

มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย

๑. ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่าประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ ๑๐.๙๐ ล้านคน (ร้อยละ ๒๐.๗๐) เพศหญิงเท่ากับร้อยละ ๒.๐๑ และเพศชายเท่ากับร้อยละ ๔๐.๔๗ จากข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ.๒๕๕๐ พบว่าโดยทั่วไปเพศชายเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ ๑๘ ปี ส่วนเพศหญิง เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ ๒๒ ปี

๒. การสูบบุหรี่ในรอบ ๑๘ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง แต่ในปีพ.ศ.๒๕๕๒ มีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากปีพ.ศ.๒๕๕๐ เล็กน้อย ดังนี้ ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสูบบุหรี่^๑ มีจำนวนลดลงจาก ๑๒.๒๖ ล้านคน (ร้อยละ ๓๒.๐๐) ในปี พ.ศ.๒๕๓๔ เป็น ๑๐.๘๖ ล้านคน (ร้อยละ ๒๑.๒๒) ในปี พ.ศ.๒๕๕๐ แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น ๑๐.๙๐ ล้านคน (ร้อยละ ๒๐.๗๐)^๒ ทั้งนี้เพราะมีนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเยาวชนและผู้หญิงโดยมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ ร้อยละ ๑.๙๔ และ กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปีพ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๒.๐๑จากการที่บุหรี่ราคาถูกชนิดใหม่ออกมาที่ตลาด และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มุ่งเป้าไปที่เยาวชนและผู้หญิง

๓. ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เฉลี่ยสูงถึง ๑๐ มวนต่อวันผู้สูบบุหรี่ แบ่งเป็นผู้สูบน้อยกว่า ๑๐ มวน จำนวน ๕.๐๖ ล้านคน (ร้อยละ ๔๖.๖) และผู้สูบตั้งแต่ ๑๐ มวนขึ้นไป จำนวน ๕.๗๙ ล้านคน (ร้อยละ ๕๓.๔)^๓ ซึ่งผู้สูบ ๑๐ มวนขึ้นไปจำเป็นต้องใช้ยาในการบำบัดโรคติดบุหรี่ เนื่องจากเป็นผู้ที่ติดนิโคติน

๔. ผู้สูบบุหรี่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปประมาณกึ่งหนึ่งสูบบุหรี่มวนเอง ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ถึง พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่าสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มวนเองอยู่ระหว่าง ร้อยละ ๕๐.๘๕-๔๓.๙๙ โดยร้อยละ ๙.๑๙ สูบทั้งบุหรี่ซองและบุหรีมวนเอง^๔ และ มีการสับเปลี่ยนประเภทไปมา เนื่องมาจากการขึ้นราคาบุหรี่ซองที่มีผลมาจากการขึ้นภาษี หรือราคาที่ลดลงมาจากการลดภาษีนำเข้าหรือการขยายตลาดของบุหรีราคาถูกภายในประเทศ โดยที่ ยาเส้นที่เป็นส่วนประกอบของบุหรีมวนเองมีอัตราภาษีเพียงร้อยละ ๐.๑ ในขณะที่บุหรีซองมีการเพิ่มอัตราภาษี สูงขึ้นตามภาวะเงินเฟ้อ จนปัจจุบันมีอัตราภาษีอยู่ที่ร้อยละ ๘๕ จากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่น ๆ (ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ ยาสูบนำเข้า

เด็กและเยาวชน

๕. อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ ๑๙-๒๔ ปี ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ.๒๕๔๙ และค่อยๆเพิ่มขึ้น จนมีอัตรา สูบบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ ๒๒.๑๙ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๒ โดยสูงขึ้นจากปีพ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ร้อยละ ๐.๙๒ ส่วนช่วง อายุ ๑๕-๑๘ ปี ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ. ๒๕๔๔ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จนมีอัตราสูบบุหรี่เท่ากับ ๑๕.๙๑ ซึ่งในปีพ.ศ. ๒๕๕๒ โดย สูงขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๕๐ จำนวน ร้อยละ ๐.๓๗

