

พลังทางปัญญากับความท้าทายในการควบคุม การบริโภคยาสูบในประเทศไทย

รณชัย คงสกนธ์

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ จัดตั้งขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเติมเต็มการพัฒนา ระบบและกลไกการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพด้วยการขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบด้วยงานวิจัยและ วิชาการหรือพลังทางปัญญา อันเป็นไปตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา อันประกอบด้วย (1) การสร้างองค์ความรู้ (2) การเคลื่อนไหวสังคม และ (3) การผลักดันนโยบายมาใช้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบต้องมีการทำงานประสาน และเสริมกันให้เกิดพลังที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเป็นรูปธรรม เพราะการควบคุมยาสูบไม่ใช่ขับเคลื่อนเพียงแค่หน่วยงาน ภาคสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานทุกภาคส่วน หรือที่เรียกว่า ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ ซึ่งศูนย์วิจัย และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางด้านวิชาการเพื่อการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหา การบริโภคยาสูบของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยุติการแพร่ระบาดของยาสูบและฉากทัศน์ของอนาคต ที่โลกจะปลอดบุหรี่ในการสร้างประเทศไทยปลอดบุหรี่ และการสร้างคนรุ่นปลอดบุหรี่ ต้องมีการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ความรู้และการวิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบ การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสนับสนุนทุนการศึกษารายวิจัย เพื่อสนับสนุนภาครัฐและ ภาคประชาสังคมให้มีพลังในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในสังคมไทยเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพในทุกนโยบาย

คำสำคัญ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; พลังทางปัญญา; สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา; การควบคุมยาสูบ

บทนำ

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ได้ระบุข้อเท็จจริงว่า การแพร่ระบาดของยาสูบ เป็นหนึ่งในภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่ใหญ่ที่สุดที่สามารถ ป้องกันได้ โดยยาสูบคร่าชีวิตผู้ใช้ไปถึงครึ่งหนึ่งและ คร่าชีวิตผู้คนมากกว่า 8 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี การเสียชีวิต มากกว่า 7 ล้านคนเป็นผลมาจากการใช้ยาสูบโดยตรง ในขณะที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 1.2 ล้านคนที่ต้องเสียชีวิต เนื่องมาจากสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง และผู้ใช้ยาสูบ กว่าร้อยละ 80 ของ 1.3 พันล้านคนทั่วโลกอาศัยอยู่ใน ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งภาระการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับยาสูบนั้นหนักที่สุด อีกทั้ง

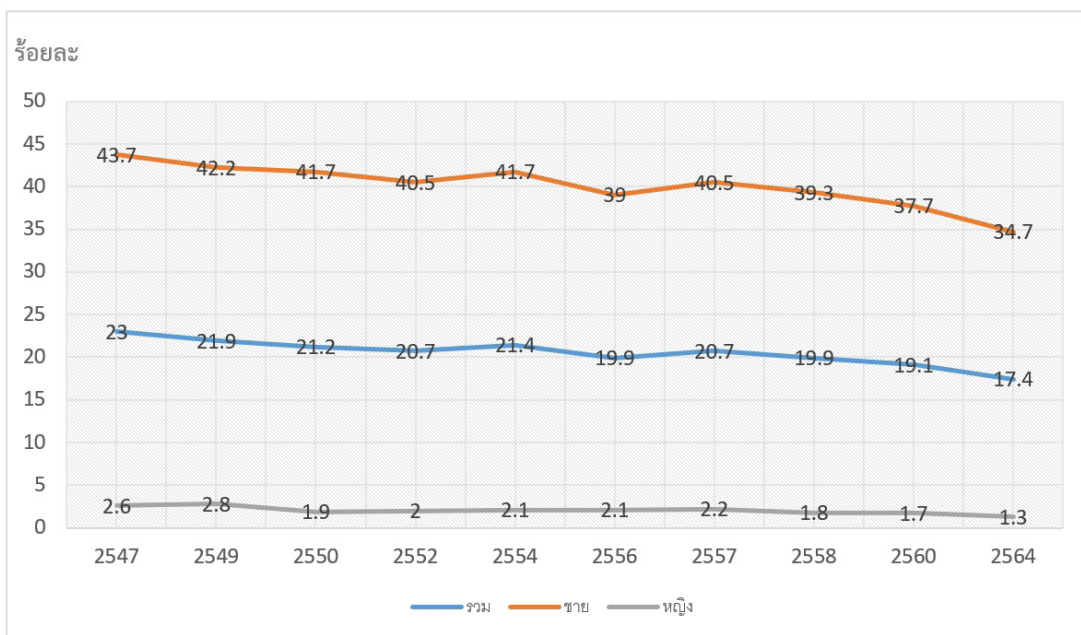
การใช้ยาสูบก่อให้เกิดความยากจน เป็นวงจรอุบาทว์ของยาสูบ และความจน⁽¹⁾ ซึ่งในระหว่างประเทศได้มีกรอบอนุสัญญา ว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) ซึ่งเกี่ยวข้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยมี เป้าหมายในการลดการเสียชีวิตก่อนเวลาจากโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) ลง 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งเรื่อง การควบคุมยาสูบจะอยู่ในเป้าหมายที่ 3 คือ การรับรอง การมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนทุกช่วงอายุ (good health and well-being) ซึ่งระบุให้เสริมสร้างความเข้มแข็งในเรื่องของยาสูบในทุกประเทศอย่างเหมาะสม

