



ไทยแอคทีฟทุกที่  
สังคมดีทำไทย  
activethai.org

# รายงานสถานการณ์ การควบคุมยาสูบและข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานในปี 2569-2571

รายงานฉบับนี้เป็นกิจกรรมภายใต้โครงการพัฒนานโยบายวิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดในประเทศไทย

กันยายน 2568

# รายงานการประเมินสถานการณ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานในปี 2569 - 2571

ผู้เขียน	สิกิต อรณา พุฒิปัญญา อรรธยา อินทิรา วิภาดา กมลพัฒน์ อรปรียา	ดวอนอนโต อริพวิโดโต จันทรศิริ เรืองสม ลี้มวัฒนาที่ยัง สุยา ศิริวรงค์ มากแจ้ง มงคล
บรรณาธิการ	อรณา สิกิต	จันทรศิริ ดวอนอนโต อริพวิโดโต
ผู้ทรงคุณวุฒิผู้ทบทวน	แสงเดือน	สุวรรณรัตน์
ออกแบบและศิลปกรรม	ศตวรรษ	วังทิพย์
พิสูจน์อักษร	ฐิติพร อรปรียา กชมน	โยทาพันธ์ มงคล สุขโยยศ
จัดทำโดย	ศูนย์วิจัย ActiveThai.org คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ 50 ถนนงามวงศ์วาน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 โทรศัพท์ 0-2942-8960-3 ต่อ 0 โทรสาร 0-2940-5413 อีเมล activethai.org@gmail.com เว็บไซต์ www.activethai.org	
สนับสนุนโดย	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	
อ้างอิง	รายงานสถานการณ์การควบคุมยาสูบและข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานในปี 2569 - 2571. คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2568.	

© ข้อมูลในรายงานฉบับนี้ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้  
โดยให้อ้างอิงที่มาด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานสถานการณ์การควบคุมยาสูบและข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานในปี 2569-2571 ฉบับนี้ เป็นผลผลิตสำคัญจากโครงการพัฒนาทวิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดในประเทศไทย คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อการสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก (สำนัก 1) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีเพียงแต่สนับสนุนด้านงบประมาณเท่านั้น แต่ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือการเปิดโอกาสให้คณะผู้วิจัยได้เรียนรู้และทำความเข้าใจประเด็นสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพประเทศไทยในมิติใหม่ รวมทั้งการเชื่อมโยงเครือข่ายสำคัญที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์อันมีค่าตลอดการดำเนินโครงการ

การจัดทำรายงานสถานการณ์การควบคุมยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด ถือเป็นความท้าทายที่ยิ่งใหญ่สำหรับคณะผู้วิจัย เนื่องจากเป็นประเด็นที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง แม้ว่าทีมงานจะมีประสบการณ์ในการวิจัยด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพมาระยะหนึ่ง แต่ยังไม่เคยดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบเลย ซึ่งเป็นประเด็นที่ซับซ้อนในมิติต่าง ๆ จึงเรียกว่าเป็นการเรียนรู้ใหม่ครั้งใหญ่ สำนักฯ ได้มอบความไว้วางใจให้คณะผู้วิจัยนำเสนอมุมมองใหม่ในการวิเคราะห์ประเด็น ซึ่งอาจเป็นจุดแข็งในการมองปัญหาจากมุมมองที่แตกต่าง

ความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือข้อจำกัดด้านเวลาในการพัฒนารายงานฉบับนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบเวลาการรับแผนดำเนินการประจำปีของ สสส. การดำเนินงานตั้งแต่เริ่มโครงการจนกำหนดต้องแล้วเสร็จมีระยะเวลาเพียงประมาณหนึ่งเดือนในการพัฒนารายงานสำคัญ 2 ฉบับ (ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ยิ่งไปกว่านั้น ช่วงเวลาดังกล่าวตรงกับเทศกาลสงกรานต์ที่เต็มไปด้วยวันหยุดและกิจกรรมสำคัญมากมาย ภายใต้อำนาจจำกัดเหล่านี้ ทีมงานได้ทุ่มเทการทำงานอย่างเข้มข้น ตั้งแต่การรวบรวมเอกสารและข้อมูลจำนวนมาก การศึกษาทำความเข้าใจรายละเอียดเชิงลึกของทั้งสองประเด็น และการประชุมหารือเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน

คณะผู้วิจัยเลือกใช้แนวทางการนำเสนอแบบพหุมิติ (Multiple-Lens Analysis) โดยพิจารณาจากการตีความคำว่า “สถานการณ์” เพื่อประโยชน์ในการวางแผนยุทธศาสตร์ ครอบคลุมทั้งสถานการณ์เชิงบวกที่เอื้อต่อความก้าวหน้า และสถานการณ์เชิงลบที่อาจเป็นอุปสรรคหรือความท้าทาย ด้วยเหตุนี้ การวิเคราะห์จึงต้องมีความหลากหลายในมุมมอง ทั้งด้านระบาดวิทยา สังคม เศรษฐกิจ นโยบาย ปัจจัยการกำกับกำหนดสุขภาพ และความสัมพันธ์ทางการค้าระหว่างประเทศ

เมื่อการจัดทำรายงานเสร็จสิ้น คณะผู้วิจัยมีความรู้สึกผสมผสานระหว่างความภูมิใจในผลงาน และความวิตกกังวลในการนำเสนอข้อค้นพบต่อภาคีเครือข่ายที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการขับเคลื่อนงานด้านการควบคุมยาสูบของประเทศมาอย่างยาวนาน อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจอย่างยิ่งต่อความกรุณาและข้อเสนอแนะอันล้ำค่าจากอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายทุกท่านที่เข้าร่วมเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งจัดขึ้นในวันพฤหัสบดีที่ 5 มิถุนายน 2568 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ ที่ได้ให้คำแนะนำและแบ่งปันความเข้าใจอันลึกซึ้งเกี่ยวกับข้อจำกัดและความท้าทายในการดำเนินงาน

แม้ว่าเริ่มแรกคณะผู้วิจัยตั้งใจจัดทำเอกสารร่างเพื่อใช้ประกอบการประชุมเท่านั้น แต่จากเสียงสะท้อนเชิงบวกที่เห็นประโยชน์ของรายงานในการนำเสนอมุมมองใหม่และการสนับสนุนการทำงานผ่านการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการอย่างเป็นระบบ จึงเป็นแรงบันดาลใจสำคัญในการพัฒนารายงานฉบับนี้เพื่อเผยแพร่ให้กับผู้ที่สนใจในวงกว้างยิ่งขึ้น

คณะผู้วิจัยมีความหวังอย่างแรงกล้าว่า รายงานเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในประเทศไทย ไม่ว่าจะแก่นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย หน่วยงานภาครัฐและเอกชน หรือองค์กรภาคประชาสังคม ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างความก้าวหน้าและการพัฒนายุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คณะผู้วิจัย  
กันยายน 2568

# คำนำ

รายงานสถานการณ์การควบคุมยาสูบและข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานในปี 2569 - 2571 ฉบับนี้ ใช้ระเบียบวิธีจากการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ การทบทวนวรรณกรรม และข้อเสนอแนะเชิงลึกจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งได้ผ่านการหารือร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้บริหาร และนักวิชาการสำนัก 1 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมถึงคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 1 โดยเนื้อหาในรายงาน ทั้งข้อมูลผลการวิเคราะห์ ช่องว่าง และข้อเสนอแนะเบื้องต้น ได้ผ่านการตรวจสอบ ปรับปรุงเพิ่มเติมข้อมูล และแหล่งอ้างอิงอย่างครบถ้วนแล้ว เพื่อให้รายงานมีความสมบูรณ์ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการนำเสนอสถานการณ์

รายงานนี้ นำเสนอการวิเคราะห์สถานการณ์หลักสองประการ ประการแรก มุ่งสร้างความเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับยาสูบในประเทศไทยที่เป็นปัจจุบัน อิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากหลากหลายมุมมอง ทั้งด้านระบาดวิทยา เศรษฐกิจ สังคม นโยบาย ปัจจัยทางการค้าที่ส่งผลต่อสุขภาพ และข้อตกลงทางการค้าและสุขภาพโลก ประการที่สอง ได้ระบุและลำดับช่องว่างทางนโยบายและการดำเนินงานในปัจจุบันที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบและแผนดำเนินการประจำปีของ สสส. ต่อไป

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อมูลจากรายงานฉบับนี้ จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญ ที่ช่วยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าใจสถานการณ์ร่วมกัน และร่วมผลักดันการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อสร้างเสริมให้สังคมไทยเอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2568

## ข้อชี้แจง

ข้อมูลที่น่าสนใจในรายงานฉบับนี้ได้รับการทบทวนและรวบรวมจากสถานการณ์ รายงาน และข่าวสารในเดือนเมษายน 2568 โดยคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการภายในกรอบเวลาที่จำกัดและอาศัยข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลัก ดังนั้น หากมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ การปรับปรุงนโยบาย หรือการออกกฎระเบียบใหม่ภายหลังจากระยะเวลาดังกล่าว คณะผู้วิจัยขอแนะนำให้ผู้อ่านตรวจสอบและยึดถือตามข้อมูลล่าสุดจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ทั้งนี้ รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการอ้างอิง และไม่ควรรนำไปใช้เป็นข้อมูลหลักในการตัดสินใจด้านนโยบายโดยไม่มี การตรวจสอบเพิ่มเติม

# สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
คำนำ	ข
ข้อชี้แจง	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
<b>ส่วนที่ 1 บทนำและระเบียบวิธีวิจัย</b>	<b>1</b>
1.1 เหตุผลการเลือกใช้การใช้เหตุผลแบบอุปนัย (Inductive Reasoning)	2
1.2 กรอบแนวคิด (Conceptual framework) ตลอดโครงการ	2
1.3 บทนำ	3
1.4 ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาศึกษาสถานการณ์	3
1.4.1 รูปแบบการศึกษาและกรอบแนวคิด	3
1.4.2 กรอบการวิเคราะห์และนิยามแต่ละมุมมอง	4
1.5 ข้อจำกัดของการศึกษา	6
<b>ส่วนที่ 2 สถานการณ์การบริโภคยาสูบทั่วโลก บทบาทของประเทศไทยในบริบทระหว่างประเทศ</b>	<b>7</b>
2.1 แนวโน้มทั่วโลกและประสมการณ์ของประเทศไทย	8
2.2 สรุปรายงาน WHO report on the global tobacco epidemic 2025: Warning about the dangers of tobacco	9
<b>ส่วนที่ 3 ข้อค้นพบสถานการณ์การบริโภคยาสูบ</b>	<b>12</b>
สรุปข้อค้นพบ	13
A แนวโน้มทางระบาดวิทยาของการบริโภคยาสูบ	16
A1 ความชุกของการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงช้า ๆ แต่ยังคงถือว่าสูงเมื่อเทียบกับเป้าหมายระดับประเทศ	16
A2 ผู้ชายยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้หญิงมากกว่า 20 เท่า	16
A3 กลุ่มวัยทำงานยังคงมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงสุดต่อเนื่อง มากกว่า 2 ทศวรรษ ควบคู่ไปกับแนวโน้มการเริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่น่ากังวล	16
A4 การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว แม้จะมีข้อห้าม ระดับชาติและความพยายามในการบังคับใช้กฎหมาย	16
A5 ความชุกของการสูบบุหรี่มีความแตกต่างทางภูมิภาค	17
A6 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราการบริโภคยาสูบ และสร้างภาระทางการเงินในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย	17

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
A7 ยาเส้นเป็นส่วนแบ่งตลาดที่สำคัญและเป็นความท้าทายในการควบคุม	17
A8 การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับยาสูบสร้างภาระด้านสาธารณสุขอย่างมาก ทั้งต่อผู้สูบและผู้ไม่สูบ	17
A9 หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันบ่งชี้ถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้บุหรี่ ไฟฟ้าในหมู่เยาวชนไทย	17
A10 ข้อจำกัดของระบบเฝ้าระวังยังมีช่องว่างในการติดตามและรวบรวมข้อมูลการบริโภค ยาสูบอย่างสม่ำเสมอ	17
<b>B ภาระทางเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบ</b>	<b>23</b>
B1 การบริโภคยาสูบสร้างภาระทางเศรษฐกิจที่ใหญ่หลวงแก่ประเทศไทย คิดเป็นมูลค่าหลายแสน ล้านบาทต่อปี และเป็นภาระสูญเสียทรัพยากรอย่างมีนัยสำคัญ	23
B2 ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยต้องแบกรับภาระต้นทุนโดยตรงในการรักษาโรคที่เกิดจากยาสูบ และควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่	23
B3 ผลกระทบทางเศรษฐกิจของยาสูบต่อภาคแรงงานและผลิตภาพ	23
B4 การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วย เกิดผลกระทบ อย่างหนักทั้งในแง่ของการสูญเสียชีวิตและปีสุขภาวะ	23
B5 การสัมผัสควันบุหรี่มือสองสร้างภาระทางเศรษฐกิจและสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัว	24
B6 ค่าใช้จ่ายในผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นภาระทางการเงินในครัวเรือนไทย ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ ยากจน สร้างความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจ	24
B7 ความแพร่หลายของบุหรี่ไฟฟ้ากำลังสร้างต้นทุนด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นกับภาระ ทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับยาสูบในภาพรวม	24
B8 นอกเหนือจากต้นทุนด้านสุขภาพและเศรษฐกิจโดยตรง บุหรี่แบบดั้งเดิมและบุหรี่ไฟฟ้าส่งผล กระทบต่อสิ่งแวดล้อมผ่านการปล่อยมลพิษ ขยะพลาสติก และวัสดุอันตราย	24
B9 ผลที่ตามมาทางเศรษฐกิจและสุขภาพจากการใช้ยาสูบมีความแตกต่าง ระหว่างภูมิภาคที่เห็นได้ ชัดเจนอยู่กับความชุกของการสูบบุหรี่ ซึ่งให้เห็นภาระที่สูงกว่าในพื้นที่บางแห่ง	24
<b>C มิติทางสังคมของการบริโภคยาสูบ</b>	<b>24</b>
C1 การถกเถียงเรื่องสถานะทางกฎหมายของบุหรี่ไฟฟ้ามีความขัดแย้งสูงผลักดันวาทกรรมทาง สังคม	25
C2 “เยาวชน” เป็นเป้าหมายบุหรี่ไฟฟ้า ผ่านรูปลักษณะรสชาติ ความสวยงาม และอินฟลูเอนเซอร์ ก่อให้เกิดความกังวลต่อการเสพติด	25
C3 การบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้าขับเคลื่อนด้วยแรงกดดันทางสังคมเพื่อ “ปกป้องเด็ก”	25
C4 สื่อดิจิทัลสร้างวัฒนธรรมความปกติของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและละเมิดกฎหมายการห้ามโฆษณา	25
C5 บทบาททางเพศยังคงยับยั้งการสูบบุหรี่ในผู้หญิง แต่มีสัญญาณของ ความเสื่อมถอยทางโลก ออนไลน์	25
C6 ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมกำหนดว่าใครสูบบุหรี่และใครเลิกสูบ	26
C7 การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบยังคงเป็นกระแสทางสังคมที่ดำเนินอยู่ตลอดเวลา	26
C8 นโยบายควบคุมยาสูบมีผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจต่อเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ	26

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

C9 ตลาดบุหรี่เถื่อนขยายตัวอย่างมากและต่อเนื่อง กระทบต่อเป้าหมายด้านสาธารณสุขและเสถียรภาพทางการคลัง	26
D นโยบายการควบคุมยาสูบ การดำเนินงาน และการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย	26
D1 บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อนยังคงผิดกฎหมาย แต่เริ่มเกิดข้อถกเถียงเรื่องการปฏิรูปกฎหมาย	26
D2 อัตราเก็บภาษีที่ยังไม่เพียงพอและการฝังรากลึกทางวัฒนธรรมของยาเส้น เป็นความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่สำคัญ	27
D3 ระบบภาษียาสูบสองอัตราที่มีข้อบกพร่อง ให้ความพยายามลดการสูบบุหรี่หยุดชะงัก และลดรายรับของภาครัฐ	27
D4 ช่องว่างการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่และโครงสร้างภาษีที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้การดำเนินงานตามมาตรการ MPOWER อ่อนแอลง	27
D5 การนำกฎหมายลงสู่การปฏิบัติในโครงสร้างระดับจังหวัดยังอ่อนแอ 41	27
D6 การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบคุกคามต่อการดำเนินการและประสิทธิผลของนโยบายสาธารณสุข	28
D7 กลไกการประสานงานระหว่างกระทรวงเพื่อดำเนินงานยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติยังไม่เกิดรูปธรรม	28
D8 สมาคมวิชาชีพยังมีบทบาทจำกัดในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่และกิจกรรมการบังคับใช้กฎหมาย	28
D9 การควบคุมยาสูบของประเทศไทยพึ่งพางบประมาณหลักจาก สสส.	28
E ปัจจัยทางการค้ากำหนดสุขภาพ และการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ	29
E1 การที่รัฐถือครองกิจการยาสูบสร้างความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่ลดทอนความสามารถในการควบคุมยาสูบ	29
E2 อุตสาหกรรมยาสูบใช้การกำหนดราคาที่สูงขึ้นและกลยุทธ์ทางภาษี เพื่อให้ราคาเข้าถึงได้	29
E3 การตลาดดิจิทัลและกลยุทธ์แอมแปงหลีกเลี่ยงการห้ามโฆษณา มุ่งเป้าที่เยาวชน	29
E4 อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงทางการเมืองและการล็อบบี้อย่างเข้มข้นเพื่อทำให้นโยบายอ่อนแอลง	29
E5 การส่งเสริมผลิตภัณฑ์นิโคตินรุ่นใหม่อาจนำไปสู่การแพร่ระบาดของนักสูบกลุ่มใหม่	29
E6 กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมมีหน้าที่เป็นเครื่องมือการตลาดและสร้างอิทธิพลแฝง	30
E7 การฟ้องร้องและข้อพิพาททางการค้าถูกใช้เป็นกลยุทธ์เพื่อชะลอหรือทำให้นโยบายควบคุมยาสูบอ่อนแอลง	30
E8 อุตสาหกรรมยาสูบมีอิทธิพลต่อแวดวงวิชาการเพื่อสร้างความสับสนและส่งเสริมข้อมูลที่เป็นประโยชน์กระตุ้นการบริโภค	30
E9 การใช้ข้ออ้างซ้ำ ๆ เรื่องบุหรี่เถื่อนเพื่อคัดค้านการขึ้นภาษี	30
E10 แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายควบคุมยาสูบที่เข้มแข็ง แต่ยังมีช่องว่างในการบังคับใช้จากการแทรกแซงจากภาคอุตสาหกรรม	30

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

F ข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศและบริบทโลก	30
F1 มาตรการควบคุมยาสูบตามกรอบ WHO FCTC เปรียบเทียบกับความตึงเครียดอย่างต่อเนื่องกับ พันธสัญญาทางการค้าระหว่าง ประเทศ ซึ่งส่งผลต่อนโยบายด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่	31
F2 แม้จะมีข้อจำกัดจากข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการใช้พื้นที่นโยบายตามกรอบยกเว้นของประโยชน์ด้านสาธารณสุข เพื่อบุกเบิกมาตรการควบคุมยาสูบ เช่น ชองบุหรี่แบบเรียบ	31
F3 การเพิ่มขึ้นและการตลาดเชิงรุกของผลิตภัณฑ์ยาสูบและนิโคตินรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไฟฟ้าและ HTPs กลายเป็นสมรภูมิรบใหม่ระหว่างการปกป้องมาตรการทางสาธารณสุขกับการเปิดเสรีทางการค้า กฎหมายห้ามของประเทศไทยกำลังเผชิญกับการล็อบบี้จากอุตสาหกรรมและความท้าทายทางการค้าที่อาจเข้าช่วยการจำกัดการค้า	31
F4 ข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศเปลี่ยนภูมิทัศน์ตลาดบุหรี่ของประเทศไทย ผ่านการเปิดเสรีภาษีศุลกากร ซึ่งเพิ่มการแข่งขันจากต่างประเทศ จึงต้องปรับกลยุทธ์การควบคุมยาสูบภายในประเทศ มุ่งเน้นการเก็บภาษีที่ไม่เลือกปฏิบัติและดำเนินมาตรการที่นอกเหนือจากภาษีอย่างเข้มงวด	31
F5 การพิจารณาระงับข้อพิพาทระหว่างนักลงทุนกับรัฐจากสนธิสัญญาการลงทุนทวิภาคีหลายฉบับของประเทศไทยก่อให้เกิดภัยคุกคามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่การฟ้องร้องคดี หรือส่งผลให้เกิดการชะลอกฎหมาย “Regulatory chill” ยับยั้งการกำหนดนโยบายอย่างเข้มแข็ง	32
F6 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายที่ความรุนแรงขึ้นจากความแตกต่างทางราคาระดับภูมิภาค อันเป็นผลจากภาษียาสูบที่สูงของประเทศไทยและการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ สร้างความท้าทายต่อเป้าหมายทางสาธารณสุขและรายได้ภาษี	32
F7 ปัจจัยสำคัญของการคงความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ท่ามกลางพันธสัญญาการค้าระหว่างประเทศ เกิดจากการทำงานร่วมกันเชิงกลยุทธ์ระหว่างกระทรวง การบูรณาการมาตรการปกป้องสาธารณสุขเชิงรุกในการเจรจาการค้าและการยึดแนวทางตาม WHO FCTC	32
<b>ส่วนที่ 4 สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมยาสูบ</b>	<b>34</b>
4.1 เกี่ยวกับการประชุม	34
4.2 วัตถุประสงค์การประชุมฯ	36
4.3 ข้อคิดเห็นจากการประชุม	36
4.3.1 สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะการอภิปราย	36
4.3.2 การจัดลำดับความสำคัญ	37
4.3.3 การจัดลำดับความสำคัญประเด็นเร่งด่วนใน 1-3 ปีข้างหน้า	37
4.3.4 ข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ในช่วงปี 2569-2571	42
<b>ส่วนที่ 5 แนะนำรายงานที่น่าสนใจ</b>	<b>43</b>
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	<b>47</b>

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 เสน่ห์ทั้ง 6 มุมมองที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ยาสูบ	4
ตารางที่ 4.1 หน่วยงานที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมยาสูบ	34



## สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 2.1 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป	18
แผนภาพที่ 2.2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ	18
แผนภาพที่ 2.3 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ	19
แผนภาพที่ 2.4 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก (ปี) จำแนกตามเพศ	19
แผนภาพที่ 2.5 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเทียบกับบุหรี่ไฟฟ้า จากการสำรวจกลุ่มนักเรียนอายุระหว่าง 13-15 ปี ระหว่างปี 2558 และ 2565	20
แผนภาพที่ 2.6 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเทียบกับบุหรี่ไฟฟ้า จากการสำรวจกลุ่มนักเรียนอายุระหว่าง 13-15 ปี ระหว่างปี 2558 และ 2565 จำแนกตามเพศ	20
แผนภาพที่ 2.7 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภูมิภาค	21
แผนภาพที่ 2.8 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามระดับการศึกษา ระหว่างปี 2544-2558	21
แผนภาพที่ 2.9 สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการชื้อยาสูบต่อเดือนของผู้ที่สูบบุหรี่	22
แผนภาพที่ 2.10 การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในกลุ่มนักเรียนอายุระหว่าง 13-15 ปี	22

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	3
ภาพที่ 2.1 รายงาน WHO report on the global tobacco epidemic 2025 (page 15)	10
ภาพที่ 4.1 องค์ประกอบผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคยาสูบ	34
ภาพที่ 4.2 กรอบการจัดลำดับความสำคัญประเด็นเร่งด่วนด้านการควบคุมยาสูบใน 1-3 ปี	38
ภาพที่ 4.3 ภาพรวมของการจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบจาก Urgency-Feasibility Matrix	39
ภาพที่ 4.4 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1	40
ภาพที่ 4.5 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2	40
ภาพที่ 4.6 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3	41
ภาพที่ 4.7 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 4	41



# ส่วนที่ 1

## บทนำและระเบียบวิธีวิจัย



## ส่วนที่ 1 บทนำและระเบียบวิธีวิจัย

รายงานฉบับนี้พัฒนาขึ้นเพื่อสะท้อนสถานการณ์ด้านยาสูบในประเทศไทยอย่างรอบด้าน ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในสังคม เศรษฐกิจ กฎหมาย การเมือง และวัฒนธรรม แนวทางการวิจัยเลือกใช้การให้เหตุผลแบบอุปนัย (Inductive reasoning) และการวิเคราะห์สถานการณ์ผ่านหลายมุมมอง (Multiple-lens situational-analysis) เพื่อเปิดพื้นที่ให้การสังเกตข้อเท็จจริงในปัจจุบันถูกสังเคราะห์จนเกิดเป็นภาพรวมที่ชัดเจน พร้อมทั้งชี้ให้เห็น “ช่องว่างขององค์ความรู้” ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข เพื่อให้ทุกฝ่ายมีทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง

### 1.1 เหตุผลการเลือกใช้การให้เหตุผลแบบอุปนัย (Inductive reasoning)

การพัฒนาการวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ครั้งนี้ เราเลือกใช้แนวทาง Inductive reasoning หรือการให้เหตุผลแบบอุปนัยซึ่งแตกต่างจากการวิเคราะห์ในกรอบเดิม เช่น แผน 5 ปี หรือยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เนื่องด้วย 3 เหตุผล ประกอบไปด้วย

**1. เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เป็นปัจจุบันของสถานการณ์** เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสังคม เช่น พฤติกรรมการบริโภค รูปแบบการตลาด และชีวิตความเป็นอยู่ จำเป็นต้องติดกับกระบวนการเดิมที่อาจทำให้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงบริบทในอดีต ซึ่งไม่สามารถสะท้อนภาพปัจจุบันได้อย่างครบถ้วนและแม่นยำ

**2. เป้าหมายหลักคือการวิเคราะห์สถานการณ์สำคัญเพื่อนำไปสู่การวางแผนประจำปี** วัตถุประสงค์สำคัญของการใช้ Inductive reasoning และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ในครั้งนี้ คือ การสังเกตสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันมากกว่า โดยยึดเป็นจุดตั้งต้น แล้วนำเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยการสังเคราะห์ออกมาเป็นภาพรวมของสถานการณ์เพื่อให้ได้ “ประเด็นสำคัญ” ที่เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ต่อยอดและสร้างความเชื่อมโยงต่อจากสภาพปัจจุบันไปสู่การออกแบบแผนประจำปีและ

**3. แนวทางหลักของ Inductive reasoning คือ การสังเกตเห็นข้อเท็จจริง** เริ่มต้นจากการ เก็บรวบรวมข้อมูล สหสม และสรุปผลจากสิ่งที่สังเกตเห็นจริง ซึ่งช่วยให้เราสามารถเชื่อมโยงข้อเท็จจริงในปัจจุบันได้ดีกว่าแนวทางการวิเคราะห์แบบ Deductive reasoning ที่เริ่มต้นด้วยสมมติฐานหรือกรอบคิดในใจที่มีอยู่แล้ว รูปแบบหรือคำทำนายที่วางไว้ล่วงหน้าอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงรอบตัวหรือคลาดเคลื่อน ทำให้เรามองเห็นปัญหาและโอกาสในมุมที่ชัดเจนและสอดคล้องแนวทางการปรับให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน

### 1.2 กรอบแนวคิด (Conceptual framework)

กรอบแนวคิดงานวิจัย เริ่มต้นจากการทำ **Multi-lens situation analysis** หรือ การวิเคราะห์สถานการณ์แบบหลายมุมมอง เพื่อให้เห็นภาพปัญหาและโอกาสอย่างรอบด้าน ครอบคลุม 6 เเลนส์ ได้แก่ 1. ระบาดวิทยา (Epidemiology) พบประเด็นย่อย 10 เรื่อง 2. ภาระทางเศรษฐกิจ (Economic burden) 9 เรื่อง 3. บริบททางสังคม/วัฒนธรรม (Social dimension) 9 เรื่อง 4. นโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย (Policy dimension) 9 เรื่อง 5. ปัจจัยทางการค้าจากภาคอุตสาหกรรม (Commercial determinant of health: CDoH) 10 เรื่อง และ 6. นโยบายทางการค้าระหว่างประเทศ (International trade) 7 เรื่อง ผลจากทั้ง 6 เเลนส์ถูกรวบรวมและสังเคราะห์ให้เห็น “ช่องว่างขององค์ความรู้ (Knowledge gaps)” อย่างเป็นระบบ

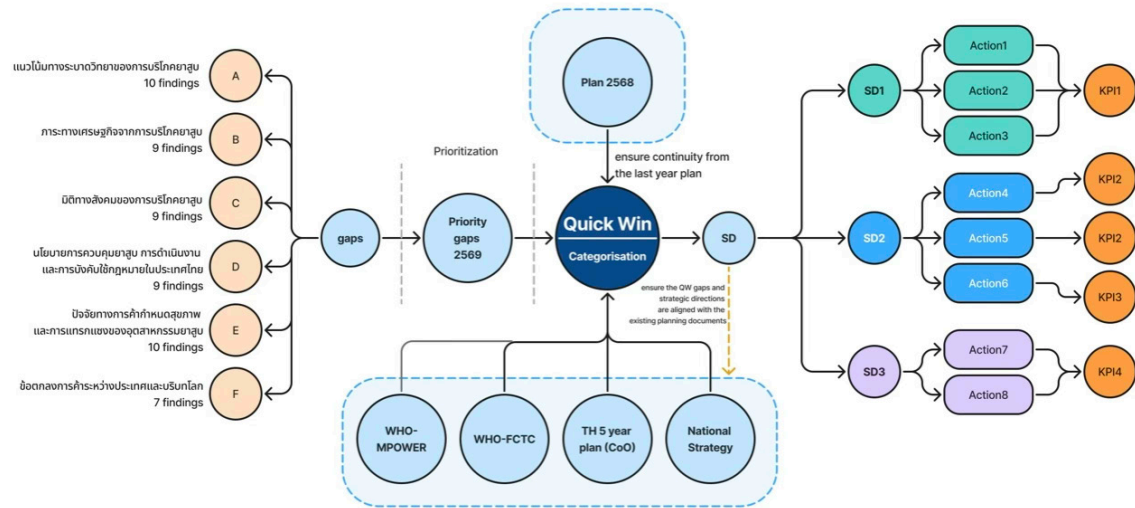
เมื่อได้รายการช่องว่างขององค์ความรู้แล้วนั้น ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ในวันที่ 29 พฤษภาคม 2568 เพื่อร่วมกัน “จัดลำดับความสำคัญของช่องว่าง” ให้ชัดเจน และนำไปกำหนดทิศทางการวิจัย พร้อมทั้งดำเนินงานในปีถัดไป (Priority gaps ปี 2569) ขั้นตอนนี้ยังคง **ความต่อเนื่องจากแผนปี 2568** และ **เชื่อมโยงกับกรอบยุทธศาสตร์ที่กว้างกว่า** ได้แก่ WHO FCTC, MPOWER แผน 5 ปีของไทย (TH 5-year plan: Chain of outcome: CoO) และยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อให้ทุกข้อเสนออยู่ในทิศทางเดียวกันกับเป้าหมายเชิงนโยบาย

จากการจัดลำดับดังกล่าว มีการคัดเลือกประเด็นที่สามารถ “**ทำได้เร็ว เห็นผลไว**” (Quick win) และทำ **การจัดหมวดหมู่ Quick win** เพื่อให้เลือกเครื่องมือและแนวทางที่เหมาะสม ทั้งนี้ได้มีการกำกับให้ “**เป้าหมายของ Quick win และทิศทางยุทธศาสตร์**” สอดคล้องกับ **ผลลัพธ์ของโครงการที่ต้องการ (Desired programme outcomes)** ไม่ใช่เพียงทำได้เร็ว แต่ต้องตอบโจทย์ผลกระทบที่คาดหวัง

ช่องว่างที่มีความสำคัญและกลุ่ม Quick win ถูก แปลงเป็น “**ทิศทางยุทธศาสตร์ (Strategic directions: SD)**” 4 ด้าน คือ SD1–SD4 ซึ่งทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมจากหลักฐานเชิงวิชาการไปสู่การลงมือปฏิบัติจริง แต่ละ SD ถูกถ่ายทอดต่อไปเป็น **ชุดข้อปฏิบัติหรือมาตรการ (Actions)** รวม 12 กิจกรรม (เช่น Action1–Action12) ที่ระบุว่า “**ใครทำ อะไร ที่ไหน และเมื่อใด**” ทำให้ทุกฝ่ายสามารถดำเนินการได้อย่างมีลำดับขั้น

สุดท้าย เพื่อให้ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลได้อย่างโปร่งใส แต่ละกลุ่มของ Actions จะผูกกับ **ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPI)** ที่ชัดเจน (เช่น KPI1–KPI6) โดยบาง SD อาจมีมากกว่าหนึ่ง KPI ตามธรรมชาติของงาน ทั้งหมดนี้ทำให้กรอบแนวคิดมี **เส้นทางเชื่อมโยงครบวงจร** กลายเป็นแผนการวิจัยและปฏิบัติที่ทั้ง **ทันการณ์ วัดผลได้ และสอดคล้องยุทธศาสตร์** ซึ่งช่วยลดช่องว่างองค์ความรู้และเร่งการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและระบบให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