๖. จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า เยาวชนอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๓.๖๐ ไม่เคยถูกผู้ขายขอซื้อบัตรประชาชน และโดยส่วนใหญ่ซื้อบัตรแบบแบ่งมวนขายหรือซื้อเป็นมวนร้อยละ ๖๘.๒๕ รองลงมาซื้อเป็นซองร้อยละ ๓๑.๔๖ และอีกเล็กน้อยซื้อเป็นท่อใหญ่ หรือคาร์ตันร้อยละ ๐.๒๙^๕

๗. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ อัตราการบริโภคยาสูบซึ่งรวมทั้งยาสูบชนิดมีควันและชนิดไม่มีควันของเยาวชนไทยอายุ ๑๓-๑๕ ปีสูงถึงร้อยละ ๑๖.๔ โดยอัตราการบริโภคยาสูบในเพศชายร้อยละ ๒๕.๔ เพศหญิง ร้อยละ ๗.๘ ส่วนอัตราผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๗ โดยอัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายร้อยละ ๒๐.๑ เพศหญิง ร้อยละ ๓.๘ และ เป็นที่น่าตกใจว่าร้อยละ ๘ ของเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบันคิดว่าตนเองจะเริ่มสูบบุหรี่ในปีหน้า^๖ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเด็กและเยาวชนมีความอ่อนไหว และชักจูงให้อาบบอย่างได้ง่าย โดยสื่อต่าง ๆ และผู้ที่อยู่รอบข้าง

ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ

๘. การบริโภคยาสูบและยาเส้น มีผลเสียต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน^๗ และนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงสุดเป็นอันดับ ๓ รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรค ของกระทรวงสาธารณสุข^๘ ประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิต ๔๑,๐๐๒ คนต่อปี จากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (เสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ) และในปี พ.ศ.๒๕๔๙ ประมาณการว่ามีผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือ โรคมะเร็งปอด ๕,๒๙๙ ราย โรคหัวใจ ๕๒,๖๐๕ ราย และโรคถุงลมโป่งพอง ๖๒๔,๓๐๙ ราย รวมค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน ๙,๘๕๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๘ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙^๙

๙. ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ คร่าวเรือนที่จนที่สุด จ่ายเงินซื้อบุหรี่สูบบุหรี่ร้อยละ ๘.๐๔ ของรายได้ครัวเรือน เฉลี่ยทุกกลุ่มประมาณร้อยละ ๔.๔๔^{๑๐} และพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ อุดตัน และโรคถุงลมโป่งพอง เท่ากับ ๑๐๓,๖๐๒.๖๑, ๓๕,๙๙๖.๖๓ และ ๑๔,๙๒๓.๒๘ บาท/คน/ปี^{๑๑}

๑๐. ผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองมากกว่าร้อยละ ๓๙.๑ ที่สมควรได้รับความคุ้มครอง เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเคมีกว่า ๔,๐๐๐ ชนิด เป็นสารพิษมากกว่า ๒๕๐ ชนิด เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และกว่า ๕๐ ชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง^{๑๒} ซึ่งควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของโรคและการตายก่อนวัยอันควรในเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มือสอง^{๑๓} โดยมีผลกระทบต่อระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบเลือด ถึงแม้ว่าในประเทศไทยร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในบ้านลดลง จากร้อยละ ๘๕.๗๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๕๘.๙๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐^{๑๔} แต่ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่าประชากรร้อยละ ๓๙.๑ ยังได้รับควันบุหรี่ในบ้าน^{๑๕} และสัมผัสควันบุหรี่ในที่ทำงานถึงร้อยละ ๒๗.๒

๑๑. ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่มีถึง ๔.๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๗ ของประชากรที่เคยสูบ ๑๕.๖ ล้านคน^{๑๖} แต่ทดแทนด้วยผู้สูบบุหรี่ใหม่ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน มีโอกาสเข้าถึงบริการเลิกยาสูบได้น้อย เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการเลิกบุหรี่ ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการราชการ ยัง