สำหรับประเทศไทย ความสำเร็จในเรื่องการควบคุมยาสูบเป็นที่ยอมรับทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องด้วยความเข้มแข็งของคณะกรรมการตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ. 2535 อันได้แก่ นพ.หทัย ชิดานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ ศ.เกียรติคุณ นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิ-รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ร่วมกันในการสกัดกั้นการห้ามนำเข้า บุหรี่ต่างประเทศ จนนำมาสู่ชัยชนะทางด้านสุขภาพ ตามคำวินิจฉัยของความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า (general agreement on tariffs and trade: GATT) ที่เสนอให้ประเทศไทยสามารถออกมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ จนเกิดเป็นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 จนต่อมาเมื่อประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นรัฐภาคีของ WHO FCTC เมื่อปี พ.ศ. 2546 ก็ได้เริ่มมีการดำเนินการตามกรอบของ WHO FCTC ดังปรากฏในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553-2557 แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562 และแผนยุทธศาสตร์ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 อันเป็นนโยบายที่ชัดเจนด้านการควบคุมยาสูบของประเทศ และในปี พ.ศ. 2560 มีการปรับปรุงกฎหมายควบคุมยาสูบให้ทันสมัยและสอดคล้องไปกับกรอบ WHO FCTC มากขึ้น คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์

ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งมีนวัตกรรมภายใต้กฎหมายนี้ในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ ผ่านกลไกคณะกรรมการจังหวัดอันส่งผลให้มีมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการรณรงค์ให้การศึกษาในรูปแบบต่างๆ ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆอย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยโดยรวมลดลงตามลำดับ (ภาพที่ 1)

ทั้งนี้ การผลักดันให้มีกฎหมายและนโยบายควบคุมยาสูบในแต่ละครั้งที่ผ่านมา ต้องอาศัยข้อมูลและหลักฐานที่น่าเชื่อถือเพื่อนำเสนอและอ้างอิง เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยอมรับและเห็นความสำคัญ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้ก่อตั้งศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 เพื่อเป็นพลังทางปัญญาเติมเต็มการพัฒนา ระบบและกลไกการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพ ด้วยการขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบด้วยงานวิจัยและวิชาการ อันเป็นไปตาม ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ. นพ.ประเวศ วะสี ที่กล่าวไว้ว่า “การต่อสู้ในเรื่องการควบคุมยาสูบนี้ จะบรรลุผลสำเร็จในระดับชาติอย่างต่อเนื่องได้ ก็เพราะการนำรูปแบบสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาอันประกอบด้วย (1) การสร้างองค์ความรู้ (2) การเคลื่อนไหวสังคม และ (3) การผลักดันนโยบายมาใช้อย่างสมบูรณ์ทั้ง 3 องค์ประกอบ จึงเกิดพลังที่ก่อความเปลี่ยนแปลงให้เกิดเป็นจริง”

ภาพที่ 1 แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2564⁽²⁾



โดย ศจย. ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางด้านวิชาการเพื่อการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบของประเทศไทย โดยการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้และการวิจัย เพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึง การให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัย เพื่อสนับสนุนภาครัฐ และภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ ในสังคมไทย

เส้นทางสู่ความสำเร็จการควบคุมยาสูบของไทย

ความสำเร็จในการควบคุมยาสูบของประเทศไทย เริ่มต้น ตั้งแต่ชัยชนะในทางสุขภาพก่อนปี พ.ศ. 2535 ที่ GATT เสนอแนวทางการควบคุมยาสูบให้กับประเทศไทยจนนำไปสู่ การตรา 2 พระราชบัญญัติที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติ คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 จากนั้น ประเทศไทยได้ร่วมให้สัตยาบัน WHO FCTC เป็นประเทศ อันดับที่ 36 จาก 181 ประเทศที่ลงนาม โดยมีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ซึ่งการเข้าร่วมเป็น สมาชิก WHO FCTC ถือเป็นแนวทางของการขับเคลื่อน

นโยบายและกฎหมายไทยในเรื่องการควบคุมยาสูบ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ของการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและ สอดคล้องกับ WHO FCTC ในปี พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนายุทธศาสตร์ “MPOWER” ขึ้นเพื่อเป็น เครื่องมือชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ สำหรับประเทศต่างๆ ขึ้น โดยประกอบด้วย 6 มาตรการ ดังนี้ (1) M: monitor tobacco use การพัฒนางานวิจัย และจัดการฐานข้อมูล (2) P: protect people from tobacco smoke สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ (3) O: offer help to quit tobacco use การสนับสนุนบริการ เลิกบุหรี่ (4) W: warn about the dangers of tobacco คำเตือนบนซองบุหรี่ และกิจกรรมรณรงค์ต่างๆ (5) E: enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorshipต่อต้านการโฆษณาต่างๆ และ (6) R: raise taxes on tobacco products การขึ้นภาษีบุหรี่ ตารางที่ 1 แสดงการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ตามหลัก MPOWER และอัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. 2544-2563

ตารางที่ 1 การดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามหลัก MPOWER และอัตราการสูบบุหรี่ ในประเทศไทย พ.ศ. 2544-2563

ปี	MPOWER	อัตราการบริโภคยาสูบ (%)	การดำเนินงาน
2544	R	25.47	จัดตั้ง สสส. และเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ ในเดือนมีนาคม รัฐบาลมีมติให้ปรับภาษีสรรพสามิต บุหรี่จากอัตรา 71.5% เป็น 75%
2545	P, R		8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศกระทรวงฯ ให้ร้านอาหาร ที่ติดเครื่องปรับอากาศให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% มีการคัดค้านการแปรรูปโรงงานยาสูบ และเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 75% เป็น 79%
2546	E, P		สสส. เริ่มทำงานกับ กรมควบคุมโรค ผลักดันโรงเรียนปลอดบุหรี่ระดับนโยบาย
2547	W, P	22.98	มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ครั้งแรกของประเทศไทย มีผลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 และเริ่มมีการรณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี่
2548	M, O, R		เข้าร่วมเป็นรัฐภาคี WHO FCTC และเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 75% เป็น 79% มีการจัดตั้ง ศจย. และมีการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกปลอดบุหรี่ ณ ศูนย์ บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร 70 แห่ง
2549	P, W		กระทรวงสาธารณสุขมีการออกประกาศกระทรวงฯ ในหลายเรื่องอันได้แก่ เกี่ยวกับภาพ คำเตือนใหม่ จาก 6 ภาพเป็น 9 ภาพ มีการพิมพ์ข้อสารพิษและสารก่อมะเร็ง กำหนด ห้ามพิมพ์สรรพคุณบุหรี่ว่า รสอ่อน รสเบา ในบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์และยาเส้น และ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มพื้นที่เขตปลอดบุหรี่
2550	P, R	21.22	รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 79% เป็นร้อยละ 80% และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 ประกาศเพิ่มเติมพื้นที่ปลอดบุหรี่ให้ร้านอาหารที่ติดเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ ทั้งหมด ตลาดต้องจัดพื้นที่สูบบุหรี่

ปี	MPOWER	อัตราการบริโภคยาสูบ (%)	การดำเนินงาน
2551	P		ผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขประกาศเพิ่มเติมให้ ผับ-บาร์ และตลาดปลอดบุหรี่ มีผลบังคับใช้ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551
2552	R, O	20.7	รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 80% เป็น 85% เริ่มให้บริการสายเลิกบุหรี่ (quit line 1600) ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2552
2553	P		มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ประกาศให้พื้นที่ต่างๆ ปลอดบุหรี่ ทั้งหมด เช่น โรงพยาบาล โรงแรม หอพัก อะพาร์ตเมนต์ บริเวณโรงพักคอย และบริเวณทางเดินทั้งหมดในอาคารเป็นเขตปลอดบุหรี่ และมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557
2554	P	21.4	เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการปรับปรุงและจัดทำร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบขึ้น และนำร่าง พ.ร.บ. เข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร และดำเนินการปรับปรุงจนร่าง พ.ร.บ. ได้รับการพิจารณาและเริ่มโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่
2555	R		รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 85% เป็น 87% มติ ครม.วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2555 ตามมติสมัชชสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้กระทรวงการคลังห้ามธุรกิจยาสูบ ทำกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคม
2556		19.94	เปิดตัวสมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ซึ่งก่อตั้งขึ้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชน
2557	W	20.7	เพิ่มขนาดภาวคำเตือนเป็น 85% มีประกาศกระทรวงพาณิชย์ห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า
2558		19.9	มีคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ห้ามขายห้ามบริการบุหรี่ไฟฟ้า
2559	P, R		9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 คณะรัฐมนตรี มีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จากร้อยละ 87 เป็นร้อยละ 90 และมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2559-2562
2560	E	19.1	มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560
2563	P	17	ร่างแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570

สำหรับสถานการณ์ปัญหาเรื่องยาสูบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ประเทศไทยเข้าร่วมอยู่ในภูมิภาคนี้ด้วย มีรายงานจากองค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.6 ล้านคน นอกจากนี้ ภูมิภาคนี้ยังเป็นที่อยู่อาศัยของผู้สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 22 ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และเด็กกว่า 1 ใน 3 ของโลกที่มีอายุระหว่าง 13 ถึง 15 ปี (ร้อยละ 34 หรือ 14.8 ล้านคน) ที่ใช้ยาสูบในรูปแบบต่างๆ ก็อยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นี้ ภูมิภาคนี้ยังเป็นหนึ่งในผู้ผลิตและผู้บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบรายใหญ่ที่สุดด้วย อย่างเช่นประเทศอินโดนีเซีย เป็น 1 ใน 5 ผู้ผลิตยาสูบอันดับต้นๆ ของโลก⁽³⁾ และยังไม่ได้เข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากบริษัทยาสูบมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและการรับรู้ของสาธารณชนในประเทศอินโดนีเซีย⁽⁴⁾

สำหรับผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์ของประเทศไทย ตัวเลขจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพ.ศ. 2560

คนสูบบุหรี่ทั้งประเทศมีจำนวน 10.7 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายซื้อบุหรี่เฉลี่ยต่อคน เดือนละ 728 บาท คิดเป็นต่อปีเท่ากับ 8,736 บาท ค่าใช้จ่ายซื้อบุหรี่ของคนสูบบุหรี่ทั้งประเทศต่อเดือน 7,772 ล้านบาท ต่อปี 93,268 ล้านบาท⁽⁵⁾ มีการศึกษามูลค่าต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากพฤติกรรมสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศไทยและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากการได้รับควันบุหรี่มือสองจากบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์รวมที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องจากการสูบบุหรี่มีมูลค่าสูงถึง 101,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.65 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) หรือร้อยละ 17.41 ของมูลค่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพในประเทศ (CHE) หรือคิดเป็นมูลค่าประมาณ 1,900 บาทต่อประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 1 คน และเท่ากับ 9,900 บาทต่อนักสูบในปัจจุบัน 1 คน ซึ่งประเด็นที่น่าสนใจคือ กว่าร้อยละ 80 ของต้นทุนดังกล่าวเกิดกับกลุ่มผู้หญิงที่ไม่เคยสูบบุหรี่แต่อาศัยอยู่กับคนที่สูบบุหรี่ในบ้าน เมื่อเทียบกับรายได้จากภาษียาสูบที่

รายงานโดยกระทรวงการคลัง มีมูลค่า 68,603 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2560 และรายได้ที่นำส่งโดยโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง มีมูลค่า 8,927 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2557 มูลค่าความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่น่าจะมีมูลค่าสูงกว่ามูลค่าผลประโยชน์ที่รัฐได้รับอย่างชัดเจน⁽⁶⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีกลไกในการจัดการด้านยาสูบของไทยจึงได้มีการจัดตั้ง ศจย. มาเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนพลังทางปัญญา โดย ศจย. ได้ถูกจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญหลายประการ ดังนี้

(1) พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสนับสนุนงานวิจัย มีการบูรณาการแผนและประสานงานกับหน่วยงานวิจัยอื่น เพื่อพัฒนางานวิชาการที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในเชิงนโยบาย ตลอดจนศึกษาผลลัพธ์และผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ นำไปสู่การเผยแพร่ โดยเฉพาะที่สามารถใช้ในการผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

(2) ส่งเสริมผลของงานวิจัยและวิชาการเพื่อผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy advocacy) จากการถอดบทเรียนและจัดการองค์ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ และดำเนินการให้มีการถ่ายทอดผ่านสื่ออย่างต่อเนื่อง (media advocacy) โดยเฉพาะข้อเสนอที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับประเทศและนำไปสู่การรณรงค์กับภาคส่วนต่างๆ ในสังคม รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำรายงานผลและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานสากลตาม WHO FCTC

(3) พัฒนาระบบฐานข้อมูลงานวิจัย องค์ความรู้ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ (big data) รวมทั้งเป็นศูนย์กลางเผยแพร่ผลงานวิจัยและองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ สื่อสารข้อมูลวิจัยต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ขับเคลื่อนทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่

(4) สร้างและพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ เพื่อเชื่อมต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ใช้ข้อมูลความรู้ในระดับต่างๆ เพื่อสนับสนุนการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการสร้างเสริมเข้มแข็งให้ชุมชนเพื่อสนับสนุนงานการควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

กว่า 15 ปี ในการดำเนินงานในด้านการควบคุมยาสูบของ ศจย. พิจารณาจากบทบาทที่สำคัญอาจแบ่งได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2548-2551 ได้ดำเนินการวางระบบการเฝ้าระวังการควบคุมยาสูบของประเทศโดยการนำเสนอสถานการณ์การสูบบุหรี่ให้ทันสมัยและต่อเนื่อง ประมวลองค์ความรู้และสนับสนุนงานวิจัย ทั้งงานวิจัยมุ่งเป้าเพื่อใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย สนับสนุนงานวิจัยทั่วไปเพื่อพัฒนาศักยภาพนักวิชาการในสถาบันการศึกษานักวิจัย ทั้งระดับตำบล จังหวัด และนักวิจัยใหม่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการควบคุมยาสูบ

ระยะที่ 2 พ.ศ. 2552-2554 ได้ดำเนินการต่อเนื่องจากระยะที่หนึ่ง เน้นการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบายและเน้นการพัฒนาระบบประเมินผลการควบคุมยาสูบของประเทศตามแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ โดยจัดทำเป็นชุดดัชนีชี้วัดสำหรับการประเมินผลระดับประเทศและระดับจังหวัด การพัฒนาศักยภาพการประเมินผลระดับจังหวัดเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบที่ระดับจังหวัด และพัฒนานักวิจัยนโยบายด้วยการจัดตั้งกลุ่มศึกษานโยบายการควบคุมยาสูบจนเกิดกลุ่มแกนวิจัยระดับภูมิภาค (node) 6 กลุ่ม นอกจากนี้ ศจย. ยังได้สนับสนุนทางวิชาการให้กับภาคีควบคุมยาสูบ ในการพิจารณามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 ประเด็นมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ จนคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบตามมติสมัชชาสุขภาพแล้วตามที่สำนักงานสุขภาพแห่งชาติเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2555

ระยะที่ 3 พ.ศ. 2555-2558 ได้ดำเนินการต่อเนื่องจากระยะที่สอง เน้นการพัฒนาศักยภาพงานวิจัยในด้านการควบคุมยาสูบระดับปฏิบัติการ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้กำหนดนโยบายระดับพื้นที่ (สสจ.) พัฒนาระบบการประเมินผลลัพธ์มาตรการระดับชาติและระดับพื้นที่ และวิเคราะห์หาช่องว่างการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทยตาม WHO FCTC และพัฒนาหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนให้เกิดการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักวิจัยรวมทั้งจัดประชุมวิชาการระดับภาคเพื่อเชื่อมโยงเครือข่าย

นักวิจัยภาครัฐกับภาคประชาชน ริเริ่มการสนับสนุนชุดโครงการวิจัย โดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือสร้างการเรียนรู้ เพิ่มการสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและเข้าถึงง่าย รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลทางวิชาการสู่สาธารณะเพื่อให้มีการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ระยะที่ 4 พ.ศ. 2558-2561 ได้ดำเนินการการประเมินผลเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและวิจัยเชิงกลยุทธ์การขับเคลื่อนของภาคีเครือข่าย จัดทำคู่มือการดำเนินงานให้ได้ผลลัพธ์คุ้มค่าอย่างมีส่วนร่วมที่สังเคราะห์จากการวิจัยและบทเรียนจากผู้ปฏิบัติ ขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักวิจัยรวมทั้งพัฒนาระบบหรือกลไกการเชื่อมโยงเครือข่ายนักวิจัย/นักวิชาการในระดับชาติและพื้นที่กับภาคประชาชนในท้องถิ่น สนับสนุนทุนวิจัยให้แก่นักวิจัยท้องถิ่นและทำงานร่วมกับพื้นที่ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยพัฒนาและขับเคลื่อน เน้นการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนซึ่งจะรวมถึงการสร้างให้ผู้ขับเคลื่อนเป็นส่วนหนึ่งของนักวิจัยหรือในโครงการวิจัย และเพิ่มการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังจะเชื่อมโยงงานวิจัยระหว่างประเทศไทย ประเทศเพื่อนบ้านและภูมิภาคอีกด้วย

ระยะที่ 5 พ.ศ. 2561-2564 ได้สร้างผลงานด้านการควบคุมยาสูบที่สำคัญ อันเป็นคุณูปการแก่ประเทศชาติอันได้แก่ ได้พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสนับสนุนงานวิจัย มีการบูรณาการแผนและประสานงานกับหน่วยงานวิจัยและวิชาการอื่น ตลอดจนภาคีภาคประชาสังคมเพื่อพัฒนาและนำงานวิจัยและวิชาการไปใช้ประโยชน์ โดยมีการสร้างงานวิจัยที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งในเชิงนโยบาย ตลอดจนจนศึกษาผลลัพธ์และผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ สังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบรวมทั้งการเฝ้าระวังการแทรกแซงนโยบายของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นปัญหาด้านความเชื่อ ความเข้าใจของสังคม และสนับสนุนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้วยการสื่อสารผลงานวิชาการต่อสาธารณะ และกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้ผลงานในรูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและสะดวกในการเข้าถึง สร้างความเข้าใจในการควบคุมยาสูบด้วยงานวิชาการ ศจย. ระยะ 5 ภายได้

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้สร้างผลงานด้านการควบคุมยาสูบที่สำคัญอันเป็นคุณูปการแก่ประเทศชาติ ไม่ว่าจะเป็น (1) การสร้างและใช้งานวิจัยและวิชาการเพื่อการชี้แนะสาธารณะและผลักดันนโยบาย (2) การพัฒนาระบบการสำรวจระดับชาติในเรื่องสถานการณ์การบริโภคยาสูบ (3) การสร้างเครือข่ายนักวิจัยและนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ (4) การพัฒนาหลักสูตรด้านการควบคุมยาสูบที่สำคัญ และ (5) การสร้างชุมชนเป็นฐานด้านการควบคุมยาสูบ โดยการทำงานวิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มีปัจจัยความสำเร็จในหลายประการ ดังนี้ คือ การมีทีมงานนักวิชาการและทีมสนับสนุนการทำงานที่เข้มแข็ง การมีพันธมิตรทางวิชาการทั้งหน้าเก่าและหน้าใหม่ที่สนใจในงานควบคุมยาสูบอย่างจริงจัง โดยพัฒนาศักยภาพนักวิจัยหน้าใหม่ขึ้นมาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการทำงาน และการชี้แนะสาธารณะที่เท่าทันต่อสถานการณ์ของสังคม เพื่อสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ในเรื่องการควบคุมยาสูบให้แก่ประชาชน

การดำเนินงานตลอด 5 ระยะดังกล่าว การดำเนินงานด้านพลังทางปัญญาของ ศจย. ส่งผลให้เกิดการพัฒนา นโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมยาสูบของไทยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย นโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง กฎกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 วิจัยการเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชิกาเรตในต่างประเทศ การบังคับใช้กฎหมายสถานบันเทิงเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และประกาศกระทรวงเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ชิกาเรต พ.ศ. 2561 เป็นต้น

ความท้าทายด้านการจัดการยาสูบของประเทศไทย

การควบคุมยาสูบที่ทำนายและต้องสร้างไปให้ถึงในอนาคต คือ การดำเนินการให้สอดคล้องตามเป้าหมายตามมติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ (UN) ที่ตั้งเป้าระดับโลกไว้ว่าแต่ละประเทศควรลดการสูบบุหรี่ลงให้ได้ร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากมติดังกล่าวส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยควรมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 15 แทนที่จะเป็นร้อยละ 17.5

นอกจากนั้น ยังมีแนวคิด Tobacco End Game คือ แนวคิด การยุติการแพร่ระบาดของยาสูบและฉาบทันของอนาคต ที่โลกจะปลอดบุหรี่⁽⁷⁾ โดยมีวัตถุประสงค์ในการสร้าง “คนรุ่นปลอดบุหรี่” (smoke free generation) ขึ้น เพื่อการลดปริมาณการบริโภคบุหรี่หรือยาสูบให้เป็นศูนย์ โดยแนวคิดดังกล่าวเริ่มขึ้นในประเทศสิงคโปร์ ที่มีการเสนอ มาตรการในการกำหนดห้ามบุคคลที่เกิดหลังจากปีที่มีการ กำหนดให้เป็นคนรุ่นปลอดบุหรี่ที่กำหนดห้ามซื้อบุหรี่เพื่อ ทำการสูบ โดยแนวคิดดังกล่าวถูกนำเสนอขึ้นเมื่อประมาณ ช่วงปี พ.ศ. 2550 ซึ่งความสำเร็จของแนวคิดในการควบคุม ยาสูบ Tobacco End Game มีปัจจัยประกอบแวดล้อม หลากประการ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างความร่วมมือและ แนวทางให้เกิดในประชาคมสาธารณสุข ให้มีเป้าหมายใหญ่ ร่วมกันเพื่อการลดการบริโภคยาสูบ การสร้างความเชื่อมั่น ให้กับประชาชนเพื่อให้ประชาชนสนับสนุนการลด การแพร่ระบาดของยาสูบ และผู้กำหนดนโยบายต้องมีความกล้าหาญที่จะพร้อมรับความเสี่ยงทางการเมืองและการ แทรกแซงจากอุตสาหกรรมยาสูบ⁽⁸⁾ สำหรับประเทศไทย การควบคุมยาสูบที่ทำลายและต้องสร้างไปให้ถึงเป้าประสงค์ โดย (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมแห่งชาติ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565-2570⁽⁹⁾ การที่จะทำให้สังคมไทยเป็น “smoke free Thailand” หรือ “ประเทศไทยปลอดบุหรี่” ซึ่งการที่จะ ดำเนินการเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายนี้ ดังนั้นประเทศไทยต้อง ดำเนินการกับทั้งผู้สูบบุหรี่เก่าและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ต้องทำให้การสูบบุหรี่กลายเป็นเรื่องไม่ปกติ ลดอัตราการ สูบบุหรี่ ช่วยให้เลิกบุหรี่ และปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะเด็กๆ จากการผลกระทบของควันมือสอง ด้วยการสร้างนโยบายและกรอบกฎหมายที่มั่นคง เพื่อให้ ประชาชนมีชีวิตยืนยาวและมีสุขภาพที่ดี ซึ่งทิศทางในการ ควบคุมยาสูบในอนาคตของประเทศ คือ การดำเนินการ สร้างงานวิจัยเพื่อรองรับกับกรอบ WHO FCTC ให้มากที่สุด โดยในประเด็นที่ประเทศไทยยังไม่มีดำเนินการ ได้แก่ พัฒนากลไกและบังคับใช้ การป้องกันการแทรกแซงนโยบาย รัฐของอุตสาหกรรมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรม ประเด็น ด้านมาตรการทางด้านราคาและภาษี ในกรณีปัญหา การลดราคาของอุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติที่เกิดจาก การปรับโครงสร้างภาษี การไม่ปรับอัตราภาษี และปัญหา อัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำ ทำให้เกิดการใช้ผลิตภัณฑ์

ทดแทน เสริมการบังคับใช้มาตรการคุ้มครองสุขภาพ ของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้เข้มแข็ง รวมถึงรณรงค์การห้ามสูบ บุหรี่ในบ้าน พัฒนาการควบคุมส่วนประกอบของบุหรี่ อันได้แก่ ห้ามการชูรสและเมนทอล และบุหรี่ปลอดการ เผาไหม้ การผลักดันยาเลิกบุหรี่เข้าสู่บัญชียาหลัก และสุดท้าย สมควรผลักดันให้ประเทศไทยเข้าร่วมพิธีสารว่าด้วยการจัด การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย ซึ่งถ้าตัดขาดการเข้าร่วม ให้ปฏิบัติให้สอดคล้องกับพิธีสาร มากที่สุด

นอกจากนั้น จากประเด็นความท้าทายที่ได้นำเสนอ จะเห็นได้ว่า การควบคุมยาสูบ จัดเป็นปัญหาการ สาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เพื่อให้ การแก้ปัญหาและสามารถขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบ เป็นไปได้ด้วยดี สมควรนำแนวทางการประชุมส่งเสริมสุขภาพ ระดับโลก (Global Health Promotion Conference) ณ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ ที่เสนอ “ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) ในการ ขับเคลื่อน เพราะการควบคุมยาสูบไม่ใช่เพียงแค่พันธกิจ ของหน่วยงานภาคสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องอาศัยความร่วมมือ กับหน่วยงานทุกภาคส่วน เช่น กระทรวงศึกษาธิการในการ ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ กระทรวงพาณิชย์ในการสกัดกั้น การนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครอง ผู้บริโภคที่ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมายในการห้ามขาย ห้าม บริการบุหรี่ไฟฟ้า ตลอดจนมาตรการทางด้านภาษียาสูบ ที่ควรมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพและลดการเข้าถึง ของประชาชนต่อการบริโภคยาสูบ เป็นต้น

บทสรุป

การเป็นพลังทางปัญญาในการแก้ปัญหาการบริโภค ยาสูบในประเทศไทย เป็นภารกิจประการสำคัญที่ ศจย. ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง และตลอดกว่า 15 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานของ ศจย. ที่ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการควบคุม การบริโภคยาสูบในสังคมไทย ดังจะเห็นได้จากพฤติกรรม การบริโภคยาสูบของประชากรผู้สูบบุหรี่ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 32 ในปี พ.ศ. 2534 จนเหลือเพียงร้อยละ 19.10 ในปี พ.ศ. 2563 และคาดการณ์ ว่าจะลดลงเหลือ ร้อยละ 17.5 แต่เพื่อให้สอดคล้องตามมติ

ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยควรมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงเหลือร้อยละ 15 ของประชากรกลุ่มดังกล่าว ซึ่งหากไม่มีการดำเนินงานในการควบคุมยาสูบและลดพฤติกรรมในการบริโภคยาสูบอย่างจริงจังเช่นนี้ ก็จะทำให้ส่งผลให้ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคที่มีผลจากยาสูบสูงขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกปีละกว่า 20,000 ล้านบาท ในขณะที่การดำเนินงานของ สสส. ในการขับเคลื่อนภารกิจด้านการควบคุมยาสูบ ใช้งบประมาณไปเพียงปีละ 239.24 ล้านบาท (งบประมาณตามแผนควบคุมยาสูบ ประจำปี พ.ศ. 2562) เท่านั้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบและลดพฤติกรรมบริโภคยาสูบของคนไทยที่ได้ร่วมดำเนินการกันเป็นพันธมิตร/ภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญและมีคุณค่า

อย่างยิ่งต่อสังคมไทย และสามารถลดพฤติกรรมความเสี่ยงที่นำไปสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีมูลค่าสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นหากประเทศไทยจะเดินไปสู่เป้าหมายที่จะทำให้ “ประเทศไทยปลอดบุหรี่” (smoke free Thailand) และสร้าง “คนรุ่นปลอดบุหรี่” (smoke free generation) ตามแนวคิด Tobacco End Game เกิดขึ้นจริง และบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ศจย. จะต้องสานต่อภารกิจสำคัญในการดำเนินงานสร้างพลังทางปัญญาด้านการควบคุมยาสูบและการลดพฤติกรรมบริโภคยาสูบของคนไทยร่วมกับเครือข่ายในทุกภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่องต่อไป ทั้งนี้เพื่อขับเคลื่อนให้ประเทศไทยไปสู่การเป็นสังคมปลอดบุหรี่ได้อย่างแท้จริงในอนาคตอันใกล้และเกิดความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. The Tobacco Atlas. Societal harms [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://tobaccoatlas.org/topic/societal-harms/>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
3. World Health Organization. Tobacco control in South-East Asia Region [internet]. 2021 [cited 2021 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/tobacco/tobacco-control-in-the-south-east-asia-region>
4. BMC Public Health, Why is tobacco control progress in Indonesia stalled? - a qualitative analysis of interviews with tobacco control experts [Internet]. 2021 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08640-6>
5. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพมหานคร: สันทวีกิจพรินต์ติ้ง; 2563.
6. Komonpaisarn T. Economic cost of tobacco smoking and secondhand smoke exposure at home in Thailand [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 2]. Available from: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2021/02/24/tobaccocontrol-2020-056147.full?ijkey=7uVhFRrKDtdtyw&keytype=ref>
7. McDaniel PA, Smith EA, Malone RE. The tobacco endgame: a qualitative review and synthesis. Tob Control [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 15];25:594-604. Available from: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/25/5/594>
8. Malone RE. The race to a tobacco endgame. Tob Control 2016;25(6):607-8.
9. คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมแห่งชาติ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 - 2570. นนทบุรี: กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ; 2565.

Intellectual Power and Challenges in Tobacco Control in Thailand

Ronnachai Kongsakon

Tobacco Control Research and Knowledge Center (TRC), Faculty of Medicine Ramathibodi, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

Tobacco Control Research and Knowledge Management (TRC) is established in October 2005, supported by the Thai Health Promotion Foundation. The main objective is to accomplish the development of an effective system and mechanism of tobacco consumption control on research and academic, or intellectual power, basis according to the triangle that moves the mountain strategy. This includes (1) knowledge creation (2) social movement and (3) pushing policies into action. All three factors have to work together and support each other to make a change to tobacco consumption control, not only for the health care unit but also for cooperation with all related parties. With this, TRC serves as an academic center for controlling, protecting, and solving problems concerning tobacco consumption in Thailand, in particular, the goals of Tobacco End Game: smoke free Thailand and smoke free generation. This leads to knowledge development and researches on tobacco control, information providing, and research funding for supporting public sectors and civil society in order to drive tobacco control for achieving the goals of all health policies in Thailand.

Keywords: Tobacco Control Research and Knowledge Center; intellectual power; triangle that moves the mountain; tobacco control