

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่ก่อให้เกิดโทษต่อทั้งผู้บริโภคเองและบุคคลรอบข้าง จากหลักฐานทางการแพทย์และสาธารณสุขมีการยืนยันและยอมรับกันอย่างกว้างขวางในปัจจุบันว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบเองโดยตรงและควันบุหรี่ยังเป็นอันตรายต่อผู้ที่อยู่ใกล้เคียงที่ไม่ได้สูบบุหรี่อีกด้วย (Passive Smoking) บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลายชนิด เช่น มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งกระเพาะอาหาร โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคถุงลมโป่งพอง และยังมีผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ เพิ่มอัตราการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด สำหรับในเด็กที่ได้รับควันบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสติปัญญา โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคภูมิแพ้อีกด้วย และสารต่างๆ ในบุหรี่โดยเฉพาะนิโคตินเป็นสารเสพติด ดังนั้นการแพร่หลายของการสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่ทั่วโลกกำลังหาทางป้องกันและแก้ไข โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มองว่า การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่ยิ่งใหญ่ที่สุด โดย ดร. จูดิธ แมคเคย์ ผู้เชี่ยวชาญเรื่องบุหรี่และสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ไว้ว่าในอีก 25 ปีข้างหน้าจำนวนผู้สูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน 1,100 ล้านคน เป็นกว่า 1,640 ล้านคน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประชากรโลกที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้จำนวนผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคอันเกี่ยวข้องกับบุหรี่จะมีมากเป็นสามเท่าของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคอื่นๆ ในปัจจุบัน โรคภัยไข้เจ็บที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมีสาเหตุใหญ่ๆ อยู่ 2 สาเหตุ คือ เฮดส์ และบุหรี่ โดยที่จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี จะถึงจุดสูงสุดในปี ค.ศ. 2006 ที่อัตรา 1.7 ล้านคนต่อปี แต่จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยบุหรี่จะยังคงสูงขึ้นเรื่อยๆ จากปัจจุบัน 3 ล้านคนต่อปี เป็น 10 ล้านคนต่อปี ในช่วง ค.ศ. 2025 และสิ่งที่น่าเป็นห่วงอย่างมากใน 25 ปีข้างหน้าคือ ผู้หญิงจะสูบบุหรี่มากขึ้น โดย อลัน โลเปซ นักระบาดวิทยาผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก คาดว่าอัตราการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนาเมื่อถึงปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 8 เป็นร้อยละ 20 ดังนั้นอัตราการตายอันเกิดจากบุหรี่ของผู้หญิงจึงมีสูงมากและจะเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่องด้วย ในด้านของผลกระทบทางเศรษฐกิจ จากรายงานการศึกษาของธนาคารโลก พบว่าบุหรี่ย่อมก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างน้อย

200,000 ล้านดอลลาร์อเมริกันต่อปี ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่ารายได้จากการขายบุหรี่ โดย 1 ใน 3 ของความเสียหายนั้นเกิดขึ้นกับประเทศกำลังพัฒนา (ประภิต วาทีสารภกิจ, 2543)

สำหรับประเทศไทยแม้ว่าจะมีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรวมทั้งกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่แล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีผู้สูบบุหรี่อยู่เป็นจำนวนมาก ในปี พ.ศ. 2546 พบว่าคนไทยบริโภคบุหรี่ทั้งสิ้น 21,804 ล้านมวน โดยมีการบริโภคบุหรี่เฉลี่ยคนละประมาณ 52 ซองต่อปี (ตาราง 1.1) ซึ่งลดลงจากช่วงปี พ.ศ. 2538-2540 ที่มีการบริโภคเฉลี่ยประมาณ 110-116 ซองต่อคนต่อปี สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่า สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 23.4 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 20.6 ในปี พ.ศ. 2544 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ทั้งชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงที่หันมาสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (ตาราง 1.3 และ 1.4) ซึ่งสอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้

ในแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 41,000 คน หรือวันละประมาณ 112 คน (ตาราง 1.5) ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้ายหลายชนิด โดยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่สำคัญ คือ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งปอด ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ดังนี้ โรคถุงลมโป่งพองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.07 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 4.1 ใน พ.ศ. 2544 (ภาพ 1.1) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพ 1.2) ซึ่งโรคนี้นอกจากเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่แล้วยังเกี่ยวกับการขาดการออกกำลังกาย การมีไขมันในเลือดสูงและการมีน้ำหนักเกินด้วย สำหรับการคาดประมาณความชุกของโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าใน พ.ศ. 2553 จะมีคนไทยป่วยด้วยโรคนี้อีก 7,035 ต่อประชากร 100,000 คน¹ (ภาพ 1.3) และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า จาก 3.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 18.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2536 ซึ่งคาดว่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบและมลภาวะทางอากาศ (ภาพ 1.4) นอกจากนี้จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติระหว่าง พ.ศ. 2529-2543 พบว่าเป็นผู้ป่วยเพศชายประมาณร้อยละ 16-22 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยหญิงประมาณ 4-6 เท่า (ภาพ 1.5) และจากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่าง พ.ศ. 2529-2538 พบว่ามะเร็งที่พบสูงสุดในผู้ป่วยเพศชาย คือ มะเร็งของปอด (2,318 ราย จาก 28,622 ราย)

¹ จากประมาณการความชุกของโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยให้เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 0.42 ต่อปี และเพศหญิงลดลงร้อยละ 0.16 ต่อปี

ตาราง 1.1 ปริมาณการบริโภคบุหรี่ของคนไทย พ.ศ. 2531-2546

ปี	การบริโภคบุหรี่ทั้งหมด (ล้านมวน)	การบริโภคบุหรี่ (ซอง/คน/ปี)	บุหรี่ยี่ห้อในประเทศ		บุหรี่ยี่ห้อนำเข้าจากต่างประเทศ		ราคาบุหรี่ต่อซอง (บาท)	
			จำนวน (ล้านซอง)	มูลค่าจำหน่าย (ล้านบาท)	จำนวน (ล้านซอง)	มูลค่านำเข้า (ล้านบาท)	บุหรี่ยี่ห้อในประเทศ	บุหรี่ยี่ห้อนำเข้าจากต่างประเทศ
2531	34,090	92	1,625	18,674	-	-	11.49	-
2532	38,718	101	1,860	20,996	-	-	11.29	-
2533	38,887	98	1,912	23,640	-	-	12.36	-
2534	38,825	95	1,986	26,910	12	-	13.55	-
2535	40,068	97	1,980	27,613	51	717	13.95	14.06
2536	42,245	102	2,061	28,890	60	969	14.02	16.15
2537	44,850	108	2,227	35,117	71	787	15.77	11.08
2538	45,755	110	2,159	34,869	71	1,032	16.15	14.54
2539	47,235	114	2,388	40,340	77	952	16.89	12.36
2540	48,337	116	2,356	46,977	99	907	19.94	9.16
2541	39,057	99	1,728	44,670	172	2,756	25.85	16.02
2542	36,166	87	1,601	40,700	261	4,290	25.42	16.44
2543	36,470	88	1,590	42,600	239	4,586	26.79	19.19
2544	29,502	71	1,487	42,617	261	6,151	28.66	23.57
2545	25,829	62	1,190	40,276	324	7,433	33.86	22.96
2546	21,804	52	1,002	39,197	363	8,665	39.12	23.88

หมายเหตุ: * คำนวณโดยใช้ราคาจำหน่าย (ล้านบาท)หารด้วยจำนวนบุหรี่ยี่ห้อ (ล้านซอง)

ที่มา: โรงงานยาสูบ และกรมสรรพสามิต

กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์, สถิติการค้าและเครื่องจักรอุตสาหกรรมธุรกิจของไทย