ไม่เป็นรูปธรรม ถึงแม้ว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งจะได้รับการบำบัดการติดยาสูบโดยมิต้องใช้จ่ายช่วยเลิกยาสูบ แต่ยังมีผู้ติดยาสูบอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องรับการบำบัดโดยการใช้จ่าย

นโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกลไกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

๑๒. ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศ เป็นลำดับที่ ๓๖ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จาก ๑๖๘ ประเทศ ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญอันหนึ่งคือมาตรา ๕.๓ ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการ การเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ โดยที่ประเทศไทยมีกฎหมายที่สำคัญ ๓ ฉบับ ที่ใช้เป็นกลไกในการควบคุมยาสูบก่อนการเกิดขึ้นของอนุสัญญาดังกล่าว ได้แก่ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ และ พ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ.๒๕๐๙ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างกลไกใหม่ในการเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ

๑๓. กลยุทธ์และวิธีปฏิบัติด้านการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ มีพัฒนาการตลอดเวลา ได้แก่ การโฆษณา (Advertising) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) และการอุปถัมภ์ (Sponsorship) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบอ้าง ว่าเป็นกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงกิจกรรมที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility) เช่น การสนับสนุนเงินให้กับหน่วยงานภาคการศึกษาและกิจกรรมด้านเยาวชนเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อเยาวชน ชุมชนและสังคม รวมทั้ง สร้างการยอมรับตัวสินค้าว่าเป็นสินค้าปกติในชีวิตประจำวันอันจะเป็นผลทางอ้อมต่อการบริโภคยาสูบ รวมไปถึงการแทรกแซงของผู้ประกอบการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้บริโภคยาสูบ ต่อกระบวนการนโยบายควบคุมยาสูบ อันได้แก่ การขอเข้าพบเพื่อเจรจาต่อรองขอผ่อนปรนกฎระเบียบต่างๆ กับผู้มีส่วนในการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบ

๑๔. การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีหลายองค์กรเป็นภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งภาครัฐ องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรอื่น ๆ โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงเครือข่าย ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมไทย จึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ ขึ้นจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน

๑๕. นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยาสูบรวม ๙ ครั้ง โดยล่าสุดเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ มีการปรับขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยาสูบแรตเป็นร้อยละ ๘๕ ทำให้รายได้สรรพสามิตบุหรี่ยาสูบที่รัฐจัดเก็บได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ๑๕,๔๓๘ ล้านบาท เป็น ๔๓,๙๓๖ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒^{๑๖} แต่การขึ้นภาษีในแต่ละครั้งไม่ได้ทำให้ราคาบุหรี่เพิ่มสูงกว่าอัตราเงินเพื่อ อีกทั้งอัตราภาษียาเส้นไม่ได้เพิ่มไปด้วย ปัจจุบันอัตราค่าแสตมป์ยาเส้นคิดตามมูลค่าร้อยละ ๐.๑ หรือคิดตามปริมาณต่อหน่วย ๑๐ กรัม หน่วยละ ๐.๐๑ บาท ดังนั้นกลไกด้านราคาจึงยังไม่ได้ทำหน้าที่ในการลดการบริโภคยาสูบเท่าที่ควร ในขณะที่อัตรากาสูบบุหรี่ยาสูบมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง มีผลมาจากมาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคมร่วมด้วย เช่น การทำให้บุหรี่เป็นสินค้าไม่ปกติ รวมทั้งการสูบบุหรี่เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม และการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เป็นต้น

๑๖. ปัจจุบันยาเส้นและยาสูบ ได้แก่ ชิการ์ ยาเส้นปรุง ยาเคี้ยว และบุหรี่อื่น ๆ จัดเก็บภาษีตาม พ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ.๒๕๐๙ มีโครงสร้างภาษี เป็นการจัดเก็บภาษีจากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่น ๆ (ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบนำเข้า แต่ปรากฏว่าปัจจุบันบริบทได้เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ การแจ้งราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศไม่สามารถตรวจสอบได้ จึงอาจได้รับแจ้งในราคาต่ำ ประกอบกับอัตราภาษีนำเข้าจะทยอยลดลงอันเนื่องมาจากข้อตกลงการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องปรับโครงสร้างภาษียาสูบและบุหรี่ซิการ์ เพื่อให้ราคายาสูบไม่ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้มีบริโภคยาสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗

๑๗. กระทรวงสาธารณสุขได้จัดกระบวนการเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การควบคุมยาสูบของประเทศมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง มีพันธกิจ สนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทย ให้ได้มาตรฐาน ทันทต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจ็บป่วย พิการ และตายอันเนื่องมาจากอันตรายของยาสูบ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) แล้ว เมื่อคณะรัฐมนตรีให้เห็นชอบแล้ว จะมีผลผูกพันกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

๑๘. แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ มีจุดมุ่งหมายสูงสุดเพื่อการลดอัตราการบริโภคยาสูบ การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร และการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศ ๘ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนายาสูบรายใหม่ ๒) การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ ๓) การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ๔) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ๕) การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ๖) การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ๗) การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี ๘) การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ รายละเอียดอยู่ในเอกสารภาคผนวก

๑๙. ถึงแม้ว่าแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จะกำหนดให้มีผลผูกพันกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องรับไปดำเนินการตาม แต่ในความเป็นจริงการดำเนินงานจะสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ซึ่งหมายรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยยังขาดการระดมศักยภาพของภาคประชาชน ให้มาสนใจและเฝ้าระวังการคุกคามจากอุตสาหกรรมยาสูบ

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๖

เอกสารอ้างอิง

- ๑ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ/ ทุกวัน และผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว
- ๒ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ๓ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๕๐. สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- ๔ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๕๐. สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- ๕ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ ๑๑ - ๒๔ ปี พ.ศ.๒๕๓๔ - ๒๕๕๐.
- ๖ ศุภวรรณ มโนสุนทร, นวรัตน์ เพ็ชรเจริญ, สาลินี เซ็นเสถียร, นพวรรณ อัครวัฒน์. การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย อายุ ๑๓ - ๑๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒. ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ๗ สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. ๒๕๕๒. โครงการคุณสมบัติและการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด ของผู้ที่สูบบุหรี่กักรองและบุหรี่พื้นบ้านแบบมวนเองในประเทศไทย.การนำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีบุหรีกับสุขภาพ ครั้งที่ ๘, ๒๔ - ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๒ ที่โรงแรมมิราเคิลแกรนด์
- ๘ การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๗. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
- ๙ Jittrakul Leartsakulpanitch and Wimol Nganthavee. The Economic Burden of Smoking-Related Disease in Thailand: A Prevalence-Based Analysis. J Med Assoc Thai 2007; 90 (9): 1925-9.
- ๑๐ ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.๒๕๓๔ - ๒๕๕๐. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ๑๑ Pongpanich S. A comparative analysis between present and future tobacco related health care costs in Thailand. Bangkok: The College of Public Health. Chulalongkorn University; 2003.
- ๑๒ วรารุณี เจริญศิริ. ควันบุหรีมือสอง. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. แหล่งข้อมูล www.bangkokhealth.com. วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๓.
- ๑๓ สุทัศน์รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์. พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี.เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ๒๕๕๒.
- ๑๔ ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.๒๕๓๔ - ๒๕๕๐. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ๑๕ โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS).
เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๒.
- ๑๖ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.๒๕๕๒. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ๑๗ UPDATED STATUS OF THE WHO FCTC: RATIFICATION AND ACCESSION BY COUNTRY.
แหล่งข้อมูล http://www.fctc.org/dmdocuments/ratification_latest_Bahamas.pdf. เข้าถึง
ข้อมูลเมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒.
- ๑๘ กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง