

ข้อจำกัดและโอกาสในการจัดการกับวิกฤติโรคเรื้อรัง ในประเทศไทยด้วยมาตรการระดับประชากรตามข้อเสนอแนะ ขององค์การอนามัยโลก

ทักษพล ธรรมรังสี^{*,†}

ประภาพรณ เอี่ยมอนันต์[‡]

สุลัดดา พงษ์อุทรา^{*}

อรรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง[§]

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์^{*,‡}

สิรินรญา พูลเกิด^{*}

อรทัย วลีวงศ์^{*,†}

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่สุดในประเทศไทย เมื่อพิจารณาจากการเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของทั้ง การเสียชีวิตและการเจ็บป่วย ในรายงานสถานะของโรคไม่ติดต่อปี ๒๕๕๑ ขององค์การอนามัยโลกมีข้อเสนอแนะ มาตรการระดับประชากรที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า ๒๖ มาตรการในการจัดการควบคุมและป้องกันวิกฤติปัญหา โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โดยแบ่งเป็นกลุ่มมาตรการหลักที่มีความคุ้มค่าและควรดำเนินการที่สุด ๑๒ มาตรการ และมาตรการ ที่มีความคุ้มค่าและควรดำเนินการรองลงไปอีก ๑๔ มาตรการ มาตรการระดับประชากรเหล่านี้มุ่งเน้นที่การจัดการห้า พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่/ยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี รายงานฉบับนี้เป็นการศึกษาข้อจำกัดและโอกาสของประเทศไทยในการดำเนินการทั้ง ๒๖ มาตรการ โดยทำการ วิเคราะห์ในสามประเด็นได้แก่ หลักการและแนวคิดของมาตรการ, สถานการณ์ของมาตรการ และโอกาสในการพัฒนา ความเข้มแข็ง จากการทบทวนสถานการณ์ของทั้ง ๒๖ มาตรการ มาตรการเหล่านี้มีระดับความเข้มแข็งของเนื้อหา นโยบาย, ความเข้มแข็งของการนำไปปฏิบัติ และ โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็งแตกต่างกัน และโดยรวมสรุปได้ว่า ประเทศไทยยังมีช่องว่างและข้อจำกัดในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชัดเจน ทั้งด้านระดับความสำคัญ ทรัพยากร ศักยภาพ ความต่อเนื่อง การประเมินผล และการประสานงาน นอกจากนี้ บางมาตรการยังไม่มีกรดำเนินการอย่างเป็นทางการ และบางมาตรการมิได้เป็นไปในทิศทางเพื่อการควบคุมและป้องกันผลต่อสุขภาพ

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อ, พฤติกรรมเสี่ยง, มาตรการระดับประชากร

Abstract

Gaps and Opportunities in Addressing Non Communicable Diseases in Thailand with WHO's Best Buys and Good Buys interventions

Thaksaphon Thamarangsi^{*,†}, Siriwan Pitayarangarit^{*,‡}, Prapapun Iam-anan[‡], Sirinya Phulkerd^{*}, Suladda Ponguttha^{*}, Orratai Waleewong^{*,†}, Attaya Limwattanayingyong[§]

^{*}International Health Policy Program (IHPP), [†]Center for Alcohol Studies (CAS), [‡]Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC), [§]Department of Disease Control

Non Communicable Diseases (NCDs) is the most important health problem in Thailand, in terms of both mortality and morbidity. In the Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, World

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

†ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

‡ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

§กรมควบคุมโรค

Health Organization recommends 26 effective and cost-effective interventions to tackle NCDs crisis. Further divided into 12 Best buys intervention and 14 Good buys, these population-wide policy interventions aim to address NCDs at their five major risk behaviours. These include tobacco use, alcohol consumption, food and beverage dietary, physical activity and Hepatitis B vaccination. This study describes theoretical concepts of the intervention, and analyses situations, gaps and opportunities of Thailand to adopt these 26 interventions. These interventions differ in terms of strength of policy content, implementation and feasibility to be strengthened. In conclusion, Thailand faces many major limitations in embarking these Best buys and Good buys health interventions, including priority, resources, capacity, sustainability, monitoring and evaluation, and coordination. While some are not exists at macro scale in Thailand, some interventions were not primarily designed for health purposes.

Key words: Non communicable diseases, NCDs, health intervention, Thailand

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases/ NCDs) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง ๓๖ ล้านรายในปี ๒๕๕๑ หรือคิดเป็นร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตทั้งหมด^(๑) และยังพบว่ามีความแตกต่างของภาระโรคระหว่างกลุ่มประเทศอย่างชัดเจน โดยร้อยละ ๘๐ ของการเสียชีวิตจาก NCDs เกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางและเมื่อปรับอายุแล้ว อัตราการเสียชีวิตจาก NCDs ของประชากรชายและหญิงในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางคือ ๗๕๖ และ ๕๖๕ ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าประเทศรายได้สูงถึงร้อยละ ๖๕ และ ๘๕ ตามลำดับ^(๑) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังคาดการณ์ว่าอัตราการเสียชีวิตจาก NCDs ในปี ๒๕๖๓ จะเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๓ ถึงร้อยละ ๑๕ โดยจะมีอัตราการเพิ่มสูงสุดในเขตประเทศกำลังพัฒนา^(๒)

โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง เป็นสี่โรคในกลุ่ม NCDs ที่มีขนาดภาระโรคสูง โดยในปี ๒๕๕๑ ประมาณการได้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง ๑๗ ล้านคน หรือร้อยละ ๔๘ ของการเสียชีวิตจาก NCDs ทั้งหมด รองลงมาคือโรคมะเร็ง (๗.๖ ล้านราย/ร้อยละ ๒๑) โรคระบบทางเดินหายใจ (๔.๒ ล้านราย/ร้อยละ ๑๒) และ เบาหวาน (๑.๓ ล้านราย/ร้อยละ ๔)^(๑)

โรค NCDs ส่วนใหญ่มีสาเหตุและ/หรือมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ “ปัจจัยเสี่ยงในระดับพฤติกรรม” ซึ่งพฤติกรรมสี่

ประการประกอบด้วย การบริโภคยาสูบ, การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร^(๓) จากข้อมูลวิชาการ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ ๘๐^(๔) ซึ่งปัจจัยระดับพฤติกรรมเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับ “ปัจจัยเสี่ยงระดับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและเมตาบอลิซึม” (metabolic/physiological changes) ก่อนจะนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ โดยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญสี่ประการประกอบด้วย ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และ ภาวะไขมันในเลือดสูง^(๓) มาตรการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ในระดับประชากร (population-wide interventions) ถือเป็นแนวทางที่มีความคุ้มค่าสูงกว่ามาตรการการบริการสุขภาพระดับรายบุคคล (individual health care interventions)^(๓)

ในปี ๒๕๔๘ อัตราการเสียชีวิตจาก NCDs คือ ๗๕๑.๗ และ ๕๔๐.๖ รายต่อแสนประชากรในเพศชายและหญิงตามลำดับเมื่อปรับตามโครงสร้างอายุ และยังพบว่าสัดส่วนการเสียชีวิตก่อนวัย ๗๐ ปีนั้นเท่ากับร้อยละ ๕๑.๗ และ ๔๒.๒ ของการเสียชีวิตจาก NCDs ทั้งหมด^(๓) ซึ่งชี้ให้เห็นความรุนแรงของสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก NCDs ในประเทศไทย โดยเมื่อพิจารณาสาเหตุของการเสียชีวิตในปี ๒๕๔๗ พบว่ากลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง (มะเร็งปอด ลำไส้



ช่องปาก ตับ ปากมดลูกและเต้านม) รวมกันแล้วเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ ๓๘.๗ และ ๔๗.๒ ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรชายและหญิงตามลำดับ (คำนวณจาก^(๕))

ข้อมูลจากตารางที่ ๑ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีภาระโรคจากกลุ่มโรค NCDs ในสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง ๓๐.๔, ๖๕.๖ รายในปี ๒๕๕๒ หรือร้อยละ ๗๓.๓ ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในขณะที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีแห่งสุขภาพถึงร้อยละ ๗๓.๓ ของภาระโรคทั้งหมด และยังแสดงให้เห็นว่ายังมีประชากรไทยในสัดส่วนสูงที่ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรค NCDs ทั้งระดับพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางเมตาโบลิซึม/สรีรวิทยา ซึ่งสะท้อนถึงสถานการณ์ความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาเทคโนโลยีในการจัดการปัญหา NCDs อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลกระทบทางสุขภาพและสังคมจาก NCDs ทำให้

ประชาคมโลกมีความตระหนักในการควบคุมและป้องกัน NCDs รวมถึงความเคลื่อนไหวที่กลไกระดับสมัชชาทั่วไปขององค์การสหประชาชาติ (United Nations General Assembly) ที่มีมติให้จัดการประชุมระดับสูงในเดือนกันยายน ค.ศ.๒๐๑๑ องค์การอนามัยโลกในฐานะองค์กรเฉพาะด้านสุขภาพของสหประชาชาติได้ออกรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค.ศ.๒๐๑๐ (Global Status Report on Noncommunicable Diseases ๒๐๑๐)^(๓) ใน ค.ศ.๒๐๑๑ ซึ่งในรายงานฉบับดังกล่าวได้มีการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับประสิทธิผลงบประมาณในการดำเนินการ และความคุ้มค่า (ต้นทุน-ประสิทธิผล) ของมาตรการต่างๆในการควบคุมและป้องกัน NCDs ในระดับประชากร (population wide intervention) ซึ่งทำให้สามารถคัดสรร ๒๖ มาตรการเป็นข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการจัดการปัญหาที่มีความคุ้มค่า และยังสามารถจัดระดับความคุ้มค่าเป็นสองระดับคือ มาตรการที่ควรดำเนินการ

ตารางที่ ๑ ภาระโรค NCDs และความชุกของปัจจัยเสี่ยงในประชากรไทย

	ชาย	หญิง	รวม	ปีของข้อมูล
การเสียชีวิต				
จำนวนการเสียชีวิตจาก NCDs	๑๖๑,๒๘๑	๑๔๓,๓๗๕	๓๐๔,๖๕๖	๒๕๕๒
สัดส่วนการเสียชีวิตจาก NCDs ต่อการเสียชีวิตทั้งหมด(ร้อยละ)	๖๘.๖	๗๕.๔	๗๓.๓	๒๕๕๒
ภาระโรค (การสูญเสียปีแห่งสุขภาพ/DALYs)				
จำนวนปีที่สูญเสีย (ล้าน DALYs)	๓.๖๕	๓.๔	๗.๑	๒๕๕๒
สัดส่วนภาระโรคจาก NCDs ต่อภาระโรคทั้งหมด (ร้อยละ)	๖๗.๗	๘๐.๔	๗๓.๓	๒๕๕๒
ความชุกของปัจจัยเสี่ยงระดับพฤติกรรม (ร้อยละ)				
ความชุกของผู้บริโภคยาสูบรายวัน	๓๒.๑	๑.๓	๑๘.๔	๒๕๕๐
ความชุกของประชากรที่มีระดับกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	๑๗.๑	๒๑.๔	๑๕.๒	๒๕๕๑
ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (๑๕ ปีขึ้นไป)	๕๑.๐	๘.๘	๓๐.๐	๒๕๕๐
ความชุกของปัจจัยเสี่ยงทางการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (ร้อยละ)				
ความดันโลหิตสูง	๓๗.๐	๓๑.๖	๓๔.๒	๒๕๕๒
ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	๗.๓	๗.๑	๗.๒	๒๕๕๒
ภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน	๒๕.๘/๔.๕	๓๖.๔/๑๑.๘	๓๑.๔/๘.๕	๒๕๕๑-๒
ระดับคอเลสเตอรอลสูง	๕๔.๖	๕๖.๑	๕๕.๕	๒๕๕๒

แหล่งข้อมูล - ภาระโรค^(๖)

- ปัจจัยเสี่ยง^(๓) ยกเว้น ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ^(๗)

ที่สุด/มีความคุ้มค่าสูง (Best buys) และมาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่า (Good buys) ดังแสดงในตารางที่ ๒

รายงานนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของ NCDs ในระดับประชากรของประเทศไทยทั้ง ๒๖ มาตรการ ตามคำแนะนำจากรายงานขององค์การอนามัยโลก^(๓) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้กำหนดนโยบายและสังคมไทยในการพัฒนาประสิทธิภาพของการจัดการปัญหา NCDs โดยจะทำการวิเคราะห์แต่ละมาตรการในสามประเด็นได้แก่ หลักการ/แนวคิดทางทฤษฎีของมาตรการ สถานการณ์ของมาตรการนั้นๆในประเทศไทยทั้งเนื้อหา, การนำไปปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็งอย่างเร่งด่วนต่อมาตรการนั้น

I. กลุ่มมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ

A๑: มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่

หลักการและแนวคิด

ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ๑๐.๙ ล้านคน หรือร้อยละ ๒๐.๗^(๓) แต่กลับพบว่า มีประชากรไทยมากถึงร้อยละ ๓๙ ที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน และร้อยละ ๒๗.๒ สัมผัสควันบุหรี่ในที่ทำงาน^(๓) ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าประชาชนที่ไม่สูบบุหรี่สมควรได้รับความคุ้มครองให้พ้นจากควันบุหรี่ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเคมีกว่า ๔,๐๐๐ ชนิด โดยเป็นสารพิษมากกว่า ๒๕๐ ชนิด เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และมี ๔๓ ชนิดที่วงการแพทย์ระบุว่า เป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งสามารถก่อโรคแม้จะสัมผัสควันเพียงเล็กน้อย ปัจจัยที่มีผลต่อ

ตารางที่ ๒ ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า งบประมาณ และความเป็นไปได้ของมาตรการในการจัดการปัญหา NCDs ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ปัจจัยเสี่ยง (ภาระโรค หน่วย ล้าน DALYs; % ของภาระโรคทั้งหมดของโลก)	มาตรการ	ภาระโรคที่ลดลงได้*	ต้นทุน-ประสิทธิผล**	งบประมาณที่ต้องการ***	ความเป็นไปได้/ความพร้อมของระบบสุขภาพ	
ยาสูบ (> ๕๐ ล้าน DALYs; ๓.๗% ของภาระโรคโดยรวม)	A ๑	คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่	ผลของชุดมาตรการ ๒๕-๓๐ ล้าน DALYs (มากกว่า ๕๐% ของภาระรวมจากยาสูบ)	ค้ำค่าสูง	ต่ำมาก	สูง เนื่องจากมีกฎหมายระดับโลกรองรับ (FCTC)
	A ๒	คำเตือนพิษภัยจากยาสูบ				
	A ๓	ห้ามโฆษณา				
	A ๔	เพิ่มอัตราภาษี				
	B ๑	ระบบบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูบบุหรี่		ค้ำค่าปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ	ผ่านระบบบริการปฐมภูมิ
แอลกอฮอล์ (> ๕๐ ล้าน DALYs; ๔.๕% ของภาระโรคโดยรวม)	A ๕	จำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ผลของชุดมาตรการ ๕-๑๐ ล้าน DALYs (๑๐-๒๐% ของภาระรวมจากยาสูบ)	ค้ำค่าสูง	ต่ำมาก	สูง
	A ๖	ห้ามโฆษณา				
	A ๗	มาตรการทางภาษี				
	B ๒	บังคับใช้กฎหมายดื่มไม่ขับ		ค้ำค่าปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ	อาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงาน
	B ๓	การให้บริการบำบัดรักษาอย่างสั้น				ผ่านระบบบริการปฐมภูมิ



ตารางที่ ๒(ต่อ) ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า งบประมาณ และความเป็นไปได้ของมาตรการในการจัดการปัญหา NCDs ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ปัจจัยเสี่ยง (ภาวะโรค หน่วย ล้าน DALYs; % ของภาวะโรคทั้ง หมดของโลก)	มาตรการ	ภาวะโรคที่ ลดลงได้*	ต้นทุน- ประสิทธิผล**	งบประมาณ ที่ต้องการ***	ความเป็นไปได้/ ความพร้อมของ ระบบสุขภาพ			
การบริโภคอาหาร (๑๕-๓๐ ล้าน DALYs; ๑-๒% ของภาวะโรค โดยรวม)	A ๘ ลดการบริโภคเกลือ	ผลของมาตรการลด การบริโภคเกลือ ๕	คุ่มค่าสูง	ต่ำมาก	สูง			
	A ๙ ลดการบริโภคไขมัน ทรานส์	การบริโภคเกลือ ๕						
	A ๑๐ รมรงค์สร้างกระแสน้ำดื่ม การบริโภคอาหาร	ล้าน DALYs, สำหรับ มาตรการอื่น ยังไม่มี						
	B ๔ การควบคุมการโฆษณาต่อเด็ก	การประเมินประสิทธิ ผลในระดับโลก				คุ่มค่าสูง (ต้อง การข้อมูลเพิ่มเติม)		
	B ๕ ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว							
	B ๖ มาตรการทางภาษีและราคา							
	B ๗ บริการให้คำปรึกษาในระบบ บริการปฐมภูมิ					คุ่มค่าปานกลาง	สูง	ผ่านระบบบริการ ปฐมภูมิ
	B ๘ การให้สุขศึกษาในสถานที่ทำงาน					คุ่มค่าต่ำ	ค่อนข้างต่ำ	สูงมาก
B ๙ ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภค ในโรงเรียน								
พฤติกรรมทางกาย (> ๓๐ ล้าน DALYs; ๒.๑% ของภาวะโรค โดยรวม)	A ๑๑ รมรงค์การมีกิจกรรมทางกาย ทางสื่อมวลชน	ยังไม่มีประเมิน ประสิทธิผลใน	คุ่มค่าสูง	ต่ำมาก	สูงมาก			
	B ๑๐ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ในชุมชน	ระดับโลก	ยังไม่มีประเมิน ผลในระดับโลก	ยังไม่มีประเมิน ผลในระดับโลก	อาศัยการประสาน งานระหว่างหน่วย งาน			
	B ๑๑ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่าน ระบบคมนาคม							
	B ๑๒ บริการให้คำปรึกษาในระบบ บริการปฐมภูมิ		คุ่มค่าปานกลาง	สูง	ผ่านระบบบริการ ปฐมภูมิ			
	B ๑๓ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ที่สถานที่ทำงาน				สูง			
B ๑๔ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ในโรงเรียน		คุ่มค่าต่ำ						
โรคติดเชื้อ	A ๑๒ การให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	ยังไม่มีประเมิน ประสิทธิผลใน	คุ่มค่าสูง	ต่ำมาก	ผ่านระบบบริการ ปฐมภูมิ			
		ระดับโลก						

หมายเหตุ - มาตรการกลุ่ม A คือ มาตรการที่ควรดำเนินการที่สุด/มีความคุ้มค่าสูง (Best buys) ส่วนมาตรการกลุ่ม B คือ มาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่า (Good buys)
- DALYs (or disability-adjusted life years) are widely used as a measure of premature mortality and ill-health - one DALY can be thought of as one lost year of healthy life
- *หน่วย: ล้าน DALYs ที่ป้องกันได้ (million DALYs averted)
- **หน่วย: เหยื่อสหรัฐต่อ DALY ที่ป้องกันได้ (คุ่มค่าสูง : ใช้งบประมาณน้อยกว่า ผลกระทบต่อผลรวมประชากรติดต่อกัน หรือ GDP per capita เพื่อป้องกันได้ ๑ DALY, คุ่มค่าปานกลาง : ใช้งบประมาณไม่เกิน ๓ เท่าของ GDP per capita, คุ่มค่าต่ำ: ใช้งบประมาณเกิน ๓ เท่าของ GDP per capita)
- ***หน่วย: เหยื่อสหรัฐต่อประชากร (ต่ำมาก: ใช้งบประมาณน้อยกว่า ๐.๕ เหยื่อ, ค่อนข้างต่ำ: ใช้ประมาณ ๐.๕-๑.๐ เหยื่อ, สูง: ใช้ประมาณมากกว่า ๑ เหยื่อ)

ปริมาณควันบุหรี่ที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับคือ จำนวนบุหรี่ที่มีการสูบบุหรี่ใน ห้องนั้น ระยะเวลาที่อยู่ในห้องเดียวกัน ขนาดของห้อง และการถ่ายเทอากาศของห้องนั้น

ข้อมูลวิชาการยืนยันว่าการสัมผัสกับควันบุหรี่เป็นสาเหตุของกว่า ๑๓ โรค เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ การเจริญเติบโตของเด็ก โรคมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม โรคหัวใจ และ Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) เป็นต้น (อ้างถึงใน^(๑๐)) ดังนั้นการป้องกันมิให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่สัมผัสกับควันบุหรี่จึงเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและลดปัญหาจากการสูบบุหรี่ อีกทั้งกลไกการจัดสิ่งแวดล้อมในลักษณะดังกล่าวยังมีส่วนในการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่อีกด้วย

สถานการณ์ของมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา มีการออกประกาศภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๓๕^(๑๑) เพื่อขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ตั้งแต่ ร้านอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศ จนล่าสุด ได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๑๙ พ.ศ.๒๕๕๓ เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งกำหนดให้สถานที่สาธารณะทั้งหมดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ แบ่งได้ ๕ ประเภทใหญ่ดังนี้ ๑) สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ๒) สถานศึกษา ๓) สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน, ๔) ยานพาหนะและสถานขนส่งสาธารณะ, ๕) ศาสนสถาน สถานปฏิบัติธรรมในศาสนาและนิกายต่างๆ ยกเว้นท่าอากาศยานนานาชาติ และบริเวณนอกอาคารของบางสถานที่ เช่น สถานที่ให้บริการน้ำมันเชื้อเพลิง สถานที่ราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ สถานศึกษาระดับอุดมศึกษาสามารถจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ได้^(๑๒)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

แม้ว่าเนื้อหาข้อบังคับในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยจะมีความครอบคลุมพอสมควร แต่ในทางปฏิบัติเป็นที่ทราบโดยทั่วกันว่ายังมีการฝ่าฝืนกฎหมาย ทั้งนี้

เนื่องจากมาตรการการลงโทษหรือความเข้มแข็งของการบังคับใช้นั้นอาจจะมีประสิทธิผลจำกัด อีกทั้งการดำเนินการลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายมีความยุ่งยาก และไม่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ^(๑๓)

ข้อเสนอในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดผลกระทบจากควันบุหรี่

๑. ขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ ๑๐๐% ไปยังพื้นที่อื่นๆ เช่น ท่าอากาศยานนานาชาติ และอาณาบริเวณนอกอาคารแต่อยู่ในรั้วของสถานที่ เช่น สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา เป็นต้น โดยการออกประกาศของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข

๒. ปรับเปลี่ยนวิธีบังคับใช้กฎหมายให้เจ้าพนักงานท้องถิ่น นอกจากจะสามารถตักเตือนได้แล้ว ยังลงโทษปรับได้ด้วย ซึ่งต้องแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๓๕

A๒: มาตรการการให้ข้อมูลพิษภัยของยาสูบ

หลักการและแนวคิด

การให้ข้อมูลกับบุคคลเกี่ยวกับฤทธิ์เสพติดและพิษภัยของ บุหรี่ต่อทั้งผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ โดยสามารถช่วยให้ผู้ที่กำลังตัดสินใจสูบบุหรี่รับทราบถึงความเสี่ยงต่อผลกระทบที่ตามมา และสามารถช่วยให้ผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ตระหนักถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ และผลประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ และการให้ข้อมูลต่อสังคมยังเป็นกลไกในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมและการสนับสนุนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบอื่นๆ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่นั้นสามารถกระทำได้หลายช่องทาง ทั้งทางสื่อมวลชน ผ่านระบบการศึกษา ผ่านระบบบริการสุขภาพ และบนบรรจุภัณฑ์ของยาสูบ ในระดับมหภาคนั้นข้อมูลจากหลายประเทศยืนยันว่า การรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนอย่างสร้างสรรค์และสม่ำเสมอ รวมทั้งภาพคำเตือนบนซองบุหรี่สามารถลดการบริโภคยาสูบได้^(๑๓)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ในประเทศไทยเริ่มมีการใช้มาตรการเตือนภัยบนซองบุหรี่ตั้งแต่ปี ๒๕๑๗ เพื่อเป็นการเตือนให้ผู้สูบบุหรี่ทราบว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และได้มีวิวัฒนาการพัฒนา



ข้อความคำเตือนบนซองบุหรี่เรื่อยมา โดยเพิ่มคำเตือนให้มีข้อความที่หลากหลาย รวมถึงได้ปรับตำแหน่งและขนาดของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ให้เห็นได้ชัด และเพิ่มตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น จนกระทั่ง ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๒ เพิ่มจำนวนภาพ ๔ สีเป็น ๑๐ ภาพ ขนาด ร้อยละ ๕๕ ของพื้นที่ซองทั้งด้านหน้าและหลัง และเพิ่มข้อความ ‘เลิกบุหรี่ไถ่ ๑๖๐๐’ มีผลตั้งแต่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๓(๑๔) โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่ ๔ ของโลกที่มีภาพคำเตือนเป็นรูปภาพ รองจากประเทศแคนาดา บราซิล และสิงคโปร์

นอกจากนี้ในปี ๒๕๔๔ ได้กำหนดให้ระบุชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็งบนซองบุหรี่ด้วย และมีการห้ามใช้คำบนซองบุหรี่ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่าบุหรี่ยี่ห้อหนึ่งๆ มีพิษน้อยหรือปลอดภัยกว่าบุหรี่ยี่ห้ออื่นมีผลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๕๐ เป็นต้นมา และปรับปรุงเพิ่มคำที่ห้ามอีกในปี ๒๕๕๔ นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลผ่านสื่อทางโทรทัศน์และวิทยุในบางโอกาสที่ผ่านมาพบว่า การรณรงค์ได้ผลที่น่าพอใจในกลุ่มผู้เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่แล้ว และกลุ่มครอบครัวที่มีเด็ก แต่กลับพบว่า มีประสิทธิผลจำกัดในกลุ่มเยาวชน ซึ่งพบว่า มีจำนวนนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น^(๑๕)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ความท้าทายสำคัญของการพัฒนาการพัฒนากลไกในการสร้างบรรทัดฐานอย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดการสูบบุหรี่เป็นที่ยอมรับในหมู่เยาวชน ผ่านช่องทางของระบบการศึกษาและสื่อมวลชน ซึ่งสามารถให้ข้อมูลและรณรงค์อย่างสร้างสรรค์และสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

๑. พัฒนาช่องทางในการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนอย่างสร้างสรรค์และสม่ำเสมอ รวมถึงผ่านช่องทางของการให้คำปรึกษาที่สะดวก

๒. กระทรวงศึกษาธิการเพิ่มเนื้อหา พิษภัย และฤทธิ์เสพติดของยาสูบ ในหลักสูตรของนักเรียนทุกระดับ

๓. ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขนาดของภาพและข้อความคำเตือนบนซองบุหรี่ รวมถึงการห้ามใช้ข้อความหรือการสื่อสารที่อาจทำให้เข้าใจผิดว่าบุหรี่นั้น

อันตรายน้อยกว่า

A๓: มาตรการการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย บุหรี่

หลักการและแนวคิด

การห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือบุหรี่รวมทั้งการให้ทุนอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบเป็นกลไกในการปกป้องประชาชน โดยเฉพาะเยาวชนให้หลุดพ้นจากการรับรู้ ความคุ้นชินกับตราสินค้า และการยอมรับสินค้าที่จะเข้ามาเป็นเรื่องปกติของชีวิตประจำวัน และเป็นสิ่งปกติของสังคม ดังนั้นจึงเป็นกลไกสำคัญในการลดนักสูบหน้าใหม่ ผลการศึกษาในต่างประเทศรายงานว่า การใช้มาตรการนี้ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วสามารถลดการบริโภคยาสูบได้ร้อยละ ๖.๓^(๑๕)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ประเทศไทย มีพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕ ที่มีข้อกำหนดห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสื่อประเภทต่างๆ แบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive ban)^(๑๖) ซึ่งถือเป็นนโยบายที่เนื้อหาครอบคลุมอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบยังมีความพยายามในการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดต่างๆ เช่น การแสดงตราสัญลักษณ์หรือชื่อของบริษัทในการโฆษณา รวมถึงการดำเนินกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility) อาทิ การสนับสนุนเงินให้แก่หน่วยงานภาคการศึกษาและกิจกรรมด้านเยาวชนเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อเยาวชน ชุมชนและสังคม รวมทั้งสร้างการยอมรับตัวสินค้าว่าเป็นสินค้าปกติในชีวิตประจำวันอันจะเป็นผลทางอ้อมต่อการบริโภคยาสูบ

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ข้อจำกัดสำคัญในด้านเนื้อหาของการควบคุมกลยุทธ์การตลาด คือความครอบคลุมต่อการทำการตลาดในช่องทางสื่อใหม่ๆ เช่น การโฆษณาและส่งเสริมการขายข้ามพรมแดน อินเทอร์เน็ต การโฆษณาผ่านสื่อทางสังคม และ สื่อเทคโนโลยี

ที่แพร่หลายและเข้าถึงได้ง่ายโดยเยาวชน ดังนั้นการกำกับด้วยระบบข้อมูลและเทคโนโลยี จึงต้องก้าวให้ทันเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะ

๑. ปรับปรุง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕ โดยขยายความครอบคลุมของกลไกกลยุทธ์การตลาด รวมถึงทุนอุปถัมภ์ และสื่อสมัยใหม่ ร่วมกับการพิจารณาออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี มิให้ข้าราชการและหน่วยราชการรับการสนับสนุนทุนอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมยาสูบทั้งของเอกชนและของรัฐ

๒. พัฒนากลไกเฝ้าระวังกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะในสื่อใหม่ เช่น กระหรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ ควรจัดระบบตรวจสอบการขายและการส่งเสริมการขายทางอินเทอร์เน็ต

A๔: มาตรการการขึ้นภาษียาสูบ

หลักการและแนวคิด

เช่นเดียวกับสินค้าอุปโภคบริโภคอื่นๆ ราคานูหรีมีผลต่อการตัดสินใจบริโภค โดยทั่วไปนั้นรัฐมักจะใช้มาตรการทางภาษีเป็นกลไกในการกำหนดราคาของนูหรีมิให้ต่ำจนเกินไป ข้อมูลวิชาการชี้ให้เห็นว่ามาตรการทางภาษีมียุทธประสิทธิผลในการควบคุมการบริโภคนูหรี/ยาสูบในระดับมหภาคโดยสามารถลดความอยากริเริ่มสูบบุหรีของเยาวชนซึ่งจะเป็นกลไกในการป้องกันการติดนูหรีในเวลาต่อมา และยังช่วยเพิ่มโอกาสให้มีการเลิกนูหรีและการกลับมาสูบบ้าของผู้ที่ลองเลิกแล้วด้วย^(๑๗)

ประเด็นสำคัญในการพิจารณาขึ้นอัตราภาษีเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบนั้น คือผลต่อราคาขายปลีก ที่ควรเพิ่มขึ้นสูงพอจนมีผลต่อการตัดสินใจของผู้สูบบหรือผู้ที่ลองสูบบและช่องทางในการปรับพฤติกรรมของผู้สูบบนูหรี เช่น การมีนูหรีผิดกฎหมาย และผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ถูกเก็บภาษีในอัตราต่างกัน เนื่องจากเป็นสินค้าที่มีการทดแทนกันได้

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

นับตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตนูหรีซิกาแรตรวม ๔ ครั้ง จากอัตราภาษี

ร้อยละ ๕๕ ของราคาหน้าโรงงานมาเป็นร้อยละ ๘๕ ของราคาหน้าโรงงาน (เดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๒) ซึ่งเมื่อคำนวณแล้วเม็ดเงินภาษีทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ ๖๘ ของราคาขายปลีก^(๑๘) การปรับอัตราภาษีดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการทำให้อัตราการสูบบนูหรีมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในขณะที่รัฐบาลสามารถจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้นกล่าวคือปริมาณการจำหน่ายลดลงร้อยละ ๑๑.๔ ในระยะเวลา ๑๔ ปี ระหว่างปี ๒๕๓๕ ถึง ๒๕๕๓ แต่รายได้สรรพสามิตนูหรีซิกาแรตที่รัฐจัดเก็บได้เพิ่มขึ้น จาก ๑๕,๔๓๘ ล้านบาทในปี ๒๕๓๕ เป็น ๕๓,๓๖๘ ล้านบาทในปี ๒๕๕๓^(๑๙) การศึกษาทางเศรษฐมิติ^(๒๐) พบว่าค่าความยืดหยุ่นของการบริโภคนูหรีต่อราคาในประเทศไทย เฉลี่ยอยู่ที่ -๐.๓๙ ซึ่งหมายความว่าปริมาณการบริโภคนูหรีจะลดลงร้อยละ ๐.๓๙ หากมีการปรับเพิ่มราคาร้อยละ ๑

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ข้อจำกัดสำคัญสามประการของมาตรการทางภาษีเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยประกอบด้วยประการแรก โครงสร้างภาษียาสูบของไทยมีความอ่อนไหวต่อการลดภาษีศุลกากรจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งส่งผลให้ราคานูหรีนำเข้าจากประเทศคู่เจรจามีราคาถูก อีกทั้งวิธีกำหนดภาษียังขาดกลไกในการป้องกันการแจ้งราคานำเข้าที่ต่ำจนเกินไปอีกด้วย, ประการที่สอง ระบบปัจจุบันมีความแตกต่างของอัตราภาษีระหว่างนูหรีและยาเส้น ซึ่งเป็นสินค้าที่สามารถทดแทนกันได้ ในปัจจุบันยาเส้นถูกเก็บภาษีในอัตราที่ต่ำมาก (๐.๐๑%) หรือ ยาเส้นพันธุ์พื้นเมืองที่ได้รับการยกเว้นไม่ถูกเก็บภาษี^(๒๑), และประการที่สาม ระดับการปรับอัตราภาษี ก่อนหน้าปี ๒๕๕๒ รัฐบาลไม่เคยขึ้นภาษีนูหรีซิกาแรตสูงกว่าค่าเงินเพื่อ ซึ่งหมายความว่านูหรีมีราคาที่แท้จริงถูกลงเมื่อเทียบกับสภาพเศรษฐกิจ (รายได้และค่าครองชีพ)

ข้อเสนอแนะ

๑. ออกประกาศกรมสรรพสามิต กำหนดอัตราภาษีตามสภาพของยาสูบทุกประเภท โดยมีเป้าหมายเพื่อกำหนดราคาขั้นต่ำที่ไม่จูงใจนักสูบบหน้าใหม่
๒. พิจารณาปรับปรุงพระราชบัญญัติ ยาสูบ พ.ศ.๒๕๐๙ ในประเด็นฐานภาษี จากราคาหน้าโรงงานและราคาแจ้งนำเข้า



เป็นราคาขายปลีก และเลิกการยกเว้นภาษีสำหรับยาสูบพันธุ์พื้นเมือง

B๑: การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่

หลักการและแนวคิด

การเลิกบุหรี่ก่อนวัยกลางคนหรืออายุระหว่าง ๔๕-๕๔ ปี สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายจากการป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดได้ถึงร้อยละ ๙๐^(๒๒) ดังนั้นในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาควรมีการส่งเสริมให้เลิกบุหรี่ได้ก่อนที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือให้การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ซึ่งจะช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาลที่รัฐต้องสูญเสียในแต่ละปีได้

การบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่มีได้หลากหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมการช่วยให้เลิกบุหรี่ในชุมชนร่วมกับการใช้คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง, การให้สารนิโคตินทดแทน หรือ Nicotine Replacement Therapy (NRT) รวมถึงการใช้ยา ในประเทศที่พัฒนาแล้วมักมีระบบบริการที่เข้าถึงต่อกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งส่งผลให้อัตราการความชุกของผู้เลิกสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น รูปแบบบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกของกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่นิยมให้สารนิโคตินทดแทน (NRT) และการจ่ายยา Bupropion^(๒๒) หรือ Nortriptyline^(๒๓) เพื่อรักษาอาการติดนิโคตินแก่ผู้มารับบริการ อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจในมาตรการนี้ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะบริการ NRT ที่ให้แก่ผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ ควรต้องพิจารณาปัจจัยทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เช่น ราคาของเวชภัณฑ์ด้วย

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

สำหรับประเทศไทย ในปัจจุบันมีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อช่วยเลิกบุหรี่มาได้ระยะหนึ่งแล้ว โดยปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่อยู่ถึง ๕๕๕ แห่งทั่วประเทศ^(๒๔) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลแล้วกว่า ๒๖๐ แห่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ นอกจากนี้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็ได้วางระบบเพื่อให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (๑๖๐๐ สายเลิกบุหรี่) ซึ่งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติได้เปิดให้

บริการแล้วตั้งแต่ปี ๒๕๕๒

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่ามีจำนวนผู้ใช้บริการจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ หรือ Quitline ในปี ๒๕๕๒ จำนวน ๒๒,๗๕๖ คน และปี ๒๕๕๓ จำนวน ๓๗,๓๘๕ คน ในจำนวนนี้เป็นคนสูบบุหรี่ที่ต้องการคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ๒๑,๗๕๑ คน (ร้อยละ ๕๘.๑๘) เป็นผู้สูบบุหรี่หรือบุคคลใกล้ชิดที่ต้องการข้อมูล/คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ ๑๒,๙๒๒ คน (ร้อยละ ๓๔.๕๖) และกลุ่มอื่นๆ ๒,๗๑๒ คน (ร้อยละ ๗.๒๕) โดยจากการติดตามข้อมูลเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๓ พบว่าจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้ภายใน ๖ เดือน หลังจากการรับบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ๕๐๒ คน (ร้อยละ ๑๐.๕๖) ของผู้ที่อนุญาตให้โทรกลับและติดตามได้จำนวน ๔,๗๕๓ คน (ข้อมูลจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ, วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔)

ข้อมูลจากการสำรวจแสดงให้เห็นว่ายังมีอุปสรรคของการบริการดังกล่าวอีกมาก และผู้ที่ยากเลิกบุหรี่ยังไม่ถึงระบบบริการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ การสำรวจในปี ๒๕๕๒ พบว่ายังมีผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันจำนวน ๑๒.๕ ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ประสงค์อยากจะเลิกบุหรี่ถึง ๗.๕ ล้านคน และมี ๖.๒ ล้านคนที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ซึ่งร้อยละ ๘๘.๙ ใช้วิธีเลิกด้วยตนเอง, ร้อยละ ๑๐.๖ ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่, และเพียงร้อยละ ๕.๘ เท่านั้นที่ได้รับบริการให้คำปรึกษา^(๒๕)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ประเทศไทยมีการพัฒนาโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่เป็นรูปแบบที่เป็นตัวอย่างที่ดี เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อม เช่น การจำกัดสถานที่เพื่อห้ามสูบบุหรี่ การควบคุมจุดขาย ส่งเสริมให้บุคลากร ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และบุคคลที่เป็นแบบอย่างในชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มเข้ามาสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพคลินิกช่วยเลิกบุหรี่แล้ว ดังนั้นควรมีการสนับสนุนต่อทั้งหน่วยเดิมและหน่วยใหม่ เพื่อให้ครอบคลุมทั่วประเทศ อีกทั้งงานวิจัยพัฒนาสมุนไพรรักษาอาการช่วยเลิกบุหรี่ได้ผลเป็นอย่างดี น่าจะมีศักยภาพในการนำมาใช้เลิกบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

๑. ขยายงานบริการป้องกันโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ต่อยอดทั้ง ๓ กิจกรรม คือ ๑) การจัดสิ่งแวดล้อมและกระตุ้นให้บุคคลเลิกบุหรี่ ๒) ขยายการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ Quitline ๑๖๐๐ และ ๓) การบริการช่วยเหลือบุหรี่เชิงรุกเข้าสู่ชุมชนโดยใช้คลินิกเป็นศูนย์กลางสนับสนุน โดยกำหนดเป้าหมายเจาะจงผลักดันการเลิกบุหรี่ในกลุ่มบุคคลที่เป็นแบบอย่าง

๒. พิจารณารรจการบริการเพื่อการเลิกสูบบุหรี่เป็นชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยควรสนับสนุนให้เลือกใช้การแนะนำให้คำปรึกษา ก่อน การใช้ยาสมุนไพร และเวชภัณฑ์อื่นๆ ตามลำดับความจำเป็น

II. กลุ่มมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

A๕: มาตรการการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพ

หลักการและแนวคิด

การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเชิงกายภาพเป็นกลไกในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคผ่านการควบคุมความยากง่ายในการหาซื้อสุรา โดยการควบคุมจำนวนตำแหน่ง และความหนาแน่นของจุดจำหน่าย รวมถึงการกำหนดวันเวลาทำการของจุดขาย และเงื่อนไขในการซื้อขาย มาตรการนี้จัดเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการควบคุมปริมาณการบริโภค ควบคุมความชุกในการบริโภค ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และการลดปัญหาจากการบริโภคด้วย^(๒๕)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสี่ลักษณะ โดยมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นเครื่องมือสำคัญ

- กำหนดสถานที่ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ สถานที่สำคัญทางศาสนา สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและสถานพยาบาลตามกฎหมาย สถานที่ราชการ (ยกเว้นบริเวณร้านค้าหรือสโมสร การจัดเลี้ยงตามประเพณี) หอพัก

สถานศึกษา สถานบริการเชื้อเพลิง และสวนสาธารณะของทางราชการ^(๒๖)

- กำหนดวิธีการขาย ได้แก่ ห้ามขายเร็ว ห้ามขายโดยเครื่องขายอัตโนมัติ^(๒๖)

- กำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ ๒๐ ปี^(๒๖) ในขณะที่พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีซื้อหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเข้าไปยังสถานที่เฉพาะเพื่อการจำหน่ายสุรา รวมถึงห้ามการให้สุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี^(๒๗) และพระราชบัญญัติสถานบริการ ห้ามเยาวชนต่ำกว่า ๒๐ ปีเข้าในสถานบันเทิง^(๒๘)

- กำหนดเวลาในการจำหน่ายในร้านค้าปลีกในสองช่วงเวลา คือ ระหว่าง ๑๑.๐๐-๑๔.๐๐ และ ๑๗.๐๐-๒๔.๐๐ นาฬิกา^(๒๖)

นอกจากนี้ยังมีกฎหมายอื่นๆ ที่ควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ไม่ได้เป็นไปเพื่อควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง ได้แก่ พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ.๒๕๔๓ เรื่อง ใบอนุญาตจำหน่ายสุรา ที่เป็นหลักการเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการ ณ จุดจำหน่ายเครื่องดื่ม^(๒๙), ห้ามจำหน่ายในวันสำคัญทางพุทธศาสนา (วันมาฆบูชา, วันวิสาขบูชา, วันอาสาฬหบูชา, วันเข้าพรรษา)^(๓๐), ห้ามจำหน่ายจ่าย แจก จัดเลี้ยงสุราในช่วงการเลือกตั้ง^(๓๑,๓๒) และที่ผ่านมามีความพยายามของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการควบคุมการเข้าถึงของเยาวชนโดยการกำหนดพื้นที่ห้ามขายสุรารอบบริเวณสถานศึกษา^(๓๓) ซึ่งในปัจจุบัน (สิงหาคม ๒๕๕๔) ยังมิได้ผ่านออกเป็นกฎหมาย

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ในประเทศไทยการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือว่าเป็นเรื่องง่าย คนไทยใช้เวลา ๔.๕ นาที ในการเดินทางไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีระยะทางในการเดินทางไปซื้อเฉลี่ย ๓๒๔ เมตร และร้อยละ ๙๑ ซื้อจากร้านขายของชำ^(๓๔) ข้อมูลจำนวนใบอนุญาตจำหน่ายสุราที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งใบอนุญาตขายส่งและขายปลีก^(๑๙) ในขณะที่ยังไม่มีการในการควบคุมจำนวน ความหนาแน่นของจุดขายสุรา รวมถึงระบบใบอนุญาตขายสุราของไทยยังไม่ได้เป็นไปเพื่อควบคุมการ



บริโภคและผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้ยังมีหลายพื้นที่และเงื่อนไขที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาที่ยังไม่ถูกควบคุม เช่น การแข่งขันกีฬา การแสดงดนตรีซึ่งมักพบข่าวการทะเลาะวิวาทอันเนื่องมาจากการดื่มและเมาสูรา^(๓๕) นอกจากนี้ในพื้นที่และบริเวณที่เป็นแหล่งรวมตัวของเยาวชน เช่น สถานศึกษา หอพัก และบริเวณโดยรอบ ที่ผ่านมากการบังคับใช้กฎหมายยังไม่เข้มงวดเท่าที่ควร^(๓๖)

ข้อเสนอแนะ

๑. พัฒนาการบังคับใช้มาตรการจำกัดอายุผู้ซื้อและผู้ดื่มสุรา โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนามาตรการระดับพื้นที่และกระบวนการติดตามเฝ้าระวัง
๒. ต่อยอดการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเน้นการควบคุมจุดขายที่ดึงดูดใจเยาวชนและใกล้ชิดกับเยาวชน เช่น รอบบริเวณสถานศึกษา หอพัก ค่ายเยาวชน ใน การแสดงดนตรี การแข่งขันกีฬา และในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในช่วงเวลาเทศกาลวันหยุดยาว

A๖: มาตรการการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

หลักการและแนวคิด

ข้อมูลวิชาการแสดงให้เห็นว่าการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆของอุตสาหกรรมสุรามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเริ่มต้น^(๓๗-๓๙) การอยากลอง ความตั้งใจที่จะดื่ม^(๔๐,๔๑) การตั้งใจจะซื้อ^(๔๒) ความคาดหวังถึงผล การบริโภคทัศนคติเชิงบวกต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทัศนคติที่เห็นว่าการบริโภคเป็นปกติของสังคม^(๔๓) และยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างงบประมาณในการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการได้รับชม รับฟังเนื้อหาโฆษณา (Exposure) ทั้งระยะสั้นและระยะยาวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มในกลุ่มเยาวชน^(๔๔)

การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นกลไกเพื่อลดโอกาสในการสัมผัสกับกลยุทธ์การตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะเป็นกลไกที่ทำให้ผู้รับสารเห็นว่า การดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดา และเชื่อมโยงการดื่มสุรา

กับสิ่งดีๆผ่านการโฆษณา ทั้งนี้การควบคุมกิจกรรมทางการตลาดจะเป็นการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่มีความเสี่ยงสูงในกลุ่มประชากรอายุน้อยด้วย^(๒๕)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปัจจุบัน ใช้กฎหมายหลายฉบับประกอบกัน มีการพัฒนาให้มีความครอบคลุมในมิติต่างๆ โดยมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๓๒ และกฎกระทรวง เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการแสดงภาพสัญลักษณ์เพื่อประกอบการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นเครื่องมือสำคัญ

- ควบคุมทั้งช่องทางและกำหนดเวลาโฆษณา ได้แก่ ช่วงเวลาที่สามารถโฆษณาผ่านสื่อออกอากาศได้ คือ ๒๒.๐๐ - ๐๕.๐๐ น.^(๔๕)
- การควบคุมเนื้อหาของโฆษณา ได้แก่ ห้ามการโฆษณาที่มีเนื้อหาเชิญชวนให้บริโภค เชื่อมโยงการบริโภคกับความสำเร็จด้านกรงาน ด้านแรงดึงดูดทางเพศ ผลประโยชน์ทางสุขภาพ การให้บุคคลที่มีชื่อเสียงในโฆษณา การแจกและแลกของสมนาคุณ, ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม การโฆษณาให้กระทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคมโดยไม่ปรากฏภาพของสินค้า
- การกำหนดมาตรการฉลากคำเตือนที่ภาชนะบรรจุและคำเตือนท้ายโฆษณา^(๔๖)
- การกำหนดการแสดงภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือของผู้ผลิต ที่มีการกำหนดวิธีการแสดง ขนาดของภาพสัญลักษณ์ตามประเภทสื่อ และการแสดงคำเตือนทุกครั้งที่มีการโฆษณา^(๔๕)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ข้อจำกัดของการควบคุมการตลาดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยเกิดจากการที่เทคโนโลยีด้านการสื่อสารที่มีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ และกลยุทธ์การตลาดของภาค

อุตสาหกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้กฎหมายควบคุมการโฆษณายังไม่สามารถครอบคลุมช่องทางการโฆษณาและรูปแบบของการโฆษณามากหลายช่องทาง เช่น การให้ทุนสนับสนุนกีฬา ดนตรี วัฒนธรรมและงานเทศกาล ซึ่งเป็นวิธีการที่ธุรกิจแอลกอฮอล์นิยมใช้^(๔๗), การโฆษณาในลักษณะแอบแฝง, การโฆษณาและทำการตลาดโดยใช้สื่อบุคคล เช่น สาวเชียร์เบียร์, การใช้สื่อสังคมออนไลน์^(๔๘) รวมถึงประเด็นความครอบคลุมในบางช่วงเวลาและบางพื้นที่ เช่น ณ สถานที่จำหน่ายแอลกอฮอล์แบบนั่งดื่ม ร้านขายส่ง เป็นต้น

ทั้งนี้บทลงโทษกรณีนี้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายยังไม่อยู่ในระดับที่สามารถป้องกันการฝ่าฝืนกฎหมายได้ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการติดตามและบังคับใช้กฎหมายด้วย โดยเฉพาะในระดับพื้นที่และชุมชน

ข้อเสนอแนะ

๑. ขยายการควบคุมการทำการตลาดและโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ครอบคลุมและมีความชัดเจนมากขึ้น ในมิติของรูปแบบการโฆษณาผ่านตัวบุคคลในลักษณะผู้นำเสนอ(พรีเซนเตอร์) และพนักงานขาย การโฆษณาผ่านการจัดตั้งแสดงตัวสินค้า การทำโปรโมชันทางตรงและทางอ้อม การทำกิจกรรมการตลาดและการให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะที่มีเยาวชนเกี่ยวข้อง

๒. พัฒนาระบบพิจารณาการอนุญาตโฆษณา โดยให้ความสำคัญกับช่องทาง เนื้อหา และผลกระทบเชิงลบที่อาจเป็นไปได้ และเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาควิชาการและประชาสังคมที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

๓. ส่งเสริมให้สื่อมวลชนปลอดจากโฆษณาแฝงในรูปแบบต่างๆ ไม่นำเสนอข้อมูลให้เกิดการรับรู้ว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติและถูกต้อง สุราเป็นสินค้าธรรมดา และความผิดและพฤติกรรมภายใต้ความเมินเมาเป็นสิ่งปกติที่สังคมไม่ควรถือสา รวมไปถึงไม่นำเสนอภาพลักษณ์ด้านลบของผู้ที่ไม่ดื่มสุรา

๗: มาตรการทางภาษีและราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

หลักการและแนวคิด

ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อทั้งปริมาณ

และรูปแบบการบริโภค ผู้บริโภคทุกกลุ่มมีการบริโภคลดลงเมื่อราคาเพิ่มขึ้น เยาวชน คนหนุ่มสาว และผู้ที่บริโภคหนักเป็นกลุ่มที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาสูงสุด^(๔๙) โดยทั่วไป รัฐได้ประโยชน์จากการปรับเพิ่มอัตราภาษีสุราทั้งในด้านการควบคุมการบริโภคและรายได้ของรัฐที่เพิ่มขึ้น ในเชิงนโยบายควรให้ความสำคัญกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำในสองมิติคือ เครื่องดื่มที่มีราคาต่อบรรจุภัณฑ์ต่ำ (ราคาต่อขวด) เช่น เบียร์ เหล้าปั่น และเครื่องดื่มที่มีราคาต่อปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่ำ เช่น สุราขาว^(๕๐)

ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยจัดว่ามีราคาต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยนานาชาติ โดยเมื่อปรับตามค่าครองชีพในประเทศต่างๆ ราคาเบียร์ในประเทศไทยถูกกว่าราคาเฉลี่ยนานาชาติถึง ๒.๓๖ เท่า ในขณะที่ราคาสุรากลั่นในประเทศไทยก็ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติถึงร้อยละ ๗๕.๗^(๕๑) นอกจากนี้ในรอบหลายปีที่ผ่านมาเมื่อเทียบกับค่าครองชีพแล้ว ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แท้จริง (real price) เปลี่ยนแปลงในทิศทางคงที่และลดลง ซึ่งสวนทางกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชากรไทยมีกำลังซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (affordability) เพิ่มขึ้น^(๕๒)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ราคาขายปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีส่วนของภาษีทางอ้อม (indirect tax) หลายประเภท โดยภาษีสรรพสามิตเป็นภาษีที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อราคาของเครื่องดื่มภายใต้พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ.๒๕๓๓^(๕๓) ระบบภาษีสรรพสามิตสำหรับสุราของไทยเป็นระบบผสมผสาน ระหว่างอัตราภาษีสองระบบคือ อัตราตามมูลค่า และตามปริมาณแอลกอฮอล์ โดยหลักการเป็นการผสมผสานหลักการในการควบคุมการบริโภคและการใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือย จึงมีจุดแข็งดีกว่าระบบภาษีโดยอัตราได้อัตราหนึ่งอย่างเดียว^(๕๔) นอกจากนั้นยังกล่าวได้ว่าเป็นระบบที่สอดคล้องกับการสร้างรายได้ให้แก่รัฐ การปกป้องอุตสาหกรรมภายในประเทศ และการลดการขาดดุลการค้าระหว่างประเทศ^(๕๕)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ข้อจำกัดที่สำคัญของระบบภาษีสรรพสามิตของไทย ๕



ประการสำคัญได้แก่ ๑) ระดับอัตราภาษีที่ต่ำซึ่งส่งผลให้เครื่องดีเซลแอลกอฮอล์โดยรวมยังมีราคาต่ำ และในปัจจุบันเครื่องดีเซลเกือบทุกประเภทยังถูกเก็บภาษีในอัตราสูงสุดที่เต็มเพดาน ดังนั้นระดับอัตราภาษีเพดานที่ต่ำจึงเป็นข้อจำกัดในการปรับอัตราภาษี, ๒) ความแตกต่างของอัตราภาษีสำหรับเครื่องดีเซลประเภทต่างๆ ซึ่งทำให้เครื่องดีเซลบางประเภทมีราคาต่ำกว่าประเภทอื่นอย่างมีนัยสำคัญ, ๓) ฐานภาษีของอัตราตามมูลค่า มาตรการแปดแห่งพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ.๒๕๔๓ ให้อำนาจแก่อธิบดีกรมสรรพสามิตในการประกาศใช้ฐานภาษีสรรพสามิตสำหรับเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์^(๒๙) กล่าวได้ว่าฐานภาษีตามมูลค่าในปัจจุบันไม่ได้สะท้อนราคาขายปลีกอันเป็นราคาที่มีผลในการควบคุมการบริโภคของสังคม^(๕๕), ๔) การขาดการกำหนดวาระในการปรับอัตราภาษีให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ ซึ่งมีส่วนทำให้สุรมีราคาถูกลงจากภาวะเงินเฟ้อ, และ ๕) ความอ่อนแอในการปราบปรามสุรานอกระบบภาษี

ข้อเสนอแนะ

๑. ปรับเพิ่มอัตราภาษีโดยรวมและลดความแตกต่างของอัตราภาษีระหว่างเครื่องดีเซลประเภทต่างๆ และควรกำหนดให้มีการปรับอัตราภาษีสุรารายอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุกหกเดือน เพื่อให้อัตราภาษีสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสถานการณ์การบริโภค
๒. กำหนดให้ใช้ราคาขายปลีกหรืออย่างน้อยราคาขายส่งช่วงสุดท้ายเป็นฐานภาษีสำหรับอัตราภาษีตามราคา
๓. เพิ่มศักยภาพในการปราบปรามเครื่องดีเซลนอกระบบ กำหนดงบประมาณเฉพาะส่วนหนึ่งจากภาษีสรรพสามิตสุรา เพื่อใช้ในการปราบปรามสุรานอกระบบภาษีอย่างเคร่งครัด

B๒: มาตรการควบคุมพฤติกรรมซบซี้ชียานพาหนะหลังการดื่ม

หลักการและแนวคิด

ความสามารถในการซบซี้ชียานพาหนะลดลงได้ตั้งแต่การบริโภคในปริมาณไม่มากนัก โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้ซบซี้ชี่ที่มีประสบการณ์น้อย^(๒๕) ในเชิงปริมาณแล้ว ทักษะการซบซี้ชี่บางด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่ระดับแอลกอฮอล์ใน

เลือดที่ ๑๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์^(๕๖) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตั้งแต่การดื่มในปริมาณเพียงเล็กน้อย

การควบคุมปัญหาการซบซี้ชี่ยานพาหนะทำได้ทั้งมาตรการในการควบคุมการบริโภคทั่วไป (เช่น ภาษี การห้ามโฆษณาและจำกัดการเข้าถึง) และมาตรการที่มีความจำเพาะต่อพฤติกรรมที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าได้แก่ การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด การลดระดับเพดานแอลกอฮอล์และการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ต่ำมากเป็นพิเศษ (zero tolerance) สำหรับผู้ซบซี้ชี่ที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น ผู้ซบซี้ชี่หน้าใหม่ และผู้ซบซี้ชี่ยานพาหนะสาธารณะและเพื่อการพาณิชย์) ส่วนมาตรการที่ไม่มีประสิทธิผลและไม่คุ้มค่าได้แก่ การรณรงค์สาธารณะ การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณและวิธีการดื่ม การส่งเสริมให้ใช้บริการรถสาธารณะ การกำหนดตัวผู้จะทำหน้าที่ซบซี้ชี่ยานพาหนะก่อนเริ่มดื่ม การบังคับให้ผู้มีพฤติกรรมซบซี้ชี่ยานพาหนะเข้ารับการรักษา และการใช้อุปกรณ์พิสูจน์ลมหายใจก่อนติดเครื่องยนต์

ซึ่งเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จสองประการของการบังคับใช้กฎหมายได้แก่ ประการแรกความเข้มข้นต่อเนื่องของการบังคับใช้ เพื่อให้ผู้ซบซี้ชี่ตระหนักว่าตนมีโอกาสในการสุ่มตรวจทุกครั้งที่ดีแล้วซบ ไม่ใช่เพียงเฉพาะในบางสถานที่หรือในบางช่วงเวลา และประการที่สองต้องมีการลงโทษที่รวดเร็ว (swiftness) และมีความแน่นอน (consistency) ของการลงโทษซึ่งมีความสำคัญกว่าระดับความรุนแรงของการลงโทษ

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

แม้ว่าปัญหาจากพฤติกรรมซบซี้ชี่ยานพาหนะยังถือได้ว่ามีความรุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในถนนสายรองและในช่วงเทศกาล จากการสำรวจในปี ๒๕๕๐ พบว่า ร้อยละ ๓๓.๘ ของผู้บริโภคเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมซบซี้ชี่ยานพาหนะหลังการดื่ม^(๕๗) แต่ก็มีสัญญาณแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่าสังคมไทยตระหนักถึงปัญหาการซบซี้ชี่ยานพาหนะและให้การยอมรับมาตรการในการจัดการอย่างกว้างขวาง และปัญหานี้ได้รับความเอาใจใส่จากรัฐบาลมากขึ้นอย่างเป็นทางการ รวมถึงการสนับสนุนทางทรัพยากร และตั้งศูนย์อำนวยความสะดวกปลอดภัยทางถนนเพื่อสนับสนุนการประสานงานระหว่าง

หน่วยงาน ทุกภาคส่วน การรณรงค์สาธารณะ ในประเด็นนี้ได้รับ การตอบรับจากสาธารณชนอย่างกว้างขวาง^(๕๘)

มาตรา ๔๓ ของพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.๒๕๒๒ ได้ห้ามผู้ที่มีอาการเมึนเมาขับขี้นยานพาหนะ และ พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวยังมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรและเจ้าพนักงานจราจรมีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย^(๕๙) เช่นเดียวกับ พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ.๒๕๒๒ ที่ห้ามมิให้ผู้ปฏิบัติงานประจำรถขนส่งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมีระดับของแอลกอฮอล์อยู่ในร่างกาย^(๖๐) โดยประกาศของกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.๒๕๓๗) ที่กำหนดให้ ผู้ขับขี้นยานพาหนะต้องมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน ๕๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์หรือเทียบเท่า โดยการตรวจเลือด ลมหายใจ และปัสสาวะ^(๖๑)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

เขตแดนระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ๕๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในประเทศไทยถือว่ามึระดับความเข้มงวดปานกลางเมื่อเทียบกับนานาชาติ แต่ประเทศไทยยังขาดการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี้นที่มีความเสี่ยงสูงเป็นการเฉพาะ^(๕๑) ปัญหาสำคัญที่สุดของมาตรการยังอยู่ในระดับการบังคับใช้กฎหมายซึ่งยังขาดความเข้มแข็งและสม่ำเสมอ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมักให้ความสนใจเพียงเฉพาะช่วงเทศกาลเมื่อเทียบกับต่างชาติ ความเข้มงวดในการสุ่มตรวจลมหายใจในรายงานฉบับนี้อยู่ในระดับมีการสุ่มตรวจอยู่บ้าง (rarely)^(๕๑) ศักยภาพในการนำมาตรการไปปฏิบัติซึ่งรวมถึงทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ และทักษะในการใช้อุปกรณ์และการวางแผนยังเป็นอุปสรรคสำคัญ ทำให้โอกาสในการถูกตรวจลมหายใจของผู้ขับขี้นยานพาหนะโดยรวมซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญสำหรับความเข้มแข็งของมาตรการ ยังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนั้น ยังพบว่ามีข้อจำกัดของเนื้อหากฎหมายหลายส่วนที่ควรได้รับการปรับปรุง เช่น ระบบการลงโทษ และโทษในการให้บริการสังคม ช่องว่างทางกฎหมายในการบังคับใช้^(๖๒) อันรวมถึงประเด็นการจัดการเมื่อผู้ต้องสงสัยปฏิเสธการตรวจ^(๖๓)

ข้อเสนอแนะ

๑. ยกระดับความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมาย โดยการกำหนดเป้าหมายในการสุ่มตรวจลมหายใจและให้องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมมีส่วนร่วม

๒. ลดระดับเพดานแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี้นที่มีความเสี่ยงสูง

๓. ควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการขับขี้นขณะเมึนเมาสูง รวมถึงการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาเทศกาล

B๓: มาตรการการคัดกรองและบำบัดรักษาอย่างสั้น

หลักการและแนวคิด

การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol screening) และการบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) เป็นกลไกการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหารุนแรงขึ้น ดังนั้นประชากรเป้าหมายหลักคือประชากรที่รวมถึงผู้ป่วยทั่วไปที่ยังไม่มีปัญหา การคัดกรองเพื่อจำแนกและวางแนวทางการบำบัดรักษาอาศัยชุดคำถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองอย่างง่าย เช่น เครื่องมือ Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกเพื่อใช้ในสถานพยาบาลทุกระดับ การบำบัดอย่างสั้น เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสุราที่มีความคุ้มค่าสูงสุด และสามารถกระทำได้ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน สามารถดำเนินการโดยทั้งบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัคร^(๖๔) ข้อมูลจากการทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบยืนยันให้เห็นว่าการบำบัดอย่างสั้นมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณการบริโภค^(๖๕) และ ความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค^(๖๖) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย (เช่น^(๖๗)) ในเชิงเศรษฐศาสตร์นั้น การลงทุนสำหรับการบำบัดรักษาสามารถให้ผลประโยชน์คิดเป็นมูลค่าถึง ๔.๓ เท่า จากการป้องกันค่าใช้จ่ายจากปัญหาที่รุนแรงกว่าในอนาคตหากไม่มีการบำบัด^(๖๘)

ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชในประชากรไทย ปี ๒๕๕๑ ประมาณการว่ามีประชากรไทยวัย ๑๕-๕๕ ปี จำนวนถึง ๕ ล้านคน ที่เข้าข่ายมีความผิดปกติในพฤติกรรม การดื่มสุรา (Alcohol use disorders) โดยประมาณ ๒ ล้านคน จัดอยู่ในกลุ่มมีปัญหาจากการดื่ม (Alcohol abuse) และ ๓ ล้านคนจัดอยู่ในกลุ่มติดสุรา (Alcohol dependence)



ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค DSM IV และมีประมาณ ๔ แสนคนที่ มีทั้งความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุราและโรคทางจิตเวชร่วม ด้วย^(๖๙) และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้เข้ารับบริการบำบัด รักษาปัญหาจากสุราแบบผู้ป่วยนอกจากทุกโรงพยาบาล หน่วยงาน ทบวง กรม ในปี ๒๕๕๑ ซึ่งมีเพียง ๑.๒ แสนคน แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหา โดยเฉพาะการเทียบเคียงอย่างหยาบ และแสดงให้เห็นว่าผู้ มีปัญหาการดื่มสุราน้อยกว่าร้อยละ ๒ เท่านั้นที่ได้รับการบำบัด รักษา^(๗๐)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

การบำบัดรักษาผู้มีอาการติดสุราได้ดำเนินการมาต่อเนื่อง ตามรับผิดชอบหลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ที่มี อาการติดสุรา ผ่านสถานพยาบาลในสังกัด โดยมีกรมการ แพทย์และกรมสุขภาพจิตเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการและร่วม จัดบริการด้วย และเมื่อไม่นานมานี้มีความร่วมมือของกรม สุขภาพจิตและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการจัดตั้งแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มี ปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) ขึ้นมาเป็นกลไกทางวิชาการในการ ประสานงานเพื่อพัฒนามาตรฐานการบำบัดรักษา นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา เช่น ในประมวลกฎหมายที่ศาลสามารถส่งผู้ต้องสงสัย/จำเลย ที่มีอาการติดสุราเข้าสู่การบำบัดรักษาหากเห็นว่าเหมาะสม^(๗๑)

