

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557

Evaluation on the National Strategic Plan for Tobacco Control

2012 - 2014

โดย

จुरีย์ อุสาหะ

ดวงกมล สีมจันทร์

ฐิติพร ก้นวิหค

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

2558

คำนำ

ยาสูบ เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยพบว่าสาเหตุการตายจากโรค 6 ใน 8 อันดับแรกของโลก เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคยาสูบ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคถุงลมปอดอุดตัน วัณโรค และมะเร็งหลอดลม และจากสถานการณ์การบริโภคยาสูบที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก มีแนวโน้มการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนและสตรีในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียซึ่งยังมีอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนและสตรีต่ำ และกำลังเป็นเป้าหมายหลักของธุรกิจยาสูบในการดำเนินการทางการตลาดทุกรูปแบบ ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงระบบทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมอย่างมากและรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิต ค่านิยมและบรรทัดฐานในสังคมเปลี่ยนแปลง ยิ่งทำให้การแก้ไขปัญหามหาการบริโภคยาสูบมีความซับซ้อนและยากยิ่งขึ้นไปอีก

ถึงแม้ว่าการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของไทยจะมีมาเป็นเวลานาน และมีความก้าวหน้ามาตามลำดับ แต่ยังมีส่วนขาดที่ต้องเร่งรัดในการดำเนินงาน ดังนั้น สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 – 2557 เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่จัดทำขึ้นแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยใช้หลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี และคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาตินี้ เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 เพื่อเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งนี้ตามกรอบระยะเวลาการติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ กำหนดให้มีการติดตามประเมินผล 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการประเมินผลเบื้องต้น (formative evaluation) ระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม 2556 เพื่อประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ และระยะที่สองเป็นการประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) หลังสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ในเดือนกันยายน 2557 รายงานการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 – 2557 ฉบับนี้ เป็นการประเมินผลสรุปรวมการดำเนินงานหลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2557 โดยการประเมินเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ เพื่อหาข้อสรุป นำผลการประเมินและข้อเสนอแนะ มาวางแผนประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย มาตรการการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศให้มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สองต่อไป

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

กรมควบคุมโรค

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของแพทย์หญิงปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ ผู้อำนวยการสำนักควบคุม การบริโภคยาสูบ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.นวิรัตน์ สุวรรณผ่อง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มธุรส ทิพยมงคลกุล จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำที่มีคุณค่ายิ่ง และให้ข้อคิดเห็นต่างๆ มาโดยตลอด อีกทั้งได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการร่วมออกประเมินผลจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.ศรัณญา เบญจกุล จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ ข้อมูล คณะผู้ประเมินผลขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานในจังหวัดที่ศึกษา 5 จังหวัด คือจังหวัดตาก มุกดาหาร กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด/ รองผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ นายกองค้การบริหาร ส่วนจังหวัด/รองนายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และผู้อำนวยการสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 1-12 ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลเชิงลึกสะท้อนปัญหาและข้อเสนอแนะกับทีมผู้ประเมิน ขอขอบคุณบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช รวมทั้งผู้ประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้องทุกท่าน และขอขอบคุณในความร่วมมือของภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ตลอดจน ประชาชนที่เป็นตัวแทนในจังหวัดที่ศึกษาที่ให้ข้อมูลที่น่าสนใจเป็นประโยชน์ในการประเมินผล

สุดท้าย ขอขอบคุณ ดร.รุ่งระวี ทิพย์มนตรี คุณจุฑาทิพย์ ปรีการ คุณเศรษฐี จุฬาสรีกุล คุณวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์ นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และ ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ และคุณ ปวีณา ปันกระจำง ที่ช่วยสนับสนุนข้อมูลให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชนที่ได้ร่วมแรงร่วมใจในการขับเคลื่อนดำเนินการ รวมทั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผน ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ ที่สนับสนุนงบในการดำเนินการขับเคลื่อนและการประเมินผล ทำให้การประเมินผลครั้งนี้สำเร็จลุล่วง เป็นอย่างดี คณะผู้ประเมินขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย และหากคุณความดีจะพึงมีจากการ ประเมินผลครั้งนี้ ขอให้คุณความดีดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและร่วมดำเนินการ จงประสบแต่ ความสุข ความเจริญ ก้าวหน้าในหน้าที่การงานยิ่งขึ้นไป

คณะผู้ประเมินผล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลสรุปรวมตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555–2557 โดยการเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนตุลาคม–ธันวาคม พ.ศ.2557 ประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage cluster sampling ใน 4 ภูมิภาค ได้แก่ จังหวัด ตาก มุกดาหาร กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร รวม 5 จังหวัด จำนวน 4,009 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดดังกล่าวและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 คัดเลือกแบบ purposive sampling จำนวน 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและแนวทางการสัมภาษณ์ ผลการประเมินพบว่า พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวม เท่ากับร้อยละ 20.9 เป็นชายร้อยละ 39.9 และหญิงร้อยละ 3.7 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ คือร้อยละ 18.7 ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 2.01 ตามลำดับ ปริมาณการบริโภค ยาสูบต่อหัวประชากรต่อปีพบว่า สูงกว่าเป้าหมายเช่นเดียวกันคือ จาก 547 เป็น 720 (มวน/คน/ปี) ยกเว้น อัตราการบริโภคยาสูบชนิดบุหรี่ไร้ควันที่ลดลงจากร้อยละ 3.9 เป็นร้อยละ 3.3 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เท่ากับ 17.2 ปี และยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่มีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ร้อยละ 74.1 สาเหตุสำคัญที่ทำให้อยาก เลิกบุหรี่สูงสุดคือ เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้าง ร้อยละ 59.6 และร้อยละ 70.3 มีผู้สูบบุหรี่ที่ พยายามเลิกบุหรี่ โดยให้เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จว่าไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 90.3 ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน สถานพยาบาลทุกระดับ สนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาช่วยเลิกบุหรี่ให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และให้ความสำคัญ ผลักดันให้นโยบายการควบคุมยาสูบเป็นวาระของจังหวัดและท้องถิ่น

Abstract

The cross-sectional study was conducted to summative evaluation of the National Strategic Plan for Tobacco Control 2012-2014. Data were collected from October to December 2014 and compared with targets indicated in the National Strategic Plan for Tobacco Control. Two groups of respondents were enrolled and interviewed. The first group with 4,009 respondents were persons who aged 15 years old and over from Tak, Mukdahan, Kanchanaburi, Surath Thani as representatives of the four regions of Thailand and Bangkok. The second group with 32 respondents was policy makers working in government agencies and ODPCs located in the same provinces with the first group. The results of the evaluation focused on the main target of the national strategic plan found that the current smoking rate of population ages 15 years and over was 20.9 percent with 39.9 percent and 3.7 percent were male and female respectively. The results were higher than expected targets in the National Strategic Plan for Tobacco Control which were 18.7 percent, 37.5 percent and 2.01 percent respectively. There was an increasing tobacco consumption per capita per year which was higher than target set from 547 to 720 (cigarette/person/year), however the consumption of smokeless tobacco was decreasing from 3.9 percent to 3.3 percent. The average age of the new smokers was 17.2 years old and 74.1 percent of smokers were likely to quit smoking. The main reasons to quit smoking included concerning of their own health as well as their connected persons accounted for 59.6 percent. There were 70.3 percent of those who to quit attempt smoking with 90.3 percent of them with a reason that they were unable to control craving for smoking. Therefore, to increase accessibility to services-related for smoking quitting for smokers, the universal health care coverage system should include those services in all health facilities. Furthermore, the quit smoking medications should be included in the Thai National List of Essential Medicines. Most importantly the tobacco control policy should be issued as the main agenda of provincial and local authorities.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

1. ความเป็นมาและความสำคัญของการประเมิน

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นมากกับปัญหาการควบคุมการบริโภคยาสูบ เนื่องจากยาสูบเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงมากมายที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการบริโภคยาสูบ หรือการได้รับควันบุหรี่สูงถึง 5 ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ไว้ว่า หากประเทศต่าง ๆ ไม่ได้ร่วมมือกันอย่างจริงจังในการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบ จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี ใน พ.ศ. 2573 ดังนั้นองค์การอนามัยโลกได้จัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้น ๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยมีกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) เป็นพันธกรณีระหว่างประเทศ ที่ประเทศรัฐภาคีต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาดังกล่าว ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศอันดับที่ 36 จาก 180 ประเทศที่ลงนามแล้ว (ข้อมูลวันที่ 18 มีนาคม 2558) โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 อีกทั้งอุตสาหกรรมยาสูบมีการดำเนินการเชิงรุกด้วยกลยุทธ์ทางการตลาด สร้างผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ ที่เข้ายวนใจออกมา ส่งผลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้นสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555- 2557 เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่ทำขึ้น โดยใช้หลักแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ. นายแพทย์ประเวศ วะสี และคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาตินี้ เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ดำเนินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน (2) ลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร และ (3) ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ (1) ใน พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวม และประชากรชาย ลดลงร้อยละ 10.0 จาก พ.ศ. 2552 ขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจ พ.ศ.2552 (2) ปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20.0 จากพ.ศ. 2552 (3) ควบคุมมิให้อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่น ๆ (บุหรี่ไร้ควัน) เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2552 และ (4) ใน พ.ศ.2557 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลงร้อยละ 50.0 จาก พ.ศ. 2552 ซึ่งมียุทธศาสตร์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ 8 ยุทธศาสตร์ ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์นี้สิ้นสุดในเดือนกันยายน 2557 ดังนั้น สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ จึงได้ทำการประเมินผลสรุปรวมการดำเนินงานหลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2557 โดยการประเมินเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ เพื่อหาข้อสรุปพร้อมนำผลการประเมิน และข้อเสนอแนะ มาวางแผนประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย มาตรการการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศให้มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สองต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการประเมิน

เพื่อประเมินผลสรุปรวมจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 ในด้านการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ โดยการประเมินเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์

1. การประเมินผลผลิต ในด้านผลการดำเนินงานตามรายยุทธศาสตร์ 8 ยุทธศาสตร์
 - 1.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิยยาสูบรายใหม่
 - 1.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ
 - 1.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
 - 1.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่
 - 1.5 ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ
 - 1.6 ยุทธศาสตร์ที่ 6 ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
 - 1.7 ยุทธศาสตร์ที่ 7 แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี
 - 1.8 ยุทธศาสตร์ที่ 8 เฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ
2. การประเมินผลลัพธ์ ในด้าน
 - 2.1 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่มีนแรก
 - 2.2 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี
 - 2.3 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ที่อยากเลิกยาสูบ
 - 2.4 ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับผลของยาสูบที่มีต่อสุขภาพ
 - 2.5 ร้อยละของประชาชนที่มีการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535
3. การประเมินผลกระทบ ในภาพรวมด้าน
 - 3.1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกเป็นโดยรวม ชาย และ หญิง
 - 3.2 ปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี
 - 3.3 อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่นๆ (บุหรี่ไร้ควัน)
 - 3.4 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน

3. วิธีการประเมิน

การวิจัยประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 ครั้งนี้เป็น การประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) หลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ ศึกษาสำรวจแบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2557 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบ สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและแนวทางการสัมภาษณ์ ประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage cluster sampling เพื่อให้ได้ภาพรวม

ระดับประเทศในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงรวมกรุงเทพมหานครไว้ด้วย จำแนกประชากรของประเทศออกเป็น 5 ชั้นภูมิ ได้แก่ ภาคเหนือ จังหวัดตาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดมุกดาหาร ภาคกลาง จังหวัดกาญจนบุรี และภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร รวม 5 จังหวัด จำนวน 4,009 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 คัดเลือกแบบ purposive sampling จำนวน 32 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในพื้นที่ที่ทำการศึกษาระดับจังหวัดและเขต วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด

4. ผลการประเมินที่สำคัญ

การประเมินผลสรุปรวมจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติพ.ศ.2555-2557 ในด้านการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบในภาพรวม เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ข้อ โดยการประเมินเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ นำเสนอผลการประเมิน ดังนี้

4.1 การประเมินผลผลิตจากการดำเนินงานทุกยุทธศาสตร์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานเพียงแค่นี้ เป็นรายกิจกรรม จึงส่งผลต่อเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมที่ตั้งไว้ค่อนข้างน้อย ทำให้การดำเนินงานยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ครบถ้วน และได้มีการวิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานในกิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อดี ข้อจำกัด จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม พบว่า **ยุทธศาสตร์ที่ 1** ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิโคตตินรายใหม่ และตาม WHO FCTC ข้อ 12 และ ข้อ 16 มีการดำเนินการครบทั้ง 3 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 13 กิจกรรมหลัก จาก 15 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 86.7 **ยุทธศาสตร์ที่ 2** ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ และตาม WHO FCTC ข้อ 14 มีการดำเนินการครบทั้ง 5 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 12 กิจกรรมหลัก จาก 17 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 70.6 **ยุทธศาสตร์ที่ 3** ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และตาม WHO FCTC ข้อ 9 และ ข้อ 10 มีการดำเนินการเพียง 2 ยุทธวิธี จาก 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 7 กิจกรรมหลัก จาก 14 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 50 **ยุทธศาสตร์ที่ 4** สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่และ WHO FCTC ข้อ 8 มีการดำเนินการครบทั้ง 6 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 15 กิจกรรมหลัก จาก 16 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 93.8 **ยุทธศาสตร์ที่ 5** สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศและ WHO FCTC ข้อ 20 และ ข้อ 21 มีการดำเนินการครบทั้ง 7 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 19 กิจกรรมหลัก จาก 20 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 95.0 **ยุทธศาสตร์ที่ 6** ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายและ WHO FCTC ข้อ 15 มีการดำเนินการครบทั้ง 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 9 กิจกรรมหลัก จาก 10 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 90.0 **ยุทธศาสตร์ที่ 7** แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี และ WHO FCTC ข้อ 6 มีการดำเนินการครบทั้ง 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 8 กิจกรรมหลักจาก 10 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 80.0

ยุทธศาสตร์ที่ 8 เฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ และ WHO FCTC ข้อ 5.3 มีการดำเนินการ 4 ยุทธวิธี จาก 7 ยุทธวิธี เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับการเฝ้าระวังในยุทธศาสตร์ที่ 5 มีผลการดำเนินงานใน 3 กิจกรรมหลัก จาก 9 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 33.3

โดยสรุปในภาพรวม 8 ยุทธศาสตร์ พบว่า มีข้อดี คือ

1. เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ
2. มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม
3. มีการถ่ายทอดเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
4. มีคณะกรรมการอำนวยการ/คณะกรรมการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ และมีคณะกรรมการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งในภาพรวมและรายยุทธศาสตร์เป็นระยะๆ
5. มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะภาคเอกชน อาทิเช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยใช้แผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ทั้งนี้โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
6. กรมควบคุมโรค ได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่าย 35 องค์กร เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2555 เพื่อสนับสนุนการจัดทำและร่วมดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติและมาตรการต่างๆตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย รณรงค์เผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ การควบคุมยาสูบ และ

มีข้อจำกัดในการดำเนินงาน คือ

1. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก การทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย และอาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องงบประมาณที่ไม่สอดคล้องการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน
2. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบตาม พ.ร.บ. 2 ฉบับ ยังไม่เข้มแข็ง ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องของยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบฯและการบังคับใช้กฎหมาย
3. บางหน่วยงานยังไม่มีรายงานผลการดำเนินงาน หรือขาดผู้ที่รับผิดชอบหลัก จึงทำให้เกิดปัญหาในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ
4. หน่วยงานภาครัฐต่างๆมีงบประมาณค่อนข้างจำกัด เพื่อสนับสนุนในการดำเนินงาน จึงทำให้มีบางกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้

4.2 การประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบในภาพรวม เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ข้อ โดยการประเมินเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ นำเสนอผลการประเมินเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 4,009 คน พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่ครอบคลุมผู้สูบบุหรี่ประจำ และสูบบุหรี่ครั้งคราวอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.9 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.9 เพศหญิงร้อยละ 3.7 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 10.8 เท่า และผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-18 ปี ร้อยละ 12.3 โดยที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่มวนแรก 17.2 ปี อายุต่ำสุดที่เริ่มสูบครั้งแรก 7 ปี และอายุสูงสุดที่ยังสูบบุหรี่ 50 ปี ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันจำแนกตามรายภาคพบว่า ภาคกลางมากที่สุด ร้อยละ 26.2 และต่ำสุดเป็น ภาคเหนือ ร้อยละ 14.2 ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่อยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 21.2 และร้อยละ 20.3 ตามลำดับ

โดยมีสาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่เป็นเพราะว่าอยากทดลองสูบบมากที่สุดร้อยละ 39.7 รองลงมาตามอย่างสมาชิกในครัวเรือน/เพื่อน/ดารา ร้อยละ 32.1 โดยที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่นิยมสูบบุหรี่ประเภทบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศ ร้อยละ 61.6 รองลงมาคือ บุหรี่มวนเอง ร้อยละ 31.3 สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 ที่พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง(ร้อยละ 61.7) ของผู้ที่สูบบุหรี่ประจำนิยมสูบบุหรี่มวนที่ผลิตจากโรงงาน และรองลงมาก็เป็นบุหรี่ปริมาณเองเช่นเดียวกัน ปริมาณจำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบต่อวัน 9.6 มวนต่อวัน จำนวนต่ำสุด 1 มวน และสูงสุด 60 มวนต่อวัน และผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 81.4 ได้บุหรี่มาจากการซื้อด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าใกล้บ้าน ร้อยละ 86.0 ในรูปแบบของการซื้อเป็นซองสูงสุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ ซื้อเป็นมวนหรือบุหรี่แบ่งขาย ร้อยละ 36.2 บ่งบอกถึงความเป็นเมืองเสริมให้ประชาชนในต่างจังหวัดเริ่มสูบบุหรี่ซองมากขึ้น เพราะมีราคาถูกและการเข้าถึงซื้อได้ง่ายสะดวกจากร้านค้าใกล้บ้าน/ที่พักอาศัย

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ ร้อยละ 74.1 สาเหตุสำคัญที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่สูงสุดคือ เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้าง ร้อยละ 59.6 รองลงมา อยากเลิกบุหรี่เพราะการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 15.6 การได้รับคำแนะนำ/การรณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 11.3 และเลิกบุหรี่เพราะมีราคาแพง ร้อยละ 8.6 และการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่พยายามเลิกบุหรี่ ร้อยละ 70.3 โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.9 ใช้วิธีการพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จเพราะว่า ไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 90.3

จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าจำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปสูบต่อวัน(รวมบุหรี่ทุกประเภท) เท่ากับ 9.6 มวนต่อวัน และพบว่ากลุ่มวัยที่มีการสูบบุหรี่ปริมาณเฉลี่ยต่อวันสูงสุดคือ กลุ่มวัยทำงาน รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มวัยรุ่น โดยผู้สูบบุหรี่ปริมาณเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 11.1, 10.1 และ 7.4 มวนต่อวัน ตามลำดับ สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 เช่นเดียวกันที่พบว่ามีการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยทำงานมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเยาวชน ตามลำดับ

ส่วนใหญ่ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน มักจะสูบบุหรี่ในบริเวณบ้านมากที่สุดร้อยละ 86.7 และร้อยละ 13.3 ไม่มีการสูบบุหรี่ในบริเวณบ้าน ซึ่งจากผลการสำรวจครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูบบุหรี่อีกจำนวนมากที่ไม่คำนึงถึงสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่นๆที่อาศัยอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ที่ต้องได้รับควันบุหรี่มือสองจากผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวของตนเอง

นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วจำนวน 334 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 และมีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ(เลิกได้ 6 เดือนขึ้นไป) จำนวน 325 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 และผู้ที่อยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่ (เลิกได้น้อยกว่า 6 เดือน) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และมีเหตุผลที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เพราะว่าเป็นห่วงสุขภาพของตนเอง/คนรอบข้างมากที่สุด ร้อยละ 59.0 รองลงมาเป็นการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 16.9 และได้รับคำแนะนำ/การรณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 12.2

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

จากการสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับความรู้พิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป เกือบทุกข้อ ยกเว้นในข้อคำถามที่ว่า กั้นกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้ ยังมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ร้อยละ 51.6 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 48.4 ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน และข้อคำถามที่ว่า ตลาดเป็นเขตปลอดบุหรี่ ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องร้อยละ 66.5 และพบว่าประชาชนยังมีความเข้าใจผิดว่า ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มีโทษทั้งจำและปรับ คิดเป็นร้อยละ 66.6 ซึ่งในความเป็นจริงมีโทษแค่ปรับอย่างเดียว นอกจากนี้ประชาชนยังเห็นว่าการสูบบุหรี่ในบ้านเป็นการกระทำผิดตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 คิดเป็นร้อยละ 63.4 ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีความหมายที่บังคับห้ามสูบบุหรี่ที่บ้าน แต่มีนโยบายเป็นมาตรการทางสังคมที่รณรงค์ทำให้บ้านปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นตัวอย่างที่ดีที่ทำให้บุคคลในครอบครัวปลอดควันบุหรี่มือสอง และเป็นการปกป้องสิทธิคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ด้วย

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกโดยรวมพบว่า ในข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวที่ตอบถูกต้องจำนวน 13 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 81.3 และที่ตอบไม่ถูกต้องจำนวน 3 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 18.7

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เฉพาะผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน

การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันพบว่า สถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมายที่มีผู้ละเมิดการสูบบมากที่สุด (สูบบุหรี่ทุกครั้งที่ยังสถานที่นั้น) คือร้านอาหารหรือสถานบันเทิง ร้อยละ 16.7 สถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่ฝ่าฝืนการสูบบบางครั้งก็ไปมากที่สุดคือ ตลาด

ร้อยละ 45.0 และสถานที่ที่มีผู้ปฏิบัติตามกฎหมายมากที่สุด คือ ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆเลย คือ รถโดยสารสาธารณะ ร้อยละ 88.4

นอกจากนี้ยังพบว่า จากการสัมภาษณ์ ประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับรูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่โรงงาน ที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ หรืออยากเลิกบุหรี่มากที่สุด พบว่า รูปภาพสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 28.0 รองลงมารูปภาพสูบบุหรี่ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก และรูปภาพสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปาก คิดเป็นร้อยละ 18.3 และร้อยละ 14.0 ตามลำดับ

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับรูปภาพคำเตือนบนซองยาเส้น/ยาเส้นปรุงที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ หรืออยากเลิกบุหรี่มากที่สุด พบว่ารูปภาพสูบบุหรี่เป็นมะเร็งช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 29.1 รองลงมารูปภาพสูบบุหรี่เป็นมะเร็งกล่องเสียง และรูปภาพสูบบุหรี่เป็นมะเร็งปอดตาย คิดเป็นร้อยละ 27.3 และร้อยละ 20.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารเชิงลึก มีข้อค้นพบที่สำคัญแยกตามประเด็น ดังนี้

1. ด้านนโยบาย/ยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคยาสูบ

นโยบายการควบคุมยาสูบในภาพรวมของจังหวัดยังไม่มีการยกเป็นวาระสำคัญของจังหวัด หรือท้องถิ่นที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน มีเพียงการให้ความรู้ณรงค์ประชาสัมพันธ์ร่วมกับงานยาเสพติด/แอลกอฮอล์/โรคไม่ติดต่อ หรือการดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในการจัดสถานที่สาธารณะ/สถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ อีกทั้งจังหวัดยังไม่มีหรือนำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติมาใช้อย่างจริงจัง

2. ด้านมาตรการเพิ่มภาษี/มาตรการอื่นใดที่ช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่

ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า การเพิ่มภาษีมีส่วนช่วยลดการสูบบุหรี่ลงได้ และควรใช้มาตรการทางสังคม ร่วมกับมาตรการทางกฎหมาย เพื่อจำกัดพื้นที่การสูบบุหรี่ รวมทั้งมาตรการควบคุมการโฆษณา ส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ และมาตรการการให้บริการช่วยเหลือผู้ร่วมด้วย

3. ความสำคัญของงานบุหรี่ลำดับใด

ในระดับจังหวัดผู้บริหารให้ความสำคัญงานควบคุมยาสูบในระดับปานกลาง เนื่องจากไม่อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด โดยเฉพาะผู้บริหารระดับท้องถิ่นเห็นว่าไม่ใช่ภารกิจหลัก และยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหา และผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ ในส่วนของโรงพยาบาลและ สคร. ให้ความสำคัญของงานควบคุมยาสูบอยู่ในระดับต้นๆ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4. การจัดสรรงบประมาณ และการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ

ในระดับจังหวัดการจัดสรรงบประมาณงานควบคุมยาสูบยังไม่เป็นระบบ มีเพียงดำเนินงานร่วมกับงานยาเสพติด/แอลกอฮอล์/โรคไม่ติดต่อ ในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (ท้องถิ่น) มีงบประมาณที่เก็บภาษีสรรพสามิต ได้จากภาษีบุหรี่และเหล้า ปิละหลายล้านบาท แต่ไม่สามารถนำมาใช้ในการ

ดำเนินงานควบคุมยาสูบได้โดยตรง ในส่วนการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ มี 2 จังหวัดใน 4 จังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้) ที่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบจังหวัด และมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ แต่มีงานอื่นที่รับผิดชอบร่วมด้วย

5. ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

- ควรกระตุ้น/สื่อสารให้ผู้บริหารระดับจังหวัดและท้องถิ่นเห็นปัญหาและผลกระทบอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ และนำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบมาใช้เป็นกรอบแนวทาง โดยที่แผนยุทธศาสตร์ควรเขียนให้กระชับ ไม่ซ้ำซ้อน และกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ควรใช้นโยบายสร้างความตระหนัก สร้างจิตสำนึกของประชาชนให้ลดละเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลทุกระดับ สนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาช่วยเลิกบุหรี่ให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงเน้นการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายให้มากขึ้น
- กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายให้บุคลากรสาธารณสุขไม่สูบบุหรี่ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับ หน่วยงานอื่น

4.3 การประเมินผลกระทบในภาพรวม เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์

จากการประเมินผลกระทบในภาพรวม เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ทั้ง 3 ข้อ คือ

วัตถุประสงค์ที่ 1 ลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน โดยมีเป้าหมาย (1) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมลดลงร้อยละ 10.0 จากปีพ.ศ. 2552 (ร้อยละ 18.7) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 20.9 เป้าหมาย (2) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10 จากปี พ.ศ.2552 (ร้อยละ 37.5) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 39.9 เป้าหมาย (3) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากปี 2552 (ร้อยละ 2.01) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 3.7 เป้าหมาย 1.4) อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่น ๆ (บุหรี่ไร้ควัน) ไม่เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2552 (ร้อยละ 3.9) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 3.3 (ใช้ข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557)

วัตถุประสงค์ที่ 2 ลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี โดยมีเป้าหมายลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จากปีพ.ศ. 2552 (547 มวน/คน/ปี) ผลการประเมินเท่ากับ 720.7 (มวน/คน/ปี)

วัตถุประสงค์ที่ 3 ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลง ร้อยละ 50.0 จากปี พ.ศ.2552 (ร้อยละ 32.5) จากผลการประเมินครั้งนี้มีข้อจำกัด ไม่สามารถคำนวณอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนได้ มีเพียงบอกได้ว่า สถานที่สาธารณะตามกฎหมายอะไรบ้างที่ประชาชนมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง หรือยังพบมีการสูบบุหรี่ตั้งนั้นในกรณีสัมผัสควันบุหรี่มือสองของประชาชนในช่วงปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2557 กฎหมายที่เกี่ยวข้องมีความแตกต่างกัน เนื่องจากในช่วงปีพ.ศ. 2553 มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 เรื่อง กำหนดชื่อ หรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วน

หนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ส่งผลให้ข้อคำถามที่ซึ่งถึงแม้เป็นการสอบถามในสถานที่สาธารณะเดียวกัน แต่ความหมายต่างกัน จึงไม่สามารถนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของทุกสถานที่ได้ และในการประเมินผลครั้งนี้ จึงคัดเลือกประเมินเฉพาะสถานที่ที่ยังคงมีนิยามของการเป็นเขตปลอดบุหรี่ที่เหมือนกัน ได้ทั้งสิ้น 3 สถานที่ ได้แก่ ในบริการขนส่งสาธารณะ, สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษา และตลาด

ดังนั้นการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของประชาชนในปี พ.ศ.2557 เทียบกับปี พ.ศ.2552 พบว่า ในบริการขนส่งสาธารณะคงที่ ในสถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษาและตลาด ลดลงอย่างชัดเจน และเมื่อพิจารณาผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่ยังมีการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ พบว่า ร้านอาหารหรือสถานบันเทิง ละเมิดการสูบบุหรี่ทุกครั้งมากที่สุดร้อยละ 16.7 และตลาดมีการละเมิดการสูบบุหรี่บางครั้งมากที่สุดร้อยละ 45.0 และสถานที่ที่มีผู้ปฏิบัติตามกฎหมายมากที่สุดคือ ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆ เลย คือรถโดยสารสาธารณะ ร้อยละ 88.4

โดยสรุปการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นการประเมินผลสรุปรวมหลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ที่เกิดจากผลผลิต ผลลัพธ์การดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ ผลการประเมินในภาพรวม โดยพิจารณาจากเป้าหมายสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ พบว่า พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมเท่ากับร้อยละ 20.9 เป็นประชากรชายร้อยละ 39.9 และประชากรหญิงร้อยละ 3.7 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 10.8 เท่า เมื่อพิจารณาจากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 จะพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมเท่ากับร้อยละ 20.7 เป็นชายร้อยละ 40.5 และหญิงร้อยละ 2.2 จะเห็นได้ว่า ทั้งจากผลการประเมินของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ก็สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์คือ ร้อยละ 18.7 ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 2.01 เช่นเดียวกัน ทั้งในส่วนปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี ผลการประเมินเท่ากับ 720.7 (มวน/คน/ปี) สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด 547 (มวน/คน/ปี) และการที่อัตราการสูบบุหรี่ ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมทั้งชายและหญิง รวมทั้งปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด อาจจะเป็นผลมาจากคนที่ติดบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 90.3 จากผลการประเมินครั้งนี้ เพราะว่าบุหรี่เป็นสารเสพติดที่เลิกยากในคนที่ติดแล้ว ซึ่งโรคเสพติดยาสูบถือเป็นโรคชนิดหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกกำหนดใน ICD-10 หัวข้อ nicotine dependence จึงจำเป็นต้องเน้นการบำบัด รักษาผู้เสพติดยาสูบ เพื่อลดอัตราป่วย และอัตราตายอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ โดยการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับการให้คำปรึกษาเป็นแรงจูงใจช่วยให้การเลิกบุหรี่ของผู้เสพติดยาสูบประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น อีกทั้งกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบหลากหลายรูปแบบ เช่น การโฆษณาแฝงด้วยรูปแบบต่าง ๆ ที่แยบยล การให้การสนับสนุน/อุปถัมภ์กิจกรรมทางสังคม การผลิตบุหรี่ปริมาณสูง เป็นต้น ดึงดูดความสนใจกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดความต้องการใช้ยาสูบอยู่เสมอ ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาลทุกระดับ โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาช่วยเลิกบุหรี่ให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้มาประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุม

ยาสูบของประเทศไทย และเป็นไปตามแนวปฏิบัติข้อ 14 การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก อีกทั้งสอดคล้องกับข้อเสนอของเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และองค์ภาคี ซึ่งประกอบด้วย ราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพต่างๆอีก 43 องค์กร ที่ขอให้กระทรวงสาธารณสุขผลักดันการกำหนดนโยบายให้ยารักษาการเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวประสบผลเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง ซึ่งปัจจุบันจะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นคือ ผู้สูบบุหรี่มีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ หรือพยายามเลิกบุหรี่ย้อยละ 74.1 โดยให้เหตุผลเป็นเพราะว่า เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้างมากที่สุด ร้อยละ 59.6 รวมถึงการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 15.6 ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานควบคุมยาสูบภายใต้แผนยุทธศาสตร์นี้จากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชนอย่างเข้มแข็ง เริ่มเป็นสังคมที่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ เกิดกระแสต่อต้านการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น เพื่อทำให้สังคมไทยเกิดค่านิยมเลิกบุหรี่ไปในที่สุด

5. ข้อเสนอแนะ

การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับต่อไปให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ควรดำเนินการ ดังนี้

5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ เป็นไปตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ และสอดคล้องกับนโยบายการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก แต่มีบางยุทธวิธี/มาตรการ/กิจกรรมหลักที่มีความซ้ำซ้อนกันในแต่ละยุทธศาสตร์ ดังนั้นควรลดความซ้ำซ้อน และมีความเห็นว่า ในแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่สองควรปรับลดจำนวนยุทธศาสตร์ที่มีความใกล้เคียงกันให้รวมอยู่ด้วยกันเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และควรคัดเลือกกว่าในแต่ละปีจะมุ่งเน้นไปยุทธศาสตร์/ยุทธวิธีใด โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดร่วมระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้มีทิศทางการทำงานเดียวกันบนพื้นฐานภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

2. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักการควบคุมยาสูบของประเทศ ควรปรับบทบาทไปสู่การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์และควรสื่อสารถ่ายทอดขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้ชัดเจนและครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมถึงการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และนำเสนอผลความคืบหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของภาคีเครือข่ายให้สาธารณชนรับทราบเป็นระยะ ๆ

3. ควรเน้นนโยบายความสำคัญต่อมาตรการเลิกบุหรี่ เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตาย อันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ โดยบูรณาการไว้ในงานประจำของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ และผลักดันยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อผู้มีสิทธิ์ในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ อีกทั้งให้บริการเลิกบุหรี่เชิงสร้างสรรค์ที่เยาวชนสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงการจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่และทำการตลาดเชิงสังคมเรื่องบ้านปลอดบุหรี่ร่วมด้วย

4. ควรเร่งรัดพัฒนากฎหมาย และระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบที่เท่าทันกลยุทธการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาสังคมอย่างเข้มแข็ง

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรผลักดันให้นโยบายการควบคุมยาสูบเป็นวาระของจังหวัดและท้องถิ่น ซึ่งจังหวัดและท้องถิ่นเป็นจุดจัดการที่สำคัญที่สุด และควรมีโครงสร้างการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดทุกจังหวัด อาจจะบูรณาการกับคณะกรรมการควบคุมเครื่องแอลกอฮอล์จังหวัด โดยมีการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำบูรณาการคู่ขนานไปด้วยกันในระดับพื้นที่ และให้มีการบรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติการประจำปีของจังหวัด/อำเภอ/ตำบล

2. ควรมีการเสาะแสวงหาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ทั้งในระดับบุคคลและองค์กรเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

3. ควรมีการถอดบทเรียนการทำงานควบคุมยาสูบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาต่อยอดและเป็นต้นแบบในการขยายผลไปในจังหวัด/พื้นที่อื่นๆ

4. การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ที่กำหนดให้จัดเขตห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานนั้น ควรเน้นให้เจ้าของสถานที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนมีความรู้ ตระหนักในพิษภัยยาสูบ และปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	จ
สารบัญ	ณ
สารบัญตาราง	ต
สารบัญภาพ	ท
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของการประเมิน	1
วัตถุประสงค์การประเมิน	2
ขอบเขตของการประเมิน	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
กรอบแนวคิดการประเมิน	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
หลักการ แนวคิด และทิศทางการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย	6
สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 -2557	8
สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย	22
แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
บทที่ 3 วิธีการประเมิน	42
รูปแบบและวิธีการประเมิน	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	46
เกณฑ์การประเมิน	47

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 4 ผลการประเมิน	48
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	81
บรรณานุกรม	95
ภาคผนวก ก.	97
1.1 แบบสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป	
- ภาพตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบ	
- ภาพคำเตือน 10 แบบ ขนาดร้อยละ 85 ของบุหรี่ยี่ห้อโรงงาน/บุหรี่ยี่ห้อ และ	
ภาพคำเตือน 4 แบบ ขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 ของท่อยาเส้นหรือยาเส้นปรุง	
1.2 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐต่อการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การ	
ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557	
1.3 กำหนดการลงพื้นที่เก็บข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	
การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557	
1.4 จำนวนผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุม	
โรคที่ 1-12 ที่ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก	
ภาคผนวก ข.	109
1.1 หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร 0505/15825 ลงวันที่ 18	
มิถุนายน 2555 เรื่อง ขออนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.	
2555 – 2557	
1.2 บันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ ระหว่างกรม	
ควบคุมโรค และภาคีเครือข่าย	
1.3 หนังสือเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ที่ พสท.ยส.69/2555 ลง	
วันที่ 10 พฤษภาคม 2555 เรื่องกำหนดนโยบายให้ยารักษาการเลิกบุหรี่อยู่ใน บัญชี	
ยาหลักแห่งชาติ	
1.4 ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องแนวทางการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การ	
ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ในสถานศึกษา	
1.5 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ	
แห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557	

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2544-2557	28
2	จังหวัดที่มีค่ามัธยฐานอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด 3 อันดับแรก ในแต่ละภูมิภาค 3 ปี ย้อนหลังใน พ.ศ. 2544 พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ	43
3	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป	49
4	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน	51
5	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามสาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่ ประเภทบุหรี่ที่สูบได้ บุหรี่มาจากแหล่งใด แหล่งที่ผู้สูบเลือกซื้อ และรูปแบบการซื้อบุหรี่	52
6	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามอยากเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ ผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ และสาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ	53
7	เปรียบเทียบปริมาณเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ต่อวันของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามกลุ่มวัย	54
8	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันเลือกสูบ	54
9	จำนวนและร้อยละของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่สูบบุหรี่ภายในบริเวณบ้าน	55
10	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว และเหตุผลที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	55
11	ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามรายข้อ	56
12	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 จำแนกโดยรวม	57
13	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้โดยรวม เรื่องเกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535	58
14	จำนวนและร้อยละของการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน	58

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
15	จำนวนและร้อยละของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่โรงงานที่ทำให้ไม่ยากสูบบุหรี่ หรือ อยากเลิกบุหรี่มากที่สุด	59
16	จำนวนและร้อยละของภาพคำเตือนบนซองยาเส้น/ยาเส้นปรุงที่ทำให้ไม่ยากสูบบุหรี่ หรืออยากเลิกบุหรี่มากที่สุด	59
17	วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์ และภาพรวม	67
18	เป้าหมายและผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 โดยการเปรียบเทียบผลจากการสำรวจการประเมินผลตามแผน ยุทธศาสตร์ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และการสำรวจพฤติกรรมกาสูบบุหรี และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ	79
19	การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด	80

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติพ.ศ.2555-2557	5
2	การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 อย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน	9
3	ผลการศึกษาระบาดโรคระบาดในประเทศไทย พ.ศ. 2552	22
4	เปรียบเทียบการเสียชีวิตจากยาสูบ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552	23
5	อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	23
6	เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2534 – 2557	24
7	เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2534 – 2557	24
8	เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค พ.ศ. 2534 – 2557	25
9	อัตราการสูบบุหรี่อายุ 15 ปี ขึ้นไป (รายละเอียดสุขภาพ) พ.ศ. 2550, 2554, 2557	26
10	ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันชนิดมีควันอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2534-2557	27
11	อัตราการสูบบุหรี่กลุ่มวัยรุ่น 15-18 ปี (รายละเอียดสุขภาพ) พ.ศ. 2550, 2554, 2557	28
12	สถานที่สาธารณะที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง พ.ศ. 2554	29
13	สถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง จำแนกตามเขตสุขภาพ	29
14	แนวโน้มจำนวนผู้เสียชีวิตจากยาสูบทั่วโลก ค.ศ. 2000 – 2050	40
15	การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ไปสู่การปฏิบัติ	41
16	การสูมตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนของภาค กรุงเทพมหานคร และประเทศ	44

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการประเมิน

ปัจจุบันประเทศต่างๆทั่วโลกให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นมากกับปัญหาการควบคุมการบริโภคยาสูบ เนื่องจากยาสูบเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงมากมายที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการบริโภคยาสูบหรือการได้รับควันบุหรี่สูงถึง 5 ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ไว้ว่าหากประเทศต่างๆไม่เข้าร่วมมือกันอย่างจริงจังในการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบ จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 8 ล้านคนต่อปีในพ.ศ.2573 ดังนั้นองค์การอนามัยโลกได้จัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้นๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค,2555) โดยมีกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control : WHO FCTC) เป็นพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศรัฐภาคีต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาดังกล่าว ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศอันดับที่ 36 จาก 180 ประเทศที่ลงนามแล้ว (ข้อมูลวันที่ 18 มีนาคม 2558) (Framework Convention Alliance,2016) โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 ทั้งนี้สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 – 2557 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค,2555) เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่ทำขึ้นแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ดำเนินการตามหลักแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี (triangle that moves the mountain) (Prawase Wasi,2000) และคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาตินี้ เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ดำเนินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน (2) ลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร และ (3) ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ (1) ในพ.ศ.2557 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยรวม และประชากรชายลดลงร้อยละ 10 จาก พ.ศ. 2552 ขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปไม่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจ พ.ศ.2552 (2) ปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จาก พ.ศ.2552 (3) ควบคุมมิให้อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่นๆ (บุหรี่ไร้ควัน) เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจ พ.ศ.2552 และ (4) ในพ.ศ.2557 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลงร้อยละ 50 จาก พ.ศ.2552 ซึ่งมียุทธศาสตร์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ 8 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิยมนิยามใหม่ (2) ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ (3) ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (4) สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ (5) สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของ

ประเทศ (6) ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย (7) แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี และ (8) ฝักระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งนี้ตามกรอบระยะเวลาการติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ กำหนดให้มีการติดตามประเมินผล 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการประเมินผลเบื้องต้น (formative evaluation) ระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม 2556 เพื่อประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ และระยะที่สองเป็นการประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) หลังสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ในเดือนกันยายน 2557 (สมคิด พรมจัญ, 2542) ดังนั้น สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ จึงได้ทำการประเมินผลสรุปรวมการดำเนินงานหลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2557 โดยการประเมินเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ เพื่อหาข้อสรุปพร้อมนำผลการประเมิน และข้อเสนอแนะ มาวางแผนประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย มาตรการการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศให้มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สองต่อไป

วัตถุประสงค์การประเมิน

เพื่อประเมินผลสรุปรวมจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติพ.ศ.2555-2557 ในด้านการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ โดยการประเมินเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์

1. การประเมินผลผลิต ในด้านผลการดำเนินงานตามรายยุทธศาสตร์ 8 ยุทธศาสตร์
 - 1.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนายาสูบรายใหม่
 - 1.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ
 - 1.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
 - 1.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่
 - 1.5 ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ
 - 1.6 ยุทธศาสตร์ที่ 6 ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
 - 1.7 ยุทธศาสตร์ที่ 7 แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี
 - 1.8 ยุทธศาสตร์ที่ 8 ฝักระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ
2. การประเมินผลลัพธ์ ในด้าน
 - 2.1 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่มีนแรก
 - 2.2 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี
 - 2.3 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ที่อยากเลิกยาสูบ
 - 2.4 ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับผลของยาสูบที่มีต่อสุขภาพ
 - 2.5 ร้อยละของประชาชนที่มีการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

3. การประเมินผลกระทบ ในด้าน

- 3.1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกเป็นโดยรวม ชาย และ หญิง
- 3.2 ปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี
- 3.3 อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่นๆ (บุหรี่ไร้ควัน)
- 3.4 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน

ขอบเขตของการประเมิน

เป็นการศึกษาวิจัยประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 – 2557 ซึ่งเป็น การประเมินผลสรุปรวม(summative evaluation) หลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ในเดือนกันยายน 2557 ศึกษาสำรวจแบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชาชนอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ใน 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ จังหวัดตาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดมุกดาหาร ภาคกลาง จังหวัดกาญจนบุรี ภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร รวม 5 จังหวัด จำนวน 4,009 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 จำนวน 32 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

การประเมินผลสรุปรวม หมายถึง การประเมินผลที่เกิดจากผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการ ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 โดยการพิจารณาเปรียบเทียบผล กับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ในอนาคต

ผู้บริหาร หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการบริหารสูงสุดหรือรองในการบริหารของหน่วยงานในกระทรวง สาธารณสุข และ กระทรวงมหาดไทย ในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ของกรม ควบคุมโรค

การบริโภคยาสูบ(การสูบบุหรี่) หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน ได้แก่ บุหรี่โรงงาน/ บุหรี่ซอง บุหรี่มวนเอง ไปป์ ซิการ์ ยาสูบที่ใช้สูบผ่านน้ำ(ฮุกก้า/ซิชา)

ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ประจำและสูบบุหรี่ครั้งคราว

การบริโภคยาสูบชนิดอื่นๆ(บุหรี่ไร้ควัน) หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน ได้แก่ ยา ฉุน (อม/จุกปาก) ยานัตถ์ หมากพุลที่มียาเส้น เนื่องจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ

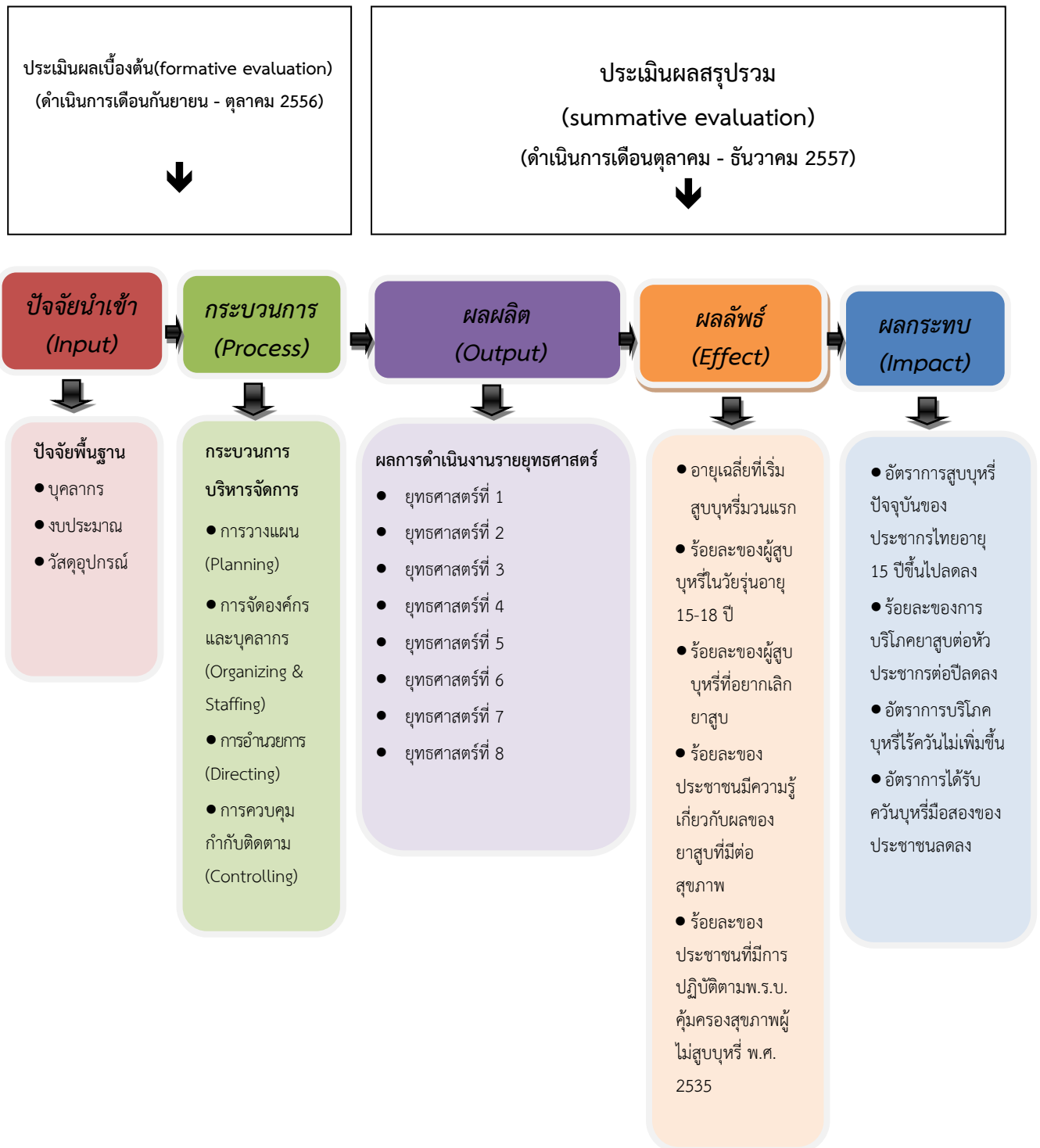
และผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคติยานาตาแบกัม (nicotianatabacum) ไม่ว่าจะใช้เสพ โดยวิธีสูบ ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปาก จมูก หรือโดยวิธีอื่นๆ

หน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐ หมายถึง องค์กรภาครัฐที่มีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบ แบ่งเป็น ระดับชาติ ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ, ระดับกระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค ได้แก่ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ,สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงการคลัง ได้แก่ กรมสรรพสามิต กรมศุลกากร สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี กรุงเทพมหานคร และองค์กรอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ ได้แก่ คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และศูนย์วิจัยจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ เป็นต้น

หน่วยงานภาคีเครือข่ายภาคเอกชน หมายถึง องค์กรพัฒนาเอกชนที่มีบทบาทในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่ มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ เครือข่ายครูนักกรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิใบไม้เขียว เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 – 2557
2. เพื่อนำผลจากการประเมินไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายวางแผนการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศให้มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สอง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 -2557 คณะผู้ประเมินได้ศึกษารวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผล ดังนี้

ส่วนที่ 1 หลักการ แนวคิด และทิศทางการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

ส่วนที่ 2 สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557

ส่วนที่ 3 สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย

ส่วนที่ 4 แนวคิดการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 หลักการ แนวคิด และทิศทางการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

1.1 หลักการพื้นฐานในการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

โดยเหตุที่ประเทศไทยเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยจึงมีความผูกพันตามพันธกรณีในฐานะรัฐภาคีสมาชิก ในด้านการควบคุมยาสูบได้คำนึงถึงหลักการพื้นฐานในการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ดังต่อไปนี้

- 1) กลยุทธ์ในการควบคุมยาสูบควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถอ้างอิงได้มารองรับและมีความยืดหยุ่นที่จะปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมต่อสถานการณ์และข้อมูลใหม่อยู่เสมอ
- 2) ควรป้องกันนโยบายการควบคุมยาสูบจากการแทรกแซงของผู้ประกอบการและผู้มีส่วนได้เสียอื่นในอุตสาหกรรมยาสูบ
- 3) กิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบต้องมุ่งเน้นที่การต่อต้านการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ แต่ไม่ใช่การรณรงค์เพื่อต่อต้านผู้สูบบุหรี่และผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 4) กิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบควรส่งเสริมให้การไม่สูบบุหรี่และการไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นบรรทัดฐานของสังคม
- 5) ประชาชนของทุกประเทศพึงมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมยาสูบ
- 6) ผู้บริโภคย่อมมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะบริโภคสินค้าที่ปลอดภัยและได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ
- 7) ผู้สูบบุหรี่และผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบควรได้รับการสนับสนุนในเรื่องการเลิกสูบบุหรี่

- 8) ผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะเด็ก ควรได้รับการปกป้องจากควันบุหรี่มือสอง
 - 9) การควบคุมยาสูบควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง เช่น เยาวชนทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา ผู้หญิง รวมทั้งผู้ที่ยากจะเข้าถึงบริการสาธารณสุข เช่นเดียวกับกลุ่มประชากรที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงควรขยายการดำเนินงานในชุมชนทั้งในด้านการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน การเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ และการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้มากขึ้น
 - 10) การควบคุมยาสูบที่สำเร็จต้องอาศัยพันธะสัญญาทางการเมืองโดยการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติในลักษณะพหุภาคี โดยมีการสร้างหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง (Focal points) ทั้งในระดับชาติและภูมิภาค รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการโครงการต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบ
 - 11) ควรมีการจัดตั้งกลไกเพื่อให้มีการสนับสนุนด้านการเงินอย่างต่อเนื่องสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบ
 - 12) องค์กรอนามัยโลกจะช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการจัดหาแหล่งทุนและทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่อง
 - 13) โครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบควรบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของโครงการระดับชาติอื่น ๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 - 14) ขยายโครงสร้างและความร่วมมือระหว่างกระทรวง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับภูมิภาคเพื่อดำเนินการควบคุมยาสูบ
- สำหรับกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มที่มีการศึกษาน้อยควรกำหนดให้กิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการแก้ปัญหาความยากจนระดับชาติ

1.2 แนวทางการควบคุมยาสูบระดับสากล

ในการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของการบริโภคยาสูบนั้น ทุกประเทศทั่วโลกมีแนวทางควบคุมยาสูบที่คล้ายคลึงกัน คือ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญอันได้แก่

- 1) การป้องกันการเริ่มต้นใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือป้องกันมิให้มีการเริ่มต้นสูบบุหรี่ (Prevention of smoking initiation) ในประชากรทุกเพศและทุกวัย
- 2) การจัดการภาวะติดบุหรี่ (Management of addiction) หรือส่งเสริมให้มีการเลิกสูบบุหรี่ (Promoting smoking cessation) เมื่อมีผู้สูบบุหรี่แล้วก็ตนเองพยายามส่งเสริมให้เขาเหล่านั้นเลิกสูบเพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 3) การจัดการได้รับจากควันบุหรี่มือสอง (Protection of people from secondhand smoke)
- 4) การลดพิษภัยในผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco harm reduction)
- 5) การจัดการหรือขัดขวางการดำเนินการของธุรกิจยาสูบที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของการบริโภคยาสูบ

ในการดำเนินการเพื่อสนองนโยบายควบคุมยาสูบที่กล่าวถึงข้างต้นสามารถกระทำได้ด้วยวิธีการ 2 กลุ่มใหญ่ คือ การดำเนินการเพื่อลดอุปสงค์ (Demand) หรือเรียกว่า การมุ่งเน้นการลดความต้องการ

บริโภค และการดำเนินการเพื่อลดอุปทาน (Supply) ของยาสูบ ทั้งนี้ในการดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยวิธีการแบบเบ็ดเสร็จ ใช้มาตรการหลายอย่าง อาทิ มาตรการทางราคา (เช่น การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ) มาตรการที่ไม่เกี่ยวกับราคา (เช่น การกำหนดให้มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ การออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ) รวมทั้งมาตรการทางสังคม (เช่น การรณรงค์เพื่อให้ข้อมูลและชี้แนะ) การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย และการส่งเสริมการปลูกพืชทดแทน เป็นต้น

1.3 กลไกในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

ประเทศไทยมีกลไกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งประกอบด้วย

- 1.3.1 กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control : WHO FCTC)
- 1.3.2 นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลกได้แก่ MPOWER
- 1.3.3 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
- 1.3.4 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
- 1.3.5 คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.)
- 1.3.6 แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ

ส่วนที่ 2 สารสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557

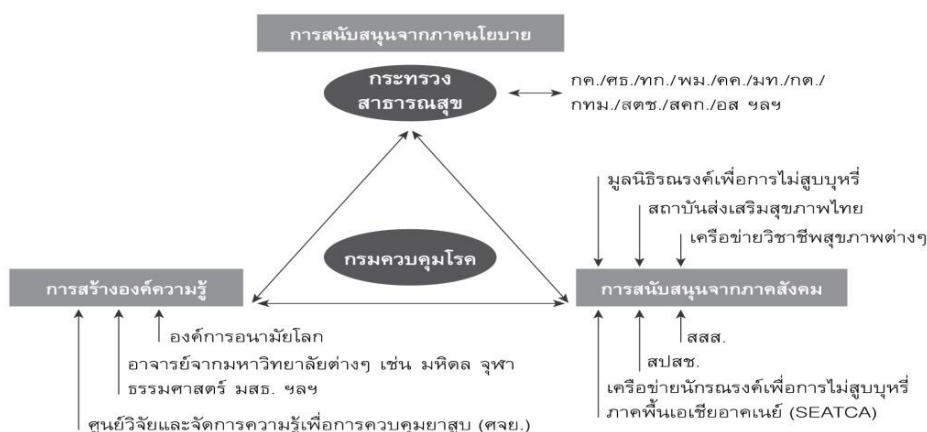
หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมายาวนานกว่า 30 ปี โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งจากภาครัฐ องค์กรเอกชน (NGOs) และชุมชน ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา แม้มีความก้าวหน้ามาเป็นอย่างดี แต่ก็มีส่วนขาดที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการแล้วแต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ประกอบกับประเทศไทยได้ร่วมให้สัตยาบันตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control : FCTC) เป็นประเทศอันดับที่ 36 จาก 172 ประเทศ ที่ลงนามแล้ว (ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2553) โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 ซึ่งเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศรัฐภาคีต้องปฏิบัติตามอนุสัญญาฯ ดังกล่าว อีกทั้งกระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมทำให้ปัญหาการบริโภคยาสูบมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่ซับซ้อนขึ้นมากจึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์และมาตรการในการควบคุมยาสูบที่ครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน กรมควบคุมโรคจึงมีคำสั่งที่ 218/2552 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2552 แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ คำสั่งที่ 386/2552 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2552 และคำสั่งที่ 425/2552 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2552 แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานฯ เพิ่มเติม ซึ่งคณะกรรมการและคณะทำงานนี้ ได้มีการประชุมจัดทำแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนแล้วหลายครั้ง ดังภาพแสดงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จึงได้แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557ฉบับนี้ขึ้น และผ่านการ

เห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) แล้ว เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2553 และ เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2554 ซึ่งเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้นำแผนยุทธศาสตร์เสนอ คณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเห็นชอบ แต่เนื่องด้วยมีพระราชกฤษฎีกายุบสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. 2554 สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี จึงคืนเรื่องให้ส่วนราชการรับไปดำเนินการในคณะรัฐบาลชุดใหม่ ดังนั้น จากการประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2555 ได้เห็นชอบให้มีการดำเนินการเสนอแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติเสนอในรัฐบาลชุดใหม่อีกครั้ง โดยในแผนยุทธศาสตร์นี้ให้ปรับเป็นปีปัจจุบัน เพื่อความสอดคล้องกับงบประมาณประจำปี เป็นปีงบประมาณ 2555-2557 ทั้งนี้ได้รับการเห็นชอบอนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 จากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 ดังนี้

- เห็นชอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 และให้จัดทำแผนปฏิบัติการและงบประมาณรองรับแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ไว้ในแผนปฏิบัติราชการประจำปี
- เห็นชอบให้สำนักงบประมาณ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาให้ความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินงานและบริหารจัดการเพื่อให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์และประเด็นปัญหา รวมถึงปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ นำมาสู่การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 2 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557
อย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

วิสัยทัศน์ (Vision) : การควบคุมยาสูบของประเทศมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

พันธกิจ (Mission) : สนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทย ให้ได้มาตรฐาน ทันทต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจริญป่วย พิการ และตายอันเนื่องมาจากอันตรายของยาสูบ

จุดมุ่งหมายสูงสุด (Ultimate Goals) :

1. การลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน
2. การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร
3. การทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

เป้าหมาย (Targets) :

1. ในปี พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมและประชากรชาย ลดลงร้อยละ 10 จากปี พ.ศ. 2552 (โดยรวมร้อยละ 18.7 / ชายร้อยละ 37.5) ขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ. 2552 (หญิงร้อยละ 2.0)
2. ปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จากปี พ.ศ. 2552 (547 มวนต่อคนต่อปี)
3. ควบคุมมิให้อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่นๆ (บุหรี่ไร้ควัน) เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 3.2)
4. ในปี พ.ศ. 2557 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลงร้อยละ 50 จากปี พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 32.8)

ยุทธศาสตร์ (Strategies) :

ยุทธศาสตร์ (Strategies) ที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ ประกอบด้วย 8 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิยมนาสูบรายใหม่
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงาน

ควบคุมยาสูบของประเทศ

- ยุทธศาสตร์ที่ 6 ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- ยุทธศาสตร์ที่ 7 แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี
- ยุทธศาสตร์ที่ 8 เฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ 3 ยุทธวิธี ได้แก่

1) การให้ความรู้แก่เยาวชนและครู และส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการณรงค์ต่อต้านการบริโภคยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 1.1) การให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาสูบต่อสุขภาพ และกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ
- 1.2) การฝึกอบรมและสร้างการมีส่วนร่วมของครู
- 1.3) การดำเนินการโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่
- 1.4) การสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อรณรงค์ป้องกันการริเริ่มการสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชน
- 1.5) การสนับสนุนให้เยาวชนเป็นผู้นำในการควบคุมยาสูบ (Youth advocacy group)

2) การปกป้องเด็กและเยาวชนจากความเย้ายวน (Appeal) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 2.1) การควบคุมการโฆษณาและการตลาดของธุรกิจยาสูบ
- 2.2) การจัดการแสดงผลิตภัณฑ์ในสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต)
- 2.3) การจัดการอุปถัมภ์ต่างๆ และการทำกิจกรรมเพื่อรับผิดชอบต่อสังคมของธุรกิจยาสูบ (Corporate Social Responsibility : CSR)
- 2.4) การจำกัดการเย้ายวนโดยบุคคลต้นแบบ (Role models) ซึ่งรวมถึงบิดามารดา เพื่อนหรือรุ่นพี่ และดารา

2.5) การจัดการความเย้ายวนจากผลิตภัณฑ์รูปแบบและรสชาติใหม่ ซึ่งบริษัทบุหรี่นำออกสู่ตลาด

3) ป้องกันและจัดการเข้าถึง (Access) ยาสูบของเด็กและเยาวชน ยุทธวิธีนี้รวมถึงการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังใน 6 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 3.1) การห้ามการจำหน่ายแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี
- 3.2) การห้ามจำหน่ายโดยเครื่องอัตโนมัติ
- 3.3) การห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย
- 3.4) การห้ามจำหน่ายปลีกเป็นมวนหรือเป็นซองซึ่งมีบุหรี่น้อยกว่า 20 มวน
- 3.5) การห้ามจำหน่ายทางไปรษณีย์และทางอินเทอร์เน็ต
- 3.6) การเพิ่มภาษีและราคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ 5 ยุทธวิธี ได้แก่

1) ส่งเสริมการเลิกบริโภคยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1.1) การสร้างค่านิยมไม่ยอมรับการบริโภคยาสูบ (Social Denormalization) ในสังคมไทย โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 18 ปี ขึ้นไป

1.2) การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนนวัตกรรมการลดและเลิกบริโภคยาสูบ และสร้างความตระหนักแก่ผู้บริโภคเพื่อเข้าสู่การบริการเลิกยาสูบ

1.3) สร้างและพัฒนาระบบการบันทึกการบริโภคยาสูบทุกคนที่มารับการบริการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

1.4) สร้างและพัฒนาการบันทึกการวินิจฉัยโรคภาวะติดยาสูบในผู้ป่วยที่มีประวัติการบริโภคนิโคตินยาสูบทุกราย

2) การส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ และเครือข่ายให้มืองค์ความรู้ในการช่วยให้เลิกยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

2.1) สร้างความรู้ เผยแพร่ความรู้ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มแรงจูงใจเรื่องการดูแลรักษาภาวะติดยาสูบ

2.2) ส่งเสริมทุนเพื่อพัฒนางานบริการสูการวิจัยทางด้านการบำบัดรักษาโรคภาวะติดยาสูบ

2.3) สร้างและพัฒนาระบบค่าตอบแทนแก่องค์กรและบุคลากรที่ทำงานการบำบัดรักษาเลิกยาสูบเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการให้บริการบำบัดรักษา

2.4) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการบรรจุการเรียนการสอนด้านการบำบัดรักษาภาวะติดยาสูบ (หลักสูตรแพทย์ พยาบาล เภสัช เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือก และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ทุกสาขา)

3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการบริการเลิกยาสูบอย่างเป็นเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

3.1) สร้างระบบบริการเลิกยาสูบหรืออย่างบูรณาการอย่างเป็นเครือข่ายทั่วประเทศ ตั้งแต่ระดับชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน

3.2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบ

3.3) สร้างระบบการดูแลรักษาภาวะติดยาสูบในสถานที่ทำงาน (Smoke-free workplace)

4) สร้างและนำมาตราฐานการดูแลรักษาโรคติดยาสูบระดับชาติ ไปใช้เป็นแนวทางให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

4.1) สร้างมาตรฐานการบำบัดยาสูบระดับชาติ ในการจัดทำคู่มืออบรมบุคลากร

4.2) ขยายงานบริการเลิกยาสูบให้เป็นภารกิจประจำในสถานบริการสาธารณสุขและผลักดันให้เป็นเกณฑ์หนึ่งของระบบการตรวจประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

4.3) เพิ่มความเข้มแข็งขององค์กรและคุณภาพการบริการของ National Quitline

5) ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนากการเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

5.1) ผลักดันให้ยาช่วยเลิกยาสูบ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคม

5.2) ผลักดันให้การจำหน่ายยาช่วยเลิกยาสูบ เป็นยา Over The Counter drugs (OTC)

5.3) ส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัยในการพัฒนายาสมุนไพรช่วยเลิกยาสูบ เป็นนวัตกรรมโดยใช้ภูมิปัญญาไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ 4 ยุทธวิธี ได้แก่

1) ปรับปรุงกฎกระทรวง พ.ศ. 2540 ว่าด้วยการแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประเภทบุหรี่ซิการ์แรต หรือบุหรี่ยี่ห้อ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 1.1) ปรับกระบวนการรายการองค์ประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 1.2) ปรับแก้ไขกฎกระทรวง พ.ศ. 2540 ให้สอดคล้องกับอนุสัญญาการควบคุมยาสูบข้อ 9 และข้อ 10

2) สร้างกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 2.1) พัฒนาแบบฟอร์มรายงานส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 2.2) สร้าง Standard Operation Procedure (SOP) ในการรายงานส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 2.3) สร้างกระบวนการในการนำข้อมูลมาใช้ โดยเฉพาะข้อมูลลับ (Confidential)
- 2.4) กำหนดมาตรฐานของการวิเคราะห์ส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

3) สร้างกลไกให้ธุรกิจยาสูบปฏิบัติตามกฎกระทรวง พ.ศ. 2540 ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 3.1) ตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบการตรวจสอบองค์ประกอบ
- 3.2) ร่าง Standard Operation Procedure ในการตรวจสอบประกอบ
- 3.3) พัฒนาระบบตรวจสอบ (Audit) องค์ประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ธุรกิจยาสูบรายงาน
- 3.4) พัฒนาระบบการสำรวจผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ขายในท้องตลาด เพื่อตรวจสอบองค์ประกอบที่

ต้องห้ามตามกฎหมาย

- 3.5) พัฒนาระบบตรวจสอบ (Inspection) และตรวจสถานที่ที่ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นระยะๆ
- 3.6) พัฒนาระบบการบังคับใช้

4) การเฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลสารอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 4.1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 4.2) เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ 6 ยุทธวิธี ได้แก่

1) ปรับปรุงกฎหมายให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานทุกแห่ง ปลอดควันบุหรี่ 100% ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1.1) ปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยให้ครอบคลุมตามข้อ 8 ในอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ และที่เห็นควรแก้ไขเพิ่มเติมตามบริบทของประเทศไทย

1.2) ปรับปรุงประกาศกระทรวง กฎ หรือระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องและเอื้อต่อกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ที่มีอยู่และที่จะมีการแก้ไขปรับปรุงโดยครอบคลุมกฎหมายด้านแรงงาน อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในทุกที่ที่กำหนดให้ปลอดควันบุหรี่ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

2.1) ปรับปรุงมาตรฐานงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเอื้อให้สถานที่สาธารณะ สถานที่ท่องเที่ยว สถานกีฬา สถานศึกษา ศาสนสถาน และสถานที่ทำงานปลอดควันบุหรี่ ได้แก่ มาตรฐานความปลอดภัยและอาชีวอนามัย มาตรฐานแหล่งท่องเที่ยวและสถานกีฬา มาตรฐานสถานบันเทิง และโรงแรม มาตรฐานสถานศึกษา มาตรฐานศาสนสถาน HA HPH HCA เมื่อนำอยู่และสิ่งแวดล้อม

2.2) สร้างกลไกและระบบการสนับสนุนการพัฒนาสถานที่ปลอดควันบุหรี่ โดยการทำงานร่วมกันของเครือข่าย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยสร้างเครือข่ายเพื่อให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและการสนับสนุนการปฏิบัติตามกฎหมาย เสริมสร้างสมรรถนะในการควบคุมยาสูบขององค์กร (organizational capacity) และบุคลากร (individual capacity) จากภาคส่วนต่างๆ ที่มีบทบาทร่วมในการควบคุมยาสูบ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่

2.3) สร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่หน่วยงานและองค์กร ที่มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

2.4) บูรณาการการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ในโครงการพัฒนาต่างๆ รวมทั้งในสถานที่สาธารณะ ได้แก่ ในสถานที่ราชการ สถานศึกษา ศาสนสถาน สถานประกอบการ สถานที่สาธารณะ/สถานกีฬา สถานที่ท่องเที่ยวและบริการที่เกี่ยวข้อง (โรงแรม/ร้านอาหาร/สถานบันเทิง) สถานที่บริการด้านคมนาคมและขนส่ง โครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน และโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3) ปรับเปลี่ยนค่านิยมของการบริโภคยาสูบในสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานเพื่อเป็นบรรทัดฐานของสังคม ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

3.1) การให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่น เพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงาน และสถานที่สาธารณะ เป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย โดยให้ความรู้ผ่านระบบการเรียนการสอนในระบบการจัดการศึกษา ให้ความรู้ในกระบวนการและกิจกรรมการพัฒนาสังคมและชุมชนต่างๆ และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนทุกประเภททั้งส่วนกลาง และท้องถิ่น ผ่านระบบที่มีอยู่ของหน่วยงานเครือข่าย

3.2) การค้นหาและสร้างบุคคล/หน่วยงานต้นแบบ ที่มีผลงานดีเด่นด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่และเชิดชูเกียรติ

4) ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

4.1) ปรับปรุงประเภท และอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่

4.2) ปรับปรุงกระบวนการวิธีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ โดยจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย จัดทำแผนปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายในทุกระดับ ตั้งศูนย์

ประสานงานและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายและรับเรื่องร้องเรียน โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น โครงการเครือข่ายอาสาสมัคร เป็นต้น และให้ค่าตอบแทน ส่วนแบ่งค่าปรับ หรือมอบรางวัลตอบแทนการดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย

5) ศึกษาวิจัยและพัฒนาให้ได้องค์ความรู้และข้อมูลสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธและการบังคับใช้กฎหมาย ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

5.1) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ โดยจัดทำกรอบความต้องการวิจัย (research need) สนับสนุนทุนวิจัย เพิ่มช่องทางสนับสนุนทุนการวิจัยส่วนภูมิภาค สร้างทีมนักวิจัยด้านการควบคุมยาสูบ และมีทีมผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาการวิจัยด้านยาสูบ

5.2) สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

5.3) เผยแพร่ข้อมูลผลการศึกษาวิจัยตลอดจนองค์ความรู้ใหม่ เพื่อการใช้ประโยชน์ในการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธ

6) เฝ้าระวังและควบคุมกำกับและประเมินผลการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

6.1) พัฒนาระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง เกี่ยวกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธ (โดยให้รวมเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเฝ้าระวังด้านยาสูบแห่งชาติ)

6.2) พัฒนาระบบข้อมูลการบังคับใช้กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธ

6.3) สร้างระบบติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธ

ยุทธศาสตร์ที่ 5: สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ 7 ยุทธวิธี ได้แก่

1) การพัฒนานโยบายและภาวะการนำในการควบคุมยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1.1) การประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ทุก 4 เดือน หรือตามสถานการณ์จำเป็น รวมปีละไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง

1.2) การพัฒนามาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่สอดคล้องตามพันธกรณีของอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ประกอบด้วย

- ข้อ 5.3 การป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐโดยอุตสาหกรรมยาสูบ จะต้องมีนโยบายหรือพัฒนาเป็นกฎกระทรวงเพื่อห้ามการแทรกแซงดังกล่าว

- ข้อ 6 มาตรการด้านภาษียาสูบ โดยในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 นี้ ต้องเร่งผลักดัน/แก้ไขและพัฒนามาตรการด้านภาษีในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ปรับเปลี่ยนระบบการคิดภาษีบุหรี่ซิกาแรตตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ฐานคิดจากราคาขายปลีก

- ปรับภาวียาเส้นมวนเองให้สูงขึ้น เพื่อไม่ให้ผู้สูบบุหรี่ชีกาเรตที่ได้รับผลกระทบจากราคาบุหรี่ที่สูงขึ้น หันมาสูบบุยาเส้นมวนเอง

- ปรับปรุงระบบการคำนวณภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่นๆ ที่มีในระบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

- ผลักดันให้มีการพิจารณาปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชีกาเรตและผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่นๆ ทุก 2 ปี

- เร่งผลักดัน / ปรับเปลี่ยนไม่ให้บุหรี่ชีกาเรตและผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่นๆ จัดเป็นสินค้าปลอดภาษี ที่จำหน่ายอยู่ในร้านค้าปลอดภาษี

- ข้อ 8 มาตรการเพื่อปกป้องบุคคลจากการได้รับอันตรายจากควันบุหรี่ โดยการขยายพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ 100 % ให้เพิ่มมากขึ้นในพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด

- ข้อ 11 มาตรการเกี่ยวกับการบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้แก่การออกกฎกระทรวงภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 เพื่อให้มีการพิมพ์หมายเลขโทรศัพท์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ 1600 บนซองบุหรี่ การปรับเปลี่ยนภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ทุกๆ 2 - 3 ปี และการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง โดยเฉพาะภาพคำเตือนบนซองบุหรีมวนเอง

- ข้อ 13 การห้ามโฆษณาส่งเสริมการขายและการอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการผลักดันนโยบายหรือมีประกาศกระทรวงไม่ให้หน่วยงานราชการรับการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ (Cooperate Social Responsibility) หรืออุตสาหกรรมยาสูบสามารถทำได้แต่ห้ามประชาสัมพันธ์กิจกรรมนั้นๆ โดยเด็ดขาด

- ข้อ 14 การให้บริการเลิกบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการบริการเลิกบุหรีในงานสาธารณสุขมูลฐาน การใช้บริการคลินิกเลิกบุหรี อยู่ในระบบประกันสุขภาพ (UC) การผลักดันให้ยาเลิกบุหรีชนิด first line drug จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตลอดจนการสร้างระบบการส่งต่อผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี ระหว่างสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และการบริการเลิกบุหรีทางโทรศัพท์

- ข้อ 15 การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย โดยการจัดระบบและกลไกเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย

- ข้อ 16 การห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ผู้เยาว์และโดยผู้เยาว์ ข้อนี้ประเทศไทยมีการห้ามขายบุหรีให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีแล้ว แต่ยังไม่มีการห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นผู้ขายบุหรีและผลิตภัณฑ์ยาสูบ และห้ามการขายบุหรีแยกมวน จึงต้องเร่งกำหนดมาตรการในส่วนชาตินี้ภายในปี พ.ศ. 2557

2) พัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

2.1) การพัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบในส่วนกลาง ได้แก่ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

2.2) การพัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบในส่วนภูมิภาค โดยผลักดันให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนจากภาคประชาชนและผู้เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการชุดดังกล่าว จะทำให้สามารถนำนโยบายการควบคุมยาสูบที่ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ

3) พัฒนาระบบเฝ้าระวัง การควบคุมกำกับและประเมินผลการควบคุมยาสูบ ยุทธวิธีนี้ ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

