

---

บทนำ:

---

กองทุนสนับสนุน

การส่งเสริมสุขภาพ

---

โอกาสที่มากับวิกฤตเศรษฐกิจ

---

นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ\*

นพ.สุภกร บัวสาย\*\*

---

\* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

แม้ว่ามิติในทางการแพทย์จะมีทั้งสิ้นสี่มิติ คือ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ แต่คงปฏิเสธไม่ได้ว่าจากอดีตถึงปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพเป็นมิติที่ได้รับความสนใจน้อยที่สุด มีองค์ความรู้ที่น้อยที่สุด

การแพทย์ที่ผ่านมาเป็นการแพทย์แบบตั้งรับ เน้นหนักการจัดโครงสร้างการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไปในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่ป่วยแล้ว ในส่วนของการป้องกันโรคก็เน้นหนักไปในการป้องกันโรคติดต่อโดยการฉีดวัคซีนและอนามัยส่วนบุคคล งานส่งเสริมสุขภาพได้รับความสนใจน้อย รูปธรรมที่มีอยู่สะท้อนจากลักษณะงานและโครงสร้างของระบบราชการไทยที่การส่งเสริมสุขภาพมักหมายถึง “การจัดบริการพื้นฐาน” (Basic service) โดยเฉพาะให้กับประชากรบางกลุ่ม เช่น อนามัยแม่และเด็กเล็ก เป็นต้น

ที่สำคัญในมุมมองของสังคมไทยยังมีความเข้าใจว่าการมีสุขภาพดีคือการที่ยังไม่ได้ป่วยถึงกับต้องไปหาแพทย์หรือไปโรงพยาบาล ในขณะที่ฝ่ายที่ให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขมีมุมมองว่า เรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นที่ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ และในกรอบความคิดของระบบราชการ หน้าที่และความรับผิดชอบของตนหรือองค์กรของตนสิ้นสุดที่รั้วของหน่วยงานหรือเครือข่ายของตน

โรงเรียนแพทย์และหน่วยงานอื่นที่ผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขก็ไม่ได้มีกรอบความคิดที่แตกต่างจากบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์เน้นหนักในเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ภาควิชาที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจะเป็นภาควิชาขนาดใหญ่ (มหภาควิชา) ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นภาควิชาขนาดเล็ก และไม่ได้รับความสนใจจากแพทย์ส่วนใหญ่ หากถามว่าเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของใครจะได้รับคำตอบว่า

“มีการสอนอยู่แล้ว เป็นหน้าที่ของทุกภาควิชา และ integrate อยู่ในทุก หัวข้อการเรียนการสอน”

และหากถามว่าการส่งเสริมสุขภาพคืออะไร จะได้รับคำตอบที่แตกต่าง กัน และที่แน่นอนคือแตกต่างจากสิ่งที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะ

สมาคมวิชาชีพทางสาธารณสุขและองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขก็ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าที่เป็นอยู่ อุปสรรค สำคัญที่สุดคือการขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ

ในขณะที่เดียวกันในระดับมหภาคค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health expenditure) ของคนไทยในขณะนี้คิดเป็นมูลค่า 200,000 ล้านบาทต่อปี หรือเท่ากับร้อยละ 5 ถึง 6 ของรายได้ประชาชาติ ซึ่งสูงกว่าประเทศเพื่อน บ้านอย่างสิงคโปร์ มาเลเซีย ที่ใช้เพียงร้อยละ 3-4<sup>(1)</sup> ที่สำคัญค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ซึ่งเหมือนกับแนวโน้มที่ได้ เกิดขึ้นแล้วในสหรัฐอเมริกาที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่ากับร้อยละ 11 ของ รายได้ประชาชาติ ทำให้อเมริกาต้องปฏิรูประบบการบริการสาธารณสุขกัน ขนานใหญ่ เพื่อยับยั้งการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มิฉะนั้นจะส่ง ผลกระทบต่องบประมาณที่จะใช้ในการพัฒนาประเทศด้านอื่นๆ ในขณะที่ ไทยเรานำรูปแบบการเรียนการสอนและการให้บริการทางการแพทย์ของ สหรัฐมาใช้โดยตลอด เราเห็นความหายนะที่เกิดขึ้นในประเทศที่เราเดินตาม หลังมา แต่ดูเหมือนว่าเรายังเดินดุ่มๆ ไปยังทิศทางเดิม

หากพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย จะพบว่าเป็นเวลาหลาย ปีแล้วที่โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสาม อันดับแรก และไม่ช้าโรคเอดส์ก็จะไต่เต้าขึ้นมา จะเห็นได้ว่าโรคเหล่านี้ล้วน เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมประจำวันทั้งสิ้น

สภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการมีสุขภาพไม่ดีเพิ่มขึ้นมาก ตัวอย่างได้แก่การใช้สารเสพติด การดื่ม สุรา การสูบบุหรี่ การไร้วินัยในการขับรถ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม

การกินอาหารที่ฝรั่งเรียกว่า “จิ้งค์ฟู๊ด” การขาดการออกกำลังกายและความ  
เคร่งเครียดในการใช้ชีวิตประจำวัน<sup>(2)</sup> ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวแล้วนำมาซึ่งสุข  
ภาพที่เสื่อมโทรม และสุดท้ายคือการเจ็บไข้ได้ป่วย แล้วจบลงที่ต้องไปพึ่ง  
สถานบริการสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชน ซึ่งความเป็นจริงขณะนี้คือ ผู้  
ป่วยล้นโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์มีไม่เพียงพอ ความสามารถในการ  
การผลิตเพิ่มก็ไม่เพียงพอ และประเทศชาติกำลังจะแบกภาระค่าใช้จ่ายทาง  
ด้านสุขภาพไม่ไหว เฉพาะในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณปี  
พ.ศ. 2540 ถูกตัดเหลือหกหมื่นล้านบาท ในขณะที่วิกฤตปัญหาเศรษฐกิจ  
ของประเทศขณะนี้ ทำให้โรงพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชนประสบ  
ปัญหาในการดำเนินการว่าจะอยู่รอดได้อย่างไร กล่าวเฉพาะโรงพยาบาล  
ของภาครัฐในทุกสังกัดขณะนี้ต่างอยู่ในภาวะที่กำลังจะล้มละลาย เพราะได้  
รับประมาธน้อยลง ในขณะที่รายจ่ายจากค่ายาและวัสดุอื่นๆ เพิ่มขึ้นตาม  
อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างเงินบาทกับเงินตราสกุลอื่น ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษา  
พยาบาลเองมีความสามารถในการจ่ายลดลง ผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์มี  
จำนวนเพิ่มขึ้น และขณะนี้ยังไม่รู้ว่าวิกฤตการคลังของโรงพยาบาลรัฐจะจบ  
ลงอย่างไร<sup>(3)</sup>

นายรักเกียรติ สุขชนะ รัฐมนตรีว่าการสาธารณสุขคนปัจจุบันเป็นหนึ่งใน  
ในหลายๆ คนที่มีวิสัยทัศน์ที่ว่า “นโยบายเร่งด่วนที่จะผลักดันพิเศษ ขณะนี้  
ต้องคิดว่าจะทำอะไรให้คนเจ็บป่วยน้อยที่สุด จะไม่รอให้คนเจ็บป่วยก่อน  
จึงรักษา ต่อไปต้องเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้มากขึ้น”<sup>(4)</sup>  
ซึ่งแนวนโยบายในการลดจำนวนคนที่จะป่วยลงนี้ สอดคล้องกับนโยบาย  
ขององค์การอนามัยโลกที่ให้สมาชิกประเทศปรับกระบวนการแก้ปัญหา  
สาธารณสุข โดยเสริมบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น ซึ่งในเชิง  
รูปธรรมอาจใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพตาม Ottawa Charter for Health  
Promotion อันประกอบด้วยการมีนโยบายสาธารณะที่ดี (Build Healthy  
Public Policy) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Create Support-

ive Environment) การเสริมสมรรถนะรวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน (Strengthen Community Action) การเสริมสร้างทักษะการส่งเสริมสุขภาพให้แต่ละบุคคล (Develop Personal Skills) และสุดท้ายการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)<sup>(5)</sup>

กระบวนการที่กล่าวแล้วแม้จะมีอยู่ในสังคมไทย แต่เป็นกิจกรรมแบบเบียดหัวแตก คือทำกันคนละนิดคนละหน่อยทั้งหน่วยงานของภาครัฐและองค์กรเอกชน ขาดการประสานงานในการดำเนินการ และที่สำคัญขาดงบประมาณสนับสนุน ในขณะที่โครงสร้างการให้บริการทางการแพทย์ในปัจจุบันทำได้เพียงรักษาผู้ป่วยจากผลพวงของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวแล้ว แต่รูปแบบที่จะดำเนินการด้านการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยเหล่านี้มีน้อยมาก กระทรวงสาธารณสุขเองแม้จะมีสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ แต่จริงๆ แล้วขอหน่วยงานยังอยู่ในลักษณะที่ต้งรับ และที่สำคัญระบบราชการไม่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขหรือทบวงมหาวิทยาลัยยื่นมือออกไปนอกหน่วยงานเพื่อทำกิจกรรมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดเหล่านี้เกิดขึ้น ยิ่งด้านงบประมาณยิ่งไม่เอื้อที่จะให้มีการนำออกไปแก้ปัญหาอกรั่วของกระทรวง ทบวง กรมเลย

เพื่อความเป็นธรรม ข้อจำกัดที่กล่าวแล้วไม่ได้เกิดเฉพาะกับระบบราชการของไทยเท่านั้น แต่เป็นกับประเทศทั่วโลก

ด้วยความท้าทายของปัญหาทางสาธารณสุขที่เปลี่ยนไปจากโรคที่เกิดจากเชื้อโรค เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่สามารถจะแก้ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยแนวคิดและโครงสร้างการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่มีอยู่ การปฏิรูปปรัชญาในการแก้ปัญหาจึงกำเนิดขึ้นโดยเน้นกระบวนการที่จะทำให้คนมีสุขภาพดี ลดโอกาสป่วย แทนที่จะทุ่มเทในการให้บริการผู้ป่วยแล้วเป็นด้านหลักดังเช่นที่เป็นอยู่

จริงๆแล้ว องค์ความรู้และความตื่นตัวเรื่องการส่งเสริมสุขภาพยังอยู่ในระดับต่ำทั่วโลก แม้แต่องค์การอนามัยโลกก็เพิ่งหันมาให้ความสำคัญกับ

เรื่องนี้เมื่อสิบกว่าปีมานี้เอง โดยเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพครั้งที่หนึ่งในปีพ.ศ. 2529 ที่เมืองออตตาวา ประเทศ แคนาดา และที่ประชุมได้ร่าง “Ottawa Charter for Health Promotion” ขึ้น โดยความหมายของการส่งเสริมสุขภาพคือ “กระบวนการเพิ่มสมรรถนะ ให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด สุขภาพอันจะเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้นดำรงชีวิตอยู่ด้วยความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนมีการป้องกันโรค ภัยตั้งแต่เริ่มต้น”

ในปีพ.ศ. 2530 รัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย ได้จัดตั้งกองทุน ส่งเสริมสุขภาพของรัฐ (VicHealth) ขึ้น โดยนำเงินร้อยละ 5 ของภาษีบุหรี่ แต่ละปีมาเป็นงบประมาณในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ คิด เป็นเงิน 20 ล้านเหรียญออสเตรเลียหรือกว่า 500 ล้านบาท สำหรับ ประชากรของรัฐวิกตอเรีย 4 ล้านคน<sup>(6)</sup> กองทุนนี้รองรับด้วยกฎหมาย บริหาร จัดการโดยองค์กรที่มีโครงสร้างการบริหารได้คล่องตัวอย่างเอกชน แต่อยู่ ภายใต้อำนาจกำกับของรัฐในรูปของคณะกรรมการ องค์กรนี้ไม่มีหน้าที่หลัก ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเอง แต่มีหน้าที่ในการวางแผน สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน โดยสนับสนุน ทุนการดำเนินงานให้ องค์กรจึงมีขนาดเล็ก คล่องตัว และมีประสิทธิภาพสูง ในส่วนรายละเอียดของโครงการที่ให้การสนับสนุน พบว่าครอบคลุมทุกด้าน เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การออกกำลังกาย การป้องกันโรคหัวใจ สุขภาพ จิต การป้องกันมะเร็ง การส่งเสริมสุขภาพในวัยต่างๆ ในโรงเรียน ในที่ทำงาน โดยมีงบประมาณที่ใช้ในการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น

กิจกรรมที่เป็นนวัตกรรมหรือมิติใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคคือ การนำกระบวนการ “การตลาดเพื่อสังคม” (Social Market- ing)<sup>(7)</sup> มาใช้ โดยนำแนวคิดและรูปแบบของการโฆษณาสินค้าภาคธุรกิจมา ใช้ในการโฆษณาหรือ “ขายพฤติกรรมหรือการดำรงชีวิตที่จะนำมาซึ่งการมี

สุขภาพที่ดี” ให้แก่สังคม ตัวอย่างเช่น การโฆษณาเพื่อสุขภาพโดยกองทุนสนับสนุนงบประมาณในการเผยแพร่พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยกีฬาและศิลปะเป็นสื่อ ได้ใช้หลักเดียวกับการโฆษณาลินค้าอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสินค้าทำลายสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการให้ทุนอุปถัมภ์ให้นักกีฬาทีมชาติใส่เสื้อติดตราสัญลักษณ์การไม่สูบบุหรี่แทนที่จะเป็นตรายี่ห้อสุรา หรือให้ทุนอุปถัมภ์การประกวดงานศิลปะกรรมโดยใช้ตราสัญลักษณ์ส่งเสริมการออกกำลังกายแทนเครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น

การดำเนินงานขององค์กรนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก ภายในเวลาไม่กี่ปีทุกมลรัฐในออสเตรเลียมีการออกกฎหมายจัดตั้งองค์กรลักษณะเดียวกัน จนองค์การอนามัยโลกชักชวนให้ภาคีสมาชิกนำไปเป็นแบบอย่างในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละประเทศ ซึ่งขณะนี้ มีประมาณสิบประเทศที่มีองค์กรในลักษณะนี้ และมีอีก 9 ประเทศที่กำลังอยู่ระหว่างการจัดตั้งองค์กรลักษณะเดียวกัน โดยใช้งบประมาณร้อยละ 1 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข<sup>(8)</sup>

เมื่อวิเคราะห์รายงานการดำเนินงานของ VicHealth ประจำปีพ.ศ. 2540 พบว่ามีโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ้น 361 โครงการตามที่แสดงในตารางที่ 1<sup>(9)</sup> โดยมีหน่วยงานที่ได้รับทุนไปดำเนินโครงการมากมาย ทั้งหน่วยงานของมหาวิทยาลัย โรงเรียน สมาคมวิชาชีพ องค์กรเอกชน มูลนิธิ องค์กรในชุมชนต่างๆ รวมทั้งหน่วยงานอื่นของภาครัฐ จะเห็นได้ว่าสังคมและชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างกว้างขวาง

## ตารางที่ 1 โครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก Vic Health พ.ศ. 2540

ประเภทโครงการ	จำนวนโครงการ
ป้องกันโรคหัวใจและเส้นเลือดสมอง	150
ป้องกันโรคมะเร็งรวมทั้งการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่	38
ส่งเสริมสุขภาพจิต	30
ส่งเสริมความปลอดภัย-ป้องกันอุบัติเหตุ	12
ป้องกันการดื่มสุราและยาเสพติด	27
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	47
ป้องกันความพิการจากสาเหตุต่างๆ	17
ส่งเสริมเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	12
ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมสุขภาพที่ดี	1
ส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ที่ทำงานและอื่นๆ	27

สำหรับประเทศไทยได้มีความพยายามที่จะจัดตั้งองค์กรในลักษณะเดียวกันมากกว่าสองปีแล้ว โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นแกนในการดำเนินการ ซึ่งสามารถสรุปลำดับ-ขั้นตอนการดำเนินการได้ตามตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 ลำดับการดำเนินการเพื่อจัดตั้งสถาบันและกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

เวลา	การดำเนินการ
<b>พ.ศ. 2539</b>	
กุมภาพันธ์	ประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) Rhonda Galbally (CEO ของ VicHealth) ได้นำเสนอกรณีตัวอย่างประเทศออสเตรเลีย รมช.สาธารณสุข (นายชัชวรงค์ ณ เชียงใหม่) มอบหมายให้ สวรส.ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย
เมษายน	กระทรวงการคลังประกาศแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม <sup>(10)</sup> รวมถึงโครงการด้านสุขภาพ 2 โครงการ คือการประกันสุขภาพ และการ



<b>เวลา</b>	<b>การดำเนินการ</b>
	ส่งเสริมสุขภาพ สวรส.จัดระดมสมองเพื่อพิจารณาแนวทางการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย
พฤษภาคม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสวรส.จัดประชุมเรื่อง “วิสัยทัศน์การส่งเสริมสุขภาพ”
กรกฎาคม	กระทรวงการคลังตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ <sup>(11)</sup>
สิงหาคม	องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ และสื่อมวลชนไปศึกษาระณี VicHealth ประเทศออสเตรเลีย สวรส.ร่วมกับสถาบันกฎหมายอาญา สำนักอัยการสูงสุด เริ่มโครงการวิจัยทบทวนการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ และยกเว้นการรับ. กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพพ.ศ.....จนเสร็จสมบูรณ์ <sup>(12)</sup>
พฤศจิกายน	คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม เห็นชอบหลักการของสถาบันและกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สกส.) และมอบหมายสำนักงานเศรษฐกิจการคลังและกรมบัญชีกลางหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเสนอรายละเอียด
ธันวาคม	คณะผู้แทนไทย จากกระทรวงการคลัง สำนักงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย ได้ไปศึกษาการบริหารจัดการองค์กรส่งเสริมสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์และออสเตรเลีย
<b>พ.ศ. 2540</b>	
มีนาคม	คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ เห็นชอบเหตุผลด้านความคุ้มค่าต่อการลงทุน และจะเสนอการจัดภาษีสรรพสามิตส่วนหนึ่งแก่สกส. ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา และมอบหมายคณะทำงานจัดทำรายละเอียดแผนงานและงบประมาณ
เมษายน	องค์การอนามัยโลกเชิญประเทศออสเตรเลียและไทยร่วมเตรียมการประชุมปฏิบัติการเรื่อง Health Promotion Foundations เพื่อเผยแพร่แก่ประเทศสมาชิก

เวลา	การดำเนินการ
พฤษภาคม	สวรส. กับนักวิชาการกรมอนามัยร่างแผนงานและแผนงบประมาณระยะต้นของสกล.
สิงหาคม	คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีมติให้สวรส. ประสานงานเพื่อพัฒนานโยบายนี้ให้บรรลุผลสำเร็จ
ตุลาคม	คณะทำงานฯ มีมติเรื่องชื่อองค์กร โครงสร้าง แนวทางดำเนินการ และทางเลือกการจัดหารายได้
พฤศจิกายน	องค์การอนามัยโลกร่วมกับสวรส. จัด Regional Workshop (South-East Asia & Australia) เรื่อง Health Promotion Funds มีผู้แทนจาก 10 ประเทศร่วมสัมมนา <sup>(13)</sup>
<b>พ.ศ. 2541</b>	
เมษายน	คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ มีมติแต่งตั้งคณะทำงานชุดพิเศษขึ้น เพื่อเร่งรัดให้โครงการแล้วเสร็จโดยเร็ว

คณะทำงานฯ เห็นว่า สกล. ควรเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมากกว่ากระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีลักษณะงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับกระทรวงทบวง กรมต่างๆ ชุมชน รวมทั้งหน่วยงานภาคเอกชนมากมาย และกิจกรรมจำนวนมากไม่เกี่ยวกับงานทางการแพทย์ เช่น การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ในชุมชน ในที่ทำงาน การอาศัยศิลปะและการกีฬาเป็นสื่อ ความปลอดภัยโดยเฉพาะด้านจราจร และพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น แต่ไม่ว่าหน่วยงานนี้จะอยู่ที่ไหน เงื่อนไขที่สำคัญ คือ ต้องมีความคล่องตัวในการบริหารงาน ปราศจากการแทรกแซงทางการเมือง และมีงบประมาณจำนวนที่แน่นอนและต่อเนื่อง

ขณะนี้ขั้นตอนในการดำเนินการพูดได้ว่า พร้อมที่จะให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา หากรัฐบาลเห็นชอบก็สามารถที่จะผลักดันร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผ่านสภาให้ออกมาเป็นกฎหมายได้ หรืออาจจะออกเป็นพระราชกฤษฎีกาแทนก็ได้

มีบางท่านเป็นห่วงว่าในสภาวะเศรษฐกิจที่ประเทศชาติกำลังประสบ

อยู่ที่นี่ จะเอาเงินทำ-หกร้อยล้านบาทมาตั้งกองทุนนี้ได้อย่างไร ซึ่งเป็นความห่วงใยในกรอบแนวคิดแบบเดิม จริงๆ แล้วควรจะต้องมองอีกแง่มุมหนึ่งว่าวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศที่กระทบมาถึงด้านการสาธารณสุขครั้งนี้ วงการสาธารณสุขไทยควรจะ “แปลงวิกฤตเป็นโอกาส” โดยการผลักดันให้เกิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและสกัดกั้นไม่ให้คนป่วยมากขึ้น และมองเรื่องนี้ว่าเป็นการลงทุนเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงถึงปีละสองแสนล้านบาท นอกจากเป็นการลงทุนเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแล้ว กองทุนนี้ยังจะนำไปสู่การปฏิรูปแนวคิดเรื่องสุขภาพ ระบบการบริการสาธารณสุข และปรัชญาการผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขอีกด้วย องค์กรวิชาชีพและองค์กรเอกชนโดยเฉพาะด้านสุขภาพจะได้ประโยชน์จากกองทุนนี้เป็นอย่างมาก โดยสามารถขอทุนเพื่อทำวิจัยและทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ สังคมไทยก็จะสามารถพัฒนาไปเป็นสังคมที่เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี (Health conscious) ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงรุก (Proactive) มากกว่าที่จะคอยแก้ปัญหาของคนป่วยแล้วซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ (Crisis management)

ที่ผ่านมาสังคมไทยได้ใช้วิธีแก้ปัญหาด้านสุขภาพแบบเดิมๆ มาโดยตลอด ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าเป็นปรัชญาและวิธีการที่ไม่ทันการและไม่สอดคล้องกับสังคมปัจจุบัน เราจึงประสบกับปัญหาสุขภาพของประชาชนมากขึ้นทุกทีถึงเวลาแล้วที่ประเทศไทยจะต้องปฏิรูปปรัชญาและรูปธรรมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

ความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจะสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับกระแสสังคมและกระแสภายในวงการสาธารณสุข เพราะผู้บริหารประเทศโดยเฉพาะนักการเมืองจะทำอะไรจะดูกระแสสังคมเป็นหลัก จึงเป็นหน้าที่ของผู้ที่อยู่ในวงการสาธารณสุขทุกคนที่จะช่วยกันสร้างกระแสสนับสนุนให้เกิดสถาบันและกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพขึ้นในประเทศไทย

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. *เอกสารโครงการ “กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ”*. พ.ศ. 2540
2. สมชัย บวรกิตติ, ประเสริฐ ทองเจริญ. “ภาวะวิกฤตสังคมไทยกับผลกระทบต่อสุขภาพ.” *สารคดีราช* 49 (2540): 1191-1199.
3. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จงกล เลิศธีรดำรง. “วิกฤตการณ์คลังโรงพยาบาลรัฐ: ประเด็นปัญหาและทางออก.” *ฉบับกระแส จดหมายข่าว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ฉบับพิเศษ 1/2541*.
4. รักเกียรติ สุขธนะ. “พรรัฐมนตรีใหม่.” *มติชน* 2 ธันวาคม 2540, หน้า 11.
5. World Health Organization. *Ottawa Charter For Health Promotion*. 1986.
6. Galbally, R. *Setting Up a Health Promotion Foundation*. Copenhagen: WHO, 1994.
7. Kotler P., Roberto L. *Social Marketing*. New York: The Free Press, 1989. p.6.
8. Mackay J. *ที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลก. ข้อมูลส่วนบุคคล*. ธันวาคม 2538.
9. Victorion Health Promotion Foundation. *Anural Report 1997*.
10. กระทรวงการคลัง. *แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม*. เมษายน 2539.
11. คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมที่ 1/2539.
12. *ร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ.....*
13. WHO., Health Systems Research Institute, Ministry of Public Health. Regional Workshop on “Organization and Funding Infrastructure for Health Promotion.” The Asia Hotel, Bangkok, November 1997.

---

กองทุนสนับสนุน  
การส่งเสริมสุขภาพ  
โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนา  
สุขภาพของประเทศไทย\*

---

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์  
และกองบรรณาธิการจดหมายข่าว  
“จับกระแส”

---

\* เรียบเรียงจากเอกสารในการดำเนินการเพื่อจัดตั้งสำนักงานและกองทุน  
สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

## ความนำ: ปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ กับปรัชญาการพัฒนาสังคมไทย

สุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต สุขภาพที่ดีนำมาซึ่ง คุณภาพชีวิตที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีคือพลังผลักดันให้คนเราสามารถมีชีวิตอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเอง และต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และ ประเทศชาติ

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2541-2545) ได้กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาประเทศโดยถือ “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาในทุกๆด้าน อย่างสอดคล้องกัน ทั้งทางด้านการศึกษา การสาธารณสุข ทักษะในการใช้ชีวิตและการทำงาน การกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชนและชุมชน

กล่าวเฉพาะการพัฒนาด้านสาธารณสุข หรือการพัฒนาสุขภาพและ คุณภาพชีวิตของประชาชน สถานการณ์ด้านสุขภาพและปัญหาสาธารณสุข ของประเทศไทยได้คลี่คลายไปในทิศทางเดียวกับประเทศอุตสาหกรรม ซึ่ง สาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพได้เปลี่ยนจากโรคติดต่อเข้ามาเป็นโรคจาก พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในการใช้ชีวิต จากการประมวลข้อมูลจากสถิติ ของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปีพ.ศ. 2536 รวมทั้งการสำรวจและวิจัยจาก แหล่งต่างๆ ในปีพ.ศ. 2538 พบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตล้วน มาจากพฤติกรรมเสี่ยงและภาวะแวดล้อมในชีวิต เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง โรค หัวใจและหลอดเลือด เอ็ดส์ (ดูตารางที่ 1 และ 2)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพคืออะไร คือพฤติกรรมที่สามารถพบเห็นได้ ในชีวิตประจำวัน นับตั้งแต่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติดอื่นๆ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การขับรถโดยไม่เคารพกฎจราจรและกฎ แห่งความปลอดภัย แม้กระทั่งคุณภาพอาหารและประเภทของอาหารที่ เลือกรับประทาน ส่วนภาวะแวดล้อมในชีวิตที่ส่งผลลบต่อสุขภาพ รายละเอียด

## ตารางที่ 1 สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย และจำนวนโดยประมาณต่อปี

สาเหตุ	จำนวน (คน) /ปี
สาเหตุระหว่างคลอดและช่วงวัยเด็กเล็ก	20,000-30,000 <sup>(1)</sup>
อุบัติเหตุ	34,000
-อุบัติเหตุจราจร	13,000
-อุบัติเหตุเนื่องจากดื่มสุรา	6,000 <sup>(2)</sup>
ยาสูบ (โรคหัวใจ ถุงลมพอง มะเร็งปอด และอื่นๆ)	20,000-30,000 <sup>(3)</sup>
มะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งปอด)	16,000
ถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย	8,000
วัณโรค	3,500
เอดส์	45,000 <sup>(4)</sup>

ที่มา: ข้อมูลส่วนใหญ่จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536

(1) ประเมินจากข้อมูลแหล่งต่างๆ ได้แก่ รายงานการตาย การสำรวจของสถาบันประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล และการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พ.ศ. 2538

(2) การวิจัยของ รศ.นพ.ไพฑูริย์ สุริยะวงศ์ไพศาลและคณะ พ.ศ. 2538

(3) การคาดประมาณของ ศ.ริชาร์ด เบโต นักระบาดวิทยาระดับโลก ระหว่างการประชุมการควบคุมการบริโภคยาสูบภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2538 โดยประมาณเฉพาะกลุ่มผู้เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี

(4) ประเมินการโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในขณะที่ข้อมูลของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเก็บจากรายงานการตาย ระบุสาเหตุการตายจากโรคเอดส์เพียงปีละ 3,100 คน มีการตั้งข้อสังเกตว่ารายงานการตาย (กองระบาดวิทยา) มักแสดงตัวเลขต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มักเสียชีวิตด้วยภาวะโรคแทรกซ้อนเนื่องจากขาดภูมิคุ้มกันปกติ จึงรายงานสาเหตุการตายเป็นโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น (ซึ่งควรรักษาได้) แทน

หมายเหตุ: สาเหตุเหล่านี้ล้วนแสดงแนวโน้มสูงขึ้น (ยกเว้นสาเหตุระหว่างคลอดและวัยเด็กเล็ก) กับสาเหตุจากวัณโรค) โดยเฉพาะโรคเอดส์ซึ่งขณะนี้ผู้ติดเชื้อกว่า 600,000 ราย ดังนั้นจำนวนการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

## ตารางที่ 2 สาเหตุการเจ็บป่วยที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล

สาเหตุ	จำนวน (คน)/ปี
อุบัติเหตุ	250,000
ท้องร่วง ลำไส้อักเสบ	230,000
หลอดลมอักเสบ ถุงลมพอง ทีด ปอดอักเสบ	200,000
หัวใจ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง	140,000
ไข้เลือดออก มาลาเรีย วัณโรค	115,000
กระเพาะ ลำไส้ ไส้ติ่ง	146,000
แท้ง	43,000

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น  
ในภาพรวมประมาณว่า คนไทยเจ็บป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 3-5 ล้านคนต่อปี และที่รับบริการเป็นผู้ป่วยนอกกว่า 100 ล้านครั้งต่อปี

อยู่รอบคนเราแทบทุกขณะในการดำรงชีวิต การศึกษาเรียนรู้ การทำงาน และการพักผ่อนหย่อนใจ นับจากที่อยู่อาศัย โรงเรียน ที่ทำงาน สถานบันเทิง น้ำที่เราดื่ม อากาศที่เราหายใจ กระทั่งถึงสภาพปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจที่สร้างความตึงเครียดและบั่นทอนสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้ อาจเรียกได้ว่าเป็น “ทิวไร้อัจฉริยะ” ที่เป็นเหตุแห่งปัญหาสุขภาพ และขัดขวางการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี ดังนียบในธรรมนูญองค์การอนามัยโลก:

“สุขภาพหมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ ประกอบกันไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น”<sup>1</sup>

ต่อสถานการณ์ปัญหาสุขภาพดังกล่าว ซึ่งไม่อาจแก้ไขเยียวยาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นเพียงการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรคติดต่อ ดังที่เคยประสบความสำเร็จมาในอดีต ประเทศอุตสาหกรรมที่เผชิญกับปัญหานี้มาก่อน ได้พยายามหาแนวทางใหม่ในการ



แก้ปัญหาสาธารณสุขและพัฒนาสุขภาพของประชาชนจนกระทั่งได้คำตอบคือ “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) ซึ่งถือว่าเป็น “การสาธารณสุขแนวใหม่” (New Public Health)

ประสบการณ์ของประเทศแคนาดาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพขึ้นมา ๒ ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับกาลสมัยและสภาพปัญหา สามารถนำการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ได้ และแนะนำให้ประเทศสมาชิกนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน

เมื่อพิจารณาความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหมายถึง “กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น”<sup>2</sup> และตามคำอธิบายเพิ่มเติมขององค์การอนามัยโลก ถือเป็นกระบวนการทางสังคมและการเมืองที่ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับที่มุ่งเพิ่มทักษะ ความสามารถในด้านต่างๆ ของแต่ละบุคคล ไปจนถึงกิจกรรมระดับชุมชน และระดับการรวมพลังทางสังคม เพื่อเปลี่ยนแปลงและพัฒนาสถานะแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนในสังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และการเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน อาจกล่าวได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพคือแนวคิดที่สอดคล้องกับปรัชญาของประชาธิปไตย และแนวโน้มของโลกปัจจุบันที่มุ่งสร้างเสริมความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล กระจายอำนาจ-การมีส่วนร่วมรับผิดชอบในชะตาชีวิตของตนเองไปสู่องค์กรชุมชน และพัฒนาแบบแผนความร่วมมือในการดำเนินงานด้านต่างๆ ในลักษณะของหุ้นส่วนหรือภาคีที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบอย่างเสมอภาค และสมานฉันท์ หรือกล่าวโดยเฉพาะเจาะจงลงไป การส่งเสริมสุขภาพ คือแนวทางการพัฒนาสุขภาพที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่เห็นการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของประชาชน

สอดคล้องกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ที่ยึด “คน” เป็นศูนย์กลางการพัฒนา และสอดคล้องกับแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม ที่ถือเอาชุมชนเป็นรากฐานสำคัญของสังคม และความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาชุมชนและสังคม

## การพัฒนาแนวคิดไปสู่ปฏิบัติการที่บรรลุผล จำเป็นต้องมีรากฐานที่แข็งแรงรองรับ

สังคมไทยเคยมีตัวอย่างของการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของภาคต่างๆ ในสังคม ที่เข้มแข็ง เสมอภาค และสมานฉันท์ ดังเห็นได้จาก การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ การรณรงค์วางแผนครอบครัว การเลิกใช้น้ำมันผสมสารตะกั่ว เครื่องช่วยแลกเปลี่ยนข้อมูลจราจร ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีว่า เมื่อใดที่ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ได้รับข้อมูล-ข่าวสาร-ความรู้ที่ถูกต้อง มีกิจกรรมและแผนงานรองรับที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ มีองค์กรประสานงานที่สามารถระดมความร่วมมือจากฝ่ายและภาคต่างๆ จะนำมาซึ่งพลังสร้างสรรค์ที่สามารถเปลี่ยนแปลง-แก้ไข-หรืออย่างน้อยที่สุดบรรเทา สถานการณ์ปัญหาที่ยากให้ลุ่ลวงหรือเบาบางไปได้

อย่างไรก็ตาม การรณรงค์ต่างๆ ที่ผ่านมา เป็นการรณรงค์เฉพาะเรื่องหรือเฉพาะช่วงระยะเวลาที่ไม่ยาวนาน การส่งเสริมสุขภาพ-หากเปรียบเทียบเป็นการรณรงค์-มีขอบเขตการรณรงค์ที่ครอบคลุมกว้างขวางกว่ามาก และหลักชัยทางสุขภาพโดยรวม จำเป็นต้องผ่านระยะเวลาที่ยาวนาน การพัฒนาแนวคิดไปสู่ปฏิบัติการที่บรรลุผลจึงจำเป็นต้องมีการจัดสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและกลไกสนับสนุน เพื่อเป็นรากฐานที่แข็งแรงรองรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สามารถประสานยุทธศาสตร์, ยุทธวิธี และกิจกรรมแต่ละด้าน แต่ละเรื่องให้สอดคล้องอย่างมีเอกภาพและมีทิศทางที่พึง

ประสงค์ในทางเดียวกัน

โครงสร้างพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Infrastructure for Health Promotion) เป็นบทสรุปจากประสบการณ์ของนานาชาติที่ได้เริ่มดำเนินการส่งเสริมสุขภาพอย่างเข้มแข็งมาก่อนแล้ว<sup>3</sup> และได้ประกาศออกมาอย่างเป็นทางการในนามของกลุ่มประเทศภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก โดยใช้ชื่อว่า “คำประกาศกรุงเทพฯ” (The Bangkok Statement) ระบุว่า “(การส่งเสริมสุขภาพ) ต้องการโครงสร้างในรูปของระบบสนับสนุนและงบประมาณเพื่อประสานงานโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่อย่างเป็นเอกเทศเข้าด้วยกัน เพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนยุทธวิธีการดำเนินงาน หลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน และเพื่อให้การใช้ทรัพยากรต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล”<sup>4</sup>

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม ซึ่งได้รับการยอมรับในฐานะ “ต้นแบบ” ของระบบการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันก็คือ มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย (Victoria Health Promotion Foundation-VicHealth) ซึ่งจัดตั้งโดยกฎหมายยาสูบ พ.ศ. 2530 เป็นองค์กรกึ่งรัฐขนาดเล็กที่มีความคล่องตัวสูงในการบริหารจัดการ ดำเนินงานสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ทุนสนับสนุนองค์กรและหน่วยงานอื่นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายได้ของมูลนิธิมาจากภาษีเบอญญาตค่าบุหรี่ของรัฐ โดยกันส่วนหนึ่งให้กับมูลนิธิเพื่อใช้ในการดำเนินงานโดยเฉพาะ<sup>5</sup>

อย่างไรก็ตาม แม้การดำเนินงานของวิกเฮลท์ หรือมูลนิธิในลักษณะเดียวกันที่ก่อตั้งจนครบทุกรัฐในออสเตรเลีย จะประสบความสำเร็จอย่างยิ่งแต่ในภาพรวมของประเทศแล้ว ถือว่าออสเตรเลียยังมีจุดอ่อนสำคัญในเรื่องโครงสร้างพื้นฐานระดับชาติ และมีการเสนอให้จัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติขึ้นเพื่อเป็นแกนกลางในการประสานความร่วมมือและทรัพยากรจากภาคต่างๆ และรัฐต่างๆ<sup>6</sup>

สำหรับประเทศไทย การเสนอให้จัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริม

สุขภาพ เพื่อเป็นโครงสร้างพื้นฐานระดับชาติในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ไม่ได้เริ่มหลังจากที่ร่วมลงนามใน “คำประกาศกรุงเทพฯ” แต่ได้มีความพยายามในการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ทำการศึกษาจากประสบการณ์ของนานาประเทศ และหาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย มาเป็นเวลากว่าสองปี โดยการสนับสนุนจากภาคสาธารณสุข และแวดวงวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต่างตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งถือได้ว่าเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกในการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต และพัฒนาสุขภาพของประชาชน อีกทางหนึ่งมาจากภาครัฐโดยกระทรวงการคลังที่ได้ริเริ่มจัดทำแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม ดังได้กล่าวในตอนต้น โดยได้กำหนดมาตรการสนับสนุนการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข และต่อมาคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ ได้ตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข และกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพขึ้น เพื่อดำเนินการเรื่องนี้อย่างเป็นทางการ เมื่อเดือนกรกฎาคม 2539

## ข้อเสนอสำหรับโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

คณะทำงานจัดทำข้อเสนอโครงการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ได้เสนอ**หลักการ** “ให้รัฐตราพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ..... โดยจัดตั้งองค์กรมหาชน ทำหน้าที่จัดการและสนับสนุนทุน เพื่อให้พหุภาคีสามารถมีบทบาทร่วมพลังกันส่งเสริมสุขภาพประชาชน และเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของภาคีภาคประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตอันเป็นพื้นฐานของการพัฒนาประเทศ”<sup>8</sup> ตามข้อเสนอ ได้กำหนด**เป้าประสงค์** “เพื่อสร้างกลไกระดับชาติที่จะส่งเสริมสุขภาพ

เสริมสุขภาพประชาชนผ่านภาคีต่างๆ ในสังคมไทย” โดยกลไกที่กล่าวถึง ต้องเป็นกลไกที่ “มีประสิทธิภาพสูง มีสมรรถนะทางวิชาการและการจัดการ สามารถจัดทรัพยากรสนับสนุนให้เกิดการรวมพลังกันขององค์กรต่างๆ เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอันมีสัมฤทธิ์ผลเป็นที่ประจักษ์

“กลไกนี้จะดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา ‘ภาพรวม’ ของประเทศ แต่มีใช้ ‘ศูนย์รวม’ ที่จะเป็นเจ้าของดำเนินกิจกรรม หากหน้าที่หลักคือ จัดการ-ประสาน-สนับสนุน

“กลไกนี้จะเสริมกิจกรรมที่หน่วยราชการดำเนินการอยู่ จะกระตุ้นส่งเสริมบทบาทของภาคีภาคประชาชน (องค์กรสาธารณประโยชน์ ธุรกิจ ชุมชน ฯลฯ) และผลักดันให้ความพยายามของฝ่ายต่างๆ ร่วมกันเป็นความสำเร็จเอาชนะภัยอันตรายด้านสุขภาพที่สามารถป้องกันได้”

โดยกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของประเทศไทยที่จะมีโครงการและมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มีสัมฤทธิ์ผลสูงด้วยต้นทุนต่ำ
2. เพื่อปลูกฝังความตระหนักและส่งเสริมค่านิยมของคนไทยที่จะมีสุขภาพดีมากกว่าเน้นการรักษาเยียวยาเมื่อเจ็บป่วยแล้ว โดยสนับสนุนทุนอุปถัมภ์แก่สื่อกลางที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ อันรวมถึง โครงการรณรงค์งานศิลปวัฒนธรรม การกีฬา การสื่อสารมวลชน
3. เพื่อสนับสนุนบุคคล หน่วยงาน องค์กรจากภาคีต่างๆ ให้ดำเนินงานร่วมกันในลักษณะประชาสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย

## รูปแบบกองทุนฯ

หลังจากที่ได้ศึกษาบทวนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของประเทศต่างๆ รวมทั้งรูปแบบที่องค์กรอนามัยโลกแนะนำ ตลอดจนการเดินทางไปศึกษาการบริหารจัดการองค์กรส่งเสริมสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์และออสเตรเลีย เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2539 สามารถสรุปสาระสำคัญได้ว่า

1) มีกฎหมายรองรับ 2) เป็นองค์กรในกำกับของรัฐ 3) กำหนดหน้าที่หลักที่ชัดเจน โดยได้ข้อเสนอที่มีรูปแบบคล้ายคลึงกับรูปแบบของมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย แต่ปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของความเป็นองค์กรระดับชาติ

รูปแบบดังกล่าว คือ การออกกฎหมายจัดตั้ง**กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ** โดยกำหนดให้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแก่กองทุนเป็นการเฉพาะ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อแหล่งรายได้ของกองทุน)

## โครงสร้างกองทุนฯ

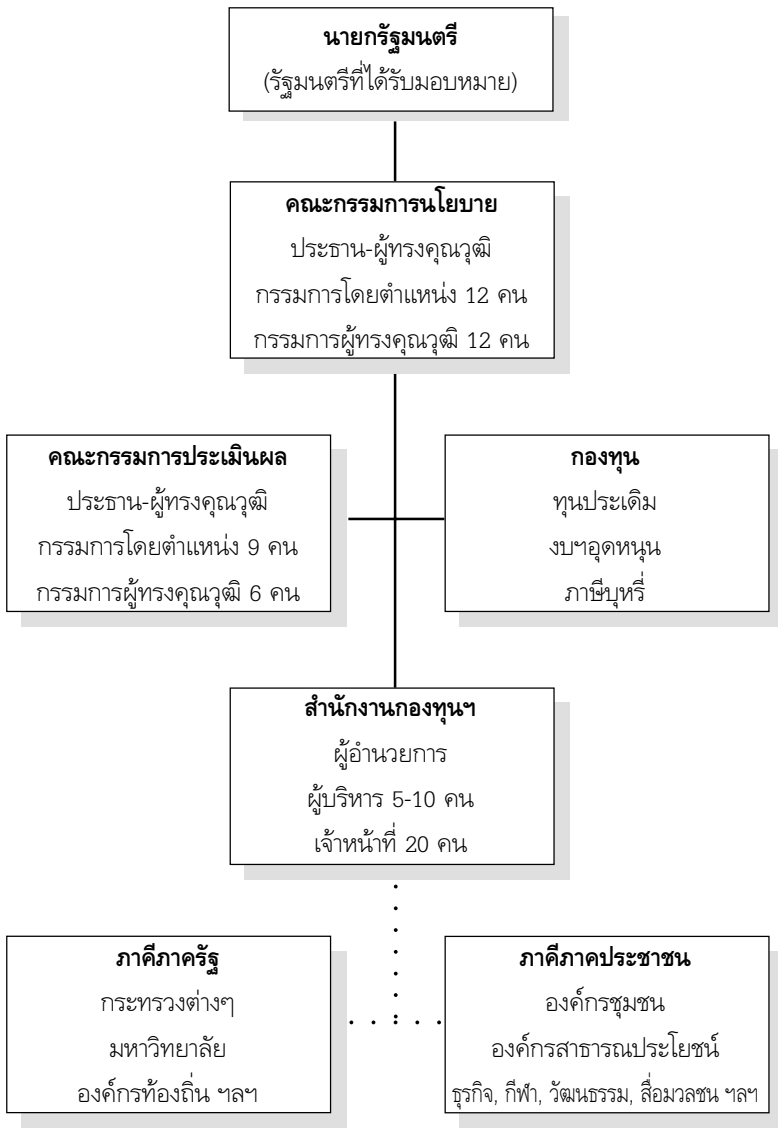
การดำเนินงานของกองทุนฯ ได้เสนอให้ดำเนินการใน**รูปองค์กรมหาชนอิสระ** (Executive Agency หรือ Statutory Agency) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีโครงสร้างต่างจากระบบราชการ เป็นองค์กรขนาดเล็ก มีความคล่องตัวและประสิทธิภาพสูง ดำเนินงานตอบสนองต่อนโยบายแห่งรัฐ<sup>๑</sup> โดยมีหน้าที่หลัก ดังนี้

1. วางแผนการส่งเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงภาพรวมระดับชาติ
  2. สนับสนุนให้องค์กรอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นผู้ดำเนินงาน
  3. สนับสนุนทุนในการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- ทั้งนี้กองทุนฯ ไม่มีหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง

การบริหารกองทุนฯ อยู่ใน**รูปคณะกรรมการ** ซึ่งกำกับดูแลโดยนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมาย (ดูภาพที่ 1) ดังนี้

● **คณะกรรมการนโยบาย** จำนวน 25 คน โดยมีประธานกรรมการที่แต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน กรรมการโดยตำแหน่ง 12 คน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 12 คน ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและอำนวยความสะดวกให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์

**ภาพที่ 1 โครงสร้างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สกส.)\***



\* โครงสร้างที่เสนอไว้นี้ เสนอกรณีสกส.อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักนายกรัฐมนตรี ทางเลือกอีกทางหนึ่งคือ อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข กรณีที่สองนี้ “นายกรัฐมนตรี” ในแผนภูมิจะเป็น “รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข” แทน

- **คณะกรรมการประเมินผล** จำนวน 16 คน มีประธานกรรมการที่แต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน กรรมการโดยตำแหน่ง 9 คน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ทำหน้าที่ประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

- **สำนักงานกองทุนฯ** บริหารจัดการโดยผู้อำนวยการสำนักงาน และคณะผู้บริหารจำนวน 5-10 คน เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ประมาณ 20 คน โดยสำนักงานกองทุนฯ

## แหล่งรายได้ของกองทุนฯ

เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพถือเป็นสินค้าสาธารณะที่มีผลกระทบต่อส่วนรวม (Public goods with externalities) กล่าวคือเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อมหาