



วิวัฒนาการของการควบคุม การบริโภคยาสูบในประเทศไทย

เรียบเรียงโดย นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ทำการศึกษาวิจัยโดย นพ.ชูชัย ศุภวงศ์, นพ.สุกกร บัวสาย และ อ.ส.จิตสิริ ธนภัทร

>> บทนำ

การศึกษาวิจัย เรื่องวิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เห็นถึงวิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบและทราบถึงเหตุปัจจัยที่นำไปสู่เหตุการณ์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนกระบวนการและวิธีการทำงานขององค์กรหน่วยงานจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งหมดที่มีอยู่ในเมืองไทย อาศัยหลักการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง 15 ท่าน และจัดเวทีระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ นักบริหาร และผู้ปฏิบัติ อีก 2 ครั้ง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ถือเอาเหตุการณ์ที่สำคัญ (Critical events) เป็นหน่วยของการวิเคราะห์ และเป็นตัวตั้งในการแบ่งช่วงเวลาของพัฒนาการการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย ซึ่งแบ่งได้ เป็น 4 ช่วงด้วยกัน (ดูตารางที่ 1) คือ

1. ก่อนปีพ.ศ. 2500 ถึง พ.ศ. 2529 : ช่วงเวลาของการดำเนินการในลักษณะต่างคนต่างทำขาดความต่อเนื่อง

2. ช่วงพ.ศ. 2529 ถึง พ.ศ. 2532 : ช่วงเวลาที่มีการประสานงานและมีการจัดตั้งองค์กร

3. ช่วงพ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2534 : ช่วงเวลาที่ถูกบีบบังคับให้เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ

4. ช่วงพ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2539 : ช่วงเวลาของการใช้มาตรการทางกฎหมายและภาษี

>> วิวัฒนาการโดยสรุป

การแบ่งช่วงเวลาดังกล่าวทำให้พบว่า การควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทยได้ดำเนินการมาไม่น้อยกว่า 4 ทศวรรษ แต่เป็นการดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดความต่อเนื่อง จนกระทั่งปีพ.ศ. 2529 ได้เกิดองค์กรพัฒนาเอกชน ชื่อ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ขึ้น องค์กรแห่งนี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์ กระบวนการและวิธีการทำงานร่วมกับหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ อย่างน่าสนใจ ต่อมาได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ และมีสำนักงานคณะกรรมการบริโภคยาสูบซึ่งนำไปสู่การประสานงานระหว่างหน่วยงาน องค์กรจากภาคต่างๆ มากขึ้น นอกจากนี้ในช่วงปีพ.ศ.

2532-2534 ได้มีเหตุการณ์ที่สำคัญ คือ สหรัฐอเมริกาได้ใช้กฎหมายการค้ามาตรา 301 บังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวมีผลกระทบที่สำคัญคือ ทำให้สังคมไทยได้เข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการเปิดตลาดบุหรี่ การดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2529-2539) มีผลให้อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลง (ดูตารางที่ 2) โดยเฉพาะในกลุ่มอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป การศึกษานี้ได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงกระบวนการและวิธีการทำงานในเหตุการณ์ที่สำคัญๆ ของบุคคล หน่วยงาน องค์กรจากภาคต่างๆ ตลอดจนวิเคราะห์ให้เห็นถึงปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จและปัจจัยที่ไม่เอื้ออำนวยตลอดจนข้อเสนอต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบต่อไปในอนาคต