ที่มา: คณะผู้วิจัย Activethai.org

### 1.3 บทนำ

การวิเคราะห์สถานการณ์ยาสูบนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจัดทำแผนประจำปี 2569 แผนควบคุมยาสูบ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ด้านนโยบายและพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องมีการประเมินสถานการณ์ด้านยาสูบให้เท่าทันสถานการณ์ผ่านมุมมองแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เพื่อให้เข้าใจปัญหาและวางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การควบคุมยาสูบเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและท้าทาย เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับหลายด้าน ทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ กฎหมาย ธรรมชาติ วิถีวัฒนธรรม การค้า และพลวัตอุตสาหกรรมด้วยเหตุนี้ รายงานฉบับนี้จึงเลือกใช้วิธีการให้เหตุผลแบบอุปนัย (Inductive reasoning) และวิเคราะห์ปัญหาผ่านมุมมองที่หลากหลายมิติ เพื่อให้สามารถสะท้อนภาพรวมของสถานการณ์ได้อย่างครอบคลุมไม่เพียงแต่ผลกระทบทางสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงปัจจัยโครงสร้างและบริบทอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของนโยบายควบคุมยาสูบด้วย รายงานนี้สะท้อนถึงความตระหนักของ สสส. ว่าแนวทางที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้วยวิธีหรือมุมมองจากแค่ด้านใดด้านหนึ่งนั้นไม่เพียงพอที่จะจัดการกับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอันตรายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบในสังคมไทยได้

การวิเคราะห์สถานการณ์ในครั้งนี้มีการพัฒนาจากเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด เช่น วาตกรรมบุหรี่ไฟฟ้า โครงสร้างการเก็บภาษีสถานการณ์เหล่านี้สร้างความท้าทายต่อกรอบนโยบายกำกับดูแลที่มีอยู่ และเน้นย้ำถึงความสำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากนอกภาคสุขภาพในการสนับสนุนมาตรการควบคุมยาสูบ

### วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์สถานการณ์มี 2 ประการ ได้แก่

1. เพื่อเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับยาสูบในประเทศไทยที่เป็นปัจจุบัน อิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากหลากหลายมุมมอง ทั้งด้านระบาดวิทยา เศรษฐกิจ สังคม นโยบาย ปัจจัยทางการค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และข้อตกลงทางการค้าและสุขภาพโลก
2. เพื่อระบุและลำดับช่องว่างทางนโยบายและการดำเนินงานในปัจจุบันที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ

รายงานฉบับนี้ จัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสาร สติระดับประเทศ งานวิจัยทางวิชาการ เอกสารของภาครัฐ และรายงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนด้านล่างในหัวข้อระเบียบวิธีวิจัยมีการอธิบายกระบวนการศึกษาแต่ละส่วนอย่างละเอียด แม้ว่ารายงานฉบับนี้จะยังไม่ได้รวมข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่าย แต่ได้วางรากฐานสำหรับการดำเนินการในอนาคต โดยการชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญที่ควรศึกษาเพิ่มเติม

ผลการวิเคราะห์นี้หวังว่าจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการกำหนดยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบและแผนดำเนินการประจำปีของ สสส. โดยนำเสนอข้อมูลพื้นฐานอย่างเป็นระบบสำหรับการจัดลำดับความสำคัญ การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการจัดสรรทรัพยากรในโครงการต่าง ๆ ซึ่งช่องว่างที่ระบุไว้ในรายงานสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนต่อไป

### 1.4 ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาสถานการณ์

#### 1.4.1 รูปแบบการศึกษาและกรอบแนวคิด

การศึกษาใช้รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์ผ่านมุมมองที่หลากหลาย (Multiple-lens situational-analysis design) จาก 6 มุมมอง (หรือกรณีนี้ขอเรียกว่า “เลนส์-Lens”) ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ได้แก่ (A)

ระบาดวิทยา (B) ภาระทางเศรษฐกิจ (C) บริบททางสังคม/วัฒนธรรม (D) นโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย (E) ปัจจัยทางการค้าจากภาคอุตสาหกรรม และ (F) ข้อตกลงทางการค้าและแนวโน้มสุขภาพโลก

#### 1.4.2 กรอบการวิเคราะห์และนิยามแต่ละมุมมอง

การวิเคราะห์สถานการณ์ผ่านมุมมองที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้พิจารณาการควบคุมยาสูบ ซึ่งมีความซับซ้อนเชิงใน 6 มุมมอง และมีขอบเขตที่กว้างเกินกว่าจะเข้าใจอย่างรอบด้านผ่านเพียงมิติใดมิติหนึ่ง

ตารางที่ 1.1 เลนส์ทั้ง 6 มุมมองที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ยาสูบ

เลนส์	คำถามวิจัย	สรุประเบียบวิธีวิจัย
A. ระบาดวิทยา	ใครสูบ สูบมากเท่าไร และเกิดอันตรายอะไรบ้าง?	การสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิและการกำหนดตัวชี้วัด
B. ภาระทางเศรษฐกิจ	ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมต่อสังคมเป็นอย่างไร?	การเก็บรวบรวมสถิติภาครัฐและการทบทวนเอกสาร
C. สังคม/ วัฒนธรรม	สื่อและบรรทัดฐานทางสังคมมีบทบาทอย่างไรต่อพฤติกรรมการสูบ?	การวิเคราะห์ข่าวสารอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ sentiment
D. นโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย	กฎหมายที่มีอยู่และร่างกฎหมายมีประสิทธิผลในการควบคุมเพียงใด?	การวิเคราะห์เนื้อหากฎหมายเชิงเปรียบเทียบ
E. กลยุทธ์ทางการค้าภาคอุตสาหกรรม	อุตสาหกรรมมีอิทธิพลต่อนโยบายและพฤติกรรม?	การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ (วิชาการและ grey literature)
F. ข้อตกลงการค้า และสุขภาพโลก	กฎระเบียบการค้าและแนวปฏิบัติต่างประเทศมีผลต่อนโยบายในไทยอย่างไร?	การสังเคราะห์กรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ

#### A. วิธีวิจัยการศึกษาด้านระบาดวิทยา

ใช้วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ เริ่มจากรวบรวมแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือทั้งในและต่างประเทศ เช่น การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมสุขภาพอนามัย และสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) การสำรวจยาสูบในเยาวชนโลก (Global Youth Tobacco Survey) การสำรวจยาสูบในผู้ใหญ่โลก (Global Adult Tobacco Survey) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข รายงานขององค์การอนามัยโลก วารสารวิชาการและรายงานจากองค์กรควบคุมยาสูบ จากนั้น สกัดข้อมูล สถิติ และข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องเน้นข้อมูลในช่วงปี 2563-2568 เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและสะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันมีการตรวจสอบความสมบูรณ์และสอดคล้องกันจากรายงานต่าง ๆ ก่อนนำมาเรียบเรียงและสังเคราะห์เพื่อนำเสนอภาพรวมตามตัวชี้วัดการบริโภคยาสูบมาตรฐาน เช่น ความชุกของการสูบบุหรี่ (ภาพรวมและจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ ภูมิภาค สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม), ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (โดยเฉพาะในเยาวชน) อัตราการ

ตารางที่ 1.1 สรุปเลนส์ที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ ทั้ง 6 มุมมองสอดคล้องกับเสาหลักของ WHO FCTC MPOWER และกรอบปัจจัยกำหนดการค้ากำหนดสุขภาพ พร้อมทั้งบูรณาการแนวคิด “กรอบการทำงานหลายกระแส หรือ Multiple Stream Framework” ของ Kingdon<sup>1</sup> เพื่อนำเสนอแนวทางการนำเสนอโยบายสาธารณะบนพื้นฐานมุมมองที่แตกต่าง

บริโภคยาสูบ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากยาสูบ สรุปข้อมูลทั้งหมดด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงร้อยละแนวโน้มตามช่วงเวลา และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากร ผลการวิจัยเชิงปริมาณจัดบริบทโดยอ้างอิงข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารต้นฉบับเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคม บริบทเชิงนโยบาย (เช่น การบังคับใช้กฎหมายห้ามบุหรี่ไฟฟ้าและความท้าทายด้านภายิยาเส้น) อิทธิพลทางเศรษฐกิจและสังคมและข้อจำกัดของระบบ เพื่าระวังเพื่อนำเสนอการตีความแนวโน้มทางระบาดวิทยา

#### B. วิธีวิจัยการศึกษาภาระทางเศรษฐกิจ

การศึกษาภาระทางเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบในประเทศไทยมาจากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ข้อมูล แหล่งข้อมูลหลักมาจากรายงานตีพิมพ์ที่ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ รายงานวิชาการ ข้อมูลจากการสำรวจและรายงานของหน่วยงานราชการ (เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ และหน่วยงานวิจัยในสังกัดกระทรวงต่าง ๆ) รวมถึงสถิติจากองค์การระหว่างประเทศและรายงาน

ตีพิมพ์เฉพาะเรื่องเช่น Tobacco Atlas และรายงานที่อ้างอิงข้อมูลขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ยังรวบรวมข้อมูลเฉพาะต่าง ๆ ได้แก่ การประมาณค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของแต่ละรอบสำรวจในช่วงปี 2563-2568 ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ตัวเลขการสูญเสียผลิตภาพ สติติอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างภูมิภาคหรือผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า การสังเคราะห์ข้อมูลพิจารณาจากประเด็นที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพเอกสารหลายฉบับ เพื่อนำเสนอภาพรวมภาวะทางเศรษฐกิจอย่างครอบคลุม รายงานการศึกษานี้มิได้เก็บข้อมูลปฐมภูมิหรือการสร้างแบบจำลองทางสถิติเอง ผลการศึกษาเป็นการสะท้อนและรวบรวมข้อมูลโดยตรงจากเอกสารที่มีอยู่ ข้อค้นพบด้านภาวะทางเศรษฐกิจจากยาสูบและการแทรกแซงของอุตสาหกรรม

### C. วิจัยการศึกษาวิถีทางสังคมของการควบคุมยาสูบ

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์สององค์ประกอบหลักเพื่อสำรวจมิติทางสังคมของการบริโภคและการควบคุมยาสูบในประเทศไทยในช่วงปี 2563-2568 องค์ประกอบแรกเป็นการวิเคราะห์บทความข่าวในประเทศโดยใช้คำสำคัญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย เช่น “บุหรี่” “บุหรี่ไฟฟ้า” “บุหรี่เถื่อน” “ภาษียาสูบ” “นโยบายควบคุมยาสูบ” และ “vaping” รวบรวมบทความจากแหล่งข่าวออนไลน์พร้อมข้อมูล Meta (หัวข้อข่าว วันที่เผยแพร่ แหล่งที่มา และเนื้อหา) หลังจากคัดกรองความเกี่ยวข้องและลบข้อมูลซ้ำ มีชุดข้อมูลจำนวน 2,490 บทความเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์แนวโน้มและเนื้อหา

องค์ประกอบอีกส่วนมีการทบทวนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาสูบทางออนไลน์บนแพลตฟอร์มหลักต่าง ๆ ได้แก่ Facebook, X/Twitter, TikTok, Instagram และ YouTube การวิเคราะห์ข่าวทงรวมเน้นที่ปริมาณและความถี่ของการสนทนา ผู้มีอิทธิพลหลัก กลไกของเนื้อหาที่เกิดขึ้น กระแส แนวโน้มความรู้สึก การกำหนดกรอบนโยบาย การรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ รูปแบบการเข้าถึงของเยาวชน ความหลากหลายทางประชากร และกลยุทธ์ออนไลน์ของอุตสาหกรรมยาสูบ รวมถึงการสร้างกระแสเทียม (Astroturfing) และการหลีกเลี่ยงการโฆษณา โดยทั้งสองชุดข้อมูลใช้การวิเคราะห์หัวข้อหลัก แนวโน้มและวาทกรรมที่โดดเด่นผ่านการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ความรู้สึก และกลยุทธ์ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ชั้นสุดท้ายคือการนำมาสังเคราะห์ผลการวิจัยนำเสนอในการศึกษาครั้งนี้

### D. วิจัยการศึกษาวิถีด้านนโยบายของการควบคุมยาสูบ

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับนโยบายการควบคุมยาสูบในประเทศไทยจากเอกสารต่าง ๆ ทั้งวารสารวิชาการ รายงานและสรุปสถานการณ์ประเทศจากองค์การต่าง ๆ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) มูลนิธิเพื่อสังคมอาเซียนปลอดบุหรี่ รายงานการสำรวจระดับประเทศ (เช่น Thailand’s Global Adult Tobacco Survey และการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ) และการค้นหาคำขออย่างครอบคลุมกระบวนการเริ่มจากการทบทวนเอกสาร จากนั้นสกัดข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่รายละเอียดนโยบาย ข้อมูลทางสถิติ ประเด็นท้าทายและแนวทางการจัดการปัญหา หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์เชิงประเด็นเพื่อระบุหัวข้อหลักที่เกิดขึ้นซ้ำและมีนัยสำคัญ เพื่อพัฒนาโดยการสังเคราะห์และตรวจสอบข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจที่ครอบคลุม

ในแต่ละประเด็น ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ผลการศึกษาอิงจากการสังเคราะห์แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ มุมมองเชิงนโยบายการควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีลักษณะผสมผสานทั้งกฎหมายมุ่งจัดการผลิตภัณฑ์ใหม่ การจัดการกับความท้าทายของยาสูบแบบดั้งเดิม และระบบภาษีที่ซับซ้อน แต่ละด้านมีการครอบคลุมระดับประเทศแต่มีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน

### E. วิจัยการศึกษาปัจจัยกำหนดการค้าจากภาคอุตสาหกรรม

ผลการศึกษาส่วนนี้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยทางการค้ากำหนดสุขภาพ แนวทางการสังเคราะห์เชิงคุณภาพสกัดจากรายงานภาครัฐ วรรณกรรมวิชาการ เอกสารตีพิมพ์จากองค์การประชาสังคม และบทความข่าว

การวิเคราะห์ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยการค้ากำหนดสุขภาพ (Commercial Determinants of Health: CDoH) ขององค์การอนามัยโลก ที่มีวัตถุประสงค์ติดตามกลยุทธ์และแนวปฏิบัติของผู้ประกอบการเชิงพาณิชย์ว่ามีอิทธิพลต่อสภาพแวดล้อมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างไร สอดคล้องด้วยกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) โดยเฉพาะมาตรา 5.3 (การแทรกแซงของอุตสาหกรรม) มาตรา 6 (มาตรการด้านราคาและภาษี) และมาตรา 13 (การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนโดยยาสูบ) รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ กลยุทธ์ภาคอุตสาหกรรมการตอบสนองต่อนโยบายและผลกระทบต่อสุขภาพ ในช่วงปี 2563-2568 หลังจากนั้น จัดทำข้อค้นพบหลักจากการวิเคราะห์เชิงประเด็นเพื่อจัดหมวดหมู่แนวปฏิบัติ ข้อค้นพบทั้งหมดมิได้เก็บข้อมูลปฐมภูมิ ใช้แหล่งข้อมูลที่มีอยู่เป็นฐานการวิเคราะห์

### F. วิจัยการศึกษาข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศและแนวโน้มสุขภาพโลก

ข้อค้นพบส่วนนี้มาจากการใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจอิทธิพลของข้อตกลงทางการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศที่มีต่อนโยบายการควบคุมยาสูบในประเทศไทย ใช้หลักฐานที่เชื่อมโยงกันจากข้อตกลงหลายส่วน ได้แก่ ข้อบททางกฎหมายของข้อตกลงการค้าและการลงทุนพหุภาคี ภูมิภาค และทวิภาคีที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประยุกต์ใช้และการตีความข้อตกลงทางปฏิบัติตามแนวขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) และองค์กรที่มีพันธกิจในการระงับข้อพิพาททั้งคณะกรรมการว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า (Committee on Technical Barriers to Trade: TBT) และคำวินิจฉัยจากข้อพิพาทแนวปฏิบัติของอนุญาโตตุลาการระหว่างนักลงทุนกับรัฐที่เกี่ยวข้องกับมาตรการด้านสาธารณสุข และผลลัพธ์เชิงนโยบายในประเทศไทยที่มีต่อมาตรการควบคุมยาสูบ และกรณีการชะลอการออกกฎหมาย “Regulatory chill” เนื่องจากความกังวลต่อผลกระทบจากข้อตกลงที่อาจเกิดขึ้น

แหล่งข้อมูลที่ใช้ทบทวนทางกฎหมาย เช่น กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ข้อตกลง WTO (General Agreement on Tariffs and Trade: GATT, TBT,

Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights: TRIPS) ข้อตกลงอาเซียน (ASEAN Free Trade Area: AFTA, Regional Comprehensive Economic Partnership: RCEP) ข้อตกลงการค้าเสรีทวิภาคีที่สำคัญ (เช่น กับออสเตรเลีย ญี่ปุ่น) และการประเมินภูมิทัศน์ของสนธิสัญญาการลงทุนทวิภาคีของไทย นอกจากข้อมูลจากเอกสารข้อตกลงทางการค้า มีการรวบรวมแนวปฏิบัติอย่างเป็นทางการของ WTO และ WHO รายงานของรัฐบาลวารสารตีพิมพ์นานาชาติ (จากฐานข้อมูลเช่น PubMed, Scopus, Google Scholar และคลังข้อมูลทางกฎหมาย) รายงานขององค์กรพัฒนาเอกชน และเอกสารของอุตสาหกรรมยาสูบ (นำใช้ด้วยความระมัดระวัง) เน้นการใช้ข้อความต้นฉบับและการวิเคราะห์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญในประเทศ รวบรวมข้อมูลตามตัวอักษรเพื่อการวิเคราะห์และการอ้างอิงที่แม่นยำ

แนวทางการวิเคราะห์ใช้วิธีผสมผสานมุมมองทางกฎหมาย เศรษฐกิจ และสาธารณสุข การวิเคราะห์นโยบายเชิงเปรียบเทียบ เพื่อนำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศกับความพยายามในการควบคุมยาสูบภายในประเทศ ดังที่แสดงให้เห็นจากประสบการณ์ของประเทศไทยกับการจัดทำบรรจุภัณฑ์แบบเรียบ การห้ามบุหรี่ไฟฟ้า และการตอบสนองต่อข้อพิพาทของ WTO เช่น DS371

### 1.5 ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้ว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ยาสูบนี้จะใช้กรอบการทำงานที่ครอบคลุม Multi-lens และสังเคราะห์แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย แต่ก็มีข้อจำกัดหลายประการ

1) ข้อจำกัดด้านเวลาและการประเมินอย่างรวดเร็ว การทบทวนแบบหลายมุมมองทั้งหมด ตั้งแต่การกำหนดขอบเขตไปจนถึงการทำ Mapping ช่องว่างดำเนินการเสร็จสิ้นภายในเวลาประมาณหนึ่งเดือน ครอบคลุมเวลาที่กระชั้นชิดจำกัดความลึกของการตรวจสอบในแต่ละด้าน

2) การใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ข้อค้นพบทั้งหมดได้มาจากผลสำรวจที่มีอยู่ กฎหมาย วารสารตีพิมพ์นานาชาติ ข่าวสาร และเนื้อหาออนไลน์ ไม่มีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งจำกัดความสามารถในการวิเคราะห์ที่จะรวบรวมประสบการณ์จริง (Insights) จากผู้เชี่ยวชาญ

3) การไม่มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ไม่มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก รายงานจึงไม่อาจสะท้อนมุมมองจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

4) การกระจายตัวของข้อมูล ชุดข้อมูลทางระบาดวิทยา เศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมาย และการค้า อยู่ในฐานข้อมูลหน่วยงานที่แตกต่างกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมสรรพสามิต กรมศุลกากร กรมตำรวจ) ยากต่อการบูรณาการเพื่อการตรวจสอบข้ามฐาน อาจเกิดความผิดพลาดจากข้อมูลที่ไม่ตรงกัน (เช่น ปริมาณการค้าที่ผิดกฎหมาย การยึดบุหรี่ไฟฟ้า)

5) การแจกแจงข้อมูลย่อยระดับประเทศที่ไม่สมบูรณ์ แม้จะมีการเน้นย้ำถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาคและเศรษฐกิจและสังคม แต่กรอบเวลาที่สั้น จึงไม่สามารถแจกแจงข้อมูลทั้งหมดได้ครบถ้วนใน 77 จังหวัด หรือในกลุ่มประชากรเปราะบางต่อสถานการณ์

6) พลวัตทางเศรษฐศาสตร์การเมืองและอุตสาหกรรม การศึกษาสามารถเข้าถึงได้เฉพาะแหล่งข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะ แต่ไม่สามารถครอบคลุมข้อมูลส่วนอื่นที่ไม่เปิดเผย เช่น การต่อรองภายในรัฐบาล

7) ภูมิทัศน์นโยบายที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รายงานอาจไม่ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ได้

# ส่วนที่ 2

## สถานการณ์การบริโภคยาสูบทั่วโลก บทบาทของประเทศไทยในบริบท ระหว่างประเทศ



## ส่วนที่ 2 สถานการณ์การบริโภคยาสูบทั่วโลก บทบาทของประเทศไทยในบริบทระหว่างประเทศ

การแพร่ระบาดของยาสูบทั่วโลกยังคงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่ซับซ้อน คร่าชีวิตผู้คนกว่า 8 ล้านคนต่อปี และสร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจประมาณ 1.4 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐทั่วโลก<sup>2</sup> แม้ว่าความพยายามในการควบคุมยาสูบระหว่างประเทศจะมีความก้าวหน้าอย่างเห็นได้ชัด จากจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกที่ลดลงจาก 1.4 พันล้านคนในปี 2543 เหลือ 1.3 พันล้านคนในปี 2565<sup>3</sup> แต่ความก้าวหน้ายังช้าเกินกว่าการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ประสิทธิภาพของประเทศไทยในบริบทระดับโลกแสดงทั้งความสำเร็จที่จากความมุ่งมั่นควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่อง และความท้าทายที่ยังคงมีอยู่

องค์การอนามัยโลกรายงานความชุกล่าสุดว่า 1 ใน 5 ของผู้ใหญ่ทั่วโลกยังคงสูบบุหรี่<sup>3</sup> เมื่อเทียบกับแล้ว ประเทศไทยแสดงความก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญในบริบทนี้ สามารถลดความชุกของการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่จากร้อยละ 23.0 ในปี 2547 เหลือร้อยละ 16.5 ในปี 2567 แต่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 34.7 ในกลุ่มเพศชายเทียบกับร้อยละ 1.3 ในกลุ่มเพศหญิง)<sup>4</sup> อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในประเทศไทยยังคงมีจำนวนสูง ประมาณ 66,000 ในปี 2562<sup>5,6</sup>

ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการใช้ยาสูบสร้างความท้าทายที่คล้ายคลึงกันทั้งในระดับโลกและระดับชาติ ในขณะที่ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับยาสูบทั่วโลกสูงถึงร้อยละ 1.8 ของ GDP โลก<sup>7</sup> การประมาณการล่าสุดของประเทศไทยระบุต้นทุนยาสูบของประเทศไว้ที่ 3.0 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.7 ของ GDP ของประเทศ<sup>8</sup> เน้นย้ำว่าการควบคุมยาสูบเป็นความสำคัญด้านสุขภาพและโอกาสทางเศรษฐกิจ

### 2.1 แนวโน้มทั่วโลกและประสิทธิภาพของประเทศไทย

หลักฐานทางวิชาการทั่วโลกเผยให้เห็นความล่าช้าในการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมาตรการด้านภาษี จากรายงาน Tobacconomics Cigarette Tax Scorecard ปี 2567 รายงานการลดลงของประสิทธิภาพนโยบายภาษีทั่วโลก คะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 2.0 จาก 5 ใน 170 ประเทศ<sup>9,10</sup> คะแนนภาษีบุหรี่ของประเทศไทยอยู่ที่ 1.9 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก<sup>11</sup> แม้จะมีองค์ประกอบส่วนแบ่งภาษีที่เข้มแข็งกว่าหลายประเทศก็ตาม ช่องว่างด้านประสิทธิภาพนี้เน้นย้ำว่าแม้แต่ประเทศที่มีกรอบการควบคุมยาสูบที่ชัดเจนก็ยังเผชิญกับความท้าทายในการดำเนินนโยบายการคลัง

ปัญหาการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบแสดงถึงความท้าทายร่วมกันอีกประการหนึ่ง รายงาน Global Tobacco Industry Interference Index 2023 นำเสนอการแทรกแซงที่รุนแรงยิ่งขึ้นใน 43 ประเทศ มีเพียง 29 ประเทศที่สถานการณ์ดีขึ้น<sup>12</sup> ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 26 จาก 90 ประเทศ มี 50 คะแนน<sup>13</sup> อยู่ในระดับการแทรกแซงปานกลาง แต่มีโอกาสสำคัญในการเสริมสร้างการป้องกันตาม WHO FCTC มาตรา 5.3 ประเด็นนี้สะท้อนรูปแบบทั่วโลกที่นโยบายป้องกันสุขภาพยังคงอ่อนแอเมื่อเทียบกับความพยายามของอุตสาหกรรม<sup>12</sup>

### แนวทางการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่เกิดขึ้นใหม่

การแพร่กระจายอย่างรวดเร็วของผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อนและบุหรี่ไฟฟ้าท้าทายแนวทางการตอบสนองระดับประเทศที่หลากหลาย พบว่าในภูมิภาคยุโรป 48 ประเทศจาก 53 ประเทศมีมาตรการควบคุมที่หลากหลาย 3 ประเทศใช้มาตรการห้ามขายโดยสมบูรณ์ ได้แก่ ประเทศนอร์เวย์ ประเทศตุรกี และประเทศเดนมาร์ก<sup>14</sup> นอกจากนี้มีแนวทางการควบคุมที่แตกต่างกันออกไป ประเทศไทยยังคงมาตรการห้ามนำเข้าและขายบุหรี่ไฟฟ้าอย่างครอบคลุม<sup>15</sup> ตั้งแต่ปี 2557 และมีการบังคับใช้ที่เข้มข้นขึ้นหลังจากแนวโน้มการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนที่น่ากังวล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 17.6 ในปี 2565 ประสิทธิภาพของประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงทั้งศักยภาพในการป้องกันของการห้ามอย่างครอบคลุมและความท้าทายในการบังคับใช้กฎหมายเกิดจากการค้าข้ามพรมแดนและการตลาดดิจิทัล

### การสนับสนุนการเลิกบุหรี่และการบูรณาการระบบสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่แนวทางการรักษา (Global clinical guideline) ฉบับแรกของโลกสำหรับการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ใหญ่ในเดือนกรกฎาคม 2567 เน้นประเด็นสำคัญว่าจำนวนผู้ใช้ยาสูบ 1.3 พันล้านคนทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 60.0 ต้องการเลิกแต่ร้อยละ 70.0 ของจำนวนที่ต้องการเลิกไม่สามารถเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ<sup>16</sup> แสดงถึงปัญหาของระบบสาธารณสุขทั่วโลกและโอกาสสำคัญพลาดไปที่การบูรณาการมาตรการควบคุมยาสูบของระบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นตัวอย่างสำคัญเชื่อมโยงกับการเลิกบุหรี่ แสดงประสิทธิภาพของกฎหมายควบคุมยาสูบที่ครอบคลุม ทั้งการจำกัดการโฆษณาและการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นกรอบการควบคุมสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการเลิกบุหรี่ แต่ในขณะเดียวกันก็อาศัยระบบสาธารณสุขที่เอื้อเสริมกัน

### ความสำคัญของการดำเนินงานตามมาตรการ MPOWER

รายงานสถานการณ์ยาสูบทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก ปี 2566 นำเสนอความก้าวหน้าของการนำแนวทางตาม MPOWER ไปปฏิบัติ มีเพียง 6 ประเทศที่ดำเนินการตรงตามเกณฑ์แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดทั้งหมด แม้ว่า 71 ประเทศจะบรรลุอย่างน้อยหนึ่งแนวทาง<sup>17</sup> ความก้าวหน้าดำเนินงานที่ไม่สม่ำเสมอสะท้อนถึงความท้าทายทางเศรษฐกิจการเมืองที่เผชิญกับการควบคุมยาสูบในบริบทที่แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย การประเมิน MPOWER แสดงให้เห็นทั้งความสำเร็จและโอกาส ประเทศไทยดำเนินกฎหมายปลอดควันบุหรี่ที่ครอบคลุมและการจำกัดการโฆษณา อย่างไรก็ตามยังมีช่องว่างในนโยบายภาษีและการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ รายงานจากองค์การอนามัยโลกนานาชาติ รวมทั้ง World Bank ยืนยันว่าการปฏิบัติตามมาตรการ MPOWER ให้ผลตอบแทนกลับคืนถึง 10 เท่า<sup>18</sup> รายงานจาก Asian Development Bank นำเสนอว่าภาษียาสูบเป็น “ชัยชนะร่วมสามด้าน (Triple-win)”<sup>19</sup> รายงานที่จัดทำโดยองค์การอนามัยโลกนำเสนอสถานการณ์ควบคุมยาสูบของประเทศไทย ปี 2566<sup>20</sup> ว่าประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางที่มีนโยบายควบคุมยาสูบค่อนข้างสมบูรณ์ แต่ยังมี

คงเผชิญกับความท้าทายในการนำไปปฏิบัติด้านความเหลื่อมล้ำทางเพศที่ชัดเจนเมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในด้านกรอบนโยบายที่ครอบคลุม รวมถึงภาพคำเตือนสุขภาพร้อยละ 85.0 อัตราการเก็บภาษีร้อยละ 81.3 บรรจุก้นที่แบบเรียบง่าย และการห้ามบุหรี่ไฟฟ้าโดยสมบูรณ์ แสดงถึงความมุ่งมั่นทางการเมืองที่เข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นท้าทายในการพัฒนา ได้แก่ การบังคับใช้กฎหมายพื้นที่สภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ (6/10 คะแนน) และการห้ามโฆษณา (7/10 คะแนน) ซึ่งให้เห็นข้อจำกัดด้านทรัพยากร การแทรกแซงของอุตสาหกรรม หรือความท้าทายด้านการบริหารจัดการ กำลังการซื้อบุหรี่ที่ไม่เปลี่ยนแปลงแม้จะมีระดับภาษีที่สูง ซึ่งว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจอาจเร็วกว่าการขึ้นภาษี ทำให้นโยบายราคาไม่เกิดประสิทธิภาพเต็มที่

สำหรับประเทศไทย การปฏิรูปภาษีอย่างครอบคลุมสู่การกำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตเฉพาะอย่างน้อยร้อยละ 75.0 ของราคาขายปลีกจะช่วยลดความชุกของการสูบบุหรี่และเพิ่มรายรับทางการคลังไปพร้อมกัน การที่ประเทศไทยยังไม่ได้ให้สัตยาบันพิธีสารการค้าที่ผิดกฎหมายจำกัดโอกาสความร่วมมือระดับภูมิภาค<sup>21</sup> ทั้งที่อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนเพิ่มขึ้นและจำเป็นต้องควบคุมการค้าแนวพรหมแดนและตลาดดิจิทัลที่เพิ่มขึ้น

## 2.2 สรุปรายงาน WHO report on the global tobacco epidemic 2025: Warning about the dangers of tobacco22

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานสถานการณ์การควบคุมยาสูบระดับโลกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งฉบับล่าสุดนี้ถือเป็นฉบับที่ 10 เริ่มตั้งแต่ปี 2551 (ค.ศ. 2008) โดยมีชุดเครื่องมือ MPOWER เป็นกรอบที่ออกแบบมาจาก WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) เพื่อสนับสนุนประเทศในการกำหนดมาตรการนำสู่การปฏิบัติเพื่อควบคุมยาสูบ

รายงานในปี 2568 นี้มุ่งเน้นไปที่มาตรการ W คือ **Warn about the dangers of tobacco** (เตือนเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบ) และแสดงให้เห็นว่ามาตรการ MPOWER อย่างน้อยหนึ่งมาตรการในระดับ best-practice จากประเทศต่าง ๆ สามารถมีผลปกป้องประชากรถึง 6.1 พันล้านคนในความก้าวหน้าโดยรวมมี 4 ประเทศที่บรรลุ MPOWER package ครบถ้วนแล้ว และอีก 7 ประเทศขาดเป้าหมายเพียงหนึ่งมาตรการ ในทางตรงข้ามยังพบว่ามี 40 ประเทศที่ยังไม่มีมาตรการ MPOWER ใด ๆ ในระดับ best-practice

### ข้อค้นพบสำคัญของรายงาน

รายงาน WHO ฉบับนี้ใช้โอกาสฉลองครบรอบ 20 ปีของ WHO FCTC เน้นความก้าวหน้าและช่องว่างในการนำ MPOWER package ไปปรับใช้ ประกอบด้วย 6 มาตรการควบคุมยาสูบตามหลักฐานทางวิชาการ ได้แก่ **Monitor** ติดตามการบริโภคยาสูบและนโยบายป้องกัน **Protect** ปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ **Offer** ช่วยเหลือเพื่อเลิกยาสูบ **Warn** เตือนภัยอันตรายของยาสูบ **Enforce** บังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณาส่งเสริม และสนับสนุนยาสูบ **Raise** ปรับขึ้นภาษียาสูบ

รายงานปีนี้นั้นเน้น “W” หรือ **การเตือนภัยอันตรายของยาสูบ** โดยเน้นประสิทธิภาพของภาพคำเตือน (Graphic health warnings) และการสื่อสารรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ (Anti-tobacco mass media campaigns) มีประเด็นข้อค้นพบหลัก ดังนี้

- **ประชากร 6.1 พันล้านคน (ร้อยละ 75.0 ของประชากรโลก)** ได้รับการปกป้องโดยมาตรการ MPOWER อย่างน้อยหนึ่งมาตรการในระดับ best-practice
- **ภาพคำเตือน (Graphic health warnings)** เป็นมาตรการที่มีความก้าวหน้ามากที่สุด โดย 110 ประเทศ (ครอบคลุมประชากรโลก ร้อยละ 62.0)
- 25 ประเทศใช้ **ซองบุหรี่แบบเรียบ (Plain packaging)** ช่วยลดความน่าสนใจของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- **การสื่อสารรณรงค์ (Mass media campaigns)** ยังเกิดขึ้นน้อย มีเพียง 37 ประเทศที่ดำเนินการในระดับ best-practice
- การควบคุม **Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS)** เพิ่มขึ้น แต่ยังคงพบว่ามีประชากร 1.7 พันล้านคนอาศัยอยู่ในประเทศที่ไม่มีการควบคุม ENDS
- **40 ประเทศ** ยังไม่ได้นำมามาตรการ MPOWER ใด ๆ มาใช้ในระดับ best-practice ซึ่งมีจำนวนประชากรประมาณ **2 พันล้านคนที่ไม่มีการควบคุมยาสูบปกป้องสุขภาพ**

ในรายงานยังกล่าวเตือนประเด็นสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ การแทรกแซงของอุตสาหกรรม การขยายตัวของสถานการณณ์บุหรี่ไฟฟ้าและ Heated tobacco products (HTPs) และความล่าช้าของนโยบายภาษีทั้งที่ระบบภาษีเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพที่สุดของการลดการใช้ยาสูบ ผลสรุปจากทั้ง 5 ส่วนของรายงานมีประเด็นดังนี้

(1) **WHO FCTC and Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products** ส่วนนี้สะท้อนถึงผลกระทบ 20 ปีหลังจากการรับรอง WHO FCTC ซึ่งถือเป็นสนธิสัญญาสุขภาพโลกฉบับแรกในปี 2546 FCTC กลายเป็นเครื่องมือสำคัญต่อการผลักดันนโยบายควบคุมยาสูบทั่วโลกอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่ง **Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products** เป็นส่วนขยายจาก FCTC มุ่งไปที่การลักลอบนำเข้า การปลอมแปลง และการลักลอบผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างผิดกฎหมาย

(2) **การเตือนภัยอันตรายของยาสูบ** ดังที่กล่าวแล้วว่าหัวข้อหลักของรายงานเล่มนี้เน้น “W” ใน MPOWER คือ **Warnings** โดยเน้นประสิทธิภาพของภาพคำเตือน (graphic health warnings) และการสื่อสารรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ (Anti-tobacco mass media campaigns)

- **ภาพคำเตือน (Graphic health warnings)** (บนบรรจุภัณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 50) เกิดขึ้นจริงแล้วใน 110 ประเทศ ครอบคลุมประชากร 4.5 พันล้านคน
- **ซองบุหรี่แบบเรียบ (Plain packaging)** ได้รับความนิยมนมากขึ้น โดยมี 25 ประเทศนำมาใช้เพื่อลดความน่าสนใจของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- **การสื่อสารรณรงค์ (Mass media campaigns)** แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน แต่ยังมีดำเนินการน้อย มีเพียง 37 ประเทศที่มีการรณรงค์สื่อสารระดับประเทศตามมาตรฐาน best-practice

(3) **การนำกฎหมายควบคุมยาสูบลงสู่การปฏิบัติ (Policy implementation)** แม้จะมีกฎหมายที่เข้มแข็ง แต่การบังคับใช้ที่อ่อนแอก็ส่งผลต่อความก้าวหน้า ส่วนนี้แนะนำให้เน้นการนำนโยบายควบคุมยาสูบไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับ

- ความมุ่งมั่นทางการเมืองและศักยภาพของหน่วยงาน
- การประสานงานระหว่างภาคส่วน
- กลไกการรับรู้สาธารณะและการปฏิบัติตาม

(4) การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบยังคงขัดขวางความก้าวหน้าด้านสาธารณสุขผ่านการเคลื่อนไหวโจมตีอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลที่ผิด และการคุกคามทางกฎหมาย ในรายงานกล่าวถึงกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่อุตสาหกรรมมักจะใช้ เช่น

- การชะลอหรือลดทอนความสำคัญของกฎหมาย ผ่านการฟ้องร้องหรือการผลักดัน
- การดึงดูดเยาวชน เพื่อส่งเสริมบุหรี่ไฟฟ้า
- การสร้างกลุ่มบงกชและการให้ทุนสนับสนุนองค์กรหน้าฉาก เพื่อสร้างอิทธิพลทางความคิดของสาธารณะและการกำหนดนโยบาย

(5) มาตรการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพ ส่วนนี้แนะนำเสนอเพื่อยืนยันความสำเร็จของ MPOWER package ต่อการลดการใช้ยาสูบทั่วโลก จุดเด่นที่น่าสนใจ ได้แก่

- ประชากร 6.1 พันล้านคน (ร้อยละ 75.0 ของประชากรโลก) ได้รับการปกป้องโดยมาตรการ MPOWER อย่างน้อยหนึ่งมาตรการในระดับ best-practice

- การจัดเก็บภาษี ยังคงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแต่ถูกใช้น้อยที่สุด มีเพียงร้อยละ 14 ของประชากรโลกที่อาศัยในประเทศที่มีนโยบายภาษีที่เหมาะสม

- นโยบายปลอดควันบุหรี่ที่ครอบคลุม นำใช้ใน 74 ประเทศ

- การสนับสนุนการเลิกยาสูบ ยังมีจำกัด มีเพียงไม่กี่ประเทศที่ระบบสาธารณสุขจัดบริการสนับสนุนการเลิก เช่น Quit lines การจัดสรรยาช่วยเลิก และระบบให้คำปรึกษา

### การวิเคราะห์เพิ่มเติมจากการทบทวนสถานการณ์เพื่อการดำเนินการของประเทศไทย

ทีมวิจัยวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงศักยภาพของประเทศไทยและการใช้ประโยชน์จากรายงาน ซึ่งประเทศไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้นำด้านการควบคุมยาสูบระดับภูมิภาคมาอย่างยาวนาน รายงานปี 2025 นี้อาจเป็นประโยชน์ต่อการยืนยันทิศทางการสร้างความต่อเนื่องของมาตรการให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น และการพัฒนาความก้าวหน้าให้เท่าทันตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ

ก. การยืนยันทิศทาง ประเทศไทยออกกฎหมายภาพคำเตือนและซองบุหรี่แบบเรียบ ซึ่ง WHO ชื่นชมว่าประเทศไทยเป็นประเทศแรกของโลกตั้งแต่ปี 2562 สอดคล้องกับ Articles 11 และ 12 ของ WHO FCTC

ภาพที่ 2.1 รายงาน WHO report on the global tobacco epidemic 2025 (page 15)

## More and more countries, including several middle-income countries, are adopting plain packaging

As of December 2024, a total of 25 countries have required plain packaging, demonstrating its feasibility and importance as part of a comprehensive approach to tobacco control. Plain packaging is not limited to high-income countries; as middle-income countries have been adopting the measure, with Thailand being the first to do so in 2019.

**ข. ประเด็นเพื่อการพัฒนา (ตามข้อเสนอแนะจากรายงานต่อประเทศสมาชิกทั่วโลก)**

- **การสื่อสารรณรงค์** รายงานแสดงให้เห็นว่าหลายประเทศยังขาดการสื่อสารรณรงค์ที่ต่อเนื่องและมีการประเมินผล แม้ประเทศไทยจะดำเนินการมายาวนานแล้วและอยู่ในระดับ Best-practice level อาจเน้นด้านความต่อเนื่อง ทั้งด้านการทดสอบ Pre-test การประเมินผล และการรวมในบางส่วนของกลยุทธ์ระดับชาติ
- **บริการเลิกบุหรี่** รายงานระบุว่ายังมีเพียง 31 ประเทศที่มีบริการเลิกบุหรี่ แม้ประเทศไทยจะมีระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งอย่างไรก็ดี ควรพิจารณาเพิ่มทรัพยากร (กำลังคนงบประมาณ การสื่อสาร) เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและคุณภาพมากขึ้น
- **การจัดเก็บภาษียาสูบ** ยังคงเป็นมาตรการที่ใช้บ่อยที่สุดทั่วโลก ประเทศไทยอาจพิจารณาปรับระบบภาษีที่เหมาะสม

**ค. การตอบสนองต่อภัยคุกคามใหม่** ประเทศไทยต้องควบคุม**บุหรี่ไฟฟ้าและ Heated tobacco products (HTPs)** อย่างเข้มข้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลยุทธ์การตลาดที่มุ่งเป้าที่เยาวชน ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันการเสพติดนิโคตินในคนรุ่นใหม่

**ง. โอกาสของการเป็นประเทศผู้นำ** เนื่องจากประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานการควบคุมยาสูบที่เข้มข้นและมีชื่อเสียงที่ดีในระดับภูมิภาค จึงสามารถ **เป็นแบบอย่าง** ให้กับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ของ WHO

- มีส่วนร่วมในการเป็นกรณีศึกษาสำหรับรายงาน WHO ในอนาคต
- แบ่งปันแนวทางการควบคุมเกี่ยวกับ ENDS และ HTPs
- เป็นผู้นำในการสร้างศักยภาพระดับภูมิภาคผ่าน SEATCA และกลไก ASEAN



# ส่วนที่ 3

## ข้อค้นพบ

### สถานการณ์การบริโภคยาสูบ



## สรุปข้อค้นพบ

ส่วนนี้นำเสนอสรุปข้อค้นพบของสถานการณ์การบริโภคยาสูบในแต่ละเลนส์ ส่วน A นำเสนอข้อค้นพบสถานการณ์แนวโน้มทางระบาดวิทยา ส่วน B นำเสนอภาระทางเศรษฐกิจ ส่วน C ให้ข้อมูลสถานการณ์ทางสังคม ส่วน D สรุปผลที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย ส่วน E รวบรวมสถานการณ์การแทรกแซงของภาคอุตสาหกรรม และส่วน F นำเสนอสถานการณ์ที่เป็นผลจากข้อตกลงทางการค้า ซึ่งในแต่ละประเด็นด้านล่างนี้ จะมีการนำเสนอรายละเอียดข้อมูลในแต่ละหัวข้อ

### A แนวโน้มทางระบาดวิทยาของการบริโภคยาสูบ

- A1 ความชุกของการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงช้า ๆ แต่ยังคงถือว่าสูงเมื่อเทียบกับเป้าหมายระดับประเทศ
- A2 ผู้ชายยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้หญิงมากกว่า 20 เท่า
- A3 กลุ่มวัยทำงานยังคงมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงสุดต่อเนื่องมากกว่า 2 ทศวรรษ ควบคู่ไปกับแนวโน้มการเริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่น่ากังวล
- A4 การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว แม้จะมีข้อห้ามระดับชาติและความพยายามในการบังคับใช้กฎหมาย
- A5 ความชุกของการสูบบุหรี่มีความแตกต่างทางภูมิภาค
- A6 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราการบริโภคยาสูบ และสร้างภาระทางการเงินในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย
- A7 ยาเส้นเป็นส่วนแบ่งตลาดที่สำคัญและเป็นความท้าทายในการควบคุม
- A8 การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับยาสูบสร้างภาระด้านสาธารณสุขอย่างมากทั้งต่อ ผู้สูบและผู้ไม่สูบ
- A9 หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันบ่งชี้ถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในหมู่เยาวชนไทย
- A10 ข้อจำกัดของระบบเฝ้าระวังยังมีช่องว่างในการติดตามและรวบรวมข้อมูลการบริโภคยาสูบอย่างสม่ำเสมอ

### B ภาระทางเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบ

- B1 การบริโภคยาสูบสร้างภาระทางเศรษฐกิจที่ใหญ่หลวงแก่ประเทศไทย คิดเป็นมูลค่าหลายแสนล้านบาทต่อปี และเป็นการสูญเสียทรัพยากรอย่างมีนัยสำคัญ
- B2 ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยต้องแบกรับภาระต้นทุนโดยตรงในการรักษาโรคที่เกิดจากยาสูบและควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่
- B3 ผลกระทบทางเศรษฐกิจของยาสูบต่อภาคแรงงานและผลิตภาพ
- B4 การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วย เกิด ผลกระทบอย่างหนักทั้งในแง่ของการสูญเสียชีวิตและปีสุขภาวะ
- B5 การสัมผัสควันบุหรี่มือสองสร้างภาระทางเศรษฐกิจและสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัว
- B6 ค่าใช้จ่ายในผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นภาระทางการเงินในครัวเรือนไทย ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ยากจน สร้างความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจ
- B7 ความแพร่หลายของบุหรี่ไฟฟ้ากำลังสร้างต้นทุนด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจ เพิ่มขึ้นกับภาระทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับยาสูบในภาพรวม

B8 นอกเหนือจากต้นทุนด้านสุขภาพและเศรษฐกิจโดยตรง บุหรี่แบบดั้งเดิมและบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมผ่านการปล่อยมลพิษ ขยะพลาสติก และวัสดุอันตราย

B9 ผลที่ตามมาทางเศรษฐกิจและสุขภาพจากการใช้ยาสูบมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาคที่เห็นได้ชัดขึ้นอยู่กับความชุกของการสูบบุหรี่ ซึ่งให้เห็นภาระที่สูงกว่าในพื้นที่บางแห่ง

### C มิติทางสังคมของการบริโภคยาสูบ

C1 การถกเถียงเรื่องสถานะทางกฎหมายของบุหรี่ไฟฟ้ามีความขัดแย้งสูง ผลักดันวาทกรรมทางสังคม

C2 “เยาวชน” เป็นเป้าหมายบุหรี่ไฟฟ้า ผ่านรูปลักษณ์รสชาติ ความสวยงาม และอินฟลูเอนเซอร์ ก่อให้เกิดความกังวลต่อการเสพติด

C3 การบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้าขับเคลื่อนด้วยแรงกดดันทางสังคมเพื่อ “ปกป้องเด็ก”

C4 สื่อดิจิทัลสร้างวัฒนธรรมความปกติของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและละเมิดกฎหมายการห้ามโฆษณา

C5 บทบาททางเพศยังคงยับยั้งการสูบบุหรี่ในผู้หญิง แต่มีสัญญาณของความเสื่อมถอยทางโลกออนไลน์

C6 ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมกำหนดว่าใครสูบบุหรี่และใครเลิกสูบ

C7 การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบยังคงเป็นกระแสทางสังคมที่ดำเนินอยู่ตลอดเวลา

C8 นโยบายควบคุมยาสูบมีผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจต่อเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ

C9 ตลาดบุหรี่เถื่อนขยายตัวอย่างมากและต่อเนื่อง กระทบต่อเป้าหมายด้านสาธารณสุขและเสถียรภาพทางการคลัง

### D นโยบายการควบคุมยาสูบ การดำเนินงาน และการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย

D1 บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อนยังคงผิดกฎหมาย แต่เริ่มเกิดข้อถกเถียงเรื่องการปฏิรูปกฎหมาย

D2 อัตราเก็บภาษีที่ยังไม่เพียงพอและการฝังรากลึกทางวัฒนธรรมของยาเส้น เป็นความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่สำคัญ

D3 ระบบภาษียาสูบสองอัตราที่มีข้อบกพร่อง ทำให้ความพยายามลดการสูบบุหรี่หยุดชะงัก และลดรายรับของภาครัฐ

D4 ช่องว่างการสนับสนุนการเลิกสูบและโครงสร้างภาษีที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้การดำเนินงานตามมาตรการ MPOWER อ่อนแอลง

D5 การนำกฎหมายลงสู่การปฏิบัติในโครงสร้างระดับจังหวัดยังอ่อนแอ

D6 การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบคุกคามต่อการดำเนินการและประสิทธิผลของนโยบายสาธารณสุข

D7 กลไกการประสานงานระหว่างกระทรวงเพื่อดำเนินงานยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติยังไม่เกิดรูปธรรม

D8 สมาคมวิชาชีพยังมีบทบาทจำกัดในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่และกิจกรรมการบังคับใช้กฎหมาย

D9 การควบคุมยาสูบของประเทศไทยพึ่งพางบประมาณหลักจาก สสส.

## E ปัจจัยทางการค้ากำหนดสุขภาพ และการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ

- E1 การที่รัฐถือครองกิจการยาสูบสร้างความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่ลดทอนความสามารถในการควบคุมยาสูบ
- E2 อุตสาหกรรมยาสูบใช้การกำหนดราคาที่ซับซ้อนและกลยุทธ์ทางภาษี เพื่อให้ราคาเข้าถึงได้
- E3 การตลาดดิจิทัลและกลยุทธ์แอมแปงหลีกเลี่ยงการห้ามโฆษณา มุ่งเป้าที่เยาวชน
- E4 อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงทางการเมืองและการล็อบบี้อย่างเข้มข้นเพื่อทำให้นโยบายอ่อนแอลง
- E5 การส่งเสริมผลิตภัณฑ์นิโคตินรุ่นใหม่อาจนำไปสู่การแพร่ระบาดของนักสูบกลุ่มใหม่
- E6 กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมมีหน้าที่เป็นเครื่องมือการตลาดและสร้างอิทธิพลแฝง
- E7 การฟ้องร้องและข้อพิพาททางการค้าถูกใช้เป็นกลยุทธ์เพื่อชะลอหรือทำให้นโยบายควบคุมยาสูบอ่อนแอลง
- E8 อุตสาหกรรมยาสูบมีอิทธิพลต่อแวดวงวิชาการเพื่อสร้างความสับสนและส่งเสริมข้อมูลที่เป็นประโยชน์กระตุ้นการบริโภค
- E9 การใช้ข้ออ้างซ้ำ ๆ เรื่องบุหรี่ยี่ห้ออื่นเพื่อคัดค้านการขึ้นภาษี
- E10 แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายควบคุมยาสูบที่เข้มแข็ง แต่ยังมีช่องว่างในการบังคับใช้จากการแทรกแซงจากภาคอุตสาหกรรม

## F ข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศและบริบทโลก

- F1 มาตรการควบคุมยาสูบตามกรอบ WHO FCTC เผชิญกับความตึงเครียดอย่างต่อเนื่องกับ พันธสัญญาทางการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งส่งผลต่อนโยบายด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่
- F2 แม้จะมีข้อจำกัดจากข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการใช้พื้นที่นโยบายตามกรอบยกเว้นของประโยชน์ด้านสาธารณสุข เพื่อบุกเบิกมาตรการควบคุมยาสูบ เช่น ซองบุหรี่ยี่ห้อเรียบ
- F3 การเพิ่มขึ้นและการตลาดเชิงรุกของผลิตภัณฑ์ยาสูบและนิโคตินรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไฟฟ้าและHTPs กลายเป็นสมรภูมิรบใหม่ระหว่างการปกป้องมาตรการทางสาธารณสุขกับการเปิดเสรีทางการค้า กฎหมายห้ามของประเทศไทยกำลังเผชิญกับการล็อบบี้ของนักจากอุตสาหกรรมและความท้าทายทางการค้าที่อาจเข้าข่ายการจำกัดการค้า
- F4 ข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศเปลี่ยนภูมิทัศน์ตลาดบุหรี่ของประเทศไทย ผ่านการเปิดเสรีภาษีศุลกากร ซึ่งเพิ่มการแข่งขันจากต่างประเทศ จึงต้องปรับกลยุทธ์การควบคุมยาสูบภายในประเทศ มุ่งเน้นการเก็บภาษีที่ไม่เลือกปฏิบัติและดำเนินมาตรการที่นอกเหนือจากภาษีอย่างเข้มงวด
- F5 การพิจารณาระงับข้อพิพาทระหว่างนักลงทุนกับรัฐจากสนธิสัญญาการลงทุนทวิภาคีหลายฉบับของประเทศไทยก่อให้เกิดภัยคุกคามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่การฟ้องร้องคดี หรือส่งผลให้เกิดการชะลอกฎหมาย “Regulatory chill” ยับยั้งการกำหนดนโยบายอย่างเข้มแข็ง
- F6 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายทวีความรุนแรงขึ้นจากความแตกต่างทางราคาระดับภูมิภาคอันเป็นผลจากภาษียาสูบที่สูงของประเทศไทยและการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ สร้างความท้าทายต่อเป้าหมายทางสาธารณสุขและรายได้ภาษี
- F7 ปัจจัยสำคัญของการคงความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ท่ามกลางพันธสัญญาการค้าระหว่างประเทศ เกิดจากการทำงานร่วมกันเชิงกลยุทธ์ระหว่างกระทรวง การบูรณาการมาตรการปกป้องสาธารณสุขเชิงรุกในการเจรจาการค้า และการยึดแนวทางตาม WHO FCTC

## ส่วนที่ 3 ข้อค้นพบสถานการณ์การบริโภคยาสูบ

### A แนวโน้มทางระบาดวิทยาของการบริโภคยาสูบ

รายงานส่วนนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ใช้วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเริ่มจากรวบรวมแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือทั้งในและต่างประเทศ เช่น การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พฤติกรรมสุขภาพอนามัยและสวัสดิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจยาสูบในเยาวชนโลก (Global Youth Tobacco Survey) การสำรวจยาสูบในผู้ใหญ่โลก (Global Adult Tobacco Survey) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข รายงานขององค์การอนามัยโลก วารสารวิชาการ และรายงานจากองค์กรควบคุมยาสูบ จากนั้น สกัดข้อมูล สถิติ และข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องของเน้นข้อมูลในช่วงปี 2547 ถึง 2567 เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและสะท้อนสถานการณ์ปัจจุบัน มีการตรวจสอบความสมบูรณ์และสอดคล้องกันจากรายงานต่าง ๆ ก่อนนำมาเรียบเรียงและสังเคราะห์เพื่อนำเสนอภาพรวมตามตัวชี้วัดการบริโภคยาสูบมาตรฐาน เช่น ความชุกของการสูบบุหรี่ (ภาพรวม และจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ ภูมิภาค สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม) ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (โดยเฉพาะในเยาวชน) อัตราการบริโภคยาสูบอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากยาสูบ สรุปข้อมูลทั้งหมดด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงร้อยละ แนวโน้มตามช่วงเวลา และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากร ผลการวิจัยเชิงปริมาณจัดบริบทโดยอ้างอิงข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารต้นฉบับเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคม บริบทเชิงนโยบาย (เช่น การบังคับใช้กฎหมายห้ามบุหรี่ไฟฟ้าและความท้าทายด้านภาษียาสูบ) อิทธิพลทางเศรษฐกิจและสังคม และข้อจำกัดของระบบเฝ้าระวัง เพื่อนำเสนอการตีความแนวโน้มทางระบาดวิทยา

#### A1 ความชุกของการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงช้า ๆ แต่ยังคงถือว่าสูงเมื่อเทียบกับเป้าหมายระดับประเทศ

แม้ว่าความชุกของการสูบบุหรี่โดยรวมในประเทศไทยจะลดลงช้า ๆ อย่างต่อเนื่อง แต่ประชากรผู้ใหญ่จำนวนมากยังคงสูบบุหรี่ ก่อให้เกิดความท้าทายด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และทำให้เป้าหมายอัตราการลดการสูบบุหรี่ระดับประเทศในปี 2568 มีความท้าทาย

ความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปในประเทศไทยลดลงจากร้อยละ 21.2 (10.8 ล้านคน) ในปี 2550 เหลือร้อยละ 16.5 (9.8 ล้านคน) ในปี 2567 ซึ่งเป็นแนวโน้มต่อเนื่องระยะยาว โดยอัตราการลดลงจากร้อยละ 23 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี 2560 และลดลงอีกเป็นร้อยละ 17.4 ภายในปี 2564<sup>23</sup> แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าที่ดีที่สม่ำเสมอ แต่อัตราปัจจุบันนี้บ่งชี้ว่าประเทศไทยอาจเผชิญความท้าทายในการบรรลุเป้าหมายระดับประเทศที่ต้องการลดความชุกของการสูบบุหรี่ให้เหลือร้อยละ 15.0 ภายในปี 2568

#### A2 ผู้ชายยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้หญิงมากกว่า 20 เท่า

เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่จำแนกตามเพศพบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญในทุกปี จากข้อมูลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่

ในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงอย่างมาก ในปี พ.ศ. 2564 ผู้ชายร้อยละ 34.7 เทียบกับผู้หญิงเพียงร้อยละ 1.3 สำหรับ ในปี 2567 แสดงให้เห็นว่า จากจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด 9.8 ล้านคน เป็นผู้ชาย 9.5 ล้านคน เป็นผู้หญิงเพียง 0.3 ล้านคน ความห่างของตัวเลขเกิดขึ้นลักษณะเดียวกันในทุกกรอบสำรวจ โดยอัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงกว่าอัตราในเพศหญิงมากกว่า 20 เท่า<sup>24,25</sup>

แม้ว่าบรรทัดฐานทางสังคมที่เข้มแข็งจะมีส่วนทำให้อัตราการสูบบุหรี่ในผู้หญิง ต่ำกว่ามากเมื่อเทียบกับเพศชาย แต่หมายความว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่โดยตรงในกลุ่มเพศชายสูงมาก ในขณะที่ผู้หญิงและเด็กต้องได้รับผลกระทบไปด้วยจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

#### A3 กลุ่มวัยทำงานยังคงมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงสุดต่อเนื่องมากกว่า 2 ทศวรรษ ควบคู่ไปกับแนวโน้มการเริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่น่ากังวล

ความชุกของการสูบบุหรี่ในประเทศไทยสูงสุดในกลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงานตอนต้นถึงวัยกลางคน การเริ่มต้นสูบบุหรี่ในวัยรุ่นยังเป็นประเด็นน่ากังวลต่อการเสถียรระยะยาวและผลกระทบทางสุขภาพ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปี 2564 ระบุว่า อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 25-44 ปี (ร้อยละ 21.0) ตามมาด้วยกลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.7) และกลุ่มอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 18.5) ข้อมูลในปี 2567 แสดงรูปแบบที่คล้ายกัน โดยกลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดที่ร้อยละ 20.1 ตามมาด้วยกลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.7) และกลุ่มอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 16.2) แม้ว่าการสูบบุหรี่จะพบได้น้อยในกลุ่มวัยรุ่น (ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 6.2 และร้อยละ 5.3 ในปี 2564 และ 2567 ตามลำดับ) แต่อายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูบบุหรี่ประจำอยู่ที่ประมาณ 18.1 ถึง 18.4 ปี โดยบางรายเริ่มก่อนอายุ 10 ปี<sup>24,25</sup>

#### A4 การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว แม้จะมีข้อห้ามระดับชาติและความพยายามในการบังคับใช้กฎหมาย

การเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นในหมู่เยาวชนไทย แม้จะมีการห้ามทั่วประเทศ ถือเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขครั้งใหม่และเร่งด่วน ซึ่งอาจทำให้ความก้าวหน้าในการควบคุมยาสูบในเยาวชนย้อนกลับ การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในหมู่นักเรียนอายุ 13-15 ปีเพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจ จากร้อยละ 3.3 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 17.6 ในปี 2565 ตามข้อมูลจากการสำรวจยาสูบในเยาวชนโลก (GYTS) ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในปี 2565 (ร้อยละ 17.6) นี้สูงกว่าบุหรี่มวน (ร้อยละ 8.1) ในกลุ่มอายุเดียวกันอย่างมาก<sup>26,27</sup> การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2567 ยังพบว่า ประชากรร้อยละ 1.5 ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปใช้บุหรี่ไฟฟ้า<sup>25</sup> การเพิ่มขึ้นนี้เกิดขึ้นแม้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าจะผิดกฎหมายในการขายหรือนำเข้าในประเทศไทยอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี 2557<sup>28</sup> ซึ่งบ่งชี้ถึงตลาดมืดที่เฟื่องฟูและความท้าทายในการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีนัยสำคัญ

## A5 ความชุกของการสูบบุหรี่ที่มีความแตกต่างทางภูมิภาค

ความชุกการสูบบุหรี่ตามภูมิภาคมีความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยภาคใต้มีอัตราสูงสุดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ การควบคุมที่มุ่งเป้าทางภูมิศาสตร์ การสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติปี 2567 รายงานว่า ภาคใต้มีความชุกของการสูบบุหรี่สูงสุด ที่ร้อยละ 22.2 เช่นเดียวกับจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ร้อยละ 22.0 บางจังหวัด เช่น กระบี่ (ร้อยละ 27.1) นครศรีธรรมราช (ร้อยละ 25.6) และระนอง (ร้อยละ 25.5) เป็นกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในประเทศ ขณะที่ในภูมิภาคอื่น เช่น ภาคกลาง (ร้อยละ 14.2 ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) มีความชุกที่ต่ำกว่า<sup>11</sup> ลักษณะตาม ภูมิภาคค่อนข้างใกล้เคียงกันในทุกกรอบสำรวจมาเป็นเวลายาวนาน อาจเกิดจากอิทธิพลทางวัฒนธรรม สภาพเศรษฐกิจและสังคม และความชุกยาเส้นในบางพื้นที่แต่ดั้งเดิม

## A6 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับอัตราการบริโภคยาสูบ และสร้างภาระทางการเงินในกลุ่มผู้มี รายได้น้อย

ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลอย่างมากต่อการ บริโภคยาสูบในประเทศไทย อัตราการสูบบุหรี่สูงพบในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีการศึกษาน้อย ซึ่งแบกรับภาระที่เพิ่มขึ้นจากค่าใช้จ่ายที่ เกี่ยวข้องกับยาสูบ ข้อมูลการสำรวจเห็นแนวโน้มอย่างสม่ำเสมอว่า กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและการศึกษาน้อยกว่ามีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่า เช่น ในปี 2564 ผู้ชายในกลุ่มรายได้ต่ำสุดมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญมากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มรายได้สูงสุด และผู้ชายที่มี การศึกษาน้อยและปานกลางมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าผู้ชาย ที่มีการศึกษาสูง คร่าวเรือนที่ยากจนมีสัดส่วนรายจ่ายที่สูงกว่ามาก (ร้อยละ 13.6) ไปกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ เมื่อเปรียบเทียบกับครัวเรือน ที่มีรายได้สูง ข้อมูลรอบสำรวจล่าสุดปี 2567 พบว่า เกือบครึ่งหนึ่ง ของผู้สูบบุหรี่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า<sup>24,25</sup>

## A7 ยาเส้นเป็นส่วนแบ่งตลาดที่สำคัญและเป็นความท้าทายในการ ควบคุม

ยาเส้นยังคงเป็นส่วนแบ่งสำคัญของการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะ ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในชนบทและผู้มีรายได้น้อย ก่อให้เกิดความท้าทายทาง นโยบายภาษีและกำหนดนโยบายสุขภาพ ประเทศไทยมีความ ชุกของการใช้ยาเส้นสูง การสำรวจ Global Adult Tobacco Survey ปี 2552<sup>29</sup> มีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 14.1 โดยผู้สูบบุหรี่ในชนบทสูงกว่า เขตเมือง (ร้อยละ 17.5 เทียบกับร้อยละ 6.4) การสำรวจของสำนักงาน สถิติแห่งชาติล่าสุดปี 2567 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 8.8 ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่<sup>25</sup> การใช้ยาเส้นพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยในเขตชนบท และกลุ่มที่มีรายได้น้อย เนื่องจากมีราคาถูก ซึ่งเป็นความท้าทายในการกำหนดโครงสร้างภาษีและ การขึ้นภาษี บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน

## A8 การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับยาสูบสร้างภาระ ด้านสาธารณสุขอย่างมากทั้งต่อผู้สูบบุหรี่ และ ผู้ไม่สูบบุหรี่

การบริโภคยาสูบก่อให้เกิดภาระทางสุขภาพอย่างมากต่อ ประเทศไทย ทั้งที่สามารถป้องกันได้ มีผู้เสียชีวิตหลายหมื่นคนต่อปี

และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยมากมาย ประมาณการเสียชีวิตต่อปี ระหว่าง 66,000 รายถึงมากกว่า 80,000 ราย<sup>30,31</sup> ควันบุหรี่มือสองก็ เป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อผู้ไม่สูบบุหรี่โดยเฉพาะผู้หญิงและเด็ก ก่อให้เกิด การเสียชีวิตมากกว่า 20,000 คนต่อปีในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่<sup>32</sup> การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุหลักของโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 69.9 ของการเสียชีวิตจากมะเร็งปอดเกิดจากยาสูบ) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 38.8) โรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 16.0) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 11.5) การสัมผัสควันบุหรี่มือสองพบได้ทั่วไป ร้อยละ 26.0 ของนักเรียนอายุ 13-15 ปี ได้รับควันบุหรี่มือสอง ที่บ้าน<sup>33</sup> เช่นเดียวกับผู้หญิงและเด็กเล็กจำนวนมากก็ได้รับควันบุหรี่ มือสองภายในบ้าน นำไปสู่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งเต้านม และโรคระบบทางเดินหายใจ

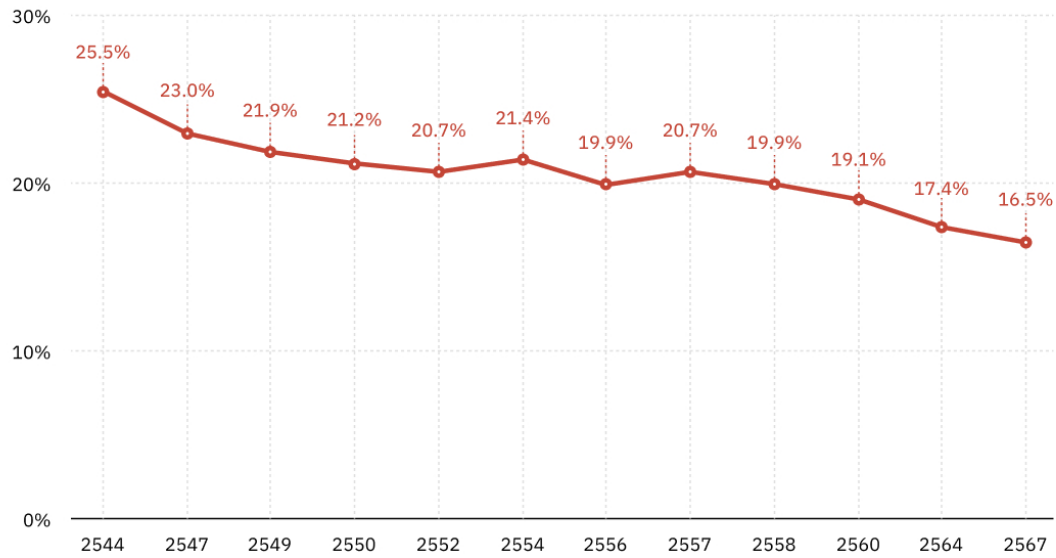
## A9 หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันบ่งชี้ถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในหมู่เยาวชนไทย

