนมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ดังนี้

๓.๑ สนับสนุน ส่งเสริมให้ภาคประชาสังคม เฝ้าระวังและติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งใช้มาตรการทางสังคม ไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบพัฒนาช่องทางใหม่ๆ ในการโฆษณา การส่งเสริมการตลาด และการให้ทุนอุปถัมภ์ โดยมีกลไกระดับจังหวัด

๓.๒ สนับสนุนการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้กระจายอย่างทั่วถึง โดยจัดสถานที่ปลอดบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ทั้งในที่สาธารณะ ที่ทำงาน ศาสนสถาน สถานศึกษา บริษัท ห้างร้าน เอกชน โดยเฉพาะสถานที่ราชการ และส่งเสริมให้มีหมู่บ้านปลอดบุหรี่

๓.๓ ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการตามมตินี้และตาม "แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๗" ให้เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

๔. ขอให้คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชุมชน สร้างแรงจูงใจในการดำเนินการตามมติและติดตามผลการดำเนินงานตามมตินี้

๕. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

(ฉบับที่ ๑๕) พ.ศ. ๒๕๕๔

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด หรือจูงใจให้บริโภค ในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุง ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๔๓ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๒) พ.ศ. ๒๕๔๙ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ และยาเส้น ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕

ข้อ ๒ ฉลากบนซอง กล่อง ภาชนะบรรจุ หรือวัสดุหุ้มห่อบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงที่ผลิตหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักร จะต้องไม่มีคำหรือข้อความ ดังต่อไปนี้

(๑) “mild” “medium” “light” “ultralight” หรือ “low tar” รวมทั้งคำหรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายในทำนองเดียวกัน อันอาจทำให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงนั้นมีอันตรายหรือมีระดับสารพิษน้อยกว่าบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงทั่วไป

(๒) “cool” “ice” “frost” “crisp” “fresh” “mint” “mellow” “rich” “ฉุน” หรือ “ฉุนพิเศษ” รวมทั้งคำหรือข้อความที่แสดงกลิ่นหรือรส อันอาจจูงใจผู้บริโภคให้บริโภคบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงนั้น

(๓) “smooth” “natural” “special” “genuine” “luminous” “extra” “premium” “อย่างดี” หรือ “คัดพิเศษ” รวมทั้งคำหรือข้อความที่แสดงคุณสมบัติหรือคุณภาพ อันอาจจูงใจผู้บริโภคให้บริโภคบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงนั้น

คำว่า “ข้อความ” ในวรรคหนึ่งให้หมายความรวมถึงการกระทำให้ปรากฏด้วยตัวอักษร สัญลักษณ์ หรือภาพ ที่ทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจความหมายได้

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้มิให้ใช้บังคับกับบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงที่ผลิตหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักร ดังต่อไปนี้

(๑) บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงที่ผลิตหรือนำเข้ามาเพื่อการจำหน่ายนอกราชอาณาจักร หรือนำเข้ามาเพื่อเป็นตัวอย่างในการทดสอบ วิเคราะห์ หรือวิจัยในห้องปฏิบัติการ โดยมีหลักฐานในการผลิตหรือนำเข้ามาเพื่อการดังกล่าวอย่างชัดเจน

(๒) บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุง ที่ผู้เดินทางนำติดตัวเข้ามาตามจำนวนที่ได้รับการผ่อนผันให้นำติดตัวเข้ามาโดยไม่ต้องขออนุญาตจากเจ้าพนักงานตามประกาศกรมสรรพสามิต ทั้งนี้เฉพาะเพื่อการบริโภคของผู้นั้น

ข้อ ๔ บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงที่ผลิตหรือนำเข้ามาเพื่อการจำหน่ายในราชอาณาจักร ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้ได้รับยกเว้นไม่ต้องปฏิบัติตามประกาศฉบับนี้ แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินเก้าสิบวัน นับแต่วันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๕ ในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือการดำเนินการตามประกาศฉบับนี้ ให้อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

ข้อ ๖ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔
จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
การแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต
ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ (ฉบับที่ ๑๖)
พ.ศ. ๒๕๕๔

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๔๓ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๐) พ.ศ. ๒๕๔๙ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็ง ในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕

ข้อ ๒ บุหรี่ซิกาแรตที่ผลิตหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักร ต้องจัดให้มีฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง ๑๐ แบบคละกันไป โดยให้พิมพ์ฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง ในอัตรา ๑ แบบ ต่อ ๕,๐๐๐ ซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต และในอัตรา ๑ แบบ ต่อ ๕๐๐ กล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) แล้วแต่กรณี

ฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งทั้ง ๑๐ แบบ ปรากฏตามต้นแบบท้ายประกาศฉบับนี้ โดยต้นแบบฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งทั้ง ๑๐ แบบ คือ

แบบที่ ๑ ควันบุหรี่มีสารพิษไฮโดรเจนไซยาไนด์
แบบที่ ๒ ควันบุหรี่มีสารพิษคาร์บอนมอนอกไซด์
แบบที่ ๓ ควันบุหรี่มีสารพิษมากกว่า ๒๕๐ ชนิด
แบบที่ ๔ ควันบุหรี่เป็นสารพิษสำคัญที่สุดในบ้าน
แบบที่ ๕ ควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็งฟอร์มาลดีไฮด์
แบบที่ ๖ ควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็งเบนโซไพรีน
แบบที่ ๗ ควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็งไนโตรซามีน
แบบที่ ๘ ควันบุหรี่เป็นสารก่อมะเร็งที่สำคัญที่สุดของมนุษย์
แบบที่ ๙ ควันบุหรี่มีสารกัมมันตรังสีโพโลเนียม ๒๑๐
แบบที่ ๑๐ ควันบุหรี่มีสารเสพติดนิโคติน

ในการพิมพ์ฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าบุหรี่ซิกาแรตต้องพิมพ์จากต้นแบบที่ขอรับจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ทั้งนี้ขนาดและตำแหน่งของตัวอักษรต้องเป็นไปตามที่ปรากฏในต้นแบบท้ายประกาศฉบับนี้

ความในวรรคหนึ่ง วรรคสอง และวรรคสาม ไม่ใช้บังคับกับวัสดุใสไม่มีสีที่ใช้หุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต หรือกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) ซึ่งสามารถมองเห็นฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งบนซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต หรือกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) อย่างชัดเจน

ข้อ ๓ ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าบุหรี่ซิกาแรตต้องพิมพ์ฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๒ ที่ซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต หรือกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) ดังนี้

(๑) บริเวณทั้งสองด้านที่มีพื้นที่ขนาดกลางของซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต ทั้งนี้ต้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของแต่ละด้าน

ฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งที่ต้องแสดงบริเวณด้านข้างซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต ที่มีพื้นที่ด้านที่มากที่สุดระหว่าง ๔๒ - ๕๐ ตารางเซนติเมตร ให้พิมพ์เป็นอักษรไทยด้วยหมึกสีขาวบนพื้นสีดำ ขนาดโดยประมาณ ๒ x ๕.๒ เซนติเมตร

(๒) บริเวณทั้งสองด้านที่มีพื้นที่ขนาดกลางของกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) ทั้งนี้ต้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของแต่ละด้าน

ฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งที่ต้องแสดงบริเวณด้านข้างกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) ซึ่งมีพื้นที่ด้านที่มากที่สุดระหว่าง ๒๓๕ - ๒๔๐ ตารางเซนติเมตร และมีพื้นที่ด้านที่น้อยที่สุดระหว่าง ๑๑๗ - ๑๒๐ ตารางเซนติเมตร ให้พิมพ์เป็นอักษรไทยด้วยหมึกสีขาวบนพื้นสีดำ ขนาดโดยประมาณ ๔.๕ x ๑๖.๒ เซนติเมตร

(๓) กรณีที่ซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต มีขนาดมากกว่าหรือน้อยกว่าขนาดตาม (๑) หรือกรณีที่กล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) มีขนาดมากกว่าหรือน้อยกว่าขนาดตาม (๒) ให้ลดหรือเพิ่มขนาดของฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งตามสัดส่วนความกว้างและความยาวของซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต หรือกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) แล้วแต่กรณี

ข้อ ๔ กรณีที่ซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรตไม่ใช่ทรงสี่เหลี่ยม ให้มีฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๒ จำนวนสองด้าน โดยแต่ละด้านต้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของพื้นที่ทั้งหมดของซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต ในตำแหน่งที่บุคคลสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนในทิศทางตรงกันข้าม โดยปกติให้แสดงที่บริเวณด้านล่างสุดของซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรตที่ไม่ใช่ทรงสี่เหลี่ยมนั้น

กรณีที่กล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) ไม่ใช่ทรงสี่เหลี่ยม ให้มีฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๒ จำนวนสองด้าน โดยแต่ละด้านต้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของพื้นที่ทั้งหมดของกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) ในตำแหน่งที่บุคคลสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนในทิศทางตรงกันข้าม โดยปกติให้แสดงที่บริเวณด้านล่างสุดของกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton) ที่ไม่ใช่ทรงสี่เหลี่ยมนั้น

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้มิให้ใช้บังคับกับบุหรี่ซิกาแรต ที่ผลิตหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรดังต่อไปนี้

(๑) บุหรี่ซิกาแรตที่ผลิตหรือนำเข้ามาเพื่อการจำหน่ายนอกราชอาณาจักรหรือนำเข้ามาเพื่อเป็นตัวอย่างในการทดสอบ วิเคราะห์ หรือวิจัย โดยมีหลักฐานในการผลิตหรือนำเข้ามาเพื่อการดังกล่าวอย่างชัดเจน

(๒) บุหรี่ซิกาแรตที่ผู้เดินทางนำติดตัวเข้ามาตามจำนวนที่ได้รับการผ่อนผันให้นำติดตัวเข้ามาโดยไม่ต้องขออนุญาตจากเจ้าพนักงานตามประกาศกรมสรรพสามิต ทั้งนี้เฉพาะเพื่อการบริโภคของผู้นั้น

ข้อ ๖ บุหรี่ซิกาแรตที่ผลิตหรือนำเข้ามาเพื่อการจำหน่ายในราชอาณาจักรก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้ได้รับยกเว้นไม่ต้องปฏิบัติตามประกาศฉบับนี้ แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๗ ในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือการดำเนินการตามประกาศฉบับนี้ ให้อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

ข้อ ๘ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๔
จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ต้นแบบฉลากแสดงข้อความเกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งทั้ง ๑๐ แบบ
ท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๖) พ.ศ. ๒๕๕๔ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงข้อความ
เกี่ยวกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็งในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕

๑. ที่ใช้กับซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต

แบบที่ ๑

แบบที่ ๒

แบบที่ ๓

แบบที่ ๔

แบบที่ ๕

แบบที่ ๖

แบบที่ ๗

แบบที่ ๘

แบบที่ ๙

แบบที่ ๑๐

๒. ที่ใช้กับกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิกาแรต (Carton)

แบบที่ ๑

ควัน
บุหรี่มี สารพิษ
ไฮโดรเจนไซยาไนด์

แบบที่ ๒

ควัน
บุหรี่มี สารพิษ
คาร์บอนมอนอกไซด์

แบบที่ ๓

ควัน
บุหรี่มี สารพิษ
มากกว่า ๒๕๐ ชนิด

แบบที่ ๔

ควันบุหรี่เป็น สารพิษ
สำคัญที่สุด ในบ้าน

แบบที่ ๕

ควันบุหรี่
มีสารก่อ มะเร็ง
ฟอร์มาลดีไฮด์

แบบที่ ๖

ควันบุหรี่
มีสารก่อ มะเร็ง
เบนโซไพรีน

แบบที่ ๗

ควันบุหรี่
มีสารก่อ มะเร็ง
ไนโตรซามีน

แบบที่ ๘

ควันบุหรี่
เป็นสารก่อ **มะเร็ง**
ที่สำคัญที่สุดของมนุษย์

แบบที่ ๙

ควันบุหรี่มีสาร
กัมมันตรังสี
โพโลเนียม ๒๑๐

แบบที่ ๑๐

ควันบุหรี่มี
สารเสพติด
นิโคติน