3.1) การจัดตั้งและพัฒนาระบบเฝ้าระวังยาสูบแห่งชาติ ให้ครอบคลุมการเฝ้าระวังในด้านต่างๆ ได้แก่

- การเฝ้าระวังด้านอุปสงค์ (demand) ได้แก่ ระบบการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ การเกิดโรค การป่วย และตาย ด้วยโรคจากการบริโภคยาสูบ

- การเฝ้าระวังด้านอุปทาน (supply) ได้แก่ การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย

- การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบในด้านต่างๆ เช่น การแทรกแซงนโยบายรัฐโดยอุตสาหกรรมยาสูบ การสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR) และการโฆษณาส่งเสริมการขาย เป็นต้น ทั้งนี้ในปี 2553 - 2554 จะมีการพัฒนารูปแบบระบบการเฝ้าระวังยาสูบแห่งชาติเป็นโครงการนำร่อง และจะได้ออกแบบเพื่อขยายไปใช้ทั่วประเทศต่อไป

- การเฝ้าระวังบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

- มีระบบการรายงานผลการเฝ้าระวังในระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศ

- บูรณาการระบบเฝ้าระวังด้านการควบคุมยาสูบที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ

อย่างเป็นระบบ

3.2) การประเมินผลกระทบของนโยบายควบคุมยาสูบต่ออัตราการสูบบุหรี่ การป่วย และตาย เนื่องจากการสูบบุหรี่

4) มาตรการสนับสนุนการศึกษาวิจัยและจัดการความรู้ด้านยาสูบ ยุทธวิธีนี้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

4.1) สนับสนุนการวิจัยตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก โดยลำดับความสำคัญ เพื่อใช้สนับสนุนการพัฒนา นโยบายและการปฏิบัติตามนโยบาย และความเร่งด่วน

4.2) จัดการความรู้ด้านการควบคุมยาสูบตามกรอบอนุสัญญาฯ ดังกล่าว

4.3) เผยแพร่งานวิจัยสู่หน่วยงาน องค์กร และผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

4.4) เผยแพร่สู่สาธารณะ

5) การเสริมสร้างขีดความสามารถและขยายเครือข่ายในการควบคุมยาสูบของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

5.1) การพัฒนาสมรรถนะกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด เพื่อให้สามารถจัดทำแผนงานควบคุมยาสูบระดับจังหวัด โดยใช้ข้อมูลเป็นฐาน (evidence based) ได้

5.2) พัฒนาสมรรถนะกำลังคนด้านสาธารณสุข เครือข่ายวิชาชีพ และด้านการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนให้มีความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ

5.3) ดำเนินการให้มีเนื้อหาการควบคุมยาสูบทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษาเพื่อเข้าถึงของบุคคลทุกวัยและทุกระดับ

6) การเสริมสร้างขีดความสามารถและขยายเครือข่ายความร่วมมือในการควบคุมยาสูบระดับภูมิภาค ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

6.1) พัฒนาให้มีมาตรการควบคุมยาสูบร่วมกันของประเทศในภูมิภาคอาเซียน โดย

- ผลักดันให้การควบคุมยาสูบเป็นวาระแห่งภูมิภาคอาเซียน (ASEAN Agenda) ในการประชุมรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอาเซียน

- ที่ประชุมรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอาเซียน มีการกำหนดนโยบาย/มาตรการในระดับภูมิภาคอาเซียนเพื่อการควบคุมยาสูบ

6.2) พัฒนาสมรรถนะกำลังคนของประเทศในอาเซียน ในการควบคุมยาสูบตามแนวทาง

ของอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

6.3) การพัฒนาให้เกิดศูนย์ประสานงานเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

(WHO Collaborating Center for Tobacco Control)

7) ปรับปรุงกฎหมายและสร้างความเข้มแข็งการบังคับใช้กฎหมาย ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

7.1) ปรับปรุงพระราชบัญญัติ ประกาศกระทรวง กฎหรือระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ

7.2) พัฒนาศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่งานควบคุมยาสูบ

7.3) ชี้แจงมาตรการทางกฎหมายแก่ผู้มีส่วนได้เสียตามกฎหมายควบคุมยาสูบ

7.4) รณรงค์ เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์กฎหมายควบคุมยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 6: ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ 4 ยุทธวิธี

1) การตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามบุหรี่ผิดกฎหมายแห่งชาติ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1.1) กำหนดนโยบาย มาตรการและแผนในการป้องกันและปราบปรามผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีการหลบเลี่ยงภาษี รวมทั้งกำกับติดตามการดำเนินงานในภาพรวม

1.2) จัดให้มีการกำกับติดตามและแก้ไขสถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

1.3) จัดให้มีการประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

1.4) พัฒนาระบบการสำรวจผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายที่ขายในท้องตลาด เพื่อสำรวจสถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย โดยมีการสุ่มตรวจเป็นระยะๆ

1.5) จัดให้มีแนวทางการดำเนินงานในระยะยาว โดยปรับแก้กฎหมายที่เอื้อต่อการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

2) การควบคุมแหล่งจัดหา (supply chain control) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ดังนี้

2.1) จัดให้มีระบบและระเบียบการออกใบอนุญาต

2.2) กำหนดให้มีการระบุหรือพิสูจน์ยืนยันการเป็นผู้ประกอบการ

2.3) จัดตั้งระบบการสืบค้นและติดตาม

2.4) กำหนดให้มีการเก็บรักษาบันทึกการทำธุรกรรมที่สมบูรณ์และถูกต้อง

2.5) กำหนดมาตรการด้านความปลอดภัยและการป้องกัน

2.6) ระวังการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือวิธีการสื่อสารโทรคมนาคมอื่นๆ

2.7) ยกเลิกการยกเว้นภาษีในพื้นที่การค้าเสรี (free zone) และร้านค้าปลอดอากร (duty free)

3) การดำเนินการสำหรับผู้กระทำความผิดและบทลงโทษ (offences) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก ดังนี้

3.1) กำหนดให้การปฏิบัติที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายเป็นความผิดทางอาญา

3.2) กำหนดความรับผิดของนิติบุคคล

3.3) ปรับบทลงโทษตามความรุนแรงของความผิด

3.4) กำหนดมาตรการการเข้าตรวจค้นและการเก็บหลักฐาน

3.5) กำหนดมาตรการในการริบทรัพย์และการยึดทรัพย์

3.6) กำหนดให้มีการเก็บภาษีตามจำนวนที่เท่ากับภาษีอากรที่ได้สูญเสียไป

3.7) กำหนดให้มีการทำลายผลิตภัณฑ์ยาสูบและอุปกรณ์การผลิตที่ได้ยึดมา

3.8) กำหนดมาตรการในการใช้เทคนิคการสืบสวนพิเศษ

4) ความร่วมมือระหว่างประเทศ (International cooperation) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

4.1) กำหนดให้มีการแบ่งปันข้อมูลระหว่างประเทศ

4.2) ประสานความร่วมมือและความช่วยเหลือกับองค์กรระหว่างประเทศ

4.3) กำหนดเขตอำนาจเหนือความผิดทางอาญา

4.4) สร้างความร่วมมือด้านการบังคับใช้กฎหมาย

ยุทธศาสตร์ที่ 7 : แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ

3 ยุทธวิธี ได้แก่

1) การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 1.1) ปรับเพิ่มอัตราภาษีบุหรี่ซิกาแรตตามสภาพ
- 1.2) ปรับเพิ่มอัตราภาษียาสูบประเภทอื่นๆ นอกจากบุหรี่ซิกาแรต ทั้งอัตราตามสภาพและอัตราตามมูลค่า
- 1.3) แก้ไขกฎหมายยาสูบให้ครอบคลุมถึงยาสูบพันธุ์พื้นเมือง ต้องเสียภาษีและอยู่ภายใต้กฎหมายยาสูบ
- 1.4) ศึกษาปรับปรุงโครงสร้างอัตราภาษียาสูบทั้งระบบ อาทิ การเปลี่ยน เป็นอัตราแบบผสม คืออัตราตามสภาพ รวมกับอัตราตามมูลค่าจากฐานราคาขายปลีกที่แนะนำ (แบบ EU)
- 1.5) ปรับปรุงอัตราภาษี และฐานภาษีในการคำนวณภาษียาสูบ โดยแก้ไขกฎหมายยาสูบให้มีประสิทธิภาพป้องกันการหลบเลี่ยงภาษีด้วยการแจ้งราคาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น
- 1.6) สื่อสารสาธารณะสร้างความเข้าใจถึงผลกระทบ เช่น ผลกระทบของการขึ้นภาษีและการค้าบุหรี่

2) การปรับปรุงระบบการบริหารจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบ ยุทธวิธีนี้

ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 2.1) กำหนดให้ควบคุมราคาจำหน่ายบุหรี่ขั้นต่ำ
- 2.2) เพิ่มค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ให้สูงขึ้น
- 2.3) การไม่ให้ผู้ใดผลิตหรือนำเข้าหรือมีเครื่องจักรและเครื่องมืออุปกรณ์ใดๆ ที่ใช้สำหรับการผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบไว้ในครอบครอง เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมสรรพสามิต
- 2.4) การเพิ่มบทลงโทษ
- 2.5) แก้ไขกฎหมายยาสูบ กำหนดจุดการจัดเก็บภาษียาสูบให้ชัดเจน (Tax Point)
- 2.6) ปรับปรุงวิธีการตรวจสอบโครงสร้างราคา และกำหนดมูลค่างานยาสูบ
- 2.7) ปรับปรุงกฎหมายยาสูบให้เป็นระบบภาษีแบบประเมินตนเอง มีการทำบัญชีและสามารถตรวจสอบภาษีย้อนหลังได้

3) การลดสิทธิประโยชน์ทางภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 3.1) ลดการผ่อนผันการยกเว้นผู้เดินทางนำยาเส้นหรือยาสูบไม่เกิน 500 กรัม เข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรโดยไม่ต้องปิดแสตมป์ยาสูบ
- 3.2) ลดข้อกำหนดยกเว้นอากรของส่วนตัวที่ผู้เดินทางนำเข้ามาพร้อมกับตนนำบุหรี่ 200 มวน หรือซิการ์หรือยาเส้นอย่างละ 250 กรัม หรือหลายชนิดรวมกันมีน้ำหนักทั้งหมด 250 กรัม แต่ทั้งนี้บุหรี่ต้องไม่เกิน 200 มวน โดยควรจำกัดปริมาณการนำเข้าต่อวันต่อคนสำหรับด่านชายแดนที่ติดกับประเทศไทยด้วย
- 3.3) ลดการยกเว้นอากรสำหรับบุหรี่ปริมาณไม่เกิน 200 มวน หรือซิการ์หรือยาเส้นปริมาณไม่เกินอย่างละ 250 กรัม หรือหลายชนิดรวมกันปริมาณไม่เกิน 250 กรัม แต่ทั้งนี้ปริมาณบุหรี่ต้องไม่เกิน 200 มวน ที่ผู้

เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรซื้อจากคลังสินค้าทัณฑ์บนสำหรับแสดงและขายของที่เก็บในคลังสินค้าทัณฑ์บน ที่ตั้งอยู่ในสนามบินศุลกากรตามกฎหมายว่าด้วยศุลกากร

3.4) กำหนดให้ยาสูบเป็นสินค้าอรรถการของข้อตกลงการค้าเสรี (FTA)

ยุทธศาสตร์ที่ 8 : ใฝ่ระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ 7 ยุทธวิธี ได้แก่

1) การป้องกันอุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาแทรกแซงนโยบายว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1.1) สร้างความตระหนักในองค์กร หน่วยงานภาคีภาครัฐ เกี่ยวกับกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบที่ผู้บริโภค กลุ่ม และองค์กรเครือข่ายต่างๆ ให้ดำเนินการทั้งโดยเปิดเผยหรือโดยลับ

1.2) ออกกฎ หรือประกาศระดับกระทรวง และระดับชาติ เรื่องป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ

2) การตรวจสอบอุตสาหกรรมยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

2.1) ใฝ่ระวังและสำรวจบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ และโรงงานยาสูบ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร การประชาสัมพันธ์ การเข้ามาติดต่อกับราชการและหน่วยงานอื่นที่ควบคุมยาสูบ และความรับผิดชอบต่อสังคม

2.2) ใฝ่ระวังและสำรวจกลุ่มที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น สมาคมผู้เพาะปลูกใบยาสูบ สมาคมผู้ค้าผู้ขายส่งยาสูบ ร้านค้าปลีก ร้านสะดวกซื้อ และซูเปอร์มาร์เกต

3) ใฝ่ระวังและดำเนินการกับผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

3.1) ดำเนินการออกกฎหมาย ประกาศ/กฎกระทรวง ห้ามการนำเข้า การผลิตและการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไร้ควัน บุหรี่ซูรส และผลิตภัณฑ์ยาสูบแปลงร่าง (Alternative Products)

3.2) ดำเนินการชี้แนะแก่สาธารณะ

3.3) สร้างเครือข่ายใฝ่ระวังในระดับต่างๆ จนถึงระดับชุมชน

4) ใฝ่ระวังและดำเนินการกับตลาดรูปแบบใหม่ต่างๆ ยุทธวิธีนี้เป็นการดำเนินการทางสังคม และกฎหมายต่อการตลาดรูปแบบใหม่ต่างๆ หรือ Below the Line marketing (การตลาดที่มีลักษณะแอบแฝง กิจกรรมการตลาดที่ไม่ผ่านสื่อ เช่น การประชาสัมพันธ์ การตลาดทางตรง การจัดกิจกรรม หรือการขายโดยพนักงาน) เพื่อมิให้มีผู้นิยมผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่มขึ้น

5) ใฝ่ระวังและดำเนินการด้านความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ของบริษัทบุหรี่และโรงงานยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

5.1) จัดทำ Advocacy research ในเรื่อง CSR ของธุรกิจยาสูบ

5.2) ใช้กฎระเบียบราชการซึ่งเกิดจากข้อ 5.3 ของอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก กำกับธุรกิจยาสูบมิให้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การทำ CSR

5.3) จัดกิจกรรมณรงค์ สร้างกระแสต่อเนื่อง เพื่อการรู้เท่าทันเกี่ยวกับกิจกรรม CSR ของธุรกิจยาสูบ

6) การทำให้ยาสูบเป็นสิ่งที่ไม่ปกติ (Tobacco demoralization) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

6.1) เผ่าร้างการสร้างแรงดึงดูด เย้ายวนใจ (Glamorization) ของการบริโภคยาสูบ

6.2) ให้การศึกษา (Educate) ให้ข้อมูล (Inform) และให้การชี้แนะ (Advocate) แก่ สาธารณะ เพื่อให้เกิดบรรทัดฐานในสังคมให้การบริโภคยาสูบเป็นสิ่งที่ไม่ปกติ

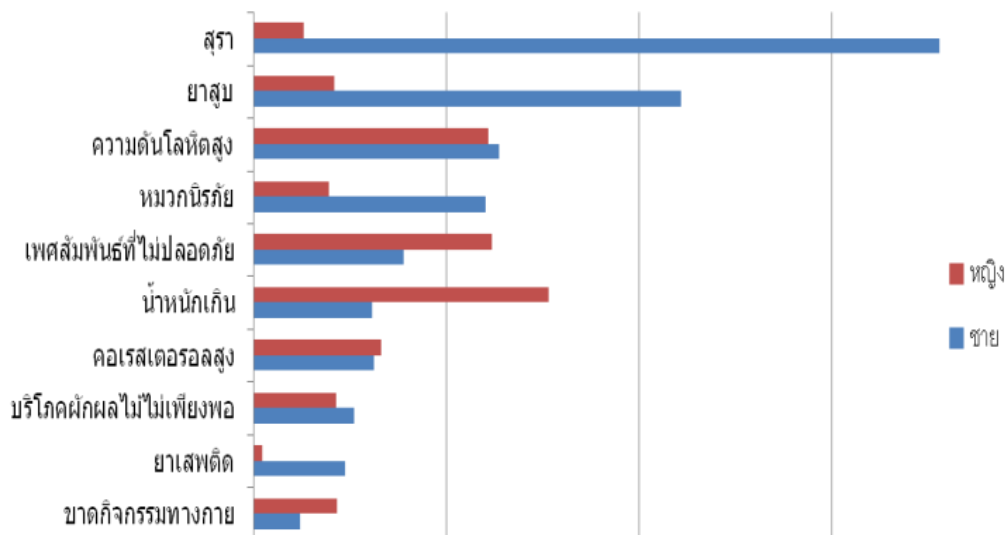
7) การเป็นคดีความ (Litigation) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

7.1) เผ่าร้างการละเมิดกฎหมายของบริษัทบุหรี่ หรือโรงงานยาสูบ

7.2) ดำเนินคดีกับธุรกิจยาสูบที่ทำผิดกฎหมาย พร้อมกับการเผยแพร่ข่าวแก่สื่อมวลชน

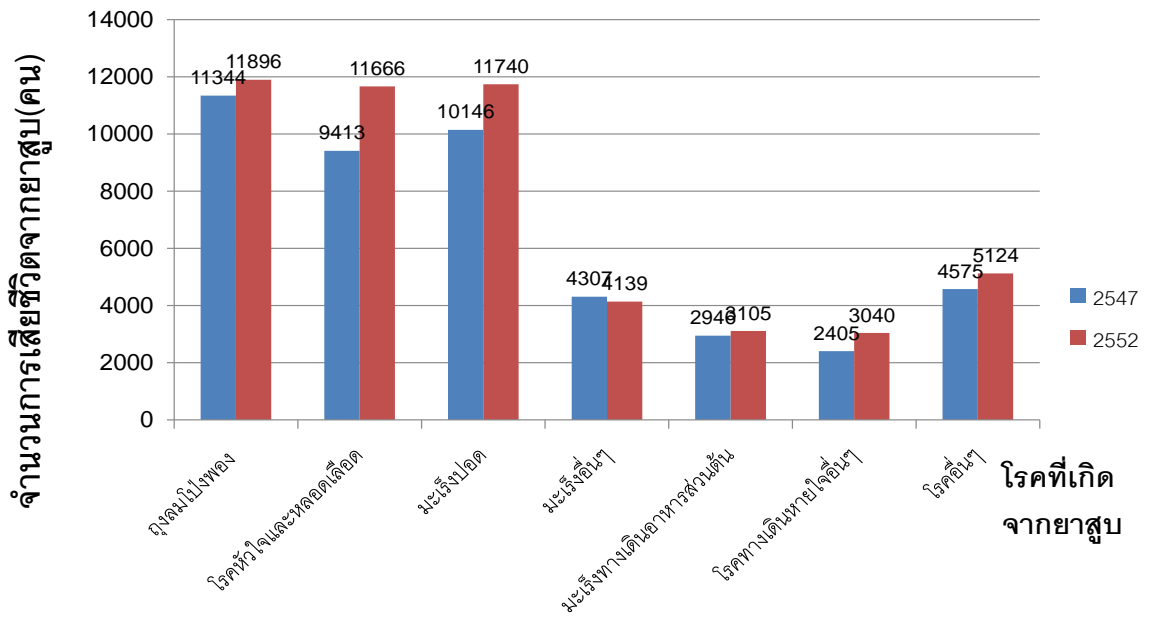
ส่วนที่ 3 สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง ที่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงเป็นอันดับ 2 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์ ดังภาพที่ 3 ร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการสูบบุหรี่ มีอายุไม่เกิน 44 ปี ข้อมูลระดับโลกชี้ว่ากว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่ติดบุหรี่ระยะยาว จะเสียชีวิตด้วยโรคอื่นเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งผู้สูบลุ่เหล่านั้นจะมีอายุสั้นลง 20– 25 ปี ดังนั้นการป้องกันก่อนจะมีอาการของโรค จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดภาวะโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีคนที่ตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 12% ของการตายทั้งหมด โดยที่เป็นผู้ชาย 42,989 คน และเป็นผู้หญิง 7,721 คน จากข้อมูลปี 2552 พบ 3 โรคที่เป็นสาเหตุการตายหลักจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพอง) จำนวน 11,896 คน มะเร็งปอด 11,740 คน และโรคหัวใจและหลอดเลือด 11,666 คน ดังภาพที่ 4



ที่มา : การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2552 โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำตัวชี้วัดภาระโรค และปัจจัยเสี่ยงของ ประเทศไทย (Burden of Disease) . สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3 ผลการศึกษาภาระโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2552

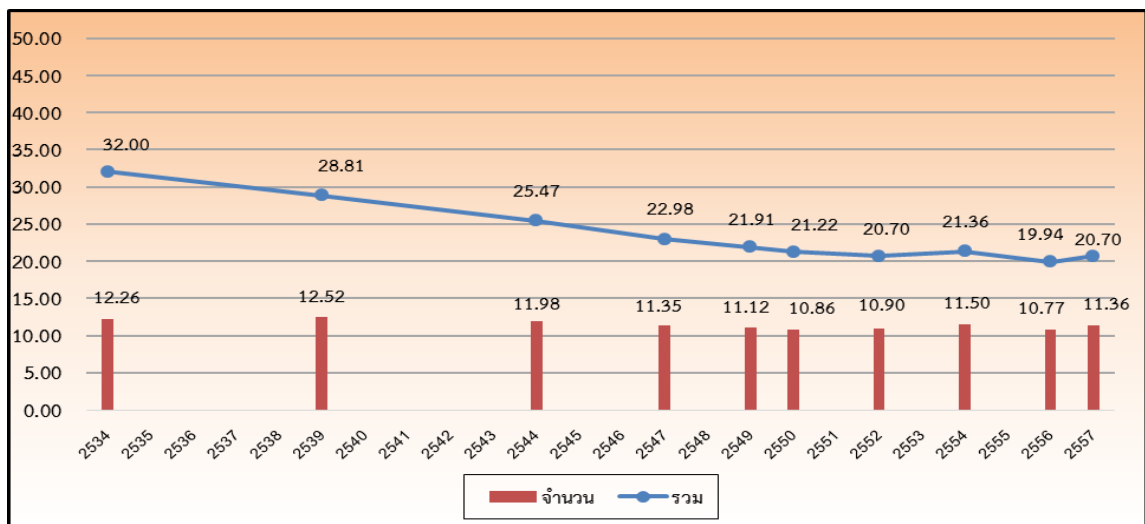


ที่มา : แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาระโรคและสุขภาพของประเทศไทย
สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554

ภาพที่ 4 เปรียบเทียบการเสียชีวิตจากยาสูบ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552

อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบ จำแนกตามจำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าตั้งแต่ปี 2534 - 2552 อัตราการบริโภคยาสูบมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในปี 2554 กลับมีอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.36 และกลับลดลงในปี 2556 คิดเป็นร้อยละ 19.94 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่ปี 2556 และปี 2557 พบว่าในปี 2557 มีอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.70 ดังภาพที่ 5

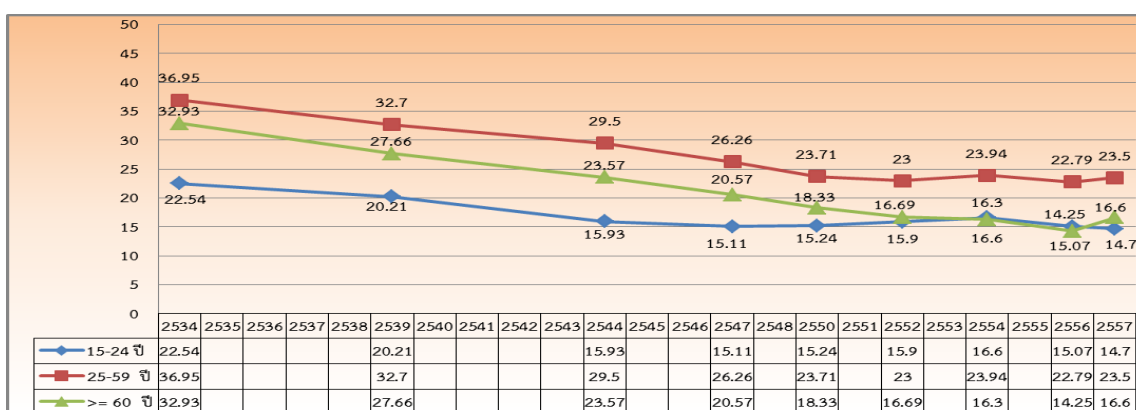


ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 5 อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ

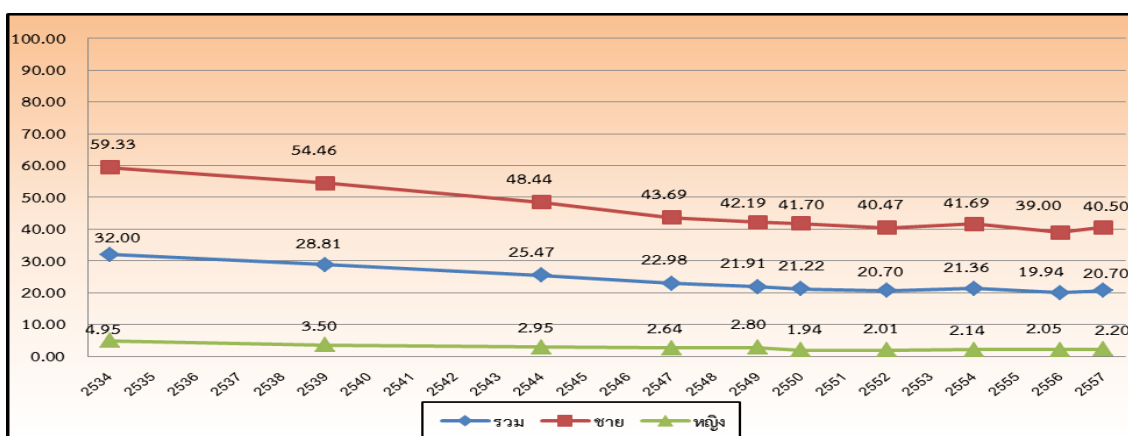
จากข้อมูลเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2534 - 2544 อัตราการบริโภคยาสูบมีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่ม หลังปี พ.ศ. 2544 -2557 อัตราการบริโภคยาสูบในประชากร ยังคงมีแนวโน้มลดลง ผลการสำรวจในปี 2554 กลับมีอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 15- 24 ปี และกลุ่มอายุ 25-59 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการบริโภคยาสูบในปี 2552 ต่อมาในปี 2556 มีอัตราการบริโภคลดลงในทุกกลุ่มอายุ และกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2557 ยกเว้นในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ที่ยังคงมีอัตราการบริโภคยาสูบที่ลดลง ดังภาพที่ 6 แสดงให้เห็นว่ามาตรการการดำเนินงานเพื่อควบคุมยาสูบควรมุ่งเน้นในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน ทั้งนี้เพื่อส่งผลกระทบต่อเป้าหมายการลดอัตราการบริโภคในระยะยาวต่อไป



ภาพที่ 6 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2534 - 2557

อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ

จากข้อมูลการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2534 - 2557 จำแนกตามเพศ พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอัตราการบริโภคยาสูบลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2534-2552 และมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2554 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และกลับลดลงในปี 2556 จากการสำรวจ ในปี 2557 พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 40.50 และร้อยละ 2.20 ตามลำดับ ดังภาพที่ 7



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 7 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2534 - 2557

อัตราการบริโภคน้ำมันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค

จากข้อมูลการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2534 – 2557 จำแนกตามภาค พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปี ในแต่ละภูมิภาคมีอัตราการบริโภคน้ำมันลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2534 – 2552 และในปี 2554 มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในทุกภาค และกลับลดลงในปี 2556

เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่า ในปี 2557 ภาคใต้มีอัตราการบริโภคน้ำมันมากที่สุด เมื่อเทียบกับทุกภูมิภาค คิดเป็นร้อยละ 27.1 รองลงมาคือภาคอีสานร้อยละ 21.9 ภาคเหนือร้อยละ 20.4 ภาคกลางร้อยละ 18.9 และกรุงเทพมหานครร้อยละ 16.6 ตามลำดับ ดังภาพที่ 8

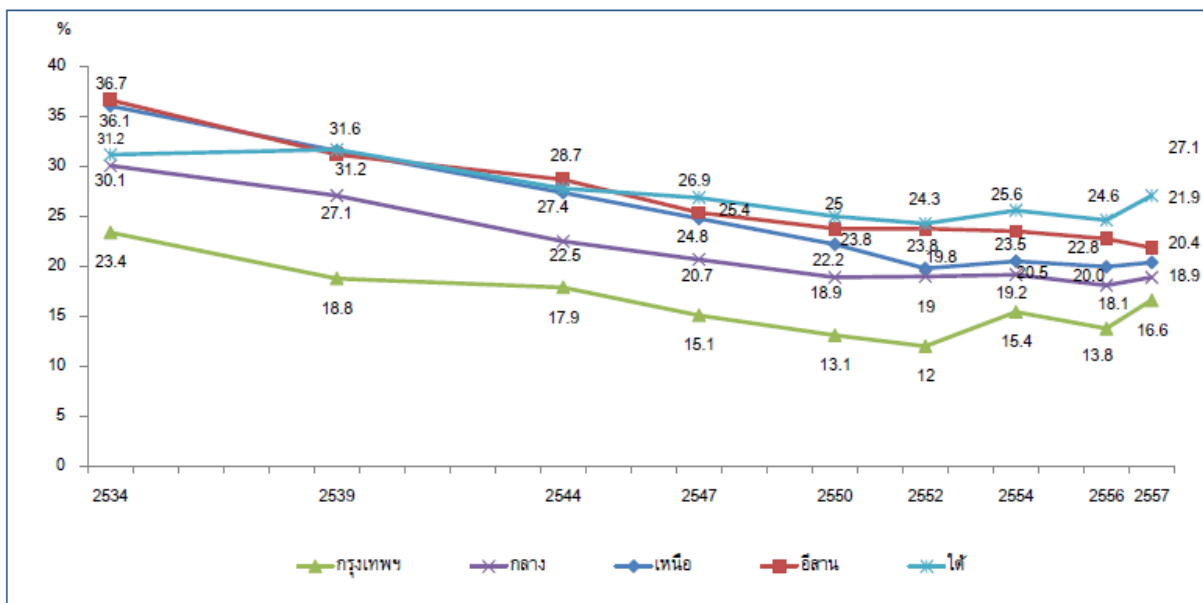
ภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงจากร้อยละ 36.1 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 19.8 ในปี 2552 กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.5 ในปี 2554 และลดลงเล็กน้อยเหลือร้อยละ 20.4 ในปี 2557

ภาคอีสาน อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 36.7 ในปี 2534 และลดลงเหลือร้อยละ 23.5 และ 21.9 ในปี 2554 และปี 2557 ตามลำดับ

ภาคใต้ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า จากร้อยละ 31.2 ในปี 2534 ลดลงเป็นร้อยละ 24.3 ในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.6 ในปี 2554 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.1 ในปี 2557

ภาคกลาง อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า จากร้อยละ 30.1 ในปี 2534 ลดลงเป็นร้อยละ 18.9 ในปี 2550 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.0 และ 19.2 ในปี 2552 และปี 2554 และลดลงเหลือร้อยละ 18.9 ในปี 2557

กรุงเทพมหานคร อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า จากร้อยละ 23.4 ในปี 2534 ลดลงเป็นร้อยละ 12.0 ในปี 2552 กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.4 และร้อยละ 16.6 ในปี 2554 และปี 2557 ตามลำดับ

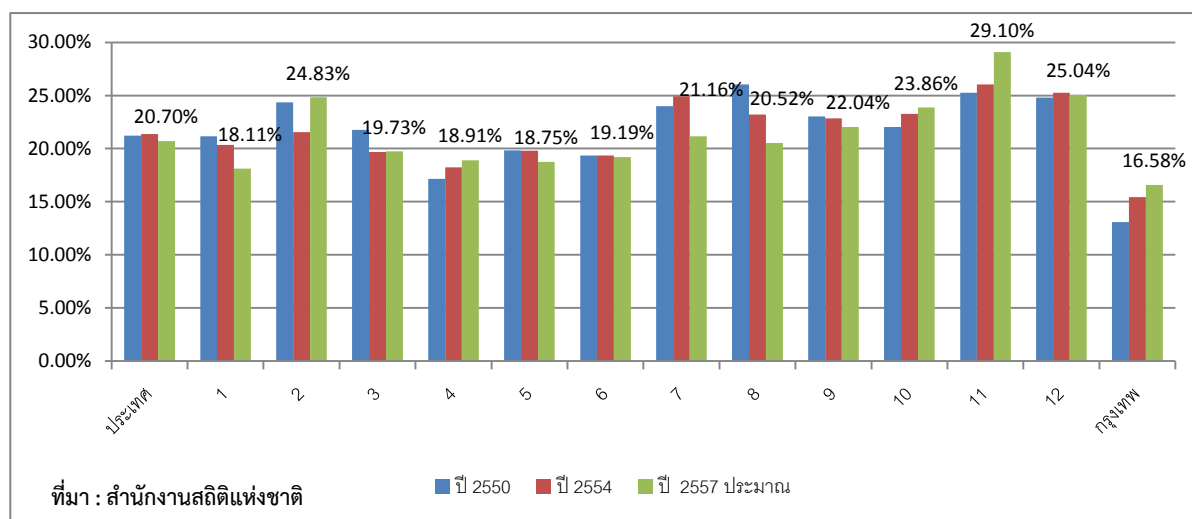


ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 8 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค พ.ศ. 2534 – 2557

อัตราการบริโภคยาสูบของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่รายเขตสุขภาพ ปี 2550,2554,2557 พบว่าในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีเขต 2,4,10,11 และ กรุงเทพมหานคร ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 อัตราการสูบบุหรี่อายุ 15 ปี ขึ้นไป(รายเขตสุขภาพ) พ.ศ. 2550, 2554, 2557

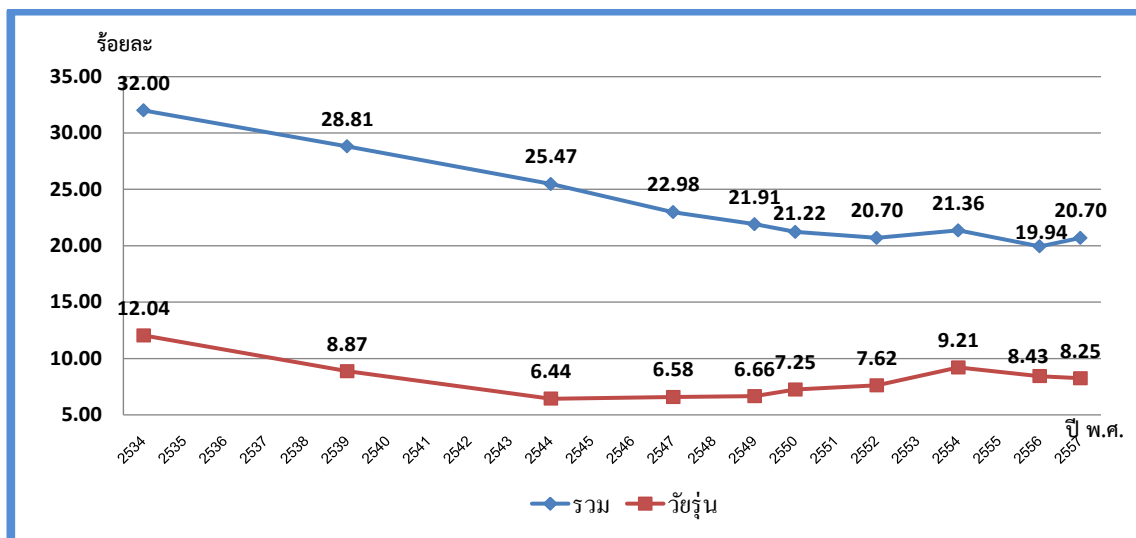
อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชน (อายุ 15-18 ปี)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2557 พบว่า เยาวชนอายุ 15-18 ปี สูบบุหรี่จำนวน 353,898 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 กลุ่มอายุ 19-24 ปี สูบบุหรี่จำนวน 1,059,839 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 ของประชากรตามกลุ่มอายุ

จากสถิติพบว่า เด็กไทยที่สูบบุหรี่ทุกๆ 10 คน จะติดบุหรี่ไปจนตลอดชีวิตสูงถึง 7 คน เมื่อคาดการณ์จากจำนวนของเยาวชนกลุ่มอายุ 15-18 ปี ที่มีจำนวนการสูบบุหรี่เฉลี่ยปีละ 3.5 แสนคน จะทำให้มีเยาวชนถึงปีละ 2-2.5 แสนคน ที่จะเข้าสู่วงจรการเสพติดบุหรี่ และส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดังนั้น การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นเยาวชน จึงเป็นมาตรการที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ

แต่ทว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่สำคัญ ได้แก่ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 นั้น ใช้มากกว่า 20 ปีแล้ว ทำให้มีความล้าสมัย และเกิดช่องโหว่ที่ทำให้ธุรกิจยาสูบใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาต่อยอดเชิงธุรกิจมาโดยตลอด แต่ทั้งนี้ ข้อบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ได้จำกัดกลยุทธ์ส่งเสริมการขาย รวมถึงห้ามผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ เพื่อร่วมกันปกป้องเยาวชนไทย

เยาวชน (อายุ 15 – 18 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น โดยในปี 2552 – 2554 เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี รอบ 20 ปี(ปี 2534 – 2554) ลดลงเฉลี่ยร้อยละ 1.2 แต่ในปี 2547 - 2554 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันชนิดมีควันอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2534-2557

อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี จากปี พ.ศ.2534 - 2557 พบว่า เยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ ลดลงจาก ร้อยละ 12 ในปี พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 8.25 ในปี พ.ศ.2557 เมื่อพิจารณาการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทย อายุ 15-18 ปี ในรอบ 24 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2534-2557) พบว่า ในช่วงแรก (ปี พ.ศ.2534 - 2547) อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง โดยมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยลดลง ร้อยละ 0.42 ต่อปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – ถึงปัจจุบัน (ปี 2557) อัตราการบริโภคยาสูบกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 6.58 เป็นร้อยละ 8.25 โดยมีอัตราเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.17 ต่อปี

จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2557 พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำคือ 17.8 ปี ขณะที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นปกตินิสัย(สูบประจำ/นานๆครั้ง) คือ 19.5 ปี เมื่อเทียบกับปี 2550 พบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่น คือจากปี 2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปี และในปี 2557 ลดลงเป็น 15.6 ปี ซึ่งให้เห็นว่าอายุของนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ลดลง ดังนั้นควรมีการบังคับใช้กฎหมายและมีมาตรการที่สกัดกั้นการเกิดนักสูบหน้าใหม่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2544-2557

พ.ศ.	เยาวชน (15 – 24 ปี)	วัยทำงาน (25 – 59 ปี)	วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	อายุเฉลี่ย
2544	16.9	18.7	19.3	18.5
2547	16.5	18.6	19.2	18.4
2549	16.6	18.1	18.5	18.3
2550	16.8	18.7	19.3	18.5
2554	16.2	18.1	18.6	17.9
2557	15.6	18.0	18.5	17.8

ที่มาข้อมูล : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

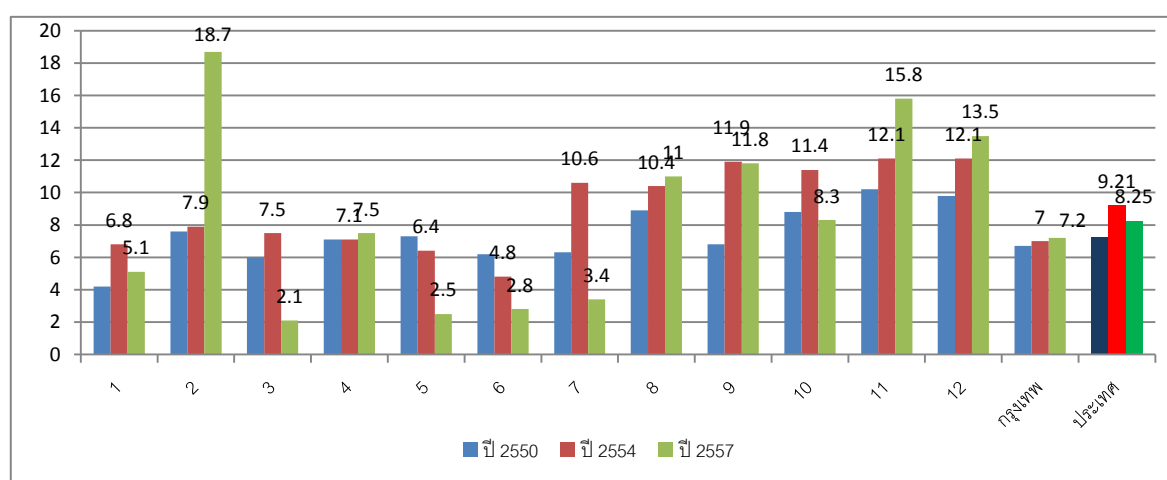
การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน พบว่า (GATs ปี 2554) (ศรัณญา เบญจกุล และคณะ, 2555)

เยาวชนอายุน้อยกว่า 18 ปี ยังคงเข้าถึงและซื้อบุหรี่ซิการ์แบบแบ่งขายเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 84.3 เป็น ร้อยละ 88.3 และซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำมากที่สุดถึงร้อยละ 97.7 โดยสังเกตเห็นการโฆษณา ณ จุดขายเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.6 เป็น ร้อยละ 24.5 และสังเกตเห็นกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบรูปแบบต่างๆ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.4 เป็น ร้อยละ 34.2

นอกจากนี้เยาวชนคิดจะเลิกยาสูบลดลง จากร้อยละ 60.6 เหลือร้อยละ 42.6 และเลิกยาสูบได้สำเร็จลดลงจากร้อยละ 6.2 เหลือ ร้อยละ 2.2 จำนวน 1.2 แสนคน เหลือ 6 หมื่นคน และผลการวิจัยพบว่ามีปัญหาการบังคับใช้กฎหมายห้ามขายบุหรี่แก่เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของร้านค้ามีการขายบุหรี่ให้แก่เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนอายุ 15-18 ปี จำแนกตามเขตสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น 15-18 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2550, 2554, 2557 พบว่าในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีเขต 2, 4, 10, 11 และ กรุงเทพมหานคร ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 11

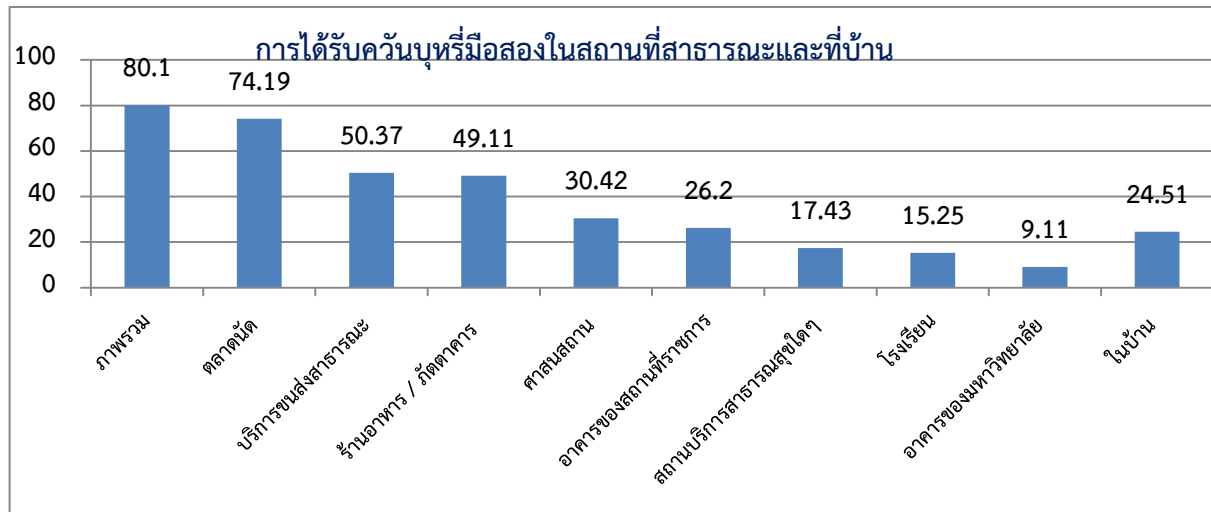


ภาพที่ 11 อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น 15-18 ปี (รายเขตสุขภาพ) พ.ศ. 2550, 2554, 2557

สถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง

สถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะต่างๆ ในปี 2554 ของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมมีอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ร้อยละ 80.1

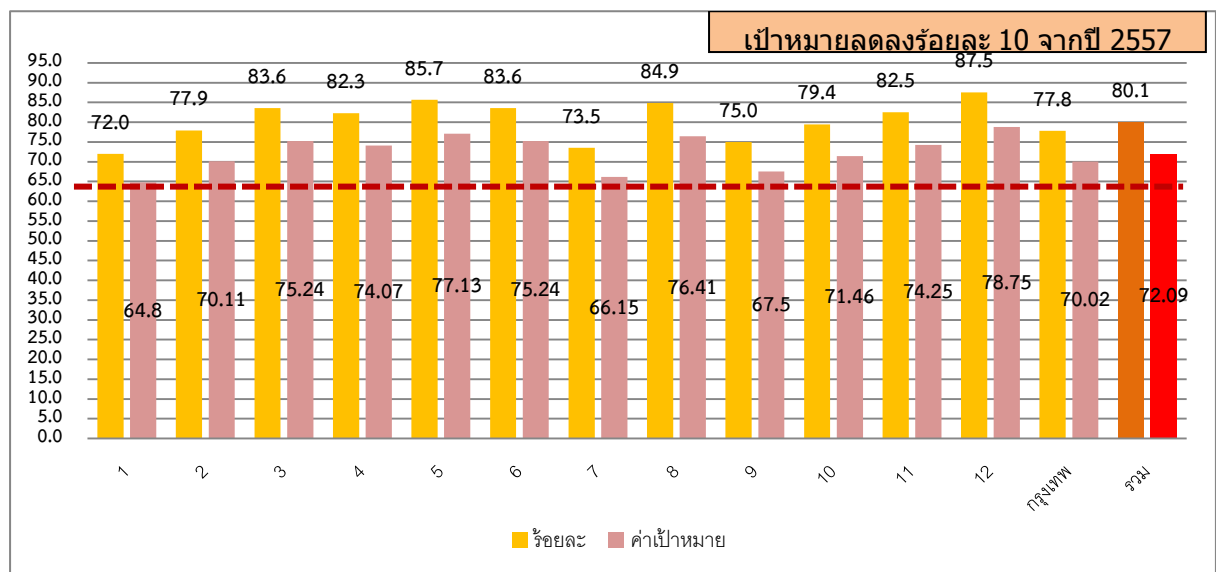
โดยสถานที่สาธารณะที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง 6 ลำดับแรกได้แก่ 1) ตลาด 2) ขนส่งสาธารณะ 3) ร้านอาหาร/ภัตตาคาร 4) ศาสนสถาน 5)สถานที่ราชการ 6)สถานบริการสาธารณสุข ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 12 สถานที่สาธารณะที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง พ.ศ. 2554

สถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง จำแนกตามเขตสุขภาพ

ร้อยละของการได้พบเห็น/ได้กลิ่น/เห็นกันบุหรี่ภายในสถานที่สาธารณะ จำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่า มีเขตสุขภาพที่มีร้อยละของการได้พบเห็น/ได้กลิ่น/เห็นกันบุหรี่ภายในสถานที่สาธารณะ สูงกว่าร้อยละ 80 จำนวน 7 เขต ได้แก่ เขต 3, 4, 5, 6, 8, 11 และ 12 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าควรเพิ่มมาตรการการดำเนินงานในส่วนของการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้เข้มข้นมากขึ้น เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนที่ไม่สูบบุหรี่ ดังภาพที่ 13



ภาพที่ 13 สถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง จำแนกตามเขตสุขภาพ

สรุปข้อค้นพบสำคัญของสถานการณ์การบริโภคยาสูบเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2552 และ 2554

- ผู้บริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น
- ผู้บริโภคยาสูบเริ่มต้นสูบเป็นประจำเมื่ออายุน้อยลง
- ประชากรไทยสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านตนเองเพิ่มขึ้น
- ประชากรไทยสัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายเพิ่มขึ้น
- โอกาสเข้าถึงบุหรี่ปริมาณเพิ่มขึ้น
- พบเห็นการโฆษณา & ส่งเสริมการขายบุหรี่ เพื่อจูงใจให้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

สรุปข้อค้นพบจำแนกตามพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพ

- อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ชนิดมีควัน พบสูงสุดในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 11 และ 12
- ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน ในเขตสุขภาพ 7, 10 และ 1 เริ่มต้นสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่าเขตอื่นๆ
- กลุ่มผู้สูบบุหรี่จัด พบสูงสุดในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 11
- สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ทั้งบุหรี่ปริมาณและบุหรี่ปริมาณเอง พบสูงสุดในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. 12
- ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. 12 ได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะสูงสุด
- ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. 10 เคยสังเกตเห็นการโฆษณา ณ จุดขายสูงสุด
- ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. 1 เคยสังเกตเห็นการส่งเสริมการขายสูงสุด

จากสถานการณ์สามารถสรุปปัญหาเป็นประเด็นสำคัญๆ ได้ดังนี้

- อัตราการบริโภคยาสูบ
 - การบริโภคยาสูบในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงน้อยกว่าในช่วงแรกถึงสามเท่า
 - เพศชายมีอัตราการบริโภคยาสูบที่สูงกว่าเพศหญิงประมาณ 20 เท่า
 - คนในชนบทยังมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงกว่าคนในเมือง
 - เยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี มีแนวโน้มการบริโภคเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - 2557 และเริ่มสูบบุหรี่เป็นประจำที่อายุน้อยลง
 - อัตราการตายจากโรคที่บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น
- การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี
 - ซื้อบุหรี่ซิกาแรตแบบแบ่งขายเพิ่มขึ้น
 - ซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำถึงร้อยละ 97.7
 - ขายบุหรี่ให้เด็กโดยไม่ถามอายุถึงร้อยละ 90
 - มีผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ และรูปแบบการขายที่เยาวชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย
 - เยาวชนคิดจะเลิกยาสูบลดลง จากร้อยละ 60.6 เหลือร้อยละ 42.6

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบ จะพบว่ามีจุดแข็ง ข้อจำกัด โอกาส และ ภัยคุกคาม ในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศ ดังนี้

● จุดแข็ง

1. มีกฎหมาย (Regulation) การควบคุมยาสูบ จำนวน 2 ฉบับ
 - พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
 - พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
2. มีภาคีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง ในการร่วมทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบตามยุทธศาสตร์สามพลัง
3. มีกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เป็นกรอบการดำเนินงานควบคุมยาสูบระดับสากล ตลอดจนมีภาคีองค์กรระหว่างประเทศ และองค์กร ในระดับภูมิภาค ร่วมกันอย่างเข้มแข็ง

● จุดอ่อน

1. การบังคับใช้กฎหมายผ่านคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด มีจังหวัดที่สามารถดำเนินการ อย่างเข้มแข็งจำนวนน้อย และพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจในการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น ยังไม่มีการดำเนินการกับผู้กระทำผิดตามกฎหมายควบคุมยาสูบ
2. เครือข่ายประชาคมจังหวัดในภาพรวมยังต้องมีการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งในการทำงานเพิ่มขึ้น
3. มาตรการต่างๆ ยังเข้าถึงประชากรกลุ่มชนบท ผู้ด้อยโอกาสได้จำกัด รวมทั้งยาเส้นมีอัตราภาษีต่ำทำให้สัดส่วนการบริโภคยาเส้นใกล้เคียงกับบุหรี่โรงงาน และมีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเพราะราคาถูก

● โอกาส

1. รัฐบาลให้ความสำคัญกับปัญหาการบริโภคยาสูบ มีแผนงานและมีหน่วยงานรับผิดชอบงานควบคุม การบริโภคยาสูบในระดับชาติ
2. สังคมมีความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัญหาในวงกว้าง ทั้งด้าน สุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับครัวเรือน ระดับประเทศ และระดับโลก
3. มีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ จึงเป็นโอกาสของการดำเนินงานควบคุมปัญหาการ บริโภคยาสูบของประเทศร่วมกัน
4. มีมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3 ปี 2553 เรื่องนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย

● ภัยคุกคาม

1. ธุรกิจยาสูบมีผลประโยชน์สูงมาก และมีความพยายามในการทำงานกับภาคส่วนทางอำนาจและ สังคมอย่างต่อเนื่อง
2. นโยบายข้อตกลงการค้าเสรี (Free Trade Area : FTA) ซึ่งจะเป็นผลดีต่อบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ เช่น ด้านภาษีศุลกากร

3. อุตสาหกรรมยาสูบใช้ช่องทางการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตและเครือข่ายสังคมออนไลน์ในการทำ การตลาด รวมถึงการส่งเสริมการขายรูปแบบใหม่ๆ ทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนได้มากขึ้น และเป็น การหลบเลี่ยงกฎหมายควบคุมยาสูบ

4. อุตสาหกรรมยาสูบมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์และประชาสัมพันธ์แฝงในรูปแบบใหม่ๆ เพื่อจูงใจนักสูบ หน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก เยาวชน และผู้หญิง

ส่วนที่ 4 แนวคิดการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์

การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ เป็นการวิจัยเชิงประเมิน (evaluation research) ซึ่งจัดอยู่ในวิจัยเชิงประยุกต์ เป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ ด้วยวิธีการที่เชื่อถือได้

สืบเนื่องจากคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติและเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบและทิศทางในการดำเนินการควบคุม ยาสูบของประเทศ โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการและงบประมาณรองรับแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ไว้ในแผนปฏิบัติราชการ ประจำปี และเห็นชอบให้สำนักงบประมาณ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาให้ความสำคัญในการจัดสรร งบประมาณเพื่อดำเนินงานและบริหารจัดการเพื่อให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ดังนั้นสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ได้มีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงสื่อสาร ถ่ายทอดและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ไปสู่ การปฏิบัติ เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2556 ดังภาพที่ 15 อีกทั้งได้มีหนังสือถึงกระทรวง/หน่วยงานต่างที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรุงเทพมหานคร เพื่อให้มีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การ ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการ ดำเนินการแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ให้ประสบผลสำเร็จ และบรรลุตามเป้าหมายสูงสุด คือ การลดอัตราการบริโภคยาสูบของ ประชาชน การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร และการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มี ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ทั้งรายยุทธศาสตร์และภาพรวม สำนักควบคุมการ บริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค และคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ แห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จึงได้จัดทำแนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ขึ้น ดังนี้

1. การติดตามผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557

การติดตามผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 เป็นการติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลการ

ดำเนินงานว่าสอดคล้องเป็นไปตามแผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 หรือไม่อย่างไร

2. การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557

การประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบภายใต้แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 โดยยึดจุดมุ่งหมายของการประเมินเป็นหลัก (สมคิด พรหมจ้อย, 2542) ใช้วิธีการประเมินผล 2 รูปแบบ ได้แก่

2.1 การประเมินผลเบื้องต้น (formative evaluation) เป็นการเน้นวิธีการดำเนินงาน (Methodology) เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ตลอดจนปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยทำการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริหารจัดการและผลผลิตที่ได้มุ่งสู่วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ในช่วงที่กำลังดำเนินงาน ด้วยแบบสอบถามการประเมินกระบวนการบริหารจัดการเพื่อติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ของหน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ระหว่างเดือน กันยายน – ตุลาคม 2556 ซึ่งได้มีการดำเนินการเรียบร้อยแล้ว

2.2 การประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) โดยทำการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 โดยการพิจารณาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ในอนาคต ทำการประเมินเมื่อเสร็จสิ้นแผน ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2557 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประชาชน และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่เก็บข้อมูล

ทั้งนี้ ในส่วนประเมินผลผลิตเป็นผลการดำเนินงานรายยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ โดยการเก็บรวบรวมผลการดำเนินงานจากหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็นและสรุปจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของการประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบ เป็นข้อมูลปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประชาชน และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่เก็บข้อมูล โดยได้กำหนดกรอบแนวคิดการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ดังภาพที่ 1

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากรายงานผลการศึกษาดูตามประเมินกระบวนการบริหารจัดการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 เป็นการประเมินผลเบื้องต้น ระหว่างช่วงเดือน กันยายน - ตุลาคม 2556 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ให้กับผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบของหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายการดำเนินงานควบคุมยาสูบทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,922 หน่วยงาน มีหน่วยงานตอบกลับมาทั้งสิ้น 799 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 41.6 พบว่า โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีการตอบกลับมากที่สุด ร้อยละ 63.8 รองลงมาคือ เครือข่ายหน่วยงานภาครัฐ และกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 63.6 และร้อยละ 61.0 ตามลำดับ พบว่า มีการรับรู้รับทราบ

และเห็นว่าแผนยุทธศาสตร์มีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 52.6 แต่ทุกหน่วยงานยังมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ โดยปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอร้อยละ 53.7 ขาดความรู้ประสบการณ์ร้อยละ 54.3 และงบประมาณไม่เพียงพอร้อยละ 52.7 และเมื่อพิจารณาจากแหล่งงบประมาณ พบว่าหน่วยงานภาครัฐได้รับงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงานจากงบประมาณประจำปีไม่ถึงร้อยละ 50 และหน่วยงานเครือข่ายภาคเอกชนได้รับงบประมาณในการดำเนินงานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสูงสุด ร้อยละ 33 และยังมีความต้องการความรู้ในด้านการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ และระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยที่ยุทธศาสตร์ที่พื้นที่มีการดำเนินการมากที่สุด อันดับแรก คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ อันดับที่สอง ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไร้บุหรี่ อันดับที่สาม ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนายรายใหม่ และอันดับที่สี่ ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ และร้อยละ 75.7 มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบร่วมกับงานอื่น เช่น แอลกอฮอล์ ไรค์ไม่ติดต้อ และพบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีกลไกในการดำเนินงานควบคุมยาสูบโดยบูรณาการ ร่วมไปกับคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด และจากการสอบถามความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมยาสูบ พบว่า มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ควรจัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอกับการปฏิบัติงานในทุกระดับ 2) หน่วยงานที่มีงบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน นอกจากจะขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว อาจขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้อีกทางหนึ่ง 3) ควรสื่อสารถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น 4) ผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบควรบูรณาการการทำงานร่วมกับกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในระดับส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้มีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน และใช้งบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด และ 5) ควรมีกลไกเป็นทางการในการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด (จุริย์ อูสาหะ, ดวงกมล สิมจันทร์, ฐิติพร กันวิหค, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาการตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดชลบุรี พบว่า นโยบายที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ นโยบายการกำหนดให้มีเขตปลอดบุหรี่ร้อยละ 58.9 และปัจจัยที่มีอิทธิพลในการปฏิบัติงานตอบสนองนโยบาย ได้แก่ การรับทราบอำนาจหน้าที่และได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ การมีกิจกรรม/โครงการของหน่วยงาน การมีอุปกรณ์สื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการมีเครือข่ายร่วมปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน พนักงานเจ้าหน้าที่ 1 คน ปฏิบัติงานหลายด้าน รวมทั้งขาดงบประมาณ อุปกรณ์ สื่อ และองค์ความรู้ในเรื่องกฎหมายควบคุมยาสูบในการดำเนินงาน (เพ็ญภักตร์ จันทร์, 2549)

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการวิเคราะห์ความเข้มแข็งแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ พบว่าปัจจุบันโครงสร้างที่เชื่อมต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบจากระดับเขต ระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น และพื้นที่ รวมทั้งบุคลากรที่รับผิดชอบยังไม่มีความชัดเจน มีเพียงโครงสร้างที่เชื่อมต่อไปยังสำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 เขต ซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ในระดับเขตของกรมควบคุมโรคเท่านั้น และยังไม่มีโครงสร้างคณะกรรมการควบคุมยาสูบจังหวัดที่เป็นทางการตามกฎหมายเหมือนเช่น พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 แต่มีการประสานงานไปทางกระทรวงมหาดไทย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้มีการบูรณาการงานควบคุมการบริโภคยาสูบร่วมกับคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานกรรมการ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ และมีผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่รับผิดชอบในเขตจังหวัดเป็นกรรมการ และยังมีปัญหาในการขับเคลื่อนนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ การติดตามประเมินผลการควบคุมยาสูบรวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย ในส่วนของงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบมีอยู่ 2 แหล่งหลัก ได้แก่ งบประมาณจากกรมควบคุมโรค และงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แม้ว่ามีงบประมาณสนับสนุนจากทั้งสองแหล่ง แต่ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในส่วนกลาง ยังขาดงบประมาณในการดำเนินการแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่/จังหวัด และยังขาดงบประมาณให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐอื่นดำเนินการ เนื่องจากส่วนมากจะไม่ได้ตั้งงบประมาณในการดำเนินงานส่วนนี้ไว้ ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพค่อนข้างน้อย ดังนั้นควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นให้สอดคล้องกับปัญหาของประเทศที่ต้องแก้ไข เนื่องจากยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,2557)

อีกทั้งจากการศึกษาการนำนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ไปปฏิบัติ พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการนำนโยบายไปปฏิบัติมากที่สุด คือ ปัจจัยการติดต่อสื่อสาร รองลงมาคือปัจจัยทัศนคติในการปฏิบัติงานและการรับรู้ผลกระทบของการสูบบุหรี่ การเอาแบบอย่างตามกลุ่ม กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ กลุ่มผลประโยชน์ และภาษีบุหรี่ ซึ่งปัจจัยทั้ง 7 นี้ สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลของการนำนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ไปปฏิบัติได้สำหรับนักเรียนทั้งหมด และในส่วนของครูอาจารย์ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม มีปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการนำนโยบายไปปฏิบัติมากที่สุด คือ ปัจจัยทรัพยากร และปัจจัยวัตถุประสงค์ของนโยบาย (พระมหาศุภชัย แซ่เถียร,2550)

นอกจากนี้ได้มีผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก ได้มาทำการประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย ระหว่างวันที่ 2 – 13 พฤศจิกายน 2551 โดยมีข้อค้นพบที่สำคัญจากผลการประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2551 ดังนี้ (ลักขณา เต็มศิริกุลชัย,2553)

1. ด้านสถานการณ์การควบคุมยาสูบและการบริหารจัดการ

1.1 การควบคุมยาสูบของประเทศไทย มีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จอย่างชัดเจน แม้ในภาพรวม จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการสูบบุหรี่ยังสูงในผู้ใหญ่ชาย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเยาวชนและสตรี

1.2 ความสำเร็จที่เด่นชัด ได้แก่ การพิมพ์ภาพและคำเตือนบนซองยาสูบ การห้ามโฆษณา และการมีกฎหมายที่ค่อนข้างครอบคลุมตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

1.3 ความสำเร็จของการควบคุมยาสูบเกิดจากบทบาทการผลักดันอย่างเข้มแข็งขององค์กรต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากองค์กรภาคเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ กลุ่มวิชาชีพ และแกนนำประชาสังคมที่เข้มแข็ง แต่ยังคงจำกัตัวอยู่ในเครือข่ายที่จำกัดในส่วนกลาง ประสานงานกันอย่างไม่เป็นทางการ ขาดนโยบายและแผนระดับชาติที่เป็นระบบ

1.4 หน่วยงานที่รับผิดชอบการควบคุมยาสูบของรัฐ ยังจำเป็นต้องได้รับการเสริมศักยภาพให้เข้มแข็ง เพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางระดับชาติในการควบคุมยาสูบได้อย่างสมบูรณ์

1.5 ขาดการประสานเชิงนโยบายและการปฏิบัติเกี่ยวกับการอนุญาตด้านการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในจุดมุ่งหมายเพื่อการควบคุมยาสูบและคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่

1.6 ขาดการเฝ้าระวังและควบคุมจากภาครัฐ เกี่ยวกับกลวิธีและการปฏิบัติของกลุ่มธุรกิจยาสูบที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมยาสูบ

2. ด้านการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่

2.1 กฎหมายที่มีอยู่ ยังไม่ได้กำหนดให้สถานที่ทำงานหรือสถานที่สาธารณะที่สำคัญอีกหลายประเภทให้ปลอดควันบุหรี่อย่างแท้จริง

2.2 การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่จริงจัง และขาดกลไกการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพขาดข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการบังคับใช้และการปฏิบัติตามกฎหมาย

2.3 องค์กรธุรกิจต่างๆ และประชาชน มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติตามกฎหมาย แต่ส่วนใหญ่ไม่ทราบวากฎหมายกำหนดไว้อย่างไร และจะปฏิบัติได้อย่างไร

3. ด้านการให้บริการช่วยเหลือเพื่อการเลิกสูบบุหรี่

3.1 บริการให้คำแนะนำและรักษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ยังจำกัดอยู่เพียงบริการตั้งรับในโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ขอใช้บริการน้อย ไม่มีมาตรฐานที่มีประสิทธิผลและแผนจัดบริการระดับชาติ

3.2 บริการโทรศัพท์สายด่วนเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่มีอยู่บ้าง ยังมีผู้ใช้บริการน้อย ไม่มีการประเมินประสิทธิผลที่เป็นระบบ

4. ด้านการเตือนประชาชนเกี่ยวกับพิษภัยยาสูบ

4.1 การพิมพ์ภาพคำเตือนบนซองและหีบห่อยาสูบ ทำได้ดี แต่การบังคับใช้ในส่วนของผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาเส้นยังไม่จริงจังเท่าที่ควร

4.2 การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักแก่สาธารณชนจากภาครัฐยังไม่มากพอ ประชาชนยังรู้และเข้าใจพิษภัยจากบุหรี่น้อยกว่าที่เป็นจริง

5. ด้านการห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย

5.1 การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ในรูปแบบเดิมทำได้ดี แต่มีการโฆษณาและส่งเสริมการขายในรูปแบบใหม่ๆ เกิดขึ้นมาก โดยยังไม่มีมาตรการและแผนในการควบคุมที่จริงจัง เช่น การโฆษณาผ่าน สื่อต่างประเทศ อินเทอร์เน็ต และการส่งเสริมการขายในสถานบันเทิงต่างๆ และการโฆษณาทางอ้อมผ่านกิจกรรมเพื่อสังคมของธุรกิจยาสูบ เป็นต้น

6. ด้านการใช้มาตรการทางภาษีเพื่อช่วยลดการบริโภคยาสูบ

6.1 การจัดเก็บภาษียาสูบยังไม่ได้คิดตามวิธีมาตรฐานสากลที่คำนวณภาษีจากราคาขายปลีกแต่คิดจากราคาโรงงานที่อาจมีการแจ้งต่ำกว่าราคาจริง ทำให้บุหรี่ปริมาณสูงกว่าที่ควรจะเป็น และรัฐเก็บภาษีได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น

6.2 อัตราภาษียาสูบยังไม่สูงพอที่จะทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับอัตราเงินเฟ้อและรายได้ที่สูงขึ้นของประชาชน จึงไม่มีผลทำให้จำนวนผู้สูบลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ช่วยป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ใหม่ของเยาวชน

6.3 ผู้สูบบุหรี่ประมาณครึ่งหนึ่งของประเทศสูบบุหรี่มีตนเอง แต่อัตราภาษียาสูบเก็บในอัตราที่ต่ำมาก และไม่ได้จัดเก็บจริงจัง ไม่มีผลทำให้การสูบลดลง

จากการที่ผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก ได้มาประเมินขีดความสามารถของประเทศไทยในการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามนโยบาย MPOWER โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาสมรรถนะด้านการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบตามข้อเสนอแนะที่สืบเนื่องจากการติดตามครั้งที่ผ่านมา ได้มีการเยี่ยมติดตามผลครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 24-26 พฤศจิกายน 2553 โดยผลจากการเยี่ยมติดตามมีดังนี้ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2555)

1. มีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติผ่านการรับรองจากการประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ (คยช.) เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2553 โดยมีหน่วยงานทั้งภาครัฐ และองค์กรเอกชนจำนวนมากเข้าร่วม ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ 8 แผนงาน

2. กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มบุคลากร และงบประมาณสนับสนุนให้การดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยผ่านการบริหารจัดการของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

3. ผลการสำรวจการบริโภคยาสูบผู้ใหญ่ระดับโลกปี 2552 ได้รับการบูรณาการไว้ในระบบเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบของประเทศไทย

4. มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 เพื่อปกป้องการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ได้รับการเสนอเพื่อลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2553

5. มีการพัฒนาและเผยแพร่แนวปฏิบัติเพื่อการบำบัด รักษาโรคติดบุหรี่ รวมถึงมีสายด่วนเลิกบุหรี่ ๑๖๐๐ ที่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา 10 คน และมีผู้ใช้บริการมากกว่า 3,000 ครั้งต่อเดือน

6. มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ชุดใหม่ (10 ภาพ) มีการพิมพ์หมายเลขสายด่วนเลิก 1600 ร่วมด้วย

7. การเพิ่มภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิการ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 85) ในปีที่ผ่านมา

ทั้งนี้คณะผู้เยี่ยมชมติดตามยังมีข้อค้นพบที่กังวลและควรต้องหามาตรการดำเนินการ คือ

1. อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรชายค่อนข้างคงที่ ร้อยละ 40 โดยครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่มีตนเอง และ 1 ใน 4 ของคนทำงาน สัมผัสควันบุหรี่มือสองในที่ทำงานของตนเอง

2. การดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบระดับชาติ ยังควรมุ่งเน้นให้ครอบคลุมหลากหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการลดอัตราการบริโภคยาสูบ

คณะผู้เยี่ยมติดตามให้ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานต่อไป ดังนี้

1. เพิ่มราคาบุหรี่ โดยผ่านระบบการจัดเก็บภาษีที่สอดคล้องกับอัตราเงินเฟ้อ รวมถึงการเพิ่มภาษีสรรพสามิตบุหรี่มีตนเอง เนื่องจากประชากรไทยกว่าร้อยละ 50 บริโภคบุหรี่มีตนเอง
 2. เพิ่มความเข้มข้นของการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสารมวลชน โดยเฉพาะประเด็นโทษพิษภัยของการบริโภคยาสูบ และกฎหมายควบคุมยาสูบ เพื่อการลดลงของการบริโภคยาสูบของประชากรไทย
 3. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรครอบคลุมการให้บริการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่
 4. ยาตัวแรก (first-line drug) สำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ ควรได้รับการบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
 5. บูรณาการการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ไว้ในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ
 6. พัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของสาธารณะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
 7. เสริมสร้างความเข้มแข็งของการควบคุมยาสูบ โดยผ่านกระบวนการค้นหาและพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ในอนาคตด้านการควบคุมยาสูบ ทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม ความเพียงพอของงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ และการพัฒนาศักยภาพที่ยั่งยืนให้กับบุคลากรควบคุมยาสูบทุกระดับ
- นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่น่าสนใจ โดยผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกได้มาประเมินการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทยอีกครั้ง เป็นครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 20 - 22 พฤศจิกายน 2557 ได้ให้ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ดังนี้
1. ตลอดสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีมาตรการควบคุมยาสูบที่ดีมาก แต่อัตราการสูบบุหรี่ของประเทศไทยกลับไม่ลดลงมากเท่าที่ควร
 2. กระทรวงสาธารณสุข และคณะรัฐมนตรี ควรให้ความสำคัญในการผลักดัน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ซึ่งเน้นเรื่องการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงยาสูบ
 3. กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาโครงสร้าง กลไก กำลังคน และงบประมาณ ด้านการควบคุมยาสูบ ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับจังหวัด
 4. ประชาชนไทยสูบบุหรี่มีตนเองประมาณ 6 ล้านคน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญกับบุหรี่ยาสูบมีตนเอง โดยใช้มาตรการที่ไม่แตกต่างจากบุหรี่โรงงานมากนัก ทั้งด้านภาษี ขนาดภาพคำเตือน การรณรงค์ด้านพิษภัย และการบริการช่วยเหลือบุหรี่ยาสูบ
 5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรมีหลักการและแนวทางที่ชัดเจน ในการสนับสนุนแผนงาน/โครงการด้านควบคุมยาสูบ เมื่อเปรียบเทียบกับ การสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นอื่นๆ
 6. การรณรงค์ผ่านสื่อมวลชน ควรทำให้สอดคล้องกับการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ และคำนึงถึงบริบทของชนบทเป็นสำคัญ โดยเนื้อหาควรควบคุมทั้งด้านพิษภัยของยาสูบและการบังคับใช้กฎหมาย

7. การบริการเลิกบุหรี่ นอกจากจะมีบริการเลิกบุหรี่โดยสถานบริการสาธารณสุข และ Quitline 1600 แล้ว ควรเพิ่มบทบาทของภาคประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนการผลักดันให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติด้วย

อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้สรุปสถานการณ์การบริโภคยาสูบและการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อให้ภาคีเครือข่ายและคณะผู้แทนจากสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก ร่วมกันวิเคราะห์ SWOT Analysis เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศไทย 5 ประเด็นหลัก คือ

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ
2. การเสริมสร้างบทบาทที่เข้มแข็งของภาครัฐในการควบคุมยาสูบ
3. การสนับสนุนให้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ
4. การเพิ่มภาษี / เพิ่มราคาบุหรี่ ผ่านระบบการจัดเก็บภาษี
5. นโยบาย / สร้างระบบการช่วยเลิกบุหรี่

โดยสรุปผลการประเมินสมรรถนะในการควบคุมยาสูบของประเทศไทย และปัญหาที่ท้าทาย คือ

- โครงสร้างภาษีที่ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่
- ข้อตกลงการเจรจาการค้าเสรีที่เพิ่มการแข่งขันบุหรี่และเปิดช่องว่างให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบได้จากกติกากการค้าเป็นข้ออ้าง
- อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์ใหม่ๆทางการตลาด
- การบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร
- การที่รัฐดำเนินกิจการโรงงานยาสูบเองทำให้มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับการเห็นประโยชน์ต่อสุขภาพ
- การที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน มีการเลิกบุหรี่น้อย ในขณะที่ความเป็นเมือง เสริมให้เยาวชนในต่างจังหวัดเริ่มสูบบุหรี่ของมากขึ้น เพราะราคาถูก

นอกจากนี้เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ได้มีข้อเสนอการกำหนดนโยบายให้ยารักษาเลิกบุหรี่ อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้

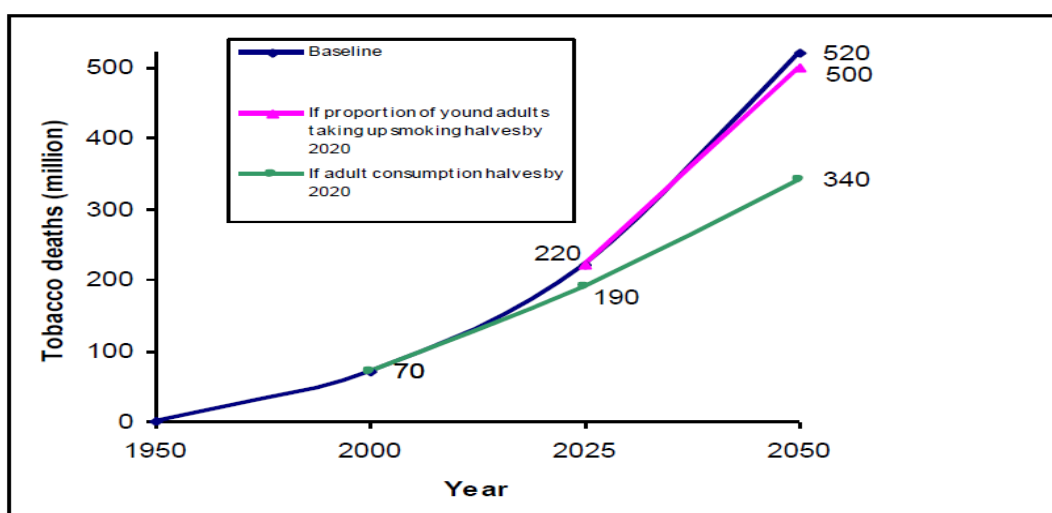
1. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการกำหนดให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ปริมาณมาตรฐานทุกชนิด ประกอบด้วย หมากฝรั่งนิโคติน แผ่นปิดนิโคติน บิวโพรพ็อน (bupropion) และวาเร็นนิคลิน (varenicline) อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้คนไทยที่สูบบุหรี่อยู่สามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพได้อย่างแท้จริง