หลักฐานจากการศึกษาวิชาการที่เกิดขึ้นในระยะหลังจากทั้ง ประเทศไทยและทั่วโลกบ่งชี้ถึงความเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญที่ เกี่ยวข้องกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพจิตของเยาวชน ตอกย้ำเหตุผลในการกำหนดกฎระเบียบที่ เข้มงวด โอรเซอของบุหรี่ไฟฟ้ามีสารนิโคตินและสารเคมีพิษจำนวนมาก ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือด หัวใจ การศึกษาในประเทศไทยได้เชื่อมโยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่ม เยาวชนกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ใช้บุหรี่ ไฟฟ้าอย่างเดียวในกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มของอาการซึมเศร้า เพิ่มขึ้น 1.80 เท่า และมีแนวโน้มระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 1.70 เท่า<sup>34</sup> ในปี 2567 กระทรวงสาธารณสุขยังรายงานกรณีปอดอักเสบ เฉียบพลันรุนแรงมากกว่า 100 รายในกลุ่มเยาวชนไทยที่เชื่อมโยง กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า<sup>35</sup> ข้อค้นพบเน้นย้ำถึงอันตรายต่อสุขภาพในทันที และหักล้างวาทกรรมว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นทางเลือกที่ปลอดภัย โดยเฉพาะสำหรับวัยรุ่นที่ยังอยู่ในช่วงที่สมองมีการพัฒนา

## A10 ข้อจำกัดของระบบเฝ้าระวังยังมีช่องว่างในการติดตามและ รวบรวมข้อมูลการบริโภคยาสูบอย่างสม่ำเสมอ

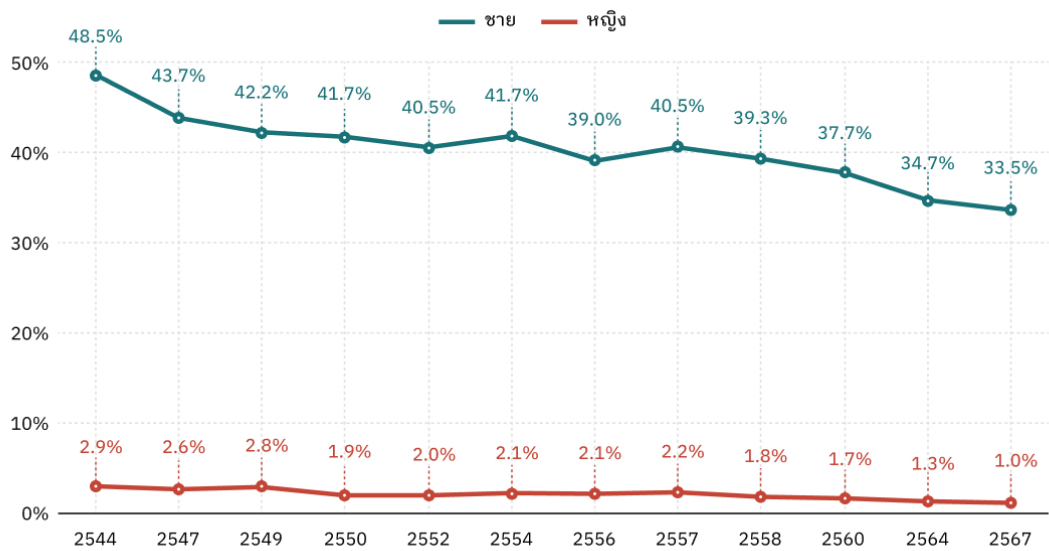
ระบบเฝ้าระวังที่ยังไม่พอเพียงต่อการติดตามสถิติการสูบบุหรี่ทำให้ ไม่สามารถกำหนดมาตรการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพและระบุ ปัญหาเร่งด่วนได้อย่างทันที่ที่มีความยากลำบากในการสำรวจ อย่างต่อเนื่อง มีข้อจำกัดต่างๆในการกำหนดรอบการสำรวจให้ เกิดขึ้นสม่ำเสมอ เช่น การขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณที่ การขาด ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ข้อจำกัดของ พื้นที่ข้อมูลในแต่ละรอบที่ไม่เท่ากัน เห็นได้จากรอบการสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติที่ไม่สม่ำเสมอในปี 2560 2564 และ 2567 เป็นท้าทายต่อการประเมินประสิทธิภาพของการควบคุมยาสูบและ ความสามารถตอบสนองต่อประเด็นท้าทายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ นอกจากนี้ การสำรวจข้อมูลเฉพาะของ Global Adult Tobacco Survey (ล่าสุดปี 2554)<sup>29</sup> และ Global Youth Tobacco Survey (ล่าสุดปี 2565)<sup>27</sup> และไม่มีแผน การสำรวจที่ชัดเจน

แผนภาพที่ 2.1 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A1)



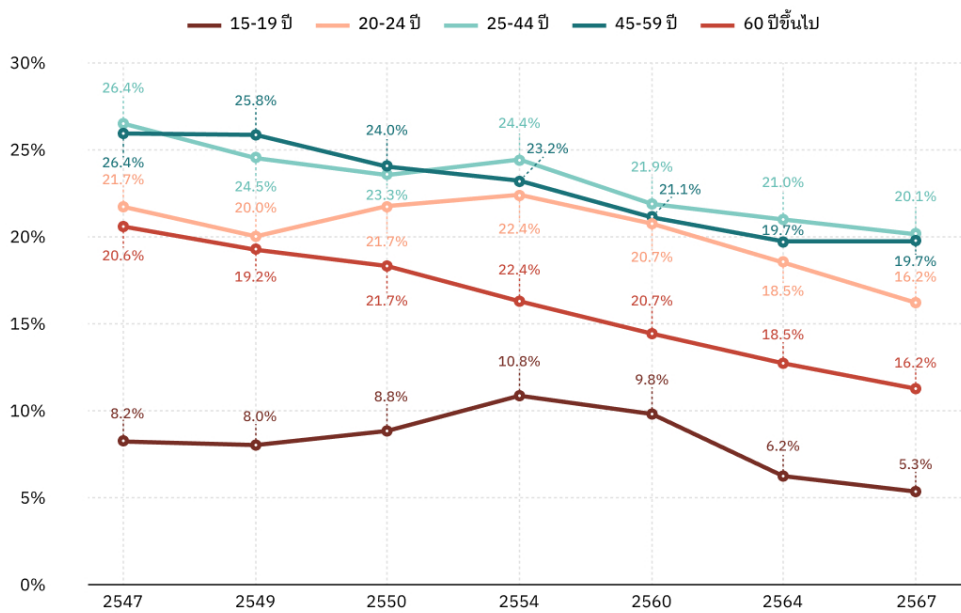
ที่มา: สำรวจพฤติกรรมกาสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544 2547 2550 2554 2557 และ 2560, สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558, สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และ สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 2.2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ



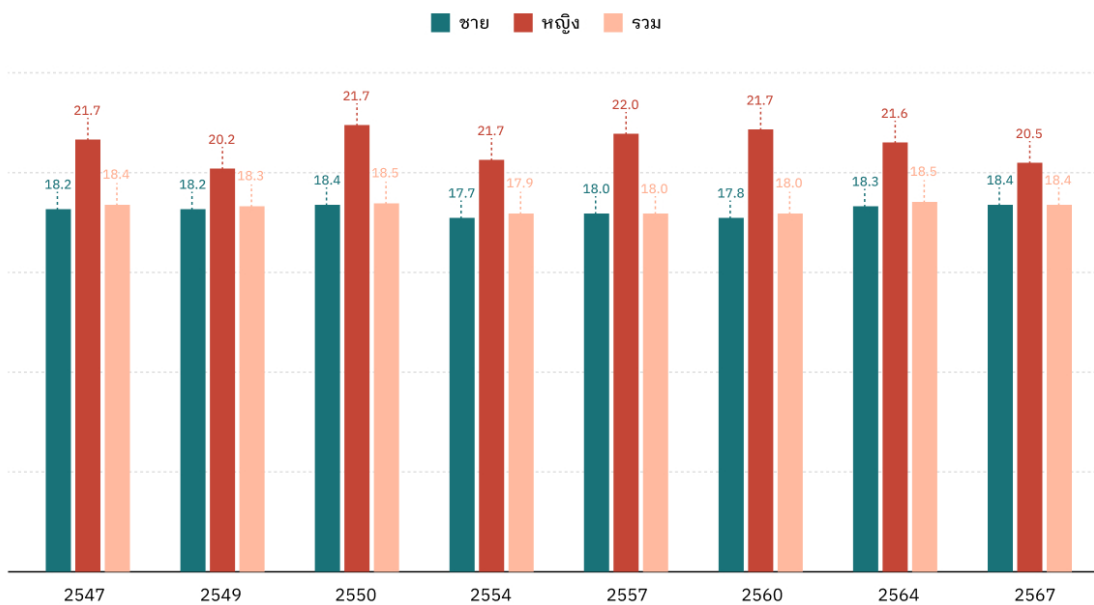
ที่มา: สำรวจพฤติกรรมกาสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544 2547 2550 2554 2557 และ 2560, สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558, สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และ สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 2.3 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A3(1))



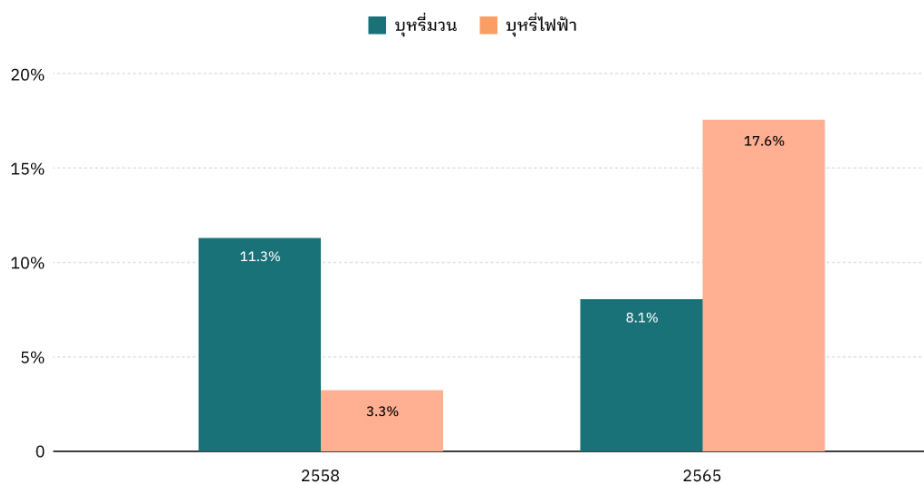
ที่มา: สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 และ 2560, สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549, สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และ สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 2.4 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก (ปี) จำแนกตามเพศ (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A3(2))



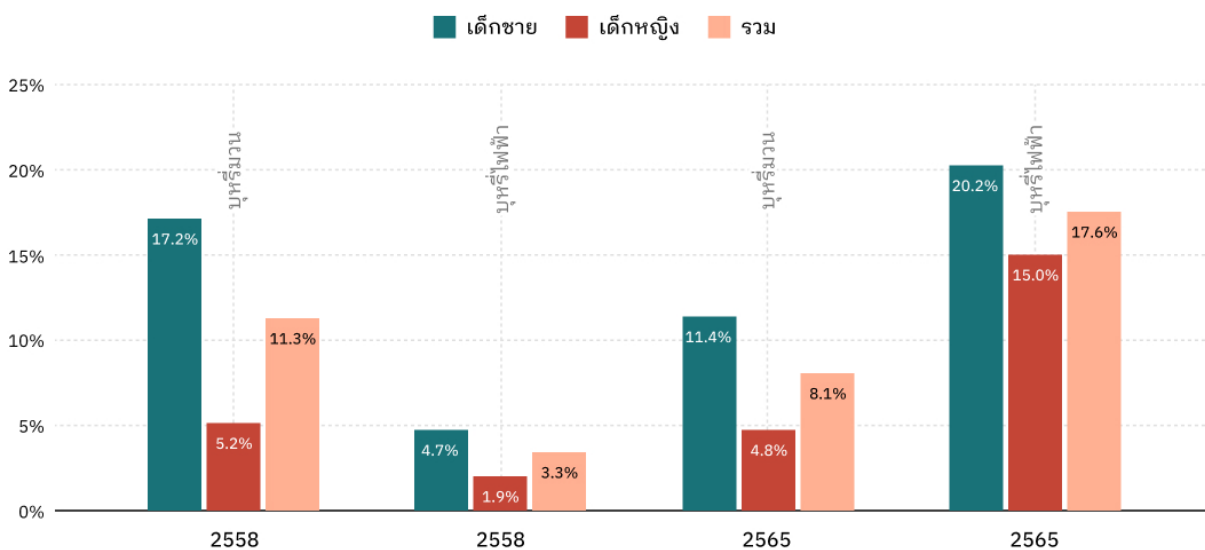
ที่มา: สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 2557 และ 2560, สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549, สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และ สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 2.5 อัตราการสูบบุหรี่มวนเทียบกับบุหรี่ไฟฟ้า จากการสำรวจกลุ่มนักเรียนอายุระหว่าง 13-15 ปี ระหว่างปี 2558 และ 2565 (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A4(1))



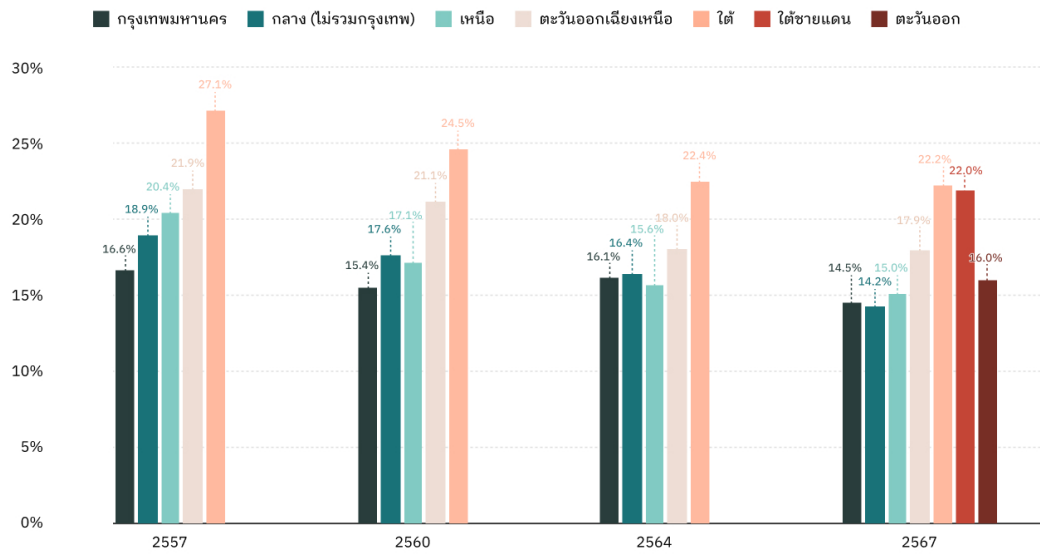
ที่มา: Global Youth Tobacco Survey, Thailand 2015 and 2022

แผนภาพที่ 2.6 อัตราการสูบบุหรี่มวนเทียบกับบุหรี่ไฟฟ้า จากการสำรวจกลุ่มนักเรียนอายุระหว่าง 13-15 ปี ระหว่างปี 2558 และ 2565 จำแนกตามเพศ (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A4)



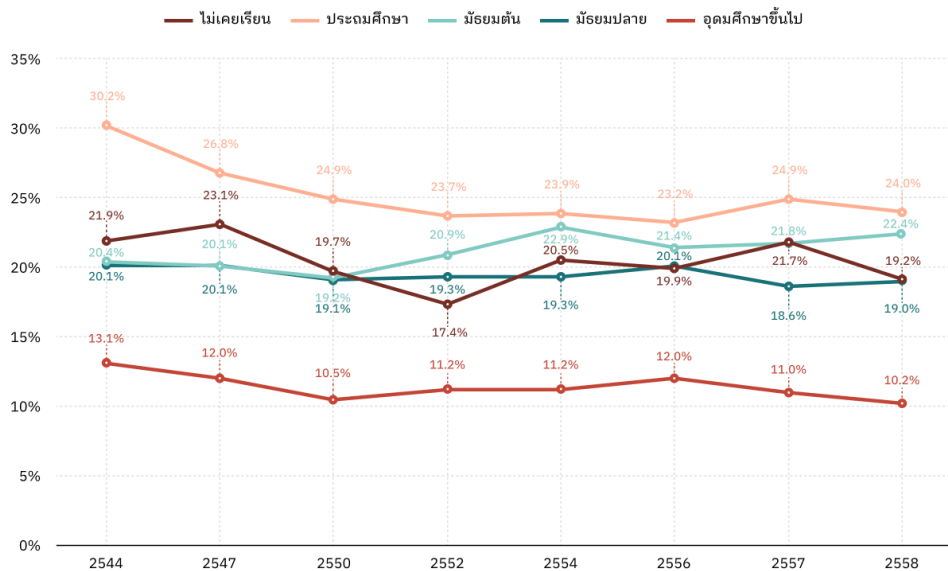
ที่มา: Global Youth Tobacco Survey, Thailand 2015 and 2022

แผนภาพที่ 2.7 อัตราการสูบบุหรี่หรือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภูมิภาค (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A5)



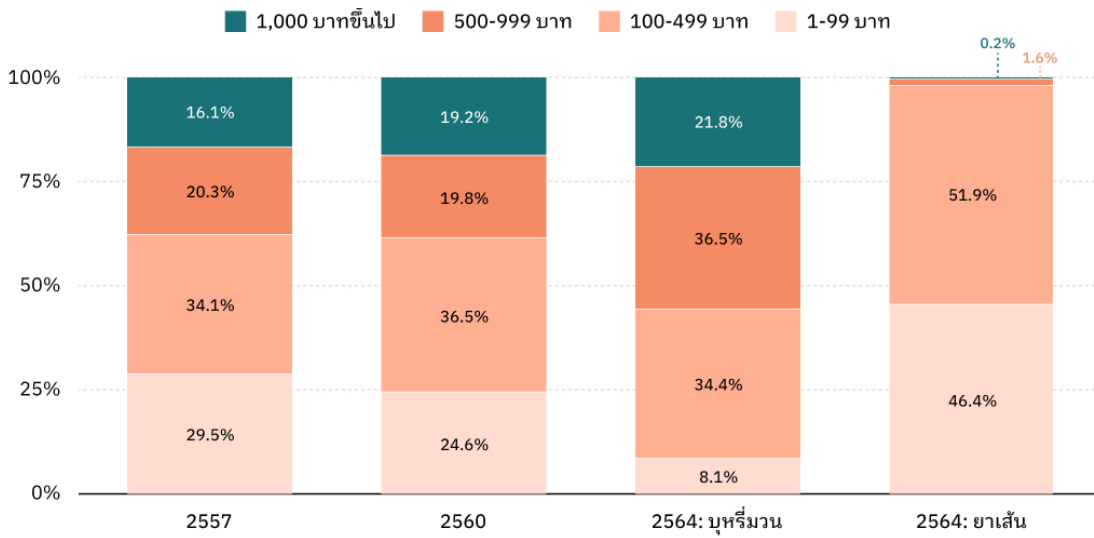
ที่มา: สํารวจพฤติกรรมกาสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 และ 2560, สํารวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และ สํารวจสถานการณ์กาสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 2.8 อัตราการสูบบุหรี่หรือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามระดับการศึกษาระหว่างปี 2544-2558 (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A6)



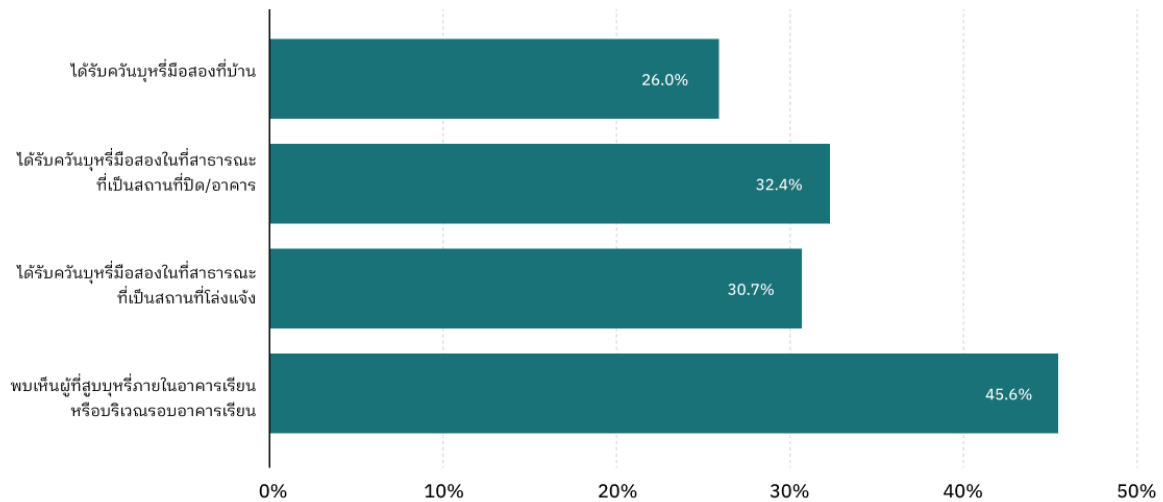
ที่มา: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ “สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559”

แผนภาพที่ 2.9 อัดส่วนค่าใช้จ่ายในการซื้อยาสูบต่อเดือนของผู้ที่สูบบุหรี่ (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A7)



ที่มา: สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 และ 2560 และสำรวจพฤติกรรมการด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564

แผนภาพที่ 2.10 การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในกลุ่มนักเรียนอายุระหว่าง 13-15 ปี



ที่มา: Global Youth Tobacco Survey, Thailand 2022

## B ภาระทางเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบ

การศึกษาภาระทางเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบในประเทศไทยมาจากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ข้อมูล แหล่งข้อมูลหลักมาจากการสำมะโนพื้นที่ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ รายงานวิชาการ ข้อมูลจากการสำรวจและรายงานของหน่วยงานราชการ (เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ และหน่วยงานวิจัยในสังกัดกระทรวงต่าง ๆ) รวมถึงสถิติจากองค์การระหว่างประเทศและรายงานตีพิมพ์เฉพาะเรื่อง เช่น Tobacco Atlas และรายงานที่อ้างอิงข้อมูลขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ ยังรวบรวมข้อมูลเฉพาะต่าง ๆ ได้แก่ การประมาณค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของแต่ละรอบสำรวจ (เช่น ปี 2549 2552 2560 2564 และ 2567) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ตัวเลขการสูญเสียผลิตภาพ สถิติอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างภูมิภาคหรือผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า การสังเคราะห์ข้อมูลพิจารณาจากประเด็นที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพเอกสารหลายฉบับ เพื่อนำเสนอภาพรวมภาระทางเศรษฐกิจอย่างครอบคลุม

รายงานการศึกษานี้มีได้เก็บข้อมูลปฐมภูมิหรือการสร้างแบบจำลองทางสถิติเอง ผลการศึกษาเป็นการสะท้อนและรวบรวมข้อมูลโดยตรงจากเอกสารที่มีอยู่ ข้อค้นพบด้านภาระทางเศรษฐกิจจากยาสูบและการแทรกแซงของอุตสาหกรรมในประเทศไทย ดังข้อมูลการนำเสนอต่อไปนี้

### B1 การบริโภคยาสูบสร้างภาระทางเศรษฐกิจที่ใหญ่หลวงแก่ประเทศไทย คิดเป็นมูลค่าหลายแสนล้านบาทต่อปี และเป็นภาระสูญเสียทรัพยากรอย่างมีนัยสำคัญ

ในปี 2560 ต้นทุนทางเศรษฐกิจรวมจากการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในที่อยู่อาศัยคิดเป็นความสูญเสียประมาณ 101,000 ล้านบาท (3.0 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ) หรือเท่ากับร้อยละ 0.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) และคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 17.4 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปีนั้น<sup>36</sup> คล้ายผลการศึกษาก่อนหน้าในปี 2552 พบว่า ต้นทุนทางเศรษฐกิจทั้งหมดจากการสูบบุหรี่อยู่ที่ 74,884 ล้านบาท (ประมาณ 2.2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ) คิดเป็นร้อยละ 0.8 ของ GDP และร้อยละ 18.2 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด<sup>37</sup>

นอกจากนี้ รายงานต้นทุนทางสังคมจากการสูบบุหรี่ในปี 2560 อยู่ที่ประมาณ 87,250 ล้านบาท และการสูญเสียทางเศรษฐกิจประจำปีทั้งหมดจากการสูบบุหรี่ในปีเดียวกันอยู่ที่ 220,461 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่ารายได้จากภาษียาสูบถึง 3.2 เท่า<sup>38</sup> ขณะที่ Tobacco Atlas รายงานว่า ต้นทุนทางเศรษฐกิจประจำปีจากการสูบบุหรี่ในประเทศไทยคิดเป็นมูลค่าถึง 216,400 ล้านบาท<sup>39</sup>

### B2 ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยต้องแบกรับภาระต้นทุนโดยตรงในการรักษาโรคที่เกิดจากยาสูบและควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยตรงจากการสูบบุหรี่ในปี 2560 อยู่ที่อย่างน้อย 9,014 ล้านบาท พร้อมกับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม 802 ล้าน

บาทที่เกิดจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในที่อยู่อาศัย<sup>40</sup> โดยข้อมูลจากการศึกษาปี 2552 ประมาณค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จากการสูบบุหรี่รวม 12,640 พันล้านบาท<sup>41</sup> การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายจากโรคที่เกิดจากยาสูบโดยเฉพาะ ในช่วงปี 2549-2550 มีมูลค่ามหาศาล โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 7,710 พันล้านบาท โรคหัวใจและหลอดเลือด 1,770 พันล้านบาท และมะเร็งปอด 368 ล้านบาท<sup>42</sup>

ระหว่างปี 2550-2557 พบการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่เป็นหลักในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไปรวมกว่า 3.6 ล้านครั้ง คิดเป็นงบประมาณมากกว่า 19,448 ล้านบาทต่อปี เป็นภาระงบประมาณของหน่วยงานบริการสาธารณสุขถึงร้อยละ 16.8 การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1.2 ล้านครั้งต่อปีในทุกโรคที่เกี่ยวข้อง<sup>43,44</sup>

### B3 ผลกระทบทางเศรษฐกิจของยาสูบต่อภาคแรงงานและผลิตภาพ

ในการศึกษาปี 2552 รายงานการสูญเสียผลิตภาพจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่คิดเป็นประมาณ 62,240 ล้านบาท<sup>41</sup> ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของภาระทางเศรษฐกิจทั้งหมดจากการสูบบุหรี่ ภาระสำคัญเกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่ ในปี 2560 เกิดการสูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ 84,057 ล้านบาท การสัมผัสควันบุหรี่มือสองสร้างการสูญเสียเพิ่มเติม 6,148 ล้านบาท<sup>40</sup>

การสูญเสียวันทำงานมีส่วนทำให้เกิดต้นทุนทางอ้อม ต้นทุนทางเศรษฐกิจจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ประมาณ 847 ล้านบาท ในปี 2560 และเพิ่มเติมอีก 58 ล้านบาทจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในที่อยู่อาศัย

ข้อมูลจากปี 2560 ระบุว่า การสูญเสียมูลค่าผลิตภาพจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ประมาณ 1,120 ล้านบาท และจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรประมาณ 77,173 ล้านบาท ซึ่งการสูญเสียส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

### B4 การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วย เกิดผลกระทบอย่างหนักทั้งในแง่ของการสูญเสียชีวิตและปีสุขภาวะ

การใช้จ่ายยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับ 3 ของคนไทย จากข้อมูลสาเหตุการตายปี 2562 มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาสูบถึง 62,343 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในปี<sup>30</sup>

ภาระโรคจากยาสูบส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 17.1 ของสาเหตุการเสียชีวิตกลุ่มเพศชาย ในปี 2562 เมื่อเทียบกับร้อยละ 3.7 ของการเสียชีวิตกลุ่มเพศหญิง ต้นทุนด้านคุณภาพความเป็นอยู่ใช้มาตรวจวัดจากจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs) ในปี 2562 การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ส่งผลแก่ปีสุขภาวะมากถึง 1,434,099 ปีในกลุ่มเพศชาย และ 165,004 ปีในกลุ่มเพศหญิง โดยใช้จ่ายยาสูบคิดเป็นร้อยละ 8.6 ของปีสุขภาวะที่สูญเสียทั้งหมดในปี 2562<sup>45</sup>

## B5 การสัมผัสควันบุหรี่มือสองสร้างภาระทางเศรษฐกิจและสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัว

ในปี 2560 ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยตรงที่เกิดจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในที่อยู่อาศัยคิดเป็นประมาณ 802 ล้านบาท นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยตรงยังมีต้นทุนทางอ้อมจากการเจ็บป่วยที่ทำให้สูญเสียวันทำงานอีก 58 ล้านบาทและการสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 6,148 ล้านบาท<sup>40</sup>

ในภาพรวมประมาณร้อยละ 7.0 ของต้นทุนทางเศรษฐกิจทั้งหมดจากการสูบบุหรี่ ถือเป็นภาระของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีผู้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผู้หญิงต้องรับภาระจากอันตรายควันบุหรี่มือสองประมาณร้อยละ 80.0 ของต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับควันบุหรี่มือสอง เนื่องจากกลุ่มเพศชายเป็นผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ในประเทศมากกว่า 10,000 รายของการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบเกิดจากการสัมผัส ควันบุหรี่มือสองในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่

## B6 ค่าใช้จ่ายในผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นภาระทางการเงินในครัวเรือนไทย ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ยากจน สร้างความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจ

จากการสำรวจข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของครัวเรือนไทยในปี 2566 ซึ่งเห็นว่าครัวเรือนที่มีรายได้น้อยใช้เงินทั้งหมดร้อยละ 21.5 ของรายได้ไปกับการซื้อยาสูบ แทนการใช้เงินดังกล่าวไปใช้จ่ายพื้นฐานอย่างการซื้ออาหารหรือการลงทุนเพื่อการศึกษา โดยพบว่าครัวเรือนที่มีรายได้น้อยจะเสียเงินใช้จ่ายกับการบริโภค<sup>46</sup>

ค่าใช้จ่ายประจำปีของครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับยาสูบมีมูลค่ารวมประมาณ 75,000 ล้านบาท คิดเป็นประมาณ 0.8 เท่าของค่าใช้จ่ายทั้งหมดด้านการศึกษา ตัวเลขนี้แสดงต้นทุนโอกาสในระดับจุลภาค เงินที่ใช้จ่ายกับบุหรี่หนึ่งซองใช้ซื้อข้าวได้ 1.5 กิโลกรัม หรือซื้อไข่ได้ 17 ฟอง<sup>46</sup>

## B7 ความแพร่หลายของบุหรี่ไฟฟ้ากำลังสร้างต้นทุนด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจ เพิ่มขึ้นกับภาระทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับยาสูบในภาพรวม

ประมาณการในปี 2567 แสดงค่าใช้จ่ายสาธารณสุขโดยตรงที่เกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่ 259 ล้านบาท อ้างอิงจากร้อยละ 1.2 ของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ากลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สำรวจในปี 2565 และความเสียหายที่จะเกิดโรค เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหืด<sup>47</sup>

นอกจากนี้ รายงานประเมินต้นทุนการเจ็บป่วย ปี 2562 นำเสนอต้นทุนทางเศรษฐกิจของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (เพิ่มเติมจากผู้สูบบุหรี่ปกติ) ครอบคลุมต้นทุนด้านสาธารณสุขโดยตรง ต้นทุนทางอ้อมจากการขาดงานเพื่อรักษาพยาบาล และการสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพศชาย มีต้นทุนทางเศรษฐกิจ 2,637,414 บาทต่อราย ในกลุ่มเพศหญิง ต้นทุนทางเศรษฐกิจ 103,522 บาทต่อราย<sup>48</sup>

## B8 นอกเหนือจากต้นทุนด้านสุขภาพและเศรษฐกิจโดยตรง บุหรี่แบบดั้งเดิมและบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมผ่านการปล่อยมลพิษ ขยะพลาสติก และวัสดุอันตราย