จากข้อมูลข้างต้น ผลงานของระบบบริการสุขภาพ ยังไม่ สามารถรองรับกับขนาดของปัญหาที่ชุกชอนในประเทศไทย ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลสำคัญคือ ในปัจจุบันยังไม่มีระบบการ บำบัดรักษาผู้มีภาวะติดสุราและระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่าง เป็นทางการในระดับประเทศ การบำบัดรักษาผู้มีภาวะติดสุรา ในความเป็นจริงยังขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้ให้บริการและใน ระบบของผู้เชี่ยวชาญที่ยังไม่ได้ถูกผนวกเข้าไปในการบริการ ระดับปฐมภูมิ รวมถึงปัจจุบันยังไม่มีควมคืบหน้าในการ ปรับปรุงกระบวนการบำบัดรักษาและคัดกรองอย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่าเจ้าจะมีความพยายามจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย รวมถึงข้อ เสนอของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่มีไปยังสำนักงานหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนาความพร้อมของกลไกการ คัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหา (เช่น^(๗๒) และ^(๗๐)) และใน ระดับปฏิบัติการบุคลากรสุขภาพในทุกระดับยังไม่ได้ให้ความ สำคัญกับการคัดกรองและการบำบัดรักษาอย่างสิ้นเท่าที่ควร ทั้งที่เป็นกระบวนการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งอาจจะถือได้ว่าเป็นปรากฏการณ์ที่พบในต่างประเทศเช่นกัน^(๖๔)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

จุดอ่อนของระบบการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหา สุราประกอบด้วยทั้งระดับการเข้าถึงระบบ และมาตรฐานของ ระบบการคัดกรองและการบำบัดรักษาในปัจจุบัน^(๗๓) โดยมีข้อ จำกัดสำคัญในด้านการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ระดับมหภาคและหน่วยงาน ได้แก่ การขาดนโยบายสนับสนุน การคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น การขาด ทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ ระบบการรายงานข้อมูล ข้อ จำกัดด้านเวชภัณฑ์ และการขาดกลไกในการปรับเปลี่ยน ทัศนคติและพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรสุขภาพ ข้อ จำกัดในระดับพื้นที่ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วน อื่นๆ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทของ อาสาสมัคร ส่วนในระดับบุคคลนั้น บุคลากรสุขภาพก็ยังมีข้อ จำกัดในเชิงศักยภาพของการคัดกรองและบำบัดรักษาอย่างสิ้น

ข้อเสนอแนะ

๑. ให้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ร่วมพัฒนากลไกการบริหารจัดการในส่วน กลางเพื่อสนับสนุนการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหา รวมถึงการกำหนดเป็นตัวชี้วัดและเป้าหมาย อาจจะเป็น ลักษณะโครงการเฉพาะ (vertical program) ภายใต้งบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อกำกับการดำเนินการ รวมถึง การกำหนดให้การคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุรา เป็นกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๒. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการการคัดกรองและบำบัดรักษาอย่างสิ้น ในการบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับ ข้อมูลวิชาการ โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการและพื้นที่

รวมถึงแนวทางที่เอื้อต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคประชาสังคม โดยควรมีการลงทุนจากหลายฝ่ายร่วมกัน ทั้งส่วนกลางและระดับพื้นที่

III. กลุ่มมาตรการด้านการบริโภคอาหาร

A๘: มาตรการลดการบริโภคเกลือ

หลักการและแนวคิด

มาตรการลดการบริโภคเกลือโซเดียม เป็นแนวทางสำคัญ ลำดับต้นๆ ที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูง ของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองได้^(๗๓) โดยมีการประมาณการว่า การลดการบริโภคเกลือในประชากรลงร้อยละ ๑๕ จะสามารถลดการเสียชีวิตในประเทศที่มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสูง ๒๓ ประเทศได้ถึง ๘.๕ ล้านรายในระยะเวลา ๑๐ ปีข้างหน้า^(๗๔) ในปัจจุบันประชากรไทยมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่สูงเกินเกณฑ์มาก โดยพบว่า จากข้อมูลปี ๒๕๕๒ คนไทยได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหารเฉลี่ยมากถึง ๔,๓๕๑.๖๙ มิลลิกรัม^(๗๕) ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงกว่าที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทยที่กำหนดให้ได้รับโซเดียมวันละไม่เกิน ๒,๔๐๐ มิลลิกรัม

มาตรการลดการบริโภคเกลืออาจดำเนินการในหลายระดับ หลายรูปแบบ ตัวอย่างเช่น ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือของประเทศแคนาดาที่เน้นขอความร่วมมือจากผู้ประกอบการอาหารเพื่อลดระดับเกลือในอาหารแปรรูปและอาหารที่ขายตามสถานบริการต่างๆ ควบคู่กับการสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ และทำงานวิจัยประเด็นที่ยังเป็นช่องว่างของความรู้ร่วมด้วย^(๗๖) ขณะที่ประเทศที่มีประชาชนใช้เกลือทำอาหารและบริโภคเป็นหลักเช่น ประเทศจีน การใช้สิ่งทดแทนเกลืออาจสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้อย่างมากและยั่งยืน และมีต้นทุนต่ำ^(๗๗) นอกจากนี้ การใช้กฎหมายเพื่อควบคุม/ลดการผลิตอาหารที่มีเกลือสูง เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่มีประสิทธิภาพ^(๗๘)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ประเทศไทยยังไม่มีมาตรการลดการ

บริโภคเกลืออย่างจริงจัง มีเพียงการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนถึงผลกระทบของการบริโภคเกลือมากเกินไปเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรณรงค์ด้านโภชนาการทั่วไป เช่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนะให้ประชาชนปรับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดอาหารเค็มจัด ตามข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือที่เรียกว่า โภชนบัญญัติ ๙ ประการ และกินอาหารตามธงโภชนาการชิมก่อนเต็ม^(๗๙)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

จุดอ่อนของการดำเนินการในปัจจุบัณคือ การให้ความรู้แก่ประชาชนที่ยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มอายุ การขาดการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการอาหาร ซึ่งส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ประกอบการว่า การลดปริมาณเกลือในอาหารจะส่งผลกระทบต่อความต้องการของผู้บริโภคและรายได้ การขาดการพัฒนาเทคโนโลยีด้านอาหาร เช่น สูตรอาหารและเทคโนโลยีแปรรูปอาหารเพื่อเป็นทางเลือกแก่ผู้ประกอบการ การดำเนินยุทธศาสตร์เพื่อลดการบริโภคโซเดียมของประเทศแคนาดา ซึ่งอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนในแต่ละระดับ รวมภาคสื่อสารมวลชนและภาควิชาการ และภายใต้การสนับสนุนด้านการเงินจากส่วนกลาง จังหวัด และพื้นที่ และการผนวกมาตรการเข้ากับนโยบายด้านโภชนาการของหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง^(๗๖) อาจเป็นแนวทางสำหรับประเทศไทยในการดำเนินการมาตรการนี้

ข้อเสนอแนะ

๑. รณรงค์สร้างกระแสเกี่ยวกับอันตรายจากการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มมากเกินไปแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย
๒. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการอาหารลดระดับเกลือในอาหารแบบสมัครใจ ก่อนพิจารณาออกเป็นกฎหมายบังคับ หากกลไกตามความสมัครใจยังไม่ได้ผลเพียงพอ

A๙: มาตรการลดการบริโภคไขมันทรานส์

หลักการและแนวคิด

ไขมันทรานส์ (trans fat) เป็นไขมันสังเคราะห์ที่มนุษย์ทำขึ้น โดยการเติมไฮโดรเจนลงในน้ำมันพืชซึ่งเป็นของเหลวให้



กลายเป็นไขมันแข็งตัวเพื่อช่วยขยายเวลาหมดอายุและรักษา รสชาติอาหารไว้ได้นานขึ้น มักพบในอาหารทอด อบ (เช่น โดนัท คูกี้ และแคร็กเกอร์) อาหารแปรรูป และเนยเทียม อย่างไรก็ตาม การบริโภคไขมันทรานส์จะไปลดระดับคอเลสเตอรอล ชนิดที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (high-density lipoprotein cholesterol) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและ หลอดเลือด^(๘๐) ดังนั้นการลดการบริโภคไขมันทรานส์ โดยการแทนที่ด้วยไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (polyunsaturated fat)^(๘๑,๘๒) ซึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย จึงเป็นมาตรการในการลด ความเสี่ยงจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่คุ้มค่า^(๘) ผ่านกลไกการ ลดคอเลสเตอรอลชนิดที่เป็นอันตราย เสริมสร้างการทำงานของสมอง และป้องกันหลอดเลือดอุดตัน

หลายประเทศได้เริ่มจากการใช้ช่องทางกฎหมายเพื่อลด/ ยกเลิกการใช้ไขมันและไขมันที่มีไขมันทรานส์ เช่น ประเทศ เดนมาร์กได้ออกกฎหมายยกเลิกการใช้ไขมันและไขมันที่มีไขมันทรานส์เกินปริมาณที่กำหนดในปี ๒๕๔๗^(๘๓) ซึ่งสามารถลด การใช้ไขมันทรานส์ได้อย่างมาก และส่งผลให้หลายประเทศใน ยุโรปใช้กฎหมายนี้ต่อมา ขณะที่ยุโรป ๒๙ รัฐของสหรัฐอเมริกา ได้พิจารณาใช้กฎหมายเพื่อจำกัดหรือห้ามใช้ไขมันทรานส์ ในหลายสถานที่ รวมถึงร้านอาหารและโรงเรียน โดยรัฐ แคลิฟอร์เนียและเวอร์มอนต์เป็นรัฐที่ห้ามใช้ไขมันทรานส์ใน ร้านอาหารขยายทั่วทั้งรัฐ^(๘๓) จากการดำเนินการทางกฎหมาย นี้ ส่งผลให้ผู้ผลิตรายเปลี่ยนจากการใช้ไขมันทรานส์มาเป็น ไขมันประเภทอื่น รวมถึงไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนที่ได้รับการ ยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นการทดแทนที่ดีที่สุด^(๘๔)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีมาตรการเพื่อควบคุมการ บริโภคไขมันทรานส์ หรือมาตรการทดแทนไขมันทรานส์ด้วย ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน หรือแม้แต่การรณรงค์ให้ความรู้เรื่อง อันตรายจากไขมันทรานส์แก่ประชาชนทั่วไปและผู้ประกอบการ อาหาร ดังนั้นการเรียนรู้จากหลักฐานงานวิจัย รวมถึง ประสบการณ์และความสำเร็จของการจัดการกับไขมัน ทรานส์ในต่างประเทศเพื่อนำมาประยุกต์ใช้จึงเป็นสิ่งจำเป็น ในต่างประเทศนั้น ผู้ประกอบการแนะนำให้รัฐสร้างความร่วม

มือผ่านองค์กรเครือข่ายธุรกิจผู้ประกอบการอาหารเพื่อเพิ่ม โอกาสของความสำเร็จ^(๘๕) การดำเนินมาตรการที่เป็นมาตรฐาน เดียวในทุกพื้นที่ และการทดแทนไขมันทรานส์ด้วยสิ่งที่มี ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่อผู้ประกอบการและสามารถ นำมาใช้ได้จริงในระยะเวลายาวนาน จะช่วยให้การดำเนินการ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ^(๘๖)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ในปัจจุบันคนไทยยังขาดความรู้และความตระหนักถึง อันตรายของการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ต่อสุขภาพ รวมถึงการเลือกซื้ออาหารที่ไม่มีไขมันทรานส์ การขาดความ ใสใจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรณรงค์ให้ความรู้แก่ ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก รวมถึงขาดกฎเกณฑ์ที่กำหนด ระดับไขมันทรานส์ที่ควรมีได้ในอาหาร และขาดฉลากข้อมูลไขมันทรานส์บนผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ บริโภค ล้วนเป็นข้อจำกัดในปัจจุบัน นอกจากนี้ ยังไม่มีความ ร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรมในการร่วมพัฒนาแนวทางแปรรูป อาหารไม่ให้มีไขมันทรานส์หรือมีไขมันทรานส์ในอาหารไม่เกิน ปริมาณที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

- ๑. รณรงค์สร้างกระแส/ค่านิยมเกี่ยวกับอันตรายจากการ บริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์แก่ประชาชนทั่วไป
- ๒. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการอาหารหันมาใช้ไขมัน/ ไขมันที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนแทนน้ำมัน/ไขมันที่มีไขมัน ทรานส์แบบสมัครใจ

A๑๐: มาตรการรณรงค์สาธารณะด้านพฤติกรรม การบริโภค

หลักการและแนวคิด

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเป็นผลมาจากหลายปัจจัยทั้งระดับ บุคคล ครวัเรียน สถานศึกษา สถานประกอบการ ไปจนถึง ปัจจัยระดับมหภาค อย่างเช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคและ สาธารณะ การรณรงค์สาธารณะในประเด็นพฤติกรรมกรรมการบริโภค ได้แก่การใช้กลไกการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม ของสาธารณชน^(๘๗) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด

มาตรการการตลาดเพื่อสังคม (social marketing campaign) หมายความว่า การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการตลาด เพื่อให้ผู้รับสารมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความสมัครใจ เพื่อประโยชน์ของตนและสังคม^(๘๘,๘๙) การรณรงค์สามารถทำได้ทั้งสื่อที่ต้องซื้อ และไม่ต้องซื้อ และอาจจะเป็นกลไกคู่ขนานกันระหว่างการสื่อสารทาง โทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ และกิจกรรมในระดับพื้นที่^(๘๗)

ลักษณะร่วมของการรณรงค์สาธารณะประเด็นพฤติกรรม การบริโภคที่ดีประกอบด้วย การสื่อสารด้วยข้อมูลที่เข้าใจง่าย ชัดเจน เหมาะสมกับบริบทและแต่ละกลุ่มเป้าหมาย, การสื่อสารหลายช่องทาง และในปริมาณที่เพียงพอ^(๘๗) องค์การอนามัยโลกได้ทบทวนการศึกษาและพบว่ามาตรการการรณรงค์ที่มีประสิทธิผลได้แก่ การรณรงค์ที่ควบคุมและเสริมแรงกับกิจกรรม/การรณรงค์ในชุมชนและโรงเรียน และการรณรงค์ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย/มาตรการอื่นๆ ในขณะที่มาตรการการรณรงค์ที่มีประสิทธิผลอยู่บ้างได้แก่ การโฆษณา รณรงค์ทางสื่อมวลชนโดยใช้เนื้อหาเดียวเท่านั้น, การรณรงค์ทางสื่อในปริมาณเพียงพออย่างต่อเนื่องในประเด็นการบริโภคทั่วไป และการรณรงค์ส่งเสริมตราสัญลักษณ์ด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการ (national health brand/logo) เพื่อสนับสนุนการเลือกซื้อ/รับประทานอาหารของผู้บริโภค^(๘๗)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

การรณรงค์สาธารณะด้านพฤติกรรม การบริโภคในประเทศไทยยังมีลักษณะกระจัดกระจาย ดำเนินการโดยหลายองค์กรหลายภาคส่วน และมีเป้าหมายต่างๆ ทั้งที่องค์กรเหล่านี้จำนวนมากก็ได้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงต่อกันและกัน โครงการ/แผนงานที่ทำการรณรงค์ในระดับประเทศที่สำคัญเป็นการดำเนินการของทั้งกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์กรภายใต้การสนับสนุนอื่นๆ

ในนโยบายภาพรวมระดับประเทศ การรณรงค์ด้านการบริโภคได้ถูกรวมไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) มีแนวทางในการสนับสนุนให้คนไทย ลด ละ เลิกพฤติกรรมสุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ

ซึ่งรวมรวมถึงการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม การบริโภคที่เหมาะสม^(๙๐) อย่างไรก็ตามยังไม่มีกำหนดตัวชี้วัดเฉพาะในประเด็นดังกล่าว^(๙๑) นอกจากนั้นการรณรงค์ยังถูกระบุในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการจัดการโรคเรื้อรัง หรือ โรคจากวิถีชีวิต และมีการวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนทางสังคมและการสื่อสารสาธารณะไว้ด้วย^(๙๒)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองโภชนาการ กรมอนามัยมีการดำเนินการรณรงค์ภายใต้แผนการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน ไปยังกลุ่มเป้าหมายเด็กนักเรียน ผู้ปกครอง และโรงเรียน ตั้งแต่ ปี ๒๕๔๓ โดยจัดทำชุดแนวทางการสอนและเครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะโภชนาการในโรงเรียน และชุดข้อมูลทั่วไป^(๙๓) กระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้เป็นแกนในการจัดตั้ง เครือข่ายคนไทยไร้พุงในปี ๒๕๔๙ ซึ่งต่อมาได้ดำเนินการโครงการภาคีร่วมใจคนไทยไร้พุง ภายใต้การสนับสนุนโดย สสส. และได้รับรางวัล สาธารณะอย่างกว้างขวาง เข้มข้น และต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยผลิตสื่อการรณรงค์เป็นจำนวนมาก รวมถึงการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชน^(๙๓) ซึ่งอาจจะถือได้ว่าโครงการดังกล่าวเป็นรูปธรรมความสำเร็จของการรณรงค์ด้านพฤติกรรม การบริโภคในประเทศไทย อย่างน้อยก็ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เนื้อหาหลายส่วนของการรณรงค์ได้ถูกนำไปปฏิบัติในวงกว้าง เช่น "หลักการ ๓ อ." (ออกกำลังกาย อาหาร และ อารมณ์) และแนวทางการประเมินภาวะน้ำหนักเกินด้วยตนเองโดยการวัดรอบเอว ("หญิง ๘๐ ชาย ๙๐ เซนติเมตร")

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีการกำหนดแผนสื่อการตลาดเพื่อสังคม ซึ่งรวมถึงการรณรงค์ด้านพฤติกรรมบริโภค โดยในระยะเวลาช่วงปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ ได้กำหนดเป้าหมายว่า ร้อยละ ๗๐ ของประชากรกลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในสารและประเด็นการสื่อสารสุขภาพ (รวมทุกประเด็นของการรณรงค์) และร้อยละ ๑๐ ของกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีทัศนคติ ค่านิยม ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ^(๙๔) และ สสส. ยังมีส่วนสนับสนุนการจัดตั้งและการดำเนินการของเครือ



ช่วยเหลือไทยไม่กินหวาน ซึ่งมีกิจกรรมการรณรงค์สาธารณะด้านการบริโภค โดยเฉพาะกับเด็กนักเรียน^(๙๕)

นอกจากนั้น การรณรงค์สาธารณะยังถูกบรรจุในยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอันเป็นมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง พ.ศ.๒๕๕๒ มีการกำหนดแนวทางยุทธศาสตร์ในการรณรงค์สาธารณะ การให้ข้อมูล สร้างความรู้และความตระหนักถึงปัญหา โดยเน้นที่การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ทั้งการสื่อสารสาธารณะและระดับพื้นที่ การพัฒนารูปแบบสื่อ และการพัฒนาทักษะชีวิต^(๙๖)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นถึงข้อจำกัดหลายประการของการรณรงค์ด้านพฤติกรรมการบริโภคในประเทศไทย ได้แก่ การขาดแนวทางร่วมกันขององค์กรที่ดำเนินการด้านการรณรงค์ การซ้ำซ้อนและการละเว้นของการรณรงค์ในบางกลุ่มประชากร (เช่น วัยรุ่นและหนุ่มสาว) และในบางประเด็น (เช่น การรณรงค์ลดการบริโภคเกลือ) และการขาดความต่อเนื่องของการรณรงค์ ในขณะที่งบประมาณสำหรับการรณรงค์ถือเป็นทรัพยากรที่จำเป็นเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรณรงค์ที่ต้องทำการแข่งขันกับกลยุทธ์การตลาดของอาหารและเครื่องดื่มหลายชนิด นอกจากนี้หากวิเคราะห์ตามทฤษฎีของการตลาดเพื่อสังคม ของ Andreasen^(๙๖) และ French and Blair-Steven^(๙๗) การรณรงค์สาธารณะยังมีโอกาสในการพัฒนาด้านการออกแบบและการทดสอบชุดข้อมูล การกำหนดกลุ่มเป้าหมายย่อยเพื่อวางแนวทางการรณรงค์ และการรณรงค์ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนเชิงนโยบายทั้งระดับประเทศและท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรืออาจกล่าวโดยรวมได้ว่า ควรมีการยกระดับการรณรงค์ให้ มีลักษณะเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic social marketing) มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

๑. การกำหนดยุทธศาสตร์ในการรณรงค์สาธารณะร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การรณรงค์มีความครอบคลุมทั้งประชากรและประเด็น มีลักษณะเสริมแรงกันและกัน

๒. วางระบบการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณสำหรับการรณรงค์ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ และกลไกการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีให้คุ้มค่า เช่น การใช้งานสื่อ การต่อยอด และการผลิตซ้ำในระดับพื้นที่

B๔: มาตรการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารและเครื่องดื่มต่อเด็ก

หลักการและแนวคิด

กลยุทธ์การตลาดของอาหารและเครื่องดื่มมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคทั้งของผู้ใหญ่และเด็กผ่านหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายนอกอย่างเช่น ราคาอาหาร โอกาสการเข้าถึงอาหาร และข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร, ปัจจัยภายใน อย่างเช่น ความชอบส่วนบุคคล และปัจจัยด้านวัฒนธรรม^(๙๘) โดยเฉพาะผลต่อเด็ก ซึ่งนอกจากจะตกเป็นเป้าหมายของการโฆษณาแล้ว ยังเป็นกลุ่มประชากรที่มีความอ่อนไหวต่อการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มเป็นพิเศษ องค์กรอนามัยโลกสรุปว่าการโฆษณาทางโทรทัศน์มีผลต่อความชื่นชอบ แรงปรารถนาจะซื้อ และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก^(๙๙) ในปัจจุบันอุตสาหกรรมอาหารในปัจจุบันได้เพิ่มการทำการตลาดที่ไปไกลกว่าสื่อหลักอย่างเช่นโทรทัศน์และวิทยุ เช่นผ่านบรรจุภัณฑ์ในตัวผลิตภัณฑ์ (in product) เช่นการแจกของแถม การโฆษณาที่จุดจำหน่ายสื่อเทคโนโลยี หรือแม้กระทั่งในโรงเรียน เช่นผ่านกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility) ช่องทางเหล่านี้มักจะอยู่เหนือการควบคุมของครูและผู้ปกครอง