ตาราง 1.2 รายได้ภาษีสรรพสามิตของรัฐบาลจากบุหรี่ พ.ศ. 2531-2546

ปี	รายได้ภาษีสรรพสามิตจากบุหรี่ (ล้านบาท)	กำไรส่งกระทรวง (ล้านบาท)	รายได้งบประมาณ (ล้านบาท)	ผลิตภัณฑ์มวลรวม ในประเทศ (GDP) (ล้านบาท)	กำไรจากบุหรี่ เป็น % ของเงินงบประมาณ	กำไรจากบุหรี่ เป็น % ของ GDP
2531	11,467	1,069	287,690	3,729,560	0.3716	0.0287
2532	12,989	2,595	322,517	3,849,981	0.8046	0.0674
2533	14,785	2,064	405,809	3,970,402	0.5086	0.0520
2534	17,060	2,244	464,900	4,090,822	0.4827	0.0549
2535	16,991	3,202	499,004	4,211,243	0.6417	0.0760
2536	17,439	2,802	557,783	4,331,664	0.5023	0.0647
2537	22,375	2,954	655,989	4,186,212	0.4503	0.0706
2538	22,911	3,588	757,742	4,611,041	0.4735	0.0778
2539	26,134	3,445	850,026	4,732,610	0.4053	0.0728
2540	28,296	3,600	844,248	4,626,447	0.4264	0.0778
2541	25,816	4,657	725,768	4,637,079	0.6417	0.1004
2542	23,101	5,000	761,948	4,923,263	0.6562	0.1016
2543	23,540	5,310	963,541	5,133,836	0.5511	0.1034
2544	23,912	5,232	874,919	5,451,854	0.5980	0.0960
2545	21,620	5,559	1,032,171	5,174,610	0.5385	0.1074
2546	20,515	5,762	1,065,505	5,295,031	0.5408	0.1088

หมายเหตุ: อัตราภาษีสรรพสามิตก่อน กรกฎาคม พ.ศ. 2533 มี 3 อัตราคือ 35% 48% และ 56.5% ของราคาขายปลีก ขึ้นกับปริมาณใบยาในประเทศ

อัตราภาษีสรรพสามิตตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2533-2534 มีอัตราเดียวคือ 55% และเป็นร้อยละของราคาขายปลีก

อัตราภาษีสรรพสามิตตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2344 มีอัตราเดียวคือ 75% และเป็นร้อยละของราคาขายส่ง

ที่มา: โรงงานยาสูบ และกรมสรรพสามิต

กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์, สถิติการค้าและเครื่องจักรอุตสาหกรรมของไทย

ตาราง 1.3 จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519-2544

พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่ (ล้านคน)			สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2519	28.7 ⁽¹⁾	8.6	7.7	0.9	30.1	54.7	6.1
2524	35.1 ⁽¹⁾	9.8	9.0	0.8	27.8	51.2	4.4
2529	38.0 ⁽²⁾	10.4	9.6	0.8	27.4	50.4	4.2
2531	40.5 ⁽²⁾	10.1	9.4	0.7	25.0	46.7	3.5
2534	43.3 ⁽²⁾	11.4	10.6	0.8	26.3	49.0	3.8
2536	38.3 ⁽²⁾	11.3	10.5	0.8	29.7	55.3	4.3
	45.7 ⁽³⁾	10.4	9.8	0.6	22.8	43.2	2.5
2539	40.7 ⁽³⁾	10.4	9.8	0.6	25.5	48.5	2.8
	48.0 ⁽²⁾	11.2	10.6	0.6	23.4	44.6	2.5
2542	49.9 ⁽²⁾	10.2	9.6	0.6	20.5	38.9	2.4
2544	51.2 ⁽²⁾	10.5	10.0	0.5	20.6	39.3	2.2

หมายเหตุ: ⁽¹⁾ ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป

⁽²⁾ ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป

⁽³⁾ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544

ตาราง 1.4 สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในกลุ่มอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ. 2542-2544