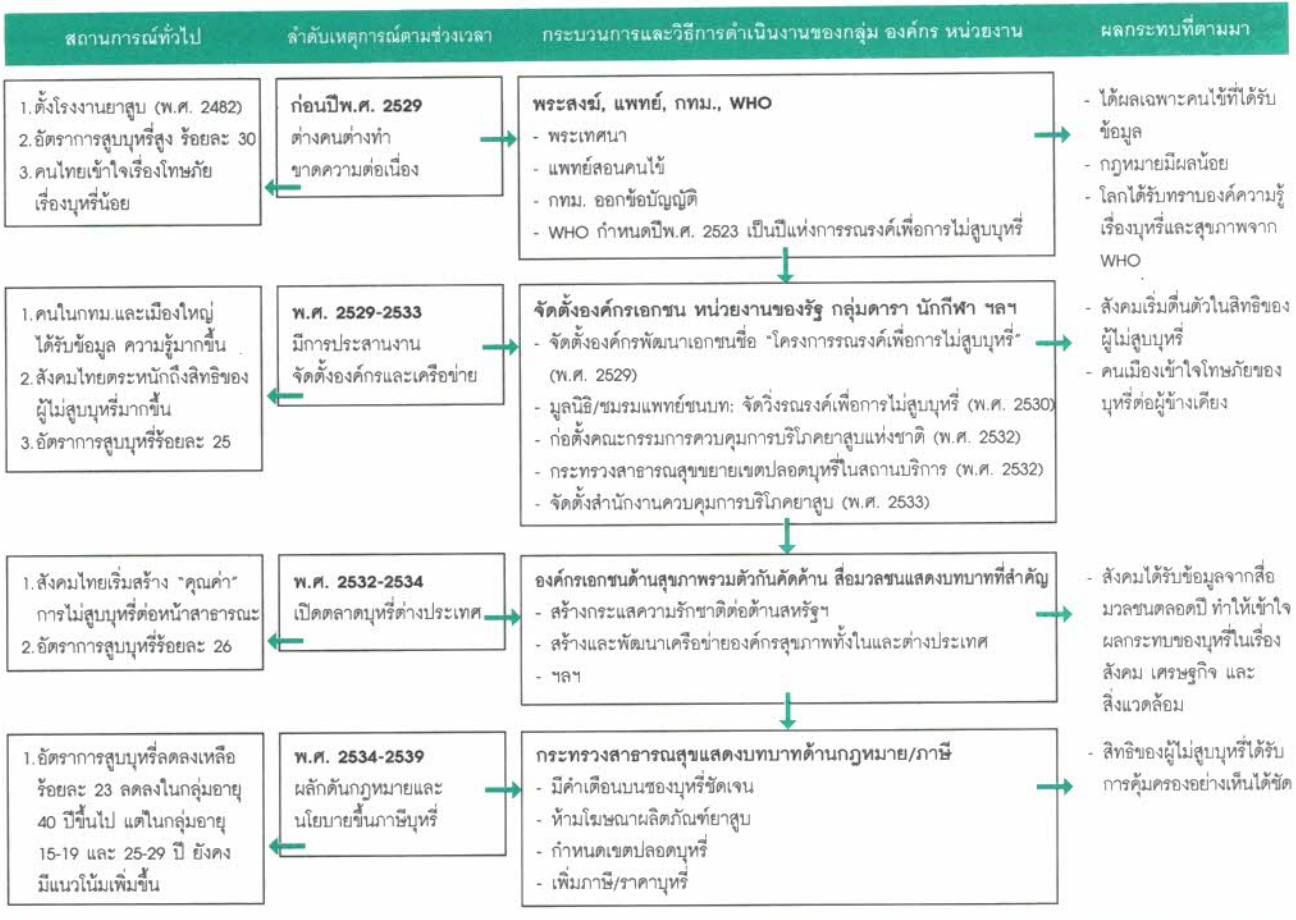
>> สรุปกระบวนการ และวิธีการทำงาน

กระบวนการและวิธีการทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยในช่วงก่อนปีพ.ศ. 2529 เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดความต่อเนื่อง จุดสำคัญที่เกิดขึ้นในแพทย์บางคนหรือ

เกี่ยวกับผู้เขียน

นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ การศึกษา ระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระดับปริญญาโททางด้านสาธารณสุขศาสตร์ และปริญญาโททางด้านอาชีวอนามัย จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ระดับปริญญาเอก (เทียบเท่า) หนังสือนุมิตา แขนงอาชีวเวชศาสตร์ และหนังสือนุมิตา แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก จากแพทยสภา ปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่งรักษาการนักวิชาการสาธารณสุขระดับ 10 สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย **หน้าที่การงานอื่นๆ** เป็นกรรมการแพทยสภาโดยการเลือกตั้ง, National Consultant ทางด้านส่งเสริมสุขภาพของ WHO, **สถานที่ติดต่อ** สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โทร. 591-8149

ตารางที่ 1 : แสดงวิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย



พระสงฆ์มากรูป ขาดการรวมกลุ่ม ขาด
การประสานงานและสร้างเครือข่าย จึง
ไม่เกิดกระบวนการทำงานร่วมกัน ทำให้
ผลของการดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพ
เท่าที่ควร นับแต่ปีพ.ศ. 2529 เป็นต้นมา

ได้รวมกลุ่มเป็นองค์กร และมีการประสาน
งานเป็นเครือข่าย ดังนี้ (ดูแผนภูมิที่ 1)
**1. การก่อเกิดจิตสำนึก การรวม
กลุ่ม และการสร้างเครือข่าย**
อาจกล่าวได้ จิตสำนึก เป็นจุด

เริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการดำเนิน
งาน นำไปสู่การรวมกลุ่มและการสร้าง
เครือข่าย ซึ่งพอประมวลได้ว่า เกิดจาก
เหตุปัจจัย 4 ประการดังนี้ คือ

1) **ข้อมูล ข่าวสาร และองค์
ความรู้จากองค์การอนามัยโลก** ที่ชี้ให้
เห็นว่า บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญใน
การคร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกจำนวนมากใน
แต่ละปี

2) **อัตราการสูบบุหรี่ใน
ประเทศไทย** มีอัตราที่สูงมากในทุกกลุ่ม
อายุ และมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง

3) **โครงการวิ่งรณรงค์ของ
แพทย์ชนบท (พ.ศ. 2530)** ในการวิ่ง
รณรงค์ฯ ครั้งนั้น ได้รับการสนับสนุนจาก
องค์กรหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน
สถาบันวิชาการ ฯลฯ ก่อให้เกิดจิตสำนึก
อย่างกว้างขวางในขอบเขตทั่วประเทศ ซึ่ง
เชื่อว่าเหตุการณ์นี้มีส่วนสำคัญที่นำ
ไปสู่การสร้าง “คุณค่า” ในสังคมไทย
ในเรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่

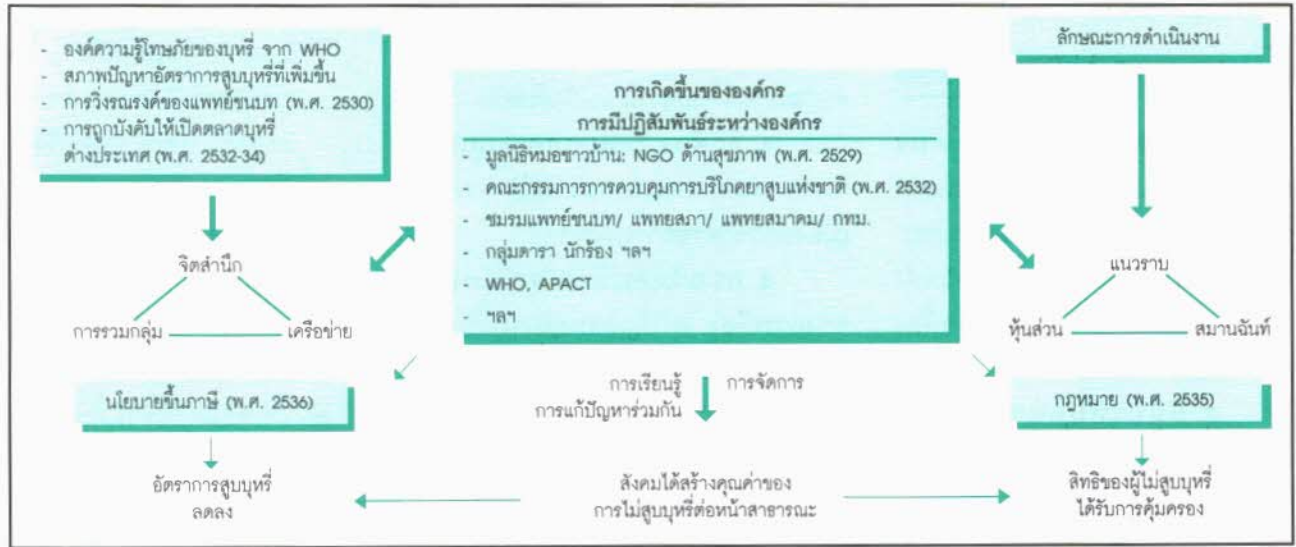
ตารางที่ 2 : แสดงจำนวนผู้สูบบุหรี่และอัตราส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ ปี พ.ศ.2519-2539

ปี	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่			อัตราส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2519	28.7 ^{1/}	8.6	7.7	0.9	30.1	54.7	6.1
2524	35.1 ^{1/}	9.8	9.0	0.8	27.8	51.2	4.4
2529	38.0 ^{2/}	10.4	9.6	0.8	27.4	50.4	4.2
2531	40.5 ^{2/}	10.1	9.4	0.7	25.0	46.7	3.5
2534	43.3 ^{2/}	11.4	10.6	0.8	26.3	49.0	3.8
	38.3 ^{3/}						
2536	45.7 ^{2/}	10.4	9.8	0.6	22.8	43.2	2.5
	40.7 ^{3/}						
2539	48.0 ^{2/}	11.2	10.6	0.6	23.4	44.5	2.5

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : 1/ ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป 2/ ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป 3/ ประชากรอายุ 15 ปี
ขึ้นไป

แผนภูมิที่ 1 : แสดงกระบวนการและวิธีการทำงาน



4) การถูกบังคับให้เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ (พ.ศ. 2532-2534) เหตุการณ์นี้ก่อให้เกิดกระแสจิตสำนึกของความรักชาติ เกิดความรู้สึกต่อต้านชาติมหาอำนาจ คือ สหรัฐอเมริกา ที่ยึดเยียดสินค้าแห่งความตายมาให้ประเทศไทย ตลอดระยะเวลา 2 ปี (พ.ศ. 2532-2534) สื่อมวลชนได้เสนอข่าวเป็นระยะๆ จากประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพนำไปสู่ประเด็นทางเศรษฐกิจ สังคม และกลายเป็นประเด็นทางการเมืองในที่สุด

2. ลักษณะการดำเนินงาน

อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการและวิธีการทำงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย มีลักษณะ 'ประชาสังคม' โดยที่องค์กร หน่วยงาน จากภาคีต่างๆ ได้แสดงบทบาท และวิธีการทำงานในแต่ละเหตุการณ์ อย่างเหมาะสม มีการประสานงาน มีความสมานฉันท์ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีความสัมพันธ์เชิงแนวราบ โดยให้ความสำคัญในลักษณะให้เกียรติซึ่งกันและกัน มิใช่เป็นการสั่งการจากบนลงล่าง

(แนวดิ่ง) จากองค์การอนามัยโลก หรือจากกระทรวงสาธารณสุข ดังที่ผ่านมา แต่เป็นความสัมพันธ์ในลักษณะดักทอระหว่างแนวดิ่งกับแนวราบ ซึ่งทำให้มีพลังในการขับเคลื่อน (ดำเนินงาน) อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กร หน่วยงาน

ในการปฏิสัมพันธ์นั้น มีกระบวนการที่สำคัญ 2 ประการคือ

3.1 กระบวนการเรียนรู้ และแก้ปัญหาร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ในแนวราบจะนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จากการทำงานร่วมกัน และแก้ปัญหาร่วมกัน (Interactive learning through action) ซึ่งในที่สุดจะนำไปสู่สังคมการเรียนรู้และเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนนั้นๆ

3.2 การจัดการ กระบวนการและวิธีการทำงานทุกชนิดจะนำไปสู่ความสำเร็จได้ จะต้องอาศัยการจัดการ การจัดการในที่นี้หมายถึงการใช้ความรู้ในการสร้างความรู้ การใช้ความรู้ในการดำเนินงาน

4. ผลกระทบที่ตามมา

จากกระบวนการและวิธีการทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทยดังกล่าวแล้ว มีผลกระทบที่สำคัญดังนี้ คือ

4.1 ได้มีการสร้าง “คุณค่า” การไม่สูบบุหรี่ต่อหน้าสาธารณะในสังคมไทย

หากระลึกย้อนหลังไป 10-15 ปีที่ผ่านมา จะพบว่าผู้สูบบุหรี่สามารถสูบบุหรี่ได้ทุกหนทุกแห่ง โดยไม่ต้องคำนึงถึงผู้ที่อยู่ข้างเคียง

4.2. สิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับการคุ้มครอง

ในปี พ.ศ. 2535 ได้มีกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ออกมาบังคับใช้ ทำให้มีการขยายเขตปลอดบุหรี่ออกไปทั่วประเทศ มีบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนทำให้สิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับการคุ้มครองมากขึ้น

4.3 อัตราการสูบบุหรี่ลดลง

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปีพ.ศ. 2539 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย โดยเฉลี่ยเหลือร้อยละ 23.4 (ลดจากร้อยละ 30.1

¹ ประชาสังคม หมายถึง การที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์หรือสภาพปัญหาในสังคมร่วมกัน วิกฤตการณ์หรือปัญหานั้น อาจมีความสลับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การก่อจิตสำนึก (Civic consciousness) ร่วมกัน มารวมกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร (Civic group/organization) ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน หรือภาคสังคม (ประชาชน) โดยมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย (Civic network) กลุ่มคนและองค์กรเหล่านั้นมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มารวมกันดำเนินงานในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกัน (partnership) เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาหรือกระทำการบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ด้วยความรัก ความสมานฉันท์ ความเอื้ออาทรต่อกัน ภายใต้ระบบการจัดการ

ในปีพ.ศ. 2519) และอัตราการสูบบุหรี่ลดลงในทุกกลุ่มอายุ

>> ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

1. การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน ชื่อ “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน” ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนแห่งแรกและแห่งเดียวในประเทศไทยที่ดำเนินการในเรื่องนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. มีผู้นำที่มีความรู้ความสามารถ ตลอดจนมีจิตใจที่แน่วแน่เข้มแข็งในการดำเนินงาน บุคคลที่สำคัญ 2 ท่าน คือ นพ.หทัย ชิตานนท์ และศ.นพ. ประกิต วาทีสาธกกิจ

3. การดำเนินงานโดยไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง

4. การดำเนินงานบนฐานของความรู้จริง ไม่เพียงแต่การทบทวนรวบรวมองค์ความรู้จากทั่วโลกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ หากแต่ยังทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาภายในประเทศอย่างต่อเนื่อง

5. ความขัดแย้งทางการค้าระหว่างไทยกับสหรัฐฯ มีผลให้การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นไปด้วยอัตราเร่ง

6. ได้รับการสนับสนุนจากนานาชาติ การที่สหรัฐฯ ได้ใช้มาตรา 301 ชมพูไทยทำให้องค์กรทางด้านสุขภาพในเมืองไทยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านสุขภาพจากนานาชาติ

7. การมีกลวิธีที่ครบถ้วนในการดำเนินงาน

>> ปัจจัยที่ไม่เอื้ออำนวย

1. การจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบภายใต้ระบบราชการ

การดำเนินงานมีขอบเขตจำกัด

2. การไม่ลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอและทั่วถึงงบประมาณที่จัดสรรมีแนวโน้มที่ลดลง

3. องค์กรพัฒนาเอกชนถูกขัดขวางและแทรกแซงจากนักการเมืองและข้าราชการประจำ

4. ความไม่ต่อเนื่องและมั่นคงทางการเมือง ทำให้นโยบายที่วางไว้ไม่ต่อเนื่อง

5. กฎหมายไม่มีผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร

6. การสนับสนุนองค์กรท้องถิ่นโดยรัฐ ต่อชมรม/สมาคมในภูมิภาคและท้องถิ่นยังมีน้อย

7. การรุกคืบของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติในประเทศไทยเพื่อเข้ายึดครองตลาดบุหรี่ในที่สุด

>> ข้อเสนอแนะ

1. สร้างและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

➢ การขึ้นภาษีบุหรี่ เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชน

➢ นโยบายขยายเขตปลอดบุหรี่ทั่วประเทศ

➢ นโยบายให้หน่วยงานของรัฐไม่ยอมรับการอุปถัมภ์จากบริษัทบุหรี่

➢ นโยบายสร้างและพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรี่และสุขภาพ

➢ นโยบายไม่ให้มีการแพร่ภาพการสูบบุหรี่ทางสื่อทุกชนิด

2. การปรับโครงสร้างระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

➢ ปรับระบบบริการของ รพ.ศูนย์, รพ.ทั่วไป, รพ.ชุมชน และ

สถานีนอมาัย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยสนับสนุนและจัดให้มีการรวมกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการวิจัยและพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

3. การจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

➢ การเพิ่มสัดส่วนงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ

➢ การสนับสนุนให้จัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้เงินจากภาษีบุหรี่

4. การเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย

➢ จัดตั้งศูนย์ปรึกษากฎหมายขึ้นทั้งในส่วนกลางและระดับจังหวัด

➢ จัดระบบการเฝ้าระวังและตรวจสอบอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

5. การสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ ในแผนพัฒนาฉบับที่ 8 และรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ได้เอื้ออำนวยให้การสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6. การสนับสนุนองค์กรชุมชนท้องถิ่น เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่ ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

7. การสนับสนุนองค์กรบริหารท้องถิ่น เทศบาล สุขาภิบาล และอบต. ควรแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่นอย่างจริงจัง

8. การสร้างเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ การเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดพลังในการต่อสู้คัดค้าน รวมทั้งเปิดโปงพฤติกรรมของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ ▲

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 951-1286-93 โทรสาร 951-1295 E-Mail Address : duang@hsrint.hsri.or.th http : //www.moph.go.th/hsri

บรรณาธิการ : นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ : นางสาวจิตลลิตี ธนภัทร