

2 ทศวรรษ

การควบคุม ยาสูบ ของสังคมไทย
การบริโภค

โครงการการศึกษาเรื่อง

สองทศวรรษการควบคุม การบริโภคยาสูบของสังคมไทย

ชูชัย ศุภวงศ์

กองบรรณาธิการ ผศ.ดร.ลักขณา เดิมศิริกุลชัย
ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช
แก้ว วิฑูรย์เธียร

ISBN
พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 จำนวน 3,000 เล่ม
พิมพ์ที่ อุษาการพิมพ์

จัดพิมพ์โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0-2354-5346 โทรสาร 0-2354-5347
Website : www.trc.or.th

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
โทรศัพท์ 0-2298-0500 โทรสาร 0-2298-0501
Website: www.thaihealth.or.th

คำนำ

ขอบันทึกเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ของวงการสาธารณสุขไทยว่า การวินิจฉัยเพื่อการไม่สูบบุหรี่ของคุณหมอชัช สุวงศ์ เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2530 มีจำนวนผู้ลงนามต่อต้านสูบบุหรี่ 5.882434 คน ประชากรทั้งประเทศ 50 ล้านคน

องค์การต่อต้านบุหรี่ทั่วโลกสนับสนุนการวินิจฉัยการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยจำนวน 6 ล้านคน เป็นที่กล่าวขวัญ

จำนวนคนหกล้านคนทำให้เป็นปัจจัยให้เกิด พ.ร.บ. ควบคุมการสูบบุหรี่ 2 ฉบับ ผ่านรัฐสภาออกเป็นกฎหมายได้เมื่อ พ.ศ. 2535

ผู้ร่วมมือในต่างจังหวัดมีความภูมิใจ มีส่วนร่วมการวินิจฉัยประวัติศาสตร์ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการวินิจฉัยนั้นเป็น : ผู้บริหารระดับนายกรัฐมนตรี คุณชวน หลีกภัย (ในขณะนั้นเป็นประธานสภาผู้แทนราษฎร) พลตรีจำลอง ศรีเมือง ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร หัวหน้าพรรคพลังธรรม นายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข คุณไสว พรหมณี ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา มีนักวิ่งที่เป็นผู้บริหารระดับสูงของ กระทรวงสาธารณสุข เช่น นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้บันทึกในหนังสือสังคมไทยถึงการวินิจฉัยการไม่สูบบุหรี่เป็น “หนึ่งใน 3 ข่าวที่เป็นผลดีต่อสังคมไทย”

หมอชนบท “วินิจฉัยสร้างกระแสการไม่สูบบุหรี่” นายแพทย์ชัช

ศุภวงศ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบทปรึกษาคณะหมอดูมศิลป์ ศรีแสงนาม ผู้เคย
รณรงค์ให้คนไทยวิ่งออกกำลังกายเป็นผลสำเร็จมาแล้ว จึงได้ตกลงให้มีการวิ่ง
เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทั่วประเทศโดยการร่วมมือของ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง
มหาดไทย กรุงเทพมหานคร องค์การอนามัยโลก ห้างสรรพสินค้าเซ็นทรัล
บริษัทรองเท้าไนกี้ มูลนิธิหมอชาวบ้าน แพทยสมาคมฯ แพทยสภา องค์การ
วิชาชีพแพทย์ต่างๆ คณะกรรมการประสานงานองค์การเอกชนเพื่อการ
สาธารณสุข (คปอศ.)

นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ประธานกรรมการดำเนินการวิ่งเพื่อการ
ไม่สูบบุหรี่ จัดทำข้อเสนอ 3 ประการ

1. กำหนดบริเวณเป็นเขตปลอดบุหรี่ ห้องทำงาน ห้องประชุม ดิ깅ผู้ป่วย
2. กำหนดสถานที่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาลและสำนักงาน
3. ให้โรงพยาบาล สำนักงาน เป็นเขตปลอดบุหรี่ ให้ดำเนินงานตาม
ความเหมาะสม

แนวทางการวิ่ง

จะวิ่งมาจากทั้ง 4 ภาค - ภาคเหนือ - ตะวันออกเฉียงเหนือ - ภาค
ตะวันออก - ภาคใต้ เข้า กรุงเทพมหานคร เวลา 7 วัน ผู้เข้าร่วมวิ่งประกอบด้วย
แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล คณะ
ชมรมแพทย์ชนบทเป็นหลัก มี นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ นายแพทย์สุวิทย์
วิบูลผลประเสริฐ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก นายแพทย์
สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา
นายแพทย์ไพจิตร ปะบุตร และการล่ารายชื่อระหว่างการวิ่งให้ได้มากที่สุด
ตลอด 7 วัน เพื่อนำไปมอบให้ประธานสภาผู้แทนราษฎรเพื่อสนับสนุนร่าง

กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ ซึ่งในขณะนั้น พ.ศ. 2530 ยังไม่มีกฎหมายเลย

ทิศทางวิ่ง

สายเหนือจากเชียงใหม่ ระยะทาง 793 กม.

สายอีสานจากอุบล ระยะทาง 705 กม.

สายตะวันออกจันทบุรี ระยะทาง 400 กม.

สายใต้จากสุราษฎร์ธานี ระยะทาง 639 กม.

โดยในวันเริ่มวิ่งมีการอาราธนาท่านพุทธทาสภิกขุแสดงพระธรรมเทศนา ณ ลานหินโค้ง สวนโมกขพลาราม อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ถึงภัยของการสูบบุหรี่ ตลอดระยะเวลาแห่งการวิ่งมีการออกข่าววิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ออกข่าวการวิ่ง การล่าซื้อและขบวนการต้อนรับแต่ละอำเภอ แต่ละจังหวัด เป็นข่าวติดตามของประชาชนทั่วประเทศ การส่งนักวิ่งจากจังหวัดต่อจังหวัดทำความตื่นเต้น สนุกสนาน เป็นที่ประทับใจอย่างยิ่ง ตลอดเวลา 7 วัน อย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน

ในวันสุดท้าย กำหนดจุดหมายปลายทางคือ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าจำลอง ศรีเมือง ได้จัดเวทีมีดนตรีบรรเลง

เมื่อกระบวนวิ่งมาถึง พลตรีจำลอง ศรีเมือง ได้กล่าวต้อนรับ ตัวแทนขบวนนักวิ่งได้นำรายชื่อผู้สนับสนุนการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ได้มรดกปีถัดไปจำนวน 5,882,434 คน มาให้ผู้เขียน ท่ามกลางผู้สนับสนุน มีท่านศาสตราจารย์ อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ท่านอาจารย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ท่านอาจารย์ประทีป วาทีสาธกิจ พร้อมทั้งท่านผู้มีเกียรติอีกจำนวนมาก คุณแก้ว วิฑูรย์เจียร และ คุณบังอร ฤทธิภักดี แห่งหนังสือหมอชาวบ้าน มาร่วมด้วย ทุกคนมีสีหน้ายิ้มแย้ม และเบิกบานในความสำเร็จอันยิ่งใหญ่ซึ่งไม่เคยปรากฏในประเทศไทยมาก่อน

ผู้เขียนได้มอบรายชื่อผู้ลงนาม 5,882,434 ชื่อ แต่ท่านประธานสภาผู้แทนราษฎร นายชวน หลีกภัย ต่อหน้าผู้มิเกียรติและต่อหน้าสื่อมวลชนทุกแขนงในวันที่ 22 ตุลาคม 2530

ในการกล่าวรายงานต่อท่านประธานสภาผู้แทนราษฎรผู้เขียนได้นำเรื่องยาสูบและบุหรี่ในประเทศไทยรายงานไว้ด้วย ดังนี้

ในระหว่าง พ.ศ. 2480 ถึง พ.ศ. 2494 ผู้เขียนได้รับราชการอยู่ในจังหวัดเชียงรายซึ่งอยู่ห่างจาก กทม. กว่า 900 กม. ที่ราบของจังหวัดเชียงรายสูงกว่า กทม. 1,000 เมตร อากาศหนาวเย็นโดยทั่วไปจึงเหมาะกับการปลูกยาสูบและยาฝิ่น ยาสูบและยาฝิ่นเป็น “ยา” แก่ปวดเมื่อยและยากระตุ้นกำลังมาแต่สมัยจีนโบราณ 4,500 ปีมาแล้ว พระมหาจักรพรรดิหวังดีพระบิดาของพระเจ้าเจียวเหา ซึ่งมารดาเป็นหญิง “ไท” พระเจียวเหาได้รับคำพูดว่า “เขารู้มาแต่พระเจ้าเหาแล้ว” คำว่า “เหา” ตัวนี้มีไข่ตัวเหาบนหัวคน

ยาสูบและยาฝิ่นเป็นพืชพื้นเมืองในประเทศจีน ในเขตยูนานของจีนหรือเขตน่านเจ้าของไทยต่างก็มียาทั้งสองในบริเวณล้านนาของไทยซึ่งมีเมืองเชียงใหม่และเชียงราย ก็ปรากฏเป็นพืชพื้นเมืองมาแต่โบราณกาลแล้ว ชาวพื้นเมืองสูบบุหรี่โดยใช้ใบจากหรือใบตองแห้งมวนบุหรี่ยูบกันเป็นธรรมดา

ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 บริษัทค้าบุหรี่ BRITISH AND AMERICAN TOBACCO ได้นำบุหรี่ยี่ห้อ VIRGINIA เข้ามาปลูกในภาคเหนือของประเทศไทย พ.ศ. 2478 เป็นต้นมา ใบยาสูบ VIRGINIA จึงเป็นพืชยาสูบแผ่นใหม่ในภาคเหนือ ซึ่งแตกต่างกับยาสูบพื้นเมืองของภาคเหนือ

ผู้เขียนจำได้ เมื่อ พ.ศ. 2461 หลังสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง บริษัทนี้นำบุหรี่ยี่ห้อเหมือนปัจจุบันมาขายในกรุงเทพฯ เพื่อดึงดูดความนิยมโดยเฉพาะเด็ก ๆ เขาจะพิมพ์รูปตัวละครรวมเกียรติมาให้ผู้ใหญ่และเด็กเก็บไว้ดูเล่น และ

ไว้อ่อนรูปแข่งกัน สื่อสารขณะนั้นก็มี มีแต่หนังสือพิมพ์

การนำบุตร VIRGINIA ไปปลูกเป็นอุตสาหกรรมจึงปรากฏขึ้นเหมือน
อุตสาหกรรมโรงสีข้าว และโรงต้มเหล้า โดยมีโรงปมใบยาสูบอยู่ด้วย ส่วนการ
มวนบุหรี่ “ชิกาเร็ต” นั้นกระทำกันในกรุงเทพฯ

เศรษฐกิจบุหรี่ทางภาคเหนือจึงได้รับการต้อนรับจากชาวนาในภาคเหนือ
อย่างเป็นล่ำเป็นสัน จำนวนเตายาสูบหมายความว่าเงินก้อนใหญ่

ผู้เขียนในฐานะดูแลสุขภาพของนายฝรั่งชาวอังกฤษและอเมริกันแล้ว
บริษัทบุหรี่ยังสร้าง “อาคารผู้ป่วยของบริษัทยาสูบ” ให้แก่โรงพยาบาลเชียงราย-
ประชานุเคราะห์ ไว้เป็นอย่างดี

จนสงครามโลกครั้งที่สองอุบัติขึ้นในประเทศไทย บริษัทผลิตบุหรี่ย้าม
ชาติ จึงต้องออกไป 8 ธันวาคม พ.ศ. 2484 จนถึง พ.ศ. 2488 ในระหว่างเวลา
นี้รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้นมาทำหน้าที่แทน คุณสงวน ตูลาลักษณ์ได้
ตำแหน่งผู้อำนวยการ ซึ่งนำเงินภาษีให้รัฐเป็นกอบเป็นกำ เจ้าหน้าที่ทำงาน
ในไร่ยาสูบในภาคเหนือและในกรุงเทพฯ ล้วนเป็นคนไทยผู้สำเร็จการศึกษามา
จากอเมริกาและจากฟิลิปปินส์

เมื่อผมเป็นนักเรียนก็ได้เห็นมีบริษัทไทยแถวสี่กั๊กเสาชิงช้าผลิตยาสูบ
ไทยมวนด้วยใบตองแห้งหรือกลีบบัว จากใบบุหรี่ปั่นเมือง

คนจีนในประเทศไทยที่ต้องทำงานหนักในการถ่อเรือข้ามไปโรงสีข้าว
จะเห็นก้อนบุหรี่ปั่นก้อนใหญ่อยู่ริมฝัปาก เขาบอกว่าเป็นยากระตุ้นให้มีพลังงาน
และสดชื่น

ประวัติการสูบบุหรี่ในพวกฝรั่งเขาเล่าว่า CHRISTOPHER COLUMBUS
(พ.ศ. 2035) ผู้พบประเทศอเมริกาได้นำยาสูบไปยังยุโรป โดยมีผู้นำยาสูบไป

รักษาการปvdศึระะไมเกรนถวยแก้สมเด็จพระราชินี CATHERINE DE MEDICI
QUEEN OF FRANCE พ.ศ. 2099 โดยนาย JEAN NICOT ซึ่งเมื่อมีผู้พบสาร
NICOTINE ในใบยาสูบได้ให้เกียรติชื่อเขาไว้

ชาวอินเดียนแดง RED INDIAN นี้ท่านโคลัมบัสเป็นผู้ให้ ชื่อไว้ เพราะ
ความประสงค์แรกในการออกเดินทางไปในอินเดียทางทะเลนั้นไปไม่ถึง จึงตั้งชื่อ
ชาวอินเดียนแดงแทนให้

ประเทศจีนเชื่อว่า ชนติของราชวงศ์จินนำเรือไปพบอเมริกาของท่าน
โคลัมบัส นักประวัติศาสตร์ชาวยุโรปก็อ้างว่าคนฝรั่งที่พบประเทศอเมริกาท่าน
โคลัมบัส คือ คนชื่อ อเมริโก เวสปุชชี ซึ่งก็เป็นชื่อประเทศอเมริกาปัจจุบัน

ผู้เขียน ในชีวิตในการไปประชุมก็ได้พบอินเดียนแดงในประเทศอเมริกา
ในประเทศเม็กซิโก และในประเทศเปรู ผิวของเธอก็คล้ายผิวของไทยเรานี่เอง
ในประเทศเปรูได้เห็นการก่อสร้างบนยอดเขาแอนดิส อิฐที่ใช้ในการก่อสร้าง
เหมือนอิฐที่ก่อสร้างเหมือนที่พิมายในจังหวัดนครราชสีมาวิวัฒนาการของ
มนุษย์แม้จะอยู่ห่างไกลกันหลายหมื่นกิโลเมตรก็มีความคล้ายกันอยู่

การวิ่งรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ ของคุณหมอชัชย ศุภวงศ์ในระหว่างวัน
ที่ 16 - 22 ตุลาคม 2530 ปราบกฏมีผู้ลงนามต่อต้านการสูบบุหรี่จำนวน 5,882,434
คน เป็นพลังใหม่ในประวัติศาสตร์ของประเทศไทยอย่างแท้จริง สมกับคำว่า

เมืองแสงทองส่องฟ้าอำไพ ประชาชนจะเป็นใหญ่ในแผ่นดิน

เสมอ พริ้งพวงแก้ว

คำนำ

ในสังคมสมัยใหม่ที่มีโครงสร้างของผลประโยชน์อันซับซ้อน **ประโยชน์สุขของมหาชน** เป็นสิ่งที่สร้างได้ยากมาก เพราะอิทธิพลของ “เงินนิยม” ในสหรัฐอเมริกาบริการทางการแพทย์แพงมาก ประธานาธิบดีคลินตันและภรรยาต้องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของอเมริกัน แต่ทำไม่สำเร็จ บริษัทยาในอเมริกาให้สินบนนักการเมืองเพื่อกกกฎหมายรักษาผลประโยชน์ของบริษัทยา รวมทั้งการให้สินบนในการแต่งตั้งเลขาธิการอาหารและยาที่บริษัทยากำหนด ที่ฟิลิปปินส์ รัฐมนตรีสาธารณสุขในรัฐบาลอาคิโน ชื่อนายแพทย์เป็งซอน ต้องการให้ใช้ชื่อยาตามตัวยา ซึ่งถูกกว่าชื่อทางการค้ามาก แต่ทำไม่สำเร็จแถมตัวเองยังถูกฟ้องศาลโดยบริษัทยาอีกด้วย

ในประเทศไทยเมื่อคุณชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรีต้องการจัดเรื่องโสเภณีเด็กก็ทำไม่ได้เลย เพราะโครงสร้างอันซับซ้อนของระบบที่ทำให้เกิดการนำเด็กไปเป็นโสเภณี การกินหวานเป็นโทษต่อสุขภาพ เพราะน้ำตาลไปจับกับโปรตีนในร่างกาย ทำให้แข็งตัว ก่อให้เกิดความเสื่อมแก่เนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ แต่ก็มีโฆษณา **“ขนมหลอกเด็ก”** อย่างบ้าคลั่ง ซึ่งเอาเงินไปจากพ่อแม่ผู้ปกครองประมาณปีละ 170,000 ล้านบาท โดยทั้งปัญหาสุขภาพไว้ให้จนต้องมีการรณรงค์ **“เด็กไทยไม่กินหวาน”** ซึ่งก็ไม่ทราบจะได้ผลมากน้อยแค่ไหน เพราะฝ่ายโฆษณาให้เด็กไทยกินหวานมีพลัง **“เงินนิยม”** สูงกว่ามาก

ที่เล่ามาเพื่อแสดงให้เห็นว่าการจะทำเรื่องอะไรดีๆ ในสังคมนั้น ประสบความยากลำบากมากและมักทำไม่สำเร็จ

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นเรื่องดีน้อยเรื่องที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทย

เนื่องจากในสังคมมี “ระบบอันซับซ้อนและดำ” เป็นอันมากที่ทำร้าย

ประชาชน ที่ว่าดำนั้นเพราะความซับซ้อนมีมากจนสังคมไม่เข้าใจ อยู่ในความ
ดำมืด ฟังตนเองไม่ได้ และไม่สามารถผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อ
ประโยชน์สุขของมหาชนชาวสยามได้ มีความจำเป็นที่นักวิชาการจะต้องคลี่
ความซับซ้อนออกมาเพื่อให้เป็นที่เข้าใจของสังคม และสังคมสามารถร่วมผลั
กดันนโยบายสาธารณะได้

ในฐานะที่การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มีความสำเร็จ และระบบการ
ทำให้คนไทยสูบบุหรี่ก็มีโครงสร้างของผลประโยชน์อันซับซ้อน ทั้งภายใน
ประเทศและระหว่างประเทศ จึงเป็นเรื่องที่คนไทยควรศึกษาดูว่ามีการคลี่
ความซับซ้อนในเรื่องนี้อย่างไร สังคมภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการ
รณรงค์อย่างกว้างขวางอย่างไร ประเด็นนโยบายคืออะไร และทำไมนักการ
เมืองจึงยอมออกกฎหมายที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชน สวนกระแส “เงินนิยม”
ของนายทุนค่านูหรี่

นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ซึ่งมีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการดำเนินการ
ควบคุมการสูบบุหรี่ในประเทศไทย และติดตามเรื่องนี้มาโดยตลอด ได้
ค้นคว้ารวบรวมประวัติของการควบคุมการสูบบุหรี่ในประเทศไทย และบันทึก
ไว้อย่างละเอียดในหนังสือเล่มนี้ เพื่อนคนไทยต้องช่วยกันอ่านและศึกษามากๆ
เพื่อเพิ่มสมรรถนะของสังคมไทยในการคลี่ระบบที่ซับซ้อนและดำ อันจะทำให้
สามารถผลักดันนโยบายสาธารณะ เพื่อจัดการทำลายประโยชน์สุขของ
มหาชนในรูปแบบต่างๆ

นักวิชาการและสังคมต้องร่วมกันผลักดันให้ความถูกต้องหรือธรรม
เป็นหลักของแผ่นดิน ประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยามจึงจะเกิดขึ้นได้จริง

ประเวศ วะสี

สารบัญ

● คำนำ	
ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว	
ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี	
● บทนำ	1
● การบริโภคยาสูบของคนไทยใน 2 ทศวรรษ (พ.ศ. 2529-2549)	5
● ทศวรรษแรกของการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2529-2539)	11
● ทศวรรษที่สองของการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2539-2549)	45
● บทสรุปพัฒนาการของกระบวนการและวิธีการควบคุม การบริโภคยาสูบในสองทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2529-2549)	95
● ข้อเสนอสำหรับทศวรรษที่สามของการควบคุม การบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2549-2559)	119



1

บทนำ





ความนำ

คนไทยสูบบุหรี่มาช้านาน นับตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาจวบจนปัจจุบัน แต่เดิมการสูบบุหรี่ยังไม่แพร่หลายนัก ต่อมาได้มีการดัดแปลงบุหรี่กันบ้านในสมัยรัชกาลที่ 5 การสูบบุหรี่จึงได้แพร่หลายมากขึ้น จนมีการนำบุหรี่จากต่างประเทศเข้ามาจำหน่ายในสยาม อุตสาหกรรมบุหรี่ยังเกิดขึ้นและนำรายได้มาสู่ผู้ผลิตอย่างมหาศาล ต่อมารัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2482 และประกาศใช้พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2486 ให้การประกอบอุตสาหกรรมชิกาแรตเป็นการผูกขาดของรัฐ ในช่วงเวลาดังกล่าวไม่ปรากฏหลักฐานว่ามีการควบคุมการบริโภคยาสูบแต่อย่างใด

จนเมื่อถึงปี พ.ศ. 2500 หรือก่อนหน้านั้นไม่นานนัก ได้มีพระภิกษุสงฆ์กลุ่มหนึ่งเห็นว่าบุหรี่ยังเป็น “มัจชะ” คือยาเสพติดชนิดหนึ่ง เป็นสิ่งต้องห้าม

ตามหลักศีลในพระพุทธศาสนา จึงได้เทศนาให้พระชาวพุทธลดละเลิกสิ่งเสพติดเหล่านี้ และมีแพทย์กลุ่มหนึ่งเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จึงได้ดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าก่อนปี พ.ศ. 2529 การควบคุมการบริโภคยาสูบได้ดำเนินการเรื่อยมา โดยไม่มีนโยบายทิศทางแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนหรือเป็นระบบ จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2529 ถือได้ว่าเป็นปีแห่งการเริ่มต้นของทศวรรษแรกของการควบคุมการบริโภคยาสูบของไทย เพราะได้เกิดองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์ (NGOs) ชื่อโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ถูกจัดตั้งภายใต้มูลนิธิหมอชาวบ้าน และต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ และสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ เมื่อปี พ.ศ. 2532 และ 2533 ตามลำดับ จึงได้มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากขึ้น

ในช่วงเวลาดังกล่าว (พ.ศ. 2532-2534) สหรัฐอเมริกาใช้กฎหมายการค้ามาตรา 301 บังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ ทำให้เกิดกระแสของความรักชาติและต่อต้านสหรัฐฯ ซึ่งส่งผลดีในเวลาต่อมาคือ อัตราแรงในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยเร็วขึ้น ต่อมามีการผลักดันกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบที่สำคัญ 2 ฉบับ (พ.ศ. 2535) และมีนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย (พ.ศ. 2536)

ในช่วงทศวรรษที่สองของการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2539-2549) เป็นช่วงของการเคลื่อนไหวผลักดันแนวคิดการใช้ภาษีบาปมาสร้างเสริมสุขภาพ (พ.ศ. 2536) จนเกิดสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ. 2544 จากภาษีบาป (บุหรี่และเหล้า) กองทุนจากภาษีบาปได้นำไปสร้าง



เสริมสุขภาพของบุคคล หน่วยงาน ชุมชน และสังคมในขอบเขตทั่วประเทศ ไม่ใช่เฉพาะการควบคุมการบริโภคยาสูบเท่านั้น หากแต่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในทุกมิติของทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ ยังได้ขยาย

ขอบเขตของกฎหมายให้ควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มครองสุขภาพของคนไทยได้มากขึ้น อีกทั้งยังได้มีการคัดค้านการแปรรูปโรงงานยาสูบ เพราะจะทำให้คนไทยสูบบุหรี่มากขึ้น

สองทศวรรษแห่งการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยได้มีเหตุการณ์ที่สำคัญมากมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ตลอดจนสิ่งแวดล้อม การศึกษาในเรื่องดังกล่าวมุ่งเน้นการวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่นำไปสู่เหตุการณ์ที่สำคัญในแต่ละช่วงเวลา ตลอดจนผลกระทบจากเหตุการณ์ที่สำคัญซึ่งก่อให้เกิดผลที่ตามมาทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ การเมือง สังคม สิ่งแวดล้อม และอื่นๆ

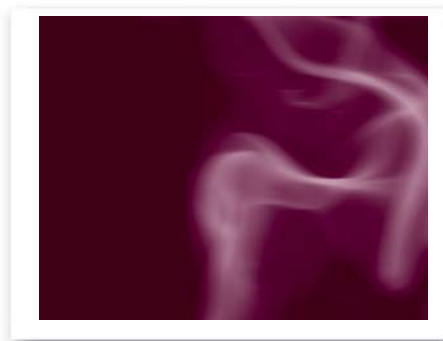
นอกจากนี้ ยังได้นำเอาเหตุการณ์ที่สำคัญเหล่านี้มาเป็นตัวตั้งในการแบ่งช่วงเวลาของการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนการสังเคราะห์ให้เห็นถึงพัฒนาการ กระบวนการ และวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา นำไปสู่ข้อเสนอสำหรับการควบคุมการบริโภคยาสูบในทศวรรษที่สาม (พ.ศ. 2549-2559) ต่อไป



2

การบริโภค **ยาสูบ**
ของคนไทยใน 2 ทศวรรษ (พ.ศ. 2529-2549)





จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุด ในปี พ.ศ. 2547 โดยทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรที่สูบบุหรี่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลในช่วงที่ผ่านมาพบ ดังตารางที่ 1 และแผนภูมิที่ 1

จากตารางและแผนภูมิ แสดงให้เห็นปรากฏการณ์ดังนี้

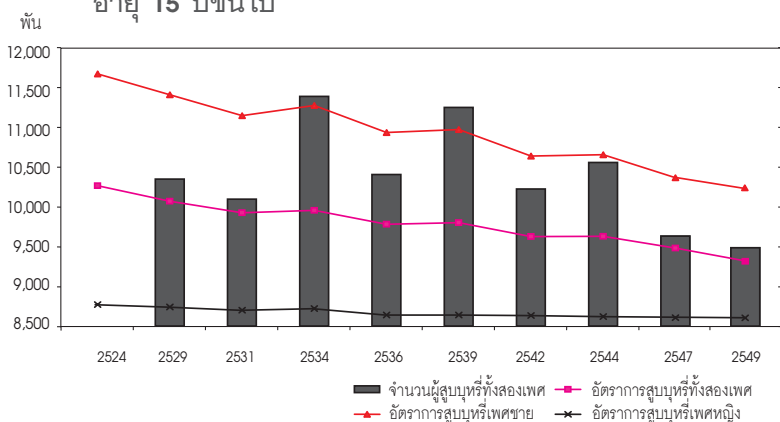
1) จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงอย่างมากในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงจาก 10.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2529 เหลือ 9.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2547

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงกว่าที่ควรจะเป็นอย่างมาก โดยใช้สมมติฐานว่าหากไม่มีการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ อัตราการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2547 จะใกล้เคียงกับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2524-2547 (หน่วย : พันคน)

ปี พ.ศ. (ค.ศ.)	จำนวน ประชากร 15 ปีขึ้นไป	จำนวน ประชากร ที่สูบบุหรี่	อัตรา (%) ของผู้สูบบุหรี่	อัตรา (%) ของผู้สูบบุหรี่ชาย	อัตรา (%) ของผู้สูบบุหรี่หญิง
2524 (1981)	27,475.6	9,676.7	35.2	63.19	5.39
2529 (1986)	33,071.9	10,343.6	31.3	57.96	4.76
2531 (1988)	35,546.5	10,089.3	28.4	52.73	3.94
2534 (1991)	39,303.1	11,378.6	29.0	55.33	4.34
2536 (1993)	40,720.4	10,399.0	25.5	48.50	2.77
2539 (1996)	43,480.5	11,240.2	25.9	49.25	2.78
2542 (1999)	45,529.4	10,219.6	22.4	42.63	2.65
2544 (2001)	46,980.4	10,551.3	22.5	42.92	2.36
2547 (2004)	49,438.9	9,627.7	19.5	37.2	2.1
2549 (2006)	50,347.2	9,535.5	18.94	36.91	2.0

แผนภูมิที่ 1 จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรทั้งสองเพศ
อายุ 15 ปีขึ้นไป



แหล่งข้อมูล : 1. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
2. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ



อัตราของปี พ.ศ. 2529 (ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่ในประเทศส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังเช่นที่ประเทศไทยได้ทำมาแล้ว จำนวนผู้สูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2547 ควรจะเท่ากับ 14.0 ล้านคน)

จึงกล่าวได้ว่า การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมาทำให้คนไทยสูบบุหรี่ยีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เท่ากับ $14.0 - 9.6 = 4.4$ ล้านคน ดังนั้น จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกที่ได้ทำนายว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่จะป่วยและตายจากโรคอันเนื่องมาจากบุหรี่ นั่นก็หมายความว่าคนไทยประมาณ 2.2 ล้านคน ได้รับการคุ้มครองให้ปลอดภัยจากการป่วยและตายอันเนื่องมาจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

2) อัตราการสูบบุหรี่ทั้งเพศหญิงและชายลดลงในทุกกลุ่มอายุ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ลดลงทั้งสองเพศอายุมากกว่า 15 ปี ในทุกกลุ่มอายุ โดยอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายอายุมากกว่า 15 ปี ลดลงจากร้อยละ 58 ในปี พ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 37 ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งถือว่ายังเป็นอัตราที่สูงอยู่เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่อยู่ที่ร้อยละ 25-29 เท่านั้น

สำหรับอัตราการสูบบุหรี่ของเพศหญิงลดลง จากร้อยละ 4.76 ใน พ.ศ. 2529 เหลือร้อยละ 2.1 เท่านั้น ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยอัตราส่วนเพศชาย : หญิง เท่ากับ 18 : 1

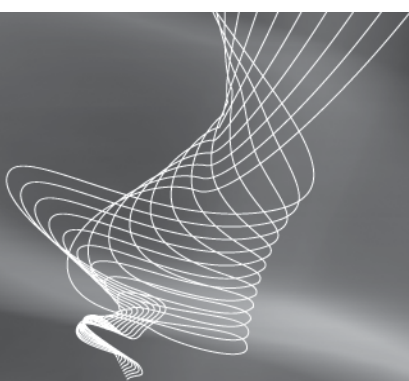
นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 65.6 ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ติดบุหรี่ก่อนอายุ 19 ปี

3) ระดับการศึกษายิ่งต่ำอัตราการสูบบุหรี่ยิ่งสูง ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ 9.6 ล้านคน เป็นประชากรที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าเป็นจำนวนถึง 6.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64 ของจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด

นอกจากนี้ผู้หญิงที่ไม่ได้รับการศึกษาจะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้หญิงที่ได้รับการศึกษาระดับอุดมศึกษาถึง 20 เท่า

4) อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรมและประมงสูบบุหรี่สูงสุด ผู้สูบบุหรี่ที่มีอาชีพคนงานรับจ้าง เกษตรกรรม และประมงมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด รวม 7,122,776 คน คิดเป็นร้อยละ 74 ของจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด



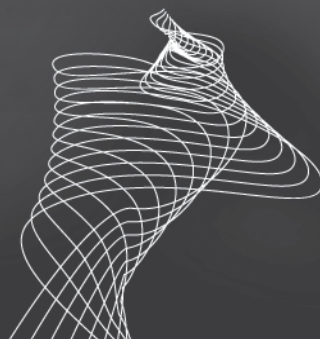


3

ทศวรรษแรกของการควบคุม

การบริโภค **ยาสูบ**

(พ.ศ. 2529-2539)





ทศวรรษ

แห่งการจัดตั้งองค์กร หน่วยงาน การถูกบังคับให้เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ การผลักดันกฎหมายและนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพ ตลอดจนสร้างค่านิยมของการไม่สูบบุหรี่ต่อหน้าสาธารณะ

ก่อนปี พ.ศ. 2529 เป็นช่วงเวลาของการดำเนินการ
ในลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดความต่อเนื่อง

โดยที่พระภิกษุสงฆ์กลุ่มหนึ่งนำโดยท่านอาจารย์ปัญญานันท์ภิกขุ แห่งวัดชลประทานรังสฤษฎ์ ท่านอาจารย์ไสว สิวญาโณ แห่งสวนโมกขพลาราม อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี และท่านอาจารย์พยอม กลฺยาโณ แห่งวัดสวนแก้ว จังหวัดนนทบุรี พระภิกษุกลุ่มนี้เห็นว่าพระสูบบุหรี่กันมาก (อัตราการสูบบุหรี่ของพระสูงกว่าร้อยละ 50) เนื่องจากพระแปลความผิด ท่านจึงชี้



ให้เห็นว่าสุรา เมรัย และมัจฉะ ล้วนเป็นสิ่งต้องห้ามตามหลักศีลในพระพุทธศาสนา โดยเฉพาะ “มัจฉะ” หมายถึงสิ่งเสพติดทุกประเภท เช่น หมาก บุหรี่ หรือกัญชา เป็นต้น ท่านจึงได้ทำการเทศนาสั่งสอนพระสงฆ์ และคนไทยให้ลดละเลิกอบายมุข ซึ่งรวมทั้งบุหรี่ด้วย เพราะตามหลักพุทธศาสนาเห็นว่าบุหรี่เป็นสิ่งเสพติด ไม่มีความจำเป็นสำหรับชีวิต ถือเป็นส่วนเกินมากกว่าเน้นโทษภัยของบุหรี่ เช่นเดียวกับแพทย์กลุ่มหนึ่งที่เห็นโทษภัยของการสูบบุหรี่ ได้ดำเนินการตามสำนึกในหน้าที่ของตน โดยชี้ให้เห็นโทษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ นอกจากนี้ มีการดำเนินงานขององค์กรหน่วยงานต่างๆ ที่สำคัญ ดังนี้

แพทยสมาคมฯ เสนอให้มีคำเตือนบนซองบุหรี่ (พ.ศ. 2517)

นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ เลขาธิการแพทยสมาคมฯ ในขณะนั้น ได้ทำหนังสือถึงรัฐบาลให้รัฐบาลดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบหลายประการ อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอของแพทยสมาคมฯ ต่อรัฐบาลได้รับการตอบสนองเพียงข้อเดียวคือ ให้พิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่ได้ แต่เปลี่ยนข้อความจาก “การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ” มาเป็น “การสูบบุหรี่



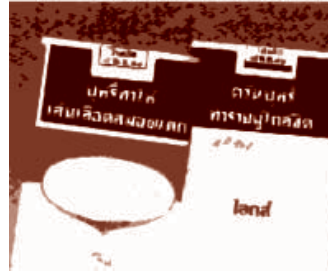
อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ” และให้พิมพ์ข้างซองบุหรี่ด้วยตัวหนังสือขนาดเล็กสีซีดจาง ยากแก่การมองเห็น จึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อ การลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ได้มากนัก

อย่างไรก็ตาม ความพยายามของ แพทย์สมาคมฯ ถือว่าเป็นการแสดงบทบาท ของสมาคมวิชาชีพในการปกป้องสุขภาพของประชาชนที่น่ายกย่อง ต่อมาได้ มีพัฒนาการคำเตือนบนซองบุหรี่ตามลำดับที่สามารถให้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น และ ขนาดใหญ่พอให้ผู้สูบบุหรี่จะสังเกตเห็นได้

ในปัจจุบันได้มีรูปภาพคำเตือนบนหน้าและหลังซองบุหรี่เป็นภาพ 4 สี ที่ชัดเจน ซึ่งจะกล่าวในบทต่อไป

การออกข้อบัญญัติของ กทม. (พ.ศ. 2519)

โดยการติดต่อประสานงานของ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ เลขาธิการ แพทย์สมาคมฯ กับ นพ.โอภาส ธรรมวานิช รองผู้ว่าราชการฝ่ายสาธารณสุข กทม. ทำให้กรุงเทพมหานครได้ออกข้อบัญญัติเรื่องควบคุมความเป็นระเบียบ เรียบร้อยและการอนามัย ในโรงภาพยนตร์และรถประจำทาง (พ.ศ. 2519) โดย กำหนดไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ ในโรงภาพยนตร์และในรถประจำทาง หาก ฝ่าฝืนมีความผิดต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทและห้าร้อยบาท” ตาม ลำดับ แต่ปรากฏผลว่า ยังพบเห็นคนสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์และบนรถเมล์ ประจำทางเสมอ อย่างไรก็ตาม นับว่าผู้บริหาร กทม. ในขณะนั้นเห็นการณ์ไกล สามารถออกมาตรการทางกฎหมายออกมาคุ้มครองประชาชน ต่อมาอีก 16 ปี รัฐสภาไทยจึงได้ผ่านกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบที่สำคัญ 2 ฉบับ ในปี



พ.ศ. 2535 ให้มีผลบังคับใช้ทั่วประเทศ

องค์การอนามัยโลกกำหนดปีแห่งการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (พ.ศ. 2523)

องค์การอนามัยโลกได้แสดงบทบาทในการให้ข้อมูลความรู้เผยแพร่ไปทั่วโลก โดยได้ชี้ให้เห็นว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อชีวิตและสุขภาพของพลเมืองโลก โดยได้พิมพ์เอกสารทางวิชาการเผยแพร่ไปทั่วโลกเกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ต่อคนสูบบุหรี่และคนข้างเคียง ตลอดจนกลวิธีในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งมีผลกระทบต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยในเวลาต่อมา

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2523 เป็นปีแห่งการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ต่อมาในปี พ.ศ. 2531 ได้กำหนดให้วันที่ 7 เมษายน เป็นวันงดสูบบุหรี่โลกครั้งแรก และในที่สุดในปี พ.ศ. 2535 องค์การอนามัยโลกได้เปลี่ยนเป็นวันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปีให้เป็นวันงดสูบบุหรี่โลกจนถึงปัจจุบัน

เหตุการณ์อื่นๆ ที่มีความสำคัญในช่วงนี้

ที่สมควรบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์ของการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนี้

พ.ศ. 2500 โรงพยาบาลมิชชั่นได้มีโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยนายแพทย์โรเจอร์ เนลสัน



พ.ศ. 2516 รัฐบาลประกาศ ปว. 294 ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี

พ.ศ. 2521 มีการจัดตั้งกลุ่มมัชฌิวัตขึ้น โดยมีนายแพทย์สนอง

อุนากุล เป็นผู้นำ ได้จัดพิมพ์หนังสือ “อันตรายของบุหรี่และวิถีเลิก”

พ.ศ. 2523 สมาคมแพทย์ต่างๆ ได้แก่ สมาคมอุรเวชช์ สมาคมปราบวัณโรค สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แพทยสมาคมฯ และสมาคมโรคทรวงอกอเมริกัน สาขาสหประชาชาติไทย ได้ทำบันทึกเสนอนายกรัฐมนตรีให้มีการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่

พ.ศ. 2525 กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งนายแพทย์เวทย์ อาริย์ชน เป็นประธานคณะผู้เชี่ยวชาญเรื่องบุหรี่และสุขภาพและจัดให้มีการสัมมนาระดับชาติ เรื่องการสูบบุหรี่และสุขภาพในประเทศไทย อนึ่ง นพ.เวทย์ อาริย์ชน เป็นแพทย์กลุ่มแรกๆ ในสังคมไทย ที่ได้เสียสละ ทูมเทในการทำหน้าที่ในการเผยแพร่ความรู้ให้คนไทยเลิกสูบบุหรี่

ช่วงเวลาของการจัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพฯ

ช่วงเวลาของการจัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพแห่งแรกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2529) และจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติเป็นครั้งแรก (พ.ศ. 2532) ตลอดจนจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2533)

จัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อการไม่สูบบุหรี่ (พ.ศ. 2529)

มีการจัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นครั้งแรกในประเทศไทย โดย ศ.นพ. ประเวศ วะสี ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ นพ.ไพฑูรย์ สุริย-



วงศ์ไพศาล และ นพ.สุรเกียรติ
อาชานานภาพ โดยมี ศ.นพ.ประกิต
วาทีสาธกกิจ เป็นเลขาธิการ และ
คุณบังอร ฤทธิภักดี เป็นผู้ช่วย
เลขาธิการ (คุณบังอร ฤทธิภักดี
เป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญขององค์กร



ที่อุทิศตนด้วยความเสียสละและทำงานเต็มเวลา) โดยจัดตั้งขึ้นภายใต้ชื่อ
“โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ในมูลนิธิหมอชาวบ้าน โดย ศ.นพ.ประเวศ
วะสี ได้รับเงินบริจาคจำนวน 60,000 บาท จากสโมสรโรตารี เป็นงบประมาณ
เริ่มต้นในการดำเนินงาน องค์กรแห่งนี้ได้แสดงบทบาทที่สำคัญในการควบคุม
การบริโภคยาสูบในประเทศไทยในเวลาต่อมา จนพัฒนามาเป็น “มูลนิธิรณรงค์
เพื่อการไม่สูบบุหรี่” เมื่อปี 2539 และดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพจนถึงปัจจุบัน
จุดเด่นขององค์กรพัฒนาเอกชน แห่งนี้คือ การวางแนวทางในการทำงานว่า
“ไม่ต่อต้านผู้สูบบุหรี่ แต่เรียกร้องให้ทุกคนในสังคมช่วยกันสร้างสังคมปลอด
บุหรี่” นอกจากนี้ ยังได้วางยุทธศาสตร์ ที่สำคัญ 4 ประการ คือ

- ◆ การสร้างเครือข่ายกับบุคคลและองค์กรต่างๆ (networking) ทำให้
มีการชักชวนดารา นักร้อง นักกีฬาชั้นนำ นักวาดการ์ตูน นักแต่ง
เพลง สื่อมวลชน หันมาช่วยกันรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่าง
เต็มใจและเสียสละ ซึ่งมีผลกระทบต่อกลุ่มเด็กและเยาวชนที่คิด
จะเริ่มสูบบุหรี่ป้องกันไม่ให้สูบบุหรี่
- ◆ การสร้างความตื่นตัวแก่สังคมโดยผ่านทางสื่อมวลชน (Media
Advocacy) โดยการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ผ่านสื่อมวลชน เป็น
ระยะๆ อย่างเป็นระบบ ทำให้สาธารณชนได้รับรู้ถึงโทษภัยบุหรี่

ในวงกว้าง นอกจากนี้ ยังได้มีการพัฒนาและสร้างสื่ออย่างมี
อาชีพ และกระบวนการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing)

- ◆ การผลักดันให้มีการออกกฎหมายและมาตรการต่างๆ (Lobbying Advocacy) ได้มีส่วนร่วมที่สำคัญในการผลักดันร่าง พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่ สูบบุหรี่จนผ่านรัฐสภาในปี พ.ศ. 2535
- ◆ การใช้กระบวนการของการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) ทำให้คนที่สูบบุหรี่ในกลุ่มอายุและอาชีพต่างๆ ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโทษภัยบุหรี่ และกลยุทธ์ของบรรษัทบุหรี่ข้าม ชาติเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ดังกล่าวข้างต้น มีจุดเน้น (Focus areas) ที่กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มที่สำคัญ คือ สื่อมวลชน ผู้มีอำนาจตัดสินใจในภาครัฐ และโรงเรียน

การดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชนแห่ง นี้เริ่มจากการผลิตสื่อรณรงค์อย่างมืออาชีพ 2 ชิ้น คือ สติกเกอร์ “เขตปลอดบุหรี่” และสไลด์ชุด “คนกับบุหรี่” ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี และสื่อสติกเกอร์ เขตปลอดบุหรี่ได้กลายเป็นสื่อหลักที่ใช้ในการ รณรงค์จนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ ยังได้นำการ ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลแบบ “ชิมลิก” มาใช้ใ้ นการเสริมสร้างค่านิยมใหม่ให้คนทุกวัยห่างไกลจาก การสูบบุหรี่ การสร้างเครือข่าย และการขยายแนว ร่วมในการรณรงค์



ต่อมา องค์การพัฒนาเอกชนแห่งนี้ได้ทำการผลักดันนโยบายร่วมกับฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งได้ร่วมกันทำงานอย่างหนัก จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยจึงมี “พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ” และ “พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่” ในช่วงรัฐบาลของ ฯพณฯ อานันท์ ปันยารชุน นายกรัฐมนตรี นอกจากนี้ยังได้มีการผลักดันและรณรงค์ในระดับนโยบายอื่นๆ เช่น ระหว่างปี พ.ศ. 2529-2533 มีส่วนร่วมในการรณรงค์คัดค้านการขยายโรงงานยาสูบ รณรงค์คัดค้านการนำเข้าบุหรี่จากต่างประเทศ การออกกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ และการขอให้มีการขึ้นภาษีบุหรี่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถานะเงินเพื่อ เป็นต้น

นอกจากการดำเนินงานตามโครงการ กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นแล้ว องค์การพัฒนาเอกชนแห่งนี้ยังได้มีบทบาทที่สำคัญในการประสานงานกับองค์กรภายในประเทศกับองค์กรในต่างประเทศในการรณรงค์คัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ มีผลให้เกิดเครือข่ายอย่างกว้างขวาง และในปัจจุบันยังได้ขยายแนวคิดรูปแบบ กระบวนการ และวิธีการขององค์กรเอกชนในการควบคุมการบริโภคยาสูบไปยังประเทศในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยคุณบังอร ฤทธิภักดี ได้ทำหน้าที่ในฐานะผู้ประสานงานขององค์กร SEATCA (The Southeast Asian Tobacco Control Alliance) โดยที่ SEATCA เป็นศูนย์ประสานความร่วมมือในการควบคุมการบริโภคยาสูบในภูมิภาค ได้รับการสนับสนุนโดยมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ โดยเริ่มต้นมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ให้การสนับสนุนการจัดประชุมสมาชิกเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2543 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ต่อมา SEATCA ได้รับงบประมาณจาก สสส. ด้วย โดยทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมการบริโภคยาสูบ สนับสนุนทุน ข้อมูล และความรู้ทางวิชาการต่อนักวิจัยกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ

ผู้ให้การชี้แนะต่อสาธารณะ (Advocate) ตลอด
จนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ด้วยยุทธศาสตร์ของการดำเนินงานดังกล่าว
ข้างต้น ทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพแห่ง
นี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในประเทศและ
ต่างประเทศ¹

การก่อตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ
แห่งชาติ (พ.ศ. 2532) และสำนักงานควบคุมการ
บริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2533)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการ
ควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 14 มีนาคม
2532 โดยได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ
ดังนี้

1. กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน
2. บริหารงานและประสานการดำเนินงาน
3. ควบคุมกำกับและติดตามผล
4. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการตามความเห็นสมควร
5. ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแก่คณะอนุกรรมการ

คณะกรรมการประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทน



หน่วยงานจากกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ ผู้แทนสื่อมวลชน โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายชวน หลีกภัย) เป็นประธาน นพ.หทัย ชิตานนท์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการ และ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการได้จัดทำฐานข้อมูล โดยรวบรวมข้อมูลความรู้จากทั่วโลก ทำให้การกำหนดนโยบาย วางแผน ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการมีทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2533 ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ แห่งชาติ โดยได้รับงบประมาณเป็นประจำทุกปี และเป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูล ข่าวสารความรู้ตลอดจนกฎระเบียบข้อบังคับและกฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุม การบริโภคยาสูบ อีกทั้งให้ข้อมูลแก่สาธารณะ (Public Information) และให้ การศึกษาแก่สาธารณะ (Public education) อย่างสม่ำเสมอ

ผลของการดำเนินงานที่ผ่านมา : คณะกรรมการฯ ได้แสดงบทบาทที่สำคัญในการเชื่อมประสานภาคีต่างๆ ดำเนินงานไปในทิศทางที่เป็นเอกภาพ มากขึ้น และมีพลังในการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการฯ ได้แสดง บทบาท และสร้างผลงานในช่วงที่นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ และ ศ.นพ.ประทีป วาทีสาชกกิจ เป็นเลขานุการตามลำดับ

หลังจากนั้นเป็นต้นมา คณะกรรมการฯ ได้แสดงบทบาทน้อยมาก ใน บางปีไม่มีการประชุมคณะกรรมการฯ จนถึงปัจจุบันเมื่อนายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค มาทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการฯ จึงได้แสดงบทบาทอีกครั้งหนึ่ง ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ

ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน² (พ.ศ. 2532-2548) ที่สำคัญ มีดังนี้

1. มีมติไม่เห็นด้วยกับการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ นพ.หทัย ชิตานนท์ ในฐานะเลขานุการได้ต่อสู้กับสมาคมผู้ส่งออกบุหรี่ของสหรัฐฯ (US Cigarette Exporter Association (USCEA)) และสำนักผู้แทนการค้าของสหรัฐฯ (US Trade Representative (USTR)) อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผลักดันให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ ห้ามสูบบุหรี่ในยานพาหนะขนส่งสาธารณะในส่วนที่ปรับอากาศ รวมทั้งเครื่องบินโดยสารที่มีช่วงบินไม่เกิน 2 ชั่วโมง
3. ผลักดันให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบและมีมติให้พิมพ์ค่าเตือนบนหน้าซองบุหรี่อย่างชัดเจน 6 ค่าเตือนสลับกันไป (แต่เดิมมีค่าเตือนเดียวที่ซองบุหรี่ยี่ห้อว่าบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ)
4. ทำการร่าง พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งต่อมากลายเป็นกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับของประเทศไทยในปัจจุบัน
5. ได้เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขทำการขยายขอบเขตของกฎหมาย โดยขยายเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะและพิมพ์รูปภาพค่าเตือน 4 สืบบนด้านหน้าและหลังซองบุหรี่
6. มีมติเห็นชอบให้ประเทศไทย



รับสัตยาบันกรอบอนุ-
สัญญาว่าด้วยการควบคุม
ยาสูบ

7. มีมติเห็นชอบให้บริษัท
ผลิตบุหรี่แจ้งส่วนประ-
กอบยาสูบของผู้ผลิต



หรือนำเข้าต่อกระทรวงสาธารณสุข โดยแจ้งเป็นหมวดหมู่ของสาร
ก่อมะเร็ง สารเสพติด สารพิษ และสารอื่นๆ

8. ผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข
(ฉบับที่ 8) 2547 เรื่องภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ โดยพิมพ์รูปภาพ
คำเตือน 4 สืบบนด้านหน้าและหลังซองบุหรี่ มีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ
50 ของพื้นที่ซอง มีผลบังคับใช้วันที่ 25 มีนาคม 2548
9. มีมติให้มีการบังคับใช้กฎหมายเรื่องการห้ามโฆษณาบุหรี่ ณ จุด
ขายในวันที่ 24 กันยายน 2548

การสร้างคุณค่าของการไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ
และการคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ (พ.ศ. 2530)

โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

มีเหตุการณ์ที่สำคัญ คือ การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยแกนนำ
สำคัญของการดำเนินงานครั้งนี้ได้แก่ แพทย์หนุ่มสาวในชนบท ซึ่งรวมตัวกัน
เป็นชมรมแพทย์ชนบทมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 โดยทางชมรมแพทย์ชนบทและ
มูลนิธิแพทย์ชนบท ได้จัดทำโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทั่วประเทศ

โดยประธานคณะกรรมการอำนวยการ คือ นายเทอดพงษ์ ไชยนันท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สำหรับคณะกรรมการดำเนินงานนั้นมี ศ.นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว ประธานมูลนิธิแพथ์ชนบท เป็นประธานดำเนินงาน นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานฯ และมีนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ประธานชมรมแพथ์ชนบท เป็นเลขานุการโครงการฯ ได้มีการระดมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 250 คน วิ่งรณรงค์จาก 4 ภาคของประเทศ ใช้เวลาในการวิ่ง 7 วัน ระหว่างวันที่ 16-22

ตุลาคม 2530 มาพบกันที่หน้าศาลว่าการกรุงเทพมหานคร ด้วยระยะทางรวมกันกว่า 3,000 กิโลเมตร ซึ่งโครงการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้ระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนว่าเพื่อเรียกร้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้มีการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่โดยไม่โจมตีผู้ที่สูบบุหรี่ปรากฏว่าได้รับการสนับสนุนจากประชาชนร่วมลงชื่อกว่า 6 ล้านชื่อ นับได้ว่าเป็นประหัตถ์ครั้งใหญ่ที่สุดของประเทศ ในการรณรงค์ด้านสุขภาพของประเทศไทยและได้มอบรายชื่อให้กับประธานสภาผู้แทนราษฎร (นายชวน หลีกภัย) เพื่อบอกถึงความต้องการของประชาชน

กระบวนการและวิธีการดำเนินงาน : ชมรมแพथ์ชนบทและมูลนิธิแพथ์ชนบท ซึ่งเป็นแกนนำในโครงการรณรงค์ ได้รับความร่วมมืออย่างกว้างขวางจากบุคคล องค์กร และหน่วยงานจากภาคีต่างๆ โดยแต่ละองค์กรและหน่วยงาน





ได้แสดงบทบาทที่เหมาะสม ซึ่งมีผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย บริษัท สปอร์ตเอช ห้างสรรพสินค้า เซ็นทรัล สโมสรรีไอล้อน สโมสรรีไอล้อน

มูลนิธิหมอชาวบ้าน แพทยสภา แพทยสมาคมฯ องค์การอนามัยโลก องค์การสงฆ์ กรุงเทพมหานคร ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัคร สาธารณสุข นักการเมือง นักวิชาการ และสื่อมวลชน

ผลกระทบที่ตามมา : ในการวิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เพื่อการไม่สูบบุหรี่ตลอดเวลา 7 วัน สื่อมวลชนทุกแขนงได้เสนอข่าวอย่างต่อเนื่อง คนไทยทั่วประเทศโดยเฉพาะที่อยู่ตามเส้นทางที่แพทย์ชนบทวิ่งผ่านได้รับการเรียนรู้เรื่องโทษภัยของบุหรี่ครั้งใหญ่ที่สุดในสังคมไทย ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้บันทึกในหนังสือสังคมไทย 2530 ว่าเป็นข่าวหรือเหตุการณ์ที่เป็นผลดีต่อสังคมไทยเลยทีเดียว และเชื่อว่าเหตุการณ์ครั้งนี้มีผลกระทบที่สำคัญต่อการเรียกร้องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ในเมืองไทยซึ่งนำไปสู่การสร้าง “คุณค่า” ใหม่ในสังคมไทยว่า การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมในเรื่องสุขภาพ (Social mobilization) ครั้งใหญ่ที่สุดในสังคมไทยที่นำไปสู่การสนับสนุนของสาธารณชนและสื่อมวลชนในการควบคุมการบริโภคยาสูบในเวลาต่อมา

การเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ (พ.ศ. 2532-2534)

เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2532 นพ.หทัย ชิตานนท์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเลขาธิการคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ได้ออกมามีมติด้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศด้วยความห่วงใยต่อสุขภาพของประชาชนในชาติ ต่อมา ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ เลขาธิการโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ได้ยื่นจดหมายเปิดผนึกต่อนายกรัฐมนตรีที่ทำเนียบรัฐบาล ร้องเรียนให้คัดค้านข้อเสนอของกระทรวงการคลังที่จะให้มีการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ สื่อมวลชนเสนอข่าวการเคลื่อนไหวคัดค้านเป็นข่าวใหญ่ไปทั่วประเทศ ต่อมาเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2532 สมาคมผู้ส่งออกบุหรี่ของสหรัฐฯ (USCEA) ได้ยื่นหนังสือฟ้องต่อสำนักผู้แทนการค้าของสหรัฐฯ (USTR) ซึ่งต่อมาสำนักผู้แทนการค้าของสหรัฐฯ ได้ดำเนินการเจรจาและได้สวน ทำให้สหรัฐฯ เสียภาพพจน์อย่างมากต่อชาวโลก จนในที่สุดกระทรวงต่างประเทศของสหรัฐฯ ต้องเสนอให้สำนักผู้แทนการค้าอเมริกา (United States Trade Representative : USTR) ส่งเรื่องนี้ให้แกตต์ (General Agreement on Tariffs and Trade : GATT) ทำให้เปลี่ยนเวทีจากการเจรจาระดับทวิภาคี (bilateral) มาเป็นพหุภาคี (multilateral)

ต่อมาในที่สุดแกตต์ตัดสินใจให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ แต่ในแวดวงขององค์กรด้านสุขภาพและองค์กรการค่านานาชาติถือว่า กรณีของไทยเป็นชัยชนะต่อบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ เพราะแกตต์ได้ตัดสินโดยหารือกับองค์การอนามัยโลก และเห็นว่าเป็นประเด็นการค้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงตัดสินว่าการห้ามการโฆษณาบุหรี่มีความชอบธรรม เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้พลิกสถานการณ์ที่เพลี่ยงพล้ำให้เป็นโอกาส โดยยื่นเงื่อนไขต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อแลกเปลี่ยนกับการเปิดให้มีการนำ

เข้าบุหรี่ย่างเสรี ทำให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการกับร่าง พรบ. ควบคุม
การบริโภคยาสูบ พ.ศ. และอนุมัติให้ตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภค
ยาสูบในกระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการและวิธีการในการคัดค้านการเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ
สามารถสรุปได้ดังนี้

1) การให้ข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณชนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ในเรื่องผลกระทบต่อการเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศที่จะทำให้อัตรา
การสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการอาศัยกลยุทธ์และเทคนิคทางการ
ตลาดที่แยบคาย ตลอดจนการชี้ให้เห็นภาพลักษณ์ที่แท้จริงของบริษัทบุหรี่
และสหรัฐอเมริกา ที่เพียงหวังผลทางการค้า โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ
ของคนไทยอย่างไร้จริยธรรม

2) การสร้างกระแสสำนึกของความรักชาติ

การสร้างกระแสสำนึกของความเป็นเอกราชของชาติไทยที่ไม่เคยเป็น
เมืองขึ้นของใคร ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การเสนอภาพจักรวรรดินิยมอเมริกา
ได้เปลี่ยนรูปแบบใหม่ในการรุกรานประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่อ่อนแอกว่า ได้
กระตุ้นจิตสำนึกของคนไทยอย่างแรงที่ไม่ชอบให้ผู้ใดเบียดเบียนกระทำการรังแกผู้
ที่เสียเปรียบและอ่อนแอกว่ากระแสสำนึกของความรักชาติจึงแพร่สะพัดไปอย่าง
รวดเร็ว ทำให้พลังการต่อต้านในการเจรจากับสหรัฐอเมริกามีมากขึ้นและความ
ตื่นตัวรับรู้เรื่องผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมมีมากขึ้น

3) การสร้างเครือข่ายทั้งภายในและต่างประเทศ

ได้มีการสร้างเครือข่ายภายในประเทศอย่างกว้างขวาง โดยชี้ให้เห็น

ประเด็นที่ชาตินิคมหาอำนาจบีบบังคับให้ไทยรับสินค้าแห่งความตาย สำนักแห่งความรักชาติได้ก่อตัวขึ้นอย่างรวดเร็วเกิดการประสานความร่วมมือในหน่วยงานของรัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ และกระทรวงพาณิชย์) องค์การวิชาชีพ (แพทยสภา ชมรมแพทย์ชนบท) องค์การพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ สื่อมวลชน โดยเฉพาะสื่อมวลชนเป็นสถาบันหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญที่ทำให้การคัดค้านการสูบบุหรี่ต่างประเทศขยายออกไปในวงกว้าง ทำให้เพิ่มอำนาจต่อรองในการเจรจากับสหรัฐ

นอกจากนี้ ยังได้ขยายเครือข่ายไปยังองค์กรสุขภาพในต่างประเทศ เช่น สมาคมควบคุมการบริโภคยาสูบภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก (APACT) ได้ลงนามในจดหมายถึงประธานาธิบดี จอร์จ บุช เรียกร้องให้ยุติการใช้มาตรา 301 บีบบังคับประเทศไทย และในที่ประชุมบุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 7 ณ ประเทศออสเตรเลีย เมื่อเมษายน 2532 ซึ่งมีผู้เข้าประชุมกว่า 1,000 คน จากเกือบทุกประเทศทั่วโลก ได้ลงมติคัดค้านการรุกรานของอุตสาหกรรมบุหรี่และได้เสนอให้แกตต์ตัดบุหรี่ออกจากรายการสินค้าที่ต้องเจรจาทางการค้าเพราะบุหรี่ไม่ใช่สินค้าทั่วไป แต่เป็นสินค้าที่นำมาซึ่งความตายและความเจ็บป่วย



ผลกระทบที่ตามมาภายหลังของการคัดค้านการเปิดตลาดบุหรี่

ในช่วงระยะเวลาที่มีการเจรจาและไต่สวน นับตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2532 จนถึงวันที่ไทยประกาศเปิดตลาดบุหรี่คือวันที่ 19 ตุลาคม 2533 นั้น มีผลกระทบต่อการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทั้งภายในและภายนอกประเทศไทย ดังนี้

ภายนอกประเทศ

1) การเจรจาการค้ากับผู้แทนการค้าสหรัฐ ฯ (USTR) สหรัฐฯ ได้รับความเสียหายมากในด้านภาพพจน์ทั่วโลก เนื่องมาจากการพยายามยืดเยื้อดลindaแห่งความตายให้ประเทศอื่น และกระบวนการพิจารณานั้นมีการทำประชาพิจารณ์ (Public Hearing) ทำให้สาธารณชนทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ มากมาย

2) เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายขององค์กรด้านสุขภาพของภายในประเทศ (Civic Network) รวมทั้งได้สร้างเครือข่ายกับองค์กรด้านสุขภาพของสหรัฐฯ และสมาคมควบคุมการบริโภคยาสูบภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (APACT) ในการคัดค้านการส่งออกสินค้าความตายและการช่วยรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ภายในประเทศ

1) สร้างกระแสความรักชาติที่ถูกสหรัฐฯ ใช้มาตรการทางการค้า โดยอาศัยมาตรา 301 ข่มขู่ให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ เนื่องจากสื่อมวลชนเสนอข่าวเป็นระยะๆ

2) ต่อมาสาธารณชนเริ่มสนใจประเด็นสุขภาพ เพราะองค์กรทางสุขภาพในประเทศไทยต่อสู้โดยเน้นประเด็นสุขภาพ มนุษยธรรม และศีลธรรม



ไม่ได้เน้นประเด็นด้านการค้า
นับเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม
ในการให้สุขศึกษากับ
ประชาชน

3) องค์การด้าน
สุขภาพในประเทศไทยได้
รวมตัวกันประสานงานกัน

มากขึ้นโดยความร่วมมือจากสื่อมวลชนในการคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ
ซึ่งเป็นผลดีต่อการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในเมืองไทยเป็นไปอย่างรวดเร็ว
และมีประสิทธิภาพ

4) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2533 เห็นชอบในหลักการ
กับร่างพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. และอนุมัติให้จัดตั้ง
สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อเป็นองค์กรควบคุมการสูบบุหรี่ สังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5) สังคมได้เรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับบุหรี่ในทุกด้าน : ในช่วงเวลาดังกล่าว
(ช่วงปี พ.ศ. 2532 ถึง 2534) นับเป็นช่วงที่มีเหตุการณ์ที่สำคัญที่สุดของการ
รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในเมืองไทย ทั้งนี้ เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าว สังคม
ไทยได้รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับบุหรี่มากมาย ไม่เพียงแต่โทษภัยของบุหรีต่อผู้สูบ
และผู้อยู่ข้างเคียงเท่านั้น หากยังเห็นถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม
นอกจากนี้การที่สื่อมวลชนได้ออกมาเสนอข่าวคัดค้านการนำเข้าบุหรีต่างประเทศ
ตลอดเวลา 2 ปี ในช่วงนี้ ทำให้เกิดกระแสในสังคมซึ่งเป็นกระแสความรักชาติ
ร่วมใจกันต่อต้านสหรัฐฯ ที่พยายามยัดเยียดสินค้าแห่งความตายมาให้คนไทย

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) (พ.ศ. 2535-2536)

การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่สำคัญ 2 ฉบับ (พ.ศ. 2535)

โดยที่กระแสผลักดันกฎหมาย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ จากทั้งบุคคล หน่วยงาน องค์กรด้านสุขภาพ ตลอดจนสื่อมวลชนได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงหลัง (พ.ศ. 2534) ของการต่อสู้กับสภรรัฐฯ เมื่อทราบแน่ชัดแล้วว่าไทยต้องเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศตามมติของ GATT ผู้แทนทางด้านสุขภาพของไทย (นพ.หทัย ชิตานนท์ และ ศ.นพ.ประทีป วาทีสากรกิจ) โดยการแนะนำจากนายพชร อิศรางกูร ณ อยุธยา ปลัดกระทรวงพาณิชย์ในขณะนั้น ได้ขอต่อรองให้รัฐบาลไทยออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ และคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อให้มีองค์กรและงบประมาณที่ชัดเจนในการควบคุมการบริโภคยาสูบต่อไป จึงนับว่าเป็นการเปลี่ยนวิกฤติ (ที่ต้องเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ) มาเป็นโอกาส (โดยเสนอให้มีกฎหมายและจัดตั้งกลไกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนมีงบประมาณที่แน่นอนในทุกปี)

กระบวนการและวิธีการ : รัฐสภาไทยได้ออกกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งในกระบวนการผลักดันกฎหมาย 2 ฉบับนี้พบว่าเหตุปัจจัยอันเกี่ยวพัน และทำให้กฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับออกมาได้มีดังต่อไปนี้

1) เป็นการใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา กล่าวคือคณะกรรมการ

ความคุ้มครองบริโภคยาสูบแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งขึ้นมา ร่างกฎหมายคณะกรรมการชุดนี้ได้รวบรวมองค์ความรู้ในเรื่องกฎหมายกับ บุหรี่จากทั่วโลก นำส่วนที่ดีของแต่ละประเทศมารวมกัน โดยที่คิดว่าสามารถ นำมาปรับใช้ในบริบท (context) ของสังคมไทยได้ ที่น่าสนใจก็คือการร่าง กฎหมายทั้ง 2 ฉบับนั้นได้ดำเนินการแล้วเสร็จ โดยที่ไม่ได้สนใจว่า ร่างกฎหมาย ทั้ง 2 ฉบับนี้จะสามารถผ่านรัฐสภาไทยได้หรือไม่ เพราะเป็นเรื่องของผล ประโยชน์จำนวนมหาศาล (ที่บริษัทบุหรี่ไม่ยอมเสียผลประโยชน์อย่างง่าย ๆ จึงต้องทำการต่อต้านในทุกรูปแบบ) แต่ได้มีการเตรียมร่างกฎหมายไว้ เพื่อ รอคอยโอกาสที่เหมาะสม ซึ่งในที่สุดโอกาสที่เหมาะสมก็มาถึง

2) เป็นช่วงเวลาที่มียานายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขเป็นคนดี เห็นแก่ประโยชน์ของประเทศชาติ นายกรัฐมนตรีคือ นาย อานันท์ ปันยารชุน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คือ นายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ โดยที่ทั้ง 3 ท่าน ได้ช่วยผลักดันกฎหมายสำคัญทั้ง 2 ฉบับ ผ่านคณะรัฐมนตรี ซึ่งการที่ท่านนายกอานันท์ฯ ได้อนุญาตให้นายแพทย์ หทัย ชิดานนท์ และ ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ เข้าไปชี้แจงในคณะรัฐมนตรี ทำให้มาตรการสำคัญๆ หลายมาตรการยังคงอยู่ในร่างกฎหมาย ทั้งนี้เพราะมีการเสนอ



ให้ตัดมาตราสำคัญดังกล่าวในที่ประชุมคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีหลักฐานระบุชัดว่า
เป็นความพยายามของบรรษัททุนหรือในการลอบบีรัฐมนตรีบางท่าน

3) รัฐสภายุค รสช. ยอมผ่านร่างกฎหมาย ทั้งนี้เป็นเพราะรัฐสภาที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับ รสช. เมื่อ ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้โทรศัพท์
แจ้งให้ผู้มีอำนาจสูงสุดในขณะนั้น ทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องขอ
ให้รัฐสภาผ่านร่างกฎหมายฉบับนี้ ด้วยความเชื่อใจในเจตนาที่ดีของ ศ.นพ.
อรรถสิทธิ์ ทำให้ผู้มีอำนาจในขณะนั้น สั่งให้รัฐสภาไฟเขียวผ่านร่างกฎหมาย
ทั้งสองฉบับ

4) มีการจัดการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพของคนกลุ่มเล็กๆ คือ
นพ.หทัย ชิตานนท์ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกิจ คุณบังอร ฤทธิภักดี คุณลักษณะ
เต็มศิริกุลชัย และ นพ.สุกกร บัวสาย ทั้ง 5 ท่าน ได้ร่วมกันติดตามสถานการณ์
ในทุกขั้นตอน ติดตามประสานงาน ลีอบบี้กับบุคคลที่สำคัญๆ ในการช่วยผลักดัน
ร่างกฎหมาย เตรียมข้อมูลความรู้ในการชี้แจงต่อคณะรัฐมนตรี คณะ
กรรมการฯ และรัฐสภา ทำการแจ้งให้สื่อมวลชนทราบถึงกระบวนการ
ดำเนินงานทุกขั้นตอนเพื่อส่งข่าวถึงสาธารณะ รวมทั้งการติดต่อขอการสนับสนุน
จากองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ

นอกเหนือจากนี้ก็คือคนกลุ่มเล็กๆ กลุ่มนี้ทำการผลักดันกฎหมายด้วย
เจตนาดีต่อสุขภาพของคนไทยทั้งชาติ โดยปราศจากผลประโยชน์ส่วนตัว
แม้แต่หน่อย จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนจากบุคคล หน่วยงาน องค์กรจากภาคี
ต่างๆ ในสังคมจำนวนมาก

5) สื่อมวลชนมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการสนับสนุนร่างกฎหมาย ใน
ช่วงเวลา 2 สัปดาห์สุดท้ายของรัฐบาลอานันท์ ร่างกฎหมายยังไม่ผ่านการ

พิจารณาของคณะรัฐมนตรียังมีร่างกฎหมายที่สำคัญอีกหลายฉบับรอการพิจารณาอยู่ ดังนั้นหลังจากได้พยายามดำเนินการในทุกช่องทางแล้วยังมองไม่เห็นหนทางสำเร็จได้ นพ.หทัยฯ และ ศ.นพ.ประกิจฯ จึงอาศัยสื่อมวลชน (หนังสือพิมพ์ไทยรัฐและมติชน) โดย นพ.หทัยฯ แจ้งให้สื่อมวลชนทราบว่ารัฐบาลอานันท์ที่ได้ชื่อว่าโปร่งใสตอนนี้กลับมืดตื้อ ศ.นพ.ประกิจฯ ได้เสริมต่อว่าต้องเอาพวงหรีดดำมาให้ วันรุ่งขึ้นหนังสือพิมพ์ทุกฉบับลงข่าวหน้าหนึ่งปรากฏว่า ท่านนายกอานันท์ฯ เห็นข่าว จึงเรียก นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไปพบ แล้วสั่งให้เอาร่างกฎหมายขึ้นมาพิจารณาในคณะรัฐมนตรีทันที โดยไม่ต้องเรียงลำดับตามที่จัดวางไว้

๖) การสร้างภาพลักษณ์ให้บริษัทบุหรี่และผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ร้ายในสายตาของสาธารณชน ยุทธวิธีดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เมื่อเกิดเหตุการณ์สหรัฐบังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ ในช่วงเวลา 2 ปี ของการต่อสู้คัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ ทั้ง นพ.หทัย และ ศ.นพ.ประกิจ ได้เปิดโปงชี้แนะ (advocate) ต่อสาธารณชนเป็นระยะถึงกลยุทธ์อันชั่วร้ายของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการยัดเยียดสินค้าแห่งความตายให้คนไทย การให้ข้อมูลและชี้แนะต่อสาธารณชนเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเป็นวิธีการทำงานที่สำคัญ และจำเป็นในการให้แรงจูงใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทุกเรื่อง

ผลกระทบที่ตามมาภายหลัง : ประเทศไทยมีกฎหมาย 2 ฉบับที่ก้าวหน้าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชน กฎหมายทั้งสองฉบับมีสาระที่สำคัญ ดังนี้

1) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีสาระที่สำคัญคือ



- ห้ามโฆษณาทุกชนิดทั้งทางตรงทางอ้อม รวมทั้งห้ามโฆษณาเครื่องหมายความการค้า
- ห้ามไม่ให้มีการส่งเสริมการขายทุกชนิด
- ไม่อนุญาตให้มีเครื่องขายบุพริกา (Vending Machine)
- ห้ามขายบุพริกาให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี
- ให้เปิดเผยรายการส่วนประกอบที่มีอยู่ในบุพริกา (product ingredients) ให้กระทรวงสาธารณสุขรับทราบ
- มีคำเตือนบนซองบุพริกา (6 คำเตือนสลับกัน) เห็นได้อย่างชัดเจนบนหน้าซองบุพริกา พิมพ์สลับกันไป (rotating health warning label) (ปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็นฉลากรูปภาพและข้อความคำเตือน 9 แบบ)

2) พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มีสาระที่สำคัญมุ่งคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ โดยแบ่งสถานที่สาธารณะออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด เช่น รถยนต์โดยสารปรับอากาศ ลิฟต์ โรงภาพยนตร์ เป็นต้น
- ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้นห้องทำงานส่วนตัว เช่น โรงเรียน สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน เป็นต้น
- ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้นเขตสูบบุหรี่และห้องทำงานส่วนตัว เช่น สถานพยาบาล ศูนย์การค้าและห้างสรรพสินค้า เป็นต้น
- ห้ามสูบบุหรี่ แต่สูบได้ในเขตสูบบุหรี่ซึ่งมีบริเวณไม่เกิน 50 % ของพื้นที่ เช่น ร้านอาหารที่มีห้องปรับอากาศ เป็นต้น โดยที่กฎหมายได้ระบุโทษผู้ฝ่าฝืนไว้

ปัจจุบันได้ขยายขอบเขตสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ออกไปอย่างกว้างขวางและครอบคลุมเพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กฎหมายทั้งสองฉบับเป็นเครื่องมือสำคัญที่ไม่ทำให้อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

นโยบายขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพ

(พ.ศ. 2536)

มาตรการที่สำคัญประการหนึ่งในการป้องกันไม่ให้เยาวชนสูบบุหรี่และทำให้อัตราการสูบบุหรี่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนลดลง คือ การขึ้นภาษีบุหรี่ เพื่อให้ราคาบุหรี่สูงขึ้น





นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา รัฐบาลไทยได้ดำเนินการขึ้นราคามุทรีและขึ้นภาษีมุทรีมาหลายครั้ง แต่ด้วยเหตุผลอื่น เช่น ปรับตามอัตราเงินเฟ้อ ต้องการเพิ่มรายได้จากมุทรีเพิ่มขึ้น ฯลฯ ซึ่งไม่ใช่เหตุผล เพื่อป้องกันหรือลดอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชน เช่น ในปี พ.ศ. 2524 ได้มีการเพิ่มภาษีทำให้ยอดจำหน่ายลดลงร้อยละ 15 แต่รายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.8

ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2536 เป็นครั้งแรกที่กระทรวงสาธารณสุขโดย ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น เสนอให้รัฐบาลขึ้นภาษีมุทรีด้วยเหตุผลทางสุขภาพเป็นหลัก กระทรวงสาธารณสุขเสนอให้ขึ้นภาษีสรรพสามิตจากเดิมร้อยละ 55 มาเป็นอัตราร้อยละ 63 แต่คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้ขึ้นเป็นร้อยละ 60 จากการขึ้นภาษีมุทรีในครั้งนี้ผลปรากฏว่าปริมาณการจำหน่ายลดลง แต่รัฐบาลได้รายได้เพิ่มขึ้น หลังจากนั้นมีการขึ้นภาษีอีก 6 ครั้ง แต่เป็นการปรับตามค่าครองชีพ มิได้เป็นเหตุผลทางสุขภาพแต่อย่างใด หลังจากปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ยังไม่มีการขึ้นภาษีอีกเลย ด้วยเหตุดังกล่าว ศ.นพ.ประทีป วาทีสาธกิจ จึงได้ออกมาเรียกร้องให้ขึ้นภาษีเพื่อลดการสูบบุหรี่เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

จนในที่สุดเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2548 กระทรวงการคลังได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้ปรับเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตมุทรี จากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 79 โดยให้เหตุผลว่าเพื่อเป็นการเพิ่มรายได้



ให้รัฐ และลดปริมาณการบริโภคยาสูบของประชาชน คณะรัฐมนตรีเห็นชอบตามที่กระทรวงการคลังเสนอ และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 7 ธันวาคม 2548 ทั้งนี้ คาดว่าจะมีรายได้เพิ่มขึ้นปีละ 3,000 ล้านบาท และคาดว่าอัตราการบริโภคยาสูบจะลดลงประมาณ 10 % (ตารางที่ 2)

กระบวนการและวิธีการ : อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในครั้งนี้ ได้แก่ การมีนักการเมืองที่ดี มีวิสัยทัศน์ และมีเจตจำนงแน่วแน่ในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน การมีนักวิชาการที่มีความรู้ ความสามารถในระดับนานาชาติในเรื่องบุหรี่และสุขภาพ ทำให้สามารถผลักดันนโยบายนี้ออกมาได้ ซึ่งมีกระบวนการและวิธีการทำงาน ดังนี้

1) **การรวบรวมความรู้ในเรื่องการขึ้นภาษีเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนจากประเทศต่างๆ** ทั่วโลกที่มีนโยบายนี้ เรียนรู้ถึงการสร้างนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่และวิธีการดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังต้องรวบรวมนโยบายการขึ้นภาษีของไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นการขึ้นภาษีด้วยเหตุผลอื่นที่ไม่ใช่เหตุผลทางสุขภาพ ซึ่งในเรื่องดังกล่าวข้างต้น นพ.สุกร บัวสาย นักวิชาการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้มีความหนักแน่นน่าเชื่อถือ ก่อให้เกิดความมั่นใจต่อนักการเมืองที่จะสร้างนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

2) **มีที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลกในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านภาษี** บุหรี่และสุขภาพคอยให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ โดยที่ นพ.สุกร ได้รับข้อมูลความรู้จากการปรึกษามาสร้างนโยบายสำหรับประเทศไทย คำปรึกษาที่ได้รับไม่เพียงแต่เป็นเรื่องข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ แต่ต้องรวบรวมประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ด้วย ซึ่งมีประโยชน์ต่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของไทยอย่างมาก

ตารางที่ 2 ยอดจำหน่ายบุหรี่และรายได้รัฐจากภาษีบุหรี่
(ไม่รวมกำไรโรงงานยาสูบ)

ปี งบประมาณ	บุหรี่โรงงานยาสูบ		นำเข้าจากต่างประเทศ		รวม		อัตราภาษี (%)
	ยอดจำหน่าย (ล้านบาท)	ภาษี (ล้านบาท)	ยอดจำหน่าย (ล้านบาท)	ภาษี (ล้านบาท)	ยอดจำหน่าย (ล้านบาท)	ภาษี (ล้านบาท)	
2534	1,942	15,679	12	219	1,954	15,898	55
2535	1,983	14,653	51	784	2,035	15,438	55
2536	2,065	14,499	60	846	2,125	15,345	55
2537	2,258	18,871	71	1,131	2,328	20,002	60
2538	2,100	19,498	71	1,238	2,171	20,736	60
2539	2,386	22,747	77	1,345	2,463	24,092	62
2540	2,316	28,301	99	1,454	2,415	29,755	68
2541	1,786	25,823	165	2,868	1,951	28,691	70
2542	1,569	23,130	241	3,578	1,810	26,708	70
2543	1,586	23,581	239	4,529	1,826	28,110	71.5
2544	1,466	23,790	261	5,837	1,727	29,627	75
2545	1,453	25,111	262	6,136	1,716	31,247	75
2546	1,636	27,579	293	6,472	1,904	33,582	75
2547	1,680	28,600	429	8,671	2,110	36,326	75
2548	1,789	28,604	496	9,619	2,286	38,258	79
2549	1,357	26,084	401	9,543	1,758	35,657	79

ที่มา : กรมสรรพสามิต ณ วันที่ 22 มกราคม 2550



3) **ทำการสร้างเครือข่ายในกลุ่มนักเศรษฐศาสตร์** เพื่อดึงนักเศรษฐศาสตร์มามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยกลไกทางภาษี ซึ่งในกระบวนการนี้นอกจากจะทำให้ นักวิชาการทางด้านเศรษฐศาสตร์นำความรู้มาช่วยส่งเสริมสุขภาพแล้ว ยังทำให้นักเศรษฐศาสตร์เหล่านี้ได้เรียนรู้-แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันกับนักวิชาการทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะพัฒนาไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์กันในเรื่องสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

4) **การทำความเข้าใจกับสื่อมวลชน** ซึ่งในเรื่องนี้ นพ.สุกกร บัวสาย ได้เสนอข้อมูลให้กับผู้สื่อข่าวสาธารณสุขทราบเป็นระยะๆ ซึ่งนอกจากจะสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแล้ว ยังได้รับการสนับสนุนจากสื่อมวลชนในเวลาต่อมาอีกด้วย

ผลกระทบที่ตามมาภายหลัง : การขึ้นภาษีบุหรี่ครั้งนั้น (พ.ศ. 2536) แม้คณะรัฐมนตรีไม่ได้มีมติให้ขึ้นภาษีอย่างเต็มที่ ตามข้อเสนอแนะของรัฐมนตรี

ว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม แต่จากการศึกษาของ นพ.สุภกร บัวสาย นักวิชาการด้านบุหรี่และสุขภาพพบว่าการขึ้นภาษีในครั้งนั้นมีผลกระทบที่ตามมา คือ ปริมาณการจำหน่ายบุหรี่รวมลดลง รายได้ภาษีสรรพสามิตโดยรวมมิได้ลดลง และคาดว่าเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปีที่สูบบุหรี่ หรือกำลังลองสูบบุหรี่สามารถ เลิกสูบได้จำนวน 200,000 คน ต่อมาเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ที่ผ่าน มา รัฐบาลได้มีการขึ้นภาษีบุหรี่โดยอ้างเหตุผลด้านสุขภาพ คาดว่าจะมีรายได้ เพิ่มขึ้นปีละ 3,000 ล้านบาท และอัตราการบริโภคยาสูบลดลงประมาณ 10 %



ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้ดำเนินงานในการควบคุมบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่อง โดยให้จัดทำโครงการและกิจกรรมมากมายสามารถประมวลได้ดังนี้ คือ

- พ.ศ. 2531 โครงการวัดปลอดบุหรี่ จัดทำเพื่อรณรงค์เลิกถวายบุหรี่แก่พระสงฆ์
- พ.ศ. 2533-2540 โครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ เพื่อหาแนวทางให้ครูช่วยศิษย์ไม่ให้ติดบุหรี่ และให้ความรู้แก่นักเรียนเรื่องพิษภัยของบุหรี่
- พ.ศ. 2534-2538 ชมรมเยาวชนปลอดสะอาด เพื่อเสริมความรู้และทัศนคติแก่เยาวชน และเผยแพร่กฎหมายห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี รวมทั้งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- พ.ศ. 2539-2543 โครงการคนรุ่นใหม่ไม่สนใจบุหรี่ จัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับคนรุ่นใหม่ไม่สนใจบุหรี่
- พ.ศ. 2535-2541 ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้มีการจัดทำเว็บไซต์ของมูลนิธิขึ้น คือ www.ashthailand.or.th
- พ.ศ. 2535 โครงการสำนักงานปลอดบุหรี่ จัดทำสื่อเพื่อสนับสนุนให้กับสำนักงานต่างๆ เพื่อให้เป็นเขตปลอดบุหรี่
- พ.ศ. 2535-2548 โครงการเด็กคือดวงใจ จัดกิจกรรมรณรงค์ครอบครัวปลอดบุหรี่
- พ.ศ. 2536-2543 โครงการสายนี้ปลอดบุหรี่ กิจกรรมรณรงค์เพื่อช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี่
- พ.ศ. 2537 โครงการร้านอาหารปลอดบุหรี่ จัดทำสื่อรณรงค์ให้ร้านอาหารปลอดบุหรี่
- พ.ศ. 2537-2545 โครงการหญิงไทยไม่สูบบุหรี่ กิจกรรมรณรงค์ป้องกันวัยรุ่นหญิงไทยจากการสูบบุหรี่
- พ.ศ. 2542 โครงการวารสาร Smart
- พ.ศ. 2542 เครือข่ายนักรณรงค์แห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
- พ.ศ. 2544 โครงการรู้ให้ทันกลยุทธ์บริษัทบุหรี่

²ในสถานการณ์ปัจจุบัน (ในปี 2548 ที่ผ่านมา) คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบได้แสดงบทบาทมากขึ้น มีการประชุม 4 ครั้ง โดยมีประเด็นสำคัญของการประชุมซึ่งส่งผลต่อการกำหนดนโยบายที่สำคัญคือ

1. การแต่งตั้งคณะกรรมการในคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ประกอบด้วยคณะกรรมการ 5 ชุด คือ

- คณะกรรมการพัฒนาด้านกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ
- คณะกรรมการวิชาการและพัฒนาข้อมูลเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ
- คณะกรรมการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนจากการสูบบุหรี่
- คณะกรรมการด้านประชาสัมพันธ์
- คณะกรรมการพัฒนากลวิธีการเลิกสูบบุหรี่เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ

2. มีมติเห็นชอบให้ประเทศไทยรับสัตยาบันกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

3. มีมติเห็นชอบให้กรมควบคุมโรคประสานกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพื่อกำหนดระเบียบและหลักการสับบนรางวัลนำจับ พร้อมทั้งแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ

4. มีมติเห็นชอบให้ทางคณะกรรมการฯ ดำเนินการประชาสัมพันธ์ จัดทำแผนประชาสัมพันธ์ชาติ โดยเพิ่มกิจกรรมรณรงค์ให้โรงเรียนมีส่วนร่วมทำกิจกรรมประชาสัมพันธ์แก่สาธารณชนด้วย

5. การไม่รับการสนับสนุน (Sponsorship) จากบริษัทผลิตบุหรี่ข้ามชาติ และโรงงานยาสูบของภาครัฐ

6. มีมติเห็นชอบให้บริษัทผลิตบุหรี่ แจกส่วนประกอบยาสูบของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้า ต่อกระทรวงสาธารณสุข โดยแจ้งเป็นหมวดหมู่ของสารก่อมะเร็ง สารเสพติด สารพิษ และสารอื่นๆ และได้ปรับปรุงแบบฟอร์ม ยส.1 และ ยส.2

7. ตั้งคณะทำงานที่แปลงข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขที่นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2547 ที่ผ่านมา ไปสู่การปฏิบัติในเรื่อง

- การห้ามจำหน่ายบุหรี่ในรัศมี 500 เมตรจากสถานศึกษา

- การห้ามแบ่งจำหน่ายบุหรี่ปลีก หรือแบ่งเป็นมวน
- การนำเสนอผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย (display)
- ห้ามมิให้สื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์พื้นฐาน และโทรศัพท์มือถือ และสิ่งพิมพ์ต่างๆ แสดงหรือโฆษณา การได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายใดๆ จากบริษัทผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้แทนจำหน่าย รวมทั้งองค์กรของรัฐที่เป็นผู้ผลิตและผู้จำหน่าย และให้รวมถึงชื่อบริษัทหรือองค์กรของรัฐ สัญลักษณ์ หรืออักษรย่อใดๆ ที่สาธารณชนเข้าใจได้ว่าเป็นการสนับสนุนจากบริษัทหรือผู้นำเข้า

8. การดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 8) 2547 เรื่อง ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ซึ่งมีผลบังคับใช้วันที่ 25 มีนาคม 2548 กรมควบคุมโรคได้ผ่อนผันระยะเวลาสำหรับให้บุหรี่ทั้งหมดไปภายในระยะเวลา 2 เดือน เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ประกอบการ พร้อมทั้งได้กำหนดแนวทาง ดังนี้

- ร้านค้าส่งมีผลบังคับใช้ 25 เมษายน 2548
- ร้านค้าส่งช่วงมีผลบังคับใช้ 25 พฤษภาคม 2548
- ผู้นำเข้าหรือผลิตหลังจากวันที่ 25 มีนาคม 2548 จะมีผลบังคับใช้

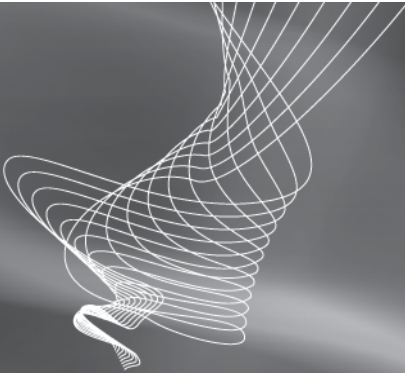
ทันที

9. มีมติให้มีการบังคับใช้กฎหมายเรื่องการห้ามโฆษณาบุหรี่ ณ จุดขาย ในวันที่ 24 กันยายน 2548

10. ให้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาสถานที่ที่เหมาะสมให้เป็นเขตปลอดบุหรี่

11. มีมติเห็นชอบให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการจัดทำคลินิกบำบัดผู้บริโภทยาสูบ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบ

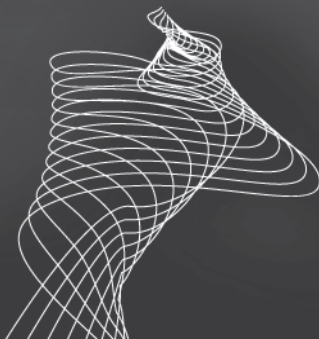
12. มีมติที่ประชุมให้ถอดบุหรี่ชิกาแรตจากราคากลาง และได้ทำเรื่องไปถึงกรมการค้าภายในเสนอให้คณะกรรมการกลางถอดถอนเรื่องนี้ออกจากบัญชีของราคาสินค้า



4

ทศวรรษที่สองของการควบคุม

การบริโภค **ยาสูบ**
(พ.ศ. 2539-2549)



โครงการการศึกษาเรื่อง

สองทศวรรษ

การควบคุมยาสูบ
การบริโภค

ของสังคมไทย



ทศวรรษที่สอง

ของการควบคุมการบริโภคยาสูบ : ทศวรรษแห่งการจัดตั้งองค์กร
สร้างเสริมสุขภาพ การขยายขอบเขตกฎหมาย การแทรกแซงและรณรงค์ของ
บรรษัทข้ามชาติ และการเข้าเป็นภาคีอนุสัญญา (FCTC)

การจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพจากภาษีบาป (พ.ศ. 2536-2544)



แผนภูมิที่ 1 แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในสังคมไทย ที่มีผลนำไปสู่การถือกำเนิดของ สสส. และผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในวงกว้าง

กระบวนการและวิธีการจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพจากภาษีบาป

มีดังนี้

แนวคิดและองค์ความรู้

องค์การอนามัยโลกได้เป็นผู้เผยแพร่แนวคิดการจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพจากภาษีบาป โดยแนะนำว่า Victorian Health Promotion Foundation (Vic Health) เป็นกรณีแรกที่จัดตั้งขึ้นโดยกฎหมาย Tobacco Act 1987 ของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย เป็นแบบอย่างให้ประเทศสมาชิกนำไปปรับใช้ แนวคิดนี้เริ่มเผยแพร่เมื่อปี พ.ศ. 2530 ต่อมาในช่วงรณรงค์ต่อต้านมาตรา 301 (พ.ศ. 2532-2534) ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ เลขาธิการโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน ได้เสนอให้รัฐบาลนำภาษีบุหรี่ร้อยละ 1 มาใช้รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ แต่กระทรวงการคลังไม่เห็นด้วย เพราะเห็นว่าการรณรงค์ดังกล่าวควรใช้งบประมาณของรัฐบาล อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2536 นายแพทย์สุภกร บัวสาย รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “Demand Analysis of Aggregate Cigarette Consumption in Thailand, 1976-1981” โดยคำแนะนำของ Dr.Neil Collishaws ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก นำไปสู่ นโยบายการขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรกของไทย

ต่อมา นพ.สุภกร บัวสาย ได้พบกับ Rhonda Globally ผู้อำนวยการ Vic Health ในการประชุมนานาชาติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2537 และนำไปสู่



การศึกษาดูงานอย่างจริงจังในระหว่างปี พ.ศ. 2538-2539 โดยมีคณะผู้แทนของ สวรส. และมูลนิธิหมอชาวบ้าน คณะผู้แทนของนักวิชาการและสื่อมวลชน คณะผู้แทนของกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข กล่าวโดยสรุป ความรู้การศึกษาวิจัยทั้งในต่างประเทศและในประเทศ ตลอดจนการศึกษาดูงานพบว่าการผูกพันเงินภาษีหรือเข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องเหมาะสม และควรจัดเก็บจากภาษีหรือในอัตราร้อยละ 1 - 5 ของภาษีหรือค่าแถมปิยาสูบ (ประมาณ 200 - 1,300 ล้านบาท) และการจัดตั้งสถาบันสร้างเสริมสุขภาพเป็นการลงทุนที่ให้ประโยชน์คุ้มค่า

การเคลื่อนไหวทางวิชาการและการสนับสนุนทางการเมือง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นองค์กรที่มีบทบาทในเรื่องภาษีบาป และต่อมาเป็นแหล่งรวบรวมและผลิตความรู้ ในเรื่องการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนการศึกษาดูงานที่เป็นรูปธรรมในต่างประเทศดังกล่าวแล้ว สวรส. ยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่างแกนนำ (ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ และ นพ.สุภกร บัวสาย) กับพันธมิตรในการผลักดันทั้งแนวคิดและความรู้ในเรื่ององค์กรส่งเสริมสุขภาพจากภาษีบาป



พันธมิตรกลุ่มหนึ่ง ซึ่งเป็นข้าราชการระดับสูงในกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้เคยร่วมงานในการเคลื่อนไหวต่อต้านมาตรา 301

ต่างมีประสบการณ์การทำงานร่วมกันที่ดี ได้นำความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความเชื่อใจซึ่งกันและกัน (Confidence-building measure) ประกอบกับการขึ้นภาษีบุหรี่ซึ่งเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐเป็นจำนวนมาก ก็เป็นการสานต่อความสัมพันธ์และความเชื่อถือต่อกัน เป็นการเพิ่มโอกาสและความสำเร็จในการผลักดันเรื่องการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพในเวลาต่อมา

เมื่อทางกระทรวงการคลังได้ริเริ่มแผนการเงินการคลังเพื่อสังคมในปี พ.ศ. 2540 จึงเป็นการเปิดช่องทางนโยบายให้เรื่องการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่กระบวนการแปลงนโยบายอย่างเป็นทางการ

ในเรื่องการสนับสนุนทางการเมืองนั้นได้รับการสนับสนุนทางการเมืองจากทุกรัฐบาลที่ผ่านมา เพราะขบวนการผลักดันแนวคิดเรื่องนำภาษีบาปมาจัดตั้งเป็นกองทุนสร้างเสริมสุขภาพใช้เวลา 9 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ถึง พ.ศ. 2544 คาบเกี่ยว 5 รัฐบาล คือ ตั้งแต่รัฐบาลนายชวน หลีกภัย (ชวน 1) นายบรรหาร ศิลปอาชา, พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ, นายชวน หลีกภัย (ชวน 2) และ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ทุกรัฐบาลให้การสนับสนุนด้วยดีมาตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งนายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี ซึ่งมีอุดมการณ์ส่วนตัว เรื่องการต่อต้านอบายมุขและ

สิ่งเสพติด ว่ามีส่วนให้การสนับสนุนตั้งแต่เรื่องการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ การต่อต้านการเปิดตลาดบุหรี่เสรี ตลอด





จน “เปิดไฟเขียว” เรื่อง
ขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพ
และการจัดตั้ง สสส.

นอกจากนี้
ศ.นพ.ประทีป ยังตั้งข้อ
สังเกตว่า นักการเมือง
รุ่นใหม่ที่มีพื้นฐานเดิม

เป็นนักวิชาการ เช่น ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ และ
ดร.พิสิฐ ลี้อาธรรม เป็นต้น มีความแตกต่างจากการเมืองทั่วไป คือ ให้ความสำคัญ
กับสวัสดิภาพของประเพณีมากกว่าคิดเรื่องประโยชน์และฐานเสียง

นอกจากนี้ ศ.นพ.ประทีป มีความเห็นว่า ดร.พิสิฐ ลี้อาธรรม รัฐมนตรี
ช่วยว่าการกระทรวงการคลัง มีบทบาทโดดเด่นที่ยืนยันว่าเรื่องการผูกพัน
ภาษีบาปกับองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ “ไม่เคยมี... แต่สามารถทำได้” ทำให้ช่วย
หลายกระบวนการทัศน์อนุรักษ์ของข้าราชการในกระทรวงการคลังลงได้

ผลกระทบที่ตามมา

ที่ผ่านมา สสส. ได้แสดงบทบาทในการประสานงานและสนับสนุนให้
ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางในขอบ
เขตทั่วประเทศ รวมทั้งบทบาทในการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบ
อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยการสนับสนุนงบประมาณให้ภาคส่วนต่างๆ ได้
มาทำงานร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานรัฐบาล โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข
องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันวิชาการ องค์กรชุมชนท้องถิ่น องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน นอกจากนี้ ยังได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนการจัดตั้ง

สสส. ในประเทศต่างๆ ผลงานที่ปรากฏชัดทำให้ได้รับการยอมรับทั้งในและต่างประเทศ สามารถเป็นต้นแบบของค์กรสร้างเสริมสุขภาพโลกโดยการใช้ภาษีบาป โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. สนับสนุนงบประมาณในโครงการเพื่อสร้างสุขภาพมาแล้วประมาณ 2,000 โครงการ เป็นเงินทั้งสิ้น 2,629 ล้านบาท ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2544-2547)

นอกจากนี้ สสส. ได้สนับสนุนโครงการตามภารกิจหลักขององค์การตาม พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 คือ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ตลอดจนสนับสนุนโครงการตามนโยบายของรัฐบาล เช่น การป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน และการออกกำลังกาย จะเห็นได้ว่าสัดส่วนงบประมาณที่เพิ่มขึ้นในเรื่องบุหรี่ แอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และอุบัติเหตุ จากเดิม 198 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 593 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2547 คิดเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น 3 เท่าตัว

2. บทบาทในการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

สสส. มีบทบาทสำคัญในการผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน ตลอดจนการเชื่อมประสานและร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือทำหน้าที่เป็น “ตัวเร่ง” ให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเข้มแข็งในสังคมไทย โดยได้มีการจัดทำแผนการดำเนินงานในรูปแบบต่อเนื่องระยะสามปี มีแผนงานที่ตอบสนองต่อมติคณะรัฐมนตรีโดยตรง 13 แผน แผนการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็น



แผนงานหนึ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

จากมาตรการต่างๆ ใน พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ที่ยังมิได้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สสส. จึงได้สนับสนุนงบประมาณในการควบคุมการบริโภคยาสูบผ่านคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบกระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งเพิ่มความเข้มแข็งให้กับการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีผลในทางปฏิบัติโดยเฉพาะกฎหมายที่ปกป้องเยาวชนจากการใช้การตลาด (Social marketing) ทั้งทางตรงและทางอ้อม การสื่อสารเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ และรณรงค์เพื่อลดการบริโภคยาสูบซึ่งเกิดขึ้นหลากหลายรูปแบบ และมีความต่อเนื่องสนับสนุนข้อมูลผ่านสื่อมวลชนและสื่อสารสนเทศ จัดกิจกรรมรณรงค์และกิจกรรมวิชาการสนับสนุนการขับเคลื่อนกระแสระดับโลกและระดับชาติ

นอกจากนี้ สสส. ยังได้ร่วมมือกับภาคีพัฒนาขบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบของไทยให้เข้มแข็ง โดยมีแนวทางและกิจกรรมในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1) การประชุมสัมมนา “บุหรืหรือสุขภาพแห่งชาติ”

ผลักดันให้เกิดการประชุมสัมมนา “บุหรืหรือสุขภาพแห่งชาติ” เป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนทางวิชาการ และประสบการณ์ระหว่างผู้ที่ทำงานและผู้สนใจ อันเป็นการประสานและพัฒนาเครือข่ายระหว่างภาคีที่ทำงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ อีกทั้ง ยังเป็นการเพิ่มศักยภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบของไทยให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

2) พัฒนาศูนย์วิชาการด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ

จัดให้มีศูนย์วิชาการด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ คือศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) เพื่อเป็นศูนย์กลางวิชาการ จัดการศึกษา ฝึกอบรม และสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับบุหรืและสุขภาพ ตลอดจนมาตรการด้านกฎหมาย ด้านเศรษฐศาสตร์ และการกำหนดนโยบายที่จะรับมือกับอุตสาหกรรมบุหรื และเปิดโปงกลยุทธ์ของบรรษัทบุหรืข้ามชาติให้สาธารณชนรับรู้

3) การสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

เพื่อจัดทำนโยบายสาธารณะในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การจัดหาข้อมูลที่สำคัญ การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย การค้นหาวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาการพึ่งพายาสูบ การบังคับใช้กฎหมายอย่างได้ผล การสกัดกั้นยุทธวิธีต่างๆ ของ



บริษัท หิรัญข้ามชาติ การเป็นคดีความ ดำเนินการจัดประชุมคณะที่ปรึกษาการควบคุมการบริโภคยาสูบของ สสส. อย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรึกษาหารือประเด็นสำคัญๆ ในการผลักดันการควบคุมการบริโภคยาสูบให้เกิดประสิทธิภาพ ทั้งด้านการพัฒนาข้อเสนอทางนโยบาย การบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็น การรณรงค์สร้างกระแสสังคม การพัฒนาเครือข่ายงดบุหรี่แก่ที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.)

4) การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง (Surveillance system) ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

พัฒนาระบบในการศึกษา และรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่ได้มีการจัดทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ เช่น อัตราการบริโภคยาสูบที่มีรายละเอียดประกอบมากขึ้น อัตราผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบในด้านต่างๆ เป็นต้น



5) การพัฒนา ต้นแบบคลินิกอดบุหรี่

โดยประสาน
ความร่วมมือจากหน่วย
งานที่เกี่ยวข้อง ผู้มี
ประสบการณ์เพื่อหา
รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ
ในการอดบุหรี่ พัฒนา

ให้เกิดการจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่เพื่อเป็นสนามในการศึกษาหารูปแบบที่ดีในการ
อดบุหรี่ ถอดบทเรียน พัฒนาและส่งเสริมบุคลากรสาธารณสุขให้มีบทบาทใน
การช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี่ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่

6) การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่

เพื่อพัฒนาขบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยให้เข้ม
แข็งยิ่งขึ้น โดยขบวนการหมายรวมถึงองค์ความรู้ นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง
ของ ตลอดจนบทบาทของเครือข่ายภาคประชาสังคม โดยมีการดำเนินการ
ภายใต้กิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่

- การจัดกิจกรรมพิเศษและสร้างกระแสสังคม เพื่อรณรงค์สร้าง
กระแสสังคม สร้างความตื่นตัวและปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่
สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบ
บุหรี่ และรณรงค์กับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในการสร้างค่านิยมที่ไม่
สูบบุหรี่
- จัดตั้งเครือข่ายรู้เท่าทันบริษัทยาสูบ เพื่อเฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์

ต่าง ๆ ของบริษัทบุหรี่ให้สังคมรู้เท่าทัน พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง และผลักดันให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- เครือข่ายส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อกระตุ้นให้สังคมไทยตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาท ในการช่วยคนให้เลิกสูบ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่
- เครือข่ายปลอดบุหรี่ เพื่อพัฒนาแผนงานและกิจกรรมที่สนับสนุนนโยบายการจัดเขตปลอดบุหรี่ของภาครัฐ
- เครือข่ายนักณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายนักณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้มีบทบาทในการรณรงค์มากขึ้น และพัฒนาศักยภาพของนักณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น
- เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ จัดตั้งขึ้นเมื่อต้นปี 2548 ประกอบด้วย 8 องค์กรวิชาชีพ คือ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ทันตแพทยสภา มูลนิธิเภสัชชุมชน สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาคมนักการแพทย์ สภากายภาพบำบัด วิชาชีพสาธารณสุขและสมาคมหมออนามัย

กลุ่มวิชาชีพเหล่านี้ได้รวมตัวกันและมีแผนงานโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบของวิชาชีพของตน และมีกิจกรรมร่วมของเครือข่าย เช่น การจัดงานวันงดสูบบุหรี่โลกปี 2548 การจัดประชุมบทเรียนการทำงานด้านการบริการเลิกบุหรี่ การจัดทำหลักสูตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในแต่ละวิชาชีพ การจัดทำจรรยาปฏิบัติ (Code of Practices) เป็นต้น

7) การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เพื่อลด การบริโภคยาสูบ

เพื่อรณรงค์
ให้สังคมตระหนักถึง
อันตรายของการสูบบุหรี่
และอันตรายของการได้
รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ



และสนับสนุนนโยบายการจัดเขตปลอดบุหรี่ สำคัญในการสื่อสาร คือ การ
ได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเป็นอันตราย การสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบเป็นสิ่งผิดกฎหมาย
และการสูบบุหรี่ในที่ที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย เป็นการทำร้ายสุขภาพผู้อื่นโดยการดำเนิน
งานผ่านสื่อต่างๆ เพื่อสร้างกระแสให้สังคมตระหนักถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่

8) การสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ

การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ใน พ.ร.บ.ควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
พ.ศ. 2535 ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การจำหน่ายบุหรี่แก่เด็ก การสูบบุหรี่ในที่
สาธารณะ การโฆษณาโดยตรง การโฆษณา ณ จุดขาย การโฆษณาโดยวาง
ผลิตภัณฑ์ การโฆษณาโดยวิธีแปรเปลี่ยนเครื่องหมายการค้า การส่งเสริมการ
ขายรูปแบบต่างๆ การผลิตและจำหน่ายสินค้าซึ่งมีรูปลักษณะคล้ายผลิตภัณฑ์
ยาสูบ การไม่แจ้งส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลดพิษภัยในผลิตภัณฑ์
ยาสูบ โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะจากภาค
สังคมในการบังคับใช้กฎหมาย

๑) การสนับสนุนการควบคุมยาสูบในกลุ่มอาเซียน

สสส. ยังได้ให้การสนับสนุน SEATCA (The Southeast Asian Tobacco Control Alliance) ในการทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมยาสูบ โดย SEATCA ทำหน้าที่สนับสนุนทุนวิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบ สนับสนุนประเทศภาคีในการเพิ่มสมรรถนะทางวิชาการ เพื่อให้ประเทศภาคีมีสมรรถนะในการขับเคลื่อนนโยบายการควบคุมยาสูบในประเทศของตน

3. บทบาทของ สสส. ในการสนับสนุนการจัดตั้ง สสส. ให้แก่ประเทศอื่นๆ

ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา สสส. ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของ International Network of Health Promotion Foundations (INHPF) ซึ่งได้ดำเนินภารกิจร่วมกับสมาชิกตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการเข้าร่วมประชุม ได้แก่ การผลักดันให้สมาชิกโลกสนับสนุนการจัดตั้งองค์กร และกลไกด้านการเงินเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ความรู้แก่องค์กรทั้งในและต่างประเทศในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดตั้งองค์กร ซึ่ง สสส. เป็นผู้สนับสนุนและเป็นเจ้าภาพร่วมในงานประชุม 6th Global Conference on Health Promotion ปี 2005 ทำให้ภาคีในประเทศได้มีโอกาสสร้างเครือข่ายกับองค์กรต่างประเทศและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

ปี 2547 ในการประชุมสภานานาชาติโลกที่กรุงเจนีวา ได้มีมติหนึ่งที่สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกพิจารณาการจัดตั้งองค์กรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดตั้งกลไกในการจัดสรรงบประมาณพิเศษหรือที่เป็นนวัตกรรมในทำนองเดียวกับ สสส. ทำให้องค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก (WPRO) มีนโยบายที่จะสนับสนุนการจัดตั้งองค์กรเพื่อการสร้างเสริม

สุขภาพเช่นเดียวกับ สสส. ของไทยในทุกประเทศอย่างจริงจัง โดยเรียกโครงการนี้ว่า PRO LEAD หรือโครงการพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งขณะนี้สมาชิกคือ จีน (เซี่ยงไฮ้) มองโกเลีย



ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย ฟีจี และคองโก โดย WPRO ได้ขอให้องค์กรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของไทย สวิตเซอร์แลนด์ และออสเตรเลีย แบ่งกันเป็นพี่เลี้ยงซึ่ง สสส. ของไทยได้เป็นพี่เลี้ยงให้แก่จีน (เซี่ยงไฮ้) และมองโกเลีย ในการจัดตั้งองค์กรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเช่นเดียวกับ สสส.

4. ผลงานเป็นที่ยอมรับในทางสากล และเป็นต้นแบบองค์กรสร้างเสริมสุขภาพโลก

ดร.เดสมอนด์ โอเบิร์น (Dr.Desmond Obyrne) ผู้ประสานงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของแผนกโรคเรื้อรังและการสร้างเสริมสุขภาพองค์การอนามัยโลกได้ให้ความเห็นว่า

“สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นผู้นำทางด้านองค์กรให้ทุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพในแบบที่ยั่งยืนมั่นคงเพราะเป็นองค์กรที่สนับสนุนแผนงานสาธารณสุขของประเทศ และเป็นองค์กรที่มีบทบาทอย่างมากในการลดระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ เพิ่มความปลอดภัย ในการใช้ถนนและยานพาหนะ และ

ความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร

การให้เงินทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้เงินจากภาษียาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นขั้นตอนที่ได้ผลถึงสองขั้นในเรื่องสุขภาพ เพราะการขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ดังกล่าวสามารถนำไปสู่การลดโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ และโรคมะเร็งในหมู่ประชากร

สสส. เป็นเสาหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะเป็นองค์กรที่มีบทบาทและเครือข่ายในการประสานงานอย่างกว้างขวางกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานรัฐบาล องค์กรเอกชน โรงเรียน ชุมชน และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น รูปแบบการบริหารงานเช่นนี้สมควรได้รับการนำไปเป็นตัวอย่างปฏิบัติในประเทศอื่นๆ

คำว่า “ประสานงาน” นั้นพูดง่าย แต่ทำยาก แต่เมื่อความสัมพันธ์เกิดขึ้นแล้ว ทุกคนก็จะได้รับประโยชน์จากความสัมพันธ์นั้น

ความร่วมมืออย่างแข็งขันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สสส. ในการปฏิบัติตามนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล ทำให้ประเทศไทยและรัฐบาลไทยมีบทบาทเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพในภูมิภาค

องค์การอนามัยโลกได้เลือกประเทศไทยให้เป็นผู้จัดการประชุมระดับโลก เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2548 เพราะประเทศไทยมีรัฐบาลที่เป็นผู้นำที่แข็งแกร่งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สสส. เป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรในประเทศอย่างได้ผล

การขยายขอบเขตของกฎหมาย : ขยายเขตปลอดบุหรี่และพิมพ์ภาพ คำเตือน

ขยายเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ (พ.ศ. 2535)

ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ช่วยทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่พ้นอันตรายต่อสุขภาพจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (ควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่) โดยในระยะเริ่มต้นกฎหมายดังกล่าวได้กำหนดให้สถานที่สาธารณะ (Public Place) 4 ประเภท เป็นเขตปลอดบุหรี่ ดังนี้

- 1) เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด (totally smoke free) เช่น รถโดยสารประจำทาง แท็กซี่ รถรับส่งนักเรียน ห้องชมมหรสพ เป็นต้น
- 2) เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้น บริเวณที่พักรถส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัว เช่น โรงเรียน ห้องสมุด เรือโดยสารปรับอากาศ เป็นต้น
- 3) เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้นบริเวณห้องพักรถส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัว และบริเวณที่จัดให้เป็น “เขตสูบบุหรี่” เช่น สถานพยาบาล มหาวิทยาลัย ศูนย์การค้า เป็นต้น
- 4) เป็นเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่บริเวณที่จัดเป็นเขตสูบบุหรี่ ซึ่งพื้นที่เขตสูบบุหรี่จะต้องไม่เกินร้อยละ 50 ของสถานที่สาธารณะนั้น เช่น ตู้รถโดยสารทั่วไปของการรถไฟแห่งประเทศไทย สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ เป็นต้น

กระบวนการและวิธีการที่นำไปสู่การขยายเขตปลอดบุหรี่ได้อาศัยข้อมูลความรู้จากการศึกษาวิจัยและการสำรวจ จากการศึกษาของ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ เมื่อปี พ.ศ. 2540 การประเมินผลกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในร้าน



รถยนต์โดยสาร
ประจำทาง



ที่พักผู้โดยสาร
เฉพาะที่มีระบบ
ปรับอากาศ



ห้องสมุด



สถานที่บริการ
อินเทอร์เน็ตเฉพาะที่มี
ระบบปรับอากาศ



ศาสนสถาน
เฉพาะบริเวณที่
ประกอบศาสนกิจ



รถยนต์โดยสาร
รับจ้าง



สถานที่จำหน่ายอาหารและ
เครื่องดื่มหรือสถานที่จัดเลี้ยง
เฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ



ลิฟท์โดยสาร



ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า
หรือสถานที่จำหน่ายสินค้าเฉพาะที่
มีระบบปรับอากาศ



ร้านตัดผม
เฉพาะที่มีระบบ
ปรับอากาศ



ตู้โดยสารรถไฟ
ที่มีระบบ
ปรับอากาศ



ร้านตัดเสื้อ
เฉพาะที่มีระบบ
ปรับอากาศ



สถานที่
ออกกำลังกาย
ที่มีระบบปรับอากาศ



สุขา



เรือโดยสาร



รถรับส่งนักเรียน



สถานเสริมความงาม
เฉพาะที่มีระบบ
ปรับอากาศ



สถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วย
ไว้ค้างคืน



ท่าเทียบเรือ
สาธารณะ



เครื่องบินโดยสาร
ภายในประเทศ

โครงการการศึกษาเรื่อง

สองทศวรรษ

การควบคุมยาสูบ
ของสังคมไทย
การบริโภค



โรงพยาบาล



โรงเรียนหรือ
สถานศึกษาที่ต่ำกว่า
ระดับอุดมศึกษา



สถานพยาบาล
ประเภทที่รับผู้ป่วย
ไว้ค้างคืน



สนามกีฬาในร่ม



อาคารจัดแสดง
ศิลปวัฒนธรรม
พิพิธภัณฑ์สถานหรือหอศิลป์



สถานรับเลี้ยงเด็ก
ก่อนวัยเรียน



อาคารของมหาวิทยาลัย
วิทยาลัยหรือสถาบัน
การศึกษาระดับอุดมศึกษา



สถานที่ราชการ
หรือรัฐวิสาหกิจ



สำนักงานที่มี
ระบบปรับอากาศ



บริเวณแสดงสินค้าหรือ
นิทรรศการเฉพาะที่มี
ระบบปรับอากาศ



ธนาคารและ
สถาบันการเงิน



อาคาร
ท่าอากาศยาน



ตู้โดยสารรถไฟที่ไม่มี
ระบบปรับอากาศ

อาหารที่มีห้องปรับอากาศ ในทั่วทุกภาคของประเทศ พบว่าพนักงานเจ้าหน้าที่และตำรวจซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบกฎหมายฉบับนี้ ไม่กระตือรือร้นที่จะทำให้เกิดการบังคับใช้กฎหมาย และประชาชนที่เข้ามารับประทานอาหารร้อยละ 34 ให้ข้อมูลว่ายังคงเห็นร้านอาหารปรับอากาศที่ไม่มีการแบ่งเขตปลอดบุหรี่และสูบบุหรี่

นอกจากนี้ จากการศึกษาสำรวจของสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย เมื่อปี พ.ศ. 2542 ในสถานที่สาธารณะ 1,591 แห่ง ในจังหวัดต่างๆ มีการปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น

ผลกระทบที่ตามมา

ดังนั้น คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบได้มีมติให้เปลี่ยนแปลงในเรื่องสถานที่สาธารณะประเภทต่างๆ ที่ต้องจัดเป็นเขตสูบบุหรี่ และเกณฑ์การจัดเขต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความชัดเจนและให้เกิดความง่ายต่อการปฏิบัติ คือ ในประกาศกระทรวงสาธารณสุขเดิม ให้มีเขตปลอดบุหรี่ 50 เปอร์เซ็นต์ ในภัตตาคารที่มีเครื่องปรับอากาศ มาเป็นให้มีเขตสูบบุหรี่ 25 เปอร์เซ็นต์และเขตปลอดบุหรี่ 75 เปอร์เซ็นต์ และในที่สุดแก้ไขให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2545

ต่อมาเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2549 นายพินิจ จารุสมบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) นายแพทย์ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ประกิจ วาทิสาธกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์ฯ ร่วมกันแถลงข่าวความคืบหน้ามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ว่าได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข 4 ฉบับ ประกาศ ณ วันที่ 24 และ 31 สิงหาคม 2549 ได้แก่ 1) การบังคับให้บุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตและแสดงชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็งที่อยู่ในควันบุหรี่ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2549) 2) การเพิ่มจำนวนภาพคำเตือน 4 สี พร้อมข้อความแสดงพิษภัยของบุหรี่จาก 6 ภาพเป็น 9 ภาพในบุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตและบุหรี่ยี่ห้อ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2549) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2550 เป็นต้นไป 3) ห้ามพิมพ์สรรพคุณบุหรี่ยี่ห้อว่ารสอ่อน รสเบา หรือ mild, light, medium ในบุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตและบุหรี่ยี่ห้อ และยาเส้น ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

พ.ศ. 2535 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2549) และ 4. การเพิ่มสถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 17) พ.ศ. 2549)

สำหรับการเพิ่มสถานที่สาธารณะให้เป็นเขตปลอดบุหรี่นั้น ได้เพิ่มพื้นที่เขตปลอดบุหรี่โดยยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 ประกาศ ฯ (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2546 และประกาศ (ฉบับที่ 16) พ.ศ. 2548 โดยในประกาศ ฯ (ฉบับที่ 17) พ.ศ. 2549 ได้กำหนดให้

1) สถานที่สาธารณะที่ให้เป็นที่ปลอดบุหรี่ทั้งหมด เช่น รถโดยสารประจำทาง รถโดยสารรับจ้าง รถรับส่งนักเรียน หรือนิสิต นักศึกษาทุกประเภท รถยนต์ราชการ รถรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่פקผู้โดยสาร ป้ายรถเมล์ ลิฟต์ ตู้โทรศัพท์สาธารณะ สุขา อาคารโรงแรมหรู

ห้องสมุด ห้องประชุม อบรม ร้านขายยา คลินิกรักษาทั้งคนและสัตว์ สถานนวดไทย นวดแผนโบราณ กิจกรรมสปาเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อสุขภาพหรือนวดเพื่อเสริมสวย สถานบริการอบความร้อน อบไอน้ำหรืออบสมุนไพร สถานที่ออกกำลังกายในร่มยกเว้นสนามเกอร์ หรือบิลเลียด อัฒจันทร์ดูกีฬาหรือการแสดง สนามเด็กเล่น สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษา ศาสนสถานในบริเวณประกอบศาสนกิจ เป็นต้น

2) สำหรับสถานที่สาธารณะที่ให้เป็นที่ปลอดบุหรี่เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ เช่น บริเวณที่ติดแอร์ของสถานที่แสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถานหรือหอศิลป์ ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานที่แสดงสินค้า หรือไนท์คลับ ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อ สถานเสริมความงาม ร้านคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ตู้เกม หรือตู้คาราโอเกะ บริเวณโรงพักคอยของโรงแรม รีสอร์ท

หอพัก ห้องเช่า อาคารชุด คอนโดมิเนียม คอร์ท หรืออพาร์ทเมนต์ ร้านขายอาหาร เครื่องดื่ม หรือสถานที่จัดเลี้ยง ยกเว้นผับ บาร์ หรือร้านอาหารที่อยู่ตามสถานบริการต่างๆ ตาม พ.ร.บ.สถานบริการของกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

3) สำหรับสถานที่สาธารณะที่ให้เป็นที่ปลอดบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้น ห้องพักส่วนตัว ห้องทำงานส่วนตัว และบริเวณที่จัดไว้เป็นเขตสูบบุหรี่เป็นการเฉพาะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของรัฐ สถานที่ทำงานของเอกชนเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ สถานีขนส่งผู้โดยสารทุกประเภท รวมถึงท่าอากาศยาน และท่าเรือโดยสาร สถาบันการศึกษาตั้งแต่ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป อุทยาน วนาการ สถาบันการเงิน สนามกีฬา สวนสาธารณะ โรงพยาบาล เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังได้กำหนดว่าสถานที่สาธารณะใดที่ไม่มีหรือมิได้กำหนดขอบเขตไว้เป็นการแจ้งชัดให้ถือเอาพฤติการณ์การสูบบุหรี่นั้นๆ ว่าจะเป็นการรบกวนผู้อื่นหรือไม่เป็นหลัก

ผลที่คาดหวังหรือผลกระทบจากการขยายเขตปลอดบุหรี่ในครั้งนี้ จะทำให้คนไทยได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากควันบุหรี่อย่างชัดเจน นับเป็นย่างก้าวที่สำคัญในการสร้างสังคมไทยให้ปลอดบุหรี่ต่อไปในอนาคต

พิมพ์ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ (พ.ศ. 2548)

การที่มีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญสำหรับการควบคุมการสูบบุหรี่ เพราะเป็นการให้ข้อมูลถึงอันตรายของการสูบบุหรี่แก่ประชาชนโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ คำเตือนที่สามารถให้ข้อมูลกับผู้บริโภคได้อย่างชัดเจน และมีขนาดใหญ่พอที่ผู้บริโภคจะสังเกตเห็น แต่สำหรับประชาชนที่มีศึกษาน้อยอาจไม่เข้าใจข้อความที่เตือนได้ การใช้รูปภาพประกอบ

ข้อความคำเตือนจึงเป็นรูปแบบของฉลากคำเตือนที่มีประสิทธิภาพที่สุด เพราะภาพเพียงภาพเดียวสามารถแทนคำพูดได้หลายพันคำ

พัฒนาการของคำเตือนบนซองบุหรี่ของประเทศไทยมีลำดับดังนี้

- พ.ศ. 2517 มีการพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่ครั้งแรก โดยใช้ข้อความว่า “การสูบบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ” พิมพ์อยู่ที่บริเวณด้านข้างของซอง โดยมีได้กำหนดขนาดและสีของตัวอักษร
- พ.ศ. 2525 ปรับข้อความเป็น “การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ”
- พ.ศ. 2532 กำหนดให้ฉลากคำเตือนอยู่บริเวณด้านหน้าของซอง และขนาดตัวอักษรที่พิมพ์ต้องไม่เล็กกว่า 2 x 2 มิลลิเมตร แต่ไม่ได้กำหนดสี ผู้ผลิตจึงใช้สีที่กลมกลืนกับซอง ทำให้คำเตือนไม่สะดุดตาและเห็นไม่ชัด
- พ.ศ. 2535 กำหนดให้ฉลากคำเตือนมีขนาดพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของพื้นที่ซอง ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ใช้ตัวอักษรสีพระยา ขนาด 16 จุด เป็นตัวอักษรสีขาวบนพื้นฉลากสีดำ และอยู่ทางด้านล่างของซอง

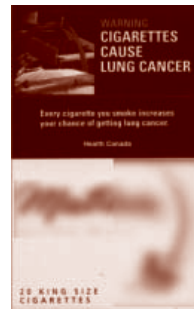
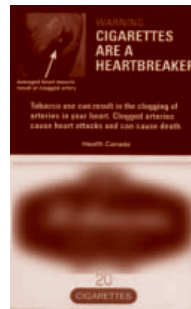
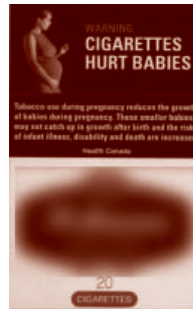
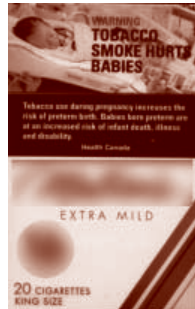


- พ.ศ. 2540-2547 กำหนดให้ฉลากคำเตือนมีขนาดพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 33.3 ของพื้นที่ ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ใช้ตัวอักษรสีพระยา สีขาวขนาด 20 พอยต์ บนพื้นสีดำและมีกรอบล้อมรอบสีขาวและให้อยู่บนสุดของซองบุหรี่

ต่อมาได้มีรายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย โดย นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และ นพ.สุภกร บัวสาย เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2540 ได้ทำการศึกษาถึงอิทธิพลของคำเตือนบนซองบุหรี่ที่มีต่อเยาวชนไทย ทั้งที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่จำนวน 10,458 คน ทั้งหญิงและชายที่ระดับอายุ 15 ปี และ 22 ปี พบว่าในกลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่ทั้งสองระดับอายุ ประมาณร้อยละ 30 ระบุว่ารู้สึกเกิดความลังเลคิดในการสูบบุหรี่ และประมาณร้อยละ 10 เห็นว่า ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ สำหรับในกลุ่มเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 42 บอกว่าทำให้ไม่รู้สึกอยากลองสูบ และร้อยละ 31.5 บอกว่าทำให้ได้ความรู้

ต่อมาได้มีการวิจัยในต่างประเทศพบว่า การพิมพ์คำเตือนเป็นรูปภาพ มีผลในการลดอัตราการสูบบุหรี่ลงอย่างเห็นได้ชัด ประเทศแคนาดาเป็นประเทศแรกที่มีคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรูปภาพตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2543 ด้วย





ข้อมูลความรู้และแนวความคิดเรื่องภาพคำเตือนดังกล่าวจึงแพร่หลายไปทั่วโลก นอกจากนี้ หลังจากที่ประเทศแคนาดาได้ใช้คำเตือนดังกล่าวเป็นเวลา 1 ปี สมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย (Canada Cancer Society) ได้สำรวจผลของคำเตือนบนซองบุหรี่พบว่า

- ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 44 ระบุว่าภาพคำเตือนทำให้เกิดความคิดที่อยากจะเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น
- ผู้สูบบุหรี่ที่ตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 38 ระบุว่าภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อยากเลิก
- ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 58 ระบุว่าคิดถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ
- ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 27 ระบุว่าไม่สูบบุหรี่ในบ้านอีก
- ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 35 ระบุว่ามีความรู้เกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ผลการสำรวจเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2545 พบว่า 3 ใน 4 ของชาวแคนาดา รวมถึงผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่สนับสนุนการมีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่และร้อยละ 72 ของผู้สูบบุหรี่สนับสนุนให้มีการแนบรายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพและคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ในซองบุหรี่อีกด้วย

สำหรับในกรณีของประเทศไทย นพ.หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ได้เสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขว่าประเทศไทยควรออกประกาศกระทรวงให้มีการพิมพ์ภาพบนซองบุหรี่ ซึ่ง นพ.มงคล ณ สงขลา อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นเห็นด้วยกับข้อเสนอดังกล่าว และต่อมาได้นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ (คบยส.)

ต่อมาคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ (คบยส.) ได้ประชุมครั้งที่ 1/2543 เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2543 ได้มีการพิจารณาเรื่องการปรับปรุงคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรูปภาพ แต่ด้วยการติดขัดของระบบราชการและการแทรกแซงของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ โดยอ้างว่าหากกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศให้มีภาพ 4 สี ประกอบคำเตือนนั้นเป็นการขัดรัฐธรรมนูญ และมาตรา 20 ของข้อตกลงทางการค้าว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญา (The Agreement on Trade - Related Aspects of Intellectual Property Rights หรือ TRIPS) ต่อมาได้มีนักวิชาการออกมาตอบโต้ว่าบรรษัทบุหรี่อ้างมาตราในรัฐธรรมนูญมากล่าวอ้างอย่างแยกส่วน ทั้งๆ ที่ต้องเชื่อมโยงทุกมาตราของรัฐธรรมนูญฉบับนี้ ที่ให้การคุ้มครองปกป้องสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ไม่ได้ขัดกับมาตรา 20 ของทริปส์ เพราะประกาศกระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้ทั้งบุหรี่ในประเทศและต่างประเทศ จึงไม่ใช่การกีดกันทางการค้าแต่อย่างใด

นอกจากนี้ นางสาวบังอร ฤทธิภักดี ที่ปรึกษามูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้ให้ข้อมูลต่อสาธารณชนว่า ชาวไทยจะจัดพิมพ์ภาพบนซองบุหรี่



ถูกนำเสนอไปทั่วโลก ทางองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศต่างส่งอีเมลสนับสนุนให้ไทยเดินหน้าต่อ และ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาชกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ให้ข้อมูลว่า จากการทำโพลล์สำรวจ

ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 85 เห็น ด้วยกับพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่เป็นภาพ

ในที่สุด นางสาวรัตน์ เกียรติพันธุ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8 เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2547 อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 กำหนดรายละเอียดของฉลากคำเตือนใหม่ ดังนี้

- โดยให้เป็นรูปภาพ 4 สี ประกอบด้วยข้อความเตือนถึงพิษภัยของบุหรี่ 6 แบบ คละกันไป โดยมีข้อความว่า สูบแล้วแก่เร็ว ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก ควันบุหรี่ฆ่าคนตายได้ สูบแล้วถุงลมพองตาย สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด
- ขนาดของฉลากคำเตือนต้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ซอง
- ให้อยู่บริเวณด้านบนของซองบุหรี่ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง

คำเตือนแบบรูปภาพนี้จะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2548 เป็นต้นไป ประเทศไทยจึงเป็นประเทศที่



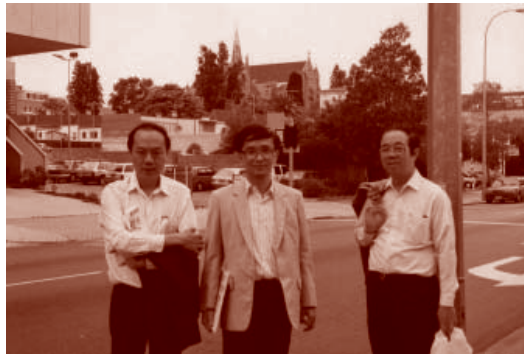
4 ของโลกที่มีคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรูปภาพ หลังจากที่เราได้ใช้คำเตือนบนซองบุหรี่แบบข้อความมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 หรือราว 30 ปี มาแล้ว

ดังที่ได้กล่าวแล้วในข้างต้นว่า ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข 4 ฉบับ และได้มีการแถลงข่าวต่อสื่อมวลชนของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2549

ในกรณีรูปภาพประกอบคำเตือนบนซองบุหรี่ ปรากฏอยู่ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2549 (ประกาศ ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2549) เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงฉลากและข้อความคำเตือนถึงพิษภัยในฉลากของบุหรี่ซิการ์และบุหรี่ซิการ์ จะใช้บังคับทั้งบุหรี่ซิการ์และซิการ์ที่ผลิตหรือนำเข้ามาจำหน่ายในไทย เพิ่มจากที่ใช้ 6 รูปภาพมาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็น 9 รูปภาพ (มีผลบังคับใช้ กุมภาพันธ์ 2550) ได้แก่ 1) ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด 2) สูบแล้วปากเหม็นกลิ่นบุหรี่ 3) สูบแล้วถุงลมโป่งพองตาย 4) ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด 5) ควันบุหรี่ทำให้หัวใจวายตาย 6) ควันบุหรือนำชีวิตสู่ความตาย 7) สูบแล้วเป็นมะเร็งช่องปาก 8) สูบแล้วเป็นมะเร็งกล่องเสียง และ 9) ควันบุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก (ดังภาพ) โดยกำหนดให้พิมพ์ 4 สี กว้าง 5.5 x 4.25 เซนติเมตร ในอัตรา 1 แบบ ต่อ 5,000 ซอง หรือภาชนะบรรจุ และอัตรา 1 แบบ ต่อ 500 กล่อง หรือกระดาห่อซองหรือภาชนะบรรจุ โดยต้องมีพื้นที่ไม่ต่ำกว่า



ร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังห้ามพิมพ์คำว่ารสอ่อน รสเบา หรือไมล์ (mild) โลโก้ (light) ที่บนซองบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2549 ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2549 เพื่อป้องกันประชาชนเข้าใจ



ผิดว่าบุหรี่มีพิษน้อย โดยประกาศกระทรวงทั้งสองฉบับนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อพ้น 180 วัน หลังประกาศในราชกิจจานุเบกษา คาดว่าประมาณเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

พิมพ์ฉลากเป็นข้อความแสดงข้อสารพิษและสารก่อมะเร็ง

ก่อนหน้านี้ได้มีข้อเสนอจากทั้ง นพ.หทัย ชิตานนท์ และ ศ.นพ.ประกิจ วาศาณิกกิจ ให้เปิดเผยหรือแสดงข้อสารพิษและสารก่อมะเร็งในบุหรี่ จนเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2549 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายพินิจ จารุสมบัติ) ได้ลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2549 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงข้อสารพิษและสารก่อมะเร็งในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

ในประกาศฯ ดังกล่าวได้กำหนดให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ซิการ์เรตที่ผลิตหรือนำเข้าในราชอาณาจักรต้องจัดให้มีการพิมพ์ฉลากเป็นข้อความแสดงข้อสารพิษและสารก่อมะเร็งที่ปลดปล่อยจากการเผาไหม้ (Emission Products) ของบุหรี่ซิการ์เรต สารพิษ ได้แก่ คาร์บอนมอนนอกไซด์

และไฮโดรเจนไซยาไนด์ ส่วนสารก่อมะเร็ง ได้แก่ ทาร์ พอร์มาลดีไฮด์ และ ไนโตรซามีน โดยให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าพิมพ์ฉลากแสดงข้อสารพิษและสารก่อมะเร็งไว้ที่บริเวณของซอง กล่อง หรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุหรือ ซิกาแรต (Carton) โดยด้านหนึ่งพิมพ์ข้อสารพิษ และอีกด้านหนึ่งพิมพ์ข้อสารก่อมะเร็ง ทั้งนี้ ต้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของแต่ละด้าน

ประกาศฯ ฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด 180 วัน นับแต่วัน ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งคาดว่าในราวเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 จะมีผลบังคับใช้

ผลที่คาดว่าจะหรือผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ ผู้สูบบุหรี่จะได้ทราบถึงปริมาณของสารพิษและสารก่อมะเร็งในบุหรี่แต่ละยี่ห้อหรือชนิดที่ตนต้องการสูบ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลง และจะทำให้ผู้ที่คิดจะสูบบุหรี่หรือริเริ่มสูบบุหรี่ได้รับทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้หากยังต้องการที่จะสูบบุหรี่ต่อไป

กลไกการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย

ประเทศไทยมีกฎหมายที่ดีมาก 2 ฉบับ เพื่อใช้ควบคุมการบริโภคยาสูบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา คือ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังการให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย โดยมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ควบคุม ให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย

ที่ผ่านมานับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ได้มีการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้

พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

จากการศึกษาสำรวจของ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ ในเรื่อง “การประเมินผลกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในร้านอาหารที่มีห้องปรับอากาศ เมื่อ พ.ศ. 2540 และการสำรวจในที่สาธารณะของสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย เมื่อปี พ.ศ. 2542 ดังกล่าวข้างต้น พบว่าการปฏิบัติตามกฎหมายไม่ได้ผลเท่าที่ควร และเกณฑ์การจัดเขตสูบบุหรี่ยากต่อผู้ปฏิบัติ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ทำการปรับแก้ประกาศให้ครอบคลุมสถานที่สาธารณะที่ควรจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้น และได้ปรับแก้ให้ร้านอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่จาก 75 เปอร์เซ็นต์ เป็น 100 เปอร์เซ็นต์ โดยมีผลในการปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2545 เป็นต้นมา

พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

ประเทศไทยได้มีการห้ามโฆษณาบุหรี่ครั้งแรกโดยคำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณาของสำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ซึ่งมีผลตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2532 ต่อมาเมื่อมีการออก พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ทำให้มีการโฆษณาและส่งเสริมการขายรูปแบบต่างๆ เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายตั้งแต่ 4 สิงหาคม 2535 เป็นต้นมา

ก่อนวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2532 ซึ่งเริ่มมีการห้ามโฆษณาโดย สคบ. บริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้โฆษณาในหนังสือพิมพ์ ในช่วงต้นปี 2530 จนถึงมีนาคม 2532 ทั้งๆ ที่บุหรี่ต่างประเทศยังมิได้รับอนุญาตให้นำเข้ามาจำหน่ายในตลาดโดยทั่วไป เพียงแต่มีจำหน่ายที่ร้านค้าปลอดภาษีเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีโฆษณาในนิตยสารบนเครื่องบินของบริษัทการบินไทยบ้าง หลังวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2532 สคบ. ก็ได้ดำเนินการปรับผู้ฝ่าฝืนหลายราย โดยส่วนหนึ่งเป็น

เพราะเลขาฯการคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ (คบยช.) คือ นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ เป็นผู้แจ้งและติดตามการดำเนินการตามกฎหมายอย่างจริงจัง



หลังวันที่ 4

สิงหาคม 2535 ซึ่ง พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีผลบังคับใช้ ปรากฏว่ายังมีการโฆษณาในเอกสารและนิตยสารของบริษัทการบินไทย ในปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2538 ซึ่งทางคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบได้มีหนังสือไปแจ้งเตือน ซึ่งบริษัทก็รับฟังและไม่ได้ลงโฆษณาอีกต่อไป การโฆษณาโดยตรงมิได้ปรากฏอีกเลย จนกระทั่งปี พ.ศ. 2539 ก็ได้มีการเริ่มโฆษณาวิชาการในรูปแบบ advertorial (มาจากคำว่า advertising และ editorial หมายถึง การโฆษณาทางอ้อม โดยเขียนข้อความ หรือรูปภาพสนับสนุนสินค้าอย่างแยบยล) ตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์รายวันและนิตยสาร การโฆษณาเหล่านี้มีมาตลอดจนถึงปัจจุบันคือ พ.ศ. 2547 ทั้งหมดนี้ทางสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยได้แจ้งให้ทางกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ตามกฎหมายแล้ว

อาจกล่าวได้ว่าสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.)¹ เป็นกลไกที่สำคัญในการติดตาม ตรวจสอบแล้วแจ้งให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามกฎหมาย

จากการศึกษาสถานการณ์ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย 10 เรื่อง ของสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย โดยการสนับสนุนจาก สสส. พบว่ามีดังนี้

1) ร้านค้าบุหรี่ยาสูบ
บุหรี่ยาสูบให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี
จากการศึกษาของ นพ.
ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล
(พ.ย - ธ.ค. 2537) พบว่า
ร้อยละ 99.2 ของร้านค้า
บุหรี่ยาสูบบุหรี่ยาสูบให้เด็กทั้งหมด
ขายอายุต่ำกว่า 18 ปี



2) การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้มีการโฆษณาบุหรี่ยาสูบในรูปแบบต่างๆ
เช่น โฆษณาบุหรี่ยาสูบในนิตยสารและเอกสารของบริษัทการบินไทย โฆษณาชาการ์
ในหนังสือพิมพ์และนิตยสาร Penthouse นิตยสาร R B S C of Golf News ของ
ราชกรีฑาสโมสร การโฆษณาแนะนำชาการ์ที่โรงแรมริเจนต์ และโรงแรมดุสิตธานี
รวมทั้งโฆษณาชาการ์ผ่าน Advertorial ในหนังสือพิมพ์ Bangkok post และ
The Nation

3) การส่งเสริมการขายในรูปแบบต่างๆ (ลด แลก แจก แถม) ได้มี
การละเมิดกฎหมายโฆษณานี้บ้าง โดยบริษัทนำเข้าบุหรี่ยาสูบและโดยร้านค้า
ปลอดภาษี ในท่าอากาศยานกรุงเทพฯ เมื่อถูกตักเตือนจากกระทรวงสาธารณสุข
ก็ได้ยุติการกระทำ

การส่งเสริมการขายบุหรี่ยาสูบที่ห่อใหม่ที่เพิ่งนำเข้ามามากจะกระทำในที่ที่
ไม่ใช่สถานที่สาธารณะ เช่น บาร์และไนท์คลับ เมื่อถูกจับเจ้าของสถานที่ยินดี
จ่ายค่าปรับ โดยไม่ขัดทอดบรรษัทบุหรี่ยาสูบข้ามชาติผู้นำเข้า

4) การโฆษณาและส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย (point of sale)

advertising and promotion)

เนื่องจากประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ออกกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ยกมาเพิ่มมากขึ้น บริษัทบุหรี่ข้ามชาติจึงได้แสวงหาวิธีที่จะทำให้ยอดขายไม่ลดลง และสามารถล่าเหยื่อชนให้เข้ามาเป็นลูกค้ารายใหม่อย่างได้ผล วิธีการดังกล่าวก็คือ การโฆษณาส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย บริษัทฯ ได้เพิ่มสัดส่วนงบประมาณไปในการนี้เป็นอย่างมากในช่วง 4-5 ปี ที่ผ่านมา

ในประเทศไทยบริษัทบุหรี่ข้ามชาติก็ได้ดำเนินการโฆษณาและส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่ายในร้านค้าปลีกที่มีอยู่เป็นจำนวนมากประมาณ 5 แสนแห่งทั่วประเทศ การโฆษณา ณ จุดขายได้ทำกันอย่างเปิดเผยมาเป็นเวลานานถึง 12 ปี โดยเจ้าพนักงานของรัฐมิได้ดำเนินคดี (ตามความผิดในมาตรา 8 ของ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535) เป็นผลให้บุหรี่ต่างประเทศจำหน่ายได้มากขึ้น สามารถเพิ่มส่วนแบ่งการตลาดให้สูงขึ้นเป็นอย่างมาก และอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยเพิ่มขึ้น

สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) ได้ผลักดันให้มีการจับกุมดำเนินคดีการโฆษณา ณ จุดขายมาโดยตลอด สุดท้ายได้มีหนังสือถึงกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2547 และภายหลังจากที่ได้มี



พระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2547 ซึ่งได้แสดงความห่วงใยในปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชน สสท. จึงได้ร่วมมือกับภาคีปกป้องไทยพ้นภัยบุหรี่ ส่งหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวง



สาธารณสุข จนมีผลให้มีมาตรการบังคับใช้กฎหมาย ด้วยการห้ามตั้งแสดง
หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบในร้านค้าปลีกทุกแห่งทั่วประเทศ ประเทศไทยจึงนับได้
ว่าเป็นประเทศที่ 3 ของโลกที่มีมาตรการนี้

อย่างไรก็ตาม เมื่อถึงวันที่ 24 กันยายน 2548 ซึ่งเป็นวันที่กระทรวง
สาธารณสุขประกาศให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังปรากฏว่าร้านค้าปลีก
ต่างๆ เก็บบุหรี่ออกจากชั้นหรือตู้โชว์ แต่ผู้แทนสมาคมผู้ขายส่งใบยาสูบ ผู้
บริหารของบริษัท ซี.พี. เซเว่นอีเลฟเว่น และโรงงานยาสูบต่างร่วมกันคัดค้าน
ว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถใช้มาตรา 8 ของ พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์
ยาสูบ พ.ศ. 2535 มาบังคับเรื่องการตั้งโชว์บุหรี่ได้ ณ จุดขาย และผลักดันให้
กระทรวงสาธารณสุขส่งเรื่องให้กฤษฎีกาให้ความเห็น ต่อมาสื่อมวลชนได้ออก
มาเผยแพร่ข่าวนี้กันอย่างแพร่หลาย โดยคอลัมนิสต์ท่านหนึ่งที่มีบทบาทที่
สำคัญยิ่งในขบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบมาเป็นเวลาสองทศวรรษ คือ
คุณสันติ วิริยะรังสฤษฎ์ แห่งหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ (ใช้นามปากกาว่า “ได้ฝุ่น”
และ “ลมเปลี่ยนทิศ”) ลมเปลี่ยนทิศ คอลัมนิสต์ของคอลัมน์หมายเหตุ
ประเทศไทย ฉบับวันที่ 7 พฤศจิกายน 2548 หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ได้ให้ข้อมูลว่า

“...เพราะเรื่องที่บริษัทบุหรี่ยักษ์ชาติจ่ายเงินค่าพื้นที่วางบุหรี่ยี่ห้อหลังเคาน์เตอร์จ่ายเงินนั้น คนในแวดวงบุหรี่ยักษ์ชาติบอกว่าทำกันมานานนมแล้ว เขาจ่ายให้ยี่ห้อละ 10 ล้านบาทขึ้นไปต่อปี ถ้าวาง 10 ยี่ห้อจ่ายปีละ 100 ล้านบาท บริษัทบุหรี่ยักษ์ชาติถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายในการโฆษณาบุหรี่ยี่ห้อ ส่วนร้านเซเว่นอีเลฟเว่นจะรับหรือเปล่าผมไม่ทราบ...”