มีหลักฐานทางวิชาการเพิ่มขึ้นที่สามารถยืนยันให้เห็นว่าการโฆษณามีผลต่อปริมาณการบริโภคผลิตภัณฑ์ประเภทนั้นโดยรวม และไม่ได้มีผลเฉพาะต่อการเลือกยี่ห้อ ดังที่อุตสาหกรรมอาหารมักกล่าวอ้างว่าการโฆษณามีผลเพียงเปลี่ยนสัดส่วนแบ่งทางการตลาดของสินค้ายี่ห้อหนึ่ง^(๑๐๐) ดังนั้นการจำกัดการทำตลาดรวมถึงการควบคุมการโฆษณาจึงเป็นกลไกในการควบคุมปริมาณการบริโภคโดยรวมของสังคมต่อผลิตภัณฑ์นั้นๆ และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการทำตลาดผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มแล้วจะพบว่า สินค้าที่มีการทำการตลาดที่เข้มข้นส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์อาหารและ

เครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง (energy-dense product)^(๑๔) และผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง^(๑๕)

การควบคุมการโฆษณาจำเป็นต้องควบคุมทั้งสองมิติของการโฆษณา คือมิติด้านช่องทางและปริมาณการเข้าถึงการโฆษณา (exposure) และมิติด้านอิทธิพลของเนื้อหา (power) ข้อมูลวิชาการชี้ให้เห็นว่าการควบคุมตนเอง (self regulation) ของอุตสาหกรรมอาหารและกลุ่มธุรกิจโฆษณาเป็นมาตรการที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมักจะควบคุมเฉพาะประเด็นเนื้อหาของโฆษณา^(๑๖) การควบคุมตนเองจึงควรเป็นมาตรการเสริม มิใช่มาตรการทางเลือกสำหรับการควบคุมด้วยกฎหมาย

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ในปี ๒๕๕๐ กระทรวงสาธารณสุขมีการออกประกาศกระทรวงเพื่อควบคุมฉลากอาหารสำเร็จรูปบางชนิดซึ่งเป็นที่ยอมรับของเด็ก เช่น การมีคำเตือน “บริโภคแต่น้อยและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ”^(๑๗) ในปี ๒๕๕๑ กรมประชาสัมพันธ์ได้ออกประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจที่มีผลกระทบต่อเด็กทางสถานีวิทยุโทรทัศน์^(๑๘) โดยมีเนื้อหาคุมทั้งปริมาณการโฆษณาและเนื้อหาการโฆษณา และอาจจะตั้งข้อสังเกตได้ว่าในช่วงระยะเวลาต่อมาได้เกิดปฏิกิริยาจากภาคอุตสาหกรรมอาหารโดยการเสนอมาตรการในการควบคุมตนเอง เมื่อหกบริษัทอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่มรายใหญ่ได้ประกาศข้อตกลงร่วมกันที่จะไม่ทำโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารหรือเครื่องดื่มกับเด็กอายุต่ำกว่า ๑๒ ปีในประเทศไทย เว้นแต่ผลิตภัณฑ์อาหารหรือเครื่องดื่มดังกล่าวจะมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ทางโภชนาการที่กำหนดไว้ และไม่สื่อสารใดๆที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ในโรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนระดับประถมศึกษา^(๑๙) ซึ่งต่อมาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ให้การสนับสนุนเมื่อเห็นว่าหกบริษัทได้ปฏิบัติตามข้อตกลง^(๑๐๔)

กล่าวโดยสรุปได้ว่านอกจากข้อบังคับทั่วไปในการควบคุมด้านเนื้อหาการโฆษณาภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ เช่น ห้ามการโฆษณาที่ไม่เกินเลยความจริงแล้ว

ในปัจจุบันอาจจะกล่าวได้ว่า ประเทศไทยไม่มีกฎหมายหลักในการควบคุมการทำตลาดและการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มต่อเด็ก เมื่อประกาศกรมประชาสัมพันธ์ต้องถูกยกเลิกไปโดยปริยายจากการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของกรมประชาสัมพันธ์ โดยในปัจจุบัน (สิงหาคม ๒๕๕๔) ยังไม่มีองค์กรขึ้นมาทำหน้าที่แทน

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ข้อจำกัดของมาตรการการควบคุมการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มต่อเด็กที่สำคัญที่สุดในปัจจุบันคือ การขาดกฎหมายในการควบคุม อย่างไรก็ตามการมีกฎหมายเพียงประการเดียวคงไม่สามารถควบคุมการทำตลาดของอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่มที่มีลักษณะซับซ้อนมากขึ้น มีช่องทางการทำตลาดที่หลากหลาย ดังนั้นอาจจะต้องหากลไกในการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงระบบติดตามประเมินผล ทั้งสถานการณ์ของการทำตลาด และสถานการณ์การบังคับใช้กฎหมายด้วย

ข้อเสนอแนะ

ปรับปรุงเนื้อหาของประกาศกรมประชาสัมพันธ์ ปี ๒๕๕๑ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น และเสนอให้ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) พิจารณาดำเนินการให้มีผลบังคับใช้

B๕: มาตรการลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว

หลักการและแนวคิด

การลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวมีผลในการลดปัญหาสุขภาพจากภาวะไขมันในเลือดสูงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด^(๑๐๕-๑๐๗) ดังนั้นการใช้มาตรการทดแทนไขมันอิ่มตัวด้วยไขมันไม่อิ่มตัวจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพจากพฤติกรรมบริโภคอาหาร^(๑) จากการศึกษาวิจัยพบว่าการทดแทนไขมันอิ่มตัวด้วยไขมันไม่อิ่มตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (polyunsaturated fat) สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ^(๑๐๘) มาตรการทดแทนไขมันอิ่มตัวด้วยไขมันไม่อิ่มตัวส่วนใหญ่มักเป็นการ



ดำเนินการผ่านการรณรงค์สาธารณะ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกอบการอาหารลดปริมาณไขมันอิ่มตัวในอาหารลง และหันมาใช้สารอาหารอื่นทดแทน ร่วมกับการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ประกอบการเป็นระยะ^(๑๐๘)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์/มาตรการเพื่อทดแทนไขมันอิ่มตัวด้วยไขมันไม่อิ่มตัวในระดับมหภาค นอกจากการให้ความรู้เรื่องผลกระทบทางสุขภาพหากบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวมากเกินไป ผ่านสื่อการสอนในสถานศึกษา (เช่น^(๑๐๙)) สื่อสาธารณะเช่น เว็บไซต์ด้านสุขภาพ (เช่น^(๑๑๐)) และการรณรงค์ขององค์กรเพื่อสุขภาพ เช่น เครือข่ายคนไทยไร้พุง ซึ่งหากวิเคราะห์ในเชิงเนื้อหาจะพบว่า เนื้อหาของการรณรงค์ที่ผ่านมา มักสอดคล้องกับจุดยืนของภาคอุตสาหกรรมที่มักสนับสนุนนโยบายให้การศึกษาและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการจัดการกับผลิตภัณฑ์ และมักสนับสนุนข้อความสื่อสารแบบ “บริโภคให้มากขึ้น” (eat more message) มากกว่า “ข้อความที่เน้นให้ลดการบริโภค” (eat less message)^(๑๑๑) นอกจากนี้มาตรการทดแทนไขมันอิ่มตัวมักพบแรงต่อต้านจากภาคอุตสาหกรรม ซึ่งมักมีข้อโต้แย้ง เช่น การใช้ไขมันไม่อิ่มตัวจะทำให้คุณภาพอาหารลดลง^(๑๑๒) ผู้บริโภคมีความพึงพอใจในอาหารนั้นลดลง^(๑๑๓) เป็นการแทรกแซงระบบการกระจายตัวผลผลิตของประเทศ^(๑๑๓) และเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายอาหารต่อผู้บริโภค^(๑๑๔)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ข้อจำกัดของมาตรการการลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวในปัจจุบัน คือ ประชาชนไทยยังขาดความรู้ถึงโทษของการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงต่อสุขภาพ รวมถึงการขาดทางเลือกในการบริโภค เนื่องจากปัจจุบันอาหารตามท้องตลาดส่วนใหญ่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ขนมกรุบกรอบ ขณะที่อาหารทางเลือกเช่นผักผลไม้มีราคาสูงกว่า แม้ว่าปัจจุบันมีการบังคับใช้ฉลากโภชนาการหน้าบรรจุภัณฑ์เพื่อให้ข้อมูลปริมาณไขมันอิ่มตัวของผลิตภัณฑ์อาหารแล้ว และมีความพยายามของหน่วยงานภาครัฐในการร่วมมือกับผู้ประกอบการอาหารผลิตอาหารแปรรูปที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ แต่ยังคงเป็นความร่วมมือกับ

ผู้ประกอบการอาหารแปรรูปที่สามารถก่อผลกระทบต่อสุขภาพเชิงบวกได้ไม่มากนัก เนื่องจากไม่ครอบคลุมถึงร้านอาหาร ภัตตาคาร และผู้ประกอบการอาหารรายใหญ่

ข้อเสนอแนะ

๑. รณรงค์สร้างกระแส/ค่านิยมเกี่ยวกับอันตรายจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวแก่ประชาชนทั่วไป
๒. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการอาหารหันมาใช้ไขมันไม่อิ่มตัวที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนแทน โดยอาจเริ่มต้นแบบสมัครใจก่อน

B๖: มาตรการทางภาษีและราคาอาหาร

หลักการและแนวคิด

การจัดเก็บภาษีและอุดหนุนราคาเป็นมาตรการที่มีอิทธิพลต่อราคาอาหารที่เอื้อให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น^(๑๑๕,๑๑๖) ในหลายประเทศได้เริ่มจัดเก็บและขยายภาษีในกลุ่มอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล หรือโซเดียมสูง^(๑๑๗) รวมถึงการอุดหนุนราคาสินค้าเกษตรเพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงสินค้าทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้มากขึ้น^(๑๑๘) หรือสนับสนุนการเงินแก่เกษตรกรเพื่อเพิ่มผลผลิตเกษตรกรรม^(๑๑๙) ซึ่งกลไกการจัดเก็บภาษีและอุดหนุนราคาสามารถดำเนินการได้ตั้งแต่วัตถุดิบที่ใช้ผลิต จนถึงผลิตภัณฑ์สุดท้ายพร้อมจำหน่าย

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ปัจจุบันประเทศไทยมีพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ.๒๕๒๗ เพื่อจัดเก็บภาษีในสินค้าฟุ่มเฟือย รวมถึงเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม โขด เครื่องดื่มบำรุงกำลัง และน้ำพืช น้ำผักและผลไม้ เพื่อเพิ่มรายได้รัฐ โดยจัดเก็บที่อัตราภาษีร้อยละ ๒๐-๒๕ หรือคิดตามปริมาณเครื่องดื่ม และยกเว้นภาษีให้แก่ น้ำผลไม้และน้ำพืชผักที่มีส่วนผสมตามที่กฎหมายกำหนด^(๑๒๐) โดยมีกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีมาตรการทางราคาเพื่อส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้เพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ

การขับเคลื่อนการใช้มาตรการทางภาษีและราคาของอาหารเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ได้

ถูกบรรจุเป็นหนึ่งในมาตรการเร่งด่วนภายใต้มาตรการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ รวมถึงมีการผลักดันจากนักวิชาการให้ขยายการจัดเก็บภาษีให้ครอบคลุมเครื่องดื่มที่มีผลกระทบทางสุขภาพทุกประเภท ก่อนขยายไปอาหารประเภทอื่นๆ^(๑๒๑) และจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสรรพสามิต ที่พิจารณาให้ใช้โครงสร้างจัดสินค้าที่มีส่วนผสมน้ำตาล รวมถึงน้ำตาลมกาแฟชา อยู่ในกลุ่มภาษีบาป^(๑๒๒)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ข้อจำกัดสำคัญของมาตรการทางภาษีและราคาของอาหารในประเทศไทย ประกอบด้วย การมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มรายได้รัฐมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ การเก็บภาษีที่ยังไม่ครอบคลุมเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและมีอัตราภาษีไม่สูงเพียงพอต่อการควบคุมการบริโภค และการขาดการอุดหนุนราคาในผักผลไม้ซึ่งปัจจุบันมีราคาสูง รวมถึงการขาดการสนับสนุนจากภาครัฐและภาคการเมือง และการขาดความร่วมมือและการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการกำหนดและจัดเก็บภาษี และด้านสุขภาพ ช่องว่างทางเนื้อหา นโยบายในประเทศไทยได้แก่ การยกเว้นภาษีของเครื่องดื่มประเภท น้ำผลไม้ (รวมถึงเกรปมัสต์) และน้ำพืชผักที่ไม่ได้หมัก และไม่เติมสุราไม่ว่าจะเติมน้ำตาล หรือสารทำให้หวานอื่นๆหรือไม่ก็ตาม หากมีส่วนผสมตามที่กำหนดตามประกาศกรมสรรพสามิต^(๑๒๓) และการยกเว้นภาษีของเครื่องดื่มประเภท กาแฟ ซึ่ง ปัจจุบันเครื่องดื่มประเภทนี้ส่วนใหญ่มีน้ำตาลในปริมาณที่สูง และมีราคาต่ำกว่าเครื่องดื่มทางเลือกอื่น

ประสบการณ์ในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าในบริบททางการเมืองนั้น การจัดเก็บภาษีเพื่อควบคุมการบริโภคมีความน่าสนใจน้อยกว่าการใช้รายได้จากการจัดเก็บภาษีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก^(๑๒๔) เช่น นำไปใช้ในการรณรงค์หรือการอุดหนุนราคา, การจัดการกับอิทธิพลจากอุตสาหกรรมอาหาร, และความกังวลว่าหากมีการจัดเก็บภาษีแล้วภาระที่จะตกที่คนจนมากกว่าคนรวย^(๑๒๕-๑๒๖) ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายส่วนหนึ่งจึงเห็นว่า การจัดเก็บภาษีที่ควบคู่ไปกับการอุดหนุน

ราคาอาจมีความเหมาะสมกว่า^(๑๒๗)

ข้อเสนอแนะ

๑. สร้างความเข้าใจและกลไกการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแนวทางในการใช้มาตรการภาษีเพื่อควบคุมการบริโภค โดยควรเริ่มต้นพิจารณาจากการขยายการเก็บภาษีสรรพสามิตให้ครอบคลุมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลทั้งหมด และการกำหนดอัตราภาษีให้สอดคล้องกับปริมาณน้ำตาล

๒. พิจารณาการอุดหนุนราคาในผักและผลไม้ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่/หน่วยงาน

B๗: มาตรการให้คำปรึกษาในระบบบริการปฐมภูมิ

หลักการและแนวคิด

การให้คำปรึกษาในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นมาตรการหนึ่งที่มีความสำคัญและคุ้มค่า^(๓) เนื่องจากเป็นบริการด่านแรกที่มีศักยภาพในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค^(๑๒๘) ซึ่งหากประชาชนได้รับการดูแลเบื้องต้นที่มีคุณภาพ จะช่วยป้องกันสกัดกั้นกลุ่มโรคหรืออาการแทรกซ้อนได้ ลดปัญหาความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้อย่างมาก^(๑๒๙,๑๓๐) กลไกการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ เริ่มจากมีเครื่องมือให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพและเหมาะสมในทุกช่วงอายุและทุกระดับ มีบุคลากรทางสาธารณสุขและเครือข่ายที่มีศักยภาพในการให้คำปรึกษาอย่างถูกต้อง บนพื้นฐานข้อเท็จจริงและองค์ความรู้ที่เชื่อถือได้ และมีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อศักยภาพและความพร้อมของระบบให้คำปรึกษามีผลเชิงบวกต่อผู้รับคำปรึกษา^(๑๓๑) นอกจากนี้การให้คำปรึกษาควรมีระดับความเข้มข้นที่สามารถยืดหยุ่นแปรเปลี่ยนตามระดับความเสี่ยงของผู้รับคำปรึกษา กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่ควรได้รับคำปรึกษาในระดับที่เข้มข้นมาก เพื่อหวังผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจนมากกว่ากลุ่มที่เสี่ยงน้อยกว่า^(๑๓๒)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายคนไทยไร้พุงเพื่อ



ให้ประชาชนอายุตั้งแต่ ๖ ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย ซึ่งรวมถึงการจัดตั้งคลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Clinic/DPAC) ในสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อให้คำปรึกษา รวมถึงการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย และเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยทำงาน โดยปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒ ได้มีการพัฒนาคลินิก DPAC ต้นแบบในระดับศูนย์อนามัยเขต และปี ๒๕๕๓-๒๕๕๔ มีเป้าหมายในการขยายคลินิก DPAC ลงระดับจังหวัด รวมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีศูนย์อนามัยเขตช่วยพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนวิชาการ ให้คำปรึกษา/การบริหารจัดการ และติดตามประเมินรับรองคลินิก DPAC ต้นแบบ

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศมักเน้นตั้งรับให้ผู้ป่วยเข้ามารับคำปรึกษาที่สถานพยาบาลมากกว่ารุกเข้าไปให้คำปรึกษาหรือแนะนำเชิงส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชาชนทุกกลุ่ม ระบบบริการปฐมภูมิในหลายพื้นที่ขาดผู้ปฏิบัติงาน/บุคลากรที่มีศักยภาพในการให้คำปรึกษาแก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ขาดเครื่องมือ เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมในการให้คำปรึกษาที่สื่อสารง่ายและมีประสิทธิภาพ ขาดความเท่าเทียมโดยยังมีความเหลื่อมล้ำในการเลือกปฏิบัติในประชาชนบางกลุ่ม รวมถึงข้อจำกัดของระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรงบประมาณ และการประสานเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลาง^(๑๓๑) ระบบการให้คำปรึกษาในส่วนของ DPAC ยังพบปัญหาทั้งด้านคุณภาพและมาตรฐานของเครื่องมือในการให้คำปรึกษา และศักยภาพในการให้คำปรึกษาของบุคลากรสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาเชิงลึก

ข้อเสนอแนะ

๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้เป็นผู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้น รวมถึงให้แนวทางการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมแบบเข้มข้นและยั่งยืนได้

๒. พัฒนาเครื่องมือในการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพ และเหมาะสมในทุกช่วงอายุและทุกระดับ

B๘: มาตรการสุขศึกษาด้านพฤติกรรมการบริโภคในสถานที่ทำงาน

หลักการและแนวคิด

สถานประกอบการเป็นสถานที่ที่มีอิทธิพลสำคัญต่อสุขภาพของคนไทยวัยทำงาน รวมถึงสุขภาพของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคมของคนทำงานด้วย^(๑๓๒) ในปี ๒๕๕๒ พบว่า มีแรงงานที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมรวมทั้งสิ้น ๘,๖๘๐,๓๕๙ คน จากจำนวนสถานประกอบการทุกขนาด ทั้งหมด ๓๘๙,๙๕๓ แห่ง^(๑๓๓) ดังนั้นมาตรการระดับสถานที่ทำงานจึงเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการจัดการปัญหาจากพฤติกรรมการบริโภค ผ่านกลไกการให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค กลไกดังกล่าวยังมีศักยภาพในการลดปัญหาสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในประชากรวัยแรงงานอีกด้วย^(๓) อีกทั้งยังเป็นมาตรการที่มีผลในการสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนักที่อัตรายงบประมาณไม่มากนัก^(๑๓๔)

การดำเนินการให้เป็นรูปธรรมจะต้องอาศัยความร่วมมือทั้งในและนอกสถานประกอบการ เริ่มจากความร่วมมือในสถานประกอบการระหว่างเจ้าของกิจการ ผู้บริหารและพนักงาน ขณะที่ควรได้รับการสนับสนุนด้านองค์ความรู้ กระบวนการเรียนรู้ การจัดการและงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การนำมาตรการไปใช้ต้องคำนึงถึงเป้าหมายที่ควรเป็นกลุ่มพนักงานและสถานประกอบการที่มีความต้องการมากที่สุด มีทรัพยากรเพียงพอในการดำเนินการ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการสนใจ^(๑๓๕) อย่างไรก็ตามผลตอบแทนของมาตรการนี้เป็นแบบระยะยาวมากกว่าระยะสั้น^(๑๓๕) จึงควรดำเนินมาตรการนี้ควบคู่กับมาตรการอื่นในสถานที่ทำงาน

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

มาตรการการรณรงค์ให้ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันยังเน้น

การจัดการคุณค่าทางอาหารมากกว่าการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคโดยตรง และยังไม่ครอบคลุมระดับสถานประกอบการ กล่าวได้ว่าปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ในระดับประเทศเพื่อให้ความรู้ด้านโภชนาการในสถานประกอบการ อย่างไรก็ตาม ได้มีการขับเคลื่อนในบางพื้นที่ผ่านโครงการ “เมนูสุขภาพ” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ผ่านนวัตกรรมทำให้โภชนาการแก่ประชาชน โดยประยุกต์องค์ความรู้โภชนาการจากข้อมูลโภชนาบัญญัติและธงโภชนาการมาสู่การผลิตเมนูสุขภาพ ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ผ่านความสมัครใจของร้านอาหาร ก่อนขยายการดำเนินโครงการไปยังร้านอาหารในศูนย์อาหาร สถานศึกษา สถาบันการศึกษา และสถานประกอบการต่อไป โดยมีผู้รับผิดชอบหลักคือ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย^(๑๓๖) นอกจากนี้ ยังมีข้อเรียกร้องผ่านการขับเคลื่อนผ่านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๕๒ มติ ๘ ว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ให้มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ที่ต้องคำนึงถึงประเด็นการจัดให้มีอาหารสุขภาพให้บริการหรือจำหน่ายในหน่วยงานและองค์กรรวมสถานประกอบการด้วย พร้อมส่งเสริมการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ ตามกลุ่มวัย^(๕๐)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

หากวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับองค์การการประชุมเศรษฐกิจโลก (World Economic Forum) ในการวางแผนนโยบายเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการกินและการมีกิจกรรมทางกายในสถานประกอบการ^(๑๓๗) จะพบว่า การดำเนินมาตรการของไทยในปัจจุบันยังขาดความร่วมมือจากหน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ โดยมาตรการมักทำโดยหน่วยงานด้านสุขภาพ ขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ขาดปัจจัยสนับสนุนด้านงบประมาณ ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ไม่มีการเชื่อมโยงมาตรการให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์กร/หน่วยงาน ขาดการประชาสัมพันธ์ ขาดสิ่งจูงใจแก่สถานประกอบการ และขาดแรงสนับสนุนจากภาคสังคมและพื้นที่ที่ดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

สร้างกระแสในการสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนักด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยอาศัยกลไกของสถานที่ทำงาน โดยการสร้างแรงจูงใจให้สถานประกอบการ เช่น การมอบรางวัล การดำเนินงานร่วมกับสื่อมวลชน

B๑: มาตรการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคในโรงเรียน

หลักการและแนวคิด

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาระหว่างวันมากที่สุด ดังนั้นสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนจึงมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก ดังนั้นมาตรการส่งเสริมการบริโภคที่เหมาะสมในโรงเรียนเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพของเด็กได้ ตัวอย่างเช่น ข้อค้นพบจากการสำรวจโรงเรียน ๔๐๐ แห่งทั่วประเทศในปี ๒๕๔๘ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข^(๑๓๘) ที่พบว่า โรงเรียนที่จัดอาหารกลางวันและอาหารว่างที่ให้พลังงานสูง อุดมไปด้วยไขมันและน้ำตาล พบเด็กอ้วนเป็นสองเท่าของโรงเรียนที่ไม่มีการจัดอาหารประเภทนี้

บุคลากรด้านโภชนาการในสถานศึกษามีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กและถือเป็นแหล่งข้อมูลหลักด้านอาหารและโภชนาการของเด็ก^(๑๓๙) เช่นเดียวกับความพร้อมด้านสื่อความรู้ที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริง^(๑๔๐) การจัดการผ่านระบบการศึกษานี้ต้องอาศัยกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน ที่มีความพร้อมด้านเงินทุน, องค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ด้านการพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการ และแรงสนับสนุนทางสังคม

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

หน่วยงานภาครัฐร่วมกับองค์กรอิสระเพื่อสุขภาพได้ร่วมผลักดันหลายนโยบายสำคัญที่เกี่ยวกับการลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่อเด็กไทย เช่น มาตรการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม การห้ามตั้งตู้จำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียน และการห้ามขายขนมกรุบกรอบและขนมขบองในโรงเรียน เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานร่วมกับกรม



อนามัยและเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เสนอแนะนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมผ่านสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อให้มีการกำหนดมาตรการควบคุมการจำหน่ายน้ำอัดลมและขนมในโรงเรียน มีผลให้สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานมีมติเห็นชอบว่าควรมีการออกระเบียบแจ้งเป็นแนวปฏิบัติไปยังสถานศึกษาในสังกัด เพื่อห้ามจำหน่ายขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมในสถานศึกษาเมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๔๙^(๑๔๑)

ในปี ๒๕๔๙ โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร ๔๓๕ แห่งได้มีนโยบายห้ามขายน้ำอัดลมในโรงเรียน^(๑๔๒) และในปี ๒๕๕๑ กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา (สพท.) จัดนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมงดจำหน่ายขนมกรุบกรอบและอาหารที่มีน้ำตาลมาก โดยมีพื้นที่การศึกษาที่ปลอดน้ำอัดลมแล้วทั้งหมด ๑๘ เขตพื้นที่การศึกษา จาก ๑๒ จังหวัดทั่วประเทศ^(๑๔๓) ในปี ๒๕๕๒ กรมอนามัยได้มีมาตรการเสริมเพื่อกระตุ้นการทำงานผ่านเขตการศึกษาพื้นที่ ให้บริหารจัดการให้โรงเรียนในเขตเป็นโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมครบทุกโรงเรียน โดยสามารถดำเนินการได้ ๒๘ เขตการศึกษา ครอบคลุมโรงเรียนจำนวน ๔,๔๕๓ โรงเรียนทั่วประเทศ^(๑๔๑) และในบางพื้นที่สามารถดำเนินการไปถึงระดับเด็กก่อนวัยเรียน เช่น ในศูนย์เด็กเล็ก เช่นในจังหวัดแพร่ที่สามารถผลักดันให้เกิดนโยบายโรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ จนถึงปี ๒๕๕๑ สามารถผลักดันนโยบายให้ครอบคลุมโรงเรียนเพิ่มขึ้นถึง ๕๒ โรงเรียน^(๑๔๔)

แม้ว่าปัจจุบันมาตรการส่งเสริมการบริโภคในประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมทุกโรงเรียนทั่วประเทศ แต่ได้มีความพยายามดำเนินมาตรการนี้แบบนำร่องในหลายจังหวัด เช่น โครงการโภชนาการในโรงเรียนนำร่องสังกัดกรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และเอกชน โดยสำนักโภชนาการร่วมกับมหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และการผลักดันให้เกิดองค์กรที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการและแหล่งเรียนรู้ด้านการบริหารจัดการองค์กรเพื่อ

เด็กไทยมีโภชนาการสมวัย ในหลายระดับ รวมถึงระดับโรงเรียน โดยเครือข่ายโภชนาการสมวัยร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น นอกจากนี้ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๕๒ ที่ต้องให้ความสำคัญกับการจัดให้มีอาหารสุขภาพจำหน่ายในสถานศึกษาเช่นกัน^(๕๐)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

อุปสรรคสำคัญของการดำเนินมาตรการฯ ในปัจจุบันคือ บางสถานศึกษายังติดสัญญาผูกพันระยะยาวกับบริษัท/ตัวแทนจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน และผู้บริหารสถานศึกษาให้ความสำคัญน้อย และมีความกังวลต่อผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจต่อโรงเรียนและผู้จำหน่าย^(๑๔๕) นอกจากนี้ บางพื้นที่ยังพบปัญหาการทำงานร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น องค์กรส่วนท้องถิ่นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบางพื้นที่ไม่สามารถปรับตัวทำงานร่วมกับท้องถิ่นได้ ขณะที่ชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอในการจัดการด้านโภชนาการในโรงเรียน^(๑๓๘) และการขาดแคลนบุคลากรของโรงเรียนที่มีความรู้และทักษะด้านโภชนาการ

ข้อเสนอแนะ

การมีนโยบายทั้งระดับส่วนกลางและระดับสถานศึกษาเพื่อกำหนดมาตรฐานอาหาร ขนม และเครื่องดื่มในโรงเรียนเพื่อผลักดันไปสู่การลดและปลอดอาหารและเครื่องดื่มพลังงานสูงในสถานศึกษา

IV. กลุ่มมาตรการกิจกรรมทางกาย

A๑๑: การรณรงค์สาธารณะเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย

หลักการและแนวคิด

ข้อมูลวิชาการด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าของมาตรการรณรงค์สาธารณะเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายยังมีอยู่อย่างจำกัด และมีทิศทางข้อค้นพบที่หลากหลาย โดย

มีทั้งการศึกษาที่พบว่ามาตรการนี้มีได้และไม่ได้ผล (impact) และพบว่าได้ผลในลักษณะที่แตกต่างกันไป^(๑๔๖) ส่วนหนึ่งเนื่องจากมาตรการการรณรงค์สาธารณะนั้นมีความแตกต่างทั้งเนื้อหา ช่องทาง และความถี่ของการสื่อสาร อย่างไรก็ตามอาจจะกล่าวโดยรวมได้ว่ามาตรการการสื่อสารสาธารณะบางส่วนมีผลต่อระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมอยู่บ้าง รวมถึงผลด้านจิตวิทยาทางสังคม (psychosocial outcomes) บรรยากาศทางสังคม และยังมีงานวิจัยส่วนหนึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของการรณรงค์ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกาย^(๑๔๖) และโดยรวมอาจจะถือว่ามาตรการรณรงค์สาธารณะเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลมากที่สุดในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในระดับประชากร^(๑๔๗)

การรณรงค์เพื่อการมีกิจกรรมทางกายนั้นสามารถทำได้ทั้งการรณรงค์เพื่อการเล่นกีฬา เพื่อการออกกำลังกาย และเพื่อการมีกิจกรรมทางกายโดยรวม เช่น ผ่านกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลวิชาการระบุว่า ลักษณะของมาตรการรณรงค์สาธารณะที่มีประสิทธิผลสูงได้แก่ การสื่อสารด้วยเนื้อหาที่ง่ายในความรู้สึกสูง, การสื่อสารหลายช่องทางเพื่อต่อยอดเนื้อหา, การรณรงค์ที่สอดคล้องและสนับสนุนนโยบายในระดับมหภาค และกิจกรรม/มาตรการระดับพื้นที่หรือหน่วยงาน เช่น โรงเรียนและสถานที่ทำงาน^(๑๔๗)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

การรณรงค์สาธารณะด้านการมีกิจกรรมทางกายในประเทศไทยมีลักษณะกระจัดกระจาย ดำเนินการโดยภาคส่วนหลายระดับ มีมาตรการทั้งที่มีความจำเพาะต่อการมีกิจกรรมทางกายโดยตรง และที่ถูกผนวกไว้กับเป้าหมายอื่นๆ เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การควบคุมปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย มีการดำเนินการรณรงค์สาธารณะเป็นระยะ มีความต่อเนื่องในระยะเวลาดำเนินการ และมีความเชื่อมโยงกับกิจกรรมในพื้นที่ โดยโครงการที่มีความโดดเด่นในมิติของการรณรงค์ เช่น การจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย สสส. เป็นหน่วยงานที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เนื่อง โดยมีการจัดตั้งแผนงานเฉพาะ (แผนส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ) และมีแนวทางที่เน้นการรณรงค์และสร้างกระแสสังคม ควบคู่ไปกับการขยายภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกาย^(๑๔๘) อาจจะสังเกตได้ว่าเนื้อหาการรณรงค์ของ สสส. มีความพิเศษที่เน้นการมีกิจกรรมทางกายที่มากไปกว่าการออกกำลังกายโดยตรง นอกจากนั้น สสส. ยังเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่ายคนไทยไร้พุง ในการรณรงค์อีกด้วย นอกจากนั้น ยุทธศาสตร์การจัดการภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อันเป็นมติสมัชชสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง พ.ศ.๒๕๕๒ ยังกำหนดแนวทางให้มีการรณรงค์ปลูกฝังให้ประชาชน เห็นความสำคัญและเพิ่มโอกาส ของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม ควบคู่ไปกับการสร้างโอกาสในการมีกิจกรรมทางกาย^(๑๔๙)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ข้อจำกัดสำคัญของมาตรการการรณรงค์สาธารณะเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในประเทศไทยประกอบด้วย การขาดยุทธศาสตร์และแนวทางหลักในการดำเนินการ, ความเพียงพอและความต่อเนื่องของการรณรงค์, ความสัมพันธ์กับนโยบายและกิจกรรมในพื้นที่, การรณรงค์ที่เน้นไปที่การออกกำลังกายมากกว่าการมีกิจกรรมทางกายโดยทั่วไป นอกจากนั้นยังอาจวิเคราะห์ได้ว่ามาตรการที่ผ่านมามีข้อจำกัดด้านความครอบคลุมและความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

กำหนดแผนแนวทางการรณรงค์ร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเนื้อหาของการสื่อสาร, เพื่อให้มีความต่อเนื่องและเพียงพอ, เพื่อให้สอดคล้องกับกิจกรรม/มาตรการด้านอื่นๆ และให้มีความครอบคลุมทั้งประเด็นกลุ่มเป้าหมายประชากร และระดับการมีกิจกรรมทางกาย เช่น ผ่านกิจวัตรประจำวัน

B๑๐: มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในชุมชน

หลักการและแนวคิด

การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในชุมชนเป็นช่องทางสำคัญในการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายสำหรับกลุ่มประชาชน



ที่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนและมีกิจกรรมทางกายต่ำ ผ่านการสร้างกลไก, บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่เข้าถึงได้ง่ายเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง^(๑๔๘) กลุ่มที่มักมีระดับกิจกรรมทางกายต่ำในชุมชนประกอบด้วยผู้สูงอายุซึ่งใช้ชีวิตอยู่ในละแวกที่อยู่อาศัย และผู้ที่มีอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรงงานส่วนใหญ่ซึ่งอาจมีโอกาสน้อยในการมีกิจกรรมทางกายผ่านการทำงานและการเดินทาง แนวทางของมาตรการที่มีประสิทธิผล ได้แก่ การร่วมมือกันของภาคส่วนต่างๆในการรณรงค์เพิ่มกิจกรรมทางกายที่มีเป้าหมายเฉพาะ เช่น การร่วมรณรงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือชมรมออกกำลังกายของบุคคลเฉพาะกลุ่ม อย่างไรก็ตาม หลักการสำคัญของการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในชุมชนได้แก่ การสร้างค่านิยมในการมีกิจกรรมทางกายและสนับสนุนให้มีการเพิ่มการเคลื่อนไหวออกแรงผ่านกิจกรรมประจำวัน^(๑๔๙)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ในประเทศไทยได้มีการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในชุมชนเป็นระยะๆ โดยในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา ได้มีการกระตุ้นให้ชุมชนดำเนินมาตรการลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยตนเอง สนับสนุนการก่อตั้งชมรมออกกำลังกาย จัดตั้งผู้นำในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รณรงค์การออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ที่หาได้ง่าย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโครงการระยะสั้นหรือระยะกลาง โดยคาดว่าชุมชนจะสามารถสานต่อการดำเนินงานได้หลังจากสิ้นสุดโครงการ โดยมีการรณรงค์กระตุ้นเป็นระยะๆ ผ่านการทำงานแบบเครือข่าย โดยมีกรมอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับกรมควบคุมโรค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการโหมรณรงค์และใช้มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในหลายช่องทางเป็นระยะ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มมากขึ้นอยู่บ้าง และชุดรายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย^(๑๔๙, ๑๕๐) ก็พบว่า โดยรวมแล้ว ประชาชนอายุ ๑๕

ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ แต่ยังคงพบว่ามีกลุ่มประชากรจำนวนไม่น้อยที่มีกิจกรรมทางกายในระดับต่ำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมักเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ แม่บ้าน ผู้บริหาร ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการดำเนินงานส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายสำหรับบุคคลเฉพาะกลุ่มที่มีอุปสรรคในการมีกิจกรรมทางกาย ที่เหมาะสมต่อบริบทของท้องถิ่น

B๑๑: มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่านการคมนาคม

หลักการและแนวคิด

สิ่งแวดล้อมรอบตัวส่งผลต่อแนวทางการใช้ชีวิต การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ทั้งการคมนาคม แนวทางการประกอบอาชีพ การใช้เวลารว่าง และการออกแบบผังเมือง มักเป็นทิศทางที่ส่งผลให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายน้อยลงแต่มีการบริโภคอาหารพลังงานสูงมากขึ้น หรือที่เรียกว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อโรคอ้วน (Obesogenic environment)^(๑๕๑)

การเดินทางสัญจรเป็นโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายของประชากรในชีวิตประจำวัน การเดินทางด้วยจักรยานและการเดินเร็ว สามารถเผาผลาญพลังงานได้ถึง ๓-๕ เท่าของการนั่งเฉย^(๑๕๑) ซึ่งหากใช้เวลาอย่างน้อย ๓๐ นาทีต่อวันก็จัดเป็นการมีกิจกรรมทางกายที่มีระดับความเข้มข้นปานกลาง ในขณะที่วิถีชีวิตยุคใหม่ประชาชนมีการคมนาคมกันมากขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่าในปี ๒๕๔๗ ประชากรไทยใช้เวลาถึง ๑.๒-๑.๔ ชั่วโมงต่อวันสำหรับการเดินทาง^(๑๕๒) อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าประชาชนลดการสัญจรที่ต้องออกแรงอย่างเช่น การเดินและการขี่จักรยาน ในประเทศไทย มีรถยนต์ที่จดทะเบียนมากถึง ๒๘.๕ ล้านคัน ในปี ๒๕๕๒ และมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในจำนวนนี้ประมาณสามในห้าเป็นรถจักรยานยนต์^(๑๕๓)

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเลือกเดินทางด้วยการเดิน

และจักรยานได้แก่ ความปลอดภัยและนโยบายการคมนาคม ผู้ปกครองจำนวนมากไม่อนุญาตให้เด็กและเยาวชนเดินทางด้วยเท้าหรือจักรยานเนื่องจากความกังวลด้านความปลอดภัย นโยบายเกี่ยวกับการคมนาคมก็มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีเดินทาง การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศพบว่า ประชากรในประเทศที่มีนโยบายส่งเสริมการเดินทางด้วยจักรยานชัดเจนและมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อการขี่จักรยาน^(๑๘) มีโอกาสจะเลือกเดินทางด้วยจักรยานสูงกว่า

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ในปัจจุบันนโยบายส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายด้วยการคมนาคมระดับมหภาคยังไม่มีความชัดเจนนัก ในระดับประเทศหรือจังหวัดอาจจะมีการรณรงค์จัดกิจกรรมเป็นครั้งคราว ซึ่งบางครั้งเป็นไปโดยวัตถุประสงค์เพื่อสิ่งแวดล้อมและลดการใช้พลังงาน เช่น กิจกรรมในวันปลอดรถ (car free day) นอกจากนั้น การรณรงค์บางส่วนยังแยกออกจากการคมนาคมในชีวิตประจำวันปกติ เช่น การรณรงค์ขี่จักรยานในวันอาทิตย์ เป็นต้น การดำเนินการเหล่านี้ดำเนินการโดยหลายองค์กร ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน เช่น กลุ่มกรีนพีซ

อย่างไรก็ตาม มีหน่วยงานระดับองค์กรที่มีทิศทางนโยบายชัดเจนในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายผ่านการคมนาคม เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา ที่ทำการเปลี่ยนถนนของรถยนต์ให้เป็นเส้นทางเดินเท้าและทางจักรยาน และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการขี่จักรยาน^(๑๙) หรือในบางพื้นที่ เช่น โครงการของกรุงเทพมหานครในการจัดเลนจักรยานบนบางเส้นทาง แต่ได้รับการวิจารณ์ว่ายังไม่มีความปลอดภัย ในขณะที่ผู้ขับขี่ยานพาหนะอื่นไม่ได้ตระหนักถึงสิทธิของผู้ใช้จักรยาน เช่นเดียวกับกรณีของทางเดินเท้า

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็งของมาตรการ

ข้อจำกัดหลักของมาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่านการคมนาคมคือ การขาดความมุ่งมั่นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการที่ผ่านมาจึงเป็นไปในลักษณะไม่จริงจังต่อเนื่องและไม่สามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอ หรือส่งผลให้การเดินทางด้วยเท้า

และจักรยานยังไม่มีความปลอดภัยเพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเดินเท้าและขี่จักรยาน ในขณะที่มาตรการบางส่วนอาจจะถูกต่อต้านจากผู้เสียผลประโยชน์ เช่น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการค้าขายบนทางเดินเท้า

ข้อเสนอแนะ

ทำข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำช่องทางสัญจรที่เป็นมิตรต่อการเดินเท้าและการขี่จักรยาน โดยมีเป้าหมายในการขยายเส้นทางในลักษณะดังกล่าวให้ชัดเจน

B๑๒: มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่านระบบบริการปฐมภูมิ

หลักการและแนวคิด

การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่านระบบบริการปฐมภูมิ เป็นช่องทางที่เข้าถึงและเหมาะสมต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในผู้ที่มีสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกายได้มากที่สุด รวมถึงมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ขาดความสนใจในการมีกิจกรรมทางกาย^(๒๐) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นอุปสรรคสำคัญในการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย^(๑๕,๑๖) ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการโดยบุคลากรทางสุขภาพที่มีทักษะ มีความน่าเชื่อถือ มีการตรวจวัดระดับของสมรรถภาพร่างกายเพื่อให้ผู้มารับบริการทราบสถานะสุขภาพของตนและสามารถให้บริการตามความเหมาะสมได้

มาตรการผ่านระบบบริการปฐมภูมิสามารถจัดการปัญหาในประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการมีกิจกรรมทางกาย ในขณะที่มาตรการอื่นๆมักมีข้อจำกัดกับกลุ่มประชากรกลุ่มนี้ มาตรการผ่านระบบบริการสุขภาพจึงสามารถเติมเต็มและส่งเสริมให้การดำเนินกิจกรรมทางกายมีความเข้มแข็งในภาพรวม

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในสถานบริการปฐมภูมิอย่างเป็นทางการตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๙ แต่เริ่มมีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นทางการในปี ๒๕๕๓ โดยจัดทำภายใต้ชื่อคลินิกไว้



พุง^(๑๕๗) โดยมีเป้าหมายให้มีการดำเนินการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และวางแผนทางให้ตั้งเป็นคลินิกเฉพาะหรือรวมเข้ากับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก็ได้ และให้บริการแก่ประชากรโดยทั่วไป ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยมีการประยุกต์แนวทางการให้บริการเลิกบุหรี่มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงการมีกิจกรรมทางกาย เริ่มจากการตรวจวัดร่างกาย สอบถามความสนใจในการเข้ารับบริการ และให้คำแนะนำวิธีการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย และมีการประเมินติดตามผลเป็นระยะ ใน พ.ศ.๒๕๕๔ มีสถานบริการสุขภาพ ๘ แห่ง ที่มีการดำเนินงานมาตรการนี้^(๑๕๘) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าว