การผลิตและการขนส่งยาสูบแบบดั้งเดิมเกิดรอยเท้าคาร์บอนเทียบเท่า 1 ใน 5 ของการปล่อยคาร์บอนจากอุตสาหกรรมการบินทั้งหมด การสูบบุหรี่ทั่วโลกสร้างก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ประมาณ 2.6 ล้านตัน และก๊าซมีเทนประมาณ 5.2 ล้านตันต่อปี<sup>49</sup> ก้นบุหรี่ซึ่งผลิตจากพลาสติก Cellulos acetate ต้องใช้เวลาถึง 10-15 ปีในการย่อยสลาย เป็นแหล่งมลพิษหลักของชายหาด การสูบบุหรี่เพียง 3 มวนผลิตมลพิษฝุ่นละออง PM2.5 สูงกว่าการปล่อยจากเครื่องยนต์ดีเซลที่ติดเครื่องเป็นเวลา 30 นาทีถึง 10 เท่า และมีการประมาณการว่าก้นบุหรี่เกือบสองล้านชิ้นทิ้งบนชายหาดชื่อดัง 11 แห่งของประเทศไทยในปี 2560<sup>50</sup> ขยะบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะจากอุปกรณ์ใช้แล้วทิ้งและแบตเตอรี่ลิเทียมไอออน ก่อให้เกิดอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญจากการปนเปื้อนจากพลาสติก สารตกค้างนิโคติน และโลหะหนัก<sup>51</sup>

## B9 ผลที่ตามมาทางเศรษฐกิจและสุขภาพจากการใช้ยาสูบมีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคที่เห็นได้ชัดขึ้นอยู่กับความชุกของการสูบบุหรี่ ซึ่งให้ภาระที่สูงกว่าในพื้นที่บางแห่ง

การตรวจสอบสถิติระดับประเทศในปี 2564 - 2567 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดอยู่ในภาคใต้ ร้อยละ 22.4 รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 17.9 ตัวเลขนี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ประมาณร้อยละ 16.5-17.4 ในทางตรงกันข้าม ภูมิภาคอื่น ๆ เช่น ภาคกลาง (รวมทั้งกรุงเทพมหานคร) และภาคเหนือ พบความชุกการสูบบุหรี่ที่ต่ำกว่าเล็กน้อย ต่ำกว่าร้อยละ 16<sup>24,25</sup> ซึ่งให้เห็นว่าจังหวัดในภาคใต้น่าจะเผชิญกับภาระด้านสุขภาพและเศรษฐกิจจากยาสูบที่สูงกว่า รวมถึงจำนวนผู้ป่วยและการสูญเสียผลิตภาพต่อหัว เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำกว่า

## C มิติทางสังคมของการบริโภคยาสูบ

ข้อค้นพบเกี่ยวกับมิติทางสังคมของการบริโภคและการควบคุมยาสูบรวบรวมจากการค้นหาข่าวสารที่ครอบคลุมหัวข้อที่เกี่ยวข้องดังกล่าวในประเทศไทยในช่วง 5 ปี (ตั้งแต่ปี 2563-2568) ใช้คำสำคัญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับยาสูบ เช่น “บุหรี่” “บุหรี่ไฟฟ้า” “บุหรี่เถื่อน” “กาน้ำชาสูบ” “นโยบายควบคุมยาสูบ” และ “การสูบบุหรี่ไฟฟ้า (vaping)” รวบรวมบทความจากแหล่งข่าวออนไลน์ พร้อมข้อมูล Meta data (หัวข้อข่าว วันที่เผยแพร่ แหล่งที่มา และเนื้อหา) หลังจากคัดกรองความเกี่ยวข้องและลบข้อมูลซ้ำ มีชุดข้อมูลจำนวน 2,490 บทความ สำหรับการวิเคราะห์แนวโน้มและเนื้อหา ข้อมูลที่นำเสนอ เกิดจากการวิเคราะห์ระบุประเด็นสำคัญ แนวโน้มเรื่องที่โดดเด่น และเหตุการณ์สำคัญ ซึ่งรวมถึงการตรวจสอบจุดยืนของแต่องค์กรที่เกี่ยวข้องก่อนนำมาวิเคราะห์ทิศทางความรู้สึกที่สังคมมีแต่ละประเด็น

## C1 การถกเถียงเรื่องสถานะทางกฎหมายของบุหรี่ไฟฟ้ามีความขัดแย้งสูง ผลักดันวาทกรรมทางสังคม

ประเด็นขัดแย้งทางความคิดที่สำคัญของสังคมไทยต่อเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างมุมมองจากฝั่งสาธารณสุขที่สนับสนุนการห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ากับเครือข่ายผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่พยายามผลักดันให้บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมายภายใต้การควบคุม เกิดจากมุมมองที่แตกต่างกันเกี่ยวกับความเสี่ยงของบุหรี่ไฟฟ้าโดยฝ่ายหนึ่งเน้นย้ำอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าที่อาจเป็น “ประตูสู่การเสพติดสำหรับเยาวชน” ในขณะที่อีกฝ่ายเน้นถึงการใช้เป็นเครื่องมือ “ลดอันตรายสำหรับผู้ใหญ่” ข้อถกเถียงนี้ทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากการดำเนินงานตามข้อสั่งการนายกรัฐมนตรี ภายใต้ปฏิบัติการ “Operation Smoke Out” ตั้งแต่ต้นปี 2568 แม้จะส่งผลให้เกิดความตื่นตัวและสถิติการจับกุมที่มากขึ้น รวม 2,685 คดี (1 มกราคม-23 เมษายน 2568)<sup>52</sup> ยังคงมีเพียงข้อสั่งการตามวาระโอกาส แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการจัดการอย่างเป็นรูปธรรม และยังคงดำเนินการผ่านการใช้กฎหมายเดิมที่มีอยู่ซึ่งอาจจะยังไม่เท่าทันสถานการณ์ปัจจุบัน เห็นได้จากกรณีเครือข่ายมีความพยายามขับเคลื่อนผลักดันแนวทางดำเนินงานอย่างเร่งด่วนเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

## C2 “เยาวชน” เป็นเป้าหมายบุหรี่ไฟฟ้า ผ่านรูปลักษณ์รสชาติ ความสวยงาม และอินฟลูเอนเซอร์ ก่อให้เกิดความกังวลต่อการเสพติด

กลยุทธ์การตลาดในการออกแบบที่เจตนาทำให้บุหรี่ไฟฟ้ามีภาพลักษณ์ที่น่ารักเลียนแบบตุ๊กตา การ์ตูน ของเล่น หรือเหมือนของใช้เด็ก มีขนาดจิ๋ว ลักษณะเหมือนขนมหรือของเล่นจนบางครั้งพ่อแม่ผู้ปกครองแยกไม่ออก เห็นได้ชัดว่ามุ่งเป้าเด็กและเยาวชนก่อนเข้าสู่วัยรุ่น เจาะจงช่วงอายุ 10-15 ปีเป็นต้นไป นักวิชาการเรียกพัฒนาการบุหรี่ไฟฟ้า Gen 5 (Toy pod) โดยนำหลักการตลาดมาวิเคราะห์ จะสามารถเรียกวิธีการทำตลาดแบบนี้ว่า การตลาดล่อเหยื่อ เป็นการตลาดที่ใช้หลักการ Child friendly marketing ด้วยวิธีการที่เปิดกว้าง ไม่หลบซ่อน เข้าถึงง่าย และดูเหมือนไม่ใช่สิ่งที่เป็นอันตราย<sup>53</sup> นั่นคือ การมุ่งเน้นโจมตีไปที่เป้าหมายกลุ่มเปราะบางอย่างเด็กและเยาวชน

การติดตามเนื้อหาออนไลน์แสดงให้เห็นว่ากลยุทธ์ทางการตลาดที่ใช้พอดกลืนผลไม้ อุปกรณ์ที่มีสีพาสเทลสวยงาม และเนื้อหา “สอนเล่นควัน (Vape trick)” บนแพลตฟอร์มอย่าง TikTok ได้ทำให้การสูบบุหรี่ไฟฟ้าดูทันสมัยในหมู่วัยรุ่นไทย<sup>54</sup> นำไปสู่แนวโน้มที่น่าห่วงกังวลที่ทำให้เด็กเริ่มการทดลองใช้บุหรี่ไฟฟ้าอายุน้อยลงจนกลายเป็นเสพติดก่อนถึงวัยรุ่น ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์จากรายงานพบการเพิ่มขึ้นถึง 8 เท่าในกลุ่มเด็กผู้หญิง ด้านผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข กุมารแพทย์ และกลุ่มผู้ปกครอง ประเมินสถานการณ์ว่าเป็นการระบอบทางสังคมแบบใหม่ที่ใช้ประโยชน์จากความอยากรู้อยากเห็นและอิทธิพลของเพื่อนในวัยรุ่น<sup>55</sup> ก่อให้เกิดความกังวลอย่างจริงจังเกี่ยวกับการเข้าสู่วงจรของการพึ่งพานิโคตินตลอดชีวิต

## C3 การบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้าขับเคลื่อนด้วยแรงกดดันทางสังคมเพื่อ “ปกป้องเด็ก”

ความตื่นตระหนกของสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและผลความอันตรายต่อประเด็นเป็นแรงผลักดันหลักของการบังคับใช้กฎหมาย การสำรวจทั่วประเทศในปี 2566 พบว่า ร้อยละ 91.0 ของผู้ปกครองและครูต้องการคงให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย<sup>56</sup> เพื่อปกป้องเยาวชนจากการเสพติดนิโคตินและการเป็นประตูลู่ยาเสพติด สื่อจำนวนมากรายงานข่าวนักเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเด็กหญิงชั้นประถมที่ปอดถูกทำลายจากการแอบสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นเวลาสองปี<sup>57</sup> เมื่อเกิดกระแสสังคม นายกรัฐมนตรีคนปัจจุบันได้สั่งการให้เกิด “Operation Smoke Out” ทั่วประเทศ นำมาซึ่งการจับกุม 2,685 คดี อุปกรณ์ 1.7 ล้านชิ้น มูลค่าตามท้องตลาด 324 ล้านบาท และกำหนดกรอบปฏิบัติการให้เป็นการกิจสำคัญในการคุ้มครองเด็กและให้คำมั่นว่า “ไม่จบไม่เลิก” ทุกการแถลงข่าวเน้นย้ำถึงการ “ห้ามบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน” และยืนยันว่าแรงผลักดันทางการเมืองมีได้มาจากหลักฐานทางระบาดวิทยาที่มากกว่าความเร่งด่วนทางศีลธรรมในการ “ปกป้องเด็ก”<sup>52</sup>

## C4 สื่อดิจิทัลสร้างวัฒนธรรมความปกติของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและละเมิดกฎหมายการห้ามโฆษณา

แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย เช่น Instagram, Tik Tok, YouTube และ Facebook กลายเป็นช่องทางสำคัญในการส่งเสริมการพ่นควัน (Vape) ผ่านเนื้อหาที่สร้างโดยผู้ใช้ มักหลบเลี่ยงกฎหมายห้ามการโฆษณาเดิม แพลตฟอร์มเหล่านี้มีการรีวิวลิตภัณฑ์จำนวนมากไม่ได้รับอนุญาต แจกรหัสส่วนลด และแสดงภาพที่เน้นไลฟ์สไตล์ ทำให้การ Vape เป็นความปกติธรรมดา การศึกษาที่เกี่ยวข้องนำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงเนื้อหาออนไลน์กับความต้องการทดลองผลิตภัณฑ์บุหรี่ในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่ที่สูงขึ้น<sup>58,59,60</sup>

## C5 บทบาททางเพศยังคงยับยั้งการสูบบุหรี่ในผู้หญิง แต่มีสัญญาณของความเสื่อมถอยทางโลกออนไลน์

วัฒนธรรมไทยดั้งเดิมโดยส่วนใหญ่กำหนดให้การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมของ “ผู้ชาย” ส่งผลต่อความแตกต่างของพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ชายสูบบุหรี่ในอัตรา ที่สูงกว่าผู้หญิงประมาณ 30 เท่า<sup>25</sup> อย่างไรก็ตาม การไม่เปิดเผยตัวตนทางโซเชียลมีเดียเป็นการเปิดโอกาส และเป็นความพร้อมต่อการใช้งานที่เพิ่มขึ้นของอุปกรณ์สูบบางเพริชและมิกกลิ่นหอม บุหรี่ไฟฟ้ามีการใช้ทั้งรูป รส กลิ่น เสียงเพลง (อสูนทริยสาร) มีการพ่นควันที่เรียกว่า Vape Trick เป็นเทคนิคเชิญชวนให้เริ่ม ตามหลักจิตวิทยาพลังบวกกับสารนิโคติน แสดงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่สนับสนุนพฤติกรรมแบบใหม่และอาจปรับความคาดหวังทางสังคมของเพศหญิง<sup>61,62</sup>

## C6 ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมกำหนดว่าใครสูบบุหรี่และใครเลิกสูบ

ประชากรกลุ่มที่ขาดการศึกษาและรายได้น้อยยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงและเผชิญกับความท้าทายที่มากกว่าในการเข้าสู่บริการเลิกบุหรี่ บุหรี่บางครั้งอาจทำหน้าที่เป็นทั้งกลไกการรับมือต่อความเครียดที่ราคาถูกและเป็นรูปแบบของการแลกเปลี่ยนทางสังคมในสภาพแวดล้อมแรงงาน ทำให้โรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบกระจุกตัวในชุมชนที่ด้อยโอกาสอยู่แล้วและเน้นย้ำถึงความจำเป็นอย่างยิ่งของการสร้างโปรแกรมสนับสนุน การเลิกบุหรี่ให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมเพื่อให้เข้าถึงได้อย่างกลุ่มเปราะบางในระดับชุมชนท้องถิ่น<sup>63</sup>

## C7 การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบยังคงเป็นกระแสทางสังคมที่ดำเนินอยู่ตลอดเวลา

แม้ว่าประเทศไทยจะมีจุดยืนที่แข็งแกร่งในการควบคุมยาสูบของภูมิภาคเป็นที่ประจักษ์จากนโยบายต่าง ๆ เช่น บรรจุก้นที่แบบเรียบและการเก็บภาษีอัตราสูง<sup>64,65</sup> แต่ยังคงมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องจากอุตสาหกรรมยาสูบเพื่อลดทอนความสำคัญ ซึ่งรวมการล็อบบี้เพื่อมีอิทธิพลต่อนโยบายภาษี การส่งเสริมผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ เช่น HTPs ว่าเป็นทางเลือกที่ “ทันสมัย”<sup>64</sup> และการมีส่วนร่วมในโครงการความรับผิดชอบต่อสังคมที่มุ่งปรับปรุงภาพลักษณ์ทางสาธารณะของอุตสาหกรรม และแสดงตนเป็นพันธมิตรในการร่วมพัฒนาสังคม วาการกรมขององค์การพยายามอย่างแข็งขันที่จะปรับเปลี่ยนทัศนคติทางสังคมและชะลอการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุข<sup>66</sup>

## C8 นโยบายควบคุมยาสูบมีผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจต่อเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ

เศรษฐศาสตร์การเมืองของการควบคุมยาสูบในประเทศไทยครอบคลุมถึงผลกระทบที่สำคัญของนโยบายที่ออกแบบมาเพื่อลดการบริโภคยาสูบต่อชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปลูกยาสูบในอดีต รัฐวิสาหกิจยาสูบมีบทบาทสำคัญในการปกป้องผลประโยชน์และอาชีพของเกษตรกรในกลุ่มนี้ ในขณะที่มาตรการทางกฎหมายที่เกิดขึ้นในภายหลัง เช่น พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มุ่งเน้นหลัก ๆ ที่การควบคุมฝั่งอุปสงค์โดยจัดการกับการขายและผู้สูบบุหรี่<sup>67</sup> แต่การยาสูบแห่งประเทศไทยยังคงให้เงินอุดหนุนและสนับสนุนเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ<sup>68</sup> เงินอุดหนุนเหล่านี้มีความโดดเด่นเพราะสามารถทำให้การปลูกยาสูบเป็นทางเลือกที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจมากกว่าสำหรับชุมชน เมื่อเทียบกับการเปลี่ยนไปปลูกพืชทางเลือกอื่น โดยเฉพาะเมื่อตลาดที่เชื่อถือได้และเงื่อนไขสัญญาที่คล้ายคลึงกันยังไม่มีให้สำหรับผลผลิตอื่น ๆ พลวัตนี้เน้นย้ำถึงการพิจารณาทางสังคมและเศรษฐกิจที่ซับซ้อนที่มีอยู่ในความพยายามควบคุมยาสูบ เนื่องจากนโยบายที่มุ่งเป้าหมายในการปรับปรุงสาธารณสุขโดยการลดการใช้ยาสูบอาจมีผลกระทบโดยตรงและสำคัญต่อความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจและโครงสร้างทางสังคมของชุมชนที่พึ่งพาการปลูกยาสูบ แม้ปัจจุบันอัตราผู้สูบบุหรี่ลดลง แต่ราคายาสูบสูงขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่ ตลาดโลกขาดแคลนใบยาสูบ ผู้ปลูกในประเทศลดลง การยาสูบแห่งประเทศไทยยังผลักดันให้มีการส่งออกส่งผลให้ราคาใบยาสูบสูงขึ้น พร้อมกับกระแสนูร์กซ์ การปลูกใบยาสูบ<sup>69</sup>

## C9 ตลาดบุหรี่เถื่อนขยายตัวอย่างมากและต่อเนื่อง กระทบต่อเป้าหมายด้านสาธารณสุขและเสถียรภาพทางการคลัง

จากการสำรวจพบว่าร้อยละ 2.8 ของบุหรี่ที่บริโภคในประเทศในปี 2551 เป็นบุหรี่ผิดกฎหมาย (บุหรี่หนีภาษีและบุหรี่ปลอม) ตัวเลขนี้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 16.5 ในปี 2565<sup>70</sup> กรมสรรพสามิตระบุว่าบุหรี่หนีภาษีเป็นสัดส่วนสินค้าหนีภาษีที่มากที่สุดหรือคิดเป็นร้อยละ 48.0 ของสินค้าหนีภาษีทั้งหมด<sup>71</sup> ซึ่งกระทบต่อรายได้สรรพสามิตและโครงสร้างทางภาษีทั้งหมด เห็นได้จากการจัดเก็บภาษีจากรายได้ลดลงจาก 64.2 พันล้านบาทในปี 2564 เหลือ 5.1 หมื่นล้านบาทในปี 2567 ถือเป็นระดับต่ำสุดในรอบ 15 ปี ผลกระทบอีกส่วนคือจำนวนผู้บริโภคที่อาจสูงขึ้นและผลกระทบต่อสุขภาพ<sup>72</sup>

## D นโยบายการควบคุมยาสูบ การดำเนินงาน และการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย

ผลการศึกษามาจากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับนโยบายการควบคุมยาสูบในประเทศไทย จากเอกสารต่าง ๆ ทั้งวารสารวิชาการ รายงานและสรุปสถานการณ์ประเทศจากองค์การต่าง ๆ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) มูลนิธิเพื่อสังคมอาเซียนปลอดบุหรี่ รายงาน การสำรวจระดับประเทศ (เช่น Thailand's Global Adult Tobacco Survey และการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ) และการค้นหาบทความความยาวอย่างครอบคลุม

กระบวนการเริ่มจากการทบทวนเอกสาร จากนั้นสกัดข้อมูลอย่างเป็นระบบตั้งแต่รายละเอียดนโยบาย ข้อมูลทางสถิติ ประเด็นท้าทาย และแนวทางการจัดการปัญหา หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์เชิงประเด็นเพื่อระบุหัวข้อหลักที่เกิดขึ้นซ้ำและมีนัยสำคัญ เพื่อพัฒนาโดยการสังเคราะห์และตรวจสอบข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจที่ครอบคลุมในแต่ละประเด็น ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ผลการศึกษาอิงจากการสังเคราะห์แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ

มุมมองเชิงนโยบายการควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีลักษณะผสมผสานทั้งกฎหมายมุ่งจัดการผลิตภัณฑ์ใหม่ การจัดการกับความท้าทายของยาสูบแบบดั้งเดิม และระบบภาษีที่ซับซ้อน แต่ละด้านมีกรอบความครอบคลุมระดับประเทศแต่มีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน

## D1 บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อนยังคงผิดกฎหมาย แต่เริ่มเกิดข้อถกเถียงเรื่องการปฏิรูปกฎหมาย

ประเทศไทยยังคงห้ามการนำเข้า การขาย การครอบครอง และการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน (Heated Tobacco Products: HTPs) ตั้งแต่ประมาณปี 2557-2558 โดยกำหนดบทลงโทษที่รุนแรง ทั้งโทษปรับและการจำคุก แม้จะมีมาตรการที่เข้มงวดและพิจารณาจากปฏิบัติการปราบปรามของรัฐบาลที่สั่งการในปี 2568 เพื่อลดการใช้ในกลุ่มเยาวชนและการค้าผิดกฎหมาย<sup>73</sup> อย่างไรก็ดี ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ยังคงหาได้ไม่ยากจากตลาดมืดและการขายทั่วไป โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าแบบใช้แล้วทิ้ง ราคาถูก และทางออนไลน์

การที่ผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายยังสามารถจำหน่ายอย่างแพร่หลายประมาณการมูลค่าของตลาดบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยในปี 2562

อาจสูงถึง 6 พันล้านบาท<sup>74</sup> บันทึกลงประสิทธิผลของมาตรการห้ามบริโภค โดยเฉพาะในการป้องกันการเข้าถึงของเยาวชน ด้วยสถิติแสดงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) แม้แต่นักเรียนประถมศึกษาที่ลองใช้บุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลให้มีการถกเถียงทางนโยบายอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม น่าตกใจว่าจากรายงานของคณะกรรมการวิสามัญศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย<sup>75</sup> พบว่าเสียงส่วนใหญ่ (21 จาก 35 เสียง) สนับสนุนแนวทางให้ทั้งบุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อนเป็นสิ่งควบคุมตามกฎหมาย (หรือตีความได้ว่าให้บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภทถูกกฎหมาย) เป็นที่น่าสังเกตว่าในรายงานจากการประชุมทั้งหมด 39 ครั้ง ที่ส่งไปยังสภาผู้แทนราษฎรกลับมีบทสรุปยึดตามแนวทางให้บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อนเป็นสิ่งผิดกฎหมาย<sup>76,77,78</sup> ซึ่งอาจอนุมานได้ว่าการรณรงค์ที่ต่อเนื่องจนเกิดกระแสสังคมที่ไม่สนับสนุนประกอกับข่าวความอันตรายที่เกิดขึ้นกับเด็กมีผลต่อการพิจารณา

## D2 อัตราภาษีที่ยังไม่เพียงพอและการฝังรากลึกทางวัฒนธรรมของยาเส้นเป็นความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่สำคัญ

ยาเส้น หรือบุหรี่มวนเอง เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ถูกกฎหมายและฝังรากลึกทางวัฒนธรรมในประเทศไทย แพร่หลายอย่างมากในพื้นที่ชนบทและในกลุ่มผู้เพศชายที่มีอายุมากและมีรายได้น้อย ความนิยมของผลิตภัณฑ์ที่อาจสูงเกินกว่าบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานในบางกลุ่มประชากรเนื่องจากราคาถูกเมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่จากโรงงาน ซึ่งสถานการณ์อาจรุนแรงขึ้นจากการขึ้นภาษียาสูบ

แม้ว่ายาเส้นจะรวมอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ในข้อจำกัด การส่งเสริมการขายและภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้บรรจุภัณฑ์ที่มีภาพคำเตือนสุขภาพ<sup>79</sup> อย่างไรก็ดี อัตราการเก็บภาษีตามปริมาณมีอัตราต่ำมาก ทำให้ยาเส้นเป็นผลิตภัณฑ์ทดแทนของผู้สูบบุหรี่ที่ไวต่อราคาของบุหรี่โรงงานที่ปรับราคาสูงขึ้น<sup>80,81,82</sup> ความพยายามของการเพิ่มภาษียาเส้นเพื่อลดช่องว่างเชิงสุขภาพกับแรงงานทางภาคเมืองจากเกษตรกรผู้ผลิตยาสูบซึ่งกลัวการสูญเสียราคาทางการค้า (ผ่านการลอบบี้เครือข่ายเกษตรกรโดยภาคอุตสาหกรรม) นอกจากนี้เกิดการรับรู้ที่ผิดที่แพร่หลายในกลุ่มผู้ใช้ยาเส้นว่ามีอันตรายน้อยกว่าหรือเป็น “ธรรมชาติ” กว่าบุหรี่ที่ผลิตในโรงงาน แม้จะมีหลักฐานที่ชี้ให้เห็นว่าก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพรุนแรงในระดับเดียวกันหรือมากกว่า<sup>83</sup> จากวันที่ไม่ผ่านการกรองและปริมาณน้ำมันดินที่สูงกว่า

## D3 ระบบภาษียาสูบสองอัตราที่มีข้อบกพร่อง ทำให้ความพยายามลดการสูบบุหรี่หยุดชะงัก และลดรายรับของภาครัฐ

ประเทศไทยได้ใช้การเพิ่มภาษีสรรพสามิตเป็นฐานสำคัญของกลยุทธ์ควบคุมยาสูบ สอดคล้องตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) มาตรา 6 มีประสิทธิผลในการลดความแพร่หลายของการสูบบุหรี่ก่อนปี 2560<sup>85</sup> อย่างไรก็ตาม การนำระบบภาษีตามมูลค่า (ad valorem) แบบสองอัตรามาใช้ในปี 2560 (ร้อยละ 25.0 สำหรับบุหรี่ที่ตั้งราคาขายปลีกไม่เกินซองละ 72 บาท ร้อยละ 42.0 สำหรับบุหรี่ที่ตั้งราคาขายปลีกเกิน ซองละ 72.0 บาท) แสดงให้เห็นการชะงักของแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่<sup>81</sup>

ระบบนี้ยังกระทบต่อรายได้ภาษีของรัฐบาลอย่างมาก การเก็บภาษียาสูบลดลงจาก 6.4 หมื่นล้านบาทในปี 2564 เหลือเพียง 5.1 หมื่นล้านบาทในช่วงต้นปี 2567<sup>84</sup> นอกจากนี้ ยังมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่เกิดประสิทธิผลในการลดบุหรี่ผิดกฎหมายและอนุญาตให้ผู้ผลิตลดราคาผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในช่วงภาษีที่ต่ำกว่า เนื่องจากบริษัทบุหรี่ขยายตลาดสำหรับบุหรี่ราคาถูก ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ปรับกลับไปสู่โครงสร้างภาษีอัตราเดียว ด้วยเหตุผลด้านประสิทธิผลการลดการบริโภคเพิ่มรายได้ของรัฐ และบริหารจัดการได้ง่ายขึ้น<sup>85</sup>

## D4 ช่องว่างการสนับสนุนการเลิกสูบและโครงสร้างภาษีที่ไม่มีประสิทธิผล ทำให้การดำเนินงานตามมาตรการ MPOWER อ่อนแอ

ประเทศไทยถือว่ามีความก้าวหน้าตามการดำเนินกลยุทธ์ WHO MPOWER<sup>87</sup> โดยได้คะแนนสูงจากการติดตาม (Monitor) การใช้ยาสูบผ่านการสำรวจระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง มาตรการปกป้อง (Protect) ประชาชนด้วยกฎหมายปลอดควันที่ครอบคลุมสถานที่สาธารณะในร่มทั้งหมด การแสดงคำเตือน (Warn) แบบภาพขนาด 85% ของบรรจุภัณฑ์ และการบังคับใช้ของบุหรี่แบบเรียบจนเป็นตัวอย่างในเอเชียตั้งแต่ปี 2562 และการบังคับใช้ (Enforce) การห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขายและการสนับสนุนยาสูบอย่างครอบคลุมรวมถึงการห้ามกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ<sup>85</sup>

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างโดยเฉพาะความช่วยเหลือในการเลิกสูบ (Offer help to quit) แม้จะมีสายด่วนเลิกบุหรี่ระดับประเทศ การบำบัดทดแทนนิโคติน เกสซ์บำบัด ซึ่งบางส่วนครอบคลุมตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อัตราความสำเร็จของการเลิกยังคงค่อนข้างต่ำ<sup>86,87,88</sup> และการเข้าถึงเครื่องมือช่วยเลิกสูบบางครั้งมีราคาสูงสำหรับบางกลุ่มประชากร ช่องว่างที่สำคัญที่สุดในปัจจุบันอยู่ที่การขึ้นภาษี (Raising taxes) อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากระบบภาษีสองอัตรายังมีข้อบกพร่องดังกล่าวข้างต้นส่งผลกระทบต่อมาตรการด้านสาธารณสุข เสมือนปรับให้ทางเลือกที่ถูกกว่ามีความแพร่หลายและไม่ได้ลดความสามารถในการซื้อ<sup>85</sup>

## D5 การนำกฎหมายลงสู่การปฏิบัติในโครงสร้างระดับจังหวัดยังอ่อนแอ

ประเทศไทยมีกรอบงานการควบคุมยาสูบระดับชาติที่ครอบคลุมผ่านพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และความสอดคล้องกับ WHO FCTC ซึ่งหนึ่งในการดำเนินการสำคัญ คือการกำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดทั้ง 77 จังหวัด เพื่อดำเนินนโยบายในระดับท้องถิ่น<sup>89</sup> อย่างไรก็ตาม การนำแผนนโยบายระดับชาติสู่ระดับจังหวัดค่อนข้างยากลำบากเกิด “ช่องว่างการดำเนินงาน” จากการขาดเจตจำนงทางการเมืองและความเป็นผู้นำในระดับพื้นที่ แผนปฏิบัติการท้องถิ่นที่ไม่ชัดเจน การสื่อสารทางเดียวจากระดับชาติสู่ระดับจังหวัด และการขาดความรู้สึกรับเป็นเจ้าของประเด็นในระดับท้องถิ่น

จากการให้ความสำคัญต่อการควบคุมยาสูบจากผู้บริหารหน่วยงานนอกภาคสุขภาพยังเป็นข้อจำกัดส่วนใหญ่ยังรับรู้ว่าการควบคุมยาสูบเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก นอกจากนี้

นี้ ยังเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรขาดแคลนบุคลากร (เกือบ 1 ใน 3 ของจังหวัดทั้งหมดที่ระบุถึงอุปสรรคในการขาดแคลนด้านทรัพยากรบุคลากร)<sup>90</sup> และทรัพยากรทางการเงินและสื่อที่ยังจำกัด ทำให้ยังมีข้อจำกัดในการบังคับใช้กฎหมายและการป้องกันควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่

นอกจากนี้ ข้อจำกัดในการติดตาม การประเมินผล และการวางแผน โดยใช้ฐานข้อมูล ยังขาดระบบที่ประสานเป้าหมายระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่ชัดเจนขาดข้อมูลละเอียดที่ระดับท้องถิ่น ยิ่งส่งผลต่อความสามารถของหน่วยงานระดับจังหวัดในการปรับตามและดำเนินการได้ตรงตามปัญหาและสถานการณ์

#### D6 การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบคุกคามต่อการดำเนินการและประสิทธิผลของนโยบายสาธารณสุข

อุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งครอบคลุมทั้งการยาสูบแห่งประเทศไทยที่เป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ และบริษัทข้ามชาติ เช่น Philip Morris International ใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อแทรกแซงและทำลายนโยบายการควบคุมยาสูบของประเทศไทยและการบังคับใช้ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ กลวิธีเหล่านี้รวมถึงการลอบบี้ทางการเมือง (มักผ่านตัวแทนหรือโดยการระดมกลุ่มเครือข่ายเกษตรกร) การใช้ข้อโต้แย้งด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับการสูญเสียรายได้หรือการค้าพิศอกกฎหมายเพื่อต่อต้านการขึ้นภาษี การเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคม (ก่อนข้อห้ามในปี 2560) การใช้กลุ่มแฝงบงกชและการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ใหม่เช่น HTPs<sup>91,92</sup> ด้วยการอ้างเรื่องการลดอันตราย

ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการที่สอดคล้องกับ WHO FCTC มาตรา 5.3 เช่น การห้ามกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ การจัดตั้งศูนย์ความรู้เพื่อติดตามกิจกรรมภาคอุตสาหกรรมและการจำกัดปฏิสัมพันธ์โดยตรงระหว่างเจ้าหน้าที่และอุตสาหกรรม ตัวอย่างที่สำคัญของการแทรกแซงคือความพยายามในการปรับโครงสร้างระบบภาษีให้เป็นประโยชน์ต่อยาสูบ ผ่านการเสนอโครงสร้างภาษีสามอัตรา ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงจากภาคสาธารณสุขว่าเป็นการถอยหลังและอาจเป็นอันตรายต่อเป้าหมายสาธารณสุขด้วยการส่งเสริมบุหรี่ราคาถูก<sup>72,93</sup>

รายงานล่าสุดในเดือนเมษายน 2568 ระบุว่า การยาสูบแห่งประเทศไทย ยังคงพยายามเคลื่อนไหวในการปรับโครงสร้างภาษีเพื่อสร้างอิทธิพลต่อนโยบายการคลัง<sup>94</sup> แม้ผลให้มีคะแนนการติดตามการแทรกแซงจากภาคอุตสาหกรรมในประเทศไทยยังคงค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ แต่ความท้าทายยังคงอยู่โดยเฉพาะเกี่ยวกับความโปร่งใสของการปฏิสัมพันธ์และความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่ อุตสาหกรรมมักใช้ประโยชน์จากจุดอ่อนเชิงระบบที่มีอยู่ เช่น ข้อจำกัดด้านทรัพยากรหรือบทบาทที่ไม่ชัดเจนในระดับจังหวัด เพื่อส่งเสริมวาระเอื้อประโยชน์ต่อการเพิ่มจำนวนการสูบ

#### D7 กลไกการประสานงานระหว่างกระทรวงเพื่อดำเนินงานยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติยังไม่เกิดรูปธรรม