2. ขอให้สำนักงานปลัดประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ประกาศนโยบายที่ชัดเจนและเร่งดำเนินการให้บริการบำบัดเลิกบุหรี่ รวมทั้งยาช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพทั้ง 4 ชนิดดังกล่าว เป็นหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนระดับรากหญ้าได้เข้าถึงการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

โดยในช่วงแรกเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ทันที อาจจะมีสิทธิประโยชน์ดังกล่าวแก่เฉพาะผู้ที่เป็โรครีอรั้ง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นลำดับแรก

หากแนวทางทั้งสองนี้ได้รับการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมแล้ว จะมีคนไทยกว่า 10 ล้านคนที่อายุยืนยาวขึ้นอย่างมีคุณภาพ อัตราการเกิดโรครีอรั้งต่างๆก็ลดน้อยลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแนวทางดังกล่าว แม้จะต้องเสียค่ายาช่วยเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น แต่ในที่สุดจะช่วยให้อาครรัฐสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยในระยะยาวลงได้ไม่ต่ำกว่าปีละ 16,000 ล้านบาททุกๆปี (เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่,2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ Prabhat Jha จาก World Bank ที่ว่าตามแนวโน้มในปัจจุบัน จำนวนผู้เสียชีวิตจากยาสูบทั่วโลกจนถึงปี ค.ศ. 2050 จะเท่ากับ 520 ล้านคน ถ้าเราลดเด็กที่จะติดบุหรี่ใหม่ครั้งหนึ่งภายในปี ค.ศ. 2020 จำนวนผู้เสียชีวิตจากยาสูบจนถึง ค.ศ. 2050 จะเท่ากับ 500 ล้านคน คือลดลงเพียง 20 ล้านคน แต่ถ้เราลดผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ลงได้ครั้งหนึ่งภายในปี ค.ศ. 2020 จำนวนผู้เสียชีวิตจากยาสูบจนถึง ค.ศ. 2050 จะเท่ากับ 340 ล้านคน นั่นคือ คนเสียชีวิตจากยาสูบจะลดลง 180 ล้านคน ดังภาพที่ 14 หากเราช่วยให้คนที่ติดบุหรี่อยู่แล้วลดลงได้ครั้งหนึ่ง จะต่างกันมากเลยทีเดียวที่เราจะเน้นเพียงป้องกันไม่ให้เด็กเข้ามาติดบุหรี่ใหม่ ซึ่งประเทศไทยยังทำและให้ความสำคัญค่อนข้างน้อย บริการเลิกบุหรี่มีคนมาใช้บริการน้อยละยาอดบุหรี่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นต้องช่วยกันรักษาโรคเสพติดยาสูบให้มากยิ่งขึ้นไป ซึ่งการเสพติดยาสูบนั้น องค์การอนามัยโลกกำหนดเป็นโรคชนิดหนึ่งโดยกำหนดใน ICD 10 หัวข้อ Nicotine Dependence (ประภิต วาที่สารกกิจ,2557)

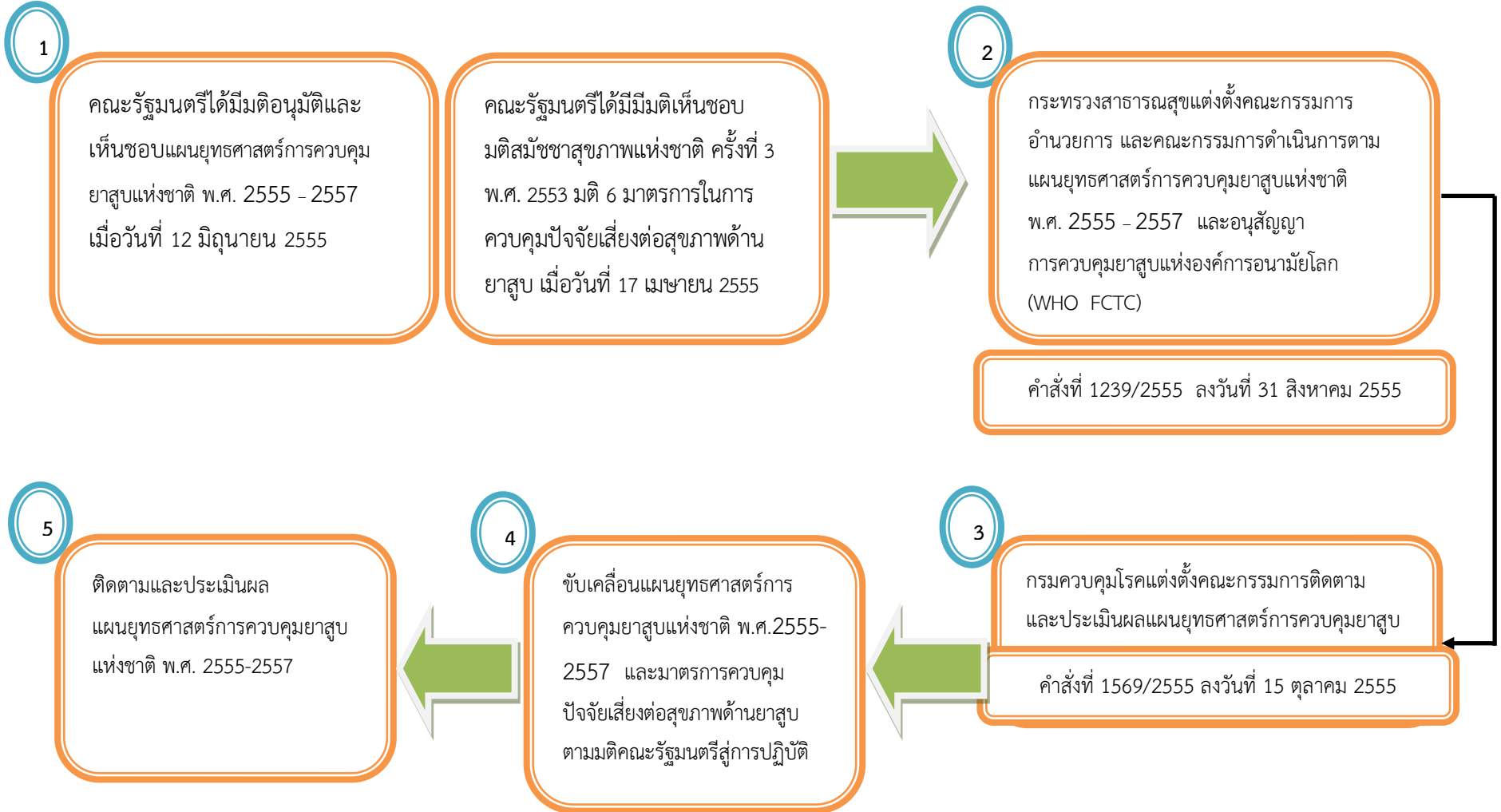
Tobacco deaths 2000 - 2050



Prabhat Jha – World Bank 26

ภาพที่ 14 แนวโน้มจำนวนผู้เสียชีวิตจากยาสูบทั่วโลก ค.ศ. 2000 - 2050

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557 ไปสู่การปฏิบัติ



ภาพที่ 15 การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557 ไปสู่การปฏิบัติ

บทที่ 3

วิธีการประเมิน

รูปแบบและวิธีการประเมิน

เป็นการศึกษาวิจัยประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 – 2557 ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) โดยการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ หลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ (สมคิด พรหมจ้อย, 2542) เป็นการศึกษาสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

วิธีการประเมิน

1. สัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง
2. สัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์
3. รวบรวมข้อมูลจากสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 – 2557 ตามรายยุทธศาสตร์ และภาพรวม

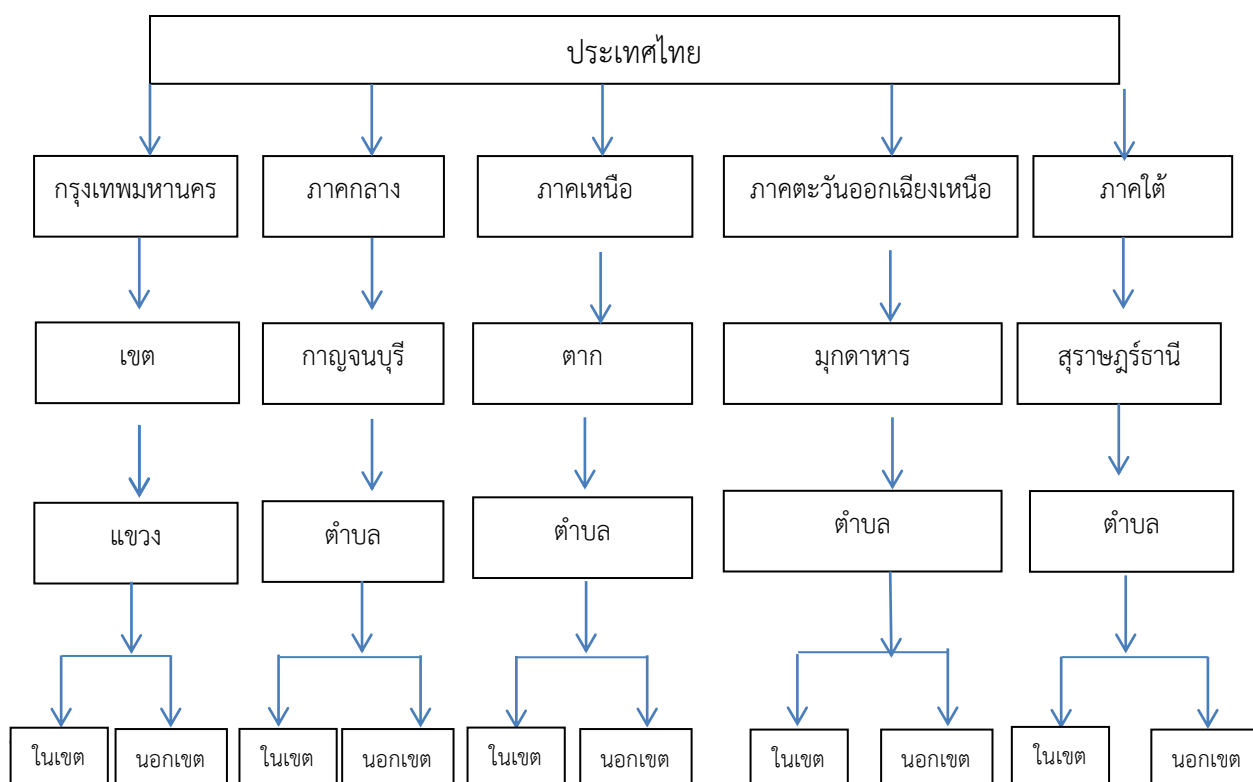
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage cluster sampling (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2553) จำนวน 4,009 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 คัดเลือกแบบ purposive sampling จำนวน 32 คน

พื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อให้ได้ภาพรวมระดับประเทศในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงรวมกรุงเทพมหานครไว้ด้วย จำแนกประชากรของประเทศออกเป็น 5 ชั้นภูมิ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage cluster sampling โดยเลือกจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละชั้นภูมิ ซึ่งจังหวัดใน 4 ภูมิภาค คัดเลือกจากจังหวัดที่มีค่ามัธยฐานของอัตราการสูบบุหรี่สูง 3 อันดับแรก ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2554) ได้แก่ ภาคเหนือ จังหวัดตาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดมุกดาหาร ภาคกลาง จังหวัดกาญจนบุรี และภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังตารางที่ 2 และกรุงเทพมหานคร รวม 5 จังหวัด แล้วคัดเลือกอำเภอหรือเขต จากตัวแทน 5 จังหวัด ๆ ละ 3 อำเภอ/เขต จากนั้นคัดเลือกจากในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล แบบเป็นอิสระต่อกัน เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 4,009 คน ดังภาพที่ 16

ตารางที่ 2 จังหวัดที่มีค่ามัธยฐานอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด 3 อันดับแรก ในแต่ละภูมิภาค 3 ปีย้อนหลัง
ในพ.ศ. 2544 พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาค	จังหวัด	อัตราการสูบบุหรี่ พ.ศ. 2544	อัตราการสูบบุหรี่ พ.ศ. 2550	อัตราการสูบบุหรี่ พ.ศ. 2554	ค่ามัธยฐาน อัตราการสูบบุหรี่ 3 ปีย้อนหลัง
เหนือ	ตาก (1)	34.95	32.39	23.13	32.39
	แม่ฮ่องสอน(2)	32.75	24.38	30.59	30.59
	พิษณุโลก(3)	26.16	25.78	21.82	25.78
ตะวันออกเฉียงเหนือ	มุกดาหาร(1)	28.77	28.00	22.98	28.00
	อุดรธานี(2)	28.92	27.97	23.54	27.97
	เลย(3)	28.52	27.20	26.20	27.20
กลาง	กาญจนบุรี(1)	27.06	24.13	26.64	26.64
	สระแก้ว(2)	26.07	24.08	26.04	26.04
	ตราด(3)	27.85	25.95	20.76	25.95
ใต้	ปัตตานี(1)	30.70	32.26	29.10	30.70
	สตูล(2)	30.04	28.18	29.42	29.42
	สุราษฎร์ธานี(3)	30.41	27.95	26.97	27.95

หมายเหตุ : ภาคใต้ จังหวัดปัตตานี มีค่ามัธยฐานอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือ ร้อยละ 30.70 แต่เนื่องจากเป็นจังหวัดชายแดนที่มีปัญหาพื้นที่เสี่ยงอันตราย จึงไม่ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล ส่วนจังหวัดสตูล มีค่ามัธยฐาน อัตราการสูบบุหรี่อันดับสอง คือ ร้อยละ 29.42 แต่เนื่องจากเป็นจังหวัดเล็ก ประชากรน้อยจึงไม่ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกัน ดังนั้น จึงได้คัดเลือกจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล ซึ่งมีค่ามัธยฐานอัตราการสูบบุหรี่อันดับสาม คือ ร้อยละ 27.95 และเป็นจังหวัดใหญ่ ประชากรมาก และมีหลายอำเภอ



ภาพที่ 16 การสุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนของภาค กรุงเทพมหานคร และประเทศ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 แบบ ดังนี้

แบบที่ 1 แบบสัมภาษณ์การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สำหรับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (ภาคผนวก ก 1.1) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ, พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตามพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

แบบที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษา และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 (ภาคผนวก ก 1.2) โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบของเครื่องมือ

1. กรมควบคุมโรค ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 และอาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล ร่วมกันระดมความคิดในการกำหนดแนวทางการประเมินผลและการสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล แล้วจัดทำเป็นร่างครั้งที่ 1
2. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ นำร่างครั้งที่ 1 เครื่องมือในการประเมินมาทบทวนและศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลและการควบคุมยาสูบ แล้วจัดทำเป็นร่างครั้งที่ 2 แยกเป็น
 - แบบสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
 - แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12
3. อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการผู้มีประสบการณ์พิจารณาร่างแบบสัมภาษณ์การประเมินผล ครั้งที่ 2 โดยพิจารณาตรวจสอบความตรงทางโครงสร้างของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องความเหมาะสมของภาษา เกณฑ์การให้คะแนน ความถูกต้องของการวัด แล้วนำข้อเสนอแนะต่างๆที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว จัดทำเป็นคู่มือแนวทางการประเมินผลและการสัมภาษณ์ (ฉบับร่าง)
4. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบของจังหวัดที่คัดเลือกได้ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 4, 7, 9 และ 11 เพื่อชี้แจงแนวทางการประเมินผล และสื่อสารทำความเข้าใจเครื่องมือ วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการเก็บข้อมูลการประเมินผล เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2557 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร โดยมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาชี้แนะ และกำหนดแผนการลงพื้นที่เก็บข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ในพื้นที่ ๔ ภาค และกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ภาคกลาง จังหวัดกาญจนบุรี ภาคเหนือ จังหวัดตาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดมุกดาหาร ภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร
5. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ นำข้อสรุปและข้อเสนอแนะจากที่ประชุมเชิงปฏิบัติการมาปรับแก้ และจัดทำคู่มือแนวทางการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 พร้อมเครื่องมือการเก็บข้อมูลฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปชี้แจงให้กับพนักงานสัมภาษณ์ในพื้นที่ต่อไป
6. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร, ที่ 4 ราชบุรี, ที่ 7 อุบลราชธานี, ที่ 9 พิษณุโลก และ ที่ 11 นครศรีธรรมราช จัดประชุมชี้แจงการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 และแนวทางการสัมภาษณ์ ให้กับจังหวัดและพนักงานสัมภาษณ์ ในพื้นที่ 5 จังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก เพื่อซักซ้อมชี้แจงให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และประสานกำหนดแผนการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กำหนดแผนการลงเก็บข้อมูล ในพื้นที่ที่ได้รับการคัดเลือก 5 จังหวัด ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช ดังนี้

1.1 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยใช้พนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการชี้แจงแล้ว โดยมีผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ปรึกษา และเจ้าหน้าที่สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นผู้ควบคุมภาคสนามในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของแบบสัมภาษณ์ (ดังรายละเอียดตามผนวก ก 1.3 กำหนดการลงพื้นที่เก็บข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557)

1.2 ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ใช้แบบสัมภาษณ์โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ โดยผู้เชี่ยวชาญและหัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้บริหารและมีเจ้าหน้าที่สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นผู้บันทึกข้อมูล (ดังรายละเอียดตามผนวก ก 1.4 จำนวนผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ที่ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก)

2. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ในภาพรวมระดับประเทศ และจัดทำรายงานการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ เพื่อเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ประเมินนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การกำหนดค่าช่วงคะแนน การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในพื้นที่ที่ทำการศึกษาในระดับจังหวัดและเขต วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(content analysis) ตามแนวทางที่ผู้ประเมินได้วางไว้

เกณฑ์การประเมิน

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ จำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก

ถูก	ให้	1 คะแนน
ผิด	ให้	0 คะแนน
ไม่ตอบ/ไม่ทราบ	ให้	0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบ

ถูก	ให้	0 คะแนน
ผิด	ให้	1 คะแนน
ไม่ตอบ/ไม่ทราบ	ให้	0 คะแนน

เกณฑ์ในการให้คะแนนตามระดับขั้นคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom (1986:47-62) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ดีมาก	หมายถึง	มีคะแนน	> 80 %
ดี	หมายถึง	มีคะแนน	60 – 79 %
พอใช้	หมายถึง	มีคะแนน	< 60 %

บทที่ 4

ผลการประเมิน

การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยข้อมูลปฐมภูมิเก็บทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ ประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบสูงที่สุดในแต่ละภาคทั้ง 4 ภาค รวมทั้งสิ้น 5 จังหวัด เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดละประมาณ 800 คน รวมทั้งสิ้น 4,009 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 จำนวน 32 คน ในส่วนข้อมูลทุติยภูมิเก็บข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ผลจากการประชุมติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 รวมทั้งผลจากการประชุมคณะกรรมการต่างๆ และผลการสำรวจที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปผลการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปฐมภูมิ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลสัมภาษณ์ประชาชน ประกอบด้วย

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป
- 1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่
- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
- 1.4 การปฏิบัติตามพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12

- 2.1 ข้อมูลทั่วไป
- 2.2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้บริหาร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ผลจากการประชุมคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 รวมทั้งผลการสำรวจที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินในภาพรวม เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ ผู้ประเมินขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปฐมภูมิ

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลสัมภาษณ์ประชาชน ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป

การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 การเก็บข้อมูลจากประชาชนทั่วไป ในพื้นที่ 5 จังหวัดทั่วประเทศ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร, จังหวัดกาญจนบุรี (ภาคกลาง), จังหวัดตาก(ภาคเหนือ), จังหวัดมุกดาหาร(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)และจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ภาคใต้) เป็นจำนวนทั้งสิ้น 4,009 คน จังหวัดละโดยประมาณ 800 คน โดยมีการกระจายข้อมูลตามอำเภอและตำบลอย่างเท่าๆกัน ส่วนใหญ่เป็นตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 70.2 นอกเขตเทศบาลร้อยละ 29.8 เป็นเพศชายร้อยละ 47.6 และเพศหญิงร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี อายุสูงสุด 70 ปี และอายุต่ำสุด 15 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ,ประถมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 23.7, 22.5 และ 21.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.1 ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 50.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รวม	4,009	100.0
จังหวัด		
กรุงเทพมหานคร	802	20.0
กาญจนบุรี	800	20.0
ตาก	798	19.9
มุกดาหาร	803	20.0
สุราษฎร์ธานี	806	20.1
เขตการปกครอง		
ในเขตเทศบาล	2,816	70.2
นอกเขตเทศบาล	1,193	29.8
เพศ		
ชาย	1,909	47.6
หญิง	2,100	52.4
อายุ (ปี)		
15-18	802	20.0
19-24	807	20.1
25-59	1,551	38.7
60 ปีขึ้นไป	849	21.2

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (ปี)	38.1 ± 18.8	
ต่ำสุด-สูงสุด (ปี)	15 - 70	
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	198	4.9
กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น	11	0.3
ประถมศึกษาปีที่ 1-4	903	22.5
ประถมศึกษาปีที่ 5-6	658	16.4
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	952	23.7
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6/ปวช.	850	21.2
อนุปริญญา/ปวส.	199	5.0
ปริญญาตรี	213	5.3
สูงกว่าปริญญาตรี	25	0.6
ศาสนา		
พุทธ	3,811	95.1
คริสต์	28	0.7
อิสลาม	170	4.2
สถานภาพสมรส		
โสด	1,704	42.5
สมรส	2,032	50.7
หม้าย	197	4.9
แยก/หย่า	76	1.9

1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่ครอบคลุมผู้สูบบุหรี่ประจำ และสูบบุหรี่ครั้งคราวอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.9 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.9 เพศหญิงร้อยละ 3.7 และผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-18 ปี ร้อยละ 12.3 โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่มีนแรก 17.2 ปี อายุต่ำสุดที่เริ่มสูบครั้งแรก 7 ปี และอายุสูงสุดที่ยังสูบบุหรี่ 50 ปี ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันจำแนกตามรายภาคพบว่า ภาคกลางมากที่สุดร้อยละ 26.2 และต่ำสุดเป็นภาคเหนือร้อยละ 14.2 ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่อยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 21.2 และร้อยละ 20.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด(คน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน (คน)	ร้อยละ
รวม	4,009	838	20.9
เพศ			
ชาย	1,909	761	39.9
หญิง	2,100	77	3.7
กลุ่มอายุ (ปี)			
15-18	802	99	12.3
19-24	807	183	22.7
25-59	1,551	375	24.2
60 ปีขึ้นไป	849	181	21.3
อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก (ปี)		17.2±5.0	
อายุต่ำสุด-สูงสุด (ปี)		7-50	
ปริมาณการสูบบุหรี่ (มวนต่อวัน)			
จำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบต่อวัน		9.6±7.1	
จำนวนต่ำสุด-สูงสุด		1-60	
ภาค			
กรุงเทพมหานคร	802	152	19.0
กลาง	800	210	26.2
เหนือ	798	113	14.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	803	155	19.3
ใต้	806	208	25.8
เขตการปกครอง			
ในเขตเทศบาล	2,816	596	21.2
นอกเขตเทศบาล	1,193	242	20.3

โดยมีสาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่เป็นเพราะว่าอยากทดลองสูบบมากที่สุดร้อยละ 39.7 รองลงมาตามอย่างสมาชิกในครัวเรือน/เพื่อน/ดารา ร้อยละ 32.1 โดยที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่นิยมสูบบุหรี่ประเภทบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศ ร้อยละ 61.6 รองลงมาคือ บุหรี่มวนเอง ร้อยละ 31.3 ในปริมาณจำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบต่อวัน 9.6 มวนต่อวัน จำนวนต่ำสุด 1 มวน และสูงสุด 60 มวนต่อวัน และผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 81.4 ได้บุหรี่มาจากการซื้อด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าใกล้บ้าน ร้อยละ 86.0 ในรูปแบบของการซื้อเป็นซองสูงสุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ ซื้อเป็นมวนหรือบุหรี่แบ่งขาย ร้อยละ 36.2 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามสาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่ ประเภทบุหรี่ที่สูบได้ บุหรี่มาจากแหล่งใด แหล่งที่ผู้สูบเลือกซื้อ และรูปแบบการซื้อบุหรี่

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (จำนวน 838 คน)		
อยากทดลองสูบ	582	39.7
ตามอย่างสมาชิกในครัวเรือน/เพื่อน/ดารา	469	32.1
เพื่อเข้าสังคม สังสรรค์/เพื่อความเป็นผู้ใหญ่ โดดเด่น	239	16.3
เครียด วิตกกังวล	149	10.2
ผู้ใหญ่ใช้ให้ไปซื้อ/ช่วยต่อบุหรี่ให้	25	1.7
ประเภทบุหรี่ที่สูบ (จำนวน 838 คน)		
บุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศ	516	61.6
บุหรี่ซองที่ผลิตในต่างประเทศ	56	6.7
บุหรี่ปริมาณเอง	262	31.3
ไปป์/ซิการ์	2	0.2
ยาสูบผ่านน้ำ บารากู่/สุกก้า/ซิการ์/บุหรี่ไฟฟ้า	2	0.2
ได้บุหรี่มาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (จำนวน 838 คน)		
ซื้อเอง	810	81.4
ขอเพื่อน/คนรู้จัก	141	14.2
ให้คนอื่นซื้อให้	44	4.4
แหล่งที่ผู้สูบเลือกซื้อบุหรี่ปริมาณมากที่สุด (จำนวน 810 คน)		
ร้านค้าใกล้บ้าน/ที่พักอาศัย	697	86.0
ร้านค้าใกล้โรงเรียน/ที่ทำงาน	12	1.5
ตลาดนัด/แผงลอยริมถนน	15	1.9
ร้านค้าสะดวกซื้อ	86	10.6
รูปแบบการซื้อบุหรี่ปริมาณ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (จำนวน 810 คน)		
ซื้อเป็นมวน/แบ่งขาย (บุหรี่ปริมาณ)	389	36.2
ซื้อเป็นซอง (บุหรี่ปริมาณ)	458	42.6
ซื้อเป็นท่อ (คาร์ตัน) (บุหรี่ปริมาณ)	16	1.5
ซื้อเป็นซอง/ท่อ/กระปุก (ยาเส้น)	212	19.7

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ ร้อยละ 74.1 สาเหตุสำคัญที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ปริมาณสูงสุดคือ เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้าง ร้อยละ 59.6 รองลงมา อยากเลิกบุหรี่ปริมาณ เพราะการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 15.6 การได้รับคำแนะนำ/การรณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ปริมาณ

ร้อยละ 11.3 และเลิกบุหรี่เพราะมีราคาแพง ร้อยละ 8.6 และการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่พยายามเลิกบุหรี่ ร้อยละ 70.3 โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.9 ใช้วิธีการพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จ เพราะว่าไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 90.3 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามอยากเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ ผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ และสาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่ ไม่สำเร็จ

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูบบุหรี่ที่อยากเลิกสูบบุหรี่ (จำนวน 838 คน)		
อยากเลิกสูบบุหรี่	621	74.1
ไม่อยากเลิกสูบบุหรี่	217	25.9
สาเหตุที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (จำนวน 621 คน)		
เป็นห่วงสุขภาพตนเอง/คนรอบข้าง	759	59.6
การต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม	199	15.6
ได้รับคำแนะนำ/การรณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่	144	11.3
ต้องการเป็นตัวอย่างสำหรับคนอื่น	38	3.0
บุหรี่มีราคาแพง	109	8.6
กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ	24	1.9
จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เคยพยายามเลิกบุหรี่ (จำนวน 838 คน)		
เคยพยายามเลิกบุหรี่	589	70.3
ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่	249	29.7
วิธีเลิกบุหรี่ที่ผู้สูบเลือกใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (จำนวน 589 คน)		
เลิกด้วยตนเอง	581	95.9
บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (quit line 1600)	11	1.8
คลินิกเลิกบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพ	14	2.3
สาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (จำนวน 589 คน)		
ไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้	566	90.3
ไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อรับบริการเลิกบุหรี่	20	3.2
ยาเลิกบุหรี่มีราคาแพง	26	4.2

จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าจำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป สูบต่อวัน (รวมบุหรี่ทุกประเภท) เท่ากับ 9.6 มวนต่อวัน และพบว่ากลุ่มวัยที่มีการสูบบุหรี่ปริมาณเฉลี่ยต่อวันสูงสุดคือ กลุ่มวัยทำงาน รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มวัยรุ่น โดยสูบบุหรี่ปริมาณเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 11.1, 10.1 และ 7.4 มวนต่อวัน ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบปริมาณเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ต่อวันของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามกลุ่มวัย

กลุ่มวัย	จำนวน(คน)	ปริมาณสูบบุหรี่ สูงสุด(มวนต่อวัน)	ปริมาณสูบบุหรี่ ต่ำสุด(มวนต่อวัน)	ปริมาณสูบบุหรี่ เฉลี่ย (มวนต่อวัน)
วัยรุ่น (15-24 ปี)	282	40	1	7.4
วัยทำงาน (25-59 ปี)	375	60	1	11.1
วัยสูงอายุ (60-70 ปี)	181	60	1	10.1
รวม	838	60	1	9.6

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับประเภทของบุหรี่ที่สูบเป็นประจำ(สูบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง) พบว่า ผู้สูบบุหรี่นิยมสูบบุหรี่มวนที่ผลิตจากโรงงานในประเทศร้อยละ 61.6 รองลงมาคือบุหรี่มวนเอง และบุหรี่มวนที่ผลิตจากโรงงานต่างประเทศ ร้อยละ 31.3 และ 6.7 ตามลำดับ และมีผู้ตอบว่าเคยสูบบุหรี่ที่สูบผ่านน้ำเช่นบาราเก้/ฮุกก้า/ซิชา จำนวน 35 คน และบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 5 คน จากจำนวนทั้งหมด 838 คน โดยพบมากที่สุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันเลือกสูบ

ประเภทบุหรี่	ร้อยละของประเภทบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันเลือกสูบ		
	เลือกอันดับ 1 คน (ร้อยละ)	เลือกอันดับ 2 คน (ร้อยละ)	เลือกอันดับ 3 คน (ร้อยละ)
บุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซอง ที่ผลิตในประเทศ	516 (61.6)	131 (34.1)	2 (1.4)
บุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซอง ที่ผลิตจากต่างประเทศ	56 (6.7)	85 (22.1)	59 (41.3)
บุหรีมวนเอง	265 (31.3)	153 (39.8)	52 (36.4)
ไปป์	2 (0.2)	1 (0.3)	2 (1.4)
ซิการ์	-	1 (0.3)	3 (2.1)
ยาสูบผ่านน้ำ เช่น บาราเก้/ฮุกก้า/ซิชา	2 (0.2)	11 (2.9)	22 (15.4)
บุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarette)	-	2 (0.5)	3 (2.1)

ส่วนใหญ่ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน มักจะสูบบุหรี่ในบริเวณบ้านมากที่สุดร้อยละ 86.7 และร้อยละ 13.3 ไม่มีการสูบบุหรี่ในบริเวณบ้าน ซึ่งจากผลการสำรวจครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมากที่ไม่คำนึงถึงสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่นๆที่อาศัยอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ที่ต้องได้รับควันบุหรี่มือสองจากผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวของตนเอง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่สูบบุหรี่ภายในบริเวณบ้าน

สูบบุหรี่ในบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูบ	757	86.7
ไม่สูบ	116	13.3
รวม	873	100

จากการสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 4,009 คน พบว่าเป็นผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว จำนวน 334 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 และมีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ(เลิกได้ 6 เดือนขึ้นไป) จำนวน 325 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 และผู้ที่อยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่(เลิกได้น้อยกว่า 6 เดือน) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และมีเหตุผลที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เพราะว่าเป็นห่วงสุขภาพของตนเอง/คนรอบข้างมากที่สุด ร้อยละ 59.0 รองลงมาเป็นเพราะการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 16.9 และได้รับคำแนะนำ/การรณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 12.2 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว และเหตุผลที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	334	8.3
ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ(เลิกได้ 6 เดือนขึ้นไป) (จำนวน 334 คน)	325	97.3
ผู้ที่อยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่(เลิกได้น้อยกว่า 6 เดือน) (จำนวน 334 คน)	9	2.7
เหตุผลที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เป็นห่วงสุขภาพของตนเอง/คนรอบข้าง	417	59.0
การต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม	120	16.9
ได้รับคำแนะนำ/การรณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่	86	12.2
ต้องการเป็นตัวอย่่างสำหรับคนอื่น	40	5.7
บุหรี่มีราคาแพง	31	4.4
กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ	13	1.8

1.3 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

จากการสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับความรู้พิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป เกือบทุกข้อ ยกเว้นในข้อคำถามที่ว่า กั้นกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้ ยังมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ร้อยละ 51.6 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 48.4 ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน และข้อคำถามที่ว่า ตลาดเป็นเขตปลอดบุหรี่ ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องร้อยละ 66.5 และพบว่าประชาชนยังมีความเข้าใจผิดว่า ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มีโทษทั้งจำและปรับ คิดเป็นร้อยละ 66.6 ซึ่งในความเป็นจริงมีโทษแค่ปรับอย่างเดียว นอกจากนี้ประชาชนยังเห็นว่าการสูบบุหรี่ในบ้านเป็นการกระทำผิดตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 คิดเป็นร้อยละ 63.4 ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายที่บังคับห้ามสูบบุหรี่ที่บ้าน แต่มีนโยบายเป็นมาตรการทางสังคมที่รณรงค์ทำให้บ้านปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นตัวอย่างที่ดีที่ทำให้บุคคลในครอบครัวปลอดควันบุหรี่มือสอง และเป็นการปกป้องสิทธิคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ด้วย

ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายชื่อ

ตัวแปร	จำนวนรวม 4,009 คน			
	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติด	3,858	96.2	151	3.8
2. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ของทางเดินหายใจ เช่น ปอด หลอดลม	3,945	98.4	64	1.6
3. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและเป็น อัมพาตได้	3,546	88.5	463	11.5
4. สารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีอาการติดยา	3,737	93.2	272	6.8
5. นอกจากนิโคติน สารพิษในบุหรี่ มีผลทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว	3,565	88.9	444	11.1
6. กั้นกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้	2,069	51.6	1,940	48.4
7. สารพิษในบุหรี่ มีอันตรายทั้งต่อผู้สูบและผู้ที่ไม่สูบโดยการ ได้รับควันบุหรี่	3,902	97.3	107	2.7
8. การสูบบุหรี่ในบ้านเป็นการกระทำผิดตามพ.ร.บ.คุ้มครอง สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535	1,468	36.6	2,541	63.4

ตัวแปร	จำนวนรวม 4,009 คน			
	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. ตลาดเป็นเขตปลอดบุหรี่	2,667	66.5	1,342	33.5
10. สถานศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาเป็นเขตปลอดบุหรี่	3,496	87.2	513	12.8
11. ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท	3,612	90.1	397	9.9
12. ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มีโทษทั้งจำและปรับ	1,341	33.4	2,668	66.6
13. บุหรี่โรงงานและยาเส้นมวนเองมีอันตรายต่อสุขภาพเท่ากัน	3,286	82.0	723	18.0
14. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นการกระทำความผิดกฎหมาย	3,694	92.1	315	7.9
15. ห้ามขายบุหรี่กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี	3,877	96.7	132	3.3
16. ห้ามมีการโฆษณา ส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ	3,590	89.5	419	10.5

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกโดยรวมพบว่า ในข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวที่ตอบถูกต้องจำนวน 13 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 81.3 และที่ตอบไม่ถูกต้องจำนวน 3 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 18.7 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 จำแนกโดยรวม

ตัวแปร	ข้อคำถามรวมทั้งหมด 16 ข้อ			
	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (ข้อ)	ร้อยละ	จำนวน (ข้อ)	ร้อยละ
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป(โดยรวม)	13	81.3	3	18.7

เมื่อพิจารณาระดับความรู้โดยรวม เรื่องเกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 พบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรู้ระดับดีมาก ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 80 - 100 หรือ 13 - 16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65.7 มีความรู้ในระดับดี ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 หรือ 9 - 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 32.1 และระดับพอใช้ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ น้อยกว่า 9 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 2.2 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้โดยรวม เรื่องเกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ

พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

ตัวแปร	ดีมาก		ดี		พอใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป	2,634	65.7	1,287	32.1	88	2.2

1.4 การปฏิบัติตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน

การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันพบว่า สถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมายที่มีผู้ละเมิดการสูบบุหรี่มากที่สุด (สูบบุหรี่ทุกครั้งที่ยังสถานที่นั้น) คือร้านอาหารหรือสถานบันเทิง ร้อยละ 16.7 สถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่ฝ่าฝืนการสูบบางครั้งที่ยังสถานที่นั้นมากที่สุดคือ ตลาดร้อยละ 45.0 และสถานที่ที่มีผู้ปฏิบัติตามกฎหมายมากที่สุด คือ ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่นั้น ๆ เลย คือ รถโดยสารสาธารณะ ร้อยละ 88.4 ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน

สถานที่สาธารณะ	ทุกครั้ง		บางครั้ง		ไม่เลย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวมจำนวน 838 คน						
1. ตลาด	68	8.1	377	45.0	393	46.9
2. สถานศึกษา	57	6.8	173	20.6	608	72.6
3. โรงพยาบาล	27	3.2	109	13.0	702	83.8
4. วัด/โบสถ์/มัสยิด	46	5.5	311	37.1	481	57.4
5. สถานีขนส่ง/ป้ายรถเมล์	43	5.1	269	32.1	526	62.8
6. รถโดยสารสาธารณะ	28	3.3	69	8.2	741	88.4
7. ห้องน้ำสาธารณะ	71	8.5	306	36.5	461	55.0
8. ร้านอาหาร/สถานบันเทิง	140	16.7	325	38.8	373	44.5
9. สถานที่ทำงาน/สถานที่ราชการ *	61	8.2	186	25.2	492	66.6
10. ร้านอินเทอร์เน็ต	44	5.3	90	10.7	704	84.0
11. ตู้โทรศัพท์สาธารณะ **	9	9.1	18	18.2	72	72.7

* หมายถึง ตอบเฉพาะผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป จำนวน 739 คน

** หมายถึง ตอบเฉพาะผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่มีอายุ 15-18 ปี จำนวน 99 คน

นอกจากนี้ยังพบว่า จากการสัมภาษณ์ ประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับรูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ โรงงาน ที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ หรืออยากเลิกบุหรี่มากที่สุด พบว่า รูปภาพสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด คิดเป็น ร้อยละ 28.0 รองลงมารูปภาพสูบบุหรี่ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก และรูปภาพสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปาก คิด เป็นร้อยละ 18.3 และร้อยละ 14.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่โรงงานที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ หรืออยาก เลิกบุหรี่มากที่สุด

ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รวม	4,009	100.0
รูปที่ 2 ควันบุหรี่ฆ่าเด็กได้	278	6.9
รูปที่ 3 สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งกล่องเสียง	339	8.5
รูปที่ 4 สูบบุหรี่ทำให้หัวใจวาย	184	4.6
รูปที่ 5 สูบบุหรี่ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก	735	18.3
รูปที่ 6 สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปาก	560	14.0
รูปที่ 7 สูบบุหรี่ทำให้เซ็กซ์เสื่อม	80	2.0
รูปที่ 8 สูบแล้วปากเหม็น	108	2.7
รูปที่ 9 สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด	1,123	28.0
รูปที่ 10 สูบแล้วทรมาณจนตายจากถุงลมพอง	164	2.7
ไม่มีภาพใดเลยที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่หรืออยากเลิกบุหรี่	45	4.1
ไม่ทราบ/ไม่ตอบ/ไม่ระบุ	264	6.6

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับรูปภาพคำเตือนบนซองยาเส้น/ยา เส้นปรุงที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ หรืออยากเลิกบุหรี่มากที่สุด พบว่ารูปภาพสูบบุหรี่เป็นมะเร็งช่องปาก คิดเป็น ร้อยละ 29.1 รองลงมารูปภาพสูบบุหรี่เป็นมะเร็งกล่องเสียง และรูปภาพสูบบุหรี่เป็นมะเร็งปอดตายคิดเป็น ร้อยละ 27.3 และร้อยละ 20.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของภาพคำเตือนบนซองยาเส้น/ยาเส้นปรุงที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ หรืออยาก เลิกบุหรี่มากที่สุด

ภาพคำเตือนบนซองยาเส้น	จำนวน	ร้อยละ
รวม	4,009	100.0
รูปที่ 2 สูบบุหรี่เป็นมะเร็งกล่องเสียง	1,096	27.3
รูปที่ 3 สูบบุหรี่เป็นมะเร็งช่องปาก	1,167	29.1
รูปที่ 4 ควันยาเส้นทำให้เป็นมะเร็ง 10 ชนิด	510	12.7
ไม่มีภาพใดเลยที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่หรืออยากเลิกสูบบุหรี่	73	1.8
ไม่ทราบ/ไม่ตอบ/ไม่ระบุ	353	8.8

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1-12

2.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เป็นผู้ว่าราชการจังหวัด/รองผู้ว่าราชการจังหวัด จำนวน 4 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน นายกองคํารบริหารส่วนจังหวัด/รองนายกองคํารบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3 คน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 4 คน และผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 จำนวน 12 คน

2.2 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารเชิงลึก

มีข้อค้นพบที่สำคัญแยกตามประเด็น ดังนี้

2.2.1 ด้านนโยบาย/ยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคยาสูบ

นโยบายการควบคุมยาสูบในภาพรวมของจังหวัดยังไม่มีกรยกเป็นวาระสำคัญของจังหวัดหรือท้องถิ่นที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน มีเพียงการให้ความรู้ณรงค์ประชาสัมพันธ์ร่วมกับงานยาเสพติด/แอลกอฮอล์/โรคไม่ติดต่อ หรือการดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในการจัดสถานที่สาธารณะ/สถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ อีกทั้งจังหวัดยังไม่มีกรนำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติมาใช้จริงจัง

2.2.2 ด้านมาตรการเพิ่มภาษี/มาตรการอื่นใดที่ช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่

ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า การเพิ่มภาษีมีส่วนช่วยลดการสูบบุหรี่ลงได้ และควรใช้มาตรการทางสังคม ร่วมกับมาตรการทางกฎหมาย เพื่อจำกัดพื้นที่การสูบบุหรี่ รวมทั้งมาตรการควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ และมาตรการการให้บริการช่วยเหลือผู้ร่วมด้วย

2.2.3 ความสำคัญของงานบุหรี่ลำดับใด

ในระดับจังหวัดผู้บริหารให้ความสำคัญงานควบคุมยาสูบในระดับปานกลาง เนื่องจากไม่อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด โดยเฉพาะผู้บริหารระดับท้องถิ่นเห็นว่าไม่ใช่ภารกิจหลัก และยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหา และผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ ในส่วนของโรงพยาบาลและ สคร. ให้ความสำคัญของงานควบคุมยาสูบอยู่ในระดับต้นๆ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2.4 การจัดสรรงบประมาณ และการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ

ในระดับจังหวัดการจัดสรรงบประมาณงานควบคุมยาสูบยังไม่เป็นระบบ มีเพียงดำเนินงานร่วมไปกับงานยาเสพติด/แอลกอฮอล์/โรคไม่ติดต่อ ในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (ท้องถิ่น) มีงบประมาณที่เก็บภาษีสรรพสามิต ได้จากภาษีบุหรี่และเหล้า ปีละหลายล้านบาท แต่ไม่สามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบได้โดยตรง ในส่วนการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ มี 2 จังหวัดใน 4 จังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้) ที่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบจังหวัด และมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นมีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ แต่มีงานอื่นที่รับผิดชอบร่วมด้วย

2.2.5 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

- ควรกระตุ้น/สื่อสารให้ผู้บริหารระดับจังหวัดและท้องถิ่นเห็นปัญหาและผลกระทบอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ และนำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบมาใช้เป็นกรอบแนวทาง โดยที่แผนยุทธศาสตร์ควรเขียนให้กระชับ ไม่ซ้ำซ้อน และกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ควรใช้นโยบายสร้างความตระหนัก สร้างจิตสำนึกของประชาชนให้ลดละเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลทุกระดับ สนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาช่วยเลิกบุหรี่ให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงเน้นการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายให้มากขึ้น
- กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายให้บุคลากรสาธารณสุขไม่สูบบุหรี่ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับหน่วยงานอื่น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลหตุยภูมิ

เก็บข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ผลจากการประชุมติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 รวมทั้งผลจากการประชุมต่างๆ และจากผลการสำรวจที่เกี่ยวข้อง

2.1 ผลการดำเนินงานของหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกของประเทศ ซึ่งกระทรวง/หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ สามารถรวบรวมสรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ เป็นรายยุทธศาสตร์ได้ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิโคตินรายใหม่ มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการโรงเรียน/สถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยมีโรงเรียนเข้าร่วมมากกว่า 1,000 แห่ง เพื่อลดจำนวนปริมาณนิโคตินรายใหม่ อีกทั้งมีการพัฒนาหลักสูตรการควบคุมยาสูบให้กับนิสิตนักศึกษา กลุ่มสาขาวิชาชีพสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความรู้แก่เด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างกระแสสังคมจากการดำเนินการดังกล่าว

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ส่งเสริมให้ผู้บริโภคนิโคตินลดและเลิกใช้ยาสูบ

2.1 ส่งเสริมให้ผู้บริโภคนิโคตินสามารถเข้าถึงบริการเลิกยาสูบโดยง่ายไม่ยุ่งยาก และเพียงพอในสถานบริการของชุมชนทุกระดับ

2.2 ระบบการให้บริการเลิกยาสูบและระบบส่งต่อผู้บริโภคนิโคตินแบบบูรณาการ และยกเว้นค่าใช้จ่ายการเรียกเข้าหมายเลข 1600 ให้เป็นหมายเลขพิเศษ โดยผู้บริโภคนิโคตินสามารถโทรเข้าได้ทุกที่ทั่วประเทศไทย

2.3 จัดทำแนวทางการจัดการ การบำบัดโรคเสพติดยาสูบในประเทศไทย พ.ศ. 2555 และแนวทางเลิกบุหรี่ โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

2.4 พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการควบคุมยาสูบในระบบการศึกษาของนิสิต นักศึกษา กลุ่มสาขาวิชาชีพสุขภาพ

2.5 พัฒนาศูนย์สุขภาพให้บริการเลิกสูบบุหรี่แบบบูรณาการ มีมาตรฐานและแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยมีสมาชิกคลินิกฟ้าใส จำนวน 310 แห่ง ใน 77 จังหวัด รวมไปถึงโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 555 แห่งทั่วประเทศ และการสนับสนุนจาก สปสช. ในการพัฒนาคุณภาพคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลกว่า 200 แห่ง

2.6 ผลักดันให้ยาช่วยเลิกยาสูบเป็นยาในบัญชีหลักแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยการปรับกระบวนการของรายการส่วนประกอบ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังนี้

3.1 มีการจัดทำร่างกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแจ้ง รายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.

3.2 มีการจัดประชุมชี้แจง และรับฟังความคิดเห็นของผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบเกี่ยวกับ กฎหมายควบคุมยาสูบ (ร่างกฎกระทรวง) เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2556 ณ กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

4.1 ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ในเรื่องสถานที่สาธารณะปลอดควัน บุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยการควบคุมกำกับหน่วยงานในสังกัดตามกฎหมาย

4.2 ดำเนินการปรับเปลี่ยนค่านิยมของการบริโภคยาสูบเพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถาน ที่ทำงานและสถานที่สาธารณะเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย

4.3 ผลักดันและสนับสนุนให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานควบคุมยาสูบในระดับ จังหวัด เพื่อการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

4.4 ดำเนินงานบูรณาการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับ พื้นที่ จำนวนกว่า 496 องค์กร 17 เครือข่าย รวมถึงไปถึงหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจภูธรภาค/จังหวัด สรรพสามิตพื้นที่ สถานประกอบการ สถานบันเทิง โรงแรม ร้านอาหาร

4.5 ประสานหน่วยงานส่งเสริมการท่องเที่ยวในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬา จังหวัด ทหารอากาศจังหวัด และสมาคมส่งเสริมธุรกิจท่องเที่ยวไทย ในการกำชับนักท่องเที่ยวเรื่องเขตปลอดบุหรี่ ตามกฎหมาย ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ตามประกาศกระทรวง สาธารณสุข ฉบับที่ 19 เรื่องสถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยได้ดำเนินการในการขับเคลื่อน จังหวัดปลอดบุหรี่ไปแล้วไม่น้อยกว่า 32 จังหวัด

4.6 ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการตามมาตรการมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ รวมทั้ง สถาน ประกอบการปลอดบุหรี่มีสถานประกอบการ โดยปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 1,000 แห่งที่ร่วมดำเนินการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ

- 5.1 มีมาตรการควบคุมยาสูบที่ได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับพันธกรณีของ WHO – FCTC
- 5.2 มีโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบในส่วนกลาง และระบบบริหารจัดการงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด เป็นรูปแบบการขอความร่วมมือให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ด้วยการเพิ่มบทบาทในการควบคุมยาสูบเข้าไปด้วย
- 5.3 พัฒนารูปแบบดำเนินเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับสถานการณ์การบริโภคยาสูบ การละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบ และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่สอดแทรกเข้ากับงานประจำ พร้อมๆ กับการนำผลลัพธ์การเฝ้าระวังฯ ที่ได้มาขยายผลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายอยู่เสมอ
- 5.4 พัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะบุคลากรระดับสถานบริการสาธารณสุขให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ ด้วยโครงการของภาคีเครือข่าย ขณะที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะระดับภูมิภาคและระดับจังหวัดได้รับการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ในการบังคับใช้กฎหมาย
- 5.5 ดำเนินการสร้างทีมพื้นที่ต้นแบบในการควบคุมยาสูบระดับเขตสุขภาพเพื่อกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินการและพัฒนาศักยภาพบุคลากรพื้นที่ต้นแบบเพื่อควบคุมยาสูบระดับจังหวัดในเขตสุขภาพ
- 5.6 มีการจัดทำข้อตกลงสำคัญร่วมกัน คือ แนวทางการขอใช้ภาพค่าเตือนบนซองบุหรี่ของประเทศไทย จาก 13 ประเทศทั่วโลก

ยุทธศาสตร์ที่ 6 : ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

- 6.1 ตั้งคณะทำงานป้องกันและปราบปรามยาสูบผิดกฎหมายเพื่อดำเนินการกำกับติดตามการแก้ไขสถานการณ์และการประชุมประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- 6.2 ตรวจสอบสถานการณ์ผู้ประกอบการที่กระทำผิดกฎหมาย
- 6.3 บังคับใช้กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับมาตรการด้านความปลอดภัยและการป้องกันในการจัดเก็บและขนส่งสินค้า รวมถึงมีการกำหนดบทลงโทษตามความผิด
- 6.4 กำหนดมาตรการในการใช้เทคนิคการสืบสวนพิเศษที่ใช้เฉพาะการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- 6.5 ศึกษาข้อมูล การจัดทำโครงการระบบการสืบค้น ติดตาม และการศึกษาการดำเนินงานมาตรการทางกฎหมาย การดำเนินงานระงับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือวิธีการสื่อสารโทรคมนาคมอื่นๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 7 : แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี

- 7.1 ดำเนินการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2555 ซึ่งเป็นการปรับโครงสร้างภาษียาสูบ พร้อมลงในราชกิจจานุเบกษาและบังคับใช้ทันที ตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม 2555 มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีให้มีทั้งการจัดเก็บตามมูลค่าร้อยละ 87 และการจัดเก็บตามปริมาณ 1 บาทต่อมวน เป็นครั้งแรก โดย

ต้องนำทั้งมูลค่าและปริมาณมาคำนวณการจัดเก็บภาษี หากการคำนวณการจัดเก็บภาษีระหว่างการจัดเก็บภาษีตามมูลค่าและการจัดเก็บภาษีตามปริมาณ แบบใดมีอัตราที่สูงกว่าก็ให้จัดเก็บภาษีในอัตรานั้น

7.2 ออกกฎกระทรวงเรื่องกำหนดอัตราค่าแถมบียาสูบพ.ศ. 2555 และกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมยาสูบ พ.ศ. 2555 ซึ่งลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 21 สิงหาคม 2555 และมีผลบังคับใช้วันที่ 22 สิงหาคม 2555

7.3 กำหนดให้กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่จะมีการเจรจาการค้าเสรีที่มีสินค้ายาสูบเกี่ยวข้องด้วย จะต้องปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมสรรพสามิตก่อนทุกครั้ง

7.4 ศึกษาแนวทางการปรับปรุงการจัดเก็บภาษียาสูบของประเทศไทยและปรับปรุงพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 (ฐานภาษี, ระบบภาษี, นิยาม และข้อกฎหมายที่ล้าสมัย)

7.5 เพิ่มความเป็นธรรมแก่ผู้ประกอบการทุกฝ่าย ศึกษาถึงความเป็นไปได้และผลกระทบสำหรับการปรับโครงสร้างภาษีจากเดิมเป็นอัตราภาษีแบบผสม ตามคำแนะนำของ WHO FCTC ข้อ 6 และพิจารณาดำเนินการปรับระบบการบริหารจัดเก็บภาษี ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและปรับปรุงการกำหนดสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 8 : เฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

8.1 มีการจัดทำข้อควรปฏิบัติที่สำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบ

8.2 จัดทำหนังสือไม่รับการสนับสนุนกิจกรรม CSR จากอุตสาหกรรมยาสูบ โดยมีหนังสือจากกรมควบคุมโรคแจ้งไปยังทุกหน่วยงานราชการ

8.3 แก้ไขระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินการปรับแก้ถ้อยคำในระเบียบกรมควบคุมโรคในส่วน "การอ้างอิงแห่งกฎหมายในการให้อำนาจตราระเบียบ" มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2555

8.4 ดำเนินการประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องๆ เพื่อกำหนดมาตรการ ในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การประชุมเพื่อหาแนวทางในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่างๆ ที่มีส่วนประกอบของนิโคติน

8.5 ประชุมเชิงนโยบายเพื่อหารือแนวทางในการควบคุมบารากูไฟฟ้า บุหรี่ไฟฟ้า บารากู และนิโคติน โดยทำให้เกิดประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 และคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ 9/2558 กำหนดห้ามขาย/ห้ามให้บริการ สินค้า ได้แก่ บารากูดั้งเดิม ทั่วยาบารากูดั้งเดิม บุหรี่ไฟฟ้า บารากูไฟฟ้า และน้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้า/บุหรี่ไฟฟ้า อีกทั้งมีหลายหน่วยงานที่ได้ประกาศไม่รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ เช่น กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ได้จัดทำร่างระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการติดต่อกันระหว่างบุคลากรของรัฐกับธุรกิจยาสูบ กำหนดวิธีปฏิบัติของข้าราชการ กระทรวงสาธารณสุขในการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ภายใต้ข้อ 5.3 แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เพื่อป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะว่าด้วยการควบคุมยาสูบจากผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่ระหว่างการนำเสนอเพื่อประกาศใช้ต่อไป

2.2 สรุปผลการดำเนินงานในกิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อดี ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม

ผลจากการดำเนินงานทุกยุทธศาสตร์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานเพียงแค่นี้เป็นรายกิจกรรม จึงส่งผลต่อเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมที่ตั้งไว้ค่อนข้างน้อย ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถบรรลุตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ และได้มีการวิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานในกิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อดี ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม พบว่า

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ และตาม WHO FCTC ข้อ 12 และ ข้อ 16 มีการดำเนินการครบทั้ง 3 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 13 กิจกรรมหลัก จาก 15 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 86.7

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ และตาม WHO FCTC ข้อ 14 มีการดำเนินการครบทั้ง 5 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 12 กิจกรรมหลัก จาก 17 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 70.6

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และตาม WHO FCTC ข้อ 9 และ ข้อ 10 มีการดำเนินการเพียง 2 ยุทธวิธี จาก 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 7 กิจกรรมหลัก จาก 14 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 50

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่และ WHO FCTC ข้อ 8 มีการดำเนินการครบทั้ง 6 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 15 กิจกรรมหลัก จาก 16 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 93.8

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศและ WHO FCTC ข้อ 20 และ ข้อ 21 มีการดำเนินการครบทั้ง 7 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 19 กิจกรรมหลัก จาก 20 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 95.0

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายและ WHO FCTC ข้อ 15 มีการดำเนินการครบทั้ง 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 9 กิจกรรมหลัก จาก 10 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 90.0

ยุทธศาสตร์ที่ 7 แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี และ WHO FCTC ข้อ 6 มีการดำเนินการครบทั้ง 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 8 กิจกรรมหลักจาก 10 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 80.0

ยุทธศาสตร์ที่ 8 เฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ และ WHO FCTC ข้อ 5.3 มีการดำเนินการ 4 ยุทธวิธี จาก 7 ยุทธวิธี เนื่องจากมีความซับซ้อนกับการเฝ้าระวังในยุทธศาสตร์ที่ 5 มีผลการดำเนินงานใน 3 กิจกรรมหลัก จาก 9 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 33.3

โดยสรุปในภาพรวม 8 ยุทธศาสตร์ พบว่า มีข้อดี คือ

1. เป็นแผนยุทธศาสตร์ฯ ที่ผ่านการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ
2. มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม
3. มีการถ่ายทอดเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
4. มีคณะกรรมการอำนวยการ/คณะกรรมการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ และมีคณะกรรมการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งในภาพรวมและรายยุทธศาสตร์เป็นระยะๆ

5. มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะภาคเอกชน อาทิเช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ศูนย์จัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยใช้แผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ทั้งนี้โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

6. กรมควบคุมโรค ได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่าย 35 องค์กร เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2555 เพื่อสนับสนุนการจัดทำและร่วมดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติและมาตรการต่างๆตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย รณรงค์เผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ การควบคุมยาสูบ และ

มีข้อจำกัดในการดำเนินงาน คือ

1. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก การทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย และอาจจะเกี่ยวข้องับเรื่องงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน

2. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบตาม พ.ร.บ. 2 ฉบับ ยังไม่เข้มแข็ง ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องของยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบและการบังคับใช้กฎหมาย

3. บางหน่วยงานยังไม่มีรายงานผลการดำเนินงาน หรือขาดผู้รับผิดชอบหลัก จึงทำให้เกิดปัญหาในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

4. หน่วยงานภาครัฐต่างๆมีงบประมาณค่อนข้างจำกัด เพื่อสนับสนุนในการดำเนินงาน จึงทำให้มีบางกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้

มีข้อเสนอแนะ คือ

1. ดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมายและยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ถอดบทเรียนการทำงานที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ/ศูนย์จัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบสนับสนุน เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลไปในจังหวัดอื่นๆ

3. ชี้แจงทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ

4. ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในฉบับต่อไปควรลดการซ้ำซ้อนในแต่ละยุทธวิธี โดยเน้นการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการร่วมกำหนดแนวทางจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

5. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักการควบคุมยาสูบของประเทศ ควรปรับบทบาทไปสู่การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ และการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ รวมถึงการนำเสนอผลความคืบหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของภาคีเครือข่ายให้สาธารณชนรับทราบเป็นระยะๆ

ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่และตาม WHO FCTC ข้อ 12 และ ข้อ 16</p> <p>● มีการดำเนินการครบทั้ง 3 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 13 กิจกรรมหลัก จาก 15 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 86.7</p>	<p>การปกป้องเด็กและเยาวชนจากความเขี้ยววน โดยเฉพาะการโฆษณาและการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งจะมีรูปแบบใหม่ ๆ ออกมาเสมอทำให้ยากต่อการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะทางอินเทอร์เน็ต</p>	<p>1. มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ข้อ 12, ข้อ 16 และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม</p> <p>2. มีการประสานความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็ก และเยาวชน เพื่อร่วมกันวางแผนและดำเนินการให้ครอบคลุมทุกยุทธวิธี</p>	<p>- บางหน่วยงานยังไม่มีผลการดำเนินงาน/การรายงานผลการดำเนินงาน หรือขาดผู้ที่รับผิดชอบหลัก จึงทำให้เกิดปัญหาในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ</p> <p>- ไม่มีการจัดทำโครงการเฉพาะ/งบประมาณเพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จึงทำให้มีบางกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้</p>	<p>ควรมีการจัดทำชุดโครงการเพื่อลดนักสูบหน้าใหม่ และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมให้ผู้บริโภค ลดและเลิกใช้ยาสูบ และ ตาม WHO FCTC ข้อ 14</p> <p>● มีการดำเนินการครบ ทั้ง 5 ยุทธวิธี มีผลการ ดำเนินงานใน 12 กิจกรรม หลัก จาก 17กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 70.6</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.สร้างและพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการบริโภคยาสูบของทุกคนที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ 2.สร้างและพัฒนาระบบค่าตอบแทนแก่องค์กรและบุคลากรที่ทำงานการบำบัดรักษาเลิกยาสูบเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการให้บริการบำบัดรักษา 3.สร้างระบบการดูแลรักษาภาวะติดยาสูบในสถานที่ทำงานและการทำให้สถานที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ 4.ขยายงานบริการเลิกยาสูบให้เป็น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ข้อ 14และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม 2. มีภาคีเครือข่ายหลากหลายภาคส่วนที่มีความเชี่ยวชาญ อาทิ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพฯ ภาคเอกชน (NGO) และภาคประชาชนในการสนับสนุนการดำเนินการ รวมทั้งมีนโยบายที่เอื้อสนับสนุนการดำเนินการบางส่วน 3. มีแหล่งเงินสนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการควบคุมยาสูบในประเทศ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขาดระบบในการคัดกรอง และส่งต่อที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 2. ยุทธวิธีบางข้อไม่มีงบประมาณในการดำเนินการและขาดหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบดำเนินการ 3. ขาดการรวบรวมฐานข้อมูลในภาพรวม เช่น จำนวนผู้เลิกยาสูบ จำนวนผู้ป่วยที่มีการส่งต่อ การเชื่อมโยงทั้งระดับชุมชน สถานบริการสาธารณสุข และ Quitline 1600 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีค่าตอบแทนแก่องค์กรและบุคลากรที่ทำงานการบำบัดรักษาเลิกบุหรี่ หรือค่าตอบแทนการรายงานข้อมูลผู้สูบบุหรี่ผู้เลิกยาสูบได้ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ 2. ควรมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเชื่อมโยงทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน 3. ควรมีการเผยแพร่และนำแนวทางมาตรฐานการบำบัดผู้เสพยาสูบไปใช้เป็นแนวทางการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
	<p>ภารกิจประจำในสถานบริการสาธารณสุข และผลักดันให้เป็นเกณฑ์หนึ่งของระบบการตรวจประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาล</p> <p>5.ผลักดันให้การจำหน่ายยาช่วยเลิกยาสูบเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ</p>	<p>4. มีสถานบริการที่ให้บริการเลิกยาสูบอย่างแพร่หลาย อาทิ คลินิกฟ้าใส คลินิกอดบุหรี่ ฯลฯ รวมทั้งบุคลากรที่มีความสามารถในการช่วยให้เลิกยาสูบ พร้อมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอยู่เสมอและเพิ่มจำนวนบุคลากรผู้นำเลิกบุหรี่มากขึ้น รวมทั้งมีช่องทางในการให้คำปรึกษาในการช่วยเลิกบุหรี่</p>		
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และตาม WHO FCTC ข้อ 9 และ ข้อ 10</p> <p>● มีการดำเนินการเพียง 2 ยุทธวิธี จาก 4 ยุทธวิธี</p>	<p>1. สร้างกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ</p> <p>2. ติดตามเฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกยี่ห้อ เนื่องจากกฎหมายยังไม่ได้ให้</p>	<p>มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ข้อ 9 ,ข้อ10 และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม</p>	<p>- ยุทธวิธีที่ 2, 3 และ 4 นั้นไม่สามารถที่จะบรรลุตามตัวชี้วัดได้เนื่องจากข้อกฎหมายยังไม่เอื้ออำนวยที่จะทำให้การจัดเก็บข้อมูลรายการส่วนประกอบของบริษัทบุหรี่ และทางหน่วยงานรัฐยังไม่มียงบประมาณในเรื่องค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบว่าได้ตามมาตรฐานตามที่กฎกระทรวง</p>	<p>ควรมีการปรับปรุงข้อกฎหมายและทางงบประมาณในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ</p>

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
มีผลการดำเนินงานใน 7 กิจกรรมหลัก จาก 14 กิจกรรมหลักคิดเป็นร้อยละ 50	อำนาจที่จะเปิดเผยข้อมูลว่าบริษัทบุหรีมีส่วนประกอบอะไรบ้างที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคและสาธารณสุข		กำหนดหรือไม่ เพราะค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบนั้นมีงบประมาณที่สูงมาก แล้วจะต้องมี บุคลากรเพิ่มขึ้นในการติดตามตรวจสอบองค์ประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ	
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรีและ WHO FCTC ข้อ 8 ● มีการดำเนินการครบทั้ง 6 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 15 กิจกรรมหลัก จาก 16 กิจกรรมหลักคิดเป็นร้อยละ 93.8	การปรับปรุงประกาศกระทรวง กฎหรือระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องและเอื้อต่อการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี ที่มีอยู่และที่จะมีการแก้ไขปรับปรุง เนื่องจากการแก้ไขกฎ ระเบียบของแต่ละกระทรวงต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน	1. มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ข้อ 8 และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม 2. เป็นยุทธศาสตร์ที่มีภาคีเครือข่ายดำเนินการมากที่สุด โดยเฉพาะประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 การกำหนดให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานปลอดบุหรี	1. มีความซ้ำซ้อนของยุทธวิธีและกิจกรรมหลักในแต่ละยุทธศาสตร์ เช่น ประเด็นด้านกฎหมาย 2. เป็นการดำเนินการที่ต้องอาศัยภาคีในหลายภาคส่วน ซึ่งหน่วยงานส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ที่ดูแลรับผิดชอบในโครงการนั้นๆ ทำให้การติดต่อประสานงานล่าช้า 3. หน่วยงานภาครัฐต่างๆ ขาดงบประมาณทำให้หน่วยงานนั้นๆไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจังและไม่ต่อเนื่อง	ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในฉบับต่อไป ควรลดการซ้ำซ้อนในแต่ละยุทธวิธี โดยเน้นการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการร่วมกำหนดแนวทางจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศและ WHO FCTC ข้อ 20 และ ข้อ 21</p> <p>● มีการดำเนินการครบทั้ง 7 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 19 กิจกรรมหลัก จาก 20 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 95.0</p>	<p>จัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก</p>	<p>1. มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก(WHO FCTC)ข้อ 20 , ข้อ 21 และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม</p> <p>2. มีระบบและกลไกการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ ระดับชาติ แบบเบ็ดเสร็จที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ การเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย การเฝ้าระวังสื่อ และเฝ้าระวังกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค</p> <p>3. พื้นที่ที่มีการบูรณาการงานควบคุมยาสูบกับงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปด้วยกัน</p>	<p>1. โครงสร้างการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดยังไม่มีชัดเจน</p> <p>2. การเฝ้าระวังฯ เชิงรุกอย่างเป็นระบบ ยังมีไม่มากพอ เพราะข้อจำกัดด้านกำลังคนและงบประมาณ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ เชิงรุกให้มากขึ้น</p> <p>3. ผลการวิจัยฯ ไม่ถูกนำไปใช้มากเท่าที่ควร โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนา นโยบายและการปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบ รวมถึงกระบวนการจัดการความรู้ยังน้อย</p> <p>4. การสอดแทรกเนื้อหาควบคุมยาสูบไว้ในระบบการศึกษา ค่อนข้างมีข้อจำกัดในกรณีที่บรรจุไว้ในวิชาบังคับ และสามารถสอดแทรกไว้ในส่วนของวิชาเลือกได้ และยังไม่มีชัดเจนของการสอดแทรกเนื้อหาฯ ไว้กับนอก</p>	<p>1. จำนวนยุทธศาสตร์ไม่ควรมากเกินไป เพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน และควรคัดเลือกกว่า ในแต่ละปี จะมุ่งเน้นไปที่ยุทธศาสตร์ใด</p> <p>2. การปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ นั้น ควรหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อให้เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานเพิ่มขึ้น โดยหน่วยงานส่วนกลาง(สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ) ต้องปรับตัวเองไปสู่การบริหารจัดการองค์กรเชิงกลยุทธ์ (Strategic</p>

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
		4. มีภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง (สาธารณสุข/สรรพสามิต/ตำรวจ)	ระบบการศึกษา 5. การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์กฎหมายควบคุมยาสูบสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สม่ำเสมอ หรือมีความถี่มากพอที่จะเพิ่มพูนความตระหนักในทุกภาคส่วน	organization)
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 6 การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายและ WHO FCTC ข้อ 15</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีการดำเนินการครบทั้ง 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 9 กิจกรรมหลัก จาก 10 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 90.0 	การยกเลิกการยกเว้นภาษีในพื้นที่การค้าเสรี และร้านค้าปลอดอากรเนื่องจากติดขัดในเรื่องการแก้ไขกฎหมายของกรมศุลกากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก(WHO FCTC) ข้อ 15 และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม 2. บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน 3. มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานที่เพียงพอ 	วิธีการหลีกเลี่ยงและแนวโน้มในการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ใช้ในการกระทำความผิด	-

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 7 การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี และ WHO FCTC ข้อ 6</p> <ul style="list-style-type: none"> มีการดำเนินการครบทั้ง 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 8 กิจกรรมหลักจาก 10 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 80.0 	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดให้ควบคุมราคาจำหน่ายบุหรี่ชั้นต่ำ โดยแก้ไขกฎหมายอื่น นอกจาก พ.ร.บ. ยาสูบ พ.ศ. 2509 ลด/ยกเลิกข้อกำหนดยกเว้นอากรของส่วนตัวที่ผู้เดินทางนำยาสูบเข้ามาในราชอาณาจักรเนื่องจากติดขัดในเรื่องการแก้ไขกฎหมายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ol style="list-style-type: none"> มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก(WHO FCTC) ข้อ 6 และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานที่เพียงพอ 	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 7 มีข้อกำหนดมาเกี่ยวข้อง และมีผลกระทบกับประชาชนโดยตรง ทำให้ต้องจะมีการศึกษาข้อมูลอย่างละเอียดและรอบคอบ</p>	-
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 8 การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ และ WHO FCTC ข้อ 5.3</p>	<ol style="list-style-type: none"> ดำเนินการออกกฎหมายประกาศ / กฎกระทรวง ห้ามการนำเข้า การผลิต และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ 	<ol style="list-style-type: none"> มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก(WHO FCTC) ข้อ 5.3 และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม 	<p>ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ อาทิ สสจ. สสอ. ยังให้ความสำคัญกับภารกิจควบคุมการบริโภคยาสูบไม่มากเท่าที่ควร ส่งผลให้การขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่เป็นไปอย่างล่าช้า</p>	-

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> มีการดำเนินการ 4 ยุทธวิธี จาก 7 ยุทธวิธี เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับการเฝ้าระวังในยุทธศาสตร์ที่ 5 มีผลการดำเนินงานใน 3 กิจกรรมหลัก จาก 9 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 33.3 	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบใหม่ 2. การดำเนินการชี้แนะแก่สาธารณะ 3. ใช้กฎระเบียบราชการซึ่งเกิดจากมาตรา 5.3 ของ FCTC กำกับ ธุรกิจยาสูบ มิให้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การทำ CSR เนื่องจากยังไม่มีความหมายที่สามารถห้ามได้ 	<ul style="list-style-type: none"> 2. มีการประสานงานระหว่างสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบกับภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในการร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆตามแผนยุทธศาสตร์ 		
<p>ภาพรวม 8 ยุทธศาสตร์</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ 2. การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ 	ตามรายละเอียดข้างต้น	<ul style="list-style-type: none"> 1. เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นกรอบทิศทางในการดำเนินงาน 2. มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุม 	<ul style="list-style-type: none"> 1. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก การทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย และอาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานของแต่ละ 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมายและยุทธศาสตร์การควบคุม

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
3. การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ 4. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับเด็ก 5. การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ 6. การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย 7. การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี 8. การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ	ยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม 3. มีการถ่ายทอดเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 4. มีคณะกรรมการอำนวยการ/ คณะกรรมการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ และมีคณะกรรมการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งในภาพรวมและรายยุทธศาสตร์เป็นระยะๆ 5. มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะภาคเอกชน อาทิเช่น มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อ	ละหน่วยงาน 2. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบตาม พ.ร.บ. 2 ฉบับ ยังไม่เข้มแข็ง ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องของยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ และการบังคับใช้กฎหมาย 3. บางหน่วยงานยังไม่มีรายงานผลการดำเนินงาน หรือขาดผู้รับผิดชอบหลัก จึงทำให้เกิดปัญหาในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 4. หน่วยงานภาครัฐต่างๆมีงบประมาณค่อนข้างจำกัด เพื่อสนับสนุนในการดำเนินงาน จึงทำให้มีบางกิจกรรมที่ไม่	ยาสูบให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น 2. ถอดบทเรียนการทำงานที่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ/ศูนย์จัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สนับสนุน เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลไปในจังหวัดอื่นๆ 2. ชี้แจงทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ 3. ในการจัดทำแผน	

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
		<p>การไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ศูนย์จัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยใช้แผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ทั้งนี้โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>6. กรมควบคุมโรค ได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่าย 35 องค์กร เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2555 เพื่อสนับสนุนการ</p>	สามารถดำเนินการได้	<p>ยุทธศาสตร์ในฉบับต่อไป ควรลดการซ้ำซ้อนในแต่ละยุทธวิธี โดยเน้นการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการร่วมกำหนดแนวทางจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค</p> <p>4. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักการควบคุมยาสูบของประเทศ ควรปรับบทบาทไปสู่การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ และการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ รวมถึงการนำเสนอ</p>

ตารางที่ 17 วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน			
	กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
		จัดทำและร่วมดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และมาตรการต่างๆตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย รณรงค์เผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ การควบคุมยาสูบ		ผลความคืบหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของภาคีเครือข่ายให้สาธารณสุขชนรับทราบเป็นระยะๆ

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินในภาพรวม เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์

จากผลการประเมินในภาพรวมเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ทั้ง 3 ข้อ คือ

วัตถุประสงค์ที่ 1 ลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน โดยมีเป้าหมาย (1) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมลดลงร้อยละ 10.0 จากปีพ.ศ. 2552 (ร้อยละ 18.7) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 20.9 เป้าหมาย (2) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10 จากปี พ.ศ.2552 (ร้อยละ 37.5) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 39.9 เป้าหมาย (3) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากปี 2552 (ร้อยละ 2.01) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 3.7 เป้าหมาย 1.4) อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่น ๆ (บุหรี่ปั๊ว) ไม่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 3.9) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 3.3 (ใช้ข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557) ดังตารางที่ 18

วัตถุประสงค์ที่ 2 ลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี โดยมีเป้าหมายลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จากปีพ.ศ. 2552 (547 มวน/คน/ปี) ผลการประเมินเท่ากับ 720.7 (มวน/คน/ปี) ดังตารางที่ 18

วัตถุประสงค์ที่ 3 ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลง ร้อยละ 50.0 จากปี พ.ศ.2552 (ร้อยละ 32.5) จากผลการประเมินครั้งนี้มีข้อจำกัด ไม่สามารถคำนวณอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนได้ มีเพียงบอกได้ว่าสถานที่สาธารณะตามกฎหมายอะไรบ้างที่ประชาชนมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง หรือยังพบมีการสูบบุหรี่ ดังนั้นในกรณีสัมผัสควันบุหรี่มือสองของประชาชนในช่วงปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2557 กฎหมายที่เกี่ยวข้องมีความแตกต่างกัน เนื่องจากในช่วงปีพ.ศ. 2553 มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ส่งผลให้ข้อคำถามที่ซึ่งถึงแม้เป็นการสอบถามในสถานที่สาธารณะเดียวกัน แต่ความหมายต่างกัน จึงไม่สามารถนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของทุกสถานที่ได้ และในการประเมินผลครั้งนี้ จึงคัดเลือกประเมินเฉพาะสถานที่ที่ยังคงมีนิยามของการเป็นเขตปลอดบุหรี่ที่เหมือนกัน ได้ทั้งสิ้น 3 สถานที่ ได้แก่ ในบริการขนส่งสาธารณะ, สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษา และตลาด

ดังนั้นการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของประชาชนในปี พ.ศ.2557 เทียบกับปี พ.ศ.2552 พบว่า ในบริการขนส่งสาธารณะคงที่ ในสถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษาและตลาด ลดลงอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 19 และเมื่อพิจารณาผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่ยังมีการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ พบว่า ร้านอาหารหรือสถานบันเทิง ละเมิดการสูบบุหรี่ทุกครั้งมากที่สุดร้อยละ 16.7 และตลาดมีการละเมิดการสูบบุหรี่บ้างครั้งมากที่สุดร้อยละ 45.0 และสถานที่ที่มีผู้ปฏิบัติตามกฎหมายมากที่สุดคือ ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆ เลย คือรถโดยสารสาธารณะ ร้อยละ 88.4

ตารางที่ 18 เป้าหมายและผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 โดยการเปรียบเทียบผลจากการสำรวจการประเมินผลตามแผนยุทธศาสตร์ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เป้าหมาย	ฐานปี 2552 ร้อยละ (95% CI)	ค่าเป้าหมาย ปี 2557 ร้อยละ	ผลประเมินของ สำนักควบคุมการ บริโภคยาสูบ ปี 2557 ร้อยละ (95% CI)	ผลสำรวจของ สำนักงานสถิติ แห่งชาติ ปี 2557 ร้อยละ (95% CI)
1. ลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน				
1.1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	20.7 (20.2, 21.3)	18.7	20.9 (20.9, 21.1)	20.7 (20.0, 21.5)
โดยรวม ลดลงร้อยละ 10.0 จากปี 2552				
1.2 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ของประชากรชายอายุ 15 ปี ขึ้น ไป ลดลงร้อยละ 10.0 จากปี 2552	40.5 (39.5, 41.4)	37.5	39.9 (39.9, 40.3)	40.5 (39.2, 41.8)
1.3 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้น ไป ไม่เพิ่มขึ้นจากปี 2552	2.01 (1.8, 2.2)	2.01	3.7 (3.7, 3.9)	2.2 (1.9, 2.5)
1.4 อัตราการบริโภคยาสูบชนิด อื่น ๆ (บุหรี่ปั๊ว) ไม่เพิ่มขึ้น จากปี 2552	3.9 (3.4, 4.4)	3.9	-	3.3 (2.9, 3.6)
2. ลดปริมาณการบริโภคยาสูบ ต่อหัวประชากรต่อปี ไม่น้อย กว่าร้อยละ 20.0 จากปี 2552				
684	684	547	720.7	-
(มวน/คน/ปี) (มวน/คน/ปี) (มวน/คน/ปี)				
3. อัตราการได้รับควันบุหรี่ มือสองของประชาชนลดลง ร้อยละ 50.0 จากปี 2552				
65.6	65.6	32.5	-	-

ตารางที่ 19 การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด

การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่ สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด	ฐานปี 2552 ร้อยละ (95% CI)	ผลประเมิน ปี 2557 ร้อยละ (95% CI)	การแปลผล
ในบริการขนส่งสาธารณะ	21.6 (19.6, 23.9)	24.3 (23.0, 25.6)	คงที่
สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษา	33.4 (30.9, 36.0)	10.9 (10.2, 11.7)	ลดลงชัดเจน
ตลาด	69.3 (67.7, 70.9)	66.0 (64.6, 67.4)	ลดลงชัดเจน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557 ครั้งนี้เป็น การประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) หลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ โดยการเทียบกับเป้าหมายที่ กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่อย่างไร โดยการศึกษาสำรวจแบบ ภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2557 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยข้อมูล ปฐมภูมิ เก็บทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและแนวทางการสัมภาษณ์ ประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และเพื่อให้ได้ภาพรวมระดับประเทศ ใน การเก็บรวบรวมข้อมูล จึงรวมกรุงเทพมหานครไว้ด้วย จำแนกประชากรของประเทศออกเป็น 5 ชั้นภูมิ ใช้ วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage cluster sampling โดยเลือกจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละ ชั้นภูมิ ซึ่งจังหวัดใน 4 ภูมิภาค คัดเลือกจากจังหวัดที่มีค่ามัธยฐานของอัตราการสูบบุหรี่สูง 3 อันดับแรก ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2554) ได้แก่ ภาคเหนือ จังหวัดตาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดมุกดาหาร ภาคกลาง จังหวัดกาญจนบุรี และภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร รวม 5 จังหวัด แล้วคัดเลือกอำเภอหรือเขต จากตัวแทน 5 จังหวัดๆ ละ 3 อำเภอ/เขต จากนั้นคัดเลือกจากในเขต เทศบาลและนอกเขตเทศบาล แบบเป็นอิสระต่อกัน เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 4,009 คน และ กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษา และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 คัดเลือกแบบ purposive sampling จำนวน 32 คน ในส่วนข้อมูลทุติยภูมิเก็บข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของ หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ผลจากการประชุมคณะกรรมการติดตามประเมินผล การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ รวมทั้งผลจากการประชุมต่างๆ และจากผลการ สสำรวจที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ ข้อมูลเชิง คุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในพื้นที่ที่ทำการศึกษาระดับจังหวัดและเขต วิเคราะห์โดยใช้การ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตามประเด็นที่กำหนด ซึ่งสามารถนำมาสรุปและอภิปรายผลการประเมินได้ ดังนี้

สรุปผลการประเมินและอภิปราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปฐมภูมิ

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลสัมภาษณ์ประชาชน

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ประชาชนที่ได้รับการสัมภาษณ์ จำนวน 4,009 คน อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 70.2 นอก เขตเทศบาลร้อยละ 29.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.4 เพศชายร้อยละ 47.6 มีอายุเฉลี่ย 38.1 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี และอายุสูงสุด 70 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนต้น และ

มัธยมศึกษาตอนปลาย ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 23.7, 22.5 และ 21.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.1 และผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สมรสแล้ว ร้อยละ 50.7

1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่ครอบคลุมผู้สูบบุหรี่ประจำ และสูบบุหรี่ครั้งคราวอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.9 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.9 เพศหญิงร้อยละ 3.7 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 10.8 เท่า และผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-18 ปี ร้อยละ 12.3 โดยที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่มีแนวโน้มครั้งแรก 17.2 ปี อายุต่ำสุดที่เริ่มสูบครั้งแรก 7 ปี และอายุสูงสุดที่ยังสูบบุหรี่ 50 ปี ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันจำแนกตามรายภาคพบว่า ภาคกลางมากที่สุด ร้อยละ 26.2 และต่ำสุดเป็น ภาคเหนือ ร้อยละ 14.2 ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่อยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 21.2 และร้อยละ 20.3 ตามลำดับ

โดยมีสาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่เป็นเพราะว่าอยากทดลองสูบบมากที่สุดร้อยละ 39.7 รองลงมาตามอย่างสมาชิกในครัวเรือน/เพื่อน/ดารา ร้อยละ 32.1 โดยที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่นิยมสูบบุหรี่ประเภทบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศ ร้อยละ 61.6 รองลงมาคือ บุหรี่มวนเอง ร้อยละ 31.3 สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 ที่พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง(ร้อยละ 61.7) ของผู้สูบบุหรี่ประจำนิยมสูบบุหรี่มวนที่ผลิตจากโรงงาน และรองลงมาก็เป็นบุหรี่มวนเองเช่นเดียวกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2557) ปริมาณจำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบต่อวัน 9.6 มวนต่อวัน จำนวนต่ำสุด 1 มวน และสูงสุด 60 มวนต่อวัน และผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 81.4 ได้บุหรี่มาจากการซื้อด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าใกล้บ้าน ร้อยละ 86.0 ในรูปแบบของการซื้อเป็นซองสูงสุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ ซื้อเป็นมวนหรือบุหรี่แบ่งขาย ร้อยละ 36.2 บ่งบอกถึงความเป็นเมืองเสริมให้ประชาชนในต่างจังหวัดเริ่มสูบบุหรี่ของมากขึ้น เพราะมีราคาถูกและการเข้าถึงซื้อได้ง่ายสะดวกจากร้านค้าใกล้บ้าน/ที่พักอาศัย

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ ร้อยละ 74.1 สาเหตุสำคัญที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่สูงสุดคือ เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้าง ร้อยละ 59.6 รองลงมา อยากเลิกบุหรี่เพราะการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 15.6 การได้รับคำแนะนำ/การรณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 11.3 และเลิกบุหรี่เพราะมีราคาแพง ร้อยละ 8.6 และการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่พยายามเลิกบุหรี่ ร้อยละ 70.3 โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.9 ใช้วิธีการพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จเพราะว่า ไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 90.3

จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าจำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปสูบต่อวัน(รวมบุหรี่ทุกประเภท) เท่ากับ 9.6 มวนต่อวันดังกล่าว และพบว่ากลุ่มวัยที่มีการสูบบุหรี่ปริมาณเฉลี่ยต่อวันสูงสุดคือ กลุ่มวัยทำงาน รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มวัยรุ่น โดยสูบบุหรี่ปริมาณเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 11.1,10.1 และ 7.4 มวนต่อวัน ตามลำดับ สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 เช่นเดียวกันที่พบว่ามีการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยทำงานมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเยาวชน ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2557)

ส่วนใหญ่ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน มักจะสูบบุหรี่ในบริเวณบ้านมากที่สุดร้อยละ 86.7 และร้อยละ 13.3 ไม่มีการสูบบุหรี่ในบริเวณบ้าน ซึ่งจากผลการสำรวจครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมากที่ไม่คำนึงถึงสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ที่ต้องได้รับควันบุหรี่มือสองจากผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวของตนเอง

จากการสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 4,009 คน พบว่าเป็นผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วจำนวน 334 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 และมีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ(เลิกได้ 6 เดือนขึ้นไป) จำนวน 325 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 และผู้ที่อยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่ (เลิกได้น้อยกว่า 6 เดือน) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และมีเหตุผลที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เพราะว่าเป็นห่วงสุขภาพของตนเอง/คนรอบข้างมากที่สุด ร้อยละ 59.0 รองลงมาเป็นเพราะการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 16.9 และได้รับคำแนะนำ/การรณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 12.2

1.3 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

จากการสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับความรู้พิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป เกือบทุกข้อ ยกเว้นในข้อคำถามที่ว่า กันกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้ ยังมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ร้อยละ 51.6 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 48.4 ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน และข้อคำถามที่ว่า ตลาดเป็นเขตปลอดบุหรี่ ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องร้อยละ 66.5 และพบว่าประชาชนยังมีความเข้าใจผิดว่า ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มีโทษทั้งจำและปรับ คิดเป็นร้อยละ 66.6 ซึ่งในความเป็นจริงมีโทษแค่ปรับอย่างเดียว นอกจากนี้ประชาชนยังเห็นว่าการสูบบุหรี่ในบ้านเป็นการกระทำผิดตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 คิดเป็นร้อยละ 63.4 ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายที่บังคับห้ามสูบบุหรี่ที่บ้าน แต่มีนโยบายเป็นมาตรการทางสังคมที่รณรงค์ทำให้บ้านปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นตัวอย่างที่ดีที่ทำให้บุคคลในครอบครัวปลอดควันบุหรี่มือสอง และเป็นการปกป้องสิทธิคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ด้วย

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกโดยรวมพบว่า ในข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวที่ตอบถูกต้องจำนวน 13 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 81.3 และที่ตอบไม่ถูกต้องจำนวน 3 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 18.7

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาระดับความรู้โดยรวม เรื่องเกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 พบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรู้ระดับดีมาก ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 80-100 หรือ 13-16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65.7 มีความรู้ในระดับดี ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 หรือ 9-12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 32.1 และระดับพอใช้ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ น้อยกว่า 9 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 2.2

1.4 การปฏิบัติตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน

การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันพบว่า สถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมายที่มีผู้ละเมิดการสูบบุหรี่มากที่สุด (สูบบุหรี่ทุกครั้งที่ยังสถานที่นั้น) คือร้านอาหารหรือสถานบันเทิง ร้อยละ 16.7 สถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่ฝ่าฝืนการสูบบางครั้งที่ยังสถานที่นั้นมากที่สุดคือ ตลาด ร้อยละ 45.0 และสถานที่ที่มีผู้ปฏิบัติตามกฎหมายมากที่สุด คือ ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆเลย คือ รถโดยสารสาธารณะ ร้อยละ 88.4

นอกจากนี้ยังพบว่า จากการสัมภาษณ์ ประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับรูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่โรงงาน ที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ หรืออยากเลิกบุหรี่มากที่สุด พบว่า รูปภาพสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 28.0 รองลงมารูปภาพสูบบุหรี่ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก และรูปภาพสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปาก คิดเป็นร้อยละ 18.3 และร้อยละ 14.0 ตามลำดับ

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับรูปภาพคำเตือนบนซองยาเส้น/ยาเส้นปรุงที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ หรืออยากเลิกบุหรี่มากที่สุด พบว่ารูปภาพสูบบุหรี่เป็นมะเร็งช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 29.1 รองลงมารูปภาพสูบบุหรี่เป็นมะเร็งกล่องเสียง และรูปภาพสูบบุหรี่เป็นมะเร็งปอดตายคิดเป็นร้อยละ 27.3 และร้อยละ 20.2 ตามลำดับ

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12

2.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เป็นผู้ว่าราชการจังหวัด/รองผู้ว่าราชการจังหวัด จำนวน 4 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด/รองนายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3 คน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 4 คน และผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 จำนวน 12 คน

2.2 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารเชิงลึก

มีข้อค้นพบที่สำคัญแยกตามประเด็น ดังนี้

2.2.1 ด้านนโยบาย/ยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคยาสูบ

นโยบายการควบคุมยาสูบในภาพรวมของจังหวัดยังไม่มีกรยกเป็นวาระสำคัญของจังหวัดหรือท้องถิ่นที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน มีเพียงการให้ความรู้รณรงค์ประชาสัมพันธ์ร่วมกับงานยาเสพติด/แอลกอฮอล์/โรคไม่ติดต่อ หรือการดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในการจัดสถานที่สาธารณะ/สถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ อีกทั้งจังหวัดยังไม่มีกรนำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติมาใช้อย่างจริงจัง

2.2.2 ด้านมาตรการเพิ่มภาษี/มาตรการอื่นใดที่ช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่

ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า การเพิ่มภาษีมีส่วนช่วยลดการสูบบุหรี่ลงได้ และควรใช้มาตรการทางสังคม ร่วมกับมาตรการทางกฎหมาย เพื่อจำกัดพื้นที่การสูบบุหรี่ รวมทั้งมาตรการควบคุมการโฆษณา ส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ และมาตรการการให้บริการช่วยเหลือผู้ร่วมด้วย

2.2.3 ความสำคัญของงานบุหรี่ลำดับใด

ในระดับจังหวัดผู้บริหารให้ความสำคัญงานควบคุมยาสูบในระดับปานกลาง เนื่องจากไม่อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด โดยเฉพาะผู้บริหารระดับท้องถิ่นเห็นว่าไม่ใช่ภารกิจหลัก และยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหา และผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ ในส่วนของโรงพยาบาลและ สคร. ให้ความสำคัญของงานควบคุมยาสูบอยู่ในระดับต้นๆ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2.4 การจัดสรรงบประมาณ และการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ

ในระดับจังหวัดการจัดสรรงบประมาณงานควบคุมยาสูบยังไม่เป็นระบบ มีเพียงดำเนินงานร่วมกับงานยาเสพติด/แอลกอฮอล์/โรคไม่ติดต่อ ในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (ท้องถิ่น) มีงบประมาณที่เก็บภาษีสรรพสามิต ได้จากภาษีบุหรี่และเหล้า ปีละหลายล้านบาท แต่ไม่สามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบได้โดยตรง ในส่วนการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ มี 2 จังหวัดใน 4 จังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้) ที่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบจังหวัด และมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ แต่มีงานอื่นที่รับผิดชอบร่วมด้วย

2.2.5 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

- ควรกระตุ้น/สื่อสารให้ผู้บริหารระดับจังหวัดและท้องถิ่นเห็นปัญหาและผลกระทบอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ และนำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบมาใช้เป็นกรอบแนวทาง โดยที่แผนยุทธศาสตร์ควรเขียนให้กระชับ ไม่ซ้ำซ้อน และกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ควรใช้นโยบายสร้างความตระหนัก สร้างจิตสำนึกของประชาชนให้ลดละเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเหลือผู้ร่วมด้วย โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลทุกระดับ สนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาช่วยเหลือผู้ร่วมด้วยให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงเน้นการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายให้มากขึ้น
- กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายให้บุคลากรสาธารณสุขไม่สูบบุหรี่ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับ หน่วยงานอื่น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถิติ เก็บข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ผลจากการประชุมติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 รวมทั้งผลจากการประชุมต่างๆ และจากผลการสำรวจที่เกี่ยวข้อง

1. ผลการดำเนินงานของหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกของประเทศ ซึ่งกระทรวง/หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ สามารถรวบรวมสรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ เป็นรายยุทธศาสตร์ได้ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิโคตตินรายใหม่ มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการโรงเรียน/สถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยมีโรงเรียนเข้าร่วมมากกว่า 1,000 แห่ง เพื่อลดจำนวนปริมาณนักสูบหน้าใหม่ อีกทั้งมีการพัฒนาหลักสูตรการควบคุมยาสูบให้กับนิสิตนักศึกษา กลุ่มสาขาวิชาชีพสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความรู้แก่เด็กเยาวชน และประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างกระแสสังคมจากการดำเนินการดังกล่าว

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ส่งเสริมให้ผู้บริโภคนิโคตตินลดและเลิกใช้ยาสูบ

2.1 ส่งเสริมให้ผู้บริโภคนิโคตตินสามารถเข้าถึงบริการเลิกยาสูบโดยง่ายไม่ยุ่งยาก และเพียงพอในสถานบริการของชุมชนทุกระดับ

2.2 ระบบการให้บริการเลิกยาสูบและระบบส่งต่อผู้บริโภคนิโคตตินแบบบูรณาการ และยกเว้นค่าใช้จ่ายการเรียกเข้าหมายเลข 1600 ให้เป็นหมายเลขพิเศษ โดยผู้บริโภคนิโคตตินสามารถโทรเข้าได้ทุกที่ทั่วประเทศไทย

2.3 จัดทำแนวทางการจัดการ การบำบัดโรคเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2555 และแนวทางเลิกบุหรี่โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

2.4 พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการควบคุมยาสูบในระบบการศึกษาของนิสิตนักศึกษา กลุ่มสาขาวิชาชีพสุขภาพ

2.5 พัฒนาสถานพยาบาลให้บริการเลิกสูบบุหรี่แบบบูรณาการ มีมาตรฐานและแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยมีสมาชิกคลินิกฟ้าใส จำนวน 310 แห่ง ใน 77 จังหวัด รวมไปถึงโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 555 แห่งทั่วประเทศ และการสนับสนุนจาก สปสช. ในการพัฒนาคุณภาพคลินิกกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลกว่า 200 แห่ง

2.6 ผลักดันให้ยาช่วยเลิกยาสูบเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาหลักแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยการปรับกระบวนการของรายการส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังนี้

3.1 มีการจัดทำร่างกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.

3.2 มีการจัดประชุมชี้แจง และรับฟังความคิดเห็นของผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมยาสูบ (ร่างกฎกระทรวง) เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2556 ณ กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

4.1 ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ในเรื่องสถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยการควบคุมกำกับหน่วยงานในสังกัดตามกฎหมาย

4.2 ดำเนินการปรับเปลี่ยนค่านิยมของการบริโภคยาสูบเพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย

4.3 ผลักดันและสนับสนุนให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด เพื่อการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

4.4 ดำเนินงานบูรณาการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ จำนวนกว่า 496 องค์กร 17 เครือข่าย รวมถึงไปถึงหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจภูธรภาค/จังหวัด สรรพสามิตพื้นที่ สถานประกอบการ สถานบันเทิง โรงแรม ร้านอาหาร

4.5 ประสานหน่วยงานส่งเสริมการท่องเที่ยวในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด และสมาคมส่งเสริมธุรกิจท่องเที่ยวไทย ในการกำชับนักท่องเที่ยวเรื่องเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ตลอดจนการพัฒนาารูปแบบการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 เรื่องสถานที่สาธารณะปลอดควันบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยได้ดำเนินการในการขับเคลื่อนจังหวัดปลอดบุหรี่ไปแล้วไม่น้อยกว่า 32 จังหวัด

4.6 ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการตามมาตรการมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ รวมทั้ง สถานประกอบการปลอดบุหรี่มีสถานประกอบการ โดยปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 1,000 แห่งที่ร่วมดำเนินการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ

5.1 มีมาตรการควบคุมยาสูบที่ได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับพันธกรณีของ WHO – FCTC

5.2 มีโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบในส่วนกลาง และระบบบริหารจัดการงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด เป็นรูปแบบการขอความร่วมมือให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ด้วยการเพิ่มบทบาทในการควบคุมยาสูบเข้าไปด้วย

5.3 พัฒนารูปแบบดำเนินเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับสถานการณ์การบริโภคยาสูบ การละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบ และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่สอดแทรกเข้ากับงานประจำ พร้อมๆ กับการนำผลลัพธ์การเฝ้าระวังฯ ที่ได้มาขยายผลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายอยู่เสมอ

5.4 พัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะบุคลากรระดับสถานบริการสาธารณสุขให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ ด้วยโครงการของภาคีเครือข่าย ขณะที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะระดับภูมิภาคและระดับจังหวัดให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ในการบังคับใช้กฎหมาย

5.5 ดำเนินการสร้างทีมพื้นที่ต้นแบบในการควบคุมยาสูบระดับเขตสุขภาพเพื่อกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินการและพัฒนาศักยภาพบุคลากรพื้นที่ต้นแบบเพื่อควบคุมยาสูบระดับจังหวัดในเขตสุขภาพ

5.6 มีการจัดทำข้อตกลงสำคัญร่วมกัน คือ แนวทางการขอใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ของประเทศไทย จาก 13 ประเทศทั่วโลก

ยุทธศาสตร์ที่ 6 : ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

6.1 ตั้งคณะทำงานป้องกันและปราบปรามยาสูบผิดกฎหมายเพื่อดำเนินการกำกับติดตามการแก้ไขสถานการณ์และการประชุมประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

6.2 ตรวจสอบสถานการณ์ผู้ประกอบการที่กระทำผิดกฎหมาย

6.3 บังคับใช้กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับมาตรการด้านความปลอดภัยและการป้องกันในการจัดเก็บและขนส่งสินค้า รวมถึงมีการกำหนดบทลงโทษตามความผิด

6.4 กำหนดมาตรการในการใช้เทคนิคการสืบสวนพิเศษที่ใช้เฉพาะการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

6.5 ศึกษาข้อมูล การจัดทำโครงการระบบการสืบค้น ติดตาม และการศึกษาการดำเนินงานมาตรการทางกฎหมาย การดำเนินงานระงับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือวิธีการสื่อสารโทรคมนาคมอื่นๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 7 : แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี

7.1 ดำเนินการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2555 ซึ่งเป็นการปรับโครงสร้างภาษียาสูบ พร้อมลงในราชกิจจานุเบกษาและบังคับใช้ทันที ตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม 2555 มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีให้มีทั้งการจัดเก็บตามมูลค่าร้อยละ 87 และการจัดเก็บตามปริมาณ 1 บาทต่อมวน เป็นครั้งแรก โดยต้องนำทั้งมูลค่าและปริมาณมาคำนวณการจัดเก็บภาษี หากการคำนวณการจัดเก็บภาษีระหว่างการจัดเก็บภาษีตามมูลค่าและการจัดเก็บภาษีตามปริมาณ แบบใดมีอัตราที่สูงกว่าก็ให้จัดเก็บภาษีในอัตรานั้น

7.2 ออกกฎกระทรวงเรื่องกำหนดอัตราค่าแสตมป์ยาสูบพ.ศ. 2555 และกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมยาสูบ พ.ศ. 2555 ซึ่งลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 21 สิงหาคม 2555 และมีผลบังคับใช้วันที่ 22 สิงหาคม 2555

7.3 กำหนดให้กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่จะมีการเจรจาการค้าเสรีที่มีสินค้ายาสูบเกี่ยวข้องด้วย จะต้องปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมสรรพสามิตก่อนทุกครั้ง

7.4 ศึกษาแนวทางการปรับปรุงการจัดเก็บภาษียาสูบของประเทศไทยและปรับปรุงพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 (ฐานภาษี, ระบบภาษี, นิยาม และข้อกำหนดที่ล้าสมัย)

7.5 เพิ่มความเป็นธรรมแก่ผู้ประกอบการทุกฝ่าย ศึกษาถึงความเป็นไปได้และผลกระทบสำหรับการปรับโครงสร้างภาษีจากเดิมเป็นอัตราก้าวหน้าแบบผสม ตามคำแนะนำของ WHO FCTC ข้อ 6 และ

พิจารณาดำเนินการปรับระบบการบริหารจัดเก็บภาษี ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและปรับปรุงการกำหนดสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 8 : เฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

8.1 มีการจัดทำข้อควรปฏิบัติที่สำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบ

8.2 จัดทำหนังสือไม่รับการสนับสนุนกิจกรรม CSR จากอุตสาหกรรมยาสูบ โดยมีหนังสือจากกรมควบคุมโรคแจ้งไปยังทุกหน่วยงานราชการ

8.3 แก้ไขระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินการปรับแก้ถ้อยคำในระเบียบกรมควบคุมโรคในส่วน "การอ้างอิงแห่งกฎหมายในการให้อำนาจตราระเบียบ" มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2555

8.4 ดำเนินการประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องๆ เพื่อกำหนดมาตรการ ในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การประชุมเพื่อหาแนวทางในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่างๆ ที่มีส่วนประกอบของนิโคติน

8.5 ประชุมเชิงนโยบายเพื่อหารือแนวทางในการควบคุมบารากูไฟฟ้า บุหรี่ไฟฟ้า บารากู และนิโคติน โดยทำให้เกิดประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 และคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ 9/2558 กำหนดห้ามขาย/ห้ามให้บริการ สินค้า ได้แก่ บารากูดั้งเดิม ตัวยาบารากูดั้งเดิม บุหรี่ไฟฟ้า บารากูไฟฟ้า และน้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้า/บุหรี่ไฟฟ้า

2. สรุปผลการดำเนินงานในกิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อดี ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้ร่วมกับคณะกรรมการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ได้มีการวิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานในกิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อดี ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ จำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์และภาพรวม พบว่า **ยุทธศาสตร์ที่ 1** ป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิโคตินรายใหม่ และตาม WHO FCTC ข้อ 12 และ ข้อ 16 มีการดำเนินการครบทั้ง 3 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 13 กิจกรรมหลัก จาก 15 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 86.7 **ยุทธศาสตร์ที่ 2** ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ และตาม WHO FCTC ข้อ 14 มีการดำเนินการครบทั้ง 5 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 12 กิจกรรมหลัก จาก 17 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 70.6 **ยุทธศาสตร์ที่ 3** ลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และตาม WHO FCTC ข้อ 9 และ ข้อ 10 มีการดำเนินการเพียง 2 ยุทธวิธี จาก 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 7 กิจกรรมหลัก จาก 14 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 50 **ยุทธศาสตร์ที่ 4** สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่และ WHO FCTC ข้อ 8 มีการดำเนินการครบทั้ง 6 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 15 กิจกรรมหลัก จาก 16 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 93.8 **ยุทธศาสตร์ที่ 5** สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศและ WHO FCTC ข้อ 20 และ ข้อ 21 มีการดำเนินการครบทั้ง 7 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 19 กิจกรรมหลัก

จาก 20 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 95.0 **ยุทธศาสตร์ที่ 6** ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายและ WHO FCTC ข้อ 15 มีการดำเนินการครบทั้ง 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 9 กิจกรรมหลัก จาก 10 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 90.0 **ยุทธศาสตร์ที่ 7** แก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี และ WHO FCTC ข้อ 6 มีการดำเนินการครบทั้ง 4 ยุทธวิธี มีผลการดำเนินงานใน 8 กิจกรรมหลักจาก 10 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 80.0 **ยุทธศาสตร์ที่ 8** เฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ และ WHO FCTC ข้อ 5.3 มีการดำเนินการ 4 ยุทธวิธี จาก 7 ยุทธวิธี เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับการเฝ้าระวังในยุทธศาสตร์ที่ 5 มีผลการดำเนินงานใน 3 กิจกรรมหลัก จาก 9 กิจกรรมหลัก คิดเป็นร้อยละ 33.3

โดยสรุปในภาพรวม 8 ยุทธศาสตร์ พบว่า มีข้อดี คือ

1. เป็นแผนยุทธศาสตร์ฯ ที่ผ่านการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ
2. มีการบอญสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม
3. มีการถ่ายทอดเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
4. มีคณะกรรมการอำนวยการ/คณะกรรมการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ และมีคณะกรรมการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งในภาพรวมและรายยุทธศาสตร์เป็นระยะๆ
5. มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะภาคเอกชน อาทิเช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ศูนย์จัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยใช้แผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ทั้งนี้โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
6. กรมควบคุมโรค ได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่าย 35 องค์กร เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2555 เพื่อสนับสนุนการจัดทำและร่วมดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติและมาตรการต่างๆตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย รณรงค์เผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ การควบคุมยาสูบ และ

มีข้อจำกัดในการดำเนินงาน คือ

1. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก การทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย และอาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละหน่วยงาน
2. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบตาม พ.ร.บ. 2 ฉบับ ยังไม่เข้มแข็ง ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องของยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบฯ และการบังคับใช้กฎหมาย

3. บางหน่วยงานยังไม่มีกรรายงานผลการดำเนินงาน หรือขาดผู้ที่รับผิดชอบหลัก จึงทำให้เกิดปัญหาในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

4. หน่วยงานภาครัฐต่างๆมีงบประมาณค่อนข้างจำกัด เพื่อสนับสนุนในการดำเนินงาน จึงทำให้มีบางกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้

มีข้อเสนอแนะ คือ

1. ดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมายและยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ถอดบทเรียนการทำงานที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ/ศูนย์จัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบสนับสนุน เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลไปในจังหวัดอื่นๆ

3. ชี้แจงทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ

4. ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในฉบับต่อไปควรลดการซ้ำซ้อนในแต่ละยุทธวิธี โดยเน้นการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการร่วมกำหนดแนวทางจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

5. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักการควบคุมยาสูบของประเทศ ควรปรับบทบาทไปสู่การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ และการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ รวมถึงการนำเสนอผลความคืบหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของภาคีเครือข่ายให้สาธารณชนรับทราบเป็นระยะๆ

นอกจากนี้จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติในระดับพื้นที่ทั้ง 77 จังหวัด ใน 4 ภูมิภาค สรุปได้ว่าการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับน้อย อีกทั้งการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ ยังพบว่ามีปัญหา ดังนี้

1. ขาดการวางแผนควบคุมการบริโภคยาสูบในแผนยุทธศาสตร์จังหวัด และการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนการนำข้อมูลมาใช้วางแผนในการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

2. ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ) รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

3. ประชาชนขาดความตระหนักในเรื่องพิษภัยยาสูบ ขาดการเข้าถึงบริการเทคโนโลยีในการเลิกบุหรี่ และยังพบสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานไม่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย อีกทั้งเครือข่ายทุกระดับยังไม่เข้มแข็ง

4. พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ทั้ง 2 ฉบับมีความล้าหลัง การบังคับใช้กฎหมาย ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่และไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (ไม่มีข้อกำหนดอัตราปรับขั้นต่ำ)

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินในภาพรวม เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์

จากผลการประเมินในภาพรวมเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ทั้ง 3 ข้อ คือ

วัตถุประสงค์ที่ 1 ลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน โดยมีเป้าหมาย (1) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมลดลงร้อยละ 10.0 จากปีพ.ศ. 2552 (ร้อยละ 18.7) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 20.9 เป้าหมาย (2) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10 จากปี พ.ศ.2552 (ร้อยละ 37.5) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 39.9 เป้าหมาย (3) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากปี 2552 (ร้อยละ 2.01) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 3.7 เป้าหมาย 1.4) อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่น ๆ (บุหรี่ไร้ควัน) ไม่เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2552 (ร้อยละ 3.9) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 3.3 (ใช้ข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557)

วัตถุประสงค์ที่ 2 ลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี โดยมีเป้าหมายลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จากปีพ.ศ. 2552 (547 มวน/คน/ปี) ผลการประเมินเท่ากับ 720.7 (มวน/คน/ปี)

วัตถุประสงค์ที่ 3 ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลง ร้อยละ 50.0 จากปี พ.ศ.2552 (ร้อยละ 32.5) จากผลการประเมินครั้งนี้มีข้อจำกัด ไม่สามารถคำนวณอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนได้ มีเพียงบอกได้ว่า สถานที่สาธารณะตามกฎหมายอะไรบ้างที่ประชาชนมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง หรือยังพบมีการสูบบุหรี่ดังนั้นในกรณีสัมผัสควันบุหรี่มือสองของประชาชนในช่วงปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2557 กฎหมายที่เกี่ยวข้องมีความแตกต่างกัน เนื่องจากในช่วงปีพ.ศ. 2553 มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 เรื่อง กำหนดชื่อ หรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ส่งผลให้ข้อคำถามที่ซึ่งถึงแม้เป็นการสอบถามในสถานที่สาธารณะเดียวกัน แต่ความหมายต่างกัน จึงไม่สามารถนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของทุกสถานที่ได้ และในการประเมินผลครั้งนี้ จึงคัดเลือกประเมินเฉพาะสถานที่ที่ยังคงมีนิยามของการเป็นเขตปลอดบุหรี่ที่เหมือนกัน ได้ทั้งสิ้น 3 สถานที่ ได้แก่ ในบริการขนส่งสาธารณะ, สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษา และตลาด

ดังนั้นการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของประชาชนในปี พ.ศ.2557 เทียบกับปี พ.ศ.2552 พบว่า ในบริการขนส่งสาธารณะคงที่ ในสถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษาและตลาด ลดลงอย่างชัดเจน และเมื่อพิจารณาผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่ยังมีการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ พบว่า ร้านอาหารหรือสถานบันเทิง ละเมิดการสูบบุหรี่ทุกครั้งมากที่สุดร้อยละ 16.7 และตลาดมีการละเมิดการสูบบุหรี่บางครั้งมากที่สุดร้อยละ 45.0 และสถานที่ที่มีผู้ปฏิบัติตามกฎหมายมากที่สุดคือ ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆ เลย คือรถโดยสารสาธารณะ ร้อยละ 88.4

โดยสรุปการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นการประเมินผลสรุปรวมหลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ที่เกิดจากผลลัพธ์การดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ ผลการประเมินในภาพรวม โดยพิจารณาจากเป้าหมายสำคัญของแผนยุทธศาสตร์พบว่า พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมเท่ากับร้อยละ 20.9 เป็นประชากรชายร้อยละ 39.9 และประชากรหญิงร้อยละ 3.7 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 10.8 เท่า เมื่อ

พิจารณาจากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จะพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมเท่ากับร้อยละ 20.7 เป็นชายร้อยละ 40.5 และหญิงร้อยละ 2.2 จะเห็นได้ว่า ทั้งจากผลการประเมินของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติก็สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์คือ ร้อยละ 18.7 ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 2.01 เช่นเดียวกัน ทั้งในส่วนปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี ผลการประเมินเท่ากับ 720.7 (มวน/คน/ปี) สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด 547 (มวน/คน/ปี) และการที่อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมทั้งชายและหญิง รวมทั้งปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด อาจจะเป็นผลมาจากคนที่ติดบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 90.3 จากผลการประเมินครั้งนี้ เพราะว่าบุหรี่เป็นสารเสพติดที่เลิกยากในคนที่ติดแล้ว ซึ่งโรคเสพติดยาสูบถือเป็นโรคชนิดหนึ่งที่ต้องการอนามัยโลกกำหนดใน ICD-10 หัวข้อ nicotine dependence (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2557) จึงจำเป็นต้องเน้นการบำบัด รักษาผู้เสพติดยาสูบ เพื่อลดอัตราป่วย และอัตราตายอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ โดยการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับการให้คำปรึกษาเป็นแรงจูงใจช่วยให้การเลิกบุหรี่ของผู้เสพติดยาสูบประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น (หทัยชนก สุมาลี, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2558) อีกทั้งกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบหลากหลายรูปแบบ เช่น การโฆษณาแฝงด้วยรูปแบบต่าง ๆ ที่แยบยล การให้การสนับสนุน/อุปถัมภ์กิจกรรมทางสังคม การผลิตบุหรี่ราคาถูก เป็นต้น ดึงดูดความสนใจกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดความต้องการใช้ยาสูบอยู่เสมอ (ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, ดุสิต สุจิรารัตน์, 2557) ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาลทุกระดับ โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาช่วยเลิกบุหรี่ให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้มาประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย (ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, 2553) และเป็นไปตามแนวปฏิบัติข้อ 14 การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก อีกทั้งสอดคล้องกับข้อเสนอของเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และองค์ภาคี ซึ่งประกอบด้วย ราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพต่างๆอีก 43 องค์กร ที่ขอให้กระทรวงสาธารณสุขผลักดันการกำหนดนโยบายให้ยารักษาการเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังภาคผนวก ข

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวประสบผลเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง ซึ่งปัจจุบันจะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นคือ ผู้สูบบุหรี่มีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ หรือพยายามเลิกบุหรี่ยุติ ร้อยละ 74.1 โดยให้เหตุผลเป็นเพราะว่า เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้างมากที่สุด ร้อยละ 59.6 รวมถึงการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 15.6 ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานควบคุมยาสูบภายใต้แผนยุทธศาสตร์นี้จากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชนอย่างเข้มแข็งเริ่มเป็นสังคมที่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ เกิดกระแสต่อต้านการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น เพื่อทำให้สังคมไทยเกิดค่านิยมเลิกบุหรี่ไปในที่สุด

ดังนั้นการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับต่อไปให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ควรดำเนินการโดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ เป็นไปตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ และสอดคล้องกับนโยบายการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก แต่มีบางยุทธวิธี/มาตรการ/กิจกรรมหลักที่มีความซ้ำซ้อนกันในแต่ละยุทธศาสตร์ ดังนั้นควรลดความซ้ำซ้อน และมีความเห็นว่า ในแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่สองควรปรับลดจำนวนยุทธศาสตร์ที่มีความใกล้เคียงกันให้รวมอยู่ด้วยกันเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และควรคัดเลือกกว่าในแต่ละปีจะมุ่งเน้นไปยุทธศาสตร์/ยุทธวิธีใด โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดร่วมระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้มีทิศทางการทำงานเดียวกันบนพื้นฐานภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

2. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักการควบคุมยาสูบของประเทศ ควรปรับบทบาทไปสู่การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์และควรสื่อสารถ่ายทอดขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้ชัดเจนและครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมถึงการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และนำเสนอผลความคืบหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของภาคีเครือข่ายให้สาธารณชนรับทราบเป็นระยะ ๆ

3. ควรเน้นนโยบายความสำคัญต่อมาตรการเลิกบุหรี่ เพื่อลดอัตราการป่วยและอัตราการตาย อันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ โดยบูรณาการไว้ในงานประจำของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ และผลักดันยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อผู้มีสิทธิในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ อีกทั้งให้บริการเลิกบุหรี่เชิงสร้างสรรค์ที่เยาวชนสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงการจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ และทำการตลาดเชิงสังคมเรื่องบ้านปลอดบุหรี่ร่วมด้วย

4. ควรเร่งรัดพัฒนากฎหมาย และระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบที่เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาสังคมอย่างเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรผลักดันให้นโยบายการควบคุมยาสูบเป็นวาระของจังหวัดและท้องถิ่น ซึ่งจังหวัดและท้องถิ่นเป็นจุดจัดการที่สำคัญที่สุด และควรมีโครงสร้างการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดทุกจังหวัด อาจจะมีบูรณาการกับคณะกรรมการควบคุมเครื่องแอลกอฮอล์จังหวัด โดยมีการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำบูรณาการคู่ขนานไปด้วยกันในระดับพื้นที่ และให้มีการบรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติการราชการประจำปีของจังหวัด/อำเภอ/ตำบล

2. ควรมีการเสาะแสวงหาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ทั้งในระดับบุคคลและองค์กรเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

3. ควรมีการถอดบทเรียนการทำงานควบคุมยาสูบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาต่อยอดและเป็นต้นแบบในการขยายผลไปในจังหวัด/พื้นที่อื่นๆ

4. การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ที่กำหนดให้จัดเขตห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานนั้น ควรเน้นให้เจ้าของสถานที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนมีความรู้ ตระหนักในพิษภัยยาสูบ และปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ

บรรณานุกรม

- จूरีย์ อูสาหะ, ดวงกมล ลีมันจันทร์ , ฐิติพร กันวิหค.รายงานผลการติดตามประเมินกระบวนการบริหารจัดการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557.สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี,2556.
- ประภิต วาที่สาธกกิจ. โรคเสพติดยาสูบอีกที. จุลสารฟ้าใส 2557;3:14.
- พระมหาศุภชัย แซ่เถียร.การวิเคราะห์การนำนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ไปปฏิบัติ.วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ,2550.
- เพ็ญภักตร์ จันทศร.การตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของ พนักงานเจ้าหน้าที่ ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดชลบุรี.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล,2549.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. สถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข: ประมวลสาระ เล่ม 2 (หน่วยที่ 6-10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. รายงานการประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย. เจริญดีมีนคองการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2553.
- ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, ดุสิต สุจิรรัตน์.รายงานการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ : แนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย.บริษัทไนซ์ เอิร์ธ ดีไซน์ จำกัด กรุงเทพฯ,2557.
- ศรัณญา เบญจกุล และคณะ. บทสรุปผู้บริหารโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกปี2554.โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ,2555.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั่นกระจำง และกมลภากร สมมิตร. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทย พ.ศ.2555. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ,2555.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั่นกระจำง, สุนิดา ปรีชาวงษ์. สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557.เจริญดีมีนคองการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2557.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2552. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552.

- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557**. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. **สรุปสถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย รายงานประจำปี 2556**. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535**. พิมพ์ครั้งที่ 8.กรุงเทพฯ: บริษัท เอพี ไคคัท แอนด์ สกรีน จำกัด, 2556.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535**. พิมพ์ครั้งที่ 8.กรุงเทพฯ: บริษัท เอพี ไคคัท แอนด์ สกรีน จำกัด, 2556.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการติดตามผลครั้งที่ 1 การประเมินขีดความสามารถของประเทศไทยในการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามนโยบาย MPOWER**. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. **รายงานประจำปี 2557 สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ**. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557**. บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, กรุงเทพฯ, 2557.
- สมคิด พรหมจ้อย. **เทคนิคการประเมินโครงการ**. สุพรรณบุรี: หจก. ออฟเซทอาร์ท ออโตเมชั่น; 2542
- หทัยชนก สุมาลี, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. **การประเมินผลการจัดบริการช่วยเหลือบุหรี่ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2558;3:241-52.
- Framework Convention Alliance. **Latest ratifications of the WHO FCTC** [Internet]. [cited 2016 Mar 12]. Available from: <http://www.fctc.org/about-fca/tobacco-control-treaty/latest-ratifications>.
- Prawase Wasi , **Triangle that moves the mountain and health systems reform movement in Thailand**. Human Research for Health Development Journal 2000(4):p.106-110.

ภาคผนวก ก

1.1 แบบสัมภาษณ์การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ

พ.ศ. 2555 - 2557

สำหรับประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป

คำชี้แจง

การเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1. แบบสัมภาษณ์นี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ท่านได้รับเชิญให้เป็นคนหนึ่งที่ตอบแบบสัมภาษณ์นี้

2. แบบสัมภาษณ์นี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และส่วนที่ 4 การปฏิบัติตามพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

3. การตอบแบบสัมภาษณ์นี้เป็นความลับ และไม่ได้ระบุชื่อผู้ตอบ การรายงานผลจะทำให้เห็นภาพรวมสถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย เพื่อนำไปใช้ในการจัดทำแผนงานให้คนไทยเลิกบุหรี่เพื่อสุขภาพที่ดี

ขอขอบคุณสำหรับการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามครั้งนี้

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัด

- 1. กรุงเทพมหานคร
- 2. กาญจนบุรี
- 3. ตาก
- 4. มุกดาหาร
- 5. สุราษฎร์ธานี

เขต/อำเภอ

- 1. สวนหลวง
- 2. ลาดกระบัง
- 3. บางแค
- 4. วังทองหลาง
- 5. ท่ามะกา
- 6. เมืองกาญจนบุรี
- 7. ห้วยกระเจา
- 8. บ้านตาก
- 9. พบพระ
- 10. แม่สอด
- 11. เมืองมุกดาหาร
- 12. หนองสูง
- 13. ห้วยใหญ่
- 14. นิคมคำสร้อย
- 15. กาญจนดิษฐ์
- 16. เวียงสระ
- 17. เกาะสมุย

แขวง/ตำบล

- 1. แขวงสวนหลวง
- 2. แขวงลาดกระบัง
- 3. แขวงหลักสอง
- 4. แขวงวังทองหลาง
- 5. เทศบาลตำบลท่ามะกา
- 6. ตำบลท่ามะกา
- 7. เทศบาลตำบลปากแพรก
- 8. ตำบลลาดหญ้า
- 9. ตำบลดอนแสลบ
- 10. เทศบาลตำบลบ้านตาก
- 11. ตำบลรวมไทยพัฒนา
- 12. ตำบลแม่กาษา
- 13. เทศบาลนครแม่สอด
- 14. เทศบาลเมืองมุกดาหาร
- 15. ตำบลนาโสก
- 16. ตำบลโนนยาง
- 17. ตำบลห้วยใหญ่
- 18. ตำบลนาอุดม
- 19. เทศบาลตำบลนิคมคำสร้อย
- 20. ตำบลท่าอุแท
- 21. ตำบลกรูด
- 22. เทศบาลตำบลบ้านส้อง
- 23. เทศบาลนครเกาะสมุย

เขตเทศบาล

- 1. ในเขตเทศบาล
- 2. นอกเขตเทศบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี (เต็มปี)
3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด
 - 1. ไม่ได้เรียนและอ่านเขียนไม่ได้
 - 2. อ่านออกเขียนได้
 - 3. ประถมศึกษาปีที่ 1 - 4
 - 4. ประถมศึกษาปีที่ 5 - 6
 - 5. มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3
 - 6. มัธยมศึกษาปีที่ 4-6/ปวช.
 - 7. อนุปริญญา/ปวส.
 - 8. ปริญญาตรี
 - 9. สูงกว่าปริญญาตรี
 - 10. กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น.....
4. สถานภาพสมรส
 - 1. โสด
 - 2. สมรส
 - 3. หม้าย
 - 4. หย่า/แยก
5. ศาสนา
 - 1. พุทธ
 - 2. คริสต์
 - 3. อิสลาม
 - 4. อื่น ๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

6. ท่านมีเพื่อนที่สูบบุหรี่หรือไม่

1. ไม่มี

2. มี ➡ เพื่อนที่สูบบุหรี่ชักชวนให้ท่านทดลองสูบบุหรี่หรือไม่

1. ไม่ชักชวน

2. ชักชวน

1. ไม่สูบ

2. สูบเมื่ออายุ ปี

7. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

1. ไม่สูบ (กรณีไม่สูบให้ข้ามไปตอบ ส่วนที่ 3 หน้า 5)

2. เคยสูบ (ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว)

2.1 เริ่มสูบครั้งแรกเมื่ออายุ ปี.....เดือน

2.2 ท่านเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมานาน ปี.....เดือน

2.3 เหตุผลที่ทำให้ท่านเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. เพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง

2. เป็นห่วงสุขภาพของคนรอบข้าง

3. การต่อต้านจากสมาชิกในครอบครัว

4. การต่อต้านจากเพื่อนหรือสังคม

5. บุคลากรสาธารณสุขแนะนำ

6. กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ

7. ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่

8. บุหรี่มีราคาแพง

9. การประชาสัมพันธ์/รณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยจากการสูบบุหรี่

10. ต้องการเป็นตัวอย่างสำหรับคนอื่น

11. อื่น ๆ (ระบุ)

(หลังจากตอบข้อ 2.1 - 2.3 แล้ว ให้ข้ามไปตอบ ส่วนที่ 3 หน้า 5)

3. ปัจจุบันสูบอยู่

3.1 เริ่มสูบครั้งแรกเมื่ออายุ ปี.....เดือน

3.2 โดยปกติท่านสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละกี่มวน..... มวน

3.3 สาเหตุสำคัญที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ตามอย่างสมาชิกในครัวเรือน

2. ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนสูบ

3. อยากทดลองสูบ

4. ผู้ใหญ่ใช้ให้ซื้อ/ต่อบุหรี่

5. เพื่อเข้าสังคม/การสังสรรค์

6. เพื่อความเป็นผู้ใหญ่/โก้เก๋

7. เครียด/วิตกกังวล

8. ตามอย่างดารา/ผู้มีชื่อเสียงในสังคม

9. อื่น ๆ (ระบุ)

3.4 ท่านสูบบุหรี่ประเภทใดมากที่สุด ให้เรียงลำดับจากมากไปน้อย 3 ลำดับ โดยใส่เลข 1, 2, 3 ในช่อง

1. บุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศ

2. บุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซองที่ผลิตจากต่างประเทศ

3. บุหรี่มวนเอง

4. ไปป์

5. ชิการ์

6. ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ เช่น บารากู่/สุกก้า/ซิชา

7. บุหรี่ไฟฟ้า (e-cigarette)

8. อื่น (ระบุ)

ข้อเสนอแนะ พนักงานสัมภาษณ์แสดงภาพตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เรียงลำดับ 3 ลำดับ

3.5 ท่านได้บุหรีมาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ขอเพื่อน/คนรู้จัก 2. ให้คนอื่นซื้อให้ 3. ซื้อเอง

3.5.1 ท่านซื้อบุหรีจากแหล่งใดมากที่สุด ให้เรียงลำดับจากมากไปน้อย 3 ลำดับ โดยใส่เลข

1, 2, 3 ในช่อง

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ร้านค้าใกล้บ้าน/ที่พักอาศัย | <input type="checkbox"/> 2. ร้านค้าใกล้สถานศึกษา/ที่ทำงาน |
| <input type="checkbox"/> 3. ตลาดนัด | <input type="checkbox"/> 4. แผงลอยริมถนน |
| <input type="checkbox"/> 5. ร้านสะดวกซื้อ | <input type="checkbox"/> 6. ห้างสรรพสินค้า |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่น (ระบุ) | |

3.5.2 รูปแบบการซื้อบุหรีมาสูบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ซื้อเป็นมวน/บุหรีแบ่งขาย | <input type="checkbox"/> 2. ซื้อเป็นซอง |
| <input type="checkbox"/> 3. ซื้อเป็นห่อ (คาร์ตัน) | <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ) |

3.5.3 ท่านเคยถูกผู้ขายขอคุบ้ตรประจำตัวประชาชนหรือไม่

1. ไม่เคย
2. เคย ➔ 1. นาน ๆ ครั้ง 2. บางครั้ง 3. ทุกครั้ง

3.6 ส่วนใหญ่ท่านสูบบุหรีที่ไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. บ้าน | <input type="checkbox"/> 2. โรงเรียน/สถานศึกษา | <input type="checkbox"/> 3. ห้องน้ำสาธารณะ |
| <input type="checkbox"/> 4. สถานที่สาธารณะ เช่น ตลาด สวนสาธารณะ | <input type="checkbox"/> 5. ร้านอาหาร สถานบันเทิง | |
| <input type="checkbox"/> 6. สถานีขนส่ง/รถโดยสารสาธารณะ/ป้ายรถเมล์ | <input type="checkbox"/> 7. รถยนต์ส่วนบุคคล | |
| <input type="checkbox"/> 8. วัด/โบสถ์/มัสยิด | <input type="checkbox"/> 9. ปั่นน้ำมัน | |
| <input type="checkbox"/> 10. สถานที่ทำงาน/สถานที่ราชการ | <input type="checkbox"/> 11. อื่น ๆ (ระบุ)..... | |

3.7 ท่านเคยอยากเลิกสูบบุหรีบ้างหรือไม่

1. ไม่เคย
2. เคย ➔ สาเหตุสำคัญที่ทำให้หนูอยากเลิกสูบบุหรี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. เพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง | <input type="checkbox"/> 2. เป็นห่วงสุขภาพของคนรอบข้าง |
| <input type="checkbox"/> 3. การต่อต้านจากสมาชิกในครอบครัว | <input type="checkbox"/> 4. การต่อต้านจากเพื่อนหรือสังคม |
| <input type="checkbox"/> 5. บุคลากรสาธารณสุขแนะนำ | <input type="checkbox"/> 6. กฎหมายห้ามสูบบุหรีในสถานที่สาธารณะ |
| <input type="checkbox"/> 7. ภาพคำเตือนบนซองบุหรี | <input type="checkbox"/> 8. บุหรีมีราคาแพง |
| <input type="checkbox"/> 9. การประชาสัมพันธ์/รณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยจากการสูบบุหรี | |
| <input type="checkbox"/> 10. ต้องการเป็นตัวอย่างสำหรับคนอื่น | <input type="checkbox"/> 11. อื่น ๆ (ระบุ) |

3.8 ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรีบ้างหรือไม่

1. ไม่เคย
2. เคย ท่านเลือกใช้วิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. เลิกด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> 2. บริการเลิกบุหรีทางโทรศัพท์ (Quitline 1600) |
| <input type="checkbox"/> 3. คลินิกเลิกบุหรีในสถานบริการสาธารณสุข | <input type="checkbox"/> 4. อื่น (ระบุ) |

3.9 ท่านไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพราะเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้
- 2. ไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการ
- 3. ยาเลิกบุหรี่มีราคาแพง
- 4. ใช้ระยะเวลาในการรอคอยรับบริการนาน
- 5. ไม่พึงพอใจในบริการ
- 6. อื่น (ระบุ).....

3.10 ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ภาพใดที่ทำให้ท่านไม่อยากจะสูบบุหรี่ หรืออยากเลิกสูบบุหรี่มากที่สุด

(เลือกตอบเพียง 1 รูปเท่านั้น)

บุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซอง

- 1. รูปที่ 1 โปรดงดสูบบุหรี่ในบ้าน
- 2. รูปที่ 2 ควันบุหรี่ฆ่าเด็กได้
- 3. รูปที่ 3 สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งกล่องเสียง
- 4. รูปที่ 4 สูบบุหรี่ทำให้หัวใจวาย
- 5. รูปที่ 5 สูบบุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก
- 6. รูปที่ 6 สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปาก
- 7. รูปที่ 7 สูบบุหรี่ทำให้เช็กซ์เสื่อม
- 8. รูปที่ 8 สูบแล้วปากเหม็นบุหรี่
- 9. รูปที่ 9 สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด
- 10. รูปที่ 10 สูบแล้วทรมานจนตายจากถุงลมพอง
- 11. ไม่มีภาพใดเลยที่ทำให้ไม่อยากจะสูบบุหรี่ หรืออยากเลิกสูบบุหรี่
- 12. ไม่ทราบ
- 13. ไม่ตอบ

ยาเส้น/ยาเส้นปรุง

- 1. รูปที่ 1 สูบยาเส้นเป็นมะเร็งปอดตาย
- 2. รูปที่ 2 สูบยาเส้นเป็นมะเร็งกล่องเสียง
- 3. รูปที่ 3 สูบยาเส้นเป็นมะเร็งช่องปาก
- 4. รูปที่ 4 ควันยาเส้นทำให้เป็นมะเร็ง 10 ชนิด
- 5. ไม่มีภาพใดเลยที่ทำให้ไม่อยากจะสูบยาเส้น หรืออยากเลิกสูบยาเส้น
- 6. ไม่ทราบ
- 7. ไม่ตอบ

ข้อแนะนำ พนักงานสัมภาษณ์แสดงภาพ 4 สี ของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ทั้ง 10 รูป และภาพคำเตือนยาเส้น/ยาเส้นปรุง ทั้ง 4 รูป ให้กับผู้ถูกสัมภาษณ์พิจารณาในคราวเดียวกัน เพื่อเลือกตอบ 1 รูปเท่านั้น

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

ให้พิจารณาข้อคำถามต่อไปนี้ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเข้าใจ

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	บุหรี่เป็นสิ่งเสพติด		
2	การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ของทางเดินหายใจ เช่น ปอด หลอดลม		
3	การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและเป็นอัมพาตได้		
4	สารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีอาการติดบุหรี่		
5	นอกจากนิโคติน สารพิษในบุหรี่ มีผลทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว		
6	ก้นกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้		
7	สารพิษในบุหรี่ มีอันตรายทั้งต่อผู้สูบและผู้ที่ไม่สูบโดยการได้รับควันบุหรี่		

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
8	การสูบบุหรี่ในบ้านเป็นการกระทำผิดตามพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535		
9	ตลาดเป็นเขตปลอดบุหรี่		
10	สถานศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาเป็นเขตปลอดบุหรี่		
11	ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มีโทษ ดังนี้		
	11.1 ปรับไม่เกิน 2,000 บาท		
	11.2 ทัั้งจำและปรับ		
12	บุหรี่โรงงานและยาเส้นมวนเองมีอันตรายต่อสุขภาพเท่ากัน		
13	การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นการการกระทำที่ผิดกฎหมาย		
14	ห้ามขายบุหรี่กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี		
15	ห้ามมีการโฆษณา ส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ		

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตามพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
(ตอบเฉพาะผู้ที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่)

ให้พิจารณาข้อคำถามต่อไปนี้ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความเข้าใจ

ข้อ	สถานที่สาธารณะ	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
ท่านสูบบุหรี่ในสถานที่ต่อไปนี้				
1	ตลาด			
2	สถานศึกษา			
3	โรงพยาบาล			
4	วัด/โบสถ์/มัสยิด			
5	สถานีขนส่ง/ป้ายรถเมล์			
6	รถโดยสารสาธารณะ			
7	ห้องน้ำสาธารณะ			
8	ร้านอาหาร/สถานบันเทิง			
9	สถานที่ทำงาน/สถานที่ราชการ			
10	ร้านอินเทอร์เน็ต			



ขอขอบคุณที่ท่านมีส่วนร่วมในการตอบแบบสัมภาษณ์
สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
ตุลาคม 2557

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐต่อการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557

ผู้ว่าราชการจังหวัด/รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครฝ่ายสาธารณสุข และรองปลัดกรุงเทพมหานครฝ่ายการแพทย์
(ถามเฉพาะข้อ 1 – 5 และ 9)

1. ตาก 2. มุกดาหาร 3. สุราษฎร์ธานี 4. กาญจนบุรี 5. กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย และผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

1. ตาก 2. มุกดาหาร 3. สุราษฎร์ธานี 4. กาญจนบุรี 5. กรุงเทพมหานคร
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

1. ตาก 2. มุกดาหาร 3. สุราษฎร์ธานี 4. กาญจนบุรี

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข

1. โรงพยาบาลแม่สอด 2. โรงพยาบาลมุกดาหาร 3. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

4. โรงพยาบาลพลพหลพยุหเสนา 5. ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ลาดพร้าว วังทองหลวง

6. ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ - สุดสาคร ตู๊จินดา 7. ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค

8. ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตินุทิศ ลาดกระบัง

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

1. สคร.1 กรุงเทพมหานคร

2. สคร.2 สระบุรี

3. สคร.3 ชลบุรี

4. สคร. 4 ราชบุรี

5. สคร.5 นครราชสีมา

6. สคร.6 ขอนแก่น

7. สคร. 7 อุบลราชธานี

8. สคร.8 นครสวรรค์

9. สคร.9 พิษณุโลก

10. สคร. 10 เชียงใหม่

11. สคร.11 นครศรีธรรมราช

12. สคร.12 สงขลา

ประเด็นการสัมภาษณ์ มีดังนี้

1. หน่วยงานของท่านมีนโยบายเกี่ยวกับควบคุมการบริโภคยาสูบหรือไม่ และใช้ยุทธศาสตร์ใดในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ

2. ท่านคิดว่ามาตรการการเพิ่มภาษีจะช่วยทำให้ลดอัตราการสูบบุหรี่ลงได้หรือไม่ และมีมาตรการอื่นหรือไม่ที่จะทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลง

3. ท่านให้ความสำคัญกับงานบุหรี่ในลำดับใด

4. หน่วยงานของท่านมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบหรือไม่ และได้รับการจัดสรรงบประมาณจากแหล่งใดบ้าง

5. ท่านมีการบูรณาการงานควบคุมยาสูบร่วมกับงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ หรืองานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ อย่างไร

6. หน่วยงานของท่านมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบหรือไม่ และมีหน่วยงานใดที่รับผิดชอบงานติดตามประเมินผล

7. หน่วยงานของท่านมีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นทางการหรือไม่

8. หน่วยงานของท่านมีปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในภาพรวมอย่างไร และมีวิธีการแก้ไขอย่างไร

9. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร ต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบให้มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ภาคผนวก

1.3 กำหนดการลงพื้นที่เก็บข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์
การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557

ภาค	จังหวัด	อำเภอ/เขต	ตำบล/แขวง	วันที่
กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	สวนหลวง	สวนหลวง	28 ต.ค. 2557
		ลาดกระบัง	ลาดกระบัง	30 ต.ค. 2557
		บางแค	หลักสอง	4 พ.ย. 2557
		วังทองหลาง	วังทองหลาง	5 พ.ย. 2557
กลาง	กาญจนบุรี	ท่ามะกา	เทศบาลตำบลท่ามะกา	16 พ.ย. 2557
		ท่ามะกา	ตำบลท่ามะกา	17 พ.ย. 2557
		เมืองกาญจนบุรี	เทศบาลตำบลปากแพรก	18 พ.ย. 2557
		เมืองกาญจนบุรี	ตำบลลาดหญ้า	19 พ.ย. 2557
		ห้วยกระเจา	ตำบลดอนแสลบ	20 พ.ย. 2557
เหนือ	ตาก	บ้านตาก	เทศบาลตำบลบ้านตาก	1 ธ.ค. 2557
		พบพระ	ตำบลรวมไทยพัฒนา	2 – 3 ธ.ค. 2557
		แม่สอด	ตำบลแม่กาษา	4 ธ.ค. 2557
		แม่สอด	เทศบาลนครแม่สอด	5 – 6 ธ.ค. 2557
ตะวันออกเฉียงเหนือ	มุกดาหาร	เมืองมุกดาหาร	ตำบลนาโสก	8 ธ.ค. 2557
		เมืองมุกดาหาร	เทศบาลเมืองมุกดาหาร	9 ธ.ค. 2557
		หนองสูง	ตำบลโนนยาง	10 ธ.ค. 2557
		ห้วยไร่	ตำบลห้วยไร่	11 ธ.ค. 2557
		นิคมคำสร้อย	เทศบาลตำบลนิคมคำสร้อย	12 ธ.ค. 2557
		นิคมคำสร้อย	ตำบลนาอุดม	13 ธ.ค. 2557
ใต้	สุราษฎร์ธานี	กาญจนดิษฐ์	ตำบลท่าอุแท	15–16 ธ.ค. 2557
		กาญจนดิษฐ์	ตำบลกรูด	17 ธ.ค. 2557
		เวียงสระ	เทศบาลตำบลบ้านส้อง	18–19 ธ.ค. 2557
		เกาะสมุย	เทศบาลนครเกาะสมุย	20 – 21 ธ.ค. 2557

1.4 จำนวนผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ที่ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก

จังหวัด	ผู้บริหารหน่วยงานที่ได้รับการสัมภาษณ์
รวม	32 คน
1) กรุงเทพมหานคร รวม 5 คน	1.รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์
	2.ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ลาดพร้าว วังทองหลาง
	3.ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตู๊จินดา
	4.ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค
	5.ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 46 ก็นตารัตติอุทิศ ลาดกระบัง
2) ภาคเหนือ: ตาก รวม 4 คน	1.ผู้ว่าราชการจังหวัดตาก
	2.รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก
	3.นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดตาก
	4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด
3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : มุกดาหาร รวม 4 คน	1.รองผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร
	2.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร
	3.นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร
	4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร
4) ภาคกลาง :กาญจนบุรี รวม 3 คน	1.รองผู้ว่าราชการจังหวัดกาญจนบุรี
	2.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
	3.รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี
4) ภาคใต้:สุราษฎร์ธานี รวม 4 คน	1.รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี
	2.รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
	3.นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
	4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค : รวม 12 คน	1-12 ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค

ตารางที่ .. จำนวนผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่1-12 ที่ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก

จังหวัด	ผู้บริหารหน่วยงานที่ได้รับการสัมภาษณ์
รวม	32 คน
1) กรุงเทพมหานคร รวม 5 คน	1.รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์
	2.ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ลาดพร้าว วังทองหลาง
	3.ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุดสาคร ตู้อินดา
	4.ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค
	5.ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 46 ก็นดารัตูอิทิส ลาดกระบัง
2) ภาคเหนือ: ตาก รวม 4 คน	1.ผู้ว่าราชการจังหวัดตาก
	2.รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก
	3.นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดตาก
	4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด
3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : มุกดาหาร รวม 4 คน	1.รองผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร
	2.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร
	3.นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร
	4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร
4) ภาคกลาง :กาญจนบุรี รวม 3 คน	1.รองผู้ว่าราชการจังหวัดกาญจนบุรี
	2.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
	3.รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี
4) ภาคใต้:สุราษฎร์ธานี รวม 4 คน	1.รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี
	2.รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
	3.นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
	4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1-12 กรมควบคุมโรค : รวม 12 คน	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค

ภาพตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบ



บุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศ



บุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซองที่ผลิตจากต่างประเทศ



บุหรี่มวนเอง



ไปป์



ซิการ์



ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ เช่น บารากู่ ฮุกก้า ชิชา



บุหรี่ไฟฟ้า (e-cigarette)

ภาพคำเตือน 10 แบบ ขนาดร้อยละ 85 ของพื้นที่มากที่สุดของซองหรือห่อบุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซอง



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 1



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 2



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 3



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 4



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 5



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 6



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 7



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 8



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 9



เลิกบุหรี่ 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 10

ภาพคำเตือน 4 แบบ ขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 ของพื้นที่ด้านที่มากที่สุดของซองหรือห่อยาเส้นหรือยาเส้นปรุง



เลิกยาเส้น โทร 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 1



เลิกยาเส้น โทร 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 2



เลิกยาเส้น โทร 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 3



เลิกยาเส้น โทร 1600 www.thailandquiltline.or.th

รูปที่ 4

ภาคผนวก ข

(สำเนา)

คำสั่งกรมควบคุมโรค

ที่ ๙๖๓ / ๒๕๕๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผล

แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เพิ่มเติม

อนุสนธิคำสั่งกรมควบคุมโรคที่ ๑๕๖๙/๒๕๕๕ สืบ ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕ กรมควบคุมโรค ได้แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เพื่อจัดทำกรอบแนวทางการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ รวมถึง การรายงานความก้าวหน้า และให้ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ แก่คณะกรรมการอำนวยการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) นั้น

เพื่อให้การดำเนินการกำกับ ติดตาม และประเมินผลตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เป็นไปตามมาตรฐาน บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด อย่างมีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพ กรมควบคุมโรคจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เพิ่มเติม ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ เชี่ยวชาญในด้าน การติดตามและประเมินผล และการสูมตัวอย่างตามระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

- | | | |
|-------------------------------------|--|-----------|
| ๑. รองศาสตราจารย์นรินทร์ สุวรรณพงษ์ | ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | ที่ปรึกษา |
| ๒. อาจารย์มธุรส ทิพย์มงคลกุล | ภาควิชาระบาดวิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | ที่ปรึกษา |

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๖

(ลงชื่อ) นพพร ชื่นกลิ่น

(นายแพทย์ นพพร ชื่นกลิ่น)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวจิริย์ อุสาหะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

๒ กรกฎาคม ๒๕๕๖

ดวงกมล/คัต

(สำเนา)

คำสั่งกรมควบคุมโรค

ที่ ๑๕๖๙ / ๒๕๕๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผล

แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗

ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการจัดทำ และขับเคลื่อนการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ภายใต้คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๒๓๙/๒๕๕๕ สั่ง ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เพื่อให้การดำเนินการ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น

กรมควบคุมโรคจึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- | | | | |
|-----|--|---|------------------|
| ๑. | ศาสตราจารย์ประภิต วาทีสาธกกิจ | เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ | ที่ปรึกษา |
| ๒. | ศาสตราจารย์สมศรี เผ่าสวัสดิ์ | ประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ | ที่ปรึกษา |
| ๓. | อธิบดีกรมควบคุมโรค | | ที่ปรึกษา |
| ๔. | ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย | | ที่ปรึกษา |
| ๕. | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย | | ประธานกรรมการ |
| ๖. | ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ | กรมควบคุมโรค | รองประธานกรรมการ |
| ๗. | รองศาสตราจารย์นันทวรรณ วิจิตรวาทการ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| ๘. | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| ๙. | ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ | กรรมการ |
| ๑๐. | นายชัย กฤติยาภิชาติกุล | ผู้อำนวยการด้านการควบคุมยาสูบ สำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย | กรรมการ |
| ๑๑. | ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ | | กรรมการ |
| ๑๒. | ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบป้องกัน และปราบปราม | กรมสรรพสามิต | กรรมการ |
| ๑๓. | ผู้อำนวยการสำนักแผนภาษี | กรมสรรพสามิต | กรรมการ |

๑๔.	นางสาวบังอร	ฤทธิภักดี	ผู้อำนวยการเครือข่ายนักรณรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่ภาคพื้นเอเชียอาคเนย์ (SEATCA)	กรรมการ
๑๕.	หัวหน้ากลุ่มพัฒนากฎหมาย		สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๖.	หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวัง การละเมิดกฎหมาย		สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๗.	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย และการสื่อสาร		สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๘.	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาวิชาการ		สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๙.	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ และพัฒนาองค์กร		สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการและ เลขานุการ
๒๐.	นางสาวดวงกมล	ลิ้มจันทร์	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๑.	นางสาวฐิติพร	กันวิหค	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดและจัดทำกรอบแนวทางการติดตามและประเมินผล แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ
แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗
๒. ดำเนินการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ -
๒๕๕๗ ในภาพรวมและรายยุทธศาสตร์
๓. รายงานความก้าวหน้า และให้ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุม
ยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ แก่คณะกรรมการอำนวยการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ
แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC)
๔. แต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญ/คณะทำงาน ได้ตามความเหมาะสม
๕. เรื่องอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

(ลงชื่อ) พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

(นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์)

อธิบดีกรมควบคุมโรค

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวจूरีย์ อุสาหะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๕

ดวงกมล/คัต

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๕/๑๕๗๒๕

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗

เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๔๔๒.๒/๑๔๔๒ ลงวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ตามบัญชีแนบท้าย

ตามที่ได้เสนอเรื่อง ขออนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ไปเพื่อดำเนินการ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงการคลัง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาท สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้เสนอความเห็นไปเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีด้วย ความละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้

ในคราวประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ คณะรัฐมนตรีมีความเห็นเพิ่มเติมว่า

๑. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพควรเพิ่มบทบาทในการป้องกันและลดจำนวนประชาชนผู้บริโภคยาสูบให้เกิดผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้มีตัวชี้วัดผลสำเร็จที่ชัดเจน เพื่อให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่และงบประมาณที่ได้รับ

๒. ควรกำหนดยุทธศาสตร์ลดการนำเข้าใบยาสูบจากต่างประเทศ เนื่องจากใบยาสูบของต่างประเทศมีสารนิโคตินและทาร์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและมีโทษมากกว่าใบยาสูบที่ปลูกในประเทศ รวมทั้งเพื่อลดผลกระทบต่อเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบภายในประเทศด้วย

๓. ควรกำหนดยุทธศาสตร์สนับสนุนและส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกพืชชนิดอื่นทดแทนการปลูกยาสูบ

/ซึ่ง ...

ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้พิจารณาแล้ว ลงมติอนุมัติและเห็นชอบทั้ง ๓ ข้อ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขรับความเห็นของคณะรัฐมนตรี กระทรวงการคลัง กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำนักงานประมาณ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ไปพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

จึงเรียนยืนยันมา และขอได้โปรดดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีต่อไป ทั้งนี้ สำนักเลขาธิการ คณะรัฐมนตรีได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตามบัญชีแนบท้ายทราบด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ



(นายศิริ เลิศธรรมเทวี)

ที่ปรึกษาประจำสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

18 ส.ธ. 2555

สำนักพัฒนาวิทยาศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๔๔๒

โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๑๔๔๖

www.cabinet.thaigov.go.th

(pat19-06-55)/เพิ่มพล

ผอ.สพด. ๙ 15, ๕๖, ๕๕

ผอ.กลุ่ม

นวค.

ผู้พิมพ์

ธ.พ. ๑๖๕๖/๙.๓๐๔(๓)

บัญชีรายชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แจ้งเรื่อง ขออนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ให้ทราบ ดังนี้

๑. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง
๒. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
๓. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๔. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม
๕. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๖. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
๗. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย
๘. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม
๙. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน
๑๐. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวัฒนธรรม
๑๑. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ
๑๒. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม
๑๓. ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ
๑๔. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๑๕. ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
๑๖. ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ
๑๗. ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บัญชีหนังสือที่ส่งมาด้วย

เรื่อง ขออนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗

๑. สำเนาหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๖๑๙/๑๐๐๑๔ ลงวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕
 ๒. สำเนาหนังสือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ด่วนที่สุด ที่ พม ๐๒๐๗/๗๒๓๘ ลงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕
 ๓. สำเนาหนังสือกระทรวงคมนาคม ด่วนที่สุด ที่ คค ๐๒๐๒/๓๙๔๐ ลงวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๕
 ๔. สำเนาหนังสือกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ด่วนที่สุด ที่ ทก ๐๑๐๐.๔/๔๓๓๑ ลงวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕
 ๕. สำเนาหนังสือกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด่วนที่สุด ที่ ทส ๐๒๒๐.๓/๑๔๘๓ ลงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕
 ๖. สำเนาหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๒๑๑.๓/๖๓๑๕ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕
 ๗. สำเนาหนังสือกระทรวงวัฒนธรรม ด่วนที่สุด ที่ วธ ๐๒๐๔/๑๕๙๘ ลงวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕
 ๘. สำเนาหนังสือกระทรวงอุตสาหกรรม ด่วนที่สุด ที่ อก ๐๓๑๑/(ส.๓) ๓๐๕๖ ลงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕
 ๙. สำเนาหนังสือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ด่วนที่สุด ที่ นร ๑๑๑๑/๒๘๘๖ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕
 ๑๐. สำเนาหนังสือสำนักงบประมาณ ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๗๑๓/๕๐๔ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๕
 ๑๑. สำเนาหนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๑๐๑/๔๐๔๙ ลงวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕
 ๑๒. สำเนาหนังสือสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ด่วนที่สุด ที่ ตช ๐๐๐๗.๒๒/๑๘๒๑ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕
-