ต่อมาได้มีการทำโพลสำรวจความคิดเห็นจากสาธารณชน ทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์ปรากฏว่าประชาชนส่วนใหญ่ต่างไม่เห็นด้วยกับร้านเซเว่นอีเลฟเว่นและมีกระแสต่อต้านไม่ซื้อสินค้าในร้านดังกล่าวต่อไป ทำให้ผู้บริหารร้านฯ ออกมายอมรับถึงผลกระทบจากพลังการเคลื่อนไหวของสาธารณชน และต้องยินยอมปฏิบัติตามกฎหมายในที่สุด

กล่าวโดยสรุป แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายควบคุมผู้บริโภคยาสูบที่ดี 2 ฉบับ แต่การบังคับใช้กฎหมายยังมีผลในทางปฏิบัติไม่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจาก

1) ขาดการพัฒนาศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งส่วนใหญ่คือบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ให้ความรู้ ความเข้าใจกฎหมายทั้งสองฉบับนี้ โดยเฉพาะการโฆษณาการส่งเสริมการขายในรูปแบบต่างๆ ซึ่งต้องใช้ความรู้ความเข้าใจอย่างมาก จึงสามารถทำหน้าที่ในการตรวจสอบ ควบคุม ได้อย่างทั่วถึงและเท่าทัน

ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) จะต้องดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2) สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนากลไกในการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ ควรประสานความร่วมมือกับสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยให้มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) กระทรวงสาธารณสุข ควรประสานความร่วมมือและดำเนินงานร่วมกับสถาบันวิชาการอิสระ เช่น สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย เป็นต้น ให้ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง การติดตาม ตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย และจัดทำรายงานประจำปีเสนอต่อสาธารณชน โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้การสนับสนุนงบประมาณให้สถาบันวิชาการอิสระทำหน้าที่ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย รวมทั้งสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่ และพนักงานสอบสวนให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

การแทรกแซงและรื้อคืบของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ

บรรษัทบุหรี่ข้ามชาติได้ทำการแทรกแซงและรื้อคืบเพื่อย้ายตลาดครอบครองตลาดของประเทศไทยโดยมีรูปธรรม ได้แก่ การแปรรูปโรงงานยาสูบ ข้อตกลงการค้าเสรีระดับภูมิภาคอาเซียน (AFTA) และข้อตกลงการค้าเสรีเขตเศรษฐกิจพิเศษ (FTA)

การแปรรูปโรงงานยาสูบ (Privatization of Thai Tobacco Monopoly)

ก่อนหน้านี้บรรษัทบุหรี่ข้ามชาติได้พยายามมาโดยตลอดที่จะเข้ายึดครองการผลิตบุหรี่ในประเทศไทย โดยใช้มาตรา 301 บัญญัติให้เปิดตลาดบุหรี่จากต่างประเทศ จนกระทั่งเมื่อตุลาคม 2533 ต่อมาในปี 2536 บริษัทฟิลิปปอริส ผู้ผลิตบุหรี่มาร์ลโบโล จากสหรัฐอเมริกา ได้มีข้อเสนอให้ทาง

โรงงานยาสูบเป็นผู้ผลิตบุหรี่
ในกิจการร่วมค้า (Joint
venture) โดยจะทำการ
สนับสนุนเทคโนโลยี
เครื่องจักรที่ทันสมัยจะ
ทำให้ต้นทุนการผลิตลดลง
มาก แต่ทางโรงงานยาสูบ



ปฏิเสธข้อเสนอ เนื่องจากเกรงว่าจะถูกโจมตีจากสาธารณชน และบุหรี่ต่าง
ประเทศจะแย่งตลาดของบุหรี่โรงงานยาสูบในที่สุด

ต่อมาในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จน
รัฐบาลต้องกู้เงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary
Fund หรือ IMF) เป็นจำนวน 17,000 ล้านดอลลาร์ ในจดหมายแสดง
เจตจำนงฉบับที่ 1 (14 ธันวาคม 2540) ถึงฉบับที่ 4 (26 พฤษภาคม 2541) มี
การกล่าวถึงการแปรรูปรัฐวิสาหกิจต่างๆ แต่ไม่ปรากฏชื่อโรงงานยาสูบ อย่งไร
ก็ตาม ในจดหมายแสดงเจตจำนงฉบับที่ 5 (25 สิงหาคม 2541) ได้ปรากฏขึ้น
เป็นครั้งแรกด้วยข้อความว่า “Complete study outlining strategic options
for Tobacco Monopoly”

กระบวนการและวิธีการ

นพ.หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) ได้
ทำการศึกษาวิจัย เรื่องการแปรรูปโรงงานยาสูบของรัฐในประเทศต่างๆ ทั่วโลก
พบว่า เป็นสาเหตุให้ประชาชนสูบบุหรี่มากขึ้น โดยได้นำข้อมูลและความรู้ที่ได้
ทำการศึกษาออกเผยแพร่ต่อสาธารณชน เสนอต่อรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง คณะ
กรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ

สหภาพแรงงานโรงงานยาสูบ รวมทั้งเครือข่ายรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทั้งในและต่างประเทศ โดยมีเนื้อหาสาระที่สำคัญที่ได้เผยแพร่ผ่านหนังสือพิมพ์ Bangkok Post มีดังนี้

“...A leading antismoking activist, Hatai Chitanondh, who is also president of the Thai Health Promotion Institute, said the decision to manufacture foreign tobacco brands here would not only increase smoking among the general public but also encourage youths to smoke because of cheaper prices. Dr.Hatai said apart from increasing tobacco sales in Thailand, the production is also expected to boost sales in the region. He said it is feared the joint venture would adversely affect antismoking campaigns, as in the case of South America...”

ผลการดำเนินงาน

ด้วยข้อมูลและความรู้ดังกล่าวข้างต้นตลอดจนการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ในที่สุดที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2545 ได้มีมติให้เลื่อนการแปรรูปโรงงานยาสูบออกไปอย่างไม่มีกำหนด

ข้อตกลงการค้าเสรีระดับภูมิภาคอาเซียน

(ASEAN Free Trade Area Agreement หรือ AFTA)

รัฐบาลได้ทำข้อตกลงการค้าเสรี AFTA เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2542 นพ. หทัย ชิตานนท์ ประธาน สสท. ได้ทำหนังสือถึงนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ขอให้ให้นำสินค้าบุหรี่ยกเว้นและใบยาสูบบรรจุไว้ในรายการ GE (General Exception) คือประเทศสมาชิกอาเซียนสามารถขอยกเว้นไม่นำบุหรี่ยกเว้นและใบยาสูบมาลดภาษีได้หากมีเหตุผล เพื่อปกป้องชีวิตและสุขภาพ โดยขณะนั้นมี 3 ประเทศที่ได้ทำการยกเว้นแล้ว คือ บรูไน สิงคโปร์ และเวียดนาม

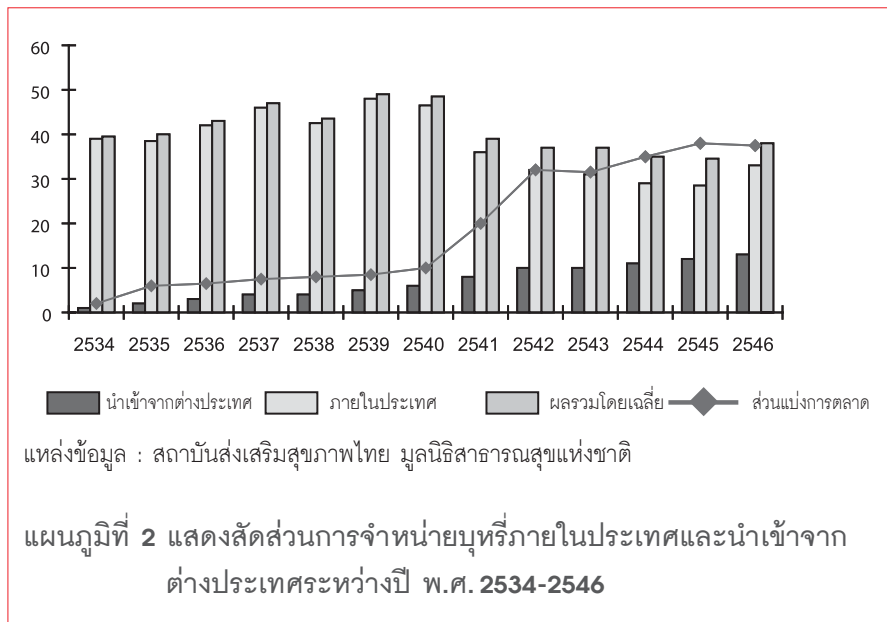
แต่รัฐบาลไม่ได้ดำเนินการใดๆ ในที่สุดบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติได้ถือโอกาสเข้ามาตั้งโรงงานในมาเลเซียและฟิลิปปินส์ แล้วส่งบุหรี่ยกเว้นมาขายในประเทศสมาชิก AFTA ซึ่งต้องทำตามกฎคือลดภาษีนำเข้าลงจนเหลือ 5 เปอร์เซ็นต์

ผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน คือ ในช่วง 6 ปีแรกที่เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ (พ.ศ. 2534-2540) สามารถครอบครองตลาดได้อัตราแค่ 3 เปอร์เซ็นต์ โดยเฉลี่ย แต่พอได้อานิสงส์จาก AFTA อัตรานี้ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจนเป็นร้อยละ 15 และคงระดับนี้ตลอดมา (ดูแผนภูมิที่ 2)

ข้อตกลงเขตการค้าเสรีเขตเศรษฐกิจพิเศษ

(Free Trade Agreement Area หรือ FTA)

องค์การค้าโลก (World Trade Organization หรือ WTO) เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ทำให้เกิดข้อตกลงการค้า มีสมาชิกกว่า 140 ประเทศ รวมถึงประเทศเศรษฐกิจที่สำคัญทั้งหมด ยกเว้นรัสเซีย WTO มีกลไกบังคับใช้ด้วยกฎหรือข้อตกลงที่เข้มงวด ประเทศหนึ่งสามารถท้าทายกฎหมายและ



ระเบียบอีกประเทศหนึ่งได้ โดยการเข้าสู่การพิจารณาของคณะผู้ตัดสิน

สหรัฐอเมริกาเป็นหนึ่งในสมาชิก WTO ไม่สามารถดำเนินการเอาเปรียบการค้าต่อประเทศสมาชิกอื่นๆ ได้ตามอำเภอใจ จึงได้เปลี่ยนยุทธศาสตร์ใหม่โดยเบนความสนใจห่างออกจาก WTO และมุ่งสู่การตกลงระดับภูมิภาคและระดับทวีป โดยเฉพาะอย่างยิ่งมุ่งเน้นระดับทวีป เพราะการมีคู่เจรจาจำนวนน้อยหรือสองต่อสอง สหรัฐฯ จะสามารถเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขกับประเทศเล็กๆ ซึ่งมักไม่มีอำนาจต่อรองได้ตามอำเภอใจ ด้วยเหตุนี้เองสหรัฐฯ จึงจัดทำข้อตกลงซึ่งเกินเลยไปจากข้อตกลงที่มีใน WTO อาทิเช่น เงื่อนไขที่ขัดแย้งมากเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญาและพันธกรณีทางการลงทุนซึ่งไม่มีใน WTO

รัฐบาลไทยยุค พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรีมีความ
เข้มแข็งกับการตกลงการค้าเสรีกับประเทศต่างๆ รวมทั้งสหรัฐอเมริกา

ดังนั้น เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ผู้นำองค์กรสุขภาพของไทย
2 องค์กรและอเมริกา 6 องค์กร ได้ร่วมลงนามในหนังสือถึงรัฐมนตรีพาณิชย์
และรัฐมนตรีสาธารณสุข ขอมิให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่ใน FTA ระหว่างไทยกับ
สหรัฐฯ เพราะผลิตภัณฑ์ยาสูบมีไข้สินค้าปกติ แต่เป็นสินค้าที่นำมาซึ่งความ
เจ็บป่วย พิการ และความตาย นำมาซึ่งการสูญเสียเศรษฐกิจของประชากร
และประเทศไทยอย่างใหญ่หลวงในภายภาคหน้า ในขณะที่การเจรจายังไม่ได้
ข้อยุติ รัฐบาลไม่ได้ให้ความสนใจต่อข้อเสนอของผู้นำองค์กรสุขภาพแต่อย่างใด

บทบาทนำในการร่วมร่างอนุสัญญา FCTC

และการเข้าเป็นภาคีอนุสัญญา (พ.ศ. 2548)

สืบเนื่องจากการติดตามผลการปฏิบัติตามมติสมัชชาอนามัยโลกที่WHA
49-17 เรียกร้องให้ผู้ดำเนินการใหญ่องค์การอนามัยโลก “ริเริ่มพัฒนารอบ
อนุสัญญา (ว่าด้วยการควบคุมบุหรี่)” การประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 52
ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2542 จึงมีข้อพิจารณาว่าจะแต่งตั้งคณะเจรจาต่อ
รองระหว่างรัฐบาลต่างๆ เพื่อยกร่าง และต่อรองเกี่ยวกับข้อเสนอให้มีกรอบ
อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบหรือไม่ประการใด ซึ่งต่อมาได้มีการจัดตั้ง
กลไกต่างๆ ขึ้น และทำให้ประเทศไทยได้มีโอกาสแสดงบทบาทนำในการร่วม
ร่างอนุสัญญานับบัดนี้ด้วย

เป็นที่น่ายินดีว่าประสบการณ์และความรู้จากการปฏิบัติจริงของ
ประเทศไทยในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทำให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มผู้นำ
ในการเจรจาและร่างกฎหมายบุหรี่โลก โดยที่ นพ.หทัย ชิตานนท์ ได้รับแต่งตั้ง

โครงการการศึกษาเรื่อง

สองทศวรรษ

การควบคุมยาสูบ
การบริโภค

ของสังคมไทย



ตั้งจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นผู้แทนประเทศไทยในการเจรจาและร่างกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ (FCTC : Framework Convention for Tobacco Control) ทั้ง 6 ครั้ง โดย นพ.หทัย จิตานนท์ ได้เป็นประธานคณะทำงานชุดหนึ่ง และได้แสดงบทบาทที่โดดเด่นในการเจรจา ตลอดระยะเวลาที่ร่วมร่างอนุสัญญา 2 ปี 10 เดือน นอกจากนี้ ประเทศไทยเป็นประเทศกลุ่มแรกที่ได้ร่วมลงนามและให้สัตยาบันในอนุสัญญานับนี้แล้ว ในขณะนี้ได้มี 57 ประเทศที่ได้ลงนามและให้สัตยาบันแล้ว โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 เป็นต้นมา

ใน WHO Framework Convention for Tobacco Control (FCTC) ได้กำหนดหัวข้อหรือประเด็นและมาตรการต่างๆ ที่แต่ละประเทศต่างยึดถือปฏิบัติตามพันธกรณี เช่น มาตรการที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการลดการบริโภคยาสูบ

(measure relating to the reduction of the demand for tobacco)
มาตรการที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการลดการจำหน่ายจ่ายแจก (measure relating to the reduction of the supply of tobacco) การร่วมมือและสนับสนุนทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ตลอดจนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

ดังนั้น อนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการต่อต้านการแทรกแซงของบริษัทยาสูบหรือข้ามชาติ ตลอดจนเป็นแนวทางที่ประเทศไทยต้องยึดถือในการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในแต่ละหัวข้อหรือประเด็นและมาตรการ ได้มีการกำหนดรายละเอียดมากมาย เพื่อการถือปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น มาตรการทางภาษี ขึ้นราคายาสูบเพื่อลดการบริโภคยาสูบ มาตรการการป้องกันคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ (protection from exposure to tobacco smoke) หรือ มาตรการหยุดยั้งการลักลอบนำเข้ายาสูบเถื่อน (illicit trade in tobacco products) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังได้กำหนดให้มีฝ่ายเลขานุการกิจ (secretariat) ของอนุสัญญานี้ ในการทำหน้าที่สนับสนุนประกาศภาคีติดตามและประสานงาน และจัดทำรายงาน ฯลฯ เพื่อให้อนุสัญญานี้มีผลในทางปฏิบัติ



สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) เป็นองค์กรหนึ่งภายใต้มูลนิธิ
สาธารณสุขแห่งชาติ จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2538 ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุน
สุขภาพของคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น โดยมีนายแพทย์หทัย ชิตานนท์ เป็น
ประธานสถาบัน

สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ
(NGOs) ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมยาสูบหน่วยงานหนึ่งในประเทศไทย
กิจกรรมการดำเนินงานจะเป็นไปในลักษณะของการผลักดันเชิงนโยบาย และ
การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ เพื่อการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการตรวจสอบ
การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบทั้งสองฉบับ (พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535) โดยมีกิจกรรม
ดำเนินงาน¹ ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ (Data collection)
สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยได้เก็บรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับการบริโภคทั้งใน
ประเทศและประเทศอื่นๆ ทั่วโลก โดยการจัดทำเป็น Tobacco control clearing
house เพื่อแยกหมวดหมู่เอกสารไว้อย่างเป็นระบบ

2. งานวิจัยและจัดทำเอกสารวิชาการ (Research and publications)
งานวิจัยและเอกสารวิชาการหลายชิ้น ของสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยถูกนำไป
ใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของรัฐ และการผลักดันนโยบาย
สาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบหลายเรื่อง เช่น การ
ใช้ผลงานวิจัยเรื่องการแปรรูปรัฐวิสาหกิจยาสูบ ประกอบการตัดสินใจ ไม่แปรรูป
รัฐวิสาหกิจโรงงานยาสูบของรัฐบาล และงานวิจัยชิ้นล่าสุดเรื่องการโฆษณา และ
ส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย : ความสำคัญต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
ที่สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการผลักดันมาตรการห้ามโฆษณาบุหรี่และส่งเสริม
การขายบุหรี่ ณ จุดจำหน่าย จนสำเร็จในปี พ.ศ. 2548 เป็นต้น

3. กิจกรรมการให้การศึกษา/ สุขศึกษา (Public Education/ Health

Education) ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ได้เป็นวิทยากรในการสอน และบรรยายเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบให้กับหน่วยงานต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

4. การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะ (Public information) สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยให้ข้อมูลข่าวสารสาธารณะ เพื่อการควบคุมยาสูบ โดยผ่านสื่อมวลชนสาขาต่างๆ โดยการเขียนข่าวและบทความลงตีพิมพ์ในสื่อสิ่งพิมพ์ การให้สัมภาษณ์ รายการวิทยุและร่วมออกรายการโทรทัศน์ และได้ให้ข้อมูลในเว็บไซต์ของสถาบัน <http://thpinhf.org>

5. การชี้แนะแก่สาธารณะ (Public advocacy) กิจกรรมในการควบคุมยาสูบที่สำคัญอีกกิจกรรมหนึ่งของสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย คือการชี้แนะแก่สาธารณะผ่านทางสื่อมวลชน โดยการเขียนบทความลงตีพิมพ์ในสื่อสิ่งพิมพ์ การส่งข่าวเพื่อสื่อมวลชน และการให้สัมภาษณ์ทางสื่อมวลชนเพื่อผลักดันให้เกิดมาตรการต่างๆ เช่น ข่าวและบทความ คัดค้านการแปรรูปโรงงานยาสูบของรัฐบาล การผลักดันให้มีการพิมพ์ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ และการชี้แนะทางสื่อมวลชนที่สำคัญล่าสุดคือ การผลักดันให้มีมาตรการห้ามโฆษณา และส่งเสริมการขายบุหรี่ ณ จุดจำหน่าย เป็นต้น

6. การฟ้องร้อง (Litigation) สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยได้พยายามผลักดันให้มีการดำเนินการทางกฎหมาย เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (Litigation for Tobacco Control) โดยประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย เป็นผู้ปฎิบัติงานเรื่อง “การดำเนินการทางกฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (Litigation for Tobacco Control)” ในการประชุมเรื่อง “ทำไมต้องมีความรับผิดชอบทางกฎหมายของบริษัทบุหรี่ต่อผลเสียหายจากการบริโภคยาสูบ” และการให้ข้อมูลแก่สาธารณะผ่านสื่อมวลชนว่าสหรัฐอเมริกาประสบความสำเร็จฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากบริษัทบุหรี่มานานถึง 45 ปี แต่เพิ่งประสบความสำเร็จเมื่อ 4-5 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยจึงควรจะเริ่มมีการฟ้องร้องเหมือนกับในสหรัฐอเมริกา และผู้เสียหายควรออกมาฟ้องร้องด้วย รวมทั้งได้จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการและการประชุมร่วมกับนักกฎหมาย

7. การต่อต้านอุตสาหกรรมบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยได้ติดตามศึกษาและเฝ้าระวังกลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติมาโดยตลอด ซึ่งหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญที่บริษัทบุหรี่ข้ามชาตินำมาใช้เพื่อช่วยให้ผลกำไรเพิ่มพูนขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง คือ การบริจาคเพื่อการกุศล ซึ่งมีจุดประสงค์ที่แท้จริง 2 ประการ คือ เพื่อการตลาดของบริษัท และเพื่อการเข้าถึงข้าราชการชั้นสูงของประเทศ³

การจัดตั้งและสร้างขีดความสามารถแก่กลุ่มเยาวชนเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในกระบวนการรณรงค์ต่อต้านบริษัทฟิลิปมอร์ริสในการอุปถัมภ์ศิลปกรรมอาเซียน ซึ่งเป็นรูปแบบ negative advocacy ครั้งแรกในประเทศไทย ทำให้บริษัทฟิลิปมอร์ริสซึ่งลงทุนมากถึง 24 ล้านบาท ไม่สามารถทำประชาสัมพันธ์ได้เลย⁴

การต่อต้านบริษัทบริทิชอเมริกันทอแบคโคไม่ให้สนับสนุนโครงการร่วมกันรักษาแสนแสบให้สดใส โดยสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยได้ดำเนินการทำงานวิจัยและเอกสารวิชาการเรื่องข้อเท็จจริงของบริษัทบริทิชอเมริกันทอแบคโคส่งให้ประธานเนชั่นกรุ๊ป พร้อมเอกสารวิจัยขอร้องให้ถอนตัวจากโครงการนี้ หลังจากนั้นปรากฏว่าไม่มีการประชาสัมพันธ์โครงการฯ อีกเลย และโครงการฯ นี้ได้ยุติลง ความสำเร็จครั้งนี้ได้รับการสรรเสริญจากประชาคมควบคุมยาสูบทั่วโลก อาทิเช่น ได้มีการตีพิมพ์เรื่องนี้ในวารสาร Tobacco Control และได้มีการจัดวาระเรื่องนี้เข้าสู่การประชุมบุหรี่โลกครั้งที่ 12 ที่นครเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ โดยเป็นหนึ่งในกลุ่ม Best practices จาก 5 ประเทศต่างๆ ทั่วโลก

8. การร่วมมือดำเนินการควบคุมยาสูบกับองค์การอนามัยโลก ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยได้รับเชิญเป็นวิทยากร และได้เข้าร่วมกิจกรรมขององค์การอนามัยโลกทั้งในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ทั่วโลกมาโดยตลอด

9. การร่วมมือดำเนินการควบคุมยาสูบกับบุคคลและองค์กรต่างประเทศ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยได้ประสานงานทางเครือข่าย GLOBALink เพื่อดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งในประเทศ และประเทศอื่นๆ ทั่วโลก

สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมยาสูบในประเทศไทย และการดำเนินการควบคุมยาสูบของเวทีโลก โดยมีกิจกรรมสำคัญคือการดำเนินการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และการชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมยาสูบจนสามารถผลักดันมาตรการต่างๆ มาบังคับใช้จนเป็นผลสำเร็จมาแล้วหลายมาตรการ โดยใช้กลยุทธ์การติดตามควบคุมการบังคับใช้กฎหมาย

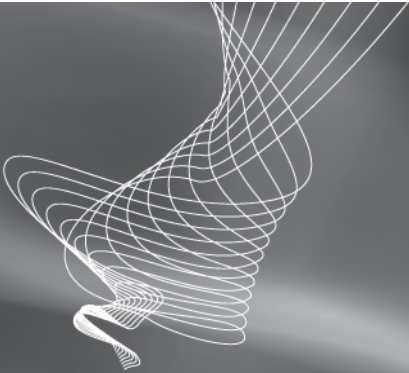
จากการติดตามสถานการณ์การไม่ปฏิบัติตามกฎหมายของสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย พบว่ายังมีสถานการณ์ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย 10 เรื่อง⁵ ดังนี้

1. การจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็ก
2. การโฆษณาโดยตรง
3. การโฆษณา ณ จุดขาย
4. การโฆษณาโดยการวางผลิตภัณฑ์
5. การส่งเสริมการขายรูปแบบต่างๆ
6. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ
7. การโฆษณาโดยวิธีการแปรเปลี่ยนเครื่องหมายการค้า
8. การผลิตและจำหน่ายสินค้าซึ่งมีรูปลักษณะคล้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ
9. การอุปถัมภ์รายการกีฬา
10. การลดพิษภัยในผลิตภัณฑ์ยาสูบ



หนังสืออ้างอิง

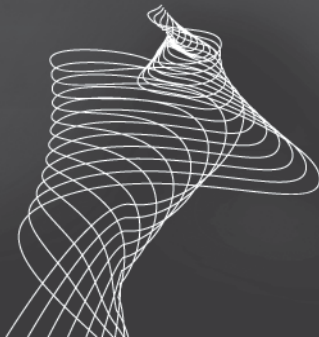
- ¹หทัย ขิดานนท์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และจารึก ไชยรักษ์. การควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ: 2544.
- ²หทัย ขิดานนท์. การโฆษณาและส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย: ความสำคัญต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ: 2548.
- ³หทัย ขิดานนท์. เหตุผลที่แท้จริงของบริษัทฟิลิปปอริส ในการอุปถัมภ์การประกวดภาพวาดอาเซียน. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ: 2547.
- ⁴สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. รายงานกิจกรรมแรลลี่ด้านฟิลิปปอริส อุปถัมภ์ศิลปกรรมอาเซียน. โครงการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.): 2547.
- ⁵สถานการณ์ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ 10 เรื่อง และข้อเสนอการบังคับใช้กฎหมายให้ได้ผล. โครงการสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพในการควบคุมยาสูบ. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ: 2546-2548.



5

บทสรุปพัฒนาการของกระบวนการและวิธีการควบคุม

การบริโภค **ยาสูบ**
ในสองทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2529-2549)





บทสรุป

พัฒนาการของกระบวนการและวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบในสองทศวรรษที่ผ่านมา ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัจจัยที่ไม่เอื้ออำนวย และผลกระทบที่ตามมา

สรุปสองทศวรรษพัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2529-2549)

การควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยได้ดำเนินการมาไม่น้อยกว่าสองทศวรรษ ก่อนปี พ.ศ. 2529 มีการดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการประสานงานในระหว่างกลุ่มคนต่างๆ ที่เห็นความสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ แม้แต่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรภาครัฐที่รับผิดชอบในเรื่องสุขภาพโดยตรง ยังไม่มีแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ การดำเนินงาน

จึงไม่ต่อเนื่อง ขาดประสิทธิภาพ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2529 ได้เกิดองค์กรพัฒนาเอกชน ชื่อ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ภายใต้มูลนิธิหมอชาวบ้าน องค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนี้ได้แสดงบทบาทที่สำคัญที่สุดในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทย ในเวลาต่อมาได้เปลี่ยนเป็นมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2539

ในปี พ.ศ. 2529 ถือได้ว่าเป็นปีแห่งการเริ่มต้นของทศวรรษแรกของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยอย่างแท้จริง เพราะได้มีการจัดตั้งองค์กรเอกชน มีกลไกในการดำเนินงานที่ชัดเจน ต่อมาในปลายปี พ.ศ. 2530 ได้มีการวิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของแพทย์หนุ่มสาวในชนบท ซึ่งก่อให้เกิดการตื่นตัวในเรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทย และค่านิยมของการไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และในปี พ.ศ. 2532 รัฐบาลได้เห็นความสำคัญในการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เพื่อทำการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งต่อมา คบยช. ได้มีส่วนสำคัญในการร่างกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ ในการคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่และควบคุมการบริโภคยาสูบ

ในช่วงปี พ.ศ. 2532-2534 ได้มีเหตุการณ์ที่สำคัญ คือ สหรัฐฯ ได้ใช้กฎหมายการค้ามาตรา 301 บังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ ถึงแม้ไทยต้องยินยอมให้บุหรี่ต่างประเทศเข้ามาวางจำหน่าย แต่ผลกระทบที่สำคัญจากการที่องค์กรสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ ตลอดจนสื่อมวลชนรวมตัวกันคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศก็คือ ทำให้สังคมไทยได้เข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจากบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ ทำให้อัตราเร่งในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยเร็วขึ้นอย่างมาก ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 รัฐสภาไทย ได้ผ่านร่าง พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.

2535 และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 กฎหมายทั้งสองฉบับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ แม้ว่าผลในทางปฏิบัติยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรก็ตาม ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 รัฐบาลได้มีนโยบายการขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรกในเมืองไทย ซึ่งส่งผลสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนในเวลาต่อมา

ในช่วงทศวรรษที่สองของการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2539-2549) เป็นช่วงการเคลื่อนไหวผลักดันแนวคิดการใช้ภาษีบาปมาจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ในที่สุดสามารถผลักดัน พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เป็นผลสำเร็จ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นองค์การมหาชนอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักนายกรัฐมนตรี สสส. เริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2544 โดยกองทุนได้รับงบประมาณสนับสนุนจากร้อยละ 2 ของภาษีสุราและบุหรี่ ที่รัฐเก็บได้ในแต่ละปี กองทุนจากภาษีบาปได้นำไปกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนในสังคมมาทำงานร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว องค์กร หน่วยงาน ชุมชน และสังคมทั่วประเทศ ไม่เฉพาะการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและสุรานั้น หากแต่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในทุกมิติของทุกกลุ่มอายุ

นอกจากนี้ ในช่วงทศวรรษที่สองยังได้มีการขยายขอบเขตของกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยขยายเขตปลอดบุหรี่ในภัตตาคารที่มีเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยมีผลบังคับตั้งแต่ 8 พฤศจิกายน 2545 นอกจากนี้ ยังได้ปรับเปลี่ยนคำเตือน (Health warning) บนซองบุหรี่จากเดิมที่มีพื้นที่เพียงร้อยละ 33.33 และมีตัวหนังสือขาวดำมาเป็นคำเตือนประกอบรูปภาพ 4 สี มีคำบรรยายในพื้นที่เป็นร้อยละ 50 ของพื้นที่

ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของซองบุหรี่ ในที่สุดรูปภาพเตือนสุขภาพ (Graphic/Pictorial warnings) พร้อมคำบรรยาย 6 ภาพ ได้มีผลบังคับใช้เมื่อ 25 มีนาคม 2548 และปรับเป็น 9 ภาพ ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ กุมภาพันธ์ 2550 เป็นต้นไป ประเทศไทยเป็นประเทศที่สี่ของโลกที่มีการพิมพ์ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีกฎหมายที่ดีมากแต่กลไกในการเฝ้าระวังให้ปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ยังได้ผลในทางปฏิบัติไม่มากนัก ที่ผ่านมา สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ชี้แนะ และกระตุ้นให้กระทรวงสาธารณสุข แสดงบทบาทในการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งได้ผลบ้างในบางกรณี

ในเรื่องการแทรกแซงและรูกคืบของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ ยังดำเนินการต่อเนื่องนับแต่สามารถผลักดันให้เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศโดยอาศัยกฎหมายการค้ามาตรา 301 บรรษัทบุหรี่ข้ามชาติยังได้พยายามยื่นข้อเสนอให้ทางโรงงานยาสูบของไทย เป็นผู้ผลิตบุหรี่ในรูปแบบกิจการร่วมค้า (Joint Venture) โดยจะทำการสนับสนุนเทคโนโลยีเครื่องจักรที่ทันสมัย ซึ่งจะทำให้ต้นทุนถูกลงมาก และเมื่อไทยประสบภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2540) กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ได้ยื่นจดหมายแสดงเจตจำนงฉบับที่ 5 (25 สิงหาคม 2541) เสนอให้มีการแปรรูปโรงงานยาสูบของรัฐ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) ได้ให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากทั่วโลกต่อรัฐมนตรี องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสาธารณชนให้ทราบว่าการแปรรูปโรงงานยาสูบของรัฐจะทำให้คนไทยสูบบุหรี่มากขึ้น จนในที่สุดคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2545 ให้เลื่อนการแปรรูปโรงงานยาสูบออกไปอย่างไม่มีกำหนด แต่สำหรับในเรื่องข้อตกลงการค้าเสรีระดับภูมิภาคอาเซียน (AFTA) นั้น รัฐบาลไทยได้ทำข้อตกลงการค้าเสรี AFTA (17 กันยายน

2542) โดยไม่ได้ดำเนินการตามข้อเสนอของประธานสสท. ที่ขอให้นำสินค้าบุหรี่และใบยาสูบบรรจุไว้ในรายการยกเว้นไม่นำมาลดภาษีเพื่อปกป้องชีวิตและสุขภาพ

ดังเช่นที่รัฐบาลบรูไน สิงคโปร์ และเวียดนามได้ดำเนินการก่อนหน้านี้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ ตลาดบุหรี่ต่างประเทศขยายอัตราการครอบครอง จาก 3% เป็น 15% อย่างรวดเร็ว



นอกจากนี้ ในเรื่องข้อตกลงเขตการค้าเสรี (FTA) ก็เช่นกัน รัฐบาลไทยชุดปัจจุบันกำลังจะมักเขม้นเจรจากับสหรัฐอเมริกาและประเทศต่างๆ หากบรรษัทบุหรี่ต่างประเทศ ซึ่งเป็นผู้ผลักดันเบื้องหลังทำได้สำเร็จ คนไทยต้องเผชิญหน้ากับสินค้าที่นำมาซึ่งความเจ็บป่วย พิการและความตาย ตลอดจนนำมาซึ่งการสูญเสียเศรษฐกิจของคนไทยและประเทศไทยอย่างใหญ่หลวงในภายภาคหน้า

ในท่ามกลางเผชิญกับการแทรกแซงของบรรษัทบุหรี่ต่างชาติ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีบทบาทนำในการร่วมร่างอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก และต่อมาได้เข้าร่วมลงนาม และให้สัตยาบันในอนุสัญญานี้แล้ว โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 เป็นต้นไป หากประเทศไทยดำเนินการตามอนุสัญญาฯ ที่ได้ให้สัตยาบันไว้ ตลอดจนมีกลไกที่มีอิสระในการดำเนินงาน ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติตามอนุสัญญา และมีรายงานประจำปีออกมาอย่างทันกาลและสม่ำเสมอ ด้วยกระบวนการและวิธีการทำงานเช่นนี้ จะส่งผลกระทบในทางบวก

ต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยอย่างแน่นนอน และสามารถเป็นแบบอย่างต่อประเทศต่างๆ ต่อไป

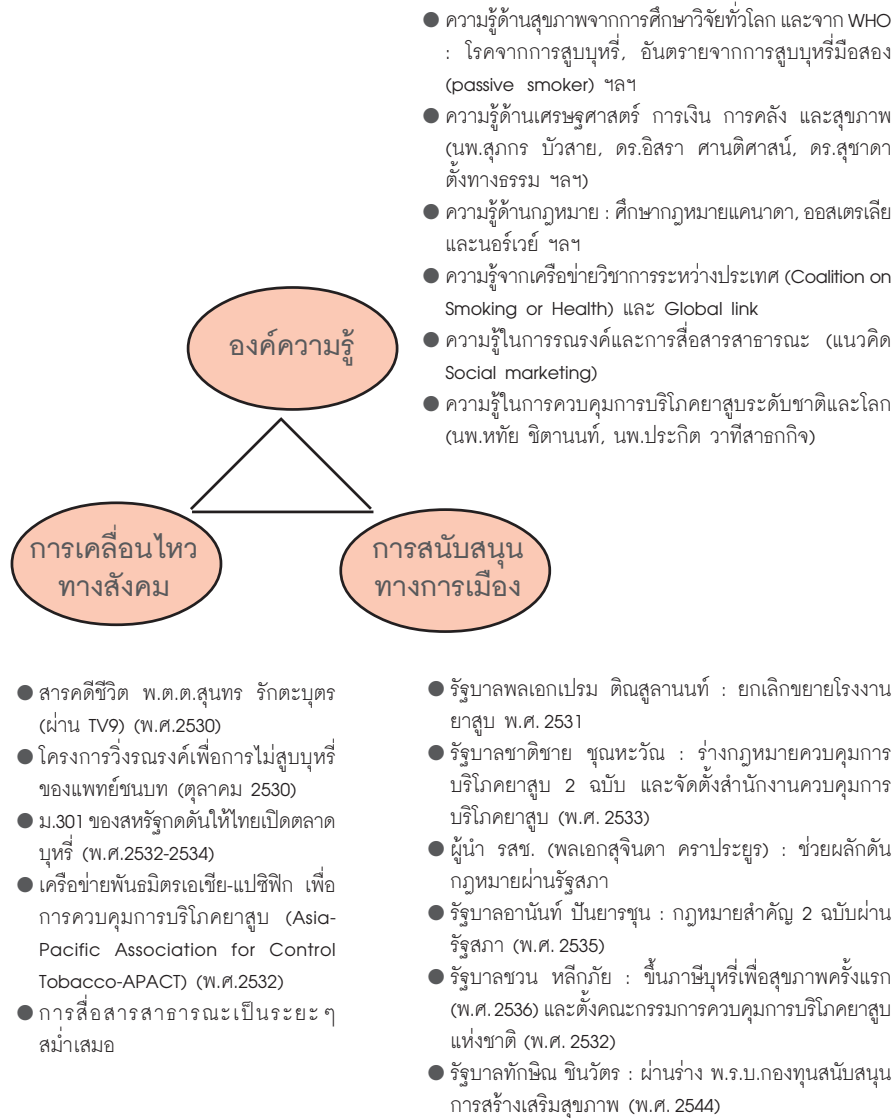
กระบวนการและวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาในแต่ละช่วงเวลาในแต่ละเหตุการณ์ที่สำคัญ มีปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค รวมทั้งผลกระทบที่ตามมาทั้งในทางบวกและลบ การมองพัฒนาการอย่างเป็นระบบ และสังเคราะห์ถอดบทเรียนได้อย่างเป็นรูปธรรม ที่ไม่เพียงแต่เกิดประโยชน์สำหรับการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยต่อไปในทศวรรษหน้า หากยังเกิดประโยชน์สำหรับประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่สามารถนำบทเรียนหรือองค์ความรู้จากประเทศไทยไปปรับใช้ต่อไป

กระบวนการและวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบ

กล่าวโดยสรุป กระบวนการและวิธีการที่ผ่านมาของการควบคุมการบริโภคยาสูบสอดคล้องกับแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งเสนอโดย ศ.นพ. ประเวศ วะสี ซึ่งประกอบด้วย 3 เหลี่ยมของ

- 1) การใช้ความรู้
- 2) การเคลื่อนไหวทางสังคม และ
- 3) การสนับสนุนทางการเมือง

อย่างไรก็ตาม กระบวนการและวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบได้ดำเนินการมาไม่น้อยกว่าสองทศวรรษ แต่แนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ได้เสนอต่อสังคมไทยภายในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา จึงน่าจะสะท้อนหรือตอกย้ำให้เห็นว่า การที่จะทำเรื่องยากๆ ให้ประสบผลสำเร็จได้จำเป็นต้องอาศัยแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” นั้นเอง โดยที่สามารถสรุปกระบวนการและวิธีการได้ดังนี้



ข้อมูลและความรู้

ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม ครบถ้วน และทันกาล เป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดในการทำเรื่องที่ยากให้สำเร็จได้ การควบคุมการบริโภคยาสูบที่ผ่านมาได้มีการทบทวนข้อมูลและความรู้จากทั่วโลกในเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ ความรู้เรื่องโทษภัยด้านสุขภาพต่อผู้สูบบุหรี่และผู้อยู่ใกล้เคียง (Passive smoker) ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (นโยบายขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพ ฯลฯ) ความรู้ด้านกฎหมายควบคุม การบริโภคยาสูบ ความรู้ในการสื่อสารที่อาศัยการตลาดเชิงสังคม (Social marketing) ความรู้ในการจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพจากภาชีบาป ฯลฯ

ข้อมูลและความรู้ส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยยังเป็นส่วนน้อย หากมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มากพอก็จะช่วยให้การควบคุมการบริโภคยาสูบมีประสิทธิภาพสูงยิ่งกว่าเดิมมาก

การเคลื่อนไหวทางสังคม

ข้อมูลข่าวสารและความรู้ หากไม่นำมาสื่อสารต่อสังคมหรือสร้างความเข้าใจต่อสังคมแล้วก็ย่อมยากที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น หรือทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบในสังคมไทยประสบความสำเร็จได้ เมื่อสังคมมีความเข้าใจ พลังแห่งความเข้าใจ (power of understanding) จะนำไปสู่การขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในที่สุด

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่า ขบวนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทยได้เน้นการเคลื่อนไหวทางสังคมโดยมีรูปธรรม ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์หรือแนวทางการรณรงค์ของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มูลนิธิหมอชาวบ้าน (ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) ได้กำหนดว่า “ไม่ต่อต้านผู้สูบบุหรี่ แต่เรียกร้องให้ทุกคนในสังคมช่วยกันสร้างสังคมปลอดบุหรี่” ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่ต่อต้านการรณรงค์ แต่กลับให้ความร่วมมือเช่นเดียวกับคนทั่วไป

2) โครงการวิ้งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของชมรมแพทย์ชนบทและมูลนิธิแพทย์ชนบท เน้นการปกป้องคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้รับการสนับสนุนจากทั้งนักการเมือง ข้าราชการ นักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจ เอกชน สื่อมวลชน สภาวิชาชีพ ตลอดจนประชาชนลงชื่อสนับสนุนกว่า 6 ล้านรายชื่อ นำไปสู่การเกิดค่านิยมในสังคมไทยว่า การสูบบุหรี่ต่อหน้าสาธารณะเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม

3) การเสนอข่าวเรื่องโทษภัยของบุหรี่เป็นระยะๆ ที่ส่งผลสะท้อนใจต่อผู้ชมมาก คือ นำเสนอภาพการให้สัมภาษณ์ของ พ.ต.ต.สุนทร รักตะบุตร ทาง TV ช่อง 9 ทำให้เห็นโทษร้ายของการสูบบุหรี่ที่ชัดเจนที่สุด การเสนอข่าวต่อสาธารณะเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอถึงผลกระทบต่อการสูบบุหรี่ในด้านต่างๆ จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่การรณรงค์ด้านสุขภาพสามารถนำไปศึกษาเป็นแบบอย่างได้

4) การขยายแนวร่วมการรณรงค์ออกนอกวงการสุขภาพไปยังดารา นักร้อง นักกีฬาชั้นนำ นักแต่งเพลง นักวาดการ์ตูน นักการเมือง ผู้นำในสังคม ตลอดจนสื่อมวลชน โดยชักชวนให้เลิกสูบบุหรี่ และหันกลับมาช่วยรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างเต็มที่ ตลอดจนยกย่องเชิดชูเกียรติบุคคลเหล่านี้ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในเรื่องดังกล่าวโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้ริเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 จนถึงปัจจุบัน และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรณรงค์เพื่อ

การไม่สูบบุหรี่ประสบความสำเร็จระดับหนึ่ง

5) ใช้เหตุการณ์ที่สหรัฐอเมริกาบังคับให้เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2532-2534 ก่อกระแสความรักชาติ เปิดโปงกลยุทธ์ทุกรูปแบบ ที่ไร้จริยธรรมของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติที่หวังแต่ผลกำไรอย่างไร้มนุษยธรรม ทำให้บริษัทบุหรี่ข้ามชาติเป็นที่น่ารังเกียจในสังคม นอกจากนี้ได้สร้างเครือข่าย พันมิตรทั้งในและต่างประเทศอย่างกว้างขวาง

6) ทำการสำรวจความคิดเห็นของสาธารณชนเป็นระยะๆ เพื่อเสนอ ให้ฝ่ายการเมืองทราบถึงความรู้สึกของสาธารณชน เช่น การสำรวจความเห็น ผู้สูบบุหรี่ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในกรณีเปลี่ยนค่าเตือนเป็น รูปภาพคำเตือน ซึ่งผู้สูบบุหรี่เองยังสนับสนุนถึงร้อยละ 85 หรือใช้ข้อมูลจาก การศึกษาเชิงสำรวจ (Rapid Survey) ของสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายในสถานที่สาธารณะ พบว่า มีการปฏิบัติตามกฎหมาย เพียงร้อยละ 4 ซึ่งนำไปสู่การขยายเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ในที่สุด เป็นต้น

การสนับสนุนทางการเมือง

ผู้คนจำนวนไม่น้อยโดยเฉพาะในวงการเมืองมักจะเข้าใจว่า เมื่อมี อำนาจหรือเข้าไปดำรงตำแหน่งทางการเมืองเป็นรัฐมนตรี จะสามารถใช้ อำนาจสั่งการให้แก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ได้ ความเข้าใจหรือความ เชื่อนี้อาจถูกในบางส่วน แต่สำหรับปัญหาที่ยากและซับซ้อนแล้ว การมีอำนาจ รัฐหรืออำนาจทางการเมืองก็ไม่สามารถแก้ไขได้ หากไม่มีข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสมครบถ้วนและทันกาล ก็ไม่สามารถรู้วิธีทางที่ถูกต้องในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ หากขาดการสนับสนุนหรือความเข้าใจของสาธารณชนแล้ว การ ดำเนินการใดๆ ก็ย่อมยากที่จะประสบความสำเร็จได้

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากการแสวงหาข้อมูลความรู้ และทำการเคลื่อนไหวทางสังคมดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังต้องอาศัยการสนับสนุนทางการเมืองอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ และสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบในกระทรวงสาธารณสุข นโยบายการขึ้นภาษีเพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรก (พ.ศ. 2536) การขยายเขตปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะ การพิมพ์ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ เป็นต้น

นอกจากนี้ การถือกำเนิดขึ้นของ สสส. ก็ได้รับการสนับสนุนทางการเมืองจากทุกรัฐบาลที่ผ่านมา เพราะขบวนการผลักดันแนวคิดเรื่องการนำภาษีบาปมาจัดตั้งเป็นกองทุนสร้างเสริมสุขภาพใช้เวลา 9 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ถึง พ.ศ. 2544 คาบเกี่ยว 5 รัฐบาล คือ ตั้งแต่รัฐบาลนายชวน หลีกภัย (ชวน 1) นายบรรหาร ศิลปอาชา พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ นายชวน หลีกภัย (ชวน 2) และ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ทุกรัฐบาลให้การสนับสนุนด้วยดีมาตลอด

อย่างไรก็ดี ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ ซึ่งเป็นแกนนำที่มีบทบาทมากที่สุด ในการผลักดัน สสส. ได้ให้ความสำคัญกับรัฐบาลผสมพรรคประชาธิปัตย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี ซึ่งมีอุดมการณ์ส่วนตัวเรื่องการต่อต้านอบายมุขและสิ่งเสพติด ว่ามีส่วนให้การสนับสนุนตั้งแต่เรื่องการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ การต่อต้านการเปิดตลาดบุหรี่เสรี ตลอดจน “เปิดไฟเขียว” เรื่องขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพ และการจัดตั้ง สสส. นอกจากนี้ ศ.นพ.ประกิจ ยังตั้งข้อสังเกตว่า นักการเมืองรุ่นใหม่ที่มีพื้นฐานเดิมเป็นนักวิชาการ เช่น ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ และ ดร.พิสิฐ ลี้อาธรรม เป็นต้น มีความแตกต่างจากการเมืองทั่วไป คือ ให้ความสำคัญกับสวัสดิภาวะของประเด็นปัญหามากกว่าคิดเรื่องประโยชน์และฐานเสียง

ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จและปัจจัยที่ไม่เอื้ออำนวย

ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

นอกเหนือจากการใช้แนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ในกระบวนการและวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีผลให้การควบคุมการบริโภคยาสูบประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง กล่าวคืออัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยในทุกกลุ่มอายุลดลง ซึ่งปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จมีดังนี้

1) **การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน** ชื่อ “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน” ในปี พ.ศ. 2529 (ปัจจุบันเปลี่ยนเป็น “มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ในปี พ.ศ. 2539) นับว่าเป็นองค์กรเอกชนแห่งแรกและแห่งเดียวในประเทศไทย ที่ดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีบทบาทที่สำคัญในการทำให้การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ออกนอกวงการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่ส่วนอื่นๆ ของสังคม เช่น ดารา นักร้อง นักแสดง สื่อมวลชน ผู้นำในสังคม เป็นต้น ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จที่น่าพอใจยิ่ง

นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของ “สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย” (สสท) เมื่อปี พ.ศ. 2538 ซึ่งเป็นสถาบันวิชาการเอกชนอิสระภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สสท. ได้ทำการวิจัยและพัฒนาสร้างองค์ความรู้และพัฒนาฐานข้อมูลอย่างมีหยุดยั้ง อีกทั้งทำหน้าที่ในการเป็นกลไกเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย เมื่อมีการทำผิดกฎหมาย ทาง สสท. ได้ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข แจ้งสื่อมวลชนและผู้เกี่ยวข้องทันที นอกจากนี้ ยังทำหน้าที่ในการเปิดโปงกลวิธีที่ไร้จริยธรรมของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติที่พยายามเข้ามายึดตลาดบุหรี่ในประเทศไทย

การที่มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่และสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
ทำให้สามารถดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ
ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

2) มีผู้นำที่มีความรู้ความสามารถ ตลอดจนมีจิตใจที่แน่วแน่เข้มแข็ง
ในการดำเนินงานด้านนี้ บุคคลที่สำคัญ 2 ท่าน คือ นพ.หทัย ชิตานนท์ และ
ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ ทั้งสองท่านเป็นผู้นำในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
ของประเทศไทย ทำให้สิ่งสมประสงค์ ความรู้และปัญญาในการควบคุม
การบริโภคยาสูบในสังคมไทยมาอย่างต่อเนื่อง (continuity of wisdom) ส่งผล
ให้มีการวางจังหวะก้าวในการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นไปอย่างถูกต้อง
เหมาะสม

กล่าวสำหรับ นพ.หทัย ชิตานนท์ เมื่อครั้งที่รับราชการในกระทรวง
สาธารณสุข ได้ทำหน้าที่ในฐานะรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเลขานุการ
คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ จึงทำให้ คบยช. มีบทบาทที่
สำคัญหลายประการ ต่อเมื่อเกษียณอายุจากราชการยังได้ทำหน้าที่ในฐานะ
ประธาน สสส. ได้แสดงบทบาทที่สำคัญดังกล่าวแล้วจนถึงปัจจุบัน

สำหรับ ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ ในฐานะคนดีและผู้เชี่ยวชาญ
ทางด้านโรคปอดของโรงเรียนแพทย์ และในขณะเดียวกันได้ทำหน้าที่ในตำแหน่ง
เลขาธิการมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ทำให้การให้ข้อมูลข่าวสารในเรื่อง
การสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ มีความน่าเชื่อถือ
ของสื่อมวลชน ต่อมาได้มีบทบาทที่สำคัญใน สสส. ในฐานะรองประธาน



คณะกรรมการบริหาร สสส. จึงทำให้มีการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบ และเหล้าในวงกว้างอย่างเป็นระบบ

3) การดำเนินงานโดยไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง

ขบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย เกิดจากบุคคล หน่วยงาน องค์กรที่ไม่มีผลประโยชน์ส่วนตนเป็นที่ตั้ง แต่คำนึงถึงสุขภาพของ คนไทยเป็นสำคัญ ทำให้ได้รับความช่วยเหลือจากสาธารณชน สื่อมวลชน อย่างกว้างขวางและสนิทใจ ดังกรณี การวิ่งรณรงค์ของแพทย์ชนบททั่วประเทศเพื่อสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ กรณีของผู้แทนด้านสุขภาพไทยที่ได้รับความ ไว้วางใจจากผู้แทนกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง และกระทรวงการต่างประเทศ ในการเข้าร่วมเจรจากับผู้แทนการค้าสหรัฐฯ ตลอดจนได้รับการ สนับสนุนการจัดตั้ง สสส. ในเวลาต่อมา เป็นต้น

ในบางกรณีที่มีพฤติกรรมที่น่าสงสัยว่ามีการรับผลประโยชน์ของนักการเมือง และข้าราชการประจำบางคนจากบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ ในกรณีดังกล่าวประธาน สสท. ได้ดำเนินการแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องระดับสูงพิจารณาแก้ปัญหาเป็นกรณี ๆ ไป

4) การถูกบังคับให้เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ (พ.ศ. 2532-2534)

เหตุการณ์นี้ก่อให้เกิดกระแสจิตสำนึกของความรักชาติ เกิดความรู้สึกต่อต้านและประสานงานสร้างเครือข่ายพันธมิตรกับองค์กรด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศอย่างกว้างขวาง และที่สำคัญคือเกิดผลดีที่ทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย เป็นไปด้วยอัตราเร็วกว่าปกติในเวลาต่อมา

5) การมีกลวิธีที่ครบถ้วนในการดำเนินงาน

กล่าวคือ การดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูรมีกลวิธีหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- การให้สุศึกษาและข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะ (Health Education และ Public Information) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- มีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ กำหนดค่าเตือนบนซองบุหรี่ กำหนดเขตปลอดบุหรี่ ฯลฯ
- มีนโยบายเพิ่มภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ

ซึ่งมีผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ หากเป็นการดำเนินงานเฉพาะให้การศึกษาต่อประชาชนอย่างเดียว (ดังที่แพทย์หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่เข้าใจกัน) โดยไม่อาศัยมาตรการทางกฎหมาย ทางสังคม ทางภาษี หรืออื่นๆ การดำเนินงาน

ควบคุมการบริโภคยาสูบก็ยากที่ประสบความสำเร็จได้

ปัจจัยที่ไม่เอื้ออำนวย

อย่างไรก็ตาม กระบวนการและวิธีการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบที่ผ่านมา มีจุดอ่อนที่เป็นบทเรียน ดังนี้

1) การจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบภายใต้ระบบราชการ

การดำเนินงานที่ผ่านมาของสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุขมักสร้างความไม่พอใจให้กับนักการเมืองและข้าราชการประจำระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เนื่องจากบรรษัทหรือข้ามชาติมีอิทธิพลสูง โดยให้การสนับสนุนทางการเงินกับพรรคการเมือง และนักการเมืองจำนวนไม่น้อย การดำเนินงานจึงมีขอบเขตจำกัดเพราะถูกขัดขวางจากนักการเมืองและข้าราชการประจำระดับสูงเป็นระยะๆ

2) องค์กรพัฒนาเอกชนถูกขัดขวางและแทรกแซงจากนักการเมืองและข้าราชการประจำ

ก่อนหน้านี้จะมีการจัดตั้ง สสส. องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพได้รับงบประมาณในจำนวนจำกัดจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความพอใจของนักการเมืองและข้าราชการประจำในแต่ละช่วงเวลา งบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้องค์กรพัฒนาเอกชนนั้นในบางปีถูกตัดทอนเนื่องจากนักการเมืองที่มีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุขไม่พอใจการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชน นอกจากนี้ ข้าราชการประจำยังพยายามดึงงบประมาณส่วนนี้ไปยังสมาคมที่ข้าราชการประจำเป็นกรรมการหรือสมาคมที่ภริยาของข้าราชการประจำจัดตั้งขึ้น ดังนั้น งบประมาณที่สนับสนุนการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แก่องค์กรพัฒนาเอกชน จึงไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง



3) กฎหมายไม่มีผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร

ทั้งนี้ เนื่องจากขาดระบบการเฝ้าระวังและตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง และสม่าเสมอจากเจ้าหน้าที่ของรัฐดังได้กล่าวแล้วข้างต้น กระทรวงสาธารณสุข จึงควรจัดระบบการเฝ้าระวังและการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ โดยกระตุ้นให้พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินงานอย่างจริงจังหรือประสานการดำเนินงานร่วมกับสถาบันวิชาการ อีสระ และสื่อมวลชน ตลอดจนให้ประชาชนเฝ้าระวังและแจ้งข่าวได้อย่างสะดวก

4) การรุกคืบของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติในประเทศไทย

ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก บรรษัทบุหรี่ข้ามชาติจะใช้กลยุทธ์ในการรุกเข้ายึดตลาดด้วยวิธี 4 ขั้นตอน คือ เสนอการช่วยเหลือเพิ่มขีดความสามารถทางเทคโนโลยี การขอลงทุนร่วม (joint venture) กับโรงงานยาสูบของรัฐ ชี้นำยุทธศาสตร์ของกิจการโรงงานยาสูบของประเทศและจังหวัดสุดท้ายคือ การเข้ายึดครอง (takeover) กิจการเป็นของตนเองอย่างสิ้นเชิง

ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการให้บริษัทบุหรี่ข้ามชาติเข้ามาเปิดตลาด มีผลชัดเจน 2 ประการ คือ ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนเพิ่มขึ้น ส่วนแบ่งการตลาดของบุหรี่ต่างประเทศเพิ่มขึ้นและส่วนแบ่งการตลาดของโรงงานยาสูบของรัฐลดลงตามลำดับเนื่องจากบริษัทบุหรี่ข้ามชาติมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพสูง

ในกรณีประเทศไทย บริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้พยายามมาดำเนินการมาลงทุนร่วมกิจการ (joint venture) และพยายามแปรรูปโรงงานยาสูบแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากเกิดกระแสต่อต้าน อย่างไรก็ตาม จากการรูดิบของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ นอกจากประสบผลสำเร็จในการเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศแล้ว ยังประสบผลสำเร็จในการผลักดันในเรื่องข้อตกลงการค้าเสรีระดับภูมิภาคอาเซียน (AFTA) ซึ่งทำให้อัตราการยึดครองตลาดบุหรี่ต่างประเทศขยายร้อยละ 3 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 นอกจากนี้ การเจรจาข้อตกลงการค้าเสรี (FTA) กำลังดำเนินอยู่ระหว่างรัฐบาลไทยกับสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่นๆ เป็นประเด็นที่จะต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การศึกษาวิจัยและพัฒนาให้รู้เท่าทันกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องศึกษาวิจัยอย่างเร่งด่วน และการรูดิบของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติน่าจะเป็นปัจจัยที่น่ากลัวและเป็นอุปสรรคที่สุดต่อการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยในทศวรรษที่สาม (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นไป)

ผลกระทบจากการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2529-2549)



แผนภาพที่ 2 แสดงกระบวนการ ขั้นตอน และวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบในสังคมไทย ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2529-2549)

การดำเนินงานในหัวขั้ว 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลลัพธ์และผลกระทบมากมาย ดังนี้

อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลงทุกกลุ่มอายุ

สองทศวรรษของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยที่ผ่านมา นั้น สามารถกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2549 น้อยกว่าที่ควรจะเป็น 4.5 ล้านคน กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ สามารถป้องกันไม่ให้คนสูบบุหรี่ได้ถึง 4.5 ล้านคน เพราะหากประเทศไทยไม่ได้มีการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพและอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยไม่ได้ลดลงจากระดับที่เป็นอยู่เมื่อ 20 ปีที่แล้ว ในปัจจุบันจะมีผู้สูบบุหรี่ไม่ต่ำกว่า 13 ล้านคน (ในปี พ.ศ. 2549 มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 9.5 ล้านคน) และที่สำคัญคือในจำนวน 4.5 ล้านคนที่สูบบุหรี่ต่อเนื่อง จะมีครึ่งหนึ่งคือประมาณ 2.25 ล้านคนจะป่วยและตายเนื่องจากโรคจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ยังได้คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่อีกจำนวนเหลือคนนับสุดที่จะประมาณ เนื่องจากมีเขตปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะครอบคลุมไปในขอบเขตทั่วประเทศ จึงสามารถกล่าวได้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ

ได้มีการสร้าง “คุณค่า” การไม่สูบบุหรี่ต่อหน้าสาธารณะในสังคมไทย และสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับการคุ้มครอง

หากกระลึกลย้อนหลังไป 10-15 ปีที่ผ่านมา จะพบว่าผู้สูบบุหรี่สามารถสูบบุหรี่ได้ทุกหนทุกแห่ง โดยไม่ต้องคำนึงถึงผู้ที่อยู่ข้างเคียง แต่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพด้วย แต่ในสภาวะการณ์ปัจจุบันคนสูบบุหรี่รู้สึกอายใจ ไม่กล้าที่จะสูบบุหรี่ต่อหน้าสาธารณะ ต้องไปแอบสูบในที่ลับตาคน ทั้งนี้มิใช่การเกรงกลัวโทษทางกฎหมาย หากแต่เป็นเพราะสังคมไม่ยอมรับต่อพฤติกรรม



เช่นนั้นมากกว่า ต่อเมื่อมีกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ (พ.ศ. 2535) มีผลให้เกิดเขตปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะทั่วประเทศ มีบทลงโทษผู้ฝ่าฝืน ทำให้สิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับการคุ้มครองมากขึ้น

หากเปรียบเทียบกับคนประเทศอื่นๆ ทั่วโลก จะพบว่าสิทธิของคนไทยได้รับการคุ้มครองมากกว่าอย่างชัดเจน

กำเนิดสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

จากแนวคิดใช้ภาษีบาปจากบุหรี่และเหล้ามาจัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ในที่สุด สสส. ได้ถือกำเนิดขึ้นตาม พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในรฐานะองค์การมหาชน อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักนายกรัฐมนตรี เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่เดือนเมษายน 2544

สสส. ได้ทำหน้าที่ผลักดันกระตุ้นสนับสนุนการให้ทุนแก่งานหน่วยงานต่างๆ ในสังคมให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ทุกภาค

ส่วนในสังคม (ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคธุรกิจเอกชน ตลอดจนภาคประชาสังคม เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนท้องถิ่น สื่อมวลชน ฯลฯ) ทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลในการลดอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ และการปรับสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิตช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยใช้เงินกองทุนที่มาจากร้อยละ 2 ของภาษีสุราและบุหรี่ที่รัฐเก็บได้ในแต่ละปี (ประมาณ 2,000 ล้านบาทต่อปี)

ในช่วงสามปีที่ผ่านมา นับแต่ สสส. ได้เริ่มดำเนินงาน สสส. ได้สนับสนุนโครงการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพแล้วประมาณ 2,000 โครงการ เป็นเงินทั้งสิ้น 2,629 ล้านบาท อีกทั้งยังให้การสนับสนุนโครงการและกิจกรรมเฉพาะที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ และแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมาก เฉพาะในปี พ.ศ. 2547 สสส. ได้อนุมัติจ่ายเงินสนับสนุนจำนวน 1,825 ล้านบาท ประมาณร้อยละ 64.6 จัดสรรให้กับโครงการที่เชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพโดยตรง เช่น สุรยาสูบ เป็นต้น ทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นไปด้วยความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ เพื่อลดอุบัติเหตุจากการจราจรและความรุนแรงในครอบครัว คงต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่งจึงจะเห็นผลลัพธ์ หรือผลกระทบได้เช่นการควบคุมการบริโภคยาสูบ นอกจากนี้งบประมาณอีกจำนวนหนึ่ง ประมาณร้อยละ 35.4 สสส. ให้การสนับสนุนโครงการที่มีความเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม แก่กลุ่มเป้าหมายสำคัญ องค์กรและพื้นที่ โดยเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ทุกประการ

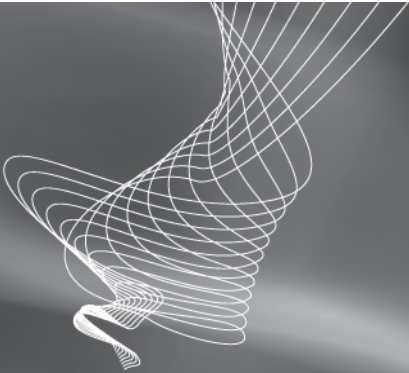
นอกจากนี้ สสส. ยังได้แสดงบทบาทที่สำคัญในเวทีโลก โดยในปี พ.ศ. 2546 ได้ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของ International Network of Health



Promotion Foundation (INHPF) ได้ทำการผลักดันให้สมาชิกโลกสนับสนุนการจัดตั้งองค์กรและกลไกด้านการเงิน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกที่กรุง

เจนีวาได้มีมติสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกพิจารณาการจัดตั้งองค์กรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดตั้งกลไกในการจัดสรรงบประมาณพิเศษในทำนองเดียวกับ สสส. ทำให้ สสส. ไทย สวิสเซอร์แลนด์ และออสเตรเลียเป็นพี่เลี้ยงให้กับประเทศอื่นในการจัดตั้งองค์กรเช่นเดียวกับ สสส.



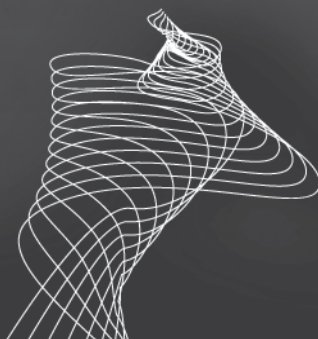


6

ข้อเสนอสำหรับทศวรรษที่สามของการควบคุม

การบริโภค ยาสูบ

(พ.ศ. 2549-2559)





ข้อเสนอ

สำหรับทศวรรษที่สามของการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2549-2559)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ที่สามารถป้องกันไม่ให้คนสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน และประเทศไทยเป็นแบบอย่างในการควบคุมการบริโภคยาสูบในด้านต่างๆ ดังกล่าวแล้วก็ตาม ยังมีเรื่องท้าทายและปัญหาที่รออยู่เบื้องหน้า ดังนี้

1. ประเทศไทยยังมีผู้เสพติดบุหรี่รวม 10 ล้านคนเศษ ทั้งผู้ที่สูบบุหรี่ประจำและสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว นอกจากนี้ อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายยังสูงถึงร้อยละ 37 เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอัตราการสูบบุหรี่อยู่ระหว่างร้อยละ 25-29 สิ่งที่น่าพอใจคืออัตราการสูบบุหรี่ของเพศหญิงยังต่ำมาก

ดังนั้น เป้าหมายจึงอยู่ที่ต้องลดอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายลง โดยช่วยเหลือผู้ที่เสพติดบุหรี่อยู่แล้วให้เลิกสูบ และป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้ามาเสพติดเพิ่มพว้มนๆ กับป้องกันไม่ให้เพศหญิงสูบบุหรี่มากขึ้น

2. แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ดีแล้วก็ตาม แต่ระบบการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย และกลไกบังคับใช้กฎหมายยังไม่ได้เท่าที่ควร ทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบได้ผลน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

3. การศึกษาวิจัยและพัฒนาการควบคุมการบริโภคยาสูบยังมีไม่เพียงพอ ที่ผ่านมามีได้ใช้ข้อมูลและความรู้จากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ การขาดข้อมูลและความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยและพัฒนาของไทยเอง ทำให้ไม่สามารถทำการควบคุมการบริโภคยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ที่ผ่านมามูลค่าการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทและศักยภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นบุคคลที่สังคมให้ความเชื่อถือมากที่สุดในด้านสุขภาพ ยังไม่ได้แสดงบทบาทอย่างเต็มที่ในการชักจูงให้ผู้เสพติดบุหรี่เลิกบุหรี่ ตลอดจนช่วยกันควบคุมการบริโภคยาสูบในด้านต่างๆ

5. การรุกคืบของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติในการหาตลาดใหม่ทดแทนตลาดในประเทศที่ยังพัฒนาแล้วที่คนสูบบุหรี่ลดลงเรื่อยๆ การใช้กลยุทธ์ทางการตลาดและกลยุทธ์อื่นๆ ทุกรูปแบบในการหาลูกค้าใหม่ทดแทน นอกจากนี้ ข้อตกลงการค้าเสรีต่างๆ ทำให้รัฐบาลไทยไม่สามารถเก็บภาษีนำเข้า ทำให้บุหรี่ต่างประเทศมีราคาถูก และมีหลากหลายชนิดมากขึ้น มีผลให้คนไทยจะสูบบุหรี่มากขึ้น

6. ถึงแม้ว่าธนาคารโลกประกาศว่า การควบคุมการบริโภคยาสูบจะมี

ผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศ แต่รัฐมนตรีกระทรวงการคลังมักคิดว่าธุรกิจยาสูบ
ส่งผลดีต่อเศรษฐกิจไทย

ด้วยข้อท้าทายและปัญหาที่รออยู่ข้างหน้าดังกล่าวข้างต้น จึงมีข้อเสนอ
สำหรับทศวรรษที่สามของการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2549-2559) ดังนี้

1. จัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนปฏิบัติการ ควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

ในสองทศวรรษที่ผ่านมา แม้ว่ามีคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ
และสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ อีกทั้งมีกฎหมายควบคุมการบริโภค
ยาสูบที่สำคัญ 2 ฉบับ แต่ไม่ปรากฏว่ามีนโยบายระดับชาติ (ไม่ใช่ระดับกระทรวง)
และแผนยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนปฏิบัติการ (รวมทั้งแผนงบประมาณ) ควบคุม
การบริโภคยาสูบของประเทศไทย

การมีนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของชาติเป็นสิ่ง
สำคัญยิ่ง เพราะสามารถกำหนดทิศทางเป้าหมายได้ชัดเจน อันที่จริงพระราช-
ดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งได้พระราชทานเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม
2547 ณ ศาลาดุสิดาลัย ที่ทรงแสดงความห่วงใยปัญหาการสูบบุหรี่ของ
เยาวชนไทยนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่ทรงพระกรุณาชี้ทิศทางและเป้าหมาย
ไปที่เยาวชน ซึ่งจะต้องมีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ในการป้องกันไม่ให้
เยาวชนเข้ามาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างจริงจัง รวมทั้งมุ่งช่วยเหลือผู้ที่เสพติดอยู่
แล้วประมาณ 10 ล้านคนเศษให้เลิกสูบบุหรี่อย่างเป็นระบบ โดยมีพันธกิจที่จะสร้าง
สังคมไทยให้เป็นสังคมปลอดบุหรี่

2. จัดตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ที่ผ่านมาเราใช้ผลการวิจัยจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ จะมีการศึกษา

วิจัยบ้างแต่ยังเป็นส่วนน้อยในการควบคุมการบริโภคยาสูบในบางกลุ่มเป้าหมายหรือบางเรื่อง บางประเด็นที่ยังต้องอาศัยข้อมูล และความรู้ที่ประเทศไทยต้องทำการวิจัยเองอีกมาก เช่น การศึกษาวิจัยให้รู้เท่าทันกลยุทธ์ของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติในรูปแบบต่างๆ การศึกษาวิจัยถึงผลกระทบจาก AFTA และ FTA หรือการศึกษาวิจัยในเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย หรือการศึกษาวิจัยในเรื่องการขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น

สถานะของสถาบันวิจัยและพัฒนาการควบคุมการบริโภคยาสูบ ต้องมีความเป็นอิสระ ไม่ควรอยู่ใน กรม กระทรวง เพราะจะขาดความเป็นอิสระ อาจอยู่ในมหาวิทยาลัย ขึ้นกับสภามหาวิทยาลัย มีคณะกรรมการของตัวเองเพื่อความคล่องตัว สถาบันแห่งนี้ไม่เพียงสร้างหรือผลิตงานทางวิชาการเท่านั้น แต่จำเป็นต้องสร้างผู้นำ ในการนำความรู้ไปขับเคลื่อนทางสังคม การเมือง และสื่อสารสาธารณะอย่างมียุทธศาสตร์

ในขณะนี้เป็นที่น่ายินดีว่าได้มีการจัดตั้งศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.) โดยศูนย์วิจัยฯ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ ว่าภายในปี พ.ศ. 2552 ศูนย์วิจัยฯ แห่งนี้จะเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาองค์ความรู้เชิงประยุกต์ การพัฒนานวัตกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม

จึงน่าจะเชื่อได้ว่าศูนย์วิจัยฯ แห่งนี้จะทำการสร้างความรู้ใหม่ในสังคมไทยเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในสังคมไทยอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตอันใกล้

3. จัดระบบเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย

ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขยังให้ความสำคัญไม่เพียงพอกับการจัดระบบเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย จึงทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่ได้ผลเท่าที่ควร นอกจากนี้ ยังขาดการพัฒนาศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่

กระทรวงสาธารณสุขอาจมอบหมายหรือทำสัญญากับสถาบันวิชาการอิสระโดยการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. ให้ทำหน้าที่เป็นกลไกในการติดตาม ตรวจสอบ และรายงานให้กระทรวงสาธารณสุขทราบทันที เมื่อมีการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย และรายงานให้สาธารณชนทราบเป็นระยะ ๆ

4. จัดทำรายงานการปฏิบัติตามอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ และจัดตั้งกลไกในการติดตามตรวจสอบให้ปฏิบัติตามอนุสัญญา ฯ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีบทบาทนำในการร่วมร่างอนุสัญญาฉบับนี้ อีกทั้งได้ร่วมลงนามและให้สัตยาบันในอนุสัญญานี้แล้ว โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 เป็นต้นไป

อนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบได้กำหนดประเด็นที่แต่ละประเทศต้องดำเนินการ เพื่อให้การควบคุมการบริโภคยาสูบบังเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งทุกประเทศต้องยึดถือปฏิบัติตามพันธกรณี เช่น มาตรการคุ้มครองเด็กและวัยรุ่นจากการเข้าถึงการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรการป้องกันคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ การส่งเสริมเศรษฐกิจที่ไม่พึ่งพายาสูบ และการหยุดยั้งการลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อน การเร่งรัดบทบาทสตรีในการเป็นผู้นำการควบคุมยาสูบและควบคุมการสูบบุหรี่ โดยสตรีมิให้สูงขึ้น เป็นต้น

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรมอบหมายหรือทำสัญญากับสถาบันวิชาการอิสระ โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. ทำหน้าที่ในการติดตามตรวจสอบ ประเมินผล การปฏิบัติตามอนุสัญญาระดับนี้ของรัฐบาลไทย (กระทรวง กรม ที่เกี่ยวข้อง) แล้วจัดทำรายงานประจำปีเสนอต่อองค์การอนามัยโลกและสังคมไทยเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาให้มีการปฏิบัติตามอนุสัญญาอย่างจริงจังและเคร่งครัด

5. การสนับสนุนและส่งเสริมบทบาทขององค์กรวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ที่ผ่านมาแพทยสมาคมฯ เคยมีบทบาทผลักดันให้มีคำเตือนบนซองบุหรี่ (พ.ศ. 2517) แพทยสมาคมฯ เคยมีบทบาทสนับสนุนโครงการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของแพทยชนบท (พ.ศ. 2530) สมาคมออร์เวทซ์ สมาคมปราบวัณโรค สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แพทยสมาคมฯ (พ.ศ. 2523) ได้มีบันทึกเสนอ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรีขณะนั้น ให้มีการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แสดงตัวอย่างในการเป็นโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ และให้ความรู้ความเข้าใจต่อพิษภัยของบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตาม บทบาทขององค์กรวิชาชีพดังกล่าวในประเทศไทยยังไม่สามารถกล่าวได้ว่าแสดงบทบาทเต็มความสามารถ เมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ ที่พัฒนาแล้ว เช่น สมาคมแพทย์แห่งประเทศไทยฟินแลนด์ (พ.ศ. 2536) ได้สนับสนุนให้มีนโยบายและโครงการต่างๆ เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบจำนวนมาก ประเทศเซเชลส์ นักศึกษาแพทย์ทุกคนในโรงเรียนแพทย์ 7 แห่งต้องเรียนวิชาการควบคุมยาสูบ หรือคณะที่ปรึกษาเรื่องยาสูบของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งลอนดอนได้ตีพิมพ์รายงาน เรื่อง “การเสพติดนิโคตินในอังกฤษ”

เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2543 รายงานนี้กระตุ้นให้แพทย์มองการสูบบุหรี่เป็น “ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของอังกฤษ”

สำหรับแพทย์โดยทั่วไป หรือแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ เช่น แพทย์โรคหัวใจ (Cardiologist) อายุรแพทย์ (Internal Medicine Physician) กุมารแพทย์ (Pediatrician) เป็นต้น รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพทั้งหมด เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เป็นต้น ยังไม่ได้แสดงบทบาทอย่างเพียงพอในการให้ความรู้สร้างความตระหนัก เป็นแบบอย่างของการไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งการรักษาคนสูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่อย่างถูกวิธี ตลอดจนการร่วมผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

เป็นที่น่ายินดีที่ สสส. ได้สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2548 ในการปฏิบัติตามจรรยาปฏิบัติ (Code of Practice) ว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกรทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และหมออนามัย และเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2549 ที่ผ่านมา เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ได้ร่วมกันเสนอแผนงานวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ โดยการสนับสนุนของ สสส. เพื่อช่วยกันผลักดันนโยบายสาธารณะ พัฒนาระบบบริการ (คลินิกอดบุหรี่) จัดทำตำราเอกสารวิชาการ สร้างความรู้ความเข้าใจต่อสาธารณะ ฯลฯ ต่อไป

6. จัดระบบเฝ้าระวังการรุกรุกคืบของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ

ทศวรรษที่สาม การควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย อุปสรรค

ที่สำคัญที่สุดและน่ากลัวที่สุด คือ กลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติในการรุกคืบขยายตลาดและลูกค้ารายใหม่ ทดแทนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยจะใช้งบประมาณจำนวนมหาศาลและกลยุทธ์ที่แยบคายที่อาศัยช่องว่างทางกฎหมายทำการตลาดอย่างกว้างขวาง เช่น การโฆษณาสินค้า (Product Advertising) โดยเน้นการโฆษณา ณ จุดขาย (point of sale) การโฆษณาในลักษณะแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility) โดยสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของบริษัทบุหรี่ ด้วยการให้ทุนอุปถัมภ์กิจกรรม การจัดการ แสดงดนตรีและศิลปะ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังสนับสนุนการจัดทำโครงการป้องกันเยาวชนจากบุหรี่โดยเน้นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องของผู้ใหญ่เท่านั้น (“Smoking is for Adult”) ซึ่งดูเหมือนดี แต่กลับเป็นการดึงดูดเยาวชนให้สูบบุหรี่มากขึ้น เพื่อแสดงว่า ตัวเองเป็นผู้ใหญ่ เป็นต้น

ดังนั้น การศึกษาวิจัยให้รู้เท่าทันกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ แล้วสื่อสารต่อสาธารณะอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ จะทำให้สามารถสกัดกั้นหรือยับยั้งกลยุทธ์ที่ไร้จริยธรรมดังกล่าวได้



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

(ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง). “กรม.เพิ่มภาษีบุหรี่”. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ปีที่ 28 ฉบับที่ 1013 ประจำวันพุธที่ 7 ธันวาคม 2548, หน้า 1 และ 14

คทา บัณฑิตานุกูล และคณะ. “การรวบรวมและสังเคราะห์บทบาทเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ (Systematic Review of Pharmacists Roles and Activities in Control)” การประชุมวิชาการบุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

ชูชัย ศุภวงศ์. วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมอนามัย องค์การอนามัยโลก, กรกฎาคม 2542

ชูชัย ศุภวงศ์ และ สุภกร บัวสาย. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการสำรวจภาพรวมทั่วประเทศ : ผลของฉลากคำเตือนต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กันยายน 2540

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. “บทบาทแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคปอดในการควบคุมการบริโภคยาสูบ”, การประชุมวิชาการบุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. “บทบาทวิชาชีพพยาบาลแพทย์กับการควบคุมการบริโภคยาสูบ”, การประชุมวิชาการบุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. “บทบาทวิชาชีพสาธารณสุขศาสตร์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ”, การประชุมวิชาการบุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

บังอร ฤทธิภักดี และ สถาพร จิรัตนานนท์. “รู้ให้ทันกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ในประเทศไทย”, มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่, การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

ประเวศ วะสี. “ขบวนการควบคุมยาสูบไทยควรก้าวไปทางไหน”, มติชน. 23 กุมภาพันธ์ 2548 หน้า 7

ประภิต วาทีสาธกกิจ “7+7 ความท้าทายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบไทยให้เข้มแข็ง”,

มติชน. 23 กุมภาพันธ์ 2548 หน้า 7

ประทีป วาทีสาธกิจ. “ภารกิจของสังคมไทยในการพัฒนากระบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบในยุคโลกาภิวัตน์”, มุลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, การประชุมวิชาการ บุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1 - 2 กุมภาพันธ์ 2548

ประทีป วาทีสาธกิจ. “ทำอย่างไรแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขจะมีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบมากขึ้น”, การประชุมวิชาการ บุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

ปาริชาติ ศิวัชรักษ์. กำเนิดกองทุน สสส. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สิงหาคม 2546

ผ่องศรี ศรีมรกต. “บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบ” การประชุมวิชาการ บุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

ผ่องศรี ศรีมรกต. “บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ”, การประชุมวิชาการ บุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. เอกสารเผยแพร่คำเตือนบนซองบุหรี่ในประเทศไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. “เอกสารเผยแพร่ตัวเลขสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่”. การประชุมวิชาการ “บุหรี่และสุขภาพ” ครั้งที่ 4, 1- 2 กุมภาพันธ์ 2548

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. Smart วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่. ปีที่ 6 ฉบับที่ 62, มีนาคม 2548

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. “โฆษณาบุหรี่ ณ จุดขาย ... ใครได้ประโยชน์”. Smart วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่. ปีที่ 6 ฉบับที่ 70, พฤศจิกายน 2548

แมคค้าย, จูติธ. “ภารกิจที่ทำทนายของบุคลากรสาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบ”. การประชุมวิชาการ บุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

ยุทธนา วรณปิติกุล. กรณีศึกษา : การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, พฤศจิกายน 2545

ลมเปลี่ยนทิศ (นามปากกา). คอลัมน์หมายเหตุประเทศไทย. หนังสือพิมพ์รายวันไทยรัฐ ฉบับวันที่ 7 พฤศจิกายน 2548

ศรัณญา เบญจกุล และคณะ. **สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2547**. กรุงเทพฯ : เจริญดีมีมั่นคงการพิมพ์, 2549

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. **รายงานประจำปี 2548-2549**. กรุงเทพฯ : บริษัท สตาร์มูวอินเตอร์พรีนท์ จำกัด, 2549

สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย

สุภาวดี จีรพานิช. รายงานการบันทึกกระบวนการ ขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการ **สร้างเสริมสุขภาพ**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2544

สุรสิทธิ์ เกียรติพงษ์สาร และคณะ. “การประมวลความรู้บทบาทวิชาชีพทันตแพทย์ในการ **ควบคุมการบริโภคยาสูบ ทันตแพทยสภา**”, การประชุมวิชาการบุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). **พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544**, พฤศจิกายน 2544

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). **รายงานประจำปี 2547** ผสานพลังแห่งสุขภาวะเพื่อลดการบริโภคสุราและยาสูบ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). **รายงานประจำปี 2546** ผสานพลังสู่สุขภาวะของคนทั้งชาติ ฉบับสรุปสาระสำคัญ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). **รายงานประจำปี 2546** ผสานพลังสู่สุขภาวะของคนทั้งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). **รายงานประจำปี 2545** ขบวนการเพื่อสุขภาวะที่ดีของคนไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. **รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2547**, กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หทัย ชิตานนท์. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการควบคุมยาสูบ. สถาบันส่งเสริมสุขภาพ
ไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547

หทัย ชิตานนท์. “ไม่เอาบุหรี่ออกจากเอฟทีเอกับสหรัฐ คนไทยจะป่วย พิการ และตายมากขึ้น”
มติชน. 26 กุมภาพันธ์ 2547 หน้า 8

หทัย ชิตานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (**Framework Convention of Tobacco Control**) ในชุดการประชุมวิชาการของสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย.
กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด, 2545.

ฮาแมนน์, สตีเฟ่น และคณะ. “บทบาทของแพทย์โรคหัวใจในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
(Role of Cardiologists in Tobacco Control)”, การประชุมวิชาการบุหรี่และ
สุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

ฮาแมนน์, สตีเฟ่น และคณะ. “บทบาทของกุมารแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ”,
การประชุมวิชาการบุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 4, 1-2 กุมภาพันธ์ 2548

ภาษาอังกฤษ

Chitanondh H, (1991) *Tobacco Use: An update - April 1991*. National Committee
for Control of Tobacco Use, Office for Tobacco Consumption Control,
Ministry of Health, Bangkok.

Chitanondh H. (1992) Control of Tobacco Use in Thailand. National Committee
for Control of Tobacco Use, Office for Tobacco Consumption Control,
Ministry of Public Health, Bangkok (A Summary).

The Health Systems Research Institute, Thailand. (1992) *Thailand's Tobacco
Control Laws: Tobacco Products Control Act B.E. 2535 (1992)*.

The Health Systems Research Institute, Thailand, (1995) *Non-Smoker's Health
Protection Act B.E. 2535 (1992)*, Thailand: Desire Co., Ltd.

Supawongse, C. (1999) *The Evolution of the Tobacco Consumption Control in
Thailand*, Department of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi:
Cyber press Co., Ltd.

- Supawongse, C. and Buasai, S. (1997) *Smoking Behavior of Thai Youths*, Institute of Tobacco Control, Department of Medicine, Ministry of Public Health.
- Suriyawongpaisal, P. et al. (1996) "Retailers' Compliance to the Law Banning Cigarette Sale to Minors", *Journal of the Medicine Association of Thailand*, 79 (2), pp. 127-131.
- WHO. (1988) *The Adelaide Recommendations Healthy Public Policy*, 2nd International Conference on Health Promotion, Adelaide South, Australia, April 5-9.
- WHO. (2003) *Framework Convention of Tobacco Control*, Fifty-Sixth World Health Assembly (WHA), Agenda 1 item 13, 21 May.
- The World Bank. (1993) *World Development Report 1993: Investing in health*.

สัมภาษณ์

- นพ.หทัย ชิตานนท์. (2548, 31 มีนาคม). ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. สัมภาษณ์.
- นพ.วิชัย โชควิวัฒน์. (2548, 11 เมษายน). อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. สัมภาษณ์.
- นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548, 11 เมษายน). นักวิชาการสาธารณสุข 10 ขช. (ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข. สัมภาษณ์.
- นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล. (2548, 11 เมษายน). ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สัมภาษณ์.
- ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2548, 30 พฤษภาคม). อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สัมภาษณ์.