

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการศึกษา

ปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยตระหนักดีว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคร้ายหลายชนิด เช่น โรคมะเร็งต่างๆ โรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ และโรคระบบทางเดินหายใจต่างๆ เป็นต้น แม้ภาครัฐได้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่แก่สาธารณชนอย่างกว้างขวางเพื่อลดการสูบบุหรี่ลง แต่การลดลงของจำนวนผู้สูบบุหรี่ก็ยังไม่มากนัก โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่มีจำนวนเพิ่มขึ้น

การป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทำให้ประเทศเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก คือ สูญเสียทรัพยากรเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคซึ่งเกิดจากการสูบบุหรี่ สูญเสียรายได้หรือผลผลิตที่ควรจะได้จากผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่เป็นโรคซึ่งเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ สูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญของสังคมไปก่อนเวลาอันควร รวมทั้งก่อให้เกิดต้นทุนทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ การเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เป็นต้น ซึ่งความสูญเสียอันเนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นที่ทราบกันอยู่บ้างแล้วว่าคิดเป็นมูลค่ามากมายในแต่ละปี แต่รายได้ซึ่งรัฐได้รับจากการจำหน่ายและการเก็บภาษีจากบุหรี่ยังมีจำนวนมากเช่นกัน ดังนั้นรัฐบาลในฐานะเป็นผู้มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายการผลิต จำหน่าย และการนำเข้าบุหรี่ จึงต้องมีการพิจารณาว่าจะดำเนินการอย่างไร เพื่อไม่ให้ประเทศมีการสูญเสียดังกล่าวข้างต้น การดำเนินการดังกล่าวของรัฐบาลนั้นอาจกระทำลำบาก สาเหตุประการหนึ่งคือ ยังขาดข้อมูลและการศึกษาที่เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนของผลกระทบของการสูบบุหรี่ในประเทศไทย และสองคือบุหรี่เป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของรัฐบาล

วิทยานิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินต้นทุนจากการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยนี้ จะแตกต่างจากงานศึกษาในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการประเมินต้นทุนของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เนื่องจาก

การศึกษาเหล่านั้นไม่ได้คำนวณออกมาว่าต้นทุนเหล่านั้นเกิดจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่จริงๆ เท่าไหร่ และไม่ได้พิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อต้นทุนของการเจ็บป่วย

การศึกษานี้ใช้วิธีการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ ข้อมูลลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมความเสี่ยงต่างๆของผู้ป่วย และลักษณะการไปรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรวมทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยทำการศึกษาจากจำนวนผู้ป่วยตัวอย่าง 600 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดขอนแก่น และข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2546 ผลการศึกษาพบว่าต้นทุนส่วนบุคคลของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในระยะเวลา 1 ปี มีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35,035.79 บาทต่อรายต่อปี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ต้นทุนทางตรง มีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27,507.81 บาทต่อรายต่อปี ประกอบด้วย ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15,670.18 บาทต่อรายต่อปี ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14,465.77 บาทต่อรายต่อปี ต้นทุนค่ายารักษาโรคที่ผู้ป่วยซื้อเอง มีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3,329.81 บาทต่อรายต่อปี และต้นทุนค่าใช้จ่ายอื่นๆ มีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6,009.29 บาทต่อรายต่อปี

ต้นทุนทางอ้อม มีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7,463.92 บาทต่อรายต่อปี ประกอบด้วย รายได้ของผู้ป่วยที่สูญเสียไปเนื่องจากการขาดงานเพราะการเจ็บป่วย มีมูลค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 3,902.96 บาทต่อราย รายได้ของญาติผู้ป่วยที่สูญเสียไปเนื่องจากการขาดงานเพราะดูแลผู้ป่วย มีมูลค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 6,624.29 บาทต่อราย ต้นทุนค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจของผู้ป่วย มีมูลค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 647.61 บาทต่อราย และต้นทุนค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอขณะผู้ป่วยรับการตรวจรักษาของญาติผู้ป่วย มีมูลค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 777.13 บาทต่อราย

สำหรับค่าสัดส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ (SAFs) ที่คำนวณโดยใช้แบบจำลองที่มีสองส่วนพบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 7.22 โดยค่า SAFs ของยารักษาโรคมียุทธศาสตร์ คือ ร้อยละ 26.64 รองลงมาคือ ค่า SAFs ของค่าใช้จ่ายอื่นๆ มีค่าร้อยละ 20 ส่วนค่า SAFs ของค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน มีค่าร้อยละ 7.06 และที่มีค่าต่ำสุด คือ ค่า SAFs ของค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก มีค่าร้อยละ 0.62

เมื่อนำค่าสัดส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ (SAFs) ที่คำนวณได้ มาประมาณค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ (SAEs) ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2546 พบว่ามีมูลค่าทั้งสิ้น 8,678.20 ล้านบาท และคิดเป็นร้อยละ 1.37 ของผลิตภัณฑ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และคำนวณต้นทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ได้มูลค่าเท่ากับ 11,025.33 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.75 ของผลิตภัณฑ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

6.2 ข้อเสนอแนะทางการศึกษา

6.2.1 ค่า *SAFs* ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นค่ารักษาพยาบาลของปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นต้นทุนทางตรงเท่านั้น และศึกษาเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติม เช่น ประเมินค่า *SAFs* สำหรับปีอื่นๆ และแนวโน้มของค่า *SAFs* ในอนาคต เป็นต้น

6.2.2 ควรมีการศึกษาถึงต้นทุนทางอ้อมเนื่องจากการเจ็บป่วย (Morbidity) และต้นทุนทางอ้อมเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Mortality) จากการสูบบุหรี่ เพราะเป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่า ต้นทุนเหล่านี้มีสัดส่วนที่สูงมากในต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์

6.2.3 การศึกษาครั้งนี้มุ่งความสนใจไปที่พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล แต่ยังมีสิ่งที่น่าสนใจสำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมความเสี่ยงอื่นๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากภาวะความอ้วน (Over weight-attributable medical care cost) ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัย (Seat belt-attributable medical care cost) และค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol-attributable medical care cost) เป็นต้น

6.3 ข้อเสนอแนะทางนโยบาย

จากการศึกษาพบว่าต้นทุนจากการสูบบุหรี่มีมูลค่าคิดเป็น 0.0137 เท่าของผลิตภัณฑ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นสัดส่วนค่อนข้างสูง รัฐบาลจึงควรคำนึงถึง แม้ว่ารัฐจะมีรายได้จากบุหรี่เป็นจำนวนมาก แต่ประเทศก็ต้องสูญเสียทรัพยากรไปเป็นจำนวนมากเช่นกันจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร ดังนั้นจึงควรให้มีนโยบายในการลดหรือเลิกการผลิตและการจำหน่ายบุหรี่ เพื่อให้จำนวนคนป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ลดลง เพราะตราบดีที่ยังมีการจำหน่าย บุหรี่ก็จะมีคนสูบบุหรี่ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรจากการสูบบุหรี่ ซึ่งถ้าจำนวนคนสูบบุหรี่ลดลง จำนวนคนที่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ก็จะลดลง งบประมาณรายจ่ายประจำปีของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยก็จะลดลงเช่นกัน ทำให้มีงบประมาณสำหรับงานสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีประโยชน์สำหรับประเทศมากขึ้น เช่น งบประมาณในการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย งบประมาณในการค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ เป็นต้น เพื่อให้ประเทศมีความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น

สำหรับนโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลง ของภาครัฐที่อาจดำเนินการได้ในปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะที่สำคัญคือ มาตรการเชิงรุก (Aggressive measures) และมาตรการเชิงรับ (Passive measures) ซึ่งแต่ละมาตรการมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.3.1 มาตรการเชิงรุกในการลดการบริโภคบุหรี่ที่สำคัญ คือ

ข้อแรก ให้มีการเพิ่มอัตราภาษีที่จัดเก็บจากบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลให้ราคาจำหน่ายของบุหรี่สูงขึ้น จากผลการศึกษากันจำนวนมากในหลายประเทศพบว่า ภาษีที่เก็บจากบุหรี่ถือเป็นวิธีการที่ได้ผลที่สุดในการลดการบริโภคบุหรี่ เนื่องจากกลไกของอุปสงค์และอุปทานซึ่งชี้ให้เห็นว่า เมื่อราคาสินค้าแพงขึ้นเท่าใด ประชาชนก็จะมีแนวโน้มซื้อสินค้าน้อยลงเท่านั้น และแม้ว่าบุหรี่จะเป็นสารเสพติด แต่ผู้บริโภคมักมีแนวโน้มที่จะเสพติดหากบุหรี่มีราคาสูงขึ้น นอกจากนี้ถ้าราคานูหรีถูกลงจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เยาวชนเข้ามาเสพติดบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

ข้อที่สอง ควบคุมการนำเข้าบุหรี่จากต่างประเทศ เพราะว่าแม้จะเพิ่มภาษีที่เก็บจากบุหรี่ แต่ถ้ายังมีการนำเข้าบุหรี่จากต่างประเทศเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นปัจจุบัน ราคาของบุหรี่โดยรวมก็ไม่ได้สูงขึ้นเท่าที่ควร เนื่องจากปัจจุบันบริษัทผู้ผลิตบุหรี่จากต่างประเทศ เช่น บริษัทฟิลิป มอริส ผู้ผลิตบุหรี่มาร์ลโบโรและแอลแอนด์เอ็ม ได้พยายามลดภาระภาษีโดยย้ายฐานการผลิตมายังประเทศอินโดนีเซีย เพื่อให้ได้สิทธิเสียภาษีนำเข้าในอัตราที่ต่ำกว่าอัตราภาษีของเขตอาฟตา ทำให้ราคาของบุหรี่ที่นำเข้าจากต่างประเทศหลายชนิดถูกกว่าบุหรี่ที่ผลิตภายในประเทศ

ข้อที่สาม ไม่ให้มีการโฆษณาและการให้เงินสนับสนุนจากผู้ผลิตโดยสิ้นเชิง จากรายงานที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2531 ระบุว่า การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ทำให้มีคนสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยทำให้เด็กและเยาวชนเริ่มทดลองสูบบุหรี่ และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในเวลาต่อมา ส่วนคนที่สูบบุหรี่อยู่แล้วก็จะสูบบุหรี่มากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้คนที่อยากเลิกสูบบุหรี่หมดแรงจูงใจที่จะเลิก และทำให้คนที่เคยเลิกสูบบุหรี่แล้วได้หันกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง จากการศึกษายังพบว่า การห้ามโฆษณาและให้เงินสนับสนุนทุกรูปแบบโดยบริษัทผู้ผลิต จะทำให้การบริโภคบุหรี่ลดลงมากในเวลาอันรวดเร็ว นอกจากนี้แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการออกกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ในสื่อทุกชนิดอยู่แล้ว แต่การโฆษณาของบุหรี่ทางอ้อมที่แฝงมากับสื่อต่างๆ เช่น มีการนำเอาตราผลิตภัณฑ์ของบุหรี่ไปพิมพ์ตามเสื้อผ้า การติดฉลาก (Sticker) ของตราผลิตภัณฑ์บุหรี่ปนยานพาหนะต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีกฎหมายหรือการห้ามโฆษณาทางอ้อมของผลิตภัณฑ์บุหรี่เหล่านี้ด้วย

ข้อที่สี่ ให้มีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการสูบบุหรี่อย่างจริงจัง เพราะว่าประเทศไทยถึงแม้จะเป็นที่ยอมรับว่าเป็นประเทศที่มีกฎหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ดีที่สุด แต่ไม่ได้มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง เจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ได้ใส่ใจปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เช่น ยังมีการขายบุหรี่ให้แก่เยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี อยู่ทั่วไป เจ้าของสถานที่และผู้ใช้สถานที่เพิกเฉยต่อกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ เป็นต้น

และข้อสุดท้าย เพิ่มจำนวนของสถานที่ซึ่งกำหนดเป็นเขตปลอดบุหรี่ และขยายบริเวณที่เป็นเขตห้ามสูบบุหรี่ให้ปลอดบุหรี่ร้อยเปอร์เซ็นต์ จากเดิมที่มีอยู่แล้ว 16 ประเภท เพื่อลดแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่อยู่แล้ว และป้องกันอันตรายต่อสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับเอามลพิษจากควันบุหรี่ที่เกิดขึ้น (Passive Smoking) โดยรายงานจากสถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของสหรัฐอเมริกา (Environment Protection Agency: EPA) ได้ประกาศอย่างเป็นทางการว่า ควันบุหรี่ภายในอาคารที่ผู้สูบบุหรี่ออกมา และควันที่เกิดจากการเผาไหม้ที่มวนบุหรี่จัดเป็นสารก่อมะเร็งชนิดเอ หรือชนิดที่ร้ายแรงที่สุด

6.3.2 มาตรการเชิงรับในการลดการบริโภคบุหรี่ที่สำคัญ คือ

ข้อแรก ให้มีการตรวจสอบและรายงานสารพิษและส่วนประกอบอื่นๆ ของบุหรี่ โดยจากการศึกษาทางการแพทย์ได้ประมาณกันว่า ในควันบุหรี่มีสารประกอบอยู่มากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารพิษ หรือ ไม่ก็เป็นสารที่ทำให้ยีนส์กลายพันธุ์ โดยมีสารก่อมะเร็งในบุหรี่มากกว่า 43 ชนิด ปัจจุบันต่างทราบว่ามีหลายวิธีที่จะทำให้บุหรี่มีอันตรายต่อร่างกายน้อยกว่านี้ การดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขอาจตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญขึ้นมา เพื่อกำหนดว่าสารเคมีแต่ละตัวใดในบุหรี่เป็นสารที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย หรือเป็นสารเสพติด กำหนดปริมาณสูงสุดของสารอันตรายเหล่านี้ และกำหนดระดับที่สารเหล่านี้จะต้องค่อยๆ ลดลง กำหนดให้เลิกใช้ส่วนผสมที่มีผลในการเพิ่มฤทธิ์ของนิโคติน ทบทวนมาตรฐานในการวัดปริมาณสารและนิโคติน และศึกษาความเป็นไปได้ที่จะค่อยๆ เลิกใช้นิโคตินในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ข้อที่สอง ในส่วนของนโยบายการผลิตยาสูบและภาคการเกษตร ปัจจุบันทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยมีการผลิตยาสูบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นวิธีการที่จะลดการผลิตยาสูบ มาตรการแรก คือ การไม่ให้สิ่งจูงใจทางการเงิน และไม่ออกกฎหมายมาปกป้องการผลิตยาสูบ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของธนาคารโลก ที่จะไม่ปล่อยเงินกู้เพื่อสนับสนุนการผลิตการนำเข้าหรือการตลาดสำหรับยาสูบ มาตรการที่สอง คือ ให้ความช่วยเหลือชาวไร่ยาสูบทั้งหลาย ในการที่จะเปลี่ยนไปปลูกพืชอย่างอื่น

ข้อที่สาม เพิ่มเงินสนับสนุนให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการดำเนินการเพื่อลดการบริโภคยาสูบ เช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กรมควบคุมการบริโภคยาสูบ หรือมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น โดยปัจจุบันมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มีรายได้เพียง 20 ล้านบาทต่อปี โดยได้จากมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพที่มีงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐในอัตราเพียงร้อยละ 2 ของรายได้จากการจำหน่ายบุหรี่และสุรา (ประมาณ 140 ล้านบาท ในปัจจุบัน)

และข้อสุดท้าย รมรณรงค์ให้มีการลดการสูบบุหรี่อย่างจริงจัง โดยเฉพาะในเยาวชน และผู้หญิงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น