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

แม้ว่าอุปสงค์ของระบบบริการสุขภาพจะมีทิศทางที่เพิ่มขึ้น ตามความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังมีสถานบริการที่สามารถให้บริการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่านคำแนะนำจำนวนไม่มากนัก แนวทางในการให้คำปรึกษาทางด้านกิจกรรมทางกายนั้นมักเป็นแนวทางทั่วไป แบบไม่จำเพาะเจาะจงต่อสมรรถภาพทางร่างกายหรืออุปสรรคในการมีกิจกรรมทางกายที่แตกต่างกันไป และยังขาดแนวทางหรือแผนงานเพื่อรองรับปัญหาที่เกิดจากภาระงานและการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการให้บริการในคลินิกไร้พุงนั้นมีหลายขั้นตอนที่ต้องใช้เวลานานในการให้บริการ บุคลากรที่มีภาระงานอื่น ซึ่งข้อมูลจากต่างประเทศยืนยันว่าภาระงานของบุคลากรเป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพประสิทธิผลต่อการให้คำปรึกษา^(๑๕๙)

ข้อเสนอแนะ

ควรมีแนวทาง/นโยบายในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายอย่างชัดเจน และพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาที่มีความจำเพาะเจาะจงต่อสภาพร่างกายและปัญหาในแต่ละระดับ รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพการให้บริการของบุคลากร

B๑๓: มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน

หลักการและแนวคิด

ผู้ที่ประกอบอาชีพลูกจ้างซึ่งเป็นจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้มีงานทำทั้งหมดใช้เวลาส่วนใหญ่ของเวลาตื่นอยู่ในสถานที่ทำงาน^(๑๖๐) อีกทั้งมีการสำรวจพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพที่มีการเคลื่อนไหวออกแรงน้อย (เช่น พนักงานในสำนักงาน) มักจะมีระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ^(๑๕๐) มาตรการในสถานที่ทำงานจึงเป็นช่องทางสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม โดยลักษณะมาตรการในสถานที่ทำงานที่พบว่ามีประสิทธิภาพคือ มาตรการที่ประกอบไปด้วยกลวิธีที่หลากหลายแบบคู่ขนาน เช่น การจัดสถานที่ออกกำลังกายให้แก่พนักงาน ส่งเสริมการใช้บันได การให้พนักงานได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ สร้างค่านิยมการมีกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยการส่งจดหมายข่าวและการจัดนิทรรศการให้คำแนะนำรายบุคคล และมีการประเมินติดตามตนเอง^(๑๖๑)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงานในประเทศไทยนั้นมีการดำเนินงานภายใต้โครงการองค์กรไร้พุง โดยกรมอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักร่วมกับหน่วยงานภายใต้กระทรวงมหาดไทย และภาคีอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๕๑ เป็นต้นมา โดยมีการเปิดรับสมัครองค์กรจำนวน ๑,๐๕๐ องค์กร เพื่อเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ^(๑๖๒) ซึ่งเป็นการดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้องค์กรภาครัฐและเอกชนที่มีบุคลากรตั้งแต่ ๕๐ คนขึ้นไป รวมถึงองค์กรพื้นที่ชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด/ตำบล มีการดำเนินการส่งเสริมให้บุคลากรมีน้ำหนักตัวและรอบเอวที่เหมาะสม โดยกรมอนามัยรับหน้าที่ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ บริหารเครือข่ายและกระตุ้นให้องค์กรต่างๆเข้าร่วมดำเนินการและดำเนินงานส่งเสริมด้วยตนเองผ่านกิจกรรมการณรงค์และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผลการดำเนินงานใน พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่ามีองค์กรที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานองค์กรไร้พุงจำนวน ๑๘๗ องค์กร โดยองค์กรเหล่านั้นมีนโยบายและแผนงานส่งเสริมให้พนักงานมี

นำหน้าตัวที่เหมาะสม และมีพนักงานรอบเวรปกติร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป^(๑๖๑)

จุดแข็งของการดำเนินงานโครงการองค์กรไร้พุงได้แก่ การสนับสนุนให้องค์กรเป็นผู้วางแผนและดำเนินมาตรการด้วยตนเอง มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรที่เข้าร่วมโครงการเป็นระยะๆ และการสนับสนุนให้บุคลากรประเมินติดตามรอบเวรด้วยตนเอง รวมถึงมีการรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายซึ่งเป็นการสร้างค่านิยมในสังคม อย่างไรก็ตาม พบว่าองค์กรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินส่วนใหญ่ยังคงจำกัดอยู่ในหน่วยงานภายใต้หรือเกี่ยวข้องกับผู้บริหารผิชอบโครงการฯ ซึ่งบ่งชี้ว่าการดำเนินการยังไม่สามารถดึงองค์กรอื่นๆ เข้ามาร่วมดำเนินการได้มากเท่าที่ควร

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

ยังไม่มีรายงานประสิทธิผลของการดำเนินงานที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงานโดยตรงภายใต้โครงการองค์กรไร้พุง และไม่พบข้อมูลว่าองค์กรที่เข้าร่วมโครงการได้ดำเนินการสอดคล้องถูกต้องตามหลักการและแผนงานหรือไม่ และไม่พบว่ามีกรอบทบทวนและเผยแพร่เพื่อนำไปปรับใช้กับองค์กรอื่นๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ล้วนมีความจำเป็นต่อการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในระดับที่ใหญ่ขึ้น นอกจากนี้ดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงานและเกณฑ์การประเมินโครงการยังขาดความไวและความจำเพาะต่อการวัดความมีประสิทธิภาพของการดำเนินการ การใช้จำนวนองค์กรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นดัชนีชี้วัดการดำเนินงานของโครงการที่ขาดรายละเอียด และไม่สามารถบ่งชี้ผลของโครงการได้ชัดเจนนัก การที่บุคลากรมีรอบเวรที่ปกติไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าการมีรอบเวรเป็นผลจากการดำเนินการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายหรือไม่ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ขาดข้อมูลที่สะท้อนผลการดำเนินงานอย่างตรงจุดและทัน่วงที และไม่สามารถวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของการดำเนินงานโครงการองค์กรไร้พุงในระดับประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการติดตามประเมินผลโครงการองค์กรไร้พุงที่

เหมาะสม โดยใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานและเกณฑ์การประเมินโครงการที่มีความไวและความจำเพาะ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงาน อีกทั้งควรมีการถอดบทเรียนจากการดำเนินงานเพื่อนำไปปรับใช้กับองค์กรอื่นๆ และสร้างช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างองค์กร

๒. สร้างความร่วมมือจากองค์กรเอกชนเพิ่มขึ้น ผ่านการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของพนักงาน

Box: มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในโรงเรียน

หลักการและแนวคิด

การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในเด็กวัยเรียนมีความสำคัญต่อการดำเนินงานความคุ้มครองกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากปัจจุบันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสถานการณ์ในอดีต โรคดังกล่าวเป็นโรคที่พบได้น้อยในเด็ก^(๑๖๒,๑๖๓) อีกทั้งพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายในวัยเด็กนั้นจะเป็นปัจจัยชี้้นำของการมีกิจกรรมทางกายในวัยผู้ใหญ่^(๑๖๔) การศึกษาพบว่า การดำเนินมาตรการโดยใช้หลายกลวิธีควบคู่กันจะส่งผลให้การดำเนินมาตรการมีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าสูงสุด^(๑๖๕) ซึ่งกลุ่มของกลวิธีดังกล่าว ประกอบไปด้วย การมีหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาพลศึกษาที่เหมาะสมและสอนโดยครูที่มีทักษะการสอนที่ดี โรงเรียนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดำเนินมาตรการ^(๑๖๖)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

มาตรการการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในโรงเรียนที่สำคัญในประเทศไทย ได้แก่ การมีหลักสูตรวิชาพลศึกษา โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ^(๑๖๗) และโครงการคนไทยไร้พุง^(๑๖๘) ทั้งสองโครงการเป็นการดำเนินงานโดยสมัครใจ มีกรมอนามัยเป็นผู้ดำเนินการหลัก ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทาง ประสาน ส่งเสริมให้โรงเรียนมีกิจกรรมส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายให้แก่นักเรียนและบุคลากร ร่วมกับเขตพื้นที่การศึกษาและเทศบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการผนวกการดำเนิน



งานดังกล่าวเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่นๆ ทั้งนี้ โรงเรียนไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ แต่ได้รับการสนับสนุนด้านองค์ความรู้ สื่อการเรียนการสอน และสวัสดิการ

ในพ.ศ.๒๕๔๗ พบว่าเด็กอายุ ๖-๙ ปี ร้อยละ ๗๐ มีกิจกรรมทางกายอย่างพอเพียง (เคลื่อนไหวออกแรงปานกลาง ๓๐ นาที/วัน ๕ วัน/สัปดาห์) และลดต่ำลงเหลือร้อยละ ๕๕.๘ ในพ.ศ.๒๕๔๘ ในขณะที่ร้อยละ ๗๐ เด็กอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี มีกิจกรรมทางกายที่พอประมาณทั้งสองปี แต่ก็พบว่าเด็กบางกลุ่มมีอุปสรรคในการออกกำลังกาย เช่น ร่างกายไม่เอื้อต่อการเล่นกีฬา^(๑๖๗) อย่างไรก็ตาม ระดับกิจกรรมทางกายดังกล่าวยังคงต่ำกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกซึ่งระบุว่าเด็กอายุ ๕-๑๗ ควรมีการเคลื่อนไหวออกแรงปานกลางถึงหนักทุกวันอย่างน้อย ๖๐ นาที/วัน^(๑๖๗) จากการสำรวจการดำเนินงานส่งเสริมการออกกำลังกายของสถานศึกษาทั่วประเทศของกรมอนามัย พ.ศ.๒๕๔๘ พบว่าโรงเรียนร้อยละ ๙๓.๓ มีนโยบายในการส่งเสริมการออกกำลังกาย ผ่านหลักสูตรพลศึกษา กิจกรรมการแข่งขันกีฬา และกิจกรรมการออกกำลังกายนอกเวลา โรงเรียนร้อยละ ๗๖.๓ มีการวัดสมรรถภาพร่างกาย^(๑๖๗)

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็ง

เป็นที่น่าเสียดายที่หลักสูตรพลศึกษามุ่งเน้นพัฒนาทักษะทางด้านกีฬาและให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและปลูกฝังค่านิยมในการมีกิจกรรมทางกายไม่มากเท่าที่ควร อีกทั้งโรงเรียนมีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาเยาวชนของชาติในหลายด้าน ผนวกกับมีการแข่งขันในด้านความเป็นเลิศทางวิชาการที่ค่อนข้างสูงในปัจจุบัน และเป็นการดำเนินงานโดยสมัครใจ ทำให้การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในโรงเรียนถูกลดทอนความสำคัญ และมักถูกผนวกเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่นๆ การที่หน่วยงานส่วนกลางให้ความสำคัญ และกระตุ้นให้โรงเรียนมีการดำเนินงานจึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในโรงเรียน

การจัดตั้งเวดล้อมและกิจกรรมส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายเป็นช่องทางสำคัญในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทาง

กายในนักเรียนและบุคลากรที่ยังไม่ได้รับความสำคัญมากนัก นอกจากนี้ พบว่าการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในโรงเรียนไม่ได้ให้ความสำคัญแก่กลุ่มบุคลากรในโรงเรียนเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนทั้งในวิชาพลศึกษาและวิชา/กิจกรรมอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการมีกิจกรรมทางกายควบคู่กับการพัฒนาทักษะด้านกีฬาและปลูกฝังพฤติกรรมกรรมการมีกิจกรรมทางกายอย่างถูกต้องเพียงพอ พัฒนาคักยภาพของครูผู้สอน และเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนตามความเหมาะสมของท้องถิ่น
- หน่วยงานส่วนกลางด้านการศึกษา ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในโรงเรียนและกระตุ้นให้โรงเรียนมีการดำเนินงานดังกล่าว

V. กลุ่มมาตรการลดผลกระทบจากด้านโรคติดต่อ

A๑๓: มาตรการการป้องกันโรคมะเร็งตับด้วยวัคซีนตับอักเสบบี

หลักการและแนวคิด

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญประมาณการว่า ๑ ใน ๓ ของประชากรโลกติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ ซึ่งส่วนหนึ่งจะพัฒนากลายเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนมากกว่า ๓๗๘ ล้านคน และ ๑ ใน ๔ ของพาหะเหล่านี้จะป่วยเป็นโรคตับเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับในระยะยาว ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากผลต่อเนื่องของการติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรังกว่า ๕ แสนคนทั่วโลก^(๑๖๘) ประเทศไทยจัดเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของโรคติดเชื้อตับอักเสบบีสูง (High endemicity) การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดขึ้นในทารกและเด็กโดยการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก (vertical transmission) และประมาณ ๖๕-๙๓ % ของทารกแรกเกิดที่มีมารดาเป็นพาหะจะกลายเป็นพาหะเรื้อรังภายใน ๑๒ เดือนหลังคลอด^(๑๖๘) ซึ่งเด็กเหล่านี้จะเป็นแหล่งรังโรคที่สามารถแพร่เชื้อ

ให้บุคคลอื่นต่อไป (Horizontal transmission)

การให้วัคซีนจัดเป็นวิธีการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าสูง^(๑๗๐,๑๗๑) ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและใช้ข้อมูลทางวิชาการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศในการแก้ไขปัญหา โดยบรรจุการควบคุมโรคตับอักเสบบีไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๗ และเริ่มมีโครงการนำร่องนำวัคซีนไปใช้ใน ๒ จังหวัด (เชียงใหม่และชลบุรี) และขยายการให้วัคซีนอย่างกว้างขวางทั่วประเทศในปี ๒๕๓๕^(๑๗๒) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่ออกมาในปี ๒๕๓๔ ให้ประเทศต่างๆ นำวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีเข้าสู่สถานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายในปี ๒๕๔๐^(๑๗๓)

สถานการณ์ของมาตรการในปัจจุบัน

ภายหลังจากกระทรวงสาธารณสุขนำวัคซีนเข้ามาใช้ทั่วประเทศในปี ๒๕๓๕ อัตราการครอบคลุมวัคซีนดีขึ้นเป็นลำดับจนในปัจจุบันมีความครอบคลุมถึงร้อยละ ๙๘.๓^(๑๗๔) รวมทั้งมีรายงานผลการใช้วัคซีนหลายการศึกษาที่แสดงว่ามาตรการให้วัคซีนในทารกแรกเกิดมีประสิทธิภาพ โดยสามารถลดการติดต่อจากแม่สู่ลูก (vertical) และการแพร่กระจายระหว่างบุคคล (horizontal) ทำให้พาหะของโรคลดลง เช่น การศึกษาติดตาม ๑๒ ปี ภายหลังจากการให้วัคซีนทั่วประเทศ พบว่าเด็กกลุ่มที่เกิดหลังจากให้วัคซีนทั่วประเทศมีความชุกของการติดเชื้อลดลงและความชุกของการมีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเด็กที่เกิดก่อนการให้วัคซีนทั่วประเทศ^(๑๗๕) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลผลการให้วัคซีนต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ แต่ในประเทศไต้หวันซึ่งมีการใช้วัคซีนมานาน พบว่ามะเร็งตับในเด็กลดลงจาก ๐.๕๒ เป็น ๐.๑๓ ต่อแสนประชากร^(๑๗๕)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยได้แก่ นโยบายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เข้มแข็งและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพที่ดี ในปัจจุบันกรมควบคุมโรคเป็นผู้รับผิดชอบการกำหนดนโยบาย/ประเมินผลการดำเนินงานสร้าง

เสริมภูมิคุ้มกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้จัดซื้อวัคซีนในระดับประเทศ โดยประชากรทุกคนมีสิทธิได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันอย่างเท่าเทียมกัน

โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็งของมาตรการ

ปัญหาการให้วัคซีนในประเทศไทยคือ ยังมีอัตราการครอบคลุมวัคซีนต่ำในพื้นที่ห่างไกลและในประชากรที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ เช่น ชาวไทยภูเขา กลุ่มผู้อพยพ และประชากรต่างด้าว ดังนั้นจึงควรพัฒนากลไกในการขยายความครอบคลุมของการให้วัคซีน ควบคู่ไปกับการส่งเสริมการวิจัยพัฒนา-ผลิตวัคซีนเพื่อการพึ่งตนเองของประเทศ

สรุป

จากการทบทวนข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ ยืนยันให้เห็นว่า NCDs เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่สุดในประเทศไทย เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย โดยมีสัดส่วน (contribution) ประมาณสามในสี่ของทั้งการเสียชีวิตและภาระโรคทั้งหมดในประเทศไทย ในขณะที่ยังมีประชากรไทยอยู่อีกเป็นจำนวนมากที่ตกอยู่ในความเสี่ยงต่อ NCDs

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้รัฐบาลประเทศต่างๆ นำมาตรการการระดับประชากรในการจัดการปัจจัยเสี่ยงระดับพฤติกรรมหลักทั้งสี่ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่ามาใช้ป้องกันและควบคุมวิกฤติโรค NCDs ในประเทศของตน โดยได้แบ่งเป็นมาตรการระดับที่ควรดำเนินการที่สุด/มีความคุ้มค่าสูง จำนวน ๑๒ มาตรการ และมาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่าอีก ๑๔ มาตรการ

จากการทบทวนสถานการณ์มาตรการทั้ง ๒๖ มาตรการระดับประชากรพบว่าประเทศไทยยังมีช่องว่างและข้อจำกัดในการจัดการโรค NCDs อย่างชัดเจน บางมาตรการยังไม่มีมีการดำเนินการอย่างเป็นทางการในประเทศไทย บางมาตรการแม้ว่าจะมีการดำเนินการแต่ไม่ได้เป็นไปในทิศทางเพื่อการควบคุมและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ในทัศนคติของคณะผู้ศึกษามาตรการทั้ง ๒๖ มีระดับความเข้มแข็งของเนื้อหา นโยบาย (policy content), ความเข้มแข็งของการนำไปปฏิบัติ และ



ตารางที่ ๓ สรุปสถานการณ์ ความเข้มแข็ง และโอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็งของ ๒๖ มาตรการการจัดการโรค NCDs ในมุมมองทางสุขภาพ

มาตรการ	มี/ไม่มีในระดับประเทศ	ความเข้มแข็งของเนื้อหามาตรการ (policy content)	ความเข้มแข็งของการนำไปปฏิบัติ	ความเป็นไปได้ในการพัฒนาความเข้มแข็งของมาตรการ*
ยาสูบ				
A ๑	มี	+++	++	++
A ๒	มี	+++	+++	+++
A ๓	มี	++++	++	+++
A ๔	มี แต่ไม่แน่นอน	++	+	++
B ๑	มี	+	+	++
แอลกอฮอล์				
A ๕	มี	+++	+	+
A ๖	มี	+	+	+
A ๗	มี	+	++	+++
B ๒	มี	++	+	+++
B ๓	ไม่มี	+	+	++
การบริโภคอาหาร				
A ๘	ไม่มี	-	+	+
A ๙	ไม่มี	-	+	+
A ๑๐	มี แต่ไม่ชัดเจน	++	++	+++
B ๔	ไม่มี	++ (ในอดีต)	++ (ในอดีต)	++
B ๕	ไม่มี	o/+	+	+
B ๖	มี แต่ไม่แน่ใจ	+	++	+
B ๗	มี แต่ไม่ชัดเจน	++	+	++
B ๘	ไม่มี	o/+	o	+
B ๙	ไม่มี	++	+	+++
พฤติกรรมทางกาย				
A ๑๑	มี แต่ไม่แน่นอน	++	+	+++
B ๑๐	มี	+	++	++
B ๑๑	ไม่มี	o	?	+
B ๑๒	มี แต่ไม่ชัดเจน	+	+	++
B ๑๓	ไม่มี	+	+	+
B ๑๔	ไม่มี	o/+	+/++	+++
โรคติดต่อ				
A ๑๒	มี	+++	+++	+++

หมายเหตุ: *หมายถึงระดับความพร้อมของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ความยากง่าย หากจะมีการพัฒนาความเข้มแข็ง

ความเป็นไปได้ในการพัฒนาความเข้มแข็งในระยะเวลาอันสั้น แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ ๓

และหากพิจารณาเฉพาะมาตรการในกลุ่มที่มีควรรดำเนินการที่สุด/มีความคุ้มค่าสูง (Best buys) ทั้ง ๑๑ มาตรการนั้น อาจจะจัดแบ่งประเภทของความต้องการในการพัฒนาความเข้มแข็งในระยะเวลาสั้น (๒-๓ ปี) ได้เป็นสามกลุ่มดังนี้

๑. กลุ่มที่ต้องการการพัฒนาเนื้อหานโยบาย เช่น การออกหรือแก้กฎหมายในระดับต่างๆ หรือการกำหนดแนวทางนโยบาย

- คำเตือนพิษภัยจากยาสูบ
- การห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- เพิ่มอัตราภาษียาสูบ
- มาตรการทางภาษีแอลกอฮอล์
- ลดการบริโภคเกลือ
- ลดการบริโภคไขมันทรานส์

๒. กลุ่มที่ต้องการการพัฒนาความเข้มแข็งในการนำไปปฏิบัติ

- คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่
- การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- การห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- มาตรการทางภาษีแอลกอฮอล์
- การให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี

๓. กลุ่มที่ต้องการการบูรณาการเข้าไปสู่ระบบ/โครงสร้างที่มีอยู่

- การรณรงค์สร้างกระแสตื่นตัวด้านการบริโภคอาหาร
- การรณรงค์การมีกิจกรรมทางกายทางสื่อมวลชน

เอกสารอ้างอิง

1. Alwan A, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet* 2010;376:1861-8.
2. World Health Organization, The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. World Health Organization, Global Status Report on Non Communicable Diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

4. World Health Organization, Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization; 2004.
5. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 (อยู่ในระหว่างการตีพิมพ์). n.d., นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
7. บัณฑิต ศรีไพศาล, และคณะ. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2552.
9. World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Global Adult Tobacco Survey: Thailand country report. World Health Organization; 2009.
10. Hamann S, et al. การทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด; 2549.
11. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 2535.
12. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 2553.
13. World Health Organization, Joint national capacity assessment on the implementation of effective tobacco control policies in Thailand. Geneva: World Health Organization; 2008.
14. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต พ.ศ. 2552. 2552.
15. Saffer H, Chaloupka F. Tobacco advertising: economic theory and international evidence (Working Paper No. 6958). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 1999.
16. พระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. 2535.
17. Tollman S, Doherty J, Mulligan JA. General primary care, in disease control priorities in developing countries. Second edition. Jamison D, et al., Editors. Washington: the World Bank; 2006. p. 1, 193-1, 210.
18. World Health Organization, Thailand's second (five-year) implementation report under the WHO FCTC, March 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
19. กรมสรรพสามิต. ข้อมูลสถิติ. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2554 จาก www.excise.go.th.
20. Samtisant I. An economic analysis of tobacco control in Thailand. HNP Discussion Paper. Economics of Tobacco Control Paper No. 15. 2003.
21. พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509. 2509.



22. Prabhat J, et al. Tobacco Addiction, in Disease Control Priorities in Developing countries, Second edition, D. Jamison, et al., Editors. Washington: the World Bank; 2006.
23. Department of Health and Human Services, Quick Reference Guide for Clinicians, Treating Tobacco Use And Dependence. U.S. Department of Health and Human Services, United States of America; 2000.
24. Vitavasiri C, Pausawasdi S. Implementation of 100% smoke-free hospital in Thailand. J Med Assoc Thail 2010;93(7).
25. Babor TF, et al. Alcohol: no ordinary commodity. second edition. New York: Oxford University Press; 2010.
26. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. 2551.
27. พระราชบัญญัติ คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546. 2546.
28. พระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๔๖.
29. พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493. 2493.
30. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๒.
31. พระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการเลือกตั้งสมาชิกผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา พ.ศ.๒๕๕๐.
32. พระราชบัญญัติการเลือกตั้งสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๕.
33. (ร่าง)ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ..... 2552.
34. วีรบุษ ว่องวรชระกุล, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, ทักษพล ธรรมรังสี. รายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของจุดขายสุรากับพฤติกรรมการบริโภค 2552. 2553, สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ: นนทบุรี.
35. อรทัย วลีวงศ์. เหตุผลและความจำเป็นในการห้ามบริโภคและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณสถานที่จัดแสดงดนตรีหรือกิจกรรมบันเทิง. 2553, ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา นนทบุรี.
36. กัทธกร พลพนาธรรม. การกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร. 2552
37. Anderson P, et al. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. Alcohol and Alcoholism 2009;44:229-43.
38. Jernigan DH. The extent of global alcohol marketing and its impact on youth. A paper prepared for the World Health Organization. Washington, DC: Center on Alcohol Marketing and Youth; 2006.
39. Smith L, Foxcroft D. The effect of alcohol advertising and marketing on drinking behaviour in young people: a systematic review. BMC Public Health 2009;9(51).
40. Grube JW. Alcohol portrayals and alcohol advertising on television. Alcohol, Health and Research World 1993;17:61-6.
41. Grube JW. Television alcohol portrayals, alcohol advertising and alcohol expectancies among children and adolescents, in The effects of the mass media on the use and abuse of alcohol., S.E. Martin, Editor. US Dept of Health & Human Sciences; 1995. p. 105-21.
42. Chen MJ, et al. Alcohol advertising: What makes it attractive to youth? J Health Communicat 2005;10:553-65.
43. Casswell S. Public discourse on alcohol. Health Promotion International 1997;12:251-7.
44. Casswell S. Alcohol brands in young people's everyday lives: New developments in marketing. Alcohol and Alcoholism 2004; 39(6):471-76.
45. กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการแสดงภาพสัญลักษณ์เพื่อประกอบการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๓.
46. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา: เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๔๖.
47. ปรีชาต สถาปัตตานนท์, และคณะ. รายงานการวิจัย การสื่อความหมายและการรับรู้ความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย: กรณีกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2553.
48. กนิษฐา ไทยกล้า. รายงานการวิจัย กลยุทธ์การส่งเสริมการตลาดแบบออนไลน์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย 2553, ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
49. Babor TF, et al. Alcohol: no ordinary commodity. New York: Oxford University Press; 2003.
50. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
51. World Health Organization. Global status report: alcohol policy. Geneva: World Health Organization; 2004.
52. ทักษพล ธรรมรังสี. ทำไมคนไทยถึงดื่ม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549;15(3):335-46.
53. บัณฑิต ศรีไพศาล. แนวทางการขึ้นภาษีสุรา เพื่อลดการบริโภคโดยรวม. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2005.
54. วิศิษฐ์ วชิรวิรุฬห์. ปัญหาทางกฎหมายที่ใช้จัดเก็บภาษีสรรพสามิตในระบบสุราเสรี. ศึกษานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2543.
55. Thamarangsi T. Alcohol policy process in Thailand 1997-2006. Auckland: Massey University; 2008,
56. Moskowitz H, Fiorentino D. A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration; 2000.
57. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2551.
58. ปรีชาต สถาปัตตานนท์. เมาไม่ขับ จากวันวาน ส่วนนี้ และก้าวไปในวันข้างหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, มูลนิธิเมาไม่ขับ; 2549.

59. พระราชบัญญัติ จราจรทางบก พ.ศ. 2522. 2522.
60. พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ. 2522. 2522.
61. ประกาศกระทรวงมหาดไทย ฉบับที่ 16 พ.ศ. 2537. 2537.
62. วิทยา ชาตัญญาชัย. การยกระดับมาตรฐาน การบังคับใช้ “ดื่มแล้วขับ”. การประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่สอง. โรงแรม รามา การ์เด้น ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2549.
63. เครือข่ายองค์กรงดเหล้า. ดัดหลังคนหัวหมอ ไม่เป่าแอลกอฮอล์ถือว่า “เมา” ข่าวกจากหนังสือพิมพ์เดลินิวส์ 17 มิถุนายน 2551. จดหมายข่าวองค์กรงดเหล้า 2551;5(35).
64. Babor TF, et al. Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse* 2007;28:7-30.
65. Kaner EF, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;2007(2).
66. Whitlock EP, et al. Behavioral counseling intervention in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of evidence for the US Preventive Services Taskforce. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.
67. สายรัตน์ นกน้อย, และคณะ. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2547.
68. Fleming MF, et al. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clinical and Experiment Research* 2002;26(1):36-43.
69. วชิระ เฟิงจันทร์, และคณะ. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชของคนไทย: การศึกษาระดับชาติปี 2551. ไม่ปรากฏปี. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
70. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา, ข้อเสนอโครงการพัฒนาระบบการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการดื่มสุรา: ข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้งบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรภายใต้ข้อตกลงดำเนินการระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
71. บัณฑิต ศรีไพศาล. วัฒนธรรมการนโยบายควบคุมปัญหาสุราของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2548.
72. ทักษพล ธรรมรังสี, และคณะ. การพัฒนาระบบการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2553.
73. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ระบบการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่สอง. โรงแรม รามาการ์เด้น. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2549.
74. Asaria P, et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet* 2007;70:2044-53.
75. กองโภชนาการ กรมอนามัย, รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย. นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
76. Ministry of Health, Sodium Reduction Strategy for Canada, Recommendations of the Sodium Working Group. Ontario: Ministry of Health; 2010.
77. Group CSSSC, Salt substitution: a low-cost strategy for blood pressure control among rural Chinese. A randomized, controlled trial. *J Hypertension* 2007;25:2011-18.
78. Cobiac LJ, Vos T, Veerman JL. Cost-effectiveness of interventions to reduce dietary salt intake. *Heart* 2010;96:1920-25.
79. กรมอนามัย. กินเค็มเสี่ยงตาย อันตรายไม่ลดเกลือ. นนทบุรี: ไม่ปรากฏปี, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
80. American Heart Association Nutrition Committee, et al, Diet and lifestyle recommendations revision 2006. A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006;114(1):82-96.
81. US Department of Health and Human Services and US Department of Agriculture, Dietary Guidelines for Americans. 6th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005.
82. Denmark's trans fat law. Executive Order No. 160 of 11 March 2003 on the Content of Trans Fatty Acids in Oils and Fats etc, English Translation. <http://www.tfx.org.uk/page116.html> 2003.
83. Center for Disease Control and Prevention. Legal and Policy Resources on Public Health “Winnable Battles”. Artificial Trans-Fat. 2010. cited 28 July 2011 from <http://www2a.cdc.gov/phlp/winnable/transfat.asp>.
84. Foodprocessing.com. Saturated Fats Are Better Than Trans Fats: Panel. 2010 cited 28 July 2011 from http://www.foodprocessing.com/articles/2010/saturated_fat.html.
85. National Restaurant Association. Public policy issue briefs. Trans fat bans. n.d. cited 28 July 2011 from: <http://www.restaurant.org/government/issues/issue.cfm?Issue=Transfat>.
86. Public Health Law Center. Trans fat bans: policy options for eliminating the use of artificial trans fats in restaurants. A Policy Options Brief by the Public Health Law Center; 2009.
87. World Health Organization, Interventions on Diet and Physical Activity: What Works. Geneva: World Health Organization; 2009.
88. Gordon R, et al. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: what's the evidence? *Public Health* 2006;120:1133-9.
89. National Social Marketing Centre, Social marketing glossary. National Social Marketing Centre; 2009.
90. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10. สำนักงาน



- กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2549.
91. อูมาพร สุทัศน์วรวิฑูรี, ลัดดา เหมาะสุวรรณ. นโยบายและมาตรการป้องกันอ้วนและอ้วนลงพุงในเด็กและวัยรุ่น, ใน อ้วน และ อ้วนลงพุง, วรวิฑูรี นิธิยานันท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย; 2554.
 92. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559. ไม่ปรากฏปี. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.
 93. เครือข่ายคนไทยไร้พุง. ข้อมูลโครงการภาคีร่วมใจ คนไทยไร้พุง. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2554 จาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th/web/data.html>.
 94. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, แผนหลัก สสส. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕. ไม่ปรากฏปี. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
 95. เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน. ประวัติเครือข่ายฯ. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2554 จาก <http://www.maikinwan.com/>.
 96. Andreasen AR. Marketing social marketing in the social change marketplace. *Journal of Public Policy and Marketing* 2002;21(1):3-13.
 97. French J, Blair-Stevens C. Social marketing pocket guide, 1st Ed. National Social Marketing Centre for Excellence; 2006.
 98. World Health Organization Regional Office for Europe. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007.
 99. World Health Organization. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010.
 100. Hastings GB, et al. Review of research on the effects of food promotion to children - final report and appendices. Prepared for the Food Standards Agency. Stirling: Institute for Social Marketing; 2003.
 101. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 305) พ.ศ.2550 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีบางชนิด. 2550.
 102. ประกาศเรื่องการจัดระดับความเหมาะสมของรายการโทรทัศน์และประกาศเรื่องหลักเกณฑ์ และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจที่มีผลกระทบต่อเด็กทางสถานีวิทยุโทรทัศน์ 2551.
 103. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2551, 6 บริษัทฯ ร่วมงดโฆษณาอาหารเด็กต่ำ 12 ปี
 104. กองพัฒนาสุขภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ส่งเสริมเด็กไทยบริโภคอย่างเหมาะสม ป้องกันภัยโรคอ้วน สนับสนุนโครงการ “Thai Pledge” ประเดิม 6 บริษัทด้านอาหาร และเครื่องดื่ม แสดงจุดยืนไม่โฆษณาผลิตภัณฑ์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี. 2553. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2554 จาก http://www.fda.moph.go.th/www_fda/data_center/ifm_mod/nw/Thai_Pledge_FDA_revise.pdf.
 105. Grundy SM, Denke MA. Dietary influences on serum lipids and lipoproteins. *J Lipid Res* 1990;31:1149-72.
 106. National Cholesterol Education Program (NCEP). Report of the expert panel on population strategies for blood cholesterol reduction: executive summary. *Arch Intern Med* 1991;151:1071-84.
 107. Mozaffarian D, Micha R, Wallace S. Effects on coronary heart disease of increasing polyunsaturated fat in place of saturated fat: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Medicine* 2010;7(3):e1000252.
 108. Mozaffarian D, Jacobson MF, Greenstein JS. Food reformulations to reduce trans fatty acids. *N Engl J Med* 2010;362:037-39.
 109. โรงเรียนสตรีศรีสุริโยทัย. พฤติกรรมการกินอาหารที่ถูกต้อง. 2552. สืบค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2554 จาก <http://www.suriyothai.ac.th/node/304>.
 110. วงสาวท โกศลวัฒน์. หน้าต่างวิจัย คนไทย “บริโภคอาหารขยะ” เสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดฉบับที่ 312. เดือนเมษายน 2548. 2548. สืบค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2554 จาก <http://www.doctor.or.th/node/2092>.
 111. Nestle M. Food politics: How the food industry influences nutrition and health. Los Angeles: University of California Press; 2002.
 112. Lueck T, Severson K. New York bans most trans fats in restaurants. *N.Y. TIMES* Dec. 6, 2006
 113. Lueck T, Severson K. Big brother in the kitchen? *New Yorkers Bal, N.Y. TIMES*, Sept. 28, 2006
 114. Schmall E. Trans fat war threatens restaurants, *FORBES*, Dec. 21, 2006
 115. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004.
 116. World Health Organization. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2008.
 117. European Commission Directorate-General Taxation and Customs, VAT rates applied in the Member States of the European Community. n.d.
 118. Asfaw A. Do government food price policies affect the prevalence of obesity? Empirical evidence from Egypt. *World Development* 2007;35:687-701.
 119. Lin Y. Evaluation and recommendations of grain support policy in the perspective of public finance-based on research data of XiangYin county, Hunan province. *J Hunan Agricultural University (Social Science)* 2009;3.
 120. พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิตพ.ศ. 2527.
 121. องค์การสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย (ข่าว). เครือข่ายภาค

- ประชาสังคม เสนอเก็บภาษีอาหาร เครื่องดื่ม แก้วกีดดื่มวัน. 2554. สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2554 จาก http://www.mcot.net/cfcustom/cache_page/235116.html
122. หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ วันที่ 29 ธันวาคม 2553, สืบค้นกลุ่มน้ำตาลขึ้นเชิงภาษีบาป,
 123. ประกาศกรมสรรพสามิต เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการยกเว้นภาษีเครื่องดื่ม น้ำผลไม้ และน้ำพืชผัก, 29 มกราคม 2551.
 124. Brownell KD, Horgen KB. Food fight: the inside story of the food Industry, America's obesity crisis, and what we can do about it. Chicago, IL: Contemporary Books; 2004.
 125. Leicester A, Windmeijer F. The 'Fat Tax' economic incentives to reduce obesity. London: Institute for Fiscal Studies; 2004.
 126. Jacobson M, Brownell K. Small taxes on soft drinks and snack foods to promote health. *Am J Public Health* 2000;90(6):854-7.
 127. House of Commons Health Committee. Obesity: third report of session 2003-04. London: The Stationery Office; 2004.
 128. Ammerman A, et al. Counseling to promote a healthy diet: systematic evidence review. No. 18. University of North Carolina Evidence-based Practice Center; 2002.
 129. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. แนวทางการจัดกิจกรรมคุณภาพการบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
 130. ทวีศักดิ์ ไชยภักข. การศึกษารูปแบบของสถานอนามัยในอนาคตจังหวัดน่าน. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
 131. วิลาวรรณ เสนารัตน์, และคณะ. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
 132. World Health Organization. Workplace health promotion. The workplace: a priority setting for health promotion. n.d. cited 20 July 2011 from http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index.html.
 133. สำนักงานประกันสังคม. ข้อมูลสถิติกองทุนประกันสังคม. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2554 จาก <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=103&id=535>.
 134. O'Donnell MP, et al. Health Promotion in the Workplace. 3rd edition. Delmar Thomson Learning; 2002.
 135. Diet & Nutrition News. An analysis of pros and cons of health education at the workplace. 2006. cited 28 July 2011 from http://www.medindia.net/news/view_news_main.asp?x=11440.
 136. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. เมนูสุขภาพ. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2554 จาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th/menu.htm>.
 137. Quintiliani L, Sattelmir J, Sorensen G. The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity. Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on preventing noncommunicable diseases in the workplace. in the WHO/WEF Joint Event on preventing noncommunicable diseases in the workplace. 2007. Dalian/China.
 138. กรมประชาสัมพันธ์. กรมอนามัย-สช. จับมือ สมาคมโภชนาการ ฯ ผนึกพลัง 6 องค์กรใหญ่ ช่วยเด็กไทยพ้นภัย อ้วน - เตี้ย - เรียนไม่เก่ง. 2553. สืบค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2554 จาก http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=30828.
 139. Oogarah-Pratap B. Dietary habits of Mauritian school adolescents. *Nutrition Food Science* 2007;37(6):442-51.
 140. Norum KR. Some aspects of Norwegian nutrition and food policy, in Diet, nutrition and chronic disease: Lessons from contrasting worlds, P.S. Shetty and K. McPherson, Editors. Chichester: Wiley & Sons; 1997.
 141. หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์, หยุดความหวาน ขจัดโรคร้ายเด็ก, หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ 15 มกราคม 2554.
 142. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ถึงเวลาขับเคลื่อน...นโยบายโรงเรียนปลอดน้ำตาล. 2551. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2554 จาก <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/featured/5079>.
 143. หนังสือพิมพ์มติชน. เด็กไทยชดน้ำอัดลมวันละกระป๋อง สช.-สพท.รณรงค์โรงเรียนอ่อนหวาน, หนังสือพิมพ์มติชน 3 มิถุนายน 2552
 144. สุขจิตตรา วนาภิรักษ์. เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน จ.แพร่. 2551. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2554 จาก <http://www.gotoknow.org/blog/sukajitra/187877>
 145. เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาผลกระทบของมาตรการโรงเรียนปลอดน้ำตาลและมาตรการโรงเรียนปลอดขนมกรุบกรอบกับการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน. นนทบุรี: เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน; 2553.
 146. Gordon R, et al. A review of the effectiveness of social marketing physical activity interventions. London: National Social Marketing Centre for Excellence; 2006.
 147. Cecchini M, et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost effectiveness. *Lancet* 2010; 376:1775-84.
 148. Prins R, et al. Objective and perceived availability of physical activity opportunities: differences in associations with physical activity behavior among urban adolescents. *Intern J Behav Nutr Phys Act* 2009;6(1).
 149. ยาวรัตน์ ปรีภักขาม, พรพันธุ์ บมรัตน์. การสำรวจสภาวะสุขอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
 150. วิชัย เอกพลากร, และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (2551-2552). สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2553.
 151. Ainsworth BE, et al. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci*



- Sports Exercise 1993;25:71-80.
152. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลสำรวจการใช้เวลาของประชากร 2547. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2554 จาก www.nso.go.th.
 153. กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม. สถิติรถจดทะเบียน พ.ศ. 2552. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2554 จาก www.nso.go.th.
 154. สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. วิถีจักรยาน : วิถีมหิดล. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2554 จาก <http://www.op.mahidol.ac.th/oppe/greencampus002.htm>.
 155. กลุ่มสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมกรมการออกกำลังกายของประชากร 2550. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
 156. กรมอนามัย. โครงการสถานการณ์การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายของคนไทยที่มีอายุ 6 ปี ขึ้นไป 2547. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 21 กรกฎาคม 2554 จาก http://dopah.anamai.moph.go.th/menu_detail.php?id=48.
 157. กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานในคลินิก DPAC สำหรับเจ้าหน้าที่. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
 158. ศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติการ กรมอนามัย. ตัวชี้วัด. [cited 21 กรกฎาคม 2554]; Available from: <http://doc.anamai.moph.go.th/>
 159. Shahidzadeh-Mahani A, et al. Factors affecting quality of care in family planning clinics: a study from Iran. *International Journal for Quality in Health Care* 2008;20(4):284-90.
 160. สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร. n.d. [cited 2554 20 กรกฎาคม]; Available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatSubDefault_Final.aspx?catid=2.
 161. วมิชา กิจวรพัฒน์. องค์การภาครัฐหรือเอกชนผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นองค์กรต้นแบบไร้ฟุง. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 21 กรกฎาคม 2554 จาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=1&id=407>
 162. World Health Organization, Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003.
 163. Pinhas-Hamiel O, et al. Increased incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus among adolescents. *J Pediatr* 1996;128(5): 608-15.
 164. Telama R, et al. Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *Am J Prevent Med* 2005;28(3):267-73.
 165. กรมอนามัย. เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
 166. กรมอนามัย. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาโรคอ้วนคนไทย 2553-2556. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
 167. กรมอนามัย. โครงการสถานการณ์การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายของคนไทยที่มีอายุ 6 ปี ขึ้นไป 2547-2548. ไม่ปรากฏปี. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2554 จาก http://dopah.anamai.moph.go.th/menu_detail.php?id=48.
 168. Goldstein ST, et al. A mathematical model to estimate global hepatitis B disease burden and vaccination impact. *Intern Epidemiol* 2005;34:1329-39.
 169. Pongpipat D, Suvatte V, Assateerawatts A. Perinatal transmission of hepatitis B virus in Thailand. *Asian Pacific Journal of Allergy Immunology* 1985;3:191-3.
 170. Mast E, et al. Hepatitis B vaccine, in vaccine 2004, S.A. Plotkin and W.A. Orenstein, editors. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 299-337.
 171. Kretzschmar M. Universal hepatitis B vaccination. *Lancet Infect Dis* 2008;8:85-7.
 172. Chongsrisawat V, et al. Hepatitis B seroprevalence in Thailand: 12 years after hepatitis B vaccine integration into the national expanded programme on immunization. *Trop Med Intern Health* 2006;11(10):1496-502.
 173. World Health Organization. WHO expanded programme on immunisation. Global Advisory Group. *Weekly Epidemiol Rec* 1992;3:11-6.
 174. กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค. การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ. 2551. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
 175. Chang MH, et al. Universal hepatitis B vaccination in Taiwan and the incidence of hepatocellular carcinoma in children. *N Engl J Med* 1997;336:1855-9.