กลุ่มอายุ (ปี)	สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่						การเปลี่ยนแปลงของอัตราผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ		
	พ.ศ. 2542			พ.ศ. 2544			รวม	ชาย	หญิง
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง			
11-24	0.2	0.5	-	0.1	0.2	0.1	-0.1	-0.3	0.1
15-24	12.3	24.0	0.3	13.5	26.0	0.6	1.2	2.0	0.3
25-59	26.3	49.8	3.0	26.2	49.9	2.6	-0.1	0.1	-0.4
60 ปีขึ้นไป	23.3	45.1	4.8	21.1	40.9	4.3	-2.2	-4.2	-0.5
รวม	20.5	38.9	2.4	20.6	39.3	2.2	0.1	0.1	-0.2

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2542

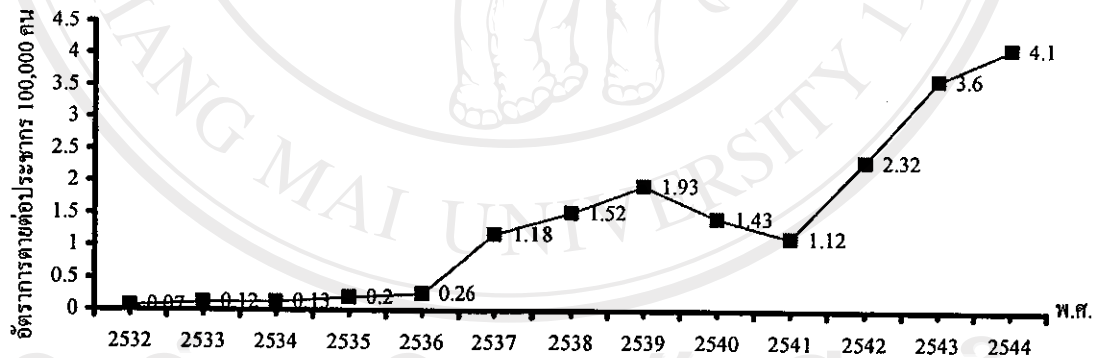
สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544

ตาราง 1.5 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

โรค	จำนวนคน	สัดส่วน (%)
โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease)	15,498	37.5
โรคมะเร็งปอดและมะเร็งปอด (Lung Cancer and Lung Disease)	10,619	25.9
โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)	5,945	14.5
โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease)	2,501	6.1
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	1,722	4.2
โรคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Other Diseases)	4,715	11.5
รวม	41,000	100

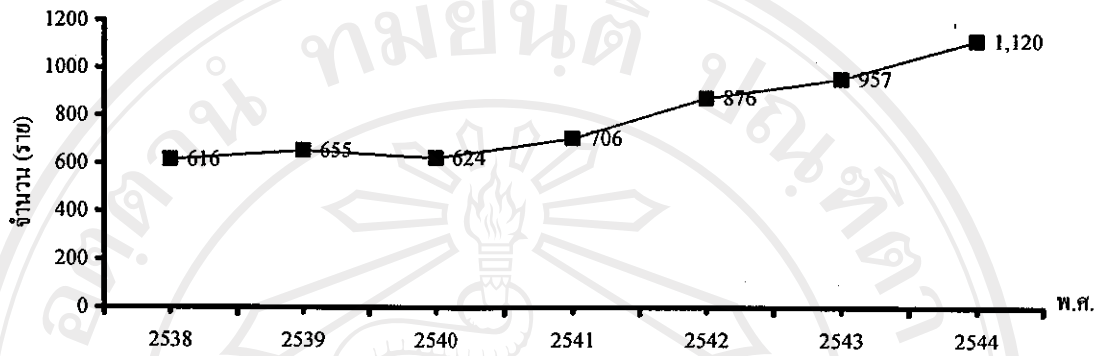
ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2536: ออนไลน์)

รูป 1.1 อัตราการตายด้วยโรคถุงลมโป่งพองในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2532-2544



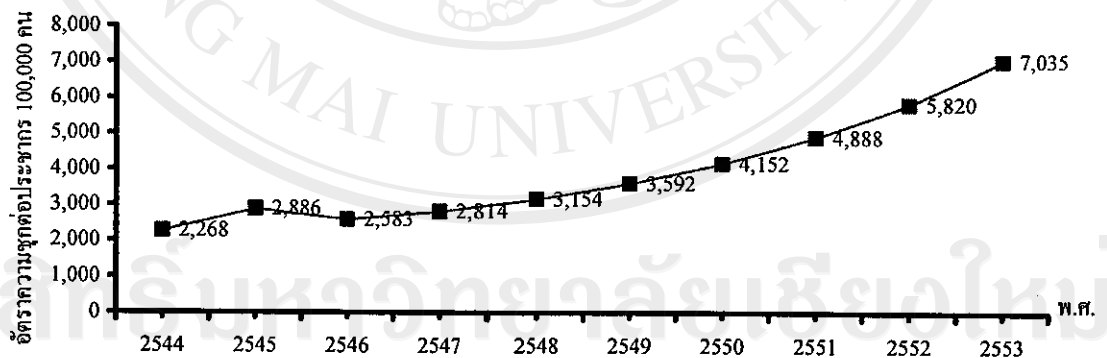
ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2544: ออนไลน์)

รูป 1.2 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคหัวใจ พ.ศ. 2538-2544



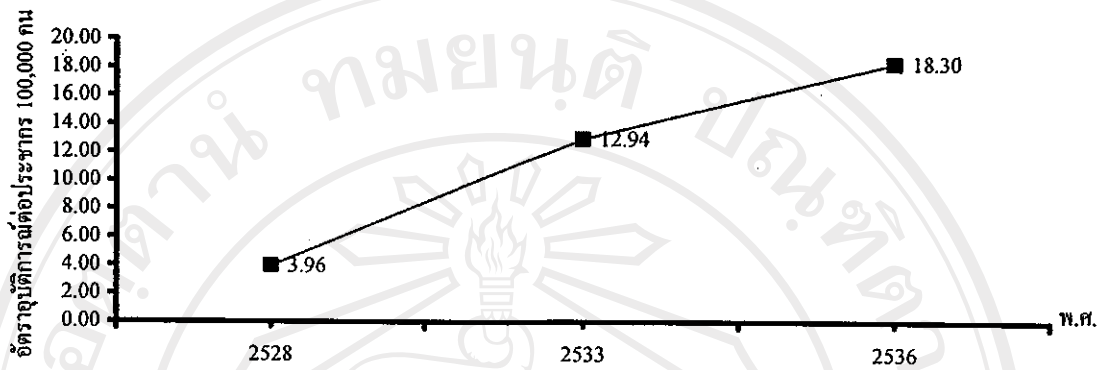
ที่มา: สถาบันโรคหัวใจ (2544: ออนไลน์)

รูป 1.3 ประมาณการความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเรื้อรังในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544-2553



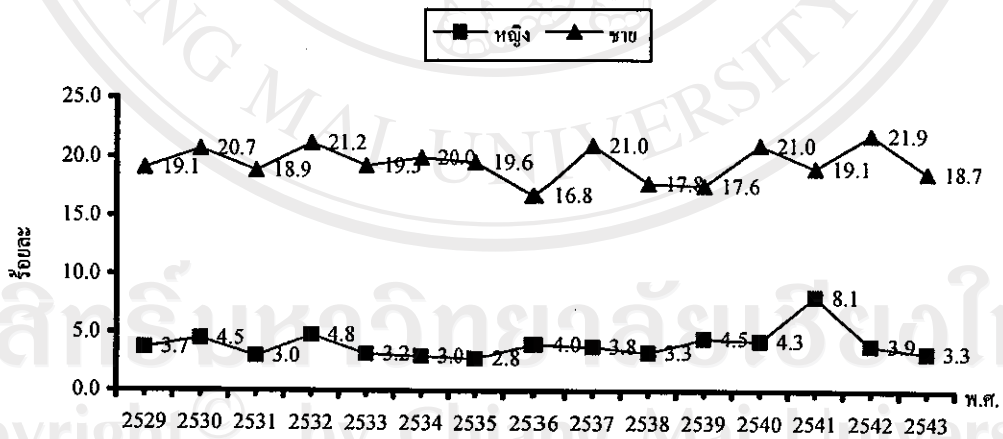
ที่มา: สว่าง แสงหิรัญวัฒนา (2542)

รูป 1.4 อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอดในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2528-2536



ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2536: ออนไลน์)

รูป 1.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529-2543



หมายเหตุ: เป็นร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2543: ออนไลน์)

โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ที่กล่าวข้างต้นนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาให้หายขาดได้ยากหรือต้องใช้ระยะเวลาานมากในการรักษา และในขณะที่ป่วยอยู่นั้น ผู้ป่วยจะได้รับความทรมาณมาก ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และมักต้องจบชีวิตลงด้วยความทรมาณก่อนเวลาอันควร ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมต่อครอบครัวของผู้ป่วยและประเทศชาติ โดยส่วนรวม การเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยตรง ได้แก่ ต้นทุนที่เกิดจากการจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยต้องจ่ายไปเพื่อใช้ในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารหรือยาบำรุงร่างกาย เป็นต้น ทำให้เสียโอกาสที่จะนำเงินไปใช้ในทางอื่น อันจะก่อให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ในระบบเศรษฐกิจขึ้น เช่น การผลิต การลงทุน การบริโภค เป็นต้น ส่วนความสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยอ้อม ได้แก่ รายได้ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับแต่ไม่ได้รับเพราะไม่สามารถทำงานได้หรือทำได้แต่ไม่เต็มที่อื่นเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่นี้ ทำให้สังคมต้องสูญเสียมูลค่าผลผลิตที่ควรเกิดขึ้นของผู้ป่วยเนื่องจากทำงานไม่ได้ไป ด้วยเนื่องจากสุขภาพจะเป็นตัวกำหนดทั้งปริมาณและคุณภาพของแรงงาน การมีสุขภาพดีทำให้คนมีอายุขัยสูงขึ้น ช่วงวัยทำงานจะยาวนานตามไปด้วย แรงงานที่มีสุขภาพดีจะมีการขาดงานน้อยกว่า มีผลิตภาพของร่างกายสูงกว่าแรงงานที่มีสุขภาพไม่ดี การมีสุขภาพที่ดีของมนุษย์จึงสะท้อนออกมาในรูปผลผลิตหรือรายได้ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของแรงงาน เช่น การเจ็บป่วย พิกัดตาย จะสะท้อนออกมาในรูปของผลผลิตหรือรายได้ที่เปลี่ยนแปลงไป

ดังนั้น จากข้อมูลดังกล่าว ผลกระทบของการสูบบุหรี่จึงเป็นปัญหาที่สำคัญมาก ซึ่งรัฐบาลเองก็ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ได้มีการณรงค์เพื่อให้งดสูบบุหรี่ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภัยของบุหรี่และมีการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลที่ เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนของผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และยิ่งกว่านั้นบุหรี่ยังเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของรัฐบาล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีตามปริมาณการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น (ตาราง 1.2) จึงทำให้รัฐบาลยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่นอนเกี่ยวกับการผลิตและการจำหน่ายบุหรี่เพื่อลดและป้องกันการสูบบุหรี่ เมื่อจำนวนผู้ป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ทำให้ทรัพยากรของประเทศถูกจัดสรรไปยังโครงการดูแลและรักษาสุขภาพมากขึ้น ทำให้เหลือทรัพยากรไปใช้ประโยชน์ในกิจกรรมอื่นลดลง ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการพัฒนาประเทศ จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นที่น่าสนใจที่จะศึกษาวิธีการประเมินต้นทุนจากการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ออกมาเป็นตัวเงินตามหลักการทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายเกี่ยวกับการผลิตและการจำหน่ายบุหรี่ เพื่อป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในประเทศไทย

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์อยู่ 3 ประการคือ

1.2.1 เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

1.2.2 เพื่อประเมินต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

1.2.3 เพื่อประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้กำหนดขอบเขตการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ใน 3 กลุ่มโรคที่สำคัญคือ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ทั้งผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ โดยประเมินต้นทุนของการเป็นโรคซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลซึ่งเป็นต้นทุนทางตรงและค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี คือ ภายในปี พ.ศ. 2546 แล้วนำต้นทุนที่ประเมินได้ ไปคำนวณหาค่าสัดส่วนเนื่องมาจากการสูบบุหรี่และค่าใช้จ่ายเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้นและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดขอนแก่น จำนวน 600 ราย

1.4 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามาจาก 2 แหล่งที่สำคัญคือ

1.4.1 ข้อมูลปฐมภูมิ ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตัวอย่างจากโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลหลักๆ 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 เป็นประวัติการสูบบุหรี่และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และส่วนที่ 4 เป็นข้อมูลของญาติพี่น้องผู้ป่วย

1.4.2 ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลรายงานสถิติของฝ่ายสถิติและเวชระเบียน ฝ่ายบัญชีและหน่วยงานต่างๆที่ต้องการศึกษาจากโรงพยาบาล รวมทั้งข้อมูลซึ่งรวบรวมจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

ทราบถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเสียไปในการป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ และทราบถึงมูลค่าของต้นทุนของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่ประเมินออกมาได้

นอกจากนี้ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่คำนวณออกมาได้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการกำหนดนโยบายสาธารณะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อสร้างโครงการที่ช่วยลดต้นทุนทางสุขภาพที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลสุขภาพ

1.6 องค์ประกอบของวิทยานิพนธ์

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 6 บทดังนี้คือ

บทแรก กล่าวถึงบทนำ ซึ่งประกอบไปด้วย ที่มาและความสำคัญของการศึกษา วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอบเขตการศึกษา แหล่งที่มาของข้อมูล ประโยชน์ของการศึกษา รวมถึงองค์ประกอบของวิทยานิพนธ์ ตามลำดับ

บทที่สอง กล่าวถึงการทบทวนวรรณกรรมและผลงานการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการกล่าวถึงงานวิจัยที่ศึกษาโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และงานวิจัยที่ศึกษาวิธีการประเมินต้นทุนของการเจ็บป่วยที่ทำการศึกษาด้วยวิธีความเสียดัมพัทธ์และวิธีเศรษฐมิติ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

บทที่สาม กล่าวถึงระเบียบวิธีการศึกษา ซึ่งแบ่งออกได้เป็นสองหัวข้อคือ กรอบแนวคิดและทฤษฎี และระเบียบวิธีการศึกษา โดยหัวข้อแรกประกอบด้วยสองแนวคิดหลักคือ แนวคิดความชุกของโรค และแนวคิดอุบัติการณ์ของโรค ส่วนหัวข้อที่สองจะกล่าวถึงองค์ประกอบของต้นทุนแบบจำลองลอจิตและโพรบิต และแบบจำลองเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษา

บทที่สี่ กล่าวถึงผลการศึกษา ซึ่งแบ่งออกได้เป็นสองหัวข้อคือ หัวข้อแรกกล่าวถึง ลักษณะข้อมูลของประชากรที่ศึกษา ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย ประวัติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมความเสี่ยงต่างๆ ของผู้ป่วย ลักษณะค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลรายปีของผู้ป่วยที่ผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายซื้อยารักษาโรค และค่าใช้จ่ายอื่นๆ และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย สำหรับหัวข้อที่สองจะกล่าวถึงต้นทุนเนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม

บทที่ห้า กล่าวถึงผลการศึกษาด้านทุนค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ ซึ่งแบ่งออกได้เป็นสองส่วนคือ การคำนวณหาค่าสัดส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ (SAFs) ของประชากรที่ศึกษา และการนำเอาค่าสัดส่วนดังกล่าวไปคำนวณหาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ (Smoking-Attributable Expenditures: SAEs) ของประชากรที่ศึกษา

และบทสุดท้าย กล่าวถึงการสรุปผลการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการศึกษาและข้อเสนอแนะทางการศึกษาด้วย



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved