คำนำ

เอกสารฉบับนี้เป็นการสรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2554 ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 5 หัวข้อ คือ

- สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยกับประสิทธิภาพการดำเนินการควบคุมยาสูบ
- ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย
- การดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย
- การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศไทย
- ความก้าวหน้าในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย และข้อเสนอแนะ

ในโอกาสนี้ ศจย. ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนในการจัดทำเอกสารฉบับนี้

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ในฐานะศูนย์บริการวิชาการด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลจากเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัย นักวิชาการ และบุคคลากรที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบทุกท่าน เพื่อการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในประเทศไทยที่มีประสิทธิผลต่อไป

ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

5 สิงหาคม 54

สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2554

เขียนและเรียบเรียงโดย ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
และประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์

ผู้รวบรวม : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
พิมพ์ครั้งแรก : สิงหาคม 2554
จำนวน : 1,000 เล่ม

สนับสนุนโดย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
พิมพ์ที่ : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์
โทรศัพท์ 0-2457-2593

ออกแบบรูปเล่ม : Adisak Naowarattanakorn

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 5 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400
โทร: +662-354-5346 แฟ็กซ์: +662-354-5347
อีเมลล์: webmaster@trc.or.th
เว็บไซต์ : www.trc.or.th

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร		จ
บทที่		
1.	สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยกับประสิทธิภาพการดำเนินการควบคุมยาสูบ	1
2.	ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย	27
3.	การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศไทย	33
4.	การดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย	42
5.	ความก้าวหน้าในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทยและข้อเสนอแนะ	65
ภาคผนวก		
1.	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 15 พ.ศ.2554 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์และยาเส้นตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535	69
2.	สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ	71
เอกสารอ้างอิง		74

สารบัญภาพ

รูปที่		หน้า
1	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย ปี พ.ศ.2534-พ.ศ.2552	1
2	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-พ.ศ.2552 แบ่งตามเพศ	2
3	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-พ.ศ.2552 แบ่งตามช่วงอายุ	3
4	สัดส่วนประเภทยาสูบที่บริโภคของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2550	6
5	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-พ.ศ.2550 แบ่งตามระดับการศึกษาที่จบสูงสุด	8
6	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-พ.ศ.2552 แบ่งตามภูมิภาค	12
7	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-พ.ศ.2552 แบ่งตามเขตการปกครอง	12
8	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-พ.ศ.2552 ในเขตเทศบาล แบ่งตามภาค	14
9	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-พ.ศ.2552 นอกเขตเทศบาล แบ่งตามภาค	15
10	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2552 เพศชาย แบ่งตามภาค	17
11	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2552 เพศหญิง แบ่งตามภาค	18

สารบัญภาพ (ต่อ)

รูปที่		หน้า
12	อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2548	19
13	อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2550	20
14	ปริมาณการผลิตใบยาสูบในภูมิภาคอาเซียน พ.ศ.2549	33
15	รายได้สรรพสามิตบุหรี่ซิการแรต ยอดจำหน่าย อัตราภาษีบุหรี่ซิการแรตกับอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน	36
16	ส่วนแบ่งการตลาดของบุหรี่ซิการแรตจำแนกตามแบรนด์/ยี่ห้อของประเทศไทย พ.ศ.2552	38
17	มาตรการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ตามช่วงเวลา พ.ศ.2532-2552	45
18	การเชื่อมโยงระหว่างภาคี ของการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ	46
19	ภาพซ้อนรายได้สรรพสามิตบุหรี่ซิการแรต ยอดจำหน่าย อัตราภาษีบุหรี่ซิการแรตกับอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน	58
20	กิจกรรมการแทรกแซงเพื่อลดจำนวนคนสูบบุหรี่	64

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลจำนวนและสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค	5
2	สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน อายุ 15-24 ปี จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค ระหว่างปี พ.ศ.2534-2552	7
3	อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอาชีพเฉพาะ	9
4	เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2548 และ พ.ศ.2550 เรียงลำดับจากจังหวัดที่มีอัตราสูบบุหรี่ต่ำสุดไปสูงสุด	21
5	การตายที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2552	28
6	จำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2552	29
7	จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย เพศชาย พ.ศ.2552	30
8	จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย เพศหญิง พ.ศ.2552	30
9	สรุปบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาคีในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ	37
10	ปริมาณและภาษีบุหรี่ซิกาแรตในประเทศและนำเข้า ปีงบประมาณ 2545-2552	39
11	ตารางเปรียบเทียบข้อมูลบริษัทบุหรี่รายบริษัทเฉพาะบริษัทที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด 3 อันดับแรก	47

1. ปี พ.ศ.2552 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ 10.90 ล้านคน (20.70%) อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายเท่ากับ 40.47% เพศหญิงเท่ากับ 2.01% โดยมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 35.31% จากปี พ.ศ.2534 ถึงปี พ.ศ.2552
2. ในขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ในภาพรวมยังไม่เพิ่มขึ้น แต่กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษคือกลุ่มอายุต่ำกว่า 19 ปี และอายุระหว่าง 19 ถึง 24 ปี ซึ่งส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ในเพศหญิงเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ.2552 เป็น 2.01% จากที่เคยลดลงต่ำสุดในปี พ.ศ.2550 ที่ 1.94% และ จำนวนผู้สูบบุหรี่ทั่วประเทศเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 10.86 ล้านคน (21.22%) เป็น 10.90 ล้านคน (20.70%) ระหว่างปี พ.ศ.2550 ถึงปี พ.ศ.2552
3. ปี พ.ศ.2552 อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 13-15 ปีสูงถึง 11.7% (เพศชาย 20.1% เพศหญิง 3.8%) และอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-18 ปี เป็น 7.62% (เพศชาย 14.36% เพศหญิง 0.64%) ส่วนอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 19-24 ปี เป็น 22.19% (เพศชาย 42.96% เพศหญิง 0.41%)
4. สัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ซองและบุหรี่มวนเองเกือบอย่างละ 50% แต่ยังไม่มีมาตรการด้านภาษีหรือการควบคุมการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์เทียบเท่ากับบุหรี่ซองจากโรงงาน
5. กลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษายังมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงที่สุดในทุกรอบการสำรวจ แต่ช่องว่างของความแตกต่างระหว่างกลุ่มลดลง
6. การควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมาได้ผลในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลและได้ผลดีในกรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคอีสานและภาคใต้ตามลำดับ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับมาตรการที่มีผลนอกเขตเทศบาลด้วยและมุ่งแก้ปัญหาระดับพื้นที่ในภาคใต้และภาคอีสานให้มากขึ้น โดยเจาะจงไปยังจังหวัดที่มีปัญหาการบริโภคยาสูบสูง

7. กลุ่มผู้นำทางศาสนา มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 58.6% (พุทธ 59.6%, คริสต์ 46.2%, อิสลาม 58.0%)และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชาย อายุ 35-60 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 44.0% ทั้งคู่ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงมาก จึงควรเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการเลิกการบริโภคยาสูบเพื่อเป็นแบบอย่างแก่สังคม
8. จากการศึกษาภาระโรคในปี พ.ศ.2552 พบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยประมาณ 48,244 คนต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 6 คน และผู้หญิง 1 ใน 25 คนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (ปีที่มีสุขภาพดี) จากการตายก่อนวัยอันควรและความพิการ 6.0 แสนปี หรือ 11.1% ของภาระโรคทั้งหมดในผู้ชาย และสูญเสียปีสุขภาวะ 8.8 หมื่นปี หรือ 2.1% ของภาระโรคทั้งหมดในผู้หญิง ซึ่งในจำนวนนี้มาจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและมะเร็งปอดเป็นหลัก
9. ข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พ.ศ.2552 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 39.1% (เพศชาย 43.4%, เพศหญิง 35.1%) ยังได้รับควันบุหรี่ในบ้าน และสัมผัสควันบุหรี่ในที่ทำงานถึง 27.2% (เพศชาย 34.9%, เพศหญิง 18.9%) ซึ่งประชากรเหล่านี้สมควรได้รับความคุ้มครอง
10. การศึกษาเปรียบเทียบรายจ่ายครัวเรือนไทย พบว่าครัวเรือนไทยมีรายจ่ายเพื่อการบริโภคสุราเฉลี่ย 6-7.5% ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบเฉลี่ย 2-4% และเพื่อการรักษาพยาบาล 2-4% ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด โดยในภาพรวมรายจ่ายเพื่อสินค้าที่ทำลายสุขภาพสูงกว่ารายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลไม่น้อยกว่า 4-8% ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน
11. ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก มีผลบังคับตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 กรอบข้อตกลงดังกล่าวได้เสนอมาตรการในการควบคุมยาสูบ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 5 ประเภท คือ 1) มาตรการลดอุปสงค์การบริโภคยาสูบ 2)มาตรการด้านอุปทานเพื่อการลดการบริโภคยาสูบ 3)การควบคุมกำกับสารประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

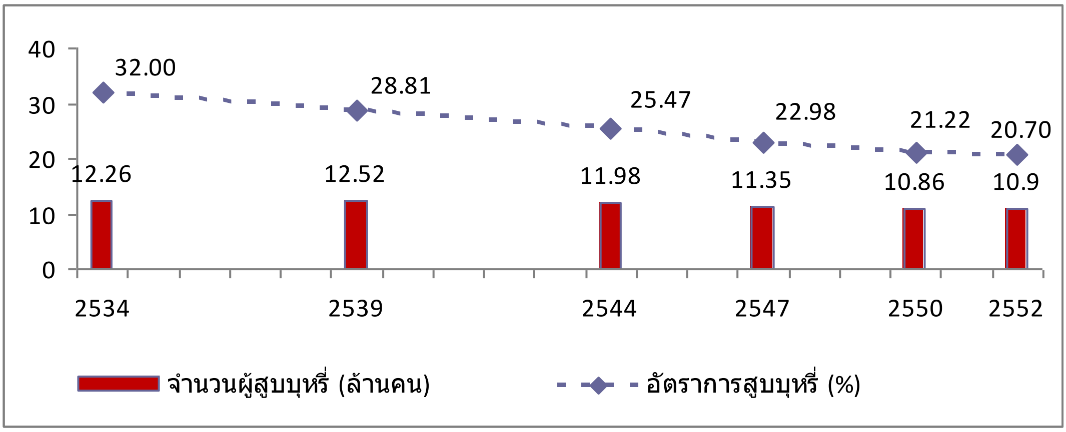
4)มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และ 5)การช่วยให้ผู้เสพติดเลิกใช้ยาสูบ

12. แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557 ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่, 2) การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ, 3)การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่, 5) การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ 6) การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย 7) การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี และ 8) การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ
13. เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2553 การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแห่งชาติ ครั้งที่ 3 สมัชชาได้พิจารณารายงานเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ และรับรองมติให้ภาคีร่วมกันขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ
14. การควบคุมยาสูบต้องมุ่งเป้ามากขึ้นโดยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินมาตรการที่เจาะจงผลสัมฤทธิ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย 3 ลด 2 เพิ่ม โดย 3 ลด คือ 1) การลดนักสูบหน้าใหม่ (อายุ 15-24 ปี, 19-24 ปี) ทั้งเพศชายและหญิง 2) ลดจำนวนผู้สูบเดิมในเขตชนบท โดยเฉพาะผู้บริโภคยาเส้น อายุระหว่าง 15-44 ปี 3) ลดควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน และ 2 เพิ่ม คือ 1) เพิ่มกลไกการป้องกันอุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบของรัฐ และ 2) เพิ่มผู้ขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ จังหวัดและท้องถิ่น

1.สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยกับประสิทธิภาพการดำเนินการควบคุมยาสูบ

1.1 จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2552 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ 10.90 ล้านคน (20.70%) อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายเท่ากับ 40.47% เพศหญิงเท่ากับ 2.01% เมื่อพิจารณาแนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในรอบ 18 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2534-2552) พบว่าลดลง โดยมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 35.31% แต่ในปี พ.ศ.2552 กลับมีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2550 เล็กน้อย กล่าวคือ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ในปี พ.ศ.2534 มีจำนวน 12.26 ล้านคน (32.00%) ลดลงเป็น 10.86 ล้านคน (21.22%) ในปี พ.ศ.2550 แต่ในปี พ.ศ.2552 กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 10.90 ล้านคน (20.70%)[1] รูปที่ 1

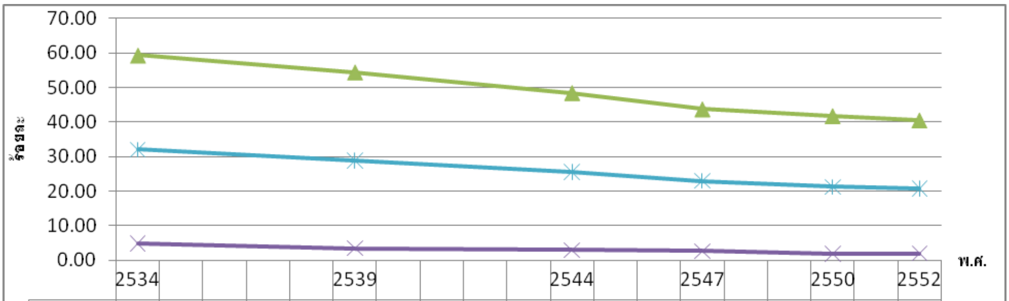


รูปที่ 1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2534-2552

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

เมื่อพิจารณาตามเพศจะพบว่าในรอบ 18 ปีที่ผ่านมาจากปี พ.ศ.2534-พ.ศ.2552 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรเพศชายมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงน้อยกว่าเพศหญิง คือ 31.87% และ 59.38% ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชากรเพศหญิงตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมยาสูบที่ผ่านมาได้ดี ดังรูปที่ 2

แต่ในช่วงปี พ.ศ.2552 ที่ผ่านมา การสำรวจพบว่าเพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่สูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็น 2.01% จากที่เคยต่ำสุดในปี พ.ศ.2550 ที่ 1.94%



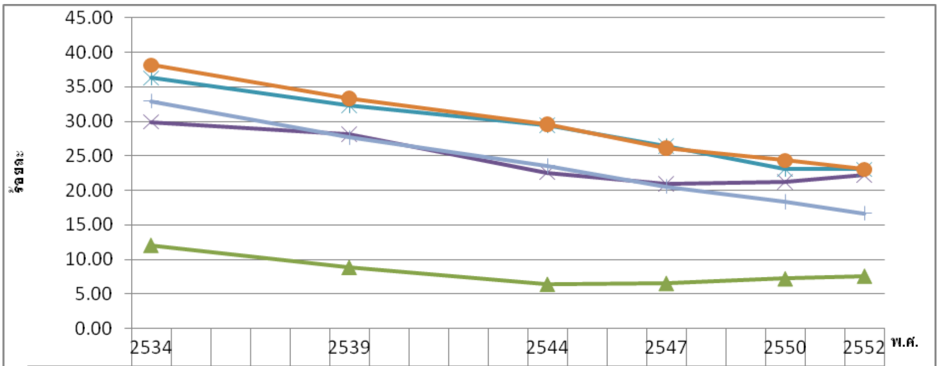
	2534	2539	2544	2547	2550	2552
ชาย	59.3	54.4	48.4	43.6	41.7	40.4
หญิง	4.95	3.50	2.95	2.64	1.94	2.01
รวม	32.0	28.8	25.4	22.9	21.2	20.7

รูปที่ 2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-พ.ศ.2552 แบ่งตามเพศ

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

เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่มีอัตราการลดการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในรอบ 18 ปี คือ กลุ่มอายุ 41-59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป *(อัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงเท่ากับ 39.63% และ 49.54% ตามลำดับ)* แสดงให้เห็นว่ามาตรการควบคุมยาสูบได้ผลดีในกลุ่มอายุดังกล่าว แต่มาตรการดังกล่าวยังให้ผลไม่ดีเท่าที่ควรในกลุ่มอายุ 15-18 ปี และ กลุ่มอายุ 19-24 ปี *(อัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงเพียง 36.50% และ 26.09% ตามลำดับ) นอกจากนี้*ยังพบว่ากลุ่มอายุดังกล่าวมีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ.2552 เทียบ

จากปี พ.ศ.2550 (0.37%-0.9% ของประชากรในกลุ่มอายุเดียวกัน) ในขณะที่กลุ่มอายุ 25-40 ปี ลดลงแล้วเริ่มมีอัตราการสูบบุหรี่เกือบคงที่ระหว่างปี พ.ศ.2550 ถึง พ.ศ.2552 ดังรูปที่ 3



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

รูปที่ 3 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-พ.ศ.2552 แบ่งตามช่วงอายุ

1.2 อัตราการสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชน

การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยในปี พ.ศ.2552 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 13-15 ปีสูงถึง 11.7% (เพศชาย 20.1% เพศหญิง 3.8%) และเป็นที่น่าตกใจว่า 8% ของเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน คิดว่าตนเองจะเริ่มสูบบุหรี่ในปีหน้า[2] ซึ่งข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยควรมีมาตรการในการรับมือเพื่อป้องการนักสูบหน้าใหม่เหล่านี้จากการชักจูงให้เอาแบบอย่างผ่านสื่อโฆษณาและกลยุทธ์ทางการตลาดจากอุตสาหกรรมยาสูบ

นอกจากนี้การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 ยังพบว่าเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ส่วนใหญ่ 93.60% ไม่เคยถูกผู้ขายขอดูบัตรประชาชนและส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่แบบแบ่ง

มวนขายหรือซื้อเป็นมวน 68.25% รองลงมาซื้อเป็นซองร้อยละ 31.46 และอีกเล็กน้อยซื้อเป็นห่อใหญ่หรือคาร์ตัน 0.29[3] %

1.3 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก

จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2550 พบว่าประชากรไทยที่สูบบุหรี่เป็นประจำเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกโดยเฉลี่ยเมื่ออายุประมาณ 18 ปี โดยเพศชายเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 18 ปี ส่วนเพศหญิงเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 22 ปี ซึ่งแนวโน้มการเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในรอบ 18 ปีคือตั้งแต่ปี พ.ศ.2534-พ.ศ.2550 ไม่แตกต่างไปจากเดิมมากนัก

1.4 ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันของประชากรไทย

จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2550 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ต่อวันเฉลี่ยสูงถึง 10 มวนต่อวัน โดยแบ่งเป็นผู้สูบน้อยกว่า 10 มวน จำนวน 5.06 ล้านคน (46.6%) และผู้สูบตั้งแต่ 10 มวนขึ้นไป จำนวน 5.79 ล้านคน (53.4%)[4] ซึ่งผู้สูบ 10 มวนขึ้นไปเป็นผู้ที่ติดนิโคตินที่จำเป็นต้องใช้ยาในการบำบัดโรคติดบุหรี่

1.5 ประเภทบุหรี่ที่สูบเป็นประจำ

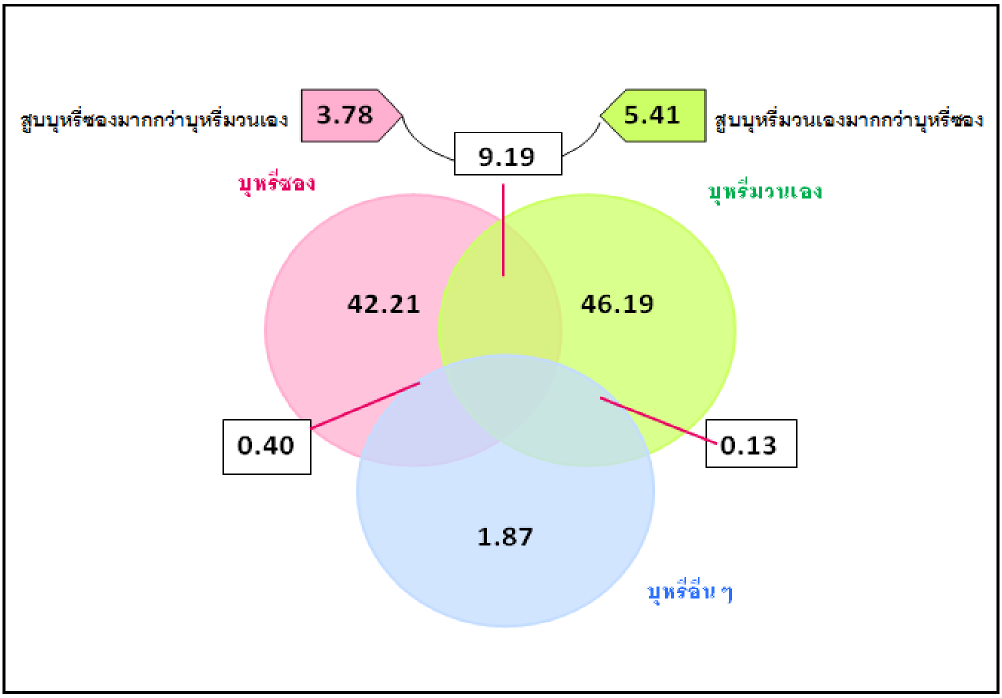
ผลการสำรวจประเภทบุหรี่ที่นิยมสูบเป็นประจำของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ.2544 พ.ศ.2547 พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2552 พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ซองและบุหรี่มวนเองเกือบอย่างละ 50% นอกนั้นเป็นบุหรี่ซิการ์ ไปป์ บุหรี่ขี้โย อยู่ระหว่าง 0.16-3.40% โดยข้อมูลการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ.2552 พบว่าผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 10,905,191 คน สูบบุหรี่ซองสูงเป็นอันดับแรกจำนวน 5.84 ล้านคน คิดเป็น 53.51% รองลงมาสูบบุหรี่มวนเอง 4.80 ล้านคน คิดเป็น 43.99% สูบบุหรี่อื่นๆ จำนวน 2.72 แสนคน คิดเป็น 2.50% ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนและสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค

<table>
<tr><th rowspan="2">ประเภทยาสูบ</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></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></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></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></tr>
<tr><td>บุหรี่ซิการ์</td><td rowspan="4">19,331</td><td rowspan="4">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></tr>
<tr><td>ไปป์</td><td>5,198</td><td>0.04</td><td>10,629</td><td>0.09</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></tr>
<tr><td>บุหรี่อื่นๆ</td><td>112,171</td><td>0.99</td><td>8,647</td><td>0.08</td><td>39,537</td><td>0.36</td></tr>
<tr><td>รวมผู้สูบปัจจุบัน</td><td>11,984,874</td><td>100.00</td><td>11,354,283</td><td>100.00</td><td>10,857,756</td><td>100.00</td><td>10,905,191</td><td>100.00</td></tr>
</table>

*ข้อมูลปี พ.ศ.2550 เฉพาะประเภทบุหรี่ที่สูบมากที่สุด คำตอบเดียว

ในการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2550 ผู้ตอบสามารถเลือกตอบประเภทยาสูบที่บริโภคได้มากกว่าหนึ่งประเภท ดังนั้นจึงได้วิเคราะห์โดยพิจารณาจากยาสูบ 2 ประเภทแรกที่ผู้ตอบบริโภคมากที่สุด ซึ่งพบว่าผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 10,857,755 คน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มวนเองเพียงอย่างเดียว 46.19% รองลงมาสูบบุหรี่ซองอย่างเดียว 42.21% นอกนั้นสูบบุหรี่อื่นๆ เช่น ซิการ์ ไปป์ บุหรี่ขี้โยอย่างเดียว 1.87% นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้นิยมสูบบุหรี่สองประเภท คือ สูบทั้งบุหรี่ซองและบุหรี่มวนเอง 9.19% (ในจำนวนนี้มีผู้สูบบุหรี่มวนเองเป็นประเภทแรกและสูบบุหรี่ซองเป็นประเภทที่สอง 5.41%) ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4 สัดส่วนประเภทยาสูบที่บริโภคของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2550

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

โดยสรุปแล้วการที่ระหว่างปี พ.ศ.2544-พ.ศ.2552 มีการสับเปลี่ยนประเภทไปมาระหว่างประเภทบุหรี่ที่นิยมสูบมากที่สุด คือ บุหรี่ซองและบุหรี่มวนเองเนื่องมาจากการขึ้นราคาบุหรี่ซองที่มีผลมาจากการขึ้นภาษีหรือราคาที่ลดลงมาจากการลดภาษีนำเข้าหรือการขยายตลาดของบุหรี่ราคาถูกภายในประเทศ โดยที่ยาเส้นที่เป็นส่วนประกอบของบุหรี่มวนเองมีอัตราภาษีเพียง 0.1% ในขณะที่บุหรี่ซองมีการเพิ่มอัตราภาษีสูงขึ้นตามภาวะเงินเฟ้อ จนปัจจุบันมีอัตราภาษีอยู่ที่ 85% จากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่นๆ(ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบนำเข้า

เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ในระหว่างปี พ.ศ.2534-2552 พบว่า ปี พ.ศ.2552 มีสัดส่วนการสูบบุหรี่ซิกาแรตเพิ่มขึ้น โดยในกลุ่มอายุ 15-18 ปี มีสัดส่วนการสูบบุหรี่ซิกาแรตที่เพิ่มขึ้นจาก 68.74% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 73.03% ในปี พ.ศ.2552 ส่วนกลุ่มอายุ 19-24 ปี มีสัดส่วนการสูบบุหรี่ซิกาแรตที่เพิ่มขึ้นจาก 64.87% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 72.15% ในปี พ.ศ.2552 ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน อายุ 15-24 ปี จำแนกตามประเภทยาสูบที่บริโภค ระหว่างปี พ.ศ.2534-2552

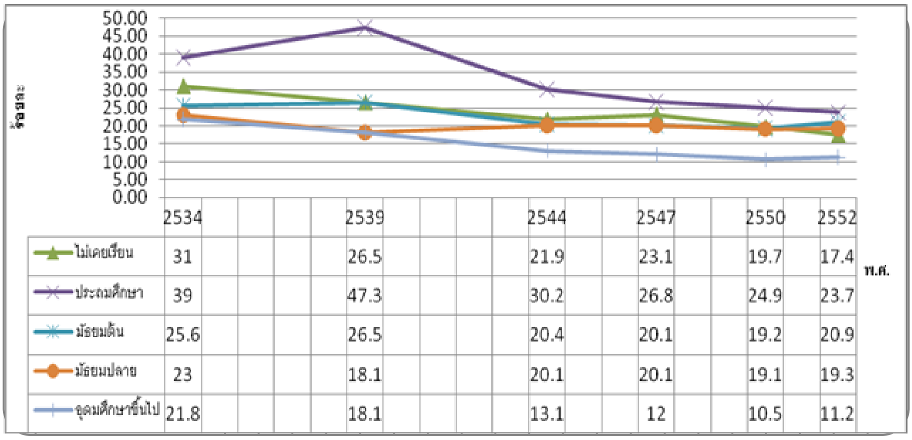
ปี พ.ศ.	**15-18 ปี**			**19-24 ปี**		
	บุหรี่ซิกาแรต	บุหรี่มวนเอง	บุหรี่อื่น	บุหรี่ซิกาแรต	บุหรี่มวนเอง	บุหรี่อื่น
2534	60.72	36.55	2.73	64.08	35.74	0.18
2539	84.55	14.10	1.35	82.07	17.80	0.13
2544	61.50	38.50	0	64.90	35.00	0.10
2547	63.40	35.60	1.04	67.90	29.80	2.34
2550	68.74	30.43	0.83	64.87	34.66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

ที่มา: ข้อมูลจากสำนักงานสถิติ

วิเคราะห์โดย ศรัณญา เบญจกุล และคณะ สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534-พ.ศ.2552

1.6 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามปัจจัยการศึกษาและกลุ่มอาชีพเฉพาะ

เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาที่จบสูงสุดพบว่าในรอบ 18 ปีที่ผ่านมา(ปี พ.ศ. 2534-พ.ศ.2550)[5] กลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษายังมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงที่สุดในทุกรอบการสำรวจ แต่ช่องว่างของความแตกต่างระหว่างกลุ่มลดลง รูปที่ 5



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

รูปที่ 5 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2550 แบ่งตามระดับการศึกษาที่จบสูงสุด

ในการรวบรวมสถานการณ์อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอาชีพเฉพาะ ได้มุ่งให้ความสนใจกับกลุ่มผู้นำที่สามารถชี้นำสังคมและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ควรได้รับความสนใจในการแก้ปัญหา ขณะนี้มีผลการวิจัยที่พอจะรวบรวมได้ สรุปได้ดังนี้

- ผู้นำศาสนามีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 58.6% (พุทธ 59.6%, คริสต์ 46.2%, อิสลาม 58.0%)
- บุคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 17.4%
- อาสาสมัครสาธารณสุขชายอายุ 35-60 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 44.0%
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 7.5%
- แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 2.4%
- บุคลากรในโรงเรียนมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 9.2%
- กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นชั่วคราวมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 40.83%

ดังนั้นเมื่อเทียบกับอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศที่มีอัตราการสูบบุหรี่ เท่ากับ 40.47% กลุ่มผู้นำทางศาสนาและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชายควรเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการเลิกการบริโภคยาสูบเพื่อเป็นแบบอย่างแก่สังคม ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอาชีพเฉพาะ

บุคลากร/กลุ่มอาชีพเฉพาะ	อัตราการสูบบุหรี่ (%)	แหล่งข้อมูล, ปี
1.ผู้นำศาสนา	เฉลี่ย 58.6% • พุทธ 59.6%, • คริสต์ 46.2%, • อิสลาม 58.0%	• สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ • พฤติกรรมและความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่ของผู้นำทางศาสนา: กรณีศึกษาพระและผู้นำทางศาสนาในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดหัวเมืองใหญ่ในภูมิภาค • ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ • มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2552
2.บุคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	17.4% • สูบทุกวัน 62.9% • สูบเกือบทุกวัน 4.9% • สูบบางครั้ง 30.7%	• มณฑา เก่งการพานิชและคณะ • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการควบคุมยาสูบ • ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ 2554
3.อาสาสมัครสาธารณสุขชายอายุ 35-60 ปี	44.0%*	• ไพรัตน์ อ้นอินทร์และคณะ • การปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ใน

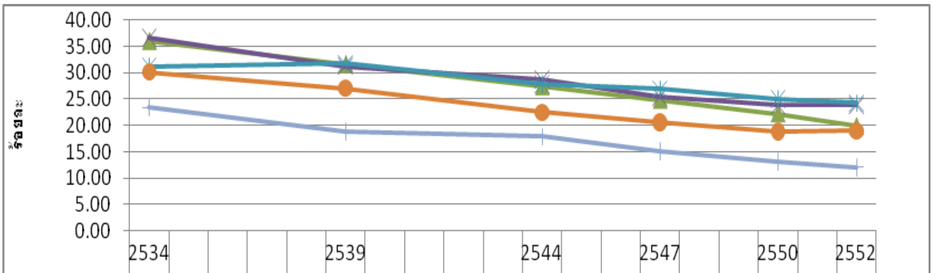
บุคลากร/กลุ่มอาชีพเฉพาะ	อัตราการสูบบุหรี่ (%)	แหล่งข้อมูล, ปี
		อาสาสมัครสาธารณสุขชาย อ.เนินมะปราง จ.พิษณุโลก ● วารสารควบคุมยาสูบศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 2551.
4.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	7.5% ● สัดส่วนชาย 99.2% ● หญิง 0.8%	● ธราดล เก่งการพานิช และคณะ ● การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดำเนินงานเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ● ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ● วารสารควบคุมยาสูบ 2550.
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.กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นชั่วคราว รับจ้างตัด	40.83%	● อนุกูล มะโนทน,สมคิด จูหว้าและรุ่ง วงศ์วัฒน์

บุคลากร/กลุ่มอาชีพเฉพาะ	อัตราการสูบบุหรี่ (%)	แหล่งข้อมูล, ปี
อ้อย จังหวัดสุโขทัย	• สัดส่วนชาย 95.92% • หญิง 4.08%	• การบริโภคยาสูบและการสูบบุหรี่มือสองในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นชั่วคราวในบริบทนโยบายการควบคุมยาสูบไทย: กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นชั่วคราว รับจ้างตัดอ้อย จังหวัดสุโขทัย • ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ 2553.

*อัตราการสูบบุหรี่ประจำ

1.7 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกปัจจัยตามภูมิศาสตร์

เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่าในรอบ 18 ปีที่ผ่านมา ประชากรในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย มีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงลดลงน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับทุกภูมิภาค โดยอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจาก 31.2% ในปี พ.ศ.2534 เป็น 24.2% ในปี พ.ศ.2552 ในขณะที่กรุงเทพฯ มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงลดลงมากที่สุด โดยลดลงจาก 23.4% เป็น 12.0% ในช่วงเวลาเดียวกัน (อัตราการเปลี่ยนแปลงภาคใต้ เท่ากับ -22.35%, ภาคอีสาน เท่ากับ -35.42%, ภาคกลาง เท่ากับ -37.21%, ภาคเหนือ เท่ากับ -45.15% และกรุงเทพฯ เท่ากับ -48.59%) แสดงให้เห็นว่ามาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมาได้ผลน้อยในภาคใต้ รองลงมาคือภาคอีสาน ในขณะที่ได้ผลดีในกรุงเทพฯ รูปที่ 6

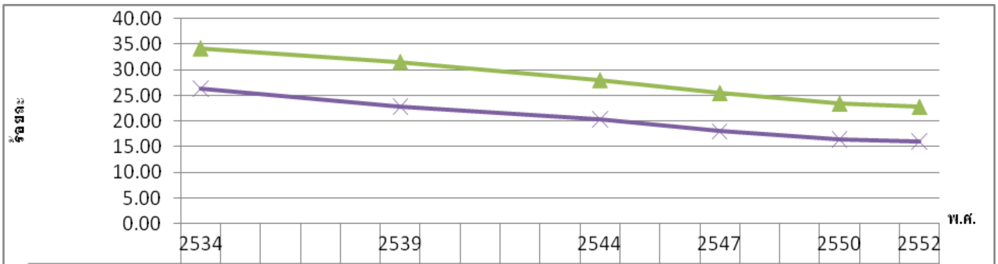


	2534	2539	2544	2547	2550	2552
เหนือ	36.1	31.6	27.4	24.8	22.2	19.8
อีสาน	36.7	31.2	28.7	25.4	23.7	23.7
ใต้	31.2	31.7	27.8	26.9	25.0	24.2
กลาง	30.1	27.1	22.5	20.7	18.8	18.9
กรุงเทพฯ	23.4	18.8	17.9	15.1	13.0	12.0

รูปที่ 6 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2552 แบ่งตามภูมิภาค

1.8 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกปัจจัยตามเขตปกครอง

เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครองพบว่าในรอบ 18 ปีที่ผ่านมา[6] พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาลในทุกรอบการสำรวจ โดยที่อัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงมีความใกล้เคียงกัน คือ 33.53% และ 39.02% ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการการควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมาได้ผลดีในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย รูปที่ 7



	2534	2539	2544	2547	2550	2552
นอกเขตเทศบาล	34.3	31.6	28.0	25.5	23.4	22.8
ในเขตเทศบาล	26.4	22.9	20.4	18.0	16.4	16.1

รูปที่ 7 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2552 แบ่งตามเขตการปกครอง

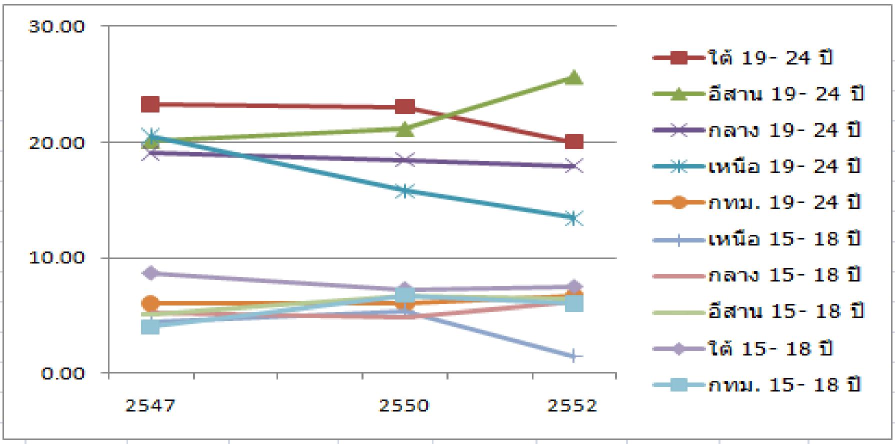
การสำรวจที่สามารถจำแนกข้อมูลเป็นรายจังหวัด ในขณะนี้มีอยู่ 2 ชุด คือ จากโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548 และโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550

1.9 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี แบ่งตามภาคและเขตการปกครอง

1) ในเขตเทศบาล

เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-พ.ศ.2552 ในเขตเทศบาล แบ่งตามภาค พบว่าประชากรไทยกลุ่มอายุ 19-24 ปีในภาคอีสานหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในรอบสองปีที่มีการสำรวจล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2552) คือ 21.13% ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 25.61% ในปี พ.ศ.2552 แต่กลุ่มอายุเดียวกันในภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงคือ 23.05% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 20.03% ในปี พ.ศ.2552

สำหรับเยาวชนไทยกลุ่มอายุ 15-18 ปี ในเขตเทศบาล ในภาคกลางและภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในรอบสองปีที่มีการสำรวจล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยภาคกลางมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 4.85% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 6.15% ในปี พ.ศ.2552 และภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก 7.25% เป็น 7.45% ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่ภาคเหนือเยาวชนมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง รูปที่ 8



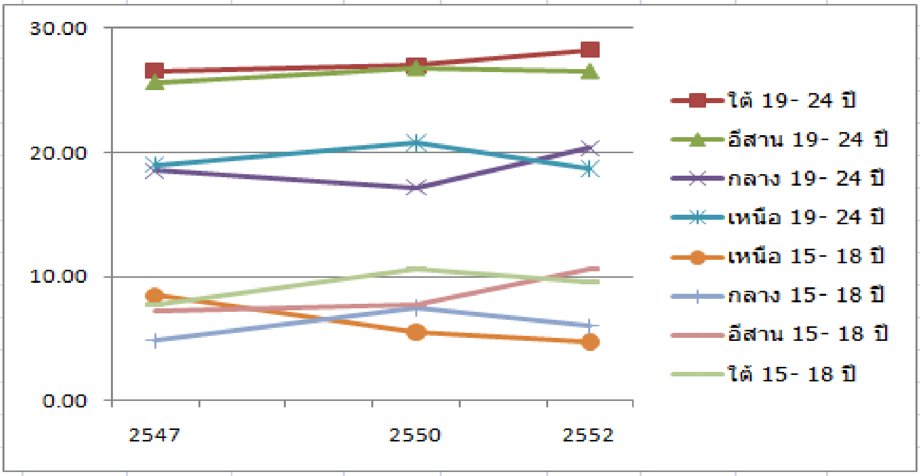
ภาค อายุ	2547			2550		2552
ใต้ 19- 24 ปี	23.26			23.05		20.03
อีสาน 19- 24 ปี	20.08			21.13		25.61
กลาง 19- 24 ปี	19.06			18.48		17.96
เหนือ 19- 24 ปี	20.53			15.77		13.43
กทม. 19- 24 ปี	6.03			5.98		6.74
ใต้ 15- 18 ปี	8.62			7.25		7.45
อีสาน 15- 18 ปี	5.07			6.65		6.48
กลาง 15- 18 ปี	5.26			4.85		6.15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

รูปที่ 8 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2552 ในเขตเทศบาลแบ่งตามภาค

2) นอกเขตเทศบาล

สำหรับอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-พ.ศ. 2552 นอกเขตเทศบาลแบ่งตามภาค พบว่าประชากรไทยกลุ่มอายุ 19-24 ปีในภาคใต้และภาคกลางมีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในรอบสองปีที่มีการสำรวจล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2552) ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น จาก 26.98% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 28.27% ในปี พ.ศ.2552 และภาคกลางเพิ่มขึ้นจาก 17.15% เป็น 20.35% ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่ภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด คือ 20.76% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 18.67% ในปี พ.ศ.2552 ส่วนภาคอีสานมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อย คือ จาก 26.78% เป็น 26.53%

สำหรับเยาวชนไทยกลุ่มอายุ 15-18 ปี นอกเขตเทศบาลในภาคอีสานมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในรอบสองปีที่มีการสำรวจล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ คือมีอัตราการสูบบุหรี่จาก 7.70% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 10.56% ในปี พ.ศ.2552 ในขณะที่ภาคใต้ ภาคกลางและภาคเหนือ เยาวชนในกลุ่มนี้มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง ดังรูปที่ 9



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

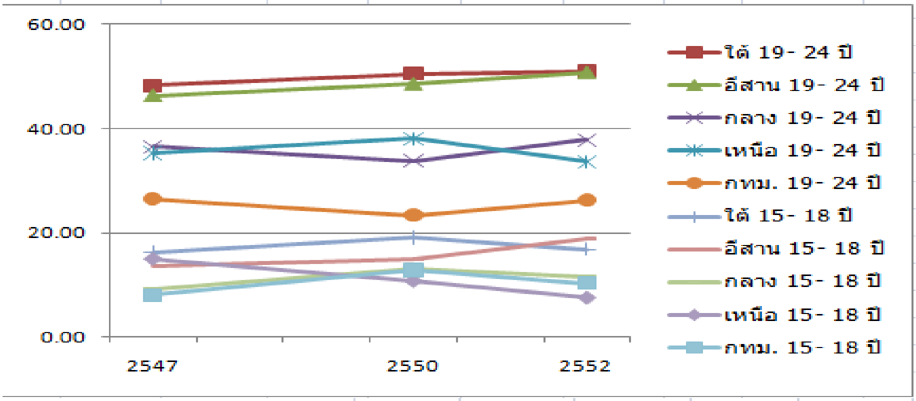
รูปที่ 9 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2552 นอกเขตเทศบาล แบ่งตามภาค

1.10 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี แบ่งตามภาคและเพศ

1) เพศชาย

เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-พ.ศ.2552 เพศชาย แบ่งตามภาค พบว่าประชากรไทยกลุ่มอายุ 19-24 ปีในภาคใต้ ภาคอีสาน ภาคกลาง และกรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในรอบสองปีที่มีการสำรวจล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ *(พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2552)* โดยภาคใต้อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จาก 50.47% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 51.07% ในปี พ.ศ.2552 ภาคอีสานเพิ่มขึ้นจาก 48.52% เป็น 50.75% ภาคกลางเพิ่มขึ้นจาก 33.79% เป็น 37.77% และกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นจาก 23.33% เป็น 26.26% แต่กลุ่มอายุเดียวกันในภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง คือ 30.10% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 33.65% ในปี พ.ศ.2552

สำหรับเยาวชนไทยกลุ่มอายุ 15-18 ปี เพศชาย เฉพาะในอีสานเท่านั้นที่มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในรอบสองปีที่มีการสำรวจล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 14.92% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 18.79% ในปี พ.ศ.2552 ส่วนภาคอื่นๆ เยาวชนไทย เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง ดังรูปที่ 10



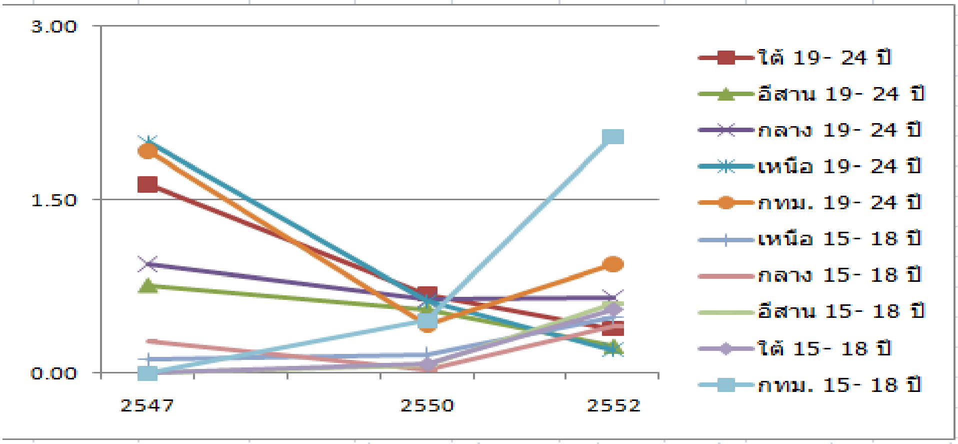
ภาค อายุ	2547			2550		2552
ใต้ 19- 24 ปี	48.24			50.47		51.07
อีสาน 19- 24 ปี	46.30			48.52		50.75
กลาง 19- 24 ปี	36.51			33.79		37.77
เหนือ 19- 24 ปี	35.32			38.10		33.65
กทม. 19- 24 ปี	26.49			23.33		26.26
ใต้ 15- 18 ปี	16.35			19.13		16.84
อีสาน 15- 18 ปี	13.74			14.92		18.79
กลาง 15- 18 ปี	9.26	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

รูปที่ 10 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2552 เพศชาย แบ่งตามภาค

2) เพศหญิง

สำหรับอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-พ.ศ. 2552 เพศหญิง แบ่งตามภาค พบว่าเยาวชนไทยอายุ 15-18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในทุกภาคของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนเพศหญิงในกรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดที่สุดในรอบสองปีที่มีการสำรวจล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 0.45% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 2.05% ในปี พ.ศ. 2552 ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจาก 0.16% เป็น 0.49% ภาคกลางเพิ่มขึ้น 0.03% เป็น 0.40% ภาคอีสานเพิ่มขึ้น 0.06% เป็น 0.60% และภาคใต้เพิ่มขึ้น 0.08% เป็น 0.56% ในช่วงเวลาเดียวกัน

สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 19-24 ปี ในกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติพบว่า ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ.2550 เยาวชนมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี พ.ศ. 2547 แต่ในปี พ.ศ.2552 มีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นจาก 0.42% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 0.94% ในปี พ.ศ.2552 เช่นเดียวกับภาคกลางที่ในปี พ.ศ.2550 มีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงจากปี พ.ศ. 2549 แต่ในปี พ.ศ.2552 อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนเพศหญิงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือ 0.64% ในปี พ.ศ.2550 เป็น 0.66% ในปี พ.ศ.2552 ส่วนภาคอื่นๆ กลุ่มอายุเดียวกันนี้มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังรูปที่ 11

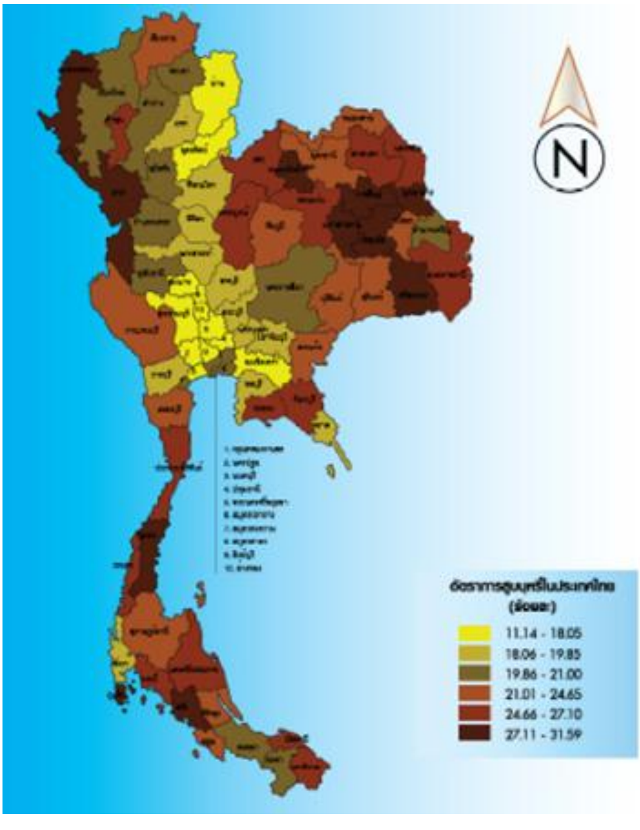


ภาค อายุ	2547			2550		2552
ใต้ 19- 24 ปี	1.63			0.68		0.38
อีสาน 19- 24 ปี	0.76			0.55		0.23
กลาง 19- 24 ปี	0.94			0.64		0.66
เหนือ 19- 24 ปี	1.99			0.62		0.20
กทม. 19- 24 ปี	1.92			0.42		0.94
ใต้ 15- 18 ปี	0.00			0.08		0.56
อีสาน 15- 18 ปี	0.00			0.06		0.60
กลาง 15- 18 ปี	0.28			0.03		0.40
เหนือ 15-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

รูปที่ 11 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15-24 ปี พ.ศ.2547-2552
เพศหญิง แบ่งตามภาค

1.11 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกปัจจัยตามรายจังหวัด พ.ศ.2548

จากการสำรวจของโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548 ซึ่งเป็นการสำรวจในกลุ่มประชาชนไทยที่มีอายุ 15-74 ปี ข้อมูลที่ได้สามารถแสดงผลการประมาณค่าความชุกของประชากรระดับประเทศ ภาค เขต สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และจังหวัดที่ดำเนินการสำรวจ พบว่า 11 จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงสุด ได้แก่ คือ ศรีสะเกษ, ตาก, กาฬสินธุ์, แม่ฮ่องสอน, ชุมพร, หนองบัวลำภู, มุกดาหาร, ร้อยเอ็ด, ตรัง, มหาสารคาม และกระบี่ ตามลำดับ รูปที่ 12 ตารางที่ 4

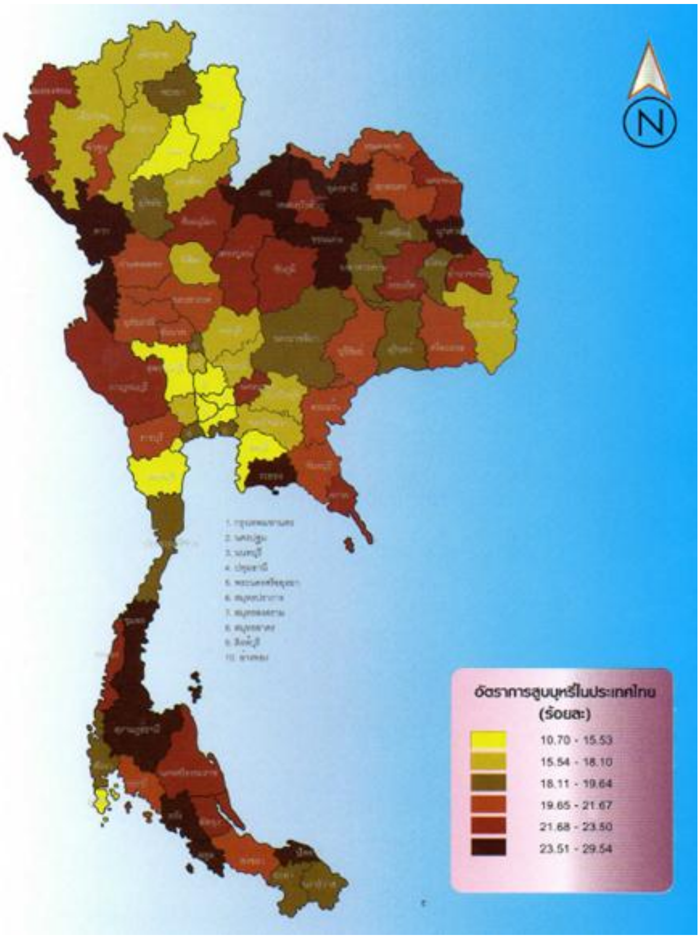


รูปที่ 12 อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2548

ที่มา: โครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548

1.12 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกปัจจัยตามรายจังหวัด พ.ศ.2550

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 พบว่า 10 จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงสุด ได้แก่ ตาก ชุมพร สุราษฎร์ธานี สตูล อุดรธานี เลย มุกดาหาร ตรัง และขอนแก่นตามลำดับ รูปที่ 13 ตารางที่ 4



รูปที่ 13 อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2550[1]

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

---

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

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2548 และ พ.ศ.2550 เรียงลำดับจากจังหวัดที่มีอัตราสูบบุหรี่ต่ำสุดไปสูงสุด

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550	
	ลำดับที่	อัตราการสูบบุหรี่ (%)	ลำดับที่	อัตราการสูบบุหรี่ (%)
1. กรุงเทพมหานคร	37	20.76	3	11.61
2. กระบี่	66	27.49	52	21.52
3. กาญจนบุรี	48	23.11	53	21.81
4. กาฬสินธุ์	74	30.15	31	19.13
5. กำแพงเพชร	36	20.62	49	21.13
6. ขอนแก่น	54	25.12	67	23.67
7. จันทบุรี	61	26.60	47	20.8
8. ฉะเชิงเทรา	11	17.46	14	15.6
9. ชลบุรี	20	18.68	8	13.74
10. ชัยนาท	9	16.00	45	20.29
11. ชัยภูมิ	42	22.40	65	23.47
12. ชุมพร	72	29.37	74	25.97
13. เชียงราย	44	22.62	26	18.07
14. เชียงใหม่	39	20.86	24	17.96
15. ตรัง	68	27.74	68	23.71
16. ตราด	22	19.16	63	23.00
17. ตาก	75	30.82	75	29.23
18. นครนายก	18	18.45	55	22.05
19. นครปฐม	3	12.83	15	15.73

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550	
	ลำดับที่	อัตราการสูบบุหรี่ (%)	ลำดับที่	อัตราการสูบบุหรี่ (%)
20. นครพนม	63	26.89	62	22.91
21. นครราชสีมา	35	20.58	32	19.24
22. นครศรีธรรมราช	62	26.62	54	21.84
23. นครสวรรค์	15	18.32	11	15
24. นนทบุรี	1	11.14	4	12.61
25. นราธิวาส	57	25.90	29	18.75
26. น่าน	2	11.71	1	10.7
27. บุรีรัมย์	49	23.69	46	20.54
28. ปทุมธานี	7	14.26	5	13.11
29. ประจวบคีรีขันธ์	59	26.45	35	19.31
30. ปราจีนบุรี	19	18.59	18	16.68
31. ปัตตานี	60	26.49	76	29.54
32. พระนครศรีอยุธยา	5	14.71	2	11.6
33. พะเยา	34	20.46	37	19.59
34. พังงา	17	18.40	33	19.26
35. พัทลุง	43	22.52	58	22.11
36. พิจิตร	26	19.82	23	17.94
37. พิษณุโลก	23	19.32	61	22.78
38. เพชรบุรี	45	22.84	6	13.43
39. เพชรบูรณ	53	24.83	60	22.71
40. แพร่	16	18.39	12	15.4
41. ภูเก็ต	12	17.60	13	15.47

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550	
	ลำดับที่	อัตราการสูบบุหรี่ (%)	ลำดับที่	อัตราการสูบบุหรี่ (%)
42. มหาสารคาม	67	27.61	39	19.62
43. มุกดาหาร	70	28.22	69	23.95
44. แม่ฮ่องสอน	73	29.93	57	22.11
45. ยโสธร	47	23.06	30	18.86
46. ยะลา	33	20.18	34	19.28
47. ร้อยเอ็ด	69	28.11	56	22.08
48. ระนอง	64	26.94	66	23.52
49. ระยอง	24	19.45	21	17.03
50. ราชบุรี	14	18.09	41	19.73
51. ลพบุรี	21	19.02	25	18.06
52. ลำปาง	32	20.17	19	16.74
53. ลำพูน	56	25.64	50	21.2
54. เลย	55	25.19	70	24.61
55. ศรีสะเกษ	76	31.59	44	19.89
56. สกลนคร	58	26.37	42	19.79
57. สงขลา	27	19.89	43	19.85
58. สตูล	46	22.96	72	25.25
59. สมุทรปราการ	30	20.07	10	14.2
60. สมุทรสงคราม	31	20.09	9	13.85
61. สมุทรสาคร	4	14.14	36	19.46
62. สระแก้ว	41	22.13	48	21.09
63. สระบุรี	25	19.62	17	16.26

ชื่อจังหวัด	พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550	
	ลำดับที่	อัตราการสูบบุหรี่ (%)	ลำดับที่	อัตราการสูบบุหรี่ (%)
64. สิงห์บุรี	8	14.59	27	18.14
65. สุโขทัย	29	19.98	28	18.4
66. สุพรรณบุรี	10	16.71	7	13.54
67. สุราษฎร์ธานี	40	22.03	73	25.5
68. สุรินทร์	50	24.15	38	19.61
69. หนองคาย	51	24.16	40	19.66
70. หนองบัวลำภู	71	28.91	64	23.00
71. อ่างทอง	6	14.20	22	17.85
72. อุดรธานี	52	24.62	71	24.91
73. อุตรดิตถ์	13	18.03	20	16.74
74. อุทัยธานี	38	20.83	51	21.38
75. อุบลราชธานี	65	27.09	16	16
76. อำนาจเจริญ	28	19.97	59	22.19

แหล่งที่มา: พ.ศ.2548 จากโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ และ พ.ศ.2550 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.13 สรุปประสิทธิภาพการดำเนินการควบคุมยาสูบ

1. ในรอบ 18 ปีที่ผ่านมาจากปี พ.ศ.2534-พ.ศ.2552 % อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในภาพรวมมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงเท่ากับ 35.31% อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรเพศชายมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงน้อยกว่าเพศหญิง คือ 31.87% และ 59.38% ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชากรเพศหญิงตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมยาสูบที่ผ่านมาได้ดี
2. กลุ่มอายุที่มีอัตราการลดการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในรอบ 18 ปี คือ กลุ่มอายุ 41-59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นว่ามาตรการควบคุมยาสูบได้ผลดีในกลุ่มอายุดังกล่าว แต่มาตรการดังกล่าวยังให้ผลไม่ดีเท่าที่ควรในกลุ่มอายุ 15-18 ปี และกลุ่มอายุ 19-24 ปี ซึ่งมีอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นระหว่างพ.ศ.2550-พ.ศ.2552
3. การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยในปี พ.ศ.2552 อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 13-15 ปีสูงถึง 11.7% (เพศชาย 20.1% เพศหญิง 3.8%)
4. สัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ซองและบุหรี่มวนเองเกือบอย่างละ 50% นอกนั้นเป็นบุหรี่ซิการ์ ไปป์ บุหรี่ขี้โย อยู่ระหว่าง 0.16-3.40% ระหว่างปี พ.ศ.2544-พ.ศ.2552 มีการสับเปลี่ยนประเภทไปมาระหว่างประเภทบุหรี่ที่นิยมสูบมากที่สุด คือ บุหรี่ซอง และบุหรี่มวนเอง เนื่องมาจากการขึ้นราคาบุหรี่ซองที่มีผลมาจากการขึ้นภาษีหรือราคาที่ลดลงมาจากการลดภาษีนำเข้าหรือการขยายตลาดของบุหรี่ราคาถูกภายในประเทศ
5. เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาที่จบสูงสุดพบว่าในรอบ 18 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2534-พ.ศ.2550)[7] กลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษายังมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงที่สุดในทุกรอบการสำรวจ แต่ช่องว่างของความแตกต่างระหว่างกลุ่มลดลง
6. การควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมาได้ผลในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลและได้ผลดีในกรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคอีสานและภาคใต้ตามลำดับ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับมาตรการที่มีผลนอกเขตเทศบาลด้วย และมุ่งแก้ปัญหาระดับพื้นที่ในภาคใต้และภาคอีสานให้มากขึ้น โดยเจาะจงไปยังจังหวัดที่มีปัญหาการบริโภคยาสูบสูง

7. กลุ่มผู้นำทางศาสนามีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 58.6% (พุทธ 59.6%, คริสต์ 46.2%, อิสลาม 58.0%) และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชาย อายุ 35-60 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 44.0% ทั้งคู่ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงมาก จึงควรเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการเลิกการบริโภคยาสูบเพื่อเป็นแบบอย่างแก่สังคม

****

2.ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย

2.1 ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย

2.1.1 การเจ็บป่วยและการตาย

การบริโภคยาสูบและยาเส้น มีผลเสียต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน[8] และนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาระโรคสูงสุดเป็นอันดับ 3 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่นำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอดในปี พ.ศ.2546 คิดเป็น 20.51 พันล้านบาท ส่วนค่ารักษาพยาบาลคิดเป็น 145,028.80 บาทต่อคนต่อปี[9]

ปี พ.ศ.2549 ประมาณการว่ามีผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือโรคมะเร็งปอด 5,299 ราย โรคหัวใจ 52,605 ราย และโรคถุงลมโป่งพอง 624,309 รายรวมค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน 9,857 ล้านบาท คิดเป็น 0.48% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ในปี พ.ศ.2549[10]

ข้อมูลการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยของกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาทุก 5 ปี พบว่าจากสถานการณ์การสูบบุหรี่ล่าสุดในปี พ.ศ.2552 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยประมาณ 48,244 คนต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 6 คน และผู้หญิง 1 ใน 25 คนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะหรือปีที่มีสุขภาพดีจากการตายก่อนวัยอันควรและความพิการ 6.0 แสนปี หรือ 11.1% ของภาระโรคทั้งหมดในผู้ชายและสูญเสียปีสุขภาวะ 8.8 หมื่นปี หรือ 2.1% ของภาระโรคทั้งหมดในผู้หญิง ซึ่งในจำนวนนี้มาจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและมะเร็งปอดเป็นหลัก (24% และ 20% ตามลำดับ) โดยพบว่าภาระโรคจากบุหรี่สูงสุดในโรคมะเร็งปอด คิดเป็น 75% รองลงมาคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็น 50% จากการเปรียบเทียบกับภาระโรคในปี 2547[11] ตารางที่ 5 และตางรางที่ 6 (ประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิต 41,002 คนต่อปีจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่โดยเสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและโรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ) พบว่าแนวโน้มผู้สูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อยแต่ภาระจากโรคยังคงเพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากการสูบบุหรี่ในอดีต โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังตารางที่ 7 และตารางที่ 8 และหากคนไทยทุกคน

ไม่สูบบุหรี่จะทำให้ภาระโรคจากการสูบบุหรี่ลดลง 86% ในเพศชายและ 61% ในเพศหญิง ซึ่งปีสุขภาวะที่สูญเสียไปนั้นส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศและเศรษฐกิจด้วย

ตารางที่ 5 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 6 จำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร จากการสูบบุหรี่ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ 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 7 จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประเทศไทย เพศชาย พ.ศ.2552

Age	CA Upper aerodig[2]	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 8 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.

[2] upper aerodigestive tract

หมายเหตุ: ประมาณค่าจากอัตราการตายจำแนกตามสาเหตุที่เกี่ยวเนื่องจากการบริโภคยาสูบ และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk -RR). ข้อมูลอัตราการตายมาจากทะเบียนสถิติชีพ สำนักงานทะเบียนราษฎร์และปรับด้วยค่าที่มาจากการศึกษาด้วยวิธี Verbal autopsy

2.1.2 การได้รับควันบุหรี่มือสอง

ถึงแม้ว่าในประเทศไทยร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในบ้านลดลงจาก 85.76% ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 58.95% ในปี พ.ศ.2550[12] แต่ในปี พ.ศ.2552 จากข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 39.1% (เพศชาย 43.4%, เพศหญิง 35.1%) ยังได้รับควันบุหรี่ในบ้าน[13] และสัมผัสควันบุหรี่ในที่ทำงานถึง 27.2% (เพศชาย 34.9%, เพศหญิง 18.9%) ซึ่งประชากรเหล่านี้สมควรได้รับความคุ้มครอง เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเคมีกว่า 4,000 ชนิด เป็นสารพิษมากกว่า 250 ชนิด เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และ 43 ชนิดที่วงการแพทย์ระบุว่าเป็นสารก่อมะเร็ง

จากข้อมูลของสำนักงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา องค์การอนามัยโลก และองค์กรทางวิทยาศาสตร์อื่นๆ ที่ได้ศึกษาเรื่องนี้ระบุตรงกันว่า ควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ที่ไม่มีระดับปลอดภัยในการสัมผัสเลย

เมื่อผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่สู่ร่างกายโดยไม่ได้สูบเอง ปริมาณควันบุหรี่ที่ผู้ไม่สูบได้รับจะขึ้นกับ จำนวนบุหรี่ที่มีการสูบในห้องนั้น ระยะเวลาที่อยู่ในห้องเดียวกันและขนาดของห้องและการถ่ายเทอากาศของห้องนั้น[14] ซึ่งควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของโรคและการตายก่อนวัยอันควรในเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มือสอง[15] โดยพิษภัยจากควันบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การเจริญเติบโตของเด็ก โรคมะเร็ง และโรคหัวใจ รวมทั้งหมด 13 โรค อาทิ Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) โรคมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม เป็นต้น[16]

2.2 ผลกระทบด้านรายจ่ายต่อผู้บริโภคยาสูบของประชาชนไทย

การบริโภคยาสูบนอกจากจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบเอง ยังกระทบต่อรายจ่ายของผู้สูบอีกด้วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทยซึ่งดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2550 พบว่า

- ครัวเรือนที่จนที่สุดจ่ายเงินซื้อบุหรี่สูบร้อยละ 8.04 ของรายได้ครัวเรือน เฉลี่ยทุกกลุ่มประมาณร้อยละ 4.44[17] จากการศึกษาเปรียบเทียบรายจ่ายครัวเรือนไทย พบว่าครัวเรือนไทยมีรายจ่ายเพื่อการบริโภคสุราเฉลี่ย 6-7.5% ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบเฉลี่ย 2-4% และเพื่อการรักษาพยาบาล 2-4% ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด โดยในภาพรวมรายจ่ายเพื่อสินค้าที่ทำลายสุขภาพสูงกว่ารายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลไม่น้อยกว่า 4-8% ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน[18]
- ค่าใช้จ่ายจริงของผู้สูบบุหรี่ซองเพียงอย่างเดียวเฉลี่ยสูบวันละ 9 มวนต่อวัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 21.52 บาท ซึ่งประมาณการว่าจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 645.52 บาทหรือปีละ 7,853.85 บาท
- ค่าใช้จ่ายจริงของผู้สูบบุหรี่มวนเองเพียงอย่างเดียวเฉลี่ยสูบวันละ 10 มวนต่อวัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 5.41 บาท ซึ่งประมาณการว่าจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 162.44 บาทหรือปีละ 1,976.30 บาท
- สำหรับผู้สูบบุหรี่ทั้งสองประเภทขึ้นไปมีค่าใช้จ่ายวันละ 13 -19 บาท/วัน

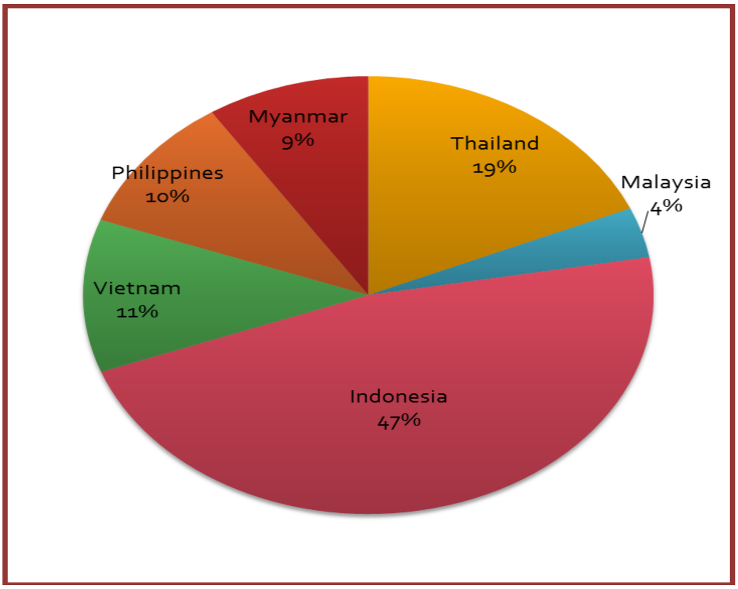
นอกจากนี้งานวิจัยที่ทำการศึกษาสถานการณ์ปัญหายาเส้นในภาคอีสาน ในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จากการสำรวจพบว่าค่าใช้จ่ายต่อปีของผู้สูบบุหรี่ซองอยู่ระหว่างปีละ 1,481-2,428 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายต่อปีของผู้สูบยาเส้นมวนเองอยู่ระหว่างปีละ 542-3,102 บาท[19]

3. การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศไทย

การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ เป็นการจับตามองกิจกรรมการตลาดส่งเสริมการขายและการแทรกแซงนโยบายสาธารณะในรูปแบบต่างๆ การเฝ้าระวังจะมีประสิทธิภาพดีไปไม่ได้เลยถ้าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ทราบข้อมูลของอุตสาหกรรมยาสูบในทุกแง่มุม คำว่า ***"อุตสาหกรรมยาสูบ"*** โดยทั่วไปหมายรวมถึงผู้ปลูก ผู้บ่ม ผู้ส่งออก-นำเข้าใบยาสูบ, บริษัทบุหรี่ คือ ผู้ผลิต บุหรี่ หรือนำเข้า, ซัพพลายเออร์ เช่น ผู้ผลิตก้นกรอง กลิ่น พิมพ์ซอง เครื่องจักร บริษัทโฆษณา และสุดท้ายหมายรวมไปถึงผู้ค้าปลีก ร้านค้าปลีกระดับต่างๆ อีกด้วย

3.1 สถานการณ์การเพาะปลูกยาสูบในประเทศไทย

ในปี พ.ศ.2549 การผลิตใบยาสูบทั่วโลกมีมูลค่ารวมทั้งสิ้นประมาณ 7 ล้านเมตริกตัน โดยประเทศในภูมิภาคอาเซียนเป็นแหล่งผลิตใบยาสูบ รวมทั้งสิ้น 392,094 เมตริกตัน หรือคิดเป็น 6% ของใบยาสูบที่ผลิตได้จากทั่วโลก และประเทศไทยผลิตใบยาสูบได้มากเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคอาเซียนคิดเป็น 19% รองจากประเทศอินโดนีเซียซึ่งผลิตได้มากที่สุดถึง 47%[20] ดังรูปที่ 14



รูปที่ 14 ปริมาณการผลิตใบยาสูบในภูมิภาคอาเซียน พ.ศ. 2549

ที่มา: Tobacco Atlas, 2009

พื้นที่ปลูกยาสูบในฤดูกาลผลิตปี พ.ศ.2551/2552 ของประเทศไทยจากการรายงานของกรมสรรพสามิต[3] พบว่าประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกยาสูบรวม 207,147 ไร่ แบ่งเป็น พื้นที่ปลูกยาสูบพันธุ์เวอร์ยิเนีย 67,977 ไร่ พันธุ์เบอร์เล่ย์ 78248 ไร่และพันธุ์เตอร์กิช 60,922 ไร่

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 16,834 ราย ส่วนจังหวัดที่มีปริมาณการผลิต (รับซื้อ) มากที่สุด คือ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีปริมาณการผลิต 19,860,839 กิโลกรัม

โรงงานยาเส้นจากข้อมูลสำรวจของสำนักงานเกษตรจังหวัด[4] พบว่า มีถึง 800 กว่าแห่ง ดังนี้

- จังหวัดเชียงใหม่ มีโรงงานผลิตยาสูบพื้นบ้าน หรือขี้โย จำนวน 10 แห่ง มีลักษณะเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือนที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก
- จังหวัดพะเยา มีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 800 แห่ง ซึ่งมีลักษณะเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือนที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก
- จังหวัดสุโขทัย มีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 2 แห่ง ซึ่งมีลักษณะเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือนที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก
- จังหวัดนครพนมมีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 1 แห่ง
- จังหวัดลพบุรี มีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 9 แห่ง ซึ่งมีลักษณะเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือนที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก

โดยสรุปข้อมูลการเฝ้าระวังพื้นที่ปลูกยาสูบยังมีข้อจำกัด ดังนั้นในปี พ.ศ.2553 ศจย. จึงได้สนับสนุนให้ รศ.ดร.วิชัย พันธนะหิรัญ ภาควิชาภูมิศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนคริ-นทรวิ

[3] กรมสรรพสามิต. ข้อมูลการปลูกยาสูบ.วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553.

[4] รวบรวมและเรียงเรียงโดย ณัฐพล เทศขยัน และมณฑา เก่งการพานิช ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งนี้เป็นการรวบรวมเบื้องต้นจากแหล่งปฐมภูมิ แต่ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด

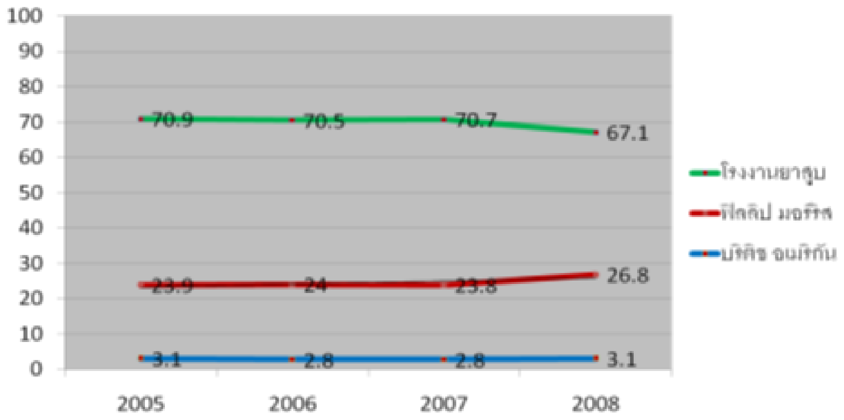
โรฒม ดำเนินการพัฒนาดัชนีพืชยาสูบด้วยระบบสัมผัสระยะไกลและการพัฒนาฐานข้อมูลเฝ้าระวังด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (*อยู่ระหว่างดำเนินการวิจัย*)

3.2 **บริษัทบุหรี่ในประเทศไทยและส่วนแบ่งการตลาด**

โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลังเป็นผู้ผลิตบุหรี่ซิกาแรตรายเดียวในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2482 และในปี พ.ศ.2536 มีสัดส่วนการตลาดถึง 87%[21] และลดลงมาเป็น 78.9% ในปี พ.ศ.2550[22] 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 มีส่วนแบ่งการตลาดสูงที่สุดและถ้าเปรียบเทียบส่วนแบ่งการตลาดในรอบ 4 ปีที่ผ่านมาพบว่าโรงงานยาสูบมีส่วนแบ่งการตลาดเป็นอันดับหนึ่ง ตามมาด้วยบริษัท ฟิลลิป มอริส (ไทยแลนด์) จำกัดและบริษัท บริติชอเมริกัน โทแบคโค(ประเทศไทย) จำกัดตามลำดับ ดังรูปที่ 15



รูปที่ 15 รายได้สรรพสามิตบุหรี่ซิการแรต ยอดจำหน่าย อัตราภาษีบุหรี่ซิการแรต
กับอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน

แนวโน้มส่วนแบ่งการตลาดของบริษัทนำเข้ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เกิดจากความนิยมในบุหรี่ต่างประเทศและแบรนด์ที่มีความนิยมมากกว่า[23] รวมถึงการที่ราคาบุหรี่ที่ผลิตโดยโรงงานยาสูบกับบุหรี่นำเข้าไม่แตกต่างกันมากเนื่องจากภาษีศุลกากรที่ต่ำมาก เนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ รวมถึงการแจ้งราคานำเข้าที่ต่ำซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลราคานำเข้าที่แท้จริงได้ และผลจากการเจรจาทางการค้าระหว่างประเทศ ดังตารางที่ 9 เช่น

- การเปิดเขตการค้าเสรีอาเซียนหรืออาฟต้า (AFTA, ASEAN Free Trade Area) ทำให้ภาษีนำเข้าลดเหลือ 5% ตั้งแต่ปี พ.ศ.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 พ.ศ.2553 จะมีผลให้บุหรี่นำเข้ายิ่งราคาถูกลง[24]

ตารางที่ 9 ปริมาณและภาษีบุหรี่ซิกาแรตในประเทศและนำเข้าปีงบประมาณ พ.ศ.2545-พ.ศ. 2552

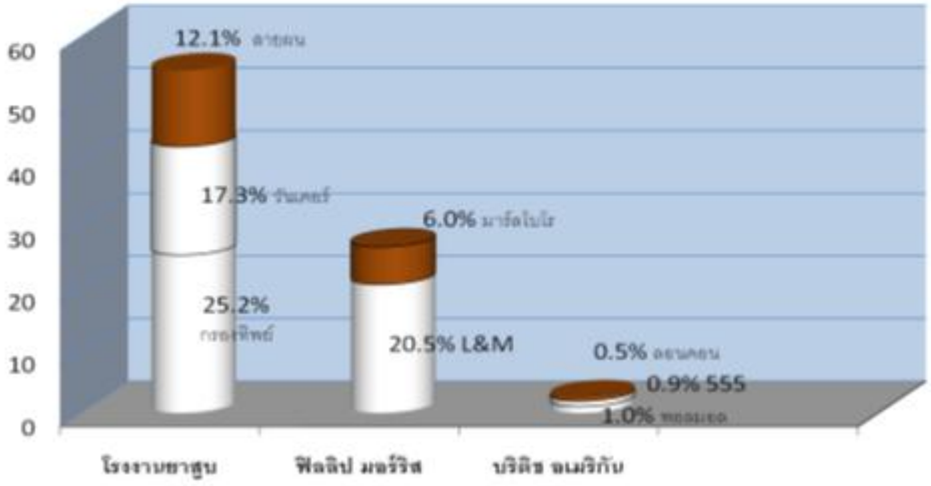
ปี	ปริมาณ (ล้านซอง)		ภาษี (ล้านบาท)		ปริมาณสัดส่วน	
	บุหรี่ในประเทศ	บุหรี่นำเข้า	บุหรี่ในประเทศ	บุหรี่นำเข้า	บุหรี่ในประเทศ	บุหรี่นำเข้า
2545	1,464	262	25,310	6,034	84.8	16.2
2546	1,567	337	26,356	6,748	82.3	17.7
2547	1,708	428	26,481	8,560	80	20
2548	1,792	487	28,626	9,566	78.6	21.4
2549	1,479.8	401.02	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[25] แบรนด์ที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ กรองทิพย์ 90 (โรงงานยาสูบ), แอล แอนด์ เอ็ม (ฟิลลิป มอร์ริส) และวันเดอร์ (โรงงานยาสูบ) ตามลำดับ รูปที่ 16



รูปที่ 16 ส่วนแบ่งการตลาดของบุหรี่ซิการแรตจำแนกตามแบรนด์/ยี่ห้อของประเทศไทย พ.ศ.2552

ข้อมูลจาก Euromonitor International Report กล่าวว่าผู้สูบคนไทยนิยมบุหรี่รสเข้มหรือรสมาตรฐาน (standard) โดยที่บุหรี่รสเมนทอลหรือรสอ่อนมีส่วนแบ่งการตลาดประมาณร้อยละ 19 ในปี พ.ศ.2551 อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่จะได้ส่วนแบ่งการตลาดเพิ่มขึ้นเนื่องมากจากการที่มีผู้สูบแบบครั้งคราวมากขึ้นและคนมีการรับรู้ว่าบุหรี่รสอ่อนมีความปลอดภัยสูงกว่าบุหรี่ทั่วไป ส่วนการออกผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ในปี พ.ศ.2551-พ.ศ.2552 ที่ผ่านมาพบว่าโรงงานยาสูบเน้นการออกผลิตภัณฑ์ราคาถูกสำหรับตลาดล่าง ในขณะที่บริษัทบุหรี่นำเข้าเน้นการสร้างความหลากหลายของแบรนด์เพื่อให้กลุ่มผู้หญิงและวัยรุ่นเข้าถึงได้มากขึ้น[26]

3.4 กลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ

ในปี พ.ศ.2552 ศจย. ได้มอบหมายให้ ผศ.ดร.ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทำงานร่วมกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และเครือข่ายนักรณรงค์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งเอเชียอาคเนย์ (Southeast Asia Tobacco Control Alliance: SEATCA) จัดตั้งเครือข่ายศึกษาและเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบในประเทศไทย จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าโรงงานยาสูบมีค่าใช้จ่ายการตลาด 20 ล้านบาทต่อปีและมีค่าใช้จ่ายเพื่อกิจกรรมทางสังคม 206 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2551 ตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลบริษัทบุหรี่รายบริษัทเฉพาะบริษัทที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด 3 อันดับแรก

ข้อมูล	โรงงานยาสูบ	บริษัท ฟิลลิป มอริส (ไทยแลนด์)	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
กิจกรรมเพื่อสังคม (ล้านบาท)	ปี พ.ศ.2551- 209 ปี พ.ศ.2550- 149	ปี พ.ศ.2550- 170	ไม่ทราบ
ค่าใช้จ่ายการตลาด (ล้านบาท)	19.91	ไม่ทราบ	ไม่ทราบ
จำนวนร้านค้าปลีก (แห่ง)	ประมาณ 500,000 แห่ง	ประมาณ 200,000 แห่ง	ไม่ทราบ

โรงงานยาสูบเป็นหน่วยงานของรัฐ ขึ้นตรงต่อกระทรวงการคลัง เป็นผู้ผลิตบุหรี่รายเดียวของประเทศ มีบุหรี่ในครอบครอง 20 แบรนด์ ในปี พ.ศ.2551 โรงงานยาสูบมีส่วนแบ่งการตลาดทั้งสิ้นประมาณ 67.1% ซึ่งลดลงจากปีก่อนหน้าประมาณ 4% เป็นการเสียส่วนแบ่งการตลาดมากที่สุดในรอบ 5 ปี ผู้อำนวยการโรงงานยาสูบได้ออกมาให้สัมภาษณ์ว่า โรงงานยาสูบสูญเสียส่วนแบ่งการตลาดให้บริษัทบุหรี่ข้ามชาติ และจำเป็นต้องทำการตลาดมากขึ้น โรงงานยาสูบยังใช้เงินทั้งสิ้น ประมาณ 200 ล้านบาท ในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม[27] ซึ่งหลายกิจกรรมมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทั้งหนังสือพิมพ์โทรทัศน์ และ เวปไซต์ ในปี พ.ศ.2550 รัฐบาลอนุมัติให้โรงงานยาสูบตั้งโรงงานใหม่ในวงเงินประมาณ 1,600 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2552 มีการออกผลิตภัณฑ์บุหรี่ราคาถูกตัวใหม่ชื่อ SHOOT และ SMS ซึ่งมีการทำกิจกรรมโปรโมทอย่างต่อเนื่อง

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[28] กล่าวว่ายอดขายบุหรี่ในประเทศไทยของบริษัทลดลง แต่ในภาพรวมบริษัทได้ส่วนแบ่งการตลาดในประเทศไทยมากขึ้นในปี พ.ศ.2550 ผู้จัดการใหญ่ประเทศไทย ได้ออกมาให้สัมภาษณ์หลายครั้ง ในหนังสือพิมพ์หลายฉบับว่า ยอดขายลดลง และตัวแทนบริษัทฟิลลิป มอริสและบริษัทข้ามชาติอื่นๆ ได้ขอเข้าพบรัฐมนตรีกระทรวงการคลังเพราะไม่พอใจที่ระเบียบใหม่ นอกจากนี้ยังมีการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการแจ้งราคานำเข้ามาต่ำกว่าความเป็นจริงทำให้ภาษีที่เก็บได้น้อยกว่าความเป็นจริง

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

3.5 สรุปลักษณะกิจกรรมที่ต้องเฝ้าระวังบริษัทบุหรี่ในประเทศไทย

ผู้ผลิตบุหรี่ภายในประเทศมีการทำการตลาดและประชาสัมพันธ์แฝงไปกับการทำกิจกรรมเพื่อสังคม ซึ่งเน้นกลุ่มด้อยโอกาส เยาวชน และผู้หญิง ใช้เงินประมาณปีละ 200-150 ล้านบาท[29] สำหรับกิจกรรมดังกล่าว เช่น การจัดคอนเสิร์ตในต่างจังหวัดหรือออกบูทในงานคอนเสิร์ต หรืองานดนตรี การจัดสร้างห้องสูบบุหรี่ตามสถานที่สาธารณะ เช่น หัวลำโพง สถานีขนส่งหมอชิต[30] ในปี พ.ศ.2552 มีการออกผลิตภัณฑ์บุหรี่ราคาถูกตัวใหม่ ซึ่งมีการทำกิจกรรมโปรโมทอย่างต่อเนื่อง

บริษัทบุหรี่ข้ามชาติขนาดใหญ่ จะทำการตลาดในลักษณะการจัดกิจกรรมเพื่อสังคมร่วมกับบริษัทคู่ค้าอื่นๆ โดยที่มีกลุ่มเป้าหมายคือครูและนักเรียนในพื้นที่ที่ปลูกยาสูบ ปี พ.ศ. 2550 บริษัทหนึ่งใช้เงินในการทำกิจกรรม CSR ในประเทศไทยทั้งหมดประมาณ 170 ล้านบาท[31] มีรายงานว่ามีการทำการตลาด ณ จุดขาย เช่น งานเปิดตัวบุหรี่ใหม่ พริตตี้ รวมถึงการให้รางวัลร้านค้าปลีกเพื่อการจัดวางซอง มีจุดขายประมาณ 200,000 จุดทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มแทรกแซงนโยบายรัฐผ่านการเป็นสมาชิกองค์กรธุรกิจต่างๆ

ส่วนบริษัทบุหรี่ข้ามชาติขนาดเล็ก เนื่องจากมีส่วนแบ่งการตลาดต่ำจึงเน้น การตลาดที่เน้นหากลุ่มนักสูบหน้าใหม่ กลุ่มนักเรียน นักศึกษา โดยเฉพาะในสถานบันเทิงในกรุงเทพและเมืองใหญ่ โดยเฉพาะรอบๆ มหาวิทยาลัย มีการนำซองบุหรี่แลกบัตรคอนเสิร์ต (เน้นกลุ่มวัยรุ่น)

4. การดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

4.1 นโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกลไกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศ เป็นลำดับที่ 36 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 จาก 168 ประเทศ[32] และมีผลบังคับใช้วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา 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 โดยที่ประเทศไทยมีกฎหมายที่สำคัญ 3 ฉบับ ที่ใช้เป็นกลไกในการควบคุมยาสูบก่อนการเกิดขึ้นของอนุสัญญาดังกล่าว ได้แก่ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ.2509 แต่กฎหมายดังกล่าวยังไม่เพียงพอปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างกลไกใหม่ในการเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ

สรุปมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ได้ดังนี้ รูปที่ 14

พ.ศ. 2517 มีการพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่ (ขยายขนาดคำเตือนในปี พ.ศ.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 พ.ศ.2550, และ พ.ศ. 2553)

พ.ศ. 2547 มีภาพเตือนผลเสียต่อสุขภาพบนซองบุหรี่ (ปรับปรุงภาพคำเตือนอีก ในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ.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 เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2552 (ดูพระราชกำหนดในภาคผนวก)

พ.ศ. 2552 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต ปรับปรุงภาพคำเตือนจาก 9 ภาพ เป็น 10 ภาพ

พ.ศ. 2553 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และ

กำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

พ.ศ. 2554 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 15 พ.ศ.2554 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์และยาเส้น ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 (ภาคผนวก 1)

รูปที่ 17 มาตรการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ตามช่วงเวลา พ.ศ.2532-2552

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 แบบและออกประกาศขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่
11. ภาพคำเตือนบนบุหรี่ซิการ์ บุหรี่มวนเองและขยายพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ได้แก่ ผับ บาร์ ตลาด
12. กำหนดชื่อประเภทสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่
13. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์และยาเส้น

4.2 องค์กรภาคีที่ดำเนินงานควบคุมยาสูบในประเทศไทย

การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีหลายองค์กรเป็นภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งภาครัฐ องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรอื่นๆ ตารางที่ 10 โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แผน 1 ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงเครือข่าย ดังรูปที่ 18

รูปที่ 18 การเชื่อมโยงระหว่างภาคี ของการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ

ตารางที่ 11 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 ประสานความ

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	ร่วมมือและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการควบคุมยาสูบในระดับประเทศและนานาชาติ รวมทั้งการพัฒนาและบังคับใช้กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ 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
1.2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 จังหวัด) มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด ได้แก่การประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ ทำให้ประชาชนรู้ ตระหนักและร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในพื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบ
1.2.2 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/	มีภาระหน้าที่หลักคือ การดำเนินการให้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง

องค์กร	บทบาทหน้าที่
โรงพยาบาลชุมชน	สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และจัดบริการเลิกบุหรี่แก่ประชาชน รวมทั้งให้การรักษาผู้เจ็บป่วยจากโรคที่มีสาเหตุจากยาสูบ
1.2.3 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย	มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับอำเภอและระดับตำบล ได้แก่ การประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ ทำให้ประชาชนรู้ ตระหนัก และร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
1.2.4 กรมการแพทย์	เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายด้านการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ และโรคที่มีสาเหตุจากยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่มือสอง ผ่านการรักษาพยาบาลในสังกัดทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งนี้สถาบันธัญญารักษ์ เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการให้บริการเลิกบุหรี่ ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
1.2.5 กรมอนามัย	เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินการควบคุมยาสูบผ่านแผนงานโครงการต่างๆ ของกรมอนามัย ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานทันตสาธารณสุข
1.2.6 กรมสุขภาพจิต	เป็นหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนผ่านทางโครงการต่างๆ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้เยาวชนห่างไกลจากบุหรี่และอบายมุขต่างๆ
1.2.7 กรมสนับสนุน	เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการควบคุมยาสูบ

องค์กร	บทบาทหน้าที่
บริการสุขภาพ	ผ่านงานสาธารณสุขมูลฐาน
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	เป็นหน่วยงานวิชาการทางด้านเศรษฐกิจการเงิน และการคลังของกระทรวงการคลัง มีหน้าที่ ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย ให้คำแนะนำและปรึกษาในทางวิชาการต่อปลัดกระทรวงการคลัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง มีส่วนร่วมในการ

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	กำหนดนโยบาย ดำเนินการและปฏิบัติการเรื่องต่างๆ อาทิ นโยบายการคลัง นโยบายภาษีอากร เป็นต้น
3.กระทรวงศึกษาธิการ	มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการพัฒนาวิชาการในการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสนับสนุนการควบคุมยาสูบโดยการนำนโยบายไปปฏิบัติในสถานศึกษาทุกระดับ
4. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	มีหน้าที่ดำเนินการศึกษาหาแนวทางและส่งเสริมการปลูกพืชทดแทนหรือจัดหากิจกรรมทดแทนการปลูกยาสูบ และดูแลคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ เพื่อลดอันตรายจากการได้รับสารเคมีจากการเพาะปลูกยาสูบผ่านโครงการต่างๆ
5. กระทรวงมหาดไทย	โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ติดตามเฝ้าระวังควบคุมยาสูบในท้องถิ่น และการบังคับใช้กฎหมาย
5.1 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	เป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบการจับกุมดำเนินคดีเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดตาม พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 โดยประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด
6. สำนักนายกรัฐมนตรี	
6.1 สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)	มีหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้บริโภคที่ได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายอันเนื่องมาจากการกระทำของผู้ประกอบธุรกิจ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการคุ้มครอง

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	ผู้บริโภคพิจารณาดำเนินการต่อไป
7.กรุงเทพมหานคร	มีบทบาทที่สำคัญอย่างมากในการพัฒนาโครงการงดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลหลายแห่ง และโครงการดังกล่าวยังได้รับการพัฒนาให้เกิดเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ในเขตกรุงเทพมหานคร
ข.องค์กรของรัฐที่เป็นอิสระ	
1.สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)	เป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบการเผยแพร่ออกอากาศของวิทยุและโทรทัศน์ ซึ่งจะทำหน้าที่ในการควบคุมไม่ให้เกิดการเผยแพร่ภาพหรือสิ่งที่สื่อถึงการบริโภคยาสูบในรูปแบบต่างๆ ผ่านทางวิทยุกระจายเสียงและโทรทัศน์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
ค.องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ	
1.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	เป็นองค์กรที่ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในด้านต่างๆ โดยนำงบประมาณจากภาษีที่เก็บได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาใช้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันประชาชนจากการบริโภคยาสูบ สนับสนุนกิจกรรมและโครงการต่างๆ ของภาคประชา

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	สังคมในการควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2.ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล	เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางสนับสนุนการสร้างงานวิจัย บริการวิชาการและศูนย์ข้อมูลระดับชาติเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ตอบสนองต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบภายใต้กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก และมีแผนจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือทางวิชาการด้านการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
ง. องค์กรพัฒนาเอกชน	องค์กรพัฒนาเอกชนที่มีบทบาทในการควบคุมยาสูบมีดังนี้
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

องค์กร	บทบาทหน้าที่
	เป็นต้น รวมตัวกันเพื่อดำเนินการเชิงรุกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การดำเนินงานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพฯ ได้แก่ การร่วมผลักดันนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ การจัดทำตำราเอกสารวิชาการสร้างความรู้ความเข้าใจต่อสาธารณะ เป็นต้น
4. ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) หรือสายด่วนเลิกบุหรี่ Quitline1600	เป็นองค์กรบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ และเป็นองค์กรเรียนรู้ ทำงานวิจัย ประเมินผล สร้างความรู้เพื่อการพัฒนา เริ่มก่อตั้งและเปิดให้บริการเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.2552 ได้รับทุนสนับสนุนโดย สสส.มีมูลนิธิสร้างสุขไทยเป็นผู้รับทุน
5.เครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	เป็นองค์กรที่เกิดจากการรวมตัวกันของคณะครูจากโรงเรียนต่างๆเพื่อดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูมีสมรรถนะและศักยภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันเด็กและเยาวชนจากอันตรายจากการสูบบุหรี่ โดยผลงานที่ผ่านมาได้ร่วมผลักดันนโยบายต่างๆ ในการควบคุมยาสูบ
6. เครือข่ายนักรณรงค์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งเอเชียอาคเนย์ (Southeast Asia Tobacco Control Alliance : SEATCA)	เป็นองค์กรระหว่างประเทศที่สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศต่างๆ เพื่อให้นำมาพัฒนาปรับใช้ให้เหมาะสมกับประเทศของตน

องค์กร	บทบาทหน้าที่
7. มูลนิธิใบไม้เขียว (Green Leaf Foundation)	เป็นองค์กรอิสระไม่แสวงกำไร ดำเนินการในการพัฒนาและคุ้มครองสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวและการโรงแรม เช่น จัดทำโครงการรณรงค์โรงแรมปลอดบุหรี่
จ.องค์กรอื่น ๆ	
1. สถาบันการศึกษา	สถาบันการศึกษาทั้งของรัฐและเอกชน โดยเฉพาะสถาบันอุดมศึกษาซึ่งเป็นต้นสังกัดของคณาจารย์ นักวิชาการและนักวิจัยที่สังกัดอยู่ จะมีบทบาทหน้าที่ในการศึกษาวิจัยประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาวิจัยเหล่านั้นเป็นองค์ความรู้เผยแพร่ให้สาธารณรับทราบ และใช้เป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบดำเนินการผลักดันนโยบายระดับชาติอีกด้วย

4.3 แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557

เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมไทย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-พ.ศ.2557 ขึ้นจากความร่วมมือของภาคีทุกภาคส่วน ซึ่งปัจจุบันผ่านการรับรองจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) และคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบแล้ว ส่งผลให้แผนฯ ดังกล่าวมีผลผูกพันกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องที่ต้องรับไปดำเนินการ โดยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน รวมถึงภาคเอกชน และภาคประชาสังคมด้วย

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-พ.ศ.2557 มีดังนี้

วิสัยทัศน์: การควบคุมยาสูบของประเทศมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ: สนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทย ให้ได้มาตรฐานทันต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจ็บป่วย พิการและตายอันเนื่องมาจากอันตรายของยาสูบ

จุดมุ่งหมายสูงสุด:

1. การลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน
2. การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร
3. การทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศ 8 ด้าน ได้แก่

1. การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่
2. การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ
3. การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
4. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่
5. การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ

6. การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
7. การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี
8. การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

4.4 ประเด็นมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

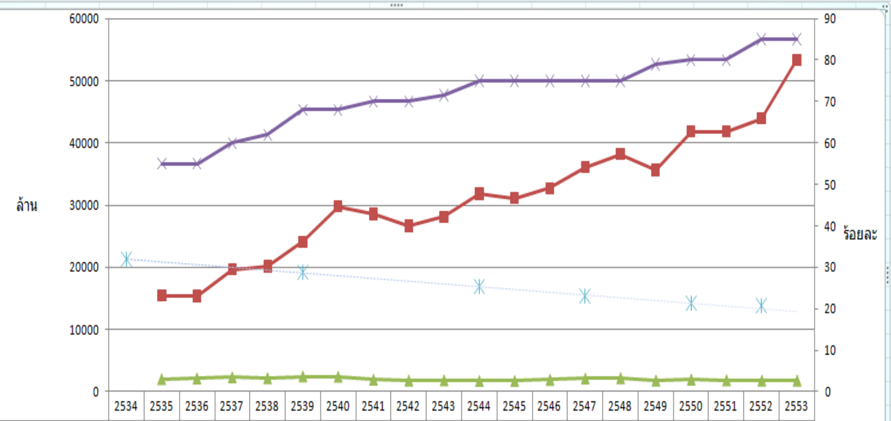
เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2553 การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแห่งชาติ ครั้งที่ 3 สมัชชาได้พิจารณารายงานเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ และรับรองมติให้ภาคีร่วมกันขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบดังรายละเอียดใน ภาคผนวก 2 และมอบหมายให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ.2555

4.5 ความพยายามของประเทศไทยในการใช้มาตรการและกฎหมายเพื่อการควบคุมยาสูบตลอด 20 ปีที่ผ่านมา

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.2435 เป็น 53,358 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2553) รูปที่ 19 ทั้งนี้เนื่องจากค่าความยืดหยุ่นของการบริโภคบุหรี่ต่อราคาอยู่ที่ระหว่าง –0.0418 ถึง – 1.003 เฉลี่ยอยู่ที่ -0.39 [33] และผู้บริโภคยาสูบประมาณครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) ที่มีภาษีต่ำมาก (0.01%) และไม่ได้ขึ้นภาษีเลย นอกจากนี้ก่อนหน้าปี พ.ศ.2552 รัฐบาลไม่เคยขึ้นภาษีบุหรี่ซิการแรตสูงกว่าค่าเงินเฟ้อ (สูงสุด 5%ของราคาหน้าโรงงาน) ด้วยข้อจำกัดของการขับเคลื่อน

นโยบายภาษีในประเทศไทย เมื่อเทียบเคียงกับประเทศอื่นๆ ถือว่ามีประสิทธิผลระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดไม่สามารถใช้เครื่องมือทางนโยบายชนิดนี้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ



	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
รายได้สรรพสามิตบุหรี่ (ล้านบาท)		15,438	15,346	19,642	20,153	24,095	29,807	28,547	26,643	28,113	31,793	31,148	32,687	36,105	38,223	35,642	41,823	41,832	43,936	53,358
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	1,958	1,837	1,790	1,803
อัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ (ร้อยละ)		55	55	60	62	68	68	70	70	71.5	75	75	75	75	75	79	80	80	85	85
อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน (ร้อยละ)	32.00					28.81					25.47			22.98			21.22		20.70	

รูปที่ 19 ภาพซ้อนรายได้สรรพสามิตบุหรี่ซิการแรต ยอดจำหน่าย อัตราภาษีบุหรี่ซิการแรต กับอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน

ที่มา: กราฟโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ข้อมูลรายได้สรรพสามิตบุหรี่ ยอดจำหน่ายและอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ จากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ส่วนข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

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[34]

การใช้มาตรการที่ไม่ใช่ราคาในประเทศไทย จำแนกเป็นด้านที่สำคัญได้ดังนี้

2.1) การจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ (Restrictions on Smoking)

ภายใต้ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ได้มีการออกประกาศตาม พ.ร.บ.นี้ขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ เป็นลำดับ ตั้งแต่ ร้านอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศ จนล่าสุดในปี พ.ศ.2553 ได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสุบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตาม พ.ร.บ.นี้ ซึ่งกำหนดให้สถานที่สาธารณะเกือบทั้งหมดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ยกเว้นสนามบินนานาชาติ และอาณาบริเวณนอกอาคารของบางสถานที่ เช่นสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป เป็นต้น

ในทางปฏิบัติเป็นที่ทราบโดยทั่วกันว่ายังมีการฝ่าฝืนกฎหมาย ทั้งนี้เนื่องจากมาตรการการลงโทษหรือการบังคับนั้นยังไม่ได้ผลกับสังคมไทยและการดำเนินการปรับผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายมีความยุ่งยาก และไม่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ[35]

2.2) การให้ข้อมูลทางสุขภาพและการต่อต้านการโฆษณา (Health Information and Counter-advertising)

ในประเทศไทยเริ่มมีการใช้มาตรการเตือนภัยบนซองบุหรี่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2517 เพื่อเป็นการเตือนให้ผู้สูบบุหรี่ทราบว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและได้มีวิวัฒนาการพัฒนาข้อความคำเตือนบนซองบุหรี่เรื่อยมา โดยเพิ่มคำเตือนให้มีข้อความที่หลากหลาย รวมถึงได้ปรับตำแหน่งของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ให้เห็นได้ชัดและเพิ่มตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้นจนกระทั่งในปี พ.ศ.2547 ได้กำหนดให้มีการพิมพ์ข้อความเตือนภัยและภาพคำเตือนผลเสียต่อสุขภาพบนซองบุหรี่มีเนื้อที่ขนาดร้อยละ 50 ของพื้นที่ซองบุหรี่ นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2549 ได้กำหนดให้ระบุชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็งบนซองบุหรี่ด้วย โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่ 4 ของโลกที่มีภาพคำเตือนเป็นรูปภาพ รองจากประเทศแคนาดา บราซิล และสิงคโปร์ นอกจากนี้องค์กรทั้งภาครัฐ เอกชน รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบยังได้

ผลิตสื่อและเอกสารที่ให้ข้อมูลเตือนภัยยาสูบจำนวนมากเพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการบริโภคยาสูบแก่ประชากรทุกกลุ่มอายุ

2.3) การห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย (Bans on Advertising and Promotion) ถึงแม้ว่ามาตรการนี้จะส่งผลต่อการลดอุปสงค์ได้ไม่มากในต่างประเทศ แต่มีผลการศึกษาในต่างประเทศที่รายงานว่าการใช้มาตรากรนี้ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วสามารถลดการบริโภคยาสูบได้มากกว่าร้อยละ 6

ประเทศไทย มี พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ที่มีข้อกำหนดห้ามโฆษณาส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสื่อประเภทต่างๆแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive ban) ซึ่งมีประสิทธิผลอย่างมาก แต่บริษัทยาสูบยังมีความพยายามในการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดแสดงตราสัญลักษณ์หรือชื่อของบริษัทในการโฆษณา เช่น การดำเนินกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility) อาทิ การสนับสนุนเงินให้กับหน่วยงานภาคการศึกษาและกิจกรรมด้านเยาวชนเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อเยาวชนชุมชนและสังคม รวมทั้งสร้างการยอมรับตัวสินค้าว่าเป็นสินค้าปกติในชีวิตประจำวันอันจะเป็นผลทางอ้อมต่อการบริโภคยาสูบ รวมถึงการโฆษณาและส่งเสริมการขายข้ามพรมแดน ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการห้ามการโฆษณายาสูบข้ามพรมแดน

2.4) มาตรการการลดอุปทานสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

การประสานความร่วมมือในการปราบปรามการลักลอบนำเข้าบุหรี่ยังมีน้อยและนายกรัฐมนตรีเพิ่งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจในปี พ.ศ.2553 เพื่อเร่งรัดให้มีการจัดทำแผนการปราบปรามการค้าบุหรี่ผิดกฎหมายและมีการประชุมคณะกรรมการบริหารไปแล้ว 1 ครั้งในเดือน มีนาคม พ.ศ.2554 สำหรับการควบคุมการค้าบุหรี่ผิดกฎหมายระหว่างตำรวจท้องที่ เจ้าหน้าที่ศุลกากร และเจ้าหน้าที่สรรพสามิตยังไม่มีแผนการประสานงานอย่างเป็นรูปธรรม

3) การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ (Smoking Cessation Treatments)

การเลิกบุหรี่ก่อนวัยกลางคนหรืออายุระหว่าง 45-54 ปี สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายจากการป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดได้ถึงร้อยละ 90 [36] ดังนั้นในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาควรมีการส่งเสริมให้เลิกบุหรี่ได้ก่อนที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือให้การป้องกันระดับปฐมภูมิ[6] (Primary prevention) ซึ่งจะช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาลที่รัฐต้องสูญเสียในแต่ละปีของประเทศได้

การบริการช่วยให้คนสูบเลิกบุหรี่ อาทิ โปรแกรมการช่วยให้เลิกบุหรี่ในชุมชนรวมกับการใช้คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง, การให้สารนิโคตินทดแทน หรือ Nicotine Replacement Therapy (NRT) รวมถึงการใช้ยาในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการกระจายการให้บริการอย่างทั่วถึง ทำให้อัตราการความชุกของผู้เลิกสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น รูปแบบบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกของกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่นิยมให้สารนิโคตินทดแทน (NRT) และการจ่ายยา bupropion เพื่อรักษาอาการติดนิโคตินแก่ผู้มารับบริการ [สถานการณ์ปี ค.ศ. 2006] ส่วนใหญ่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ในทางตรงกันข้ามในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา การจ่าย NRT ให้ผู้มารับบริการเลิกบุหรี่มีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจหรือราคาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อช่วยเลิกบุหรี่มาได้ระยะหนึ่งแล้ว โดยปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่นี้อยู่ถึง 555 แห่งทั่วประเทศ [37] และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลแล้วกว่า 260 แห่งในปีงบประมาณ พ.ศ.2553 และขยายจำนวนอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ.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%) เป็นผู้สูบบุหรี่หรือบุคคลใกล้ชิดที่ต้องการ

---

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

ข้อมูล/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[38]

จากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พ.ศ.2552[39] 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% ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่และ 5.8% ได้รับบริการให้คำปรึกษา แสดงให้เห็นว่าผู้ที่อยากเลิกบุหรี่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบกับผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อยอยู่ในชนบทและยากจน มีโอกาสเข้าถึงบริการเลิกยาสูบได้น้อย เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการเลิกบุหรี่ ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคมและสวัสดิการราชการ ยังไม่เป็นรูปธรรม ถึงแม้ว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งจะได้รับการบำบัดการติดยาสูบโดยมิต้องใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ แต่ยังมีผู้ติดยาสูบอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องรับการบำบัดโดยการใช้ยา

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

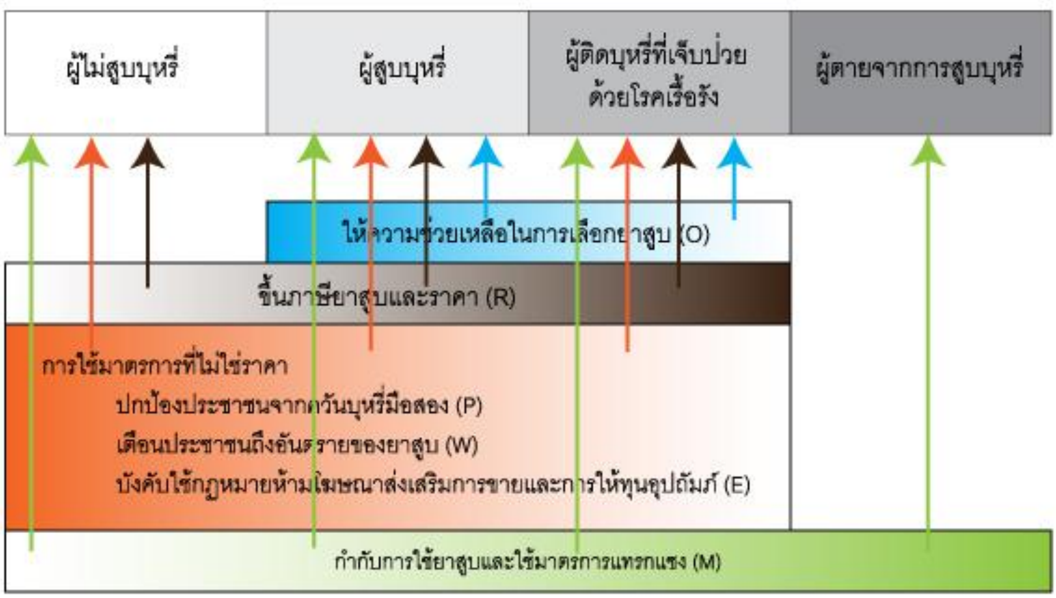
[7] ผู้เคยสูบบุหรี่ทุกวันแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว

4) สรุปมาตรการที่ผ่านมาและช่องทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการ

จากการประเมินผลของมาตรการในช่วงปี พ.ศ.2534 ถึง พ.ศ.2549[40] พบว่ามาตรการด้านการเพิ่มภาษีบุหรี่และการห้ามโฆษณาจัดว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการลดอัตราการบริโภคยาสูบ รองลงมา คือ มาตรการการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ด้วยสื่อ มาตรการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะและมาตรการการเตือนภัยจากบุหรี่ อย่างไรก็ตามการประเมินผลดังกล่าว ยังไม่รวมผลของมาตรการการห้ามบุหรี่ไร้ควัน และผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบอื่นๆ เข้ามาขึ้นทะเบียนจำหน่ายในประเทศไทย

สำหรับช่องทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการสามารถดำเนินการขยายบริการป้องกันโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ซึ่งการป้องกันมีตั้งแต่การลดจำนวนผู้สูบรายใหม่ การเพิ่มจำนวนผู้เลิกบุหรี่ การลดจำนวนผู้กลับมาสูบซ้ำ หรือแม้กระทั่งลดปริมาณบุหรี่ที่บริโภคสำหรับผู้ที่ยังคงสูบอยู่[41] โดยกิจกรรมบริการที่ถูกเสนอแนะที่อยู่ในกลุ่มการป้องกันระดับปฐมภูมิ ระดับบุคคลคือการช่วยให้ผู้สูบเลิกบุหรี่ จากประสบการณ์ในประเทศไทย มีกิจกรรมที่สามารถทำได้ 3 รูปแบบ คือ

1) การจัดสิ่งแวดล้อมและกระตุ้นให้บุคคลเลิกบุหรี่
2) การให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์
3) การบริการช่วยเลิกบุหรี่เชิงรุกเข้าสู่ชุมชนโดยใช้คลินิกเป็นศูนย์สนับสนุน ดังรูปที่ 20



รูปที่ 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

5.ความก้าวหน้าในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทยและข้อเสนอแนะ

5.1 ความก้าวหน้าในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553 ประเทศไทยได้มีการจัดประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการตามข้อเสนอแนะจากการประเมินศักยภาพในการควบคุมยาสูบ[42] ที่ดำเนินการประเมินโดยคณะทำงานร่วมขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ.2551 ที่ผ่านมา โดยพบว่า

1. ปัจจุบันประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-พ.ศ.2557 ที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) แล้ว เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ.2553 โดยกำหนดวิสัยทัศน์ คือ การควบคุมยาสูบของประเทศมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง แผนดังกล่าวมีผลผูกพันกับหน่วยงานราชการ และองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศ จุดมุ่งหมายสูงสุดเพื่อการลดอัตราการบริโภคยาสูบ การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรและการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีแผนยุทธศาสตร์ย่อย รวม 8 แผน
2. กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มจำนวนบุคลากร พัฒนาศักยภาพและงบประมาณในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ผ่านทางกรมควบคุมโรค ซึ่งมีหน่วยงานในสังกัด คือ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ที่ดูแลรับผิดชอบงานด้านการควบคุมยาสูบโดยตรง และการควบคุมยาสูบของประเทศไทยยังได้รับการสนับสนุนจากกรมอนามัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ด้วย
3. ผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี พ.ศ.2552 เป็นส่วนหนึ่งที่แสดงถึงความพยายามที่มีต่อการบูรณาการระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับ และประเมินผลในระดับชาติของประเทศไทย
4. เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่

สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 เพื่อคุ้มครองสุขภาพของคนงานให้ได้รับการปกป้องจากควันบุหรี่มือสองอย่างเท่าเทียมกันและทำให้สถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่มือสองด้วย

5. มีการจัดทำและพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคติดบุหรี่ในประเทศไทยแห่งชาติให้ได้มาตรฐานเท่าเทียมระดับโลก โดยทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ หรือ Quitline 1600 ได้ทั่วถึง ซึ่งปัจจุบัน Quitline 1600 มีบุคลากรที่สามารถให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่จำนวน 10 คน 10 คู่สายและมีคนโทรเข้ามาขอรับบริการประมาณ 3,000 คนในแต่ละเดือน
6. ขณะนี้มีการพิมพ์หมายเลขโทรศัพท์ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ หรือ Quitline 1600 ลงบนซองบุหรี่ ควบคู่กับภาพคำเตือนทางสุขภาพและจะมีการพิมพ์บนผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทต่อไป
7. เมื่อปี พ.ศ.2552 มีการเพิ่มภาษีสรรพสามิตจาก 80% เป็น 85%

แต่ถึงอย่างไรก็ตามปัจจุบันประเทศไทยยังต้องเผชิญกับปัญหาการระบาดของยาสูบ โดยจากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ พ.ศ.2552 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันสูงถึง 12.5 ล้านคน หรือ 23.7% โดยเป็นเพศชายมากกว่า 40% และประชากรกว่าครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่มวนเองหรือยาเส้น และนอกจากนี้ยังพบอีกว่า 1 ใน 4 ของคนทำงานยังได้รับควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน ซึ่งในรายงานได้ระบุถึง ความจำเป็นที่จะต้องพยายามก้าวต่อไปในการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบเพื่อลดการระบาดของยาสูบในประเทศไทย คือ

- การดำเนินการขึ้นภาษีบุหรี่มวนเองหรือยาเส้น
- การดำเนินการรณรงค์ผ่านสื่ออย่างเข้มข้น
- การช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการเลิกบุหรี่ โดยครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- การเพิ่มประสิทธิผลและกลไกการบังคับใช้กฎหมายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ.2553 เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
- การจัดตั้งคณะอนุกรรมการฯ โดยทันที เพื่อดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-พ.ศ.2557 ทั้ง 8 ด้าน

5.2 ข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของ ศจย. นำเสนอต่อภาคีควบคุมยาสูบ

โดยสรุปมาตรการการควบคุมยาสูบที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการใช้เครื่องมือทางนโยบายเชิงมหภาค ซึ่งบางมาตรการก็ยังทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ เช่น การขึ้นภาษี, การคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่, การปราบปรามยาสูบผิดกฎหมายและการดำเนินการส่วนใหญ่ไม่ได้หวังผลเจาะจงกลุ่มเป้าหมายที่ยังมีอัตราการสูบบุหรี่สูง ทำให้เมื่อถึงจุดๆ หนึ่งแล้วประสิทธิภาพทั้งระบบเริ่มลดน้อยลง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่การควบคุมยาสูบต้องมุ่งเป้ามากขึ้นโดยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินมาตรการที่เจาะจงผลสัมฤทธิ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย *"3 ลด 2 เพิ่ม"*

3 ลด คือ

1. การลดนักสูบหน้าใหม่ (อายุ 15-24 ปี, 19-24 ปี) ทั้งเพศชายและหญิง ควรมีมาตรการด้านการควบคุมยาสูบที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มวัยรุ่นไทยอายุ 15-24 ปี เพื่อเฝ้าระวังวัยรุ่นไทยไม่ให้มีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น (มาตรการลดนักสูบหน้าใหม่อายุ 15-18 ปี, 19-24 ปี หรือมาตรการที่ไม่ให้ผู้สูบหน้าใหม่กลายมาเป็นผู้สูบประจำ) และควรมีมาตรการเจาะจงสำหรับเพศชายอย่างเข้มข้น ทั้งการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การช่วยเลิกบุหรี่และการป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ
2. ลดจำนวนผู้สูบเดิมในเขตชนบท โดยเฉพาะผู้บริโภคยาเส้น อายุระหว่าง 15-44 ปี โดยทำให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างทั่วถึง
3. ลดควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน

2 เพิ่ม คือ

1. เพิ่มกลไกการป้องกันอุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบของรัฐ
2. เพิ่มผู้ขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ จังหวัดและท้องถิ่น

ภาคผนวก

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

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

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

[2] ศุภวรรณ มโนสุนทร, นวรัตน์ เพ็ชรเจริญ, สาลินี เซ็นเสถียร, นพวรรณ อัศวรัตน์. การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย อายุ 13-15 ปี พ.ศ. 2552. ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

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

[4] การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2550. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

[5] สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค.สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2552.

[6] สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค.สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2552.

[7] สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค.สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2552.

[8] สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. 2552. โครงการคุณสมบัติและการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด ของผู้ที่สูบบุหรี่ก้นกรองและบุหรี่พื้นบ้านแบบมวนเองในประเทศไทย.การนำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีบุหรี่กับสุขภาพ ครั้งที่ 8, 24-25 สิงหาคม 2552 ที่โรงแรมมิราเคิลแกรนด์

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

[10] 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*.

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

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

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

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

[15] สุทัศน์รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์. พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่.เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ.2552.

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

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

[18] วิชัย โชควิวัฒน และคณะ. บุหรี่และสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐานะและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 16,ฉบับเพิ่มเติม(2550) : s3-s19.2550.

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

[20] Tobacco Atlas, 2009

[21] 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.

[22] ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง อ้างใน ข้อมูลผู้ผลิตและผู้นำเข้าบุหรี่ ในประเทศไทยประจำปี 2550.มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

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

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

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

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

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

[28] กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

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

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

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

[32] 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.

[33] 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.

[34] 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.

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

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

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

[38] ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. วันที่ 22 เมษายน 2554.

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

[40] 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.

[41] Stephen Tollman, Jane Doherty, and Jo–Ann Mulligan, "General Primary Care." 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition),ed.* , 1,193-1,210. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1596/978-0-821-36179-5/Chpt-64.

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