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ชัดเจนและมีการประเมินชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการประสานงาน แต่ก็ยังคงมีช่องว่างที่สำคัญในการสร้างความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องระหว่างกระทรวงต่าง ๆ เพื่อการควบคุมยาสูบ รายงานการประเมินเชิงคุณภาพตามยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติของประเทศไทย (พ.ศ. 2565-2570) ซึ่งจัดทำในปี 2565 ระบุไว้อย่างชัดเจนถึง “ช่องว่างในการประสานงานเชิงกลยุทธ์และการจัดลำดับความสำคัญ”<sup>95</sup> นอกจากนี้ จากการประเมิน Needs assessment for the implementation of the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Thailand ในปี 2566 ที่ระบุว่า แม้หลายกระทรวงจะเข้าร่วมการประชุม แต่ยังคงมี “ความท้าทายในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ”<sup>85</sup> ประเด็นนี้เชื่อมโยงถึงความเข้มแข็งของคณะกรรมการแผนโรครไม่ติดต่อ (พ.ศ. 2554-2563) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีจาก 10 กระทรวง แต่ไม่เคยมีการประชุมแม้แต่ครั้งเดียวตลอดระยะเวลา 10 ปีของการดำเนินงาน

#### D8 สมาคมวิชาชีพยังมีบทบาทจำกัดในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่และกิจกรรมการบังคับใช้กฎหมาย

ในการสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบในวงกว้างมากขึ้น จำเป็นต้องระดมพลังจากองค์กรวิชาชีพเพื่อสนับสนุนผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ ผ่านบทบาทการคัดกรอง การให้คำแนะนำ และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการควบคุมป้องกัน จากการประเมิน Needs assessment for the implementation of the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Thailand พบว่า ผู้สูบบุหรี่เพียงหนึ่งในสามที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ และอัตราการใช้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ยังคงอยู่ที่ร้อยละ 45 ของจำนวนสายที่คาดการณ์ไว้ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ยังอยู่ในระดับน้อย<sup>85</sup> การศึกษาอื่นยังพบว่า “อัตราการคัดกรองผู้สูบบุหรี่โดยแพทย์ยังต่ำ และสัดส่วนของผู้ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ยังเป็นประจักษ์น้อย” จึงอาจบ่งชี้ได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่ได้บูรณาการควบคุมยาสูบในวงกว้างอย่างเต็มที่<sup>96</sup>

#### D9 การควบคุมยาสูบของประเทศไทยพึ่งพางบประมาณหลักจากสสส.

แหล่งงบประมาณหลักในการควบคุมยาสูบของประเทศไทยมาจาก สสส. อยู่ในช่วงเวลาที่มาหลายปีที่ร้อยละ 7-10 จากงบประมาณรวมขององค์กร ซึ่งเมื่อพิจารณาจากความซับซ้อนของสถานการณ์การบริโภคยาสูบก็อาจไม่เพียงพอต่อการตอบสนองและรับมือในส่วนภาครัฐอื่น ๆ ยังมีงบประมาณเพียงส่วนน้อย จากการประเมิน Needs assessment for the implementation of the implementation

of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Thailand ยืนยันว่างบประมาณจากกระทรวงอื่นๆ “ไม่เพียงพอ” ทำให้งบประมาณ สสส. ต้อง “อุดช่องว่าง” ส่งผลกระทบอย่างมากในมิติของความขาดแคลนทรัพยากรบุคคล<sup>85</sup>

## E ปัจจัยทางการค้ากำหนดสุขภาพ และการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ

ผลการศึกษานี้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยทางการค้ากำหนดสุขภาพ แนวทางการสังเคราะห์เชิงคุณภาพสกัดจากรายงานภาคีวรรณกรรมวิชาการ เอกสารตีพิมพ์จากองค์การภาคประชาสังคมและบทความข่าว

การวิเคราะห์ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยการค้ากำหนดสุขภาพ (Commercial Determinants of Health: CDoH) ขององค์การอนามัยโลก<sup>97</sup> ที่มีวัตถุประสงค์ติดตามกลยุทธ์และแนวปฏิบัติของผู้ประกอบการเชิงพาณิชย์ว่ามีอิทธิพลต่อสภาพแวดล้อมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างไร สอดคล้องด้วยกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) โดยเฉพาะมาตรา 5.3 (การแทรกแซงของอุตสาหกรรม) มาตรา 6 (มาตรการด้านราคาและภาษี) และมาตรา 13 (การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนโดยยาสูบ)<sup>98</sup> รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติกลยุทธ์ภาคอุตสาหกรรมการตอบสนองต่อนโยบาย และผลกระทบต่อสุขภาพ ตั้งแต่ 2553 ถึงพฤษภาคม 2568 หลังจากนั้น จัดทำข้อค้นพบหลักจากการวิเคราะห์เชิงประเด็นเพื่อจัดหมวดหมู่แนวปฏิบัติ ข้อค้นพบทั้งหมดมิได้เก็บข้อมูลปฐมภูมิ ใช้แหล่งข้อมูลที่มีอยู่เป็นฐานการวิเคราะห์

### E1 การที่รัฐถือครองกิจการยาสูบสร้างความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่ลดทอนความสามารถในการควบคุมยาสูบ

การยาสูบแห่งประเทศไทย (ยสท.) เป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจภายใต้การกำกับของกระทรวงการคลัง มีความขัดแย้งโดยธรรมชาติกับวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข เนื่องจากรัฐบาลมีบทบาทควบคุมกันทั้งในฐานะผู้ควบคุมและผู้จำหน่ายยาสูบ ความขัดแย้งในพันธกิจของหน่วยงานมักนำไปสู่การให้ความสำคัญกับผลประโยชน์เชิงเศรษฐกิจของ ยสท. ในด้าน “ขยายธุรกิจ” มากกว่าความกังวลต่อสุขภาพของประชาชน ตัวอย่างที่สำคัญของไม่สอดคล้องคือการแทรกแซงของรัฐบาลในปี 2558 ในกิจการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จากการประเมิน Needs assessment for the implementation of the WHO FCTC ปี 2566 ระบุอย่างชัดเจนว่า ยสท. เป็นปัจจัยความท้าทายต่อการดำเนินการเต็มรูปแบบตามมาตรา 5.3<sup>85</sup>

### E2 อุตสาหกรรมยาสูบใช้การกำหนดราคาที่สูงชันและกลยุทธ์ทางภาษี เพื่อให้ราคาเข้าถึงได้

บริษัทยาสูบใช้กลยุทธ์การกำหนดราคาและโครงสร้างภาษีเพื่อให้ผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับราคาที่เข้าถึงได้ จึงทำลายความพยายามด้านสาธารณสุขต่อการลดการบริโภคผ่านการเก็บภาษี หลังจากการขึ้นภาษี ยสท. แนะนำให้บุหรี่ต้นทุนต่ำมาก เช่น “Line” เพื่อคง

จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงราคา<sup>99</sup> อุตสาหกรรมยังใช้ประโยชน์จากระบบภาษีสรรพสามิตสองอัตราของประเทศไทย โดยการกำหนดราคาผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในช่วงภาษีที่ต่ำกว่า

นอกจากนี้ การล๊อบบี้ประเด็นเกี่ยวกับการลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อนและความลำบากของเกษตรกร ซึ่งอุตสาหกรรมประสบความสำเร็จในการทำให้เกิดการเลื่อนเก็บภาษีหนึ่งอัตรา และยังคงโครงสร้างสองอัตรามาตั้งแต่ปี 2560<sup>100</sup>

### E3 การตลาดดิจิทัลและกลยุทธ์แอมแปงหลักเสี่ยงการห้ามโฆษณา มุ่งเป้าที่เยาวชน

แม้ประเทศไทยจะมีการห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนโดยยาสูบ อย่างครอบคลุม แต่อุตสาหกรรมยาสูบได้ปรับกลยุทธ์ทางการตลาดไปสู่แพลตฟอร์มดิจิทัลมากขึ้น และแอมแปงเพื่อเข้าถึงผู้บริโภค โดยเฉพาะเยาวชน

การส่งเสริมการขายทางออนไลน์ของบุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน (Heated Tobacco Products: HTPs) ค่อนข้างเฟื่องฟูผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อินฟลูเอนเซอร์ และกลุ่มหน้าฉาก เช่น “กลุ่มลาชาดควีนยาสูบ (Ends Cigarette Smoke Thailand: ECST)” ซึ่งมีหลักฐานยืนยันความเชื่อมโยงกับองค์กรที่ได้รับทุนจากอุตสาหกรรม<sup>101</sup> การตลาดทางช่องทางดิจิทัลมักนำเสนอรสชาติที่ดึงดูดเยาวชน การออกแบบผลิตภัณฑ์ที่น่าสนใจรวมถึง “ทอยพอด (Toy pods)” และการอ้างเรื่องความทันสมัยหรือการลดอันตรายล้วนมีส่วนทำให้เยาวชนเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้น<sup>102</sup>

### E4 อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงทางการเมืองและการล๊อบบี้อย่างเข้มข้นเพื่อทำให้นโยบายอ่อนแอลง

อุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งรัฐวิสาหกิจและบริษัทข้ามชาติ ใช้กลยุทธ์การแทรกแซงทางการเมืองและ ล๊อบบี้ที่ซับซ้อนเพื่อเลื่อน ลดทอนหรือขัดขวางนโยบายการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพ กลยุทธ์เหล่านี้รวมถึงการล๊อบบี้ข้าราชการและสมาชิกรัฐสภา การใช้ประโยชน์จากสถานะองค์กรรัฐวิสาหกิจ และการใช้กลุ่มหน้าฉากและสมาคมพันธมิตรเพื่อสนับสนุนกฎระเบียบที่เอื้อต่ออุตสาหกรรม เช่น การทำให้บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย<sup>72,103</sup>

ความพยายามแทรกแซงเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อทำลายความสำคัญในการควบคุมยาสูบและทำให้มาตรการทางกฎหมายอ่อนแอลง ซึ่งเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อการดำเนินการตามมาตรา 5.3 ของ WHO FCTC

### E5 การส่งเสริมผลิตภัณฑ์นิโคตินรุ่นใหม่อาจนำไปสู่การแพร่ระบาดของนักสูบกลุ่มใหม่

กลยุทธ์การค้าที่สำคัญในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์นิโคตินใหม่อย่าง รุกราน เช่น บุหรี่ไฟฟ้า HTPs และถุงนิโคติน มักถูกนำเสนอภายใต้การเล่าในมุมมอง “การลดอันตราย” แม้ประเทศไทยจะห้ามบุหรี่ไฟฟ้าและ HTPs แต่ผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้มีการตลาดโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ อินฟลูเอนเซอร์ รสชาติที่ดึงดูด และการออกแบบ “เหมือนของเล่น” โดยเฉพาะมุ่งเป้าไปที่เยาวชนและวัยหนุ่มสาว

ประเด็นนี้ก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นอย่างน่ากังวลในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน โดยการใช้ปัจจุบันในนักเรียนอายุ 13-15 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 17.6 ในปี 2565 อุตสาหกรรมมักให้ทุนการวิจัยแบบเจาะจงเพื่อสนับสนุนการสร้างหลักฐานข้ออ้างเรื่องการลดอันตราย มีเป้าหมายเพื่อสร้างผู้ใช้โคตินรุ่นใหม่<sup>26,27</sup>

## E6 กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมมีหน้าที่เป็นเครื่องมือการตลาดและสร้างอิทธิพลแฝง

บริษัทยาสูบในประเทศไทยใช้ประโยชน์จากโครงการความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท (CSR) เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อสาธารณะ สร้างความสัมพันธ์กับชุมชนและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ และส่งเสริมเอกลักษณ์ขององค์กรทางอ้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการห้ามโฆษณา แม้จะมีข้อบังคับทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 แต่ช่องโหว่สำหรับกิจกรรม CSR เช่น การบริจาคในช่วงเวลา “สาธารณะภัย” ทำให้อุตสาหกรรมสามารถใช้ประโยชน์เชิงภาพลักษณ์และเข้าถึงเจ้าหน้าที่ภาครัฐได้

ตัวอย่างในอดีตจาก Philip Morris ที่สนับสนุนงานศิลปกรรมและให้ทุนการศึกษา<sup>104</sup> หรือ ยสท. ดำเนินกิจกรรมคล้าย CSR ภายใต้กรอบ “การสนับสนุนชุมชน”<sup>105</sup> สร้างความขัดแย้งทางผลประโยชน์และส่งเสริมอุตสาหกรรมยาสูบให้เป็นผู้รับผิดชอบต่อสังคม สร้างโอกาสในการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย

## E7 การฟ้องร้องและข้อพิพาททางการค้าถูกใช้เป็นกลยุทธ์เพื่อชะลอหรือทำให้นโยบายควบคุมยาสูบอ่อนแอลง

อุตสาหกรรมยาสูบใช้ประเด็นท้าทายทางกฎหมายและกลไกการค้าระหว่างประเทศเพื่อต่อสู้กับกฎระเบียบและข้อบังคับที่กำหนดนโยบาย ตัวอย่างสำคัญคือ เมื่อ Philip Morris, JT International และ British American Tobacco ร่วมกันฟ้องกระทรวงสาธารณสุขในปี 2556 เรื่องภาพค่าเตือนสุขภาพ 85% ทำให้การดำเนินการล่าช้าเกือบหนึ่งปี<sup>106</sup>

อุตสาหกรรมยังใช้ประโยชน์จากข้อตกลงการค้า โดย Philip Morris ยุยงให้ฟิลิปปินส์ยื่นข้อพิพาทต่อองค์การการค้าระหว่างประเทศ WTO (DS371) ยื่นฟ้องประเทศไทยเรื่องการประเมินราคาบุคลากรสำหรับบุหรี่นำเข้า การต่อสู้ทางกฎหมาย ยืดเยื้อและใช้ทรัพยากรภาครัฐอย่างมาก และสร้าง “การชะลอการออกกฎหมาย (Regulatory chill)” ทำให้เจ้าหน้าที่ลังเลที่จะดำเนินมาตรการควบคุมยาสูบ

## E8 อุตสาหกรรมยาสูบมีอิทธิพลต่อแวดวงวิชาการเพื่อสร้างความสับสนและส่งเสริมข้อมูลที่เป็นประโยชน์กระตุ้นการบริโภค

บริษัทยาสูบมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการพัฒนางานวิจัยและสร้างหลักฐานเอื้อต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและการรับรู้ของสาธารณะเกี่ยวกับความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์ที่ตั้งแต่ว่าให้ทุนการวิจัยผ่านหน่วยงาน เช่น Foundation for a Smoke-Free World (ได้รับทุนจาก Philip Morris International) เพื่อสร้างหลักฐานสนับสนุน HTPs และพยายามทำลายความน่าเชื่อถือของฝั่งการวิจัยอิสระด้านการควบคุมยาสูบ

ตัวอย่างในอดีตในประเทศไทย ที่ Philip Morris ใช้ประโยชน์จากการ

สร้างสัมพันธ์กับนักวิจัยสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ในความพยายามลดทอนความสำคัญกฎหมายปลอดบุหรี่<sup>107,108</sup> ซึ่งสร้างความสับสนแก่ผู้กำหนดนโยบายและสาธารณชนสับสนอาจส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินการควบคุมยาสูบที่ล่าช้าหรืออ่อนแอลง

## E9 การใช้ข้ออ้างซ้ำ ๆ เรื่องบุหรี่เถื่อนเพื่อคัดค้านการขึ้นภาษี

อุตสาหกรรมยาสูบใช้ภัยคุกคามจากปริมาณการลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อน เพื่อลอบบีต่อต้านการขึ้นภาษี ผ่านการสร้างเรื่องราวปลุกเร้าความกังวล ซึ่งมักไม่มีข้อพิสูจน์ทางวิชาการ หลังจากการขึ้นภาษีในปี 2560 ยสท. อ้างว่ามี “บุหรี่เถื่อนเกลื่อนตลาด” อ้างอิงจำนวนที่สูงเกินจริงในสัดส่วนแบ่งตลาดผิดกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม จากรายงานธนาคารโลก ปี 2563 (โดยใช้ข้อมูลการสำรวจของบุหรี่ที่ถูกทิ้ง ใน 3 ประเทศ ได้แก่ ฟิลิปปินส์ บังคลาเทศ และออสเตรเลีย)<sup>109</sup> พบว่า ส่วนแบ่งที่แท้จริงของบุหรี่ที่ไม่ได้เสียภาษีต่ำกว่ามาก โดยสูงกว่าก่อนการขึ้นภาษีเพียงเล็กน้อย แม้จะเป็นประเด็นขัดแย้ง แต่อุตสาหกรรมสามารถสร้างอิทธิพลต่อนโยบายได้สำเร็จ นำไปสู่การเลื่อนขึ้นภาษีตามแผนเดิม รวมทั้งการลดภาษีชั่วคราวในบุหรี่ราคาถูก ปี 2562

## E10 แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายควบคุมยาสูบที่เข้มแข็ง แต่ยังมีช่องว่างในการบังคับใช้จากการแทรกแซงจากภาคอุตสาหกรรม

ประเทศไทยถือได้ว่าเป็นประเทศต้นแบบของโลกและเอเชียด้านนโยบายการควบคุมยาสูบที่ครอบคลุมที่สุดแห่งหนึ่ง เช่น การใช้ภาพคำเตือน 85% ของบุหรี่แบบเรียบ การห้ามโฆษณาอย่างครอบคลุม และการจัดเขตปลอดบุหรี่ แต่ประสิทธิภาพของนโยบายเหล่านี้กลับถูกลดทอนจากช่องว่างในการบังคับใช้ โดยเฉพาะการดำเนินตามข้อ 5.3 ของอนุสัญญา FCTC ว่าด้วยการป้องกันการแทรกแซงจากอุตสาหกรรมยาสูบ แม้ว่าบางหน่วยงานของรัฐจะมีนโยบายป้องกันความขัดแย้งทางผลประโยชน์ แต่กลับไม่ครอบคลุมกระทรวงหรือหน่วยงานที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ อีกทั้งยังมีการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่สม่ำเสมอในโลกดิจิทัล และมีข้อยกเว้นสำหรับกิจกรรม CSR ในสถานการณ์ฉุกเฉิน<sup>110,111</sup> ช่องโหว่เหล่านี้ถูกอุตสาหกรรมใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบ

## F ข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศและบริบทโลก

ข้อค้นพบส่วนนี้มาจากการใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจอิทธิพลของข้อตกลงทางการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศที่มีต่อนโยบายการควบคุมยาสูบในประเทศไทย ใช้หลักฐานที่เชื่อมโยงกันจากข้อตกลงหลายส่วน ได้แก่ ข้อบททางกฎหมายของข้อตกลงการค้าและการลงทุนพหุภาคี ภูมิภาค และทวิภาคีที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประยุกต์ใช้และการตีความข้อตกลงทางปฏิบัติตามแนวขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) และองค์กรที่มีพันธกิจในการระงับข้อพิพาท (ทั้งคณะกรรมการว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า Committee on Technical Barriers to Trade: TBT) และคำวินิจฉัยจากข้อพิพาทแนวปฏิบัติของอนุญาโตตุลาการระหว่างนักลงทุนกับรัฐที่เกี่ยวข้อง

กับมาตรการด้านสาธารณสุข และผลลัพธ์เชิงนโยบายในประเทศไทย ที่มีต่อมาตรการควบคุมยาสูบ และกรณีการชะลอการออกกฎหมาย “Regulatory chill” เนื่องจากความกังวลต่อผลกระทบจากข้อตกลงที่อาจเกิดขึ้น

แหล่งข้อมูลที่ใช้ทบทวนทางกฎหมาย เช่น กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ข้อตกลง WTO (General Agreement on Tariffs and Trade: GATT, TBT, Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights: TRIPS) ข้อตกลงอาเซียน (ASEAN Free Trade Area: AFTA, Regional Comprehensive Economic Partnership: RCEP) ข้อตกลงการค้าเสรีทวิภาคีที่สำคัญ (เช่น กับออสเตรเลีย ญี่ปุ่น) และการประเมินภูมิทัศน์ของสนธิสัญญาการลงทุนทวิภาคีของไทย<sup>112</sup> นอกจากนี้ข้อมูลจากเอกสารข้อตกลงทางการค้า มีการรวบรวมแนวปฏิบัติอย่างเป็นทางการของ WTO และ WHO รายงานของรัฐบาลวารสารตีพิมพ์นานาชาติ (จากฐานข้อมูลเช่น PubMed, Scopus, Google Scholar และคลังข้อมูลทางกฎหมาย) รายงานขององค์กรพัฒนาเอกชนและเอกสารของอุตสาหกรรมยาสูบ (นำมาใช้ด้วยความระมัดระวัง) เน้นการใช้ข้อความต้นฉบับและการวิเคราะห์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญในประเด็น รวบรวมข้อมูลตามตัวอักษรเพื่อการวิเคราะห์และการอ้างอิงที่แม่นยำ

แนวทางการวิเคราะห์ใช้วิธีผสมผสานมุมมองทางกฎหมาย เศรษฐกิจ และสาธารณสุข การวิเคราะห์นโยบายเชิงเปรียบเทียบ เพื่อนำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศกับความพยายามในการควบคุมยาสูบภายในประเทศ ดังที่แสดงให้เห็นจากประสบการณ์ของประเทศไทยกับการจัดทำของบาหลีแบบเรียบบการห้ามบุหรี่ไฟฟ้า และการตอบสนองต่อข้อพิพาทของ WTO เช่น DS371 ส่วนต่อไปนี้เป็น การนำเสนอสรุปข้อค้นพบข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศและการควบคุมยาสูบในประเทศไทย

### **F1 มาตรการควบคุมยาสูบตามกรอบ WHO FCTC เปรียบเทียบกับความตึงเครียดอย่างต่อเนื่องกับพันธสัญญาทางการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งส่งผลต่อนโยบายด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่**

ประเทศไทยดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบอย่างเข้มแข็ง เช่น การเก็บภาษีในอัตราสูง การห้ามโฆษณา การใช้ภาพคำเตือน และการจัดทำของบาหลีแบบเรียบบ อย่างไรก็ตาม กฎระเบียบภายในประเทศเหล่านี้ต้องอยู่ภายใต้ความซับซ้อนของข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ กฎของ WTO (เช่น GATT, TBT, TRIPS) ข้อตกลงระดับภูมิภาค (อาเซียน, RCEP) และสนธิสัญญาทวิภาคี ซึ่งสามารถจำกัดทางเลือกนโยบายได้ หากพิจารณาว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นในการจำกัดการค้า<sup>111</sup> ผลิตภัณฑ์นิโคตินและยาสูบรูปแบบใหม่ที่เพิ่งพัฒนา เช่น บุหรี่ไฟฟ้าและ HTPs แม้ปัจจุบันยังผิดกฎหมายในประเทศไทย แต่มีแนวโน้มของความขัดแย้งจากแรงกดดันจากภาคอุตสาหกรรมและข้อพิพาทที่อาจเกิดขึ้นภายใต้ข้อตกลงการค้า

### **F2 แม้จะมีข้อจำกัดจากข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการใช้พื้นที่นโยบายตามกรอบขั้วของประโยชน์ด้านสาธารณสุข เพื่อบุกเบิกมาตรการควบคุมยาสูบ เช่น ของบาหลีแบบเรียบบ**

กฎหมาย WTO โดยเฉพาะอย่างยิ่ง GATT Article XX(b)<sup>112</sup> อนุญาตให้ใช้มาตรการทางการค้าที่จำเป็นเพื่อปกป้องชีวิตหรือสุขภาพของมนุษย์ โดยต้องไม่เป็นการจำกัดการค้าแบบแพร่กระจายประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดทำบรรจุภัณฑ์แบบเรียบบ ในปี 2562 ถือเป็นประเทศแรกในเอเชียหลังจากการชนะคดีของออสเตรเลียใน WTO<sup>113</sup> แสดงให้เห็นว่า มาตรการด้านสุขภาพที่เข้มแข็งและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถเป็นเกราะป้องกันภายใต้กฎหมายการค้า เน้นย้ำว่าแม้กฎการค้าจะกำหนดให้มีการออกแบบนโยบายอย่างรอบคอบเพื่อให้ไม่มีการเลือกปฏิบัติและมีความจำเป็น แต่ก็มิได้ขัดขวางกฎระเบียบด้านสาธารณสุขที่เข้มแข็ง

### **F3 การเพิ่มขึ้นและการตลาดเชิงรุกของผลิตภัณฑ์ยาสูบและนิโคตินรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไฟฟ้าและ HTPs กลายเป็นสมรรถภูมิรบใหม่ระหว่างการปกป้องมาตรการทางสาธารณสุขกับการเปิดเสรีทางการค้า กฎหมายห้ามของประเทศไทยกำลังเผชิญกับการล้อมบื้ออย่างหนักจากอุตสาหกรรมและความท้าทายทางการค้าที่อาจเข้าข่ายการจำกัดการค้า**

ประเทศไทยมีกฎหมายห้ามการนำเข้า การขาย และการครอบครองบุหรี่ไฟฟ้าและ HTPs ตั้งแต่ปี 2557-2558 ด้วยเหตุผลด้านสาธารณสุข<sup>114</sup> เช่น การเสพติดในเยาวชนและผลกระทบระยะยาวที่ไม่แน่ชัด การห้ามเชิงป้องกันถือมีความเปราะบาง ต่อข้อพิพาททางการค้า เนื่องจากมีเพียงไม่กี่ประเทศโลกที่ยังคงห้ามโดยสมบูรณ์และผู้เล่นในอุตสาหกรรม รวมถึงบริษัทบุหรี่ข้ามชาติและกลุ่มหน้าฉากล้อมบื้ออย่างเต็มที่เพื่อเปิดตลาด โดยให้เหตุผลว่าเป็นการจำกัดการค้าโดยไม่จำเป็นและขัดขวางนวัตกรรม

### **F4 ข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศเปลี่ยนภูมิทัศน์ตลาดบาหลีของประเทศไทยผ่านการเปิดเสรีภาษีศุลกากร ซึ่งเพิ่มการแข่งขันจากต่างประเทศ จึงต้องปรับกลยุทธ์การควบคุมยาสูบภายในประเทศ มุ่งเน้นการเก็บภาษีที่ไม่เลือกปฏิบัติและดำเนินมาตรการที่นอกเหนือจากภาษีอย่างเข้มงวด**

ภายหลังจากการตัดสินของ GATT ในปี 2533 (ค.ศ. 1990) ที่บังคับให้ประเทศไทยเปิดตลาดบาหลีต่างประเทศ และลดภาษีศุลกากรตามข้อผูกพันของ AFTA และ WTO บริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้เพิ่มส่วนแบ่งตลาดอย่างมีนัยสำคัญ ลดอำนาจโรงงานยาสูบของรัฐหรือปัจจุบันคือการยาสูบแห่งประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องพึ่งพาภาษีสรรพสามิตภายในประเทศมากขึ้น ตามข้อกำหนดของ WTO และไม่เลือกปฏิบัติ (เน้นย้ำในข้อพิพาท DS371 กับฟิลิปปินส์)<sup>115</sup> และดำเนินมาตรการที่ไม่ใช่ภาษี เช่น กฎระเบียบเกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์และการพิมพ์ฉลาก ซึ่งอยู่ภายใต้การตรวจสอบในข้อตกลง TBT และ TRIPS เช่นกัน

**F5 การพิจารณาระงับข้อพิพาทระหว่างนักลงทุนกับรัฐจากสนธิสัญญาการลงทุนทวิภาคีหลายฉบับของประเทศไทยก่อให้เกิดภัยคุกคามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่การฟ้องร้องคดี หรือส่งผลให้เกิดการชะลอกฎหมาย “Regulatory chill” ยับยั้งการกำหนดนโยบายอย่างเข้มแข็ง**

กลไกระงับข้อพิพาท Investor-State Dispute Settlement: ISDS เปิดพื้นที่ให้นักลงทุนต่างชาติสามารถฟ้องร้องรัฐบาลโดยตรงหากถูกมองว่าการดำเนินนโยบายมีผลเชิงลบต่อการลงทุน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ Philip Morris เคยใช้กับอูรุกวัยและออสเตรเลีย<sup>116</sup> แม้ว่าประเทศไทยจะยังไม่เคยเผชิญกับการฟ้องร้องในประเด็นการควบคุมยาสูบแต่สนธิสัญญาการลงทุนทวิภาคีฉบับเก่าหลายฉบับขาดข้อยกเว้นด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน สร้างความเปราะบางแก่การดำเนินการบางมาตรการ เช่น บรรจุภัณฑ์แบบเรียบ หรือการห้ามผลิตภัณฑ์รูปแบบใหม่ ที่อาจตีความว่าส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์ทางการค้า<sup>117</sup>

**F6 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายที่ความรุนแรงขึ้นจากความแตกต่างทางราคาในระดับภูมิภาคอันเป็นผลจากภาษียาสูบที่สูงของประเทศไทยและการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ สร้างความท้าทายต่อเป้าหมายทางสาธารณสุขและรายได้ภาษี**

ความแตกต่างของราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างประเทศไทย และประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากนโยบายภาษียาสูบที่มีประสิทธิภาพของประเทศไทย สร้างแรงจูงใจทางเศรษฐกิจต่อการลักลอบนำเข้า บัจฉัยส่วนหนึ่งจากการอำนวยความสะดวกทางการค้าในภูมิภาค ข้อตกลง เช่น อาเซียน และ RCEP นำเสนอความร่วมมือด้านศุลกากรเพื่อจัดการกับปัญหานี้ ประเทศไทยวางแผนจะให้สัตยาบันต่อการขจัดการค้าที่ผิดกฎหมาย<sup>118,119,120</sup> ถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการเสริมสร้างขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาผ่านความร่วมมือระหว่างประเทศ

**F7 บัจฉัยสำคัญของการคงความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศไทยท่ามกลางพันธสัญญาการค้าระหว่างประเทศ เกิดจากการทำงานร่วมกันเชิงกลยุทธ์ระหว่างกระทรวง การบูรณาการมาตรการปกป้องสาธารณสุขเชิงรุกในการเจรจาการค้า และการยึดแนวทางตาม WHO FCTC**

การป้องกันและดำเนินมาตรการควบคุมยาสูบที่เข้มแข็งแสดงให้เห็นการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างกระทรวงสาธารณสุข พาณิชย์ การคลัง และการต่างประเทศ เป็นปัจจัยสำคัญ การดำเนินการยึดหลักการของนโยบายตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่มีการเลือกปฏิบัติ และถูกต้องตามกฎหมายการค้าที่บังคับใช้ แนวทางของประเทศไทยในการเจรจาการค้าที่ผ่านมา รวมถึงการพิจารณาข้อตกลงที่อาจเกิดขึ้น เช่น CPTPP และการเจรจา Free Trade Agreement อื่น ๆ แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจของการปลูกฝังมาตรการปกป้อง เช่น ข้อยกเว้นยาสูบ นอกจากนี้ กรอบอนุสัญญา WHO FCTC เองทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสำคัญ เป็นรากฐานที่ชอบธรรมในการให้เหตุผลของนโยบายควบคุมยาสูบและปกป้องนโยบายจากการแทรกแซงทางการค้า<sup>121,122</sup>



# ส่วนที่ 4

สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ  
เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของ  
แผนควบคุมยาสูบ



## ส่วนที่ 4 สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคยาสูบ

การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดขึ้นเพื่อระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมยาสูบในประเทศไทย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการจัดลำดับความสำคัญเชิงนโยบาย เพื่อเป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับการดำเนินงานช่วงปี 2569-2571

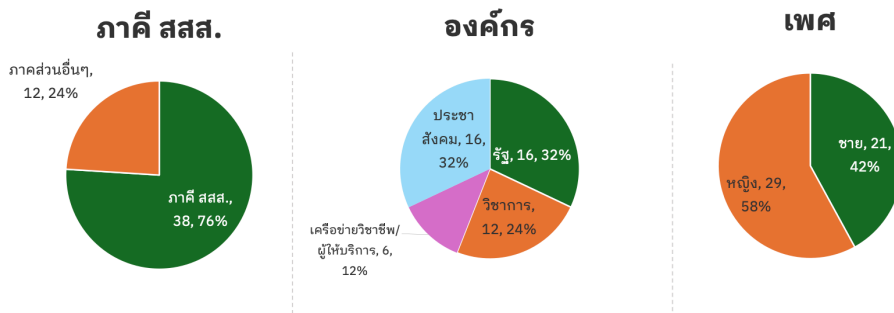
### 4.1 เกี่ยวกับการประชุม

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้จัดขึ้นภายใต้กรอบของโครงการวิจัยเรื่อง “โครงการพัฒนาบทวิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติดในประเทศไทย” เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 5 มิถุนายน 2568 เวลา 08.30-15.00 น. ณ ห้องประชุมเมจิก 3 ชั้น 2 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

ผู้เข้าร่วมรวมจากภาคีเครือข่ายของแผนควบคุมยาสูบ และผู้แทนองค์กรภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องจำนวนรวม 50 ท่าน มีความครอบคลุมตามภาคส่วนการขับเคลื่อนงานทั้งภาคนโยบาย ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ดังตารางที่ 4.1

องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมประชุมเป็นภาคี สสส. 38 ท่าน (ร้อยละ 76) ที่มีประสบการณ์ในการควบคุมยาสูบ หากแบ่งตามประเภทองค์กร พบว่าครึ่งหนึ่งเป็นภาคประชาสังคม (ร้อยละ 32) รองลงมาคือภาครัฐ (ร้อยละ 32) ภาควิชาการ (ร้อยละ 24) และเครือข่ายวิชาชีพ/ผู้ให้บริการ (ร้อยละ 12) ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมมีความสมดุลด้านเพศ มีจำนวนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน ภาพที่ 4.1 นำเสนอองค์ประกอบผู้เข้าร่วมประชุม

ภาพที่ 4.1 องค์ประกอบผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคยาสูบ



หมายเหตุ: ภาคส่วนอื่น ๆ เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, กระทรวงวัฒนธรรม, กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, กระทรวงแรงงาน, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ

ตารางที่ 4.1 หน่วยงานที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมยาสูบ

ลำดับ	รายชื่อหน่วยงาน
1	กระทรวงมหาดไทย
2	กระทรวงการคลัง
3	กระทรวงศึกษาธิการ
4	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
5	กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
6	กระทรวงแรงงาน
7	กระทรวงวัฒนธรรม
8	กระทรวงการพัฒนาการฯ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
9	กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

ตารางที่ 4.1 หน่วยงานที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมยาสูบ (ต่อ)

ลำดับ	รายชื่อหน่วยงาน
10	กระทรวงสาธารณสุข
11	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
12	สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า
13	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
14	สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
15	มหาวิทยาลัยมหิดล
16	มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
17	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
18	สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์
19	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
20	สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย
21	สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม (ประเทศไทย)
22	ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
23	ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ
24	มูลนิธิสื่อเพื่อสุขภาวะ
25	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
26	มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
27	มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย
28	มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว
29	มูลนิธิคนเห็นคน
30	มูลนิธิสถาบันวิจัยท้องถิ่น
31	มูลนิธิโกลด์คิมทอง
32	มูลนิธิสร้างสุขไทย
33	มูลนิธิรณรงค์หยุดพนัน

ตารางที่ 4.1 หน่วยงานที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมยาสูบ (ต่อ)

ลำดับ	รายชื่อหน่วยงาน
34	เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
35	เครือข่ายวิชาชีพพยาบาล
36	เครือข่ายวิชาชีพทันตแพทย์
37	เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม
38	เครือข่ายวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ฯ
39	เครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัด
40	บริษัทห้องปฏิบัติการทางสังคม (Social Lab)
41	บริษัทสร้างสรรค์ปัญญา
42	ผู้ทรงคุณวุฒิ
43	ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบ
44	ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารออนไลน์
45	นักวิชาการโครงการนุหรี่พิศ 5
46	นักวิชาการอิสระ

#### 4.2 วัตถุประสงค์การประชุมฯ

การจัดประชุมครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก (สำนัก 1) สสส. โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นเวทีสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม รับฟังความคิดเห็น และร่วมกันลำดับความสำคัญในการสนับสนุนการจัดทำสถานการณ์ ประกอบการจัดทำแผนดำเนินการประจำปี 2569

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีบทบาทสำคัญในฐานะกลไกการจัดเก็บข้อมูล เชิงลึกจากผู้มีประสบการณ์โดยตรง เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้จากเอกสารทบทวน และตรวจสอบความถูกต้องและความทันสมัยของข้อมูลที่มีอยู่ การประชุมมีวัตถุประสงค์ย่อยดังต่อไปนี้

- 1. ระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่าย** ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ในเชิงลึก ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
- 2. แลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และข้อเสนอเชิงนโยบาย** เกี่ยวกับความท้าทาย โอกาส และความเร่งด่วนของการควบคุมการบริโภคยาสูบในระยะ 1-3 ปีข้างหน้า
- 3. จัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ควรบรรจุในแผนควบคุมฯ ปี 2569** เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับการจัดทำทวิเคราะห์สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ

**4. สะท้อนบทบาทของ สสส.** ในการสนับสนุนกลไกการดำเนินงานและการกำกับทิศทางของแผนควบคุมยาสูบในอนาคตให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

#### 4.3 ข้อคิดเห็นจากการประชุม

คณะผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจาก (ร่าง) รายงานสถานการณ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดในประเทศไทย โดยคณะผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์จากหลายมุมมองโดยใช้วิธีการวิเคราะห์สถานการณ์หลายมิติ (Multiple-lens situational-analysis) และสอดคล้องกับหลักการ WHO-Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) MPOWER การพิจารณาปัจจัยกำหนดเชิงการค้ำกำหนดสุขภาพ (CDH) Kingdon's Multiple Streams Framework ในเวทีมีการแสดงความคิดเห็นเพื่อเพิ่มเติมประเด็นช่องว่างของการดำเนินงานและข้อเสนอแนะหลายประการ

##### 4.3.1 สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะการอภิปราย

ผู้เข้าร่วมประชุมได้หยิบยกประเด็นสำคัญหลายประเด็นขึ้นมาหารือ โดยให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความท้าทายและทิศทางในอนาคตของการควบคุมยาสูบในประเทศไทย โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

## 1. แนวทางการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนภาครัฐ (Whole of Government Approach) และความเข้าใจของสังคม

- ผู้เข้าร่วมเน้นย้ำถึงความจำเป็นที่การควบคุมยาสูบจะต้องเป็นความรับผิดชอบของภาครัฐทั้งหมด มิใช่เพียงกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยอ้างอิงถึงการให้สัตยาบันต่ออนุสัญญา FCTC ซึ่งสะท้อนถึงพันธกรณีระดับชาติ และเรียกร้องให้สังคม สื่อ รวมถึงเจ้าหน้าที่ระดับสูง ตระหนักว่าการควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุมนั้นจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากหลายกระทรวง อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กรมศุลกากร และกรมสรรพสามิต
- มีการตั้งข้อสังเกตว่ายังมีความเข้าใจผิดโดยทั่วไป แม้ในกลุ่มสื่อและเจ้าหน้าที่ว่าการควบคุมยาสูบเป็นเพียงเรื่องของแคมเปญสร้างความตระหนัก ซึ่งนำไปสู่มุมมองว่า สสส. ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีการใช้คำเปรียบเปรย “สงคราม” เพื่ออธิบายการต่อสู้อย่างต่อเนื่องกับธุรกิจยาสูบซึ่งมุ่งเน้นผลกำไรและมีการแทรกแซงนโยบาย
- ผู้เข้าร่วมประชุมได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการจูงใจให้ผู้บริโภคบุหรี่ด้วยการสร้างความไว้วางใจ โดยชี้ว่าประชาชนในชุมชนที่มีรายได้ต่ำหรือมีการศึกษาน้อยอาจใช้ยาสูบเนื่องจากขาดการเข้าถึงองค์ความรู้และได้รับอิทธิพลจากการตลาดและแพชชั่น นอกจากนี้ ยังเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการสร้างอิทธิพลต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานให้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมยาสูบอย่างจริงจัง

## 2. การวางแผนและกรอบยุทธศาสตร์

- ผู้เข้าร่วมแสดงความประสงค์ให้การวางแผนสอดคล้องและบูรณาการกับกรอบการทำงานระดับชาติและนานาชาติที่มีอยู่ อาทิ FCTC MPOWER แผน 5 ปีของ สสส. (พ.ศ. 2566-2570) และแบบจำลอง Chain of Outcome (COO) เนื่องจากรายงานฉบับปัจจุบันยังขาดกรอบการทำงานที่ชัดเจน แพทย์หญิงจินตนา เน้นย้ำว่าองค์ประกอบ “ป้องกันประชาชนจากควันบุหรี่มือสอง” (P) และ “เตือนภัยจากอันตรายของยาสูบ” (W) ของ MPOWER ดูเหมือนจะขาดหายไปจากช่องว่างเริ่มต้น
- มีการเน้นย้ำถึงความสำคัญของการวิเคราะห์เชิงลึกถึงสาเหตุรากฐานของปัญหา และการระบุแนวทางแก้ไขที่จับต้องได้มากกว่าเพียงแค่การแสดงรายการปัญหา พร้อมทั้งเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดผลได้สำหรับการดำเนินการที่วางแผนไว้ เพื่อติดตามความก้าวหน้าและผลกระทบ
- จากการประเมินผลการดำเนินงานครึ่งวาระของ สสส. (พ.ศ. 2566-2568) พบว่าความก้าวหน้าส่วนใหญ่อยู่ในการสื่อสาร/ การขับเคลื่อนทางสังคม และการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ แต่มีความก้าวหน้าในด้านวิชาการ/นวัตกรรม และการสร้างขีดความสามารถในระดับชุมชน/ครอบครัว การวิเคราะห์โครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ชี้ให้เห็นถึงกิจกรรมที่สูงในด้านการสื่อสาร/การขับเคลื่อน แต่มีการมีส่วนร่วมน้อยในด้านการบังคับใช้กฎหมาย โครงสร้างภาษี และการควบคุมยาสูบผิดกฎหมาย รวมถึงการประเมินผล

## 4.3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

จากการวิเคราะห์ประเด็นเข้าข้อในแต่ละมิติ คณะผู้วิจัยได้เสนอช่องว่างเชิงระบบ 11 ประการ ผู้เข้าร่วมได้อภิปรายและเสนอเพิ่มเติมอีก 5 ช่องว่าง รวมเป็น 16 ช่องว่าง (G12-G16) ดังนี้

- **G1** โครงสร้างระบบภาษีบุหรี่สองอัตราไม่เกิดประสิทธิภาพ
- **G2** การเก็บภาษียาเส้นในอัตราที่ต่ำ
- **G3** ความไม่แน่นอนและความท้าทายในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า
- **G4** การสนับสนุนการเลิกบุหรี่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มประชากรที่เปราะบาง
- **G5** จุดอ่อนที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด
- **G6** ชุมชนที่ด้อยโอกาสมักแสดงระดับการใช้ยาสูบที่สูงเนื่องจากความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ สังคม และพื้นที่ทางภูมิศาสตร์
- **G7** การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบยังคงขัดขวางการออกนโยบายด้านสุขภาพ
- **G8** ระบบการเฝ้าระวังที่ยังไม่ชัดเจนและปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลสถิติการสูบบุหรี่
- **G9** การขาดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนอย่างเข้มแข็ง
- **G10** การจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอในภาพรวมต่อความพยายามควบคุมยาสูบ
- **G11** ปัญหาบุหรี่ลักลอบนำเข้าและการควบคุมที่ไม่มีประสิทธิภาพ
- **G12** Policy incoherence เป็นการต่อสู้อันตรายระหว่างภาครัฐสุขภาพและภาคธุรกิจ (Health vs Trade)
- **G13** การสื่อสารสังคมให้เข้าใจว่าการควบคุมยาสูบเป็นเรื่องของทุกคนทุกภาคส่วน
- **G14** บทบาทของ สสส.
- **G15** ค่านิยมใหม่ของการสูบบุหรี่ในเยาวชนรุ่นใหม่
- **G16** นโยบายลดอุปทาน เช่น ผู้ปลูกยาสูบ

## 4.3.3 การจัดลำดับความสำคัญประเด็นเร่งด่วนใน 1-3 ปีข้างหน้า

ผู้เข้าร่วมจัดลำดับความสำคัญของช่องว่าง (G1-G16) โดยใช้เครื่องมือ Mentimeter ของช่องว่างในการดำเนินงานด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 45 คน ให้คะแนนแต่ละประเด็นในสองมิติ

**X. ความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการใน 1-3 ปีข้างหน้า (Urgency)** พิจารณาจากความรุนแรงของปัญหา แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ดำเนินการโดยเร็ว

**Y. ความเป็นไปได้หรือความพร้อมในการดำเนินการใน 1-3 ปีข้างหน้า (Feasibility)** พิจารณาจากการสนับสนุนของ สสส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความพร้อมของงบประมาณและบุคลากร ศักยภาพของภาคีเครือข่าย และบริบททางการเมืองและสังคม

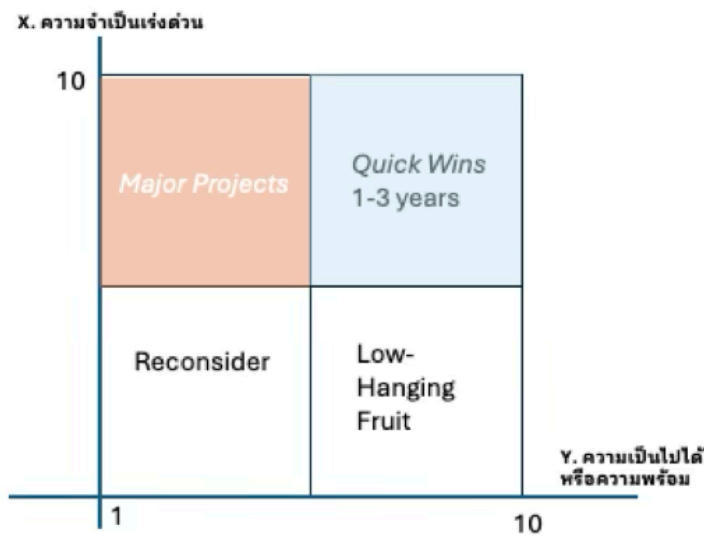
### การจัดกลุ่มประเด็นแบ่งออกเป็น 4 ประเภท

- **Quick Wins:** ความเร่งด่วนสูง ความพร้อมในการดำเนินการสูง
- **Major Projects:** ความเร่งด่วนสูง ความพร้อมในการดำเนินการต่ำ
- **Low-Hanging Fruit:** ความเร่งด่วนต่ำ ความพร้อมในการดำเนินการสูง
- **Reconsider:** ความเร่งด่วนต่ำ ความพร้อมในการดำเนินการต่ำ

ผู้ตอบแบบประเมินได้สะท้อนความคิดเห็นโดยการให้คะแนนแต่ละประเด็นในระดับคะแนน 1-10 โดยคะแนนเฉลี่ยจากทั้งสองมิติถูกนำมารวมกันเป็น “คะแนนรวม (SUM score)” เพื่อใช้ประกอบการจัดลำดับความสำคัญของแต่ละประเด็น และแบ่งออกเป็นกลุ่มได้แก่

- Quick wins: ประเด็นที่มีคะแนนรวมสูงจากทั้งสองมิติ ซึ่งมีความจำเป็นเร่งด่วนและสามารถดำเนินการได้ในระยะสั้น
- High Priority but Low Feasibility: ประเด็นที่มีความเร่งด่วนสูง แต่มีข้อจำกัดด้านความพร้อม
- Low Priority/Lower Feasibility: ประเด็นที่อาจพิจารณาในระยะกลางหรือยาว

ภาพที่ 4.2 กรอบการจัดลำดับความสำคัญประเด็นเร่งด่วนด้านการควบคุมยาสูบใน 1-3 ปี



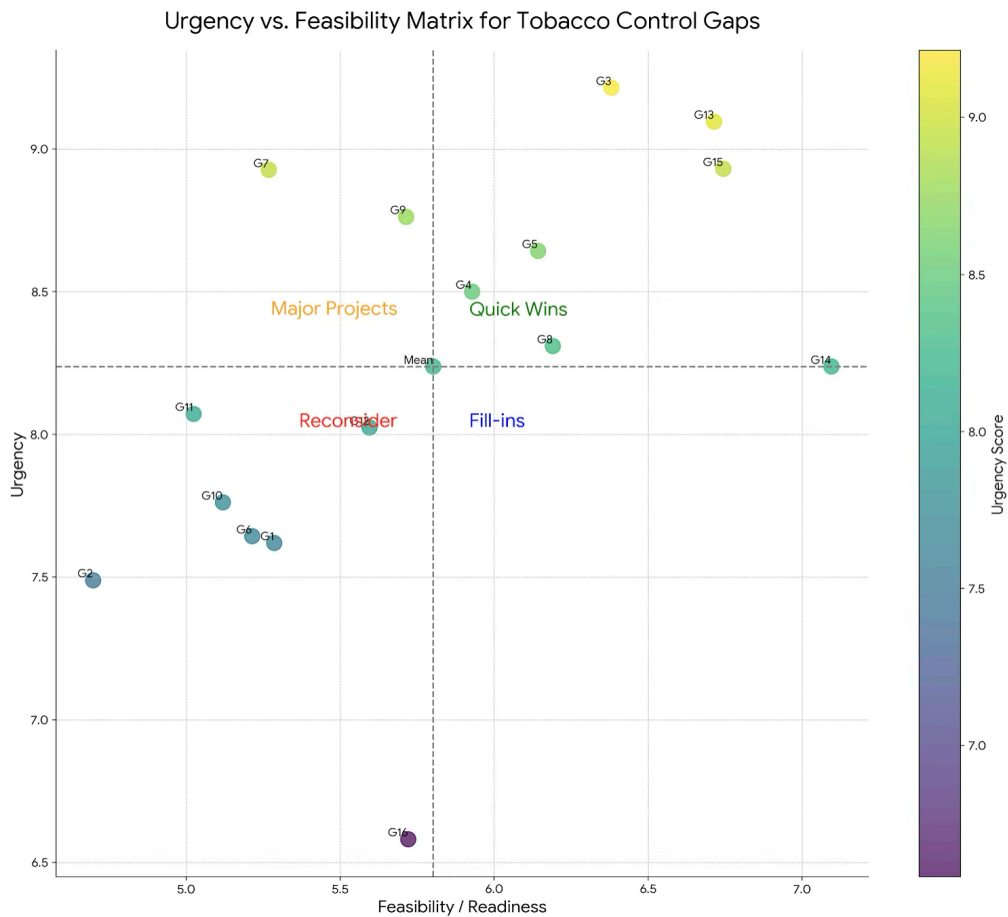
จากการจัดลำดับความสำคัญเบื้องต้นพบว่าประเด็นปัญหาที่ระบุไว้ส่วนใหญ่ถูกมองว่ามีความเร่งด่วนสูง และมีความพร้อมในการดำเนินการสูง โดยมีค่าเฉลี่ยความเร่งด่วนรวมอยู่ที่ 8.2 และค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดำเนินการอยู่ที่ 5.8 คณะผู้วิจัยสรุปลำดับความสำคัญตามประเภทดังต่อไปนี้

- กลุ่ม “Quick Win” (มีความเร่งด่วนสูง มีความพร้อมสูง):
  - G3: ความไม่แน่นอนและความท้าทายในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า (ความเร่งด่วน 9.21, ความพร้อม 6.38)
  - G13: การสื่อสารสังคมเพื่อให้เข้าใจว่าการควบคุมยาสูบเป็นเรื่องของทุกคนทุกส่วน (ความเร่งด่วน 9.10, ความพร้อม 6.71)
  - G15: ค่านิยมการสูบบุหรี่ในเยาวชนรุ่นใหม่ (ความเร่งด่วน 8.93, ความพร้อม 6.74)
  - G5: จุดอ่อนที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด (ความเร่งด่วน 8.64, ความพร้อม 6.14)

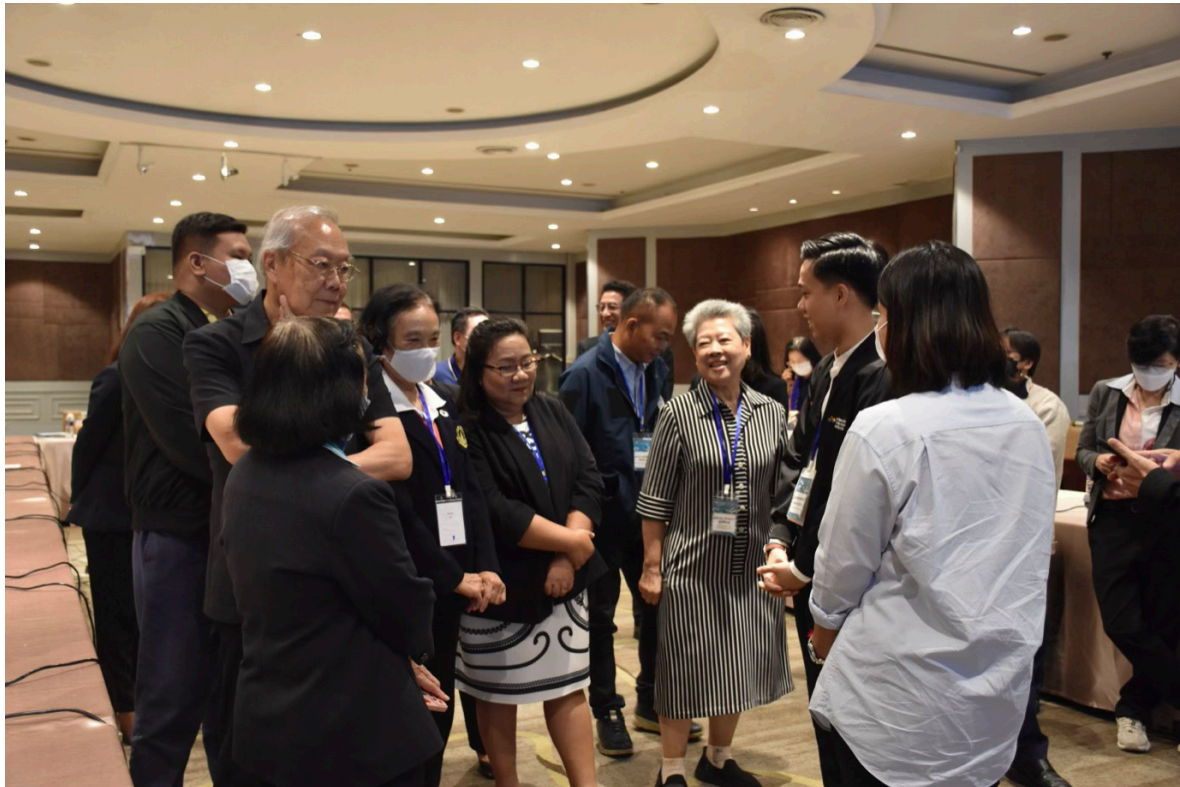
- G4: การสนับสนุนการเลิกบุหรี่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มประชากรที่เปราะบาง (ความเร่งด่วน 8.50, ความพร้อม 5.93)
- G8: ระบบการเฝ้าระวังที่ยังไม่ชัดเจนและปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลสถิติการสูบบุหรี่ (ความเร่งด่วน 8.31, ความพร้อม 6.19)
- G14: บทบาทของ สสส. (ความเร่งด่วน 8.24, ความพร้อม 7.10)
- กลุ่ม “Low-hanging Fruit” (มีความเร่งด่วนสูง แต่ความพร้อมปานกลาง):
  - G7: การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบยังคงขัดขวางการออกนโยบายด้านสุขภาพ (ความเร่งด่วน 8.93, ความพร้อม 5.27)
  - G9: การขาดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนอย่างเข้มแข็ง (ความเร่งด่วน 8.76, ความพร้อม 5.71)

- กลุ่มที่มีความเร่งด่วนและความเป็นไปได้ในการดำเนินการที่ต่ำกว่าในการประเมินเบื้องต้น:
  - G11: ปัญหาหริ่เถื่อนนำเข้าและการควบคุมที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ความเร่งด่วน 8.07, ความพร้อม 5.02)
  - G12: ความไม่สอดคล้องของนโยบาย (การต่อสู้ระหว่างหลักสุขภาพและภาคธุรกิจ) (ความเร่งด่วน 8.02, ความพร้อม 5.06)
  - G10: การจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการภาพรวมร่วมตัวพยายามควบคุมยาสูบ (ความเร่งด่วน 7.76, ความพร้อม 5.12)
- G6: ชุมชนที่ด้อยโอกาสมีการเลิกระดับการใช้ยาสูบสูงเนื่องจากความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ (ความเร่งด่วน 7.64, ความพร้อม 5.21)
- G1: โครงสร้างระบบภาษีหรือสองอัตราไม่เกิดประสิทธิภาพ (ความเร่งด่วน 7.62, ความพร้อม 5.29)
- G2: การเก็บภาษีล่าช้าในอัตราที่ต่ำ (ความเร่งด่วน 7.49, ความพร้อม 4.70)
- G16: การสนับสนุนเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ (ความเร่งด่วน 6.58, ความพร้อม 5.72)

**ภาพที่ 4.3** ภาพรวมของการจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบจาก Urgency-Feasibility Matrix



ภาพที่ 4.4 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1



ภาพที่ 4.5 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2



ภาพที่ 4.6 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3



ภาพที่ 4.7 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 4



#### 4.3.4 ข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบในช่วงปี 2569-2571

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นเพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ข้อสรุปร่วมกันถึงทิศทางการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในช่วง พ.ศ. 2569-2571 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการบูรณาการ ทั้งมาตรการทางกฎหมาย การเสริมสร้างกลไกระดับพื้นที่ การสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการใช้ข้อมูลเชิงวิชาการ บทนี้จึงนำเสนอทิศทางการยุทธศาสตร์ทั้งสี่ด้านที่จะเป็นกรอบสำคัญในการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ทิศทางการยุทธศาสตร์โดยรวมมุ่งให้การควบคุมยาสูบของประเทศเดินหน้าอย่างฉับไวและมีผลลัพธ์ที่จับต้องได้ ผ่านสามแกนหลักที่เชื่อมโยงถึงกัน คือ (1) สร้างระบบข้อมูลที่เชื่อมประสานอย่างเข้มแข็งเพื่อควบคุมยาสูบ ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด เพื่อควบคุมยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) ปรับค่านิยมและเพิ่มความรู้เรื่องยาสูบในสังคม พร้อมทั้งให้ความรู้ที่ถูกต้อง โดยจะใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่ตรงกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกับกลุ่มเยาวชนและกลุ่มประชากรเปราะบาง และ (3) บูรณาการงานควบคุมยาสูบเข้ากับภารกิจหลักของ สสส. เพื่อสร้างสรรค์และประเมินผลลัพธ์เพื่อสุขภาวะที่ดี

#### ทิศทางการยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างระบบข้อมูลที่เชื่อมประสานอย่างเข้มแข็งเพื่อควบคุมยาสูบ ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด เพื่อควบคุมยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- สนับสนุนการวิจัยและสร้างหลักฐานเพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ควบคุมยาสูบในประเทศไทยจากหลากหลายมิติ โดยเฉพาะผลกระทบของยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใหม่ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า (สอดคล้องกับ G3 และ G8)
- จัดทำเอกสารสรุปและรายงานที่อิงหลักฐานทางวิชาการ เพื่อให้ข้อมูลทันต่อสถานการณ์แก่ผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งจำเป็นต่อการคาดการณ์และรับมือกับการแทรกแซงจากอุตสาหกรรมยาสูบ (สอดคล้องกับ G3 และ G8)
- แปลงข้อมูลการวิจัยและการเฝ้าระวังในระดับประเทศ ให้อยู่ในรูปแบบที่ใช้งานได้จริงและเข้าใจง่าย เพื่อสนับสนุนการนำมาตรการควบคุมยาสูบไปปฏิบัติในระดับภูมิภาค จังหวัด และท้องถิ่น (สอดคล้องกับ G5 และ G8)

#### ทิศทางการยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับค่านิยมและเพิ่มความรู้เรื่องยาสูบในสังคมพร้อมทั้งให้ความรู้ที่ถูกต้อง โดยจะใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่ตรงกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกับกลุ่มเยาวชนและกลุ่มประชากรเปราะบาง

พัฒนาเนื้อหาหรือนรงค์ที่ทันสมัย โดยเฉพาะทางสื่อออนไลน์ กิจกรรมในโรงเรียน และการให้ความรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้องในกลุ่มเยาวชนที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า (สอดคล้องกับ G15, G3 และ G13)

- พัฒนากิจกรรมเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายสนับสนุนสำหรับเยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษา โดยจัดหาแหล่งข้อมูลต่อต้านบุหรี่ไฟฟ้าที่เหมาะสม การสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ที่เข้าถึงได้ และโอกาสการมีพี่เลี้ยงดูแล (สอดคล้องกับ G4, G3 และ G15)
- พัฒนาและเผยแพร่กิจกรรมโครงการเติมรูปแบบ เพื่อจัดสรรทรัพยากร แรงจูงใจ และการสนับสนุนที่เข้าถึงได้แก่ครอบครัว เพื่อสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ในบ้าน โดยเน้นย้ำถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองและมือสาม (สอดคล้องกับ G4 และ G13)

#### ทิศทางการยุทธศาสตร์ที่ 3 บูรณาการงานควบคุมยาสูบเข้ากับภารกิจหลักของ สสส. เพื่อสร้างสรรค์และประเมินผลลัพธ์เพื่อสุขภาวะที่ดี

- พัฒนายุทธศาสตร์ร่วมภายในองค์กร สสส. เพื่อจัดการกับการใช้ยาสูบและแอลกอฮอล์ควบคู่กันไป โดยตระหนักว่าการเสพติดรวมนี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้นและจำเป็นต้องมีแนวทางแบบบูรณาการ (สอดคล้องกับ G14)
- พัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหามันแบบบูรณาการที่ผนวกแผนการควบคุมยาสูบเข้าเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ที่กว้างขึ้นภายใต้ภารกิจสำคัญของ สสส. และบริบทภาพใหญ่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (สอดคล้องกับ G4, G3 และ G15)

# ส่วนที่ 5

## แนะนำรายงานและหนังสือ ที่น่าสนใจ



## ส่วนที่ 5 แนะนำรายงานและหนังสือที่น่าสนใจ

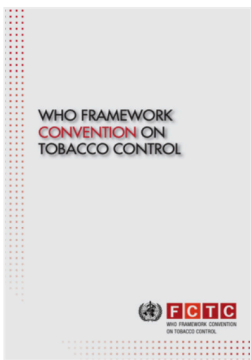
ขอแนะนำรายชื่อรายงานและหนังสือที่น่าสนใจซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมและลดอันตรายจากยาสูบ ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ที่ช่วยเปิดมุมมองใหม่ต่อปัญหาเชิงโครงสร้าง เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างรอบด้าน



### WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco

เป็นหนังสือสำคัญที่เตือนถึงอันตรายร้ายแรงของยาสูบ ซึ่งยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่ป้องกันได้อันดับต้นของโลก รายงานฉบับนี้สรุปข้อมูลล่าสุด แนวโน้มการใช้ยาสูบ และมาตรการควบคุมที่ได้ผล เช่น การขึ้นภาษี การห้ามโฆษณา และการกำหนดเขตปลอดบุหรี่ เหมาะสำหรับนักนโยบาย นักวิชาการ และผู้สนใจด้านสาธารณสุขที่ต้องการข้อมูลเชิงลึกเพื่อเร่งป้องกันและลดผลกระทบจากยาสูบอย่างยั่งยืน

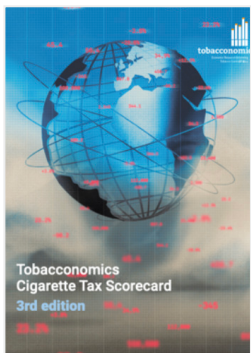
สืบค้นจาก: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>



### WHO Framework Convention on Tobacco Control

อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) เป็นสนธิสัญญาด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศฉบับแรกของโลกที่มีผลผูกพันทางกฎหมาย จัดทำขึ้นเพื่อปกป้องสุขภาพของผู้คนจากอันตรายของยาสูบ ครอบคลุมมาตรการสำคัญ เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่ การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย การควบคุมการขายให้เยาวชน และการป้องกันควันบุหรี่มือสอง หนังสือฉบับนี้เหมาะสำหรับนักนโยบาย นักวิชาการ และผู้สนใจงานสาธารณสุขที่ต้องการทำความเข้าใจกรอบความร่วมมือระดับโลก เพื่อใช้เป็นแนวทางผลักดันกฎหมายและมาตรการควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบและยั่งยืนในทุกประเทศ

สืบค้นจาก: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf>



### Tobacconomics Cigarette Tax Scorecard

รายงานสำคัญที่วิเคราะห์และจัดอันดับนโยบายภาษีบุหรี่ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยประเมินประสิทธิภาพของโครงสร้างภาษี ระดับภาษี การปรับตามเงินเฟ้อและรายได้ ตลอดจนความเข้มงวดของการดำเนินนโยบาย รายงานนี้ช่วยให้เห็นภาพว่าแต่ละประเทศมีจุดแข็งและจุดอ่อนในการใช้มาตรการภาษีเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องอย่างไร เหมาะสำหรับนักวิชาการ นักกำหนดนโยบาย และผู้สนใจด้านสาธารณสุขที่ต้องการข้อมูลเชิงลึกและหลักฐานเพื่อผลักดันการปรับปรุงนโยบายภาษีบุหรี่ให้มีประสิทธิผลมากขึ้นในระดับโลกและระดับประเทศ

สืบค้นจาก: <https://www.economicsforhealth.org/cigarette-tax-scorecard/th/>



### Global Tobacco Industry Interference Index 2023

หนังสือสำคัญที่ชี้ให้เห็นถึงกลยุทธ์และอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบทั่วโลกที่ยังคงขัดขวางความก้าวหน้าในการควบคุมยาสูบ โดยอ้างอิงข้อมูลจาก 90 ประเทศเพื่อประเมินระดับการแทรกแซงในนโยบายสาธารณสุข หนังสือเล่มนี้เปิดเผยทั้งรูปแบบการลอบบี้ การโฆษณาแฝง และการสร้างภาพลักษณ์เพื่อผลักดันผลประโยชน์ของธุรกิจ พร้อมนำเสนอการจัดอันดับและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสริมความเข้มแข็งของมาตรการป้องกันจึงเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับนักวิชาการผู้กำหนดนโยบายและนักณรงค์ด้านสาธารณสุขที่ต้องการเข้าใจและปกป้องนโยบายสาธารณะจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบอย่างรอบด้าน

สืบค้นจาก: <https://globaltobaccoindex.org/report-summary>



### WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults

เป็นแนวทางล่าสุดขององค์การอนามัยโลกที่สรุปหลักฐานและวิธีปฏิบัติช่วยผู้ใหญ่เลิกบุหรี่ ครอบคลุมการประเมิน การให้คำปรึกษา การใช้ยา และการจัดบริการเลิกบุหรี่ เหมาะสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและผู้กำหนดนโยบายที่ต้องการเครื่องมือมาตรฐานเพื่อยกระดับการดูแลและลดการสูบบุหรี่ในระดับประเทศและท้องถิ่น

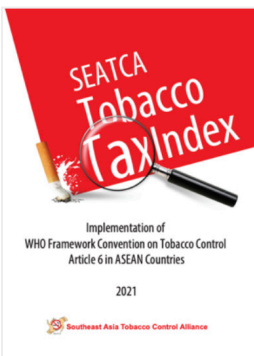
สืบค้นจาก: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>



### Tackling NCDs

คู่มือสำคัญขององค์การอนามัยโลกที่นำเสนอชุดมาตรการคุ้มค่าและได้ผลที่สุดในการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง หนังสือเล่มนี้สรุปแนวทางเชิงประจักษ์ที่ลงทุนต่ำแต่สร้างผลลัพธ์สูง เหมาะสำหรับผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และนักปฏิบัติด้านสาธารณสุขที่ต้องการเครื่องมือเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุม NCD อย่างยั่งยืน

สืบค้นจาก: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>



### Southeast Asia Tobacco Control Alliance. (2021). SEATCA Tobacco Tax Index

เสนอการประเมินสถานการณ์การเก็บภาษียาสูบในประเทศอาเซียน โดยใช้กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก มุ่งเน้นให้ประเทศสมาชิกใช้มาตรการภาษีเพื่อลดการบริโภคยาสูบ หนังสือเล่มนี้ให้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบระหว่างประเทศ แนวโน้มการปรับขึ้นภาษี โครงสร้างภาษี และผลลัพธ์ด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ เหมาะสำหรับนักนโยบาย นักวิจัย และผู้สนใจด้านสาธารณสุขที่ต้องการแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพมาตรการภาษีบุหรี่ เพื่อลดการสูบบุหรี่และปกป้องสุขภาพประชาชนในภูมิภาคอาเซียนอย่างยั่งยืน

สืบค้นจาก: <https://share.google/6xSChEnQF4u5IOuZG>



### ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565-2570)

กรอบนโยบายสำคัญที่มุ่งลดการบริโภคยาสูบและผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของ ไทยอย่างยั่งยืน โดยวางเป้าหมายชัดเจนเพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ผ่าน มาตรการครอบคลุม เช่น การเพิ่มภาษีและราคาบุหรี่ การจำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การ สื่อสารความเสี่ยง และการเสริมพลังชุมชน นับเป็นเอกสารเชิงนโยบายที่ควรอ่านสำหรับผู้กำหนด นโยบาย นักวิชาการ และภาคีเครือข่ายที่ต้องการข้อมูลเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาการควบคุมยาสูบใน ระยะ 5 ปีข้างหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ

สืบค้นจาก: <https://share.google/h0sJkI3jogfngaZvV>



### Needs assessment for the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Thailand

รายงานสำคัญที่ประเมินความพร้อมและความต้องการของประเทศไทยในการดำเนินงานตาม กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) อย่างรอบด้าน เนื้อหา ครอบคลุมทั้งการทบทวนกฎหมายและมาตรการที่มีอยู่ การประเมินจุดแข็ง ช่องว่าง และความ ทำหายในการควบคุมยาสูบ เพื่อกำหนดทิศทางพัฒนาเชิงนโยบายและการปฏิบัติในอนาคต เหมาะสำหรับผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย และผู้สนใจงานควบคุมยาสูบที่ต้องการข้อมูลเชิงลึกเพื่อ ผลักดันการลดอันตรายจากยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพในประเทศไทย

สืบค้นจาก: <https://share.google/wZcPciIy0el5WQNYq>



### สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

เอกสารฉบับนี้นำเสนอข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากรไทย ปี 2567 วิเคราะห์แนวโน้ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อใช้ กำหนดนโยบายและแนวทางป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ

สืบค้นจาก: [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2025/20250401100215\\_15169.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250401100215_15169.pdf)

- <sup>1</sup>Kingdon, J. (2010). *Agendas, Alternatives and Public Policy*, (2nd ed.). New York: Pearson.
- <sup>2</sup>World Health Organization. (2023, July 31). Tobacco: Key facts [Fact sheet]. Retrieved from: <https://www.who.int>
- <sup>3</sup>Reuters. (2024, January 16). Global tobacco use tumbles despite industry lobbying – WHO. Retrieved from: <https://www.reuters.com>
- <sup>4</sup>Global Action to End Smoking. (2024). State of smoking and health in Thailand. Retrieved from: <https://globalactiontoendsmoking.org>
- <sup>5</sup>GSTHR. (2024). Country profile: Thailand. Retrieved from: <https://gsthr.org>
- <sup>6</sup>Orasith, P., et al. (2025). Tobacco burden of disease in Thailand, 2021. *Journal of Public Health Policy*. Retrieved from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov>
- <sup>7</sup>World Health Organization. (2025). Tobacco-control economics brief. Retrieved from: <https://www.who.int>
- <sup>8</sup>Suntipong, S., et al. (2021). Economic cost of smoking and second-hand smoke in Thailand. *Tobacco Control*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- <sup>9</sup>Tobacconomics. (2024, May). Cigarette tax scorecard (3rd ed.). Retrieved from: <https://economicsforhealth.org>
- <sup>10</sup>World Bank. (2024, May 31). World No Tobacco Day 2024: Preventing tobacco addiction... [Blog post]. Retrieved from: <https://blogs.worldbank.org>
- <sup>11</sup>Tobacconomics. (2025, May). Country dashboard: Thailand. Retrieved from: <https://tobaccoatlas.org>
- <sup>12</sup>Global Center for Good Governance in Tobacco Control. (2023). Global Tobacco Industry Interference Index 2023. Retrieved from: <https://globaltobaccoindex.org>
- <sup>13</sup>Global Tobacco Index. (2023). Thailand country summary 2023. Retrieved from: <https://globaltobaccoindex.org>
- <sup>14</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe. (2024, February). Regulation of e-cigarettes [Fact sheet]. Retrieved from: <https://share.google/8lCZ8lJGt22hmYQK0>
- <sup>15</sup>Génération Sans Tabac. (2025, May). Thailand moves strongly to enforce e-cigarette ban. Retrieved from: <https://atca-africa.org/thailand-thailand-moves-strongly-to-enforce-e-cigarette-ban/>
- <sup>16</sup>World Health Organization. (2024, July 2). Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>
- <sup>17</sup>World Health Organization. (2023). Report on the global tobacco epidemic 2023. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
- <sup>18</sup>World Bank. (2024). Health taxes – Program overview. Retrieved from: <https://www.worldbank.org/en/programs/the-global-tax-program/health-tax>
- <sup>19</sup>Asian Development Bank. (2024). Asian development outlook 2024. Retrieved from: <https://www.adb.org/publications/2024-outlook>
- <sup>20</sup>World Health Organization. (2023). Report on the global tobacco epidemic 2023: Thailand country profile [PDF]. Retrieved from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/tobacco/gtcr-2023/tobacco-2023-tha.pdf?sfvrsn=c1d8d-ba4\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/tobacco/gtcr-2023/tobacco-2023-tha.pdf?sfvrsn=c1d8d-ba4_3&download=true)
- <sup>21</sup>World Health Organization Thailand & Ministry of Public Health. (2023, July 6). Joint FCTC needs assessment report. Retrieved from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/06-07-2023-thailand-s-commitment-to-tobacco-control--joint-needs-assessment-for-effective-implementation-of-who-fctc>
- <sup>22</sup>World Health Organization. (2025). WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>
- <sup>23</sup>สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ไม่ปรากฏปี). ชุดรายงานสำรวจพฤติกรรมและสุขภาพ พ.ศ. 2544–2567: สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พ.ศ. 2544, 2547, 2550, 2554, 2557, 2560; สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549, 2552, 2556, 2558; สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564; และสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567.
- <sup>24</sup>สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- <sup>25</sup>สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- <sup>26</sup>World Health Organization. (2015). Thailand – Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2015 factsheet. Retrieved from: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/225>
- <sup>27</sup>World Health Organization. (2022). Thailand – Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2022 factsheet. Retrieve from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/thailand/thailand\\_gyts\\_-2022\\_fs\\_508.pdf?sfvrsn=444c170f\\_1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/thailand/thailand_gyts_-2022_fs_508.pdf?sfvrsn=444c170f_1)
- <sup>28</sup>กระทรวงพาณิชย์. (2557). ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้า เป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 131 ตอนพิเศษ 268 ง (26 ธันวาคม 2557).

- <sup>29</sup> World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2009). Global adult tobacco survey: Thailand country report. Retrieved from: <https://iris.who.int/handle/10665/205138>
- <sup>30</sup> สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- <sup>31</sup> สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2566). ร่วมสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ เพื่อสุขภาพที่ดีของทุกคน. สืบค้นจาก: <https://www.thaihealth.or.th/ร่วมสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่#:~:text=อดคล้องกับรายงานขององค์การสหประชาชาติ,สาธารณสุขที่เป็นเขตปลอด>
- <sup>32</sup> แผนงานการพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. (2566). Secondhand smoke deaths in Thailand, 2019 การเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง. สืบค้นจาก: <https://2023.bodthai.net/download/secondhand-smoke-deaths-in-thailand-2019/>
- <sup>33</sup> วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. กรุงเทพฯ. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- <sup>34</sup> ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2567). ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า [ข่าวเผยแพร่]. สืบค้นจาก: <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/888/press%20release%20170624.pdf>
- <sup>35</sup> กรุงเทพธุรกิจ. 2568. เดือนภัย บุหรี่ไฟฟ้า แบบใหม่ระบาด สถิติ ปี67 เยาวชนป่วย ปอดอักเสบ กว่า 100 ราย. สืบค้นจาก: <https://www.bangkokbiznews.com/news/news-update/1167890>
- <sup>36</sup> Hfocus. (2021, March). หลากความเห็นนักวิชาการ ถึงเวลาสังคายนาคโครงสร้างภาษีบุหรี่หรือยัง. สืบค้นจาก: <https://www.hfocus.org/content/2021/03/21181>
- <sup>37</sup> ประกิจ วาทีสารกิจ. (2558). ข้อเท็จจริง: ยาสูบทำให้คนไทยที่ยากจนยิ่งยากจนมากขึ้น. สืบค้นจาก: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/aba41982-4473-ea11-80ea-00155d09b41e>
- <sup>38</sup> กรุงเทพธุรกิจ. (2562). ไทยสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่ารายได้ภาษีบุหรี่ 3.2 เท่า. สืบค้นจาก: <https://www.bangkokbiznews.com/business/836671>
- <sup>39</sup> Drope, J., & Hamill, S. (Eds.). (2025). Country profile: Thailand. In The Tobacco Atlas. Vital Strategies and Economics for Health. Retrieved from: <https://tobaccoatlas.org/factsheets/thailand/#:~:text=Negative%20Effect%20of%20Tobacco%20Use,popular%20cigarettes%20in%20a%20year.>
- <sup>40</sup> Komonpaisarn, T. (2021). Economic cost of tobacco smoking and secondhand smoke exposure at home in Thailand. Tobacco Control, 31(6), 714-722. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056147>
- <sup>41</sup> Bundhamcharoen, K., Aungkulanon, S., Makka, N., et al. (2016). Economic burden from smoking-related diseases in Thailand. Tobacco Control, 25, 532-537. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052319>
- <sup>42</sup> Leartsakulpanitch, J., Nganthavee, W., & Salole, E. (2007). The economic burden of smoking-related disease in Thailand: a prevalence-based analysis. Journal of the Medical Association of Thailand, 90(10), 1925-1929.
- <sup>43</sup> มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2561). รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: มูลนิธิฯ.
- <sup>44</sup> ไทยพีบีเอส. (2562). ศจย.วอนขอรัฐบาล อย่าเลื่อนขึ้นภาษีบุหรี่ 40%. สืบค้นจาก: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/278380>
- <sup>45</sup> แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). คนไทยเสียปีสุขภาพดี ในชีวิตนี้...ไม่กั้มอะไรบ้าง. สืบค้นจาก: <https://results2019.bodthai.net/>
- <sup>46</sup> UNDP, WHO (2018). Policy brief: Tobacco control as an accelerator for the Sustainable Development Goals in Thailand. Retrieve from: <https://www.undp.org/asia-pacific/publications/policy-brief-tobacco-control-accelerator-sustainable-development-goals-thailand>
- <sup>47</sup> ภาควิชาระบาดวิทยาคลินิกและชีวสถิติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). ข้อมูลค่าใช้จ่ายการประเมินต้นทุนทางตรงค่ารักษาพยาบาลบุหรี่ไฟฟ้าเบื้องต้น. สืบค้นจาก: <http://www.ppb.moi.go.th/midev05/upload/DOC012725-01272025164547.pdf>
- <sup>48</sup> มนรัตน์ ธารเจริญทรัพย์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ศิตาพร ยังคง และอรลักษณ์ พัฒนาประทีป. (2567). การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากบุหรี่ไฟฟ้า (Economic cost of e-cigarette). สืบค้นจาก: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/8a3245d2-3b90-eb11-80ec-00155d09b41f>
- <sup>49</sup> Nation. (2566). 'บุหรี่' ไม่ใช่แค่ทำลายสุขภาพ แต่ยังทำร้ายโลกกว่าที่คิด. สืบค้นจาก: <https://www.nationtv.tv/gogreen/378915493>
- <sup>50</sup> สหประชาชาติ ประเทศไทย. (2565). 'บุหรี่' เป็นภัยต่อชีวิตและทำลายสิ่งแวดล้อม. สืบค้นจาก: <https://thailand.un.org/th/184087-‘บุหรี่’-เป็นภัยต่อชีวิตและทำลายสิ่งแวดล้อม>
- <sup>51</sup> ศูนย์ข้อมูลแห่งศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2562). ห่วง “บุหรี่ไฟฟ้า” ทำลายสิ่งแวดล้อม ชี้แบตเตอรี่ลิเทียมไอออนทำปฏิกิริยาเป็นทั้งพลาสติก นิโคติน โลหะหนัก. สืบค้นจาก: <https://www.trc.or.th/th/ข่าวสาร/ข่าวเผยแพร่/ข่าวสารบุหรี่/363-ห่วง-บุหรี่ไฟฟ้า-ทำลายสิ่งแวดล้อม-ชี้แบตเตอรี่ลิเทียมไอออน-ทำปฏิกิริยาเป็นทั้งพลาสติก-นิโคติน-โลหะหนัก.html>
- <sup>52</sup> NBT CONNEXT. (2568). จีราพร ตามความคืบหน้าปราบบุหรี่ไฟฟ้า กว่า 2 เดือนยึดของกลางกว่า 1.7 ล้านชิ้น. สืบค้นจาก: <https://thainews.prd.go.th/thainews/news/view/1276595/?bid=1>

- <sup>53</sup> Hfocus. (2566). “บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นใหม่ Gen5” มุ่งล่าเหยื่อเยาวชน. สืบค้นจาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/05/27601>
- <sup>54</sup> สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). เจาะกลยุทธ์การตลาด ‘บุหรี่ไฟฟ้า’ ทำไมถึงมาเป็นไอเท็มสุดคูลของวัยรุ่นเทสดี(?). สืบค้นจาก: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/content/5324-content-เจาะกลยุทธ์การตลาด%20‘บุหรี่ไฟฟ้า’%20ทำไมถึงมาเป็นไอเท็มสุดคูลของวัยรุ่นเทสดี%28%3F%29>
- <sup>55</sup> Hfocus. (2568). วัยรุ่นสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพียบ! พบเด็กหญิงสูบเพิ่ม 8 เท่าเลยยก คนต้องเสี่ยงการตายในครรภ. สืบค้นจาก: <https://www.hfocus.org/content/2025/04/33649>
- <sup>56</sup> ข่าวสด. (2566). เปิดผลสำรวจ ผู้ปกครอง-ครู หนุนห้ามนำเข้า-ขาย ‘บุหรี่ไฟฟ้า’ เน้นปราบ หน้าร้าน-ออนไลน์. สืบค้นจาก: [https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news\\_7864759](https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_7864759)
- <sup>57</sup> มติชน ออนไลน์. (2567). หมอช็อก! ด.ญ. 11 ขวบ บ่วยหนักเข้าไอซียู ปอดอักเสบ เพราะสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพียง 6 เดือน. สืบค้นจาก: [https://www.matichon.co.th/social/news\\_4923942](https://www.matichon.co.th/social/news_4923942)
- <sup>58</sup> Adekeye, O. T., Boltz, M., Jao, Y.-L., Branstetter, S., & Exten, C. (2025). Vaping in the digital age: How social media influences adolescent attitudes and beliefs about e-cigarette use. *Journal of Child & Adolescent Substance Use*, 30(1), 13–26. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2024.2439599>
- <sup>59</sup> Lapyai, S. (2025). Electronic Cigarette Product, Price, Promotion and Advertising Situation Study in Social Media Network. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(1), 147–157. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/276944](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/276944)
- <sup>60</sup> Wulan, W. R., Kusuma, D., Nurjanah, N., Aprianti, A., & Ahsan, A. (2022). Is exposure to social media advertising and promotion associated with e-cigarette use? Evidence from Indonesia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 23(4), 1257-1262. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2022.23.4.1257>
- <sup>61</sup> รุจี จารุภานันท์. (2564). ประสพการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 28(3), 121-130. Retrieve from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/248514>
- <sup>62</sup> Almomani, E.Y., Al-Slehat, M., Al-Shimi, R. et al. (2025). Young Women’s Perspectives About Vaping: A Cross Sectional Study from Jordan. *J Community Health*. <https://doi.org/10.1007/s10900-025-01469-3>
- <sup>63</sup> กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, และสุรินธร กลัมพากร. (2562). ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องมาตรการและแรงจูงใจให้ลดการบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการเกษตร. วารสารพยาบาล, 68(2), 51-59.
- <sup>64</sup> Hfocus. (2562). องค์การอนามัยโลกขม่นนโยบายคุมยาสูบของไทย บังคับใช้ซองบุหรี่แบบเรียบประเทศแรกในเอเชีย. สืบค้นจาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/12/18194>
- <sup>65</sup> Southeast Asia Tobacco Control Alliance. (2021). SEATCA Tobacco Tax Index: Implementation of WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 6 in ASEAN Countries, 2021. Bangkok, Thailand. Retrieve from: <https://seatca.org/dmdocuments/SEATCA%20TOBACCO%20TAX%20INDEX%20ART6%202021%20%2820MAY21%29%20WEB.pdf>
- <sup>66</sup> นิตศน์ ศิริโชติรัตน์. (2560). การดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 3(1), 103-119.
- <sup>67</sup> พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. (2560). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 134 ตอนที่ 81 ก, 5 เมษายน 2560.
- <sup>68</sup> การยาสูบแห่งประเทศไทย. (2565). ยสท. เยียวยาชาวไร่ สนับสนุนปัจจัยการผลิต ร้อยละ 50 พร้อมอุดหนุนช่วยเหลือเกษตรกรผู้เพาะปลูทยาสูบ. สืบค้นจาก: [https://media.thaigov.go.th/uploads/document/142/2022/10/pdf/Doc\\_20221017160859000000.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/document/142/2022/10/pdf/Doc_20221017160859000000.pdf)
- <sup>69</sup> ไทยรัฐ. (2568). ยสท.เปิดรับซื้อ “ใบยาสูบ” ไม่อั้น ดันส่งออกสร้างโอกาส เพิ่มรายได้ให้ชาวไร่. สืบค้นจาก: [https://www.thairath.co.th/money/economics/thai\\_economics/2841630](https://www.thairath.co.th/money/economics/thai_economics/2841630)
- <sup>70</sup> การยาสูบแห่งประเทศไทย. (2567). รายงานประจำปี 2566 การยาสูบแห่งประเทศไทย. สืบค้นจาก: <https://www.thaitobacco.or.th/?cat=11>
- <sup>71</sup> NBT CONNEXT. (2568). กรมสรรพสามิตเดินหน้า ปรามบุหรี่และเหล้าหนีภาษี ร่วมกับบริษัทขนส่งเอกชน สกัดกั้นการส่งสินค้าหนีภาษี ป้องกันสินค้าไม่มีคุณภาพ. สืบค้นจาก: <https://thainews.prd.go.th/thainews/news/view/1020454/?bid=1>
- <sup>72</sup> Hfocus. (2568). นักวิชาการเนชั่นเนชั่น ภาษีบุหรี่หลายอัตราไม่แก้ปัญหามันเถื่อน! ซ้ำเพิ่มนักสูบหน้าใหม่. สืบค้นจาก: <https://www.hfocus.org/content/2025/04/33881>
- <sup>73</sup> The Coverage. (2568). รัฐบาลคลอด 3 ยุทธศาสตร์ เดินหน้าปราบ ‘บุหรี่ไฟฟ้า’ เข้มตรวจพัสดุ-ขายออนไลน์. สืบค้นจาก: <https://www.thecoverage.info/news/content/8357>
- <sup>74</sup> ThaiPBS. (2562). นักวิชาการเสนอคุม “บุหรี่ไฟฟ้า” เป็นสินค้าถูกกฎหมาย. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/278209>
- <sup>75</sup> คณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย. (2568). รายงานของคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย (เล่ม 1). สืบค้นจาก: <https://pis.parliament.go.th/PARWeb/doc/meeting-agenda/MeetingAgendaDetailForQRCode?meetingId=oKOUJCoz4L-HamPGr6Pg&openExternalBrowser=1>
- <sup>76</sup> บันทึกการประชุมคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย สภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ 33 วันที่ 12 ธันวาคม 2567.

- <sup>77</sup> มติชนออนไลน์. (2568.) เปิดรายงาน กมธ. วิสามัญวุฒยุทธวิธีไฟฟ้า ส่งสภาฯ ก่อนเข้าครม.พิจารณา. สืบค้นจาก: [https://www.matichon.co.th/politics/news\\_5065225](https://www.matichon.co.th/politics/news_5065225)
- <sup>78</sup> กรมประชาสัมพันธ์. (2568.) สภาฯพร้อมหนุนแก้ไขกัญชาหรือไฟฟ้า. สืบค้นจาก: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/374882>
- <sup>79</sup> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ซิการ์ แลต พ.ศ. 2561. (2561). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 135 ตอนพิเศษ 319 ง, 13 ธันวาคม 2561.
- <sup>80</sup> Jankhotkaew, J., Pitayarangsarit, S., Chaiyasong, S., & Markchang, K. (2021). Price elasticity of demand for manufactured cigarettes and roll-your-own cigarettes across socioeconomic status groups in Thailand. *Tobacco Control*, 30(5), 542–547. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2019-055480>
- <sup>81</sup> อรรถกฤต บัณฑิตพันธ์ และมานา บัณฑิตพันธ์. (2565). การศึกษาประสิทธิภาพของนโยบายอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบในประเทศไทย. *วารสารธรรมศาสตร์*, 41(1), 38–59.
- <sup>82</sup> ไทยพับลิก้า. (2564). คลังเตรียมขึ้นภาษียาสูบ คาดบุหรี่เถื่อนทะลัก-ยอดขายยาเส้นกระจัด. สืบค้นจาก: <https://thaipublica.org/2021/09/tobacco-tax-restructuring-04/>
- <sup>83</sup> สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). สูบยาเส้นร้ายเท่าบุหรี่ซอง. สืบค้นจาก: <https://www.thaihealth.or.th/สูบยาเส้นร้ายเท่าบุหรี่/>
- <sup>84</sup> กรมสรรพสามิต. (2568). รายงานประจำปี กรมสรรพสามิต ประจำปี 2567. สืบค้นจาก: [https://www.excise.go.th/excise2017/NEWS/YEARLY\\_REPORT/index.htm](https://www.excise.go.th/excise2017/NEWS/YEARLY_REPORT/index.htm)
- <sup>85</sup> WHO Framework Convention on Tobacco Control. (2023). Needs assessment for the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Thailand. Retrieved from: [https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/technical-documents/needs-assessment/thailand-needs-assessment.pdf?sfvrsn=d40de0e3\\_19&download=true](https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/technical-documents/needs-assessment/thailand-needs-assessment.pdf?sfvrsn=d40de0e3_19&download=true)
- <sup>86</sup> กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานประจำปี 2566. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1528320240129105408.pdf>
- <sup>87</sup> Lertsinudom, S., Kaewketthong, P., Chankaew, T., Chinwong, D., & Chinwong, S. (2021). Smoking Cessation Services by Community Pharmacists: Real-World Practice in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11890. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211890>
- <sup>88</sup> Sornpaisarn B, Parvez N, Chatakan W, et al. (2022). Methods and factors influencing successful smoking cessation in Thailand: A case-control study among smokers at the community level. *Tobacco Induced Diseases*, 20(July), 67. <https://doi.org/10.18332/tid/150345>
- <sup>89</sup> กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 - 2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- <sup>90</sup> กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับขยาย พ.ศ. 2563 - 2564 ในระดับพื้นที่. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1379120230620070854.pdf>
- <sup>91</sup> ThaiPBS. (2555). “ธุรกิจบุหรี่” สก๊ต สธ.ออกกฎหมายคุม จ้างบริษัทกฎหมายโลก-ปลุกผู้ค้าปลีกต้าน. สืบค้นจาก: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/134315>
- <sup>92</sup> Tobacco Industry Monitor, Southeast Asia Tobacco Control Alliance. (2023). Front groups, “think tanks”, and lobby groups. Retrieved from: <https://timonitor.seatca.org/front-groups-think-tanks-and-lobby-groups/>
- <sup>93</sup> ไทยพับลิก้า. (2567). รื้อโครงสร้างภาษีรอบที่ 3 ยาสูบ ห่วน ‘บุหรี่เถื่อน – ไฟฟ้า’ ทะลัก. สืบค้นจาก: <https://thaipublica.org/2024/11/restructuring-tax-round-3-tobacco-concerns-over-illegal-electronic-cigarettes-influx/>
- <sup>94</sup> Infoquest. (2568). ยาสูบฯ ลุ้นคลังเคาะภาษีบุหรี่ใหม่ 3 อัตรา หวังสกัดบุหรี่เถื่อนทะลัก. สืบค้นจาก: <https://www.infoquest.co.th/2025/488373>
- <sup>95</sup> กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 - 2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- <sup>96</sup> Truth initiative. (2024). Quitting Tobacco: Facts and Stats. Retrieved from: <https://truthinitiative.org/research-resources/quitting-smoking-vaping/quitting-tobacco-facts-and-stats>
- <sup>97</sup> World Health Organization. (n.d.). Commercial determinants of health. Retrieved from: <https://www.who.int/health-topics/commercial-determinants-of-health>
- <sup>98</sup> World Health Organization. (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. Retrieved from: <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/9241591013>
- <sup>99</sup> ไทยพับลิก้า. (2561). แทะของราคาบุหรี่ตลาดล่าง หลังปรับโครงสร้างภาษี กังระบบรายได้หายกำไรหด - บุหรี่ 1 ของ เงินภาษีในไหนบ้าง? สืบค้นจาก: <https://thaipublica.org/2018/09/tobacco-tax-restructuring-24-9-2561/>

- <sup>100</sup> ไทยพับลิก้า. (2561). 6 เดือน หลังปรับโครงสร้างภาษีบุหรี่ โรงงานยาสูบรายได้หาย-กำไรหด เกษตรกร 5 หมื่นราย ถูกตัดโควตา – ขายในยา. สืบค้นจาก: <https://thaipublica.org/2018/08/tobacco-tax-restructuring-26-8-2561/>
- <sup>101</sup> Tobacco Industry Monitor, Southeast Asia Tobacco Control Alliance. (2023). Front groups, “think tanks”, and lobby groups. <https://timonitor.seatca.org/front-groups-think-tanks-and-lobby-groups/>
- <sup>102</sup> Hfocus. (2567). อึ้ง! บุหรี่ไฟฟ้าแปลงร่างเป็น “Toy pod ” พบลักลอบขายออนไลน์ อื้อ! ซีรีส์ต้องบังคับใช้กม.จริงจัง. สืบค้นจาก: <https://www.hfocus.org/content/2024/03/30043>
- <sup>103</sup> Hfocus. (2566). หมอจรรยา ผนึกบริษัทบุหรี่ชี้งานวิจัยทิ้งเล่มเพื่อเชียร์บุหรี่ไฟฟ้า. สืบค้นจาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/01/26791>
- <sup>104</sup> นิตศน์ ศิริโชติรัตน์. (2560). การดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 3(1), 103-119.
- <sup>105</sup> กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2564). พช. เดินหน้าจับมือ การยาสูบ (ยสท.) ขับเคลื่อนโครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามหลักทฤษฎีใหม่ประยุกต์สู่ “โคก หนอง นา โมเดล” ร่วมกันบริหารจัดการพื้นที่การยาสูบแห่งประเทศไทย นำแนวพระราชดำริฯ พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิต ชาวไร่ยาสูบรวมทั้งพี่น้องประชาชนในพื้นที่การยาสูบแห่งประเทศไทยทั่วประเทศ. สืบค้นจาก: <https://www.cdd.go.th/content/640120-1>
- <sup>106</sup> เนาวรัตน์ เจริญคำ, ไพศาล ลีสมิตย์ และวศิน พิพัฒน์ฉัตร. (2558). รายงานโครงการ “เล่าให้ลี้มขงบริษัทฟิลลิปมอริส (PM) ที่มีผลต่อการควบคุมยาสูบ”. สืบค้นจาก: [https://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/ART%2020/cat20%20\(35\).pdf](https://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/ART%2020/cat20%20(35).pdf)
- <sup>107</sup> Mackenzie, R., & Collin, J. (2008, December 23). “A good personal scientific relationship”: Philip Morris scientists and the Chulabhorn Research Institute, Bangkok. *PLoS Medicine*, 5(12), 1737–1748. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050238>
- <sup>108</sup> Amul, G. G. H., Tan, G. P. P., & van der Eijk, Y. (2021). A systematic review of tobacco industry tactics in Southeast Asia: Lessons for other low- and middle-income regions. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(6), 324–337. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.97>
- <sup>109</sup> Dutta, S. (Ed.). (2019). *Confronting illicit tobacco trade: A global review of country experiences*. World Bank Group. Retrieved from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/677451548260528135/pdf/133959-REPL-PUBLIC-6-2-2019-19-59-24-WBGTobaccoIllicitTradeFINALweb.pdf>
- <sup>110</sup> สำนักข่าวอิสรา. (2561). มหาภพย์ กระทรวงคุ้มครองสุขภาพ กับ ธุรกิจทำลายสุขภาพ. สืบค้นจาก: [https://www.isranews.org/content-page/item/69824-aticle\\_69824.html](https://www.isranews.org/content-page/item/69824-aticle_69824.html)
- <sup>111</sup> ริศาธัญญ์ จรุงศักดิ์เศรษฐ์, นิตศน์ ศิริโชติรัตน์, และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2554). เหตุผลที่ควรถอดบุหรี่ออกจากการเจรจาการค้าเสรี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(3), 317-331.
- <sup>112</sup> World Trade Organization. (n.d.). *WTO rules and environmental policies: GATT exceptions*. Retrieved from: [https://www.wto.org/english/tratop\\_e/envir\\_e/envt\\_rules\\_exceptions\\_e.htm](https://www.wto.org/english/tratop_e/envir_e/envt_rules_exceptions_e.htm)
- <sup>113</sup> กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). องค์การอนามัยโลกชื่นชมประเทศไทย ในการบังคับใช้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบ เป็นประเทศแรกของเอเชีย. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=10586&deptcode=brc>
- <sup>114</sup> คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้า “บารากู บารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า”. (2558). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 132 ตอนพิเศษ 39 ง, 18 กุมภาพันธ์ 2558.
- <sup>115</sup> MacKenzie, R., Ross, H., & Lee, K. (2017). “Preparing ourselves to become an international organization”: Thailand Tobacco Monopoly’s regional and global strategies. *Global Public Health*, 12(3), 351–366. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1273369>
- <sup>116</sup> Tobacco Tactics. (2020). Philip Morris vs the Government of Uruguay. Retrieved from: <https://www.tobaccotactics.org/article/philip-morris-vs-the-government-of-uruguay/>
- <sup>117</sup> ริศาธัญญ์ จรุงศักดิ์เศรษฐ์, นิตศน์ ศิริโชติรัตน์, และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2554). เหตุผลที่ควรถอดบุหรี่ออกจากการเจรจาการค้าเสรี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(3), 317-331.
- <sup>118</sup> Prutipinyo, C., Sirichotiratana, N. (2025). A case study of Thailand’s preparation for joining the protocol to eliminate illicit trade in tobacco products. *Tobacco Induced Diseases*, 23(1), A452. Retrieve from: <https://www.tobaccoinduceddiseases.org/A-case-study-of-Thailand-s-preparation-for-joining-the-protocol-to-eliminate-illicit,206382,0,2.html>
- <sup>119</sup> ฉัตรสมุน พงศ์มิถุน. (2564). มาตรการทางกฎหมายไทยและกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 7(2), 373–396.
- <sup>120</sup> Pavananunt, P. (2011). Illicit cigarette trade in Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 42(6), 1531-1539.
- <sup>121</sup> ชะเอม พืชนี้, วรภัทร ดิษฐบ้าน, อีสริย์ สนธิรัตน์, และนันทวันท์ ยมจันทร์. (2567). สืบศวรรษการดำเนินงานด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพในประเทศไทย. สืบค้นจาก: <https://www.iththailand.net/th/resources/research-report-detail/19/146>
- <sup>122</sup> กมลพัฒน์ มากแจ้ง, อรทัย วลีวงศ์, พเยาว์ ่อนสุข, เบญจวรรณ นามเสนา และสุกิกา เชื้อจิว. (2566). ปัจจัยทางการค้ากำหนดโรคไม่ติดต่อ: นิยามและกรอบแนวคิด จากการศึกษาทฤษฎีการกำหนดขอบเขต. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(4), 621-646.



ไทยแอคทีฟทุกที่  
สังคมดีทำไทย  
activethai.org

รายงานสถานการณ์การควบคุมยาสูบและข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงาน  
ในปี 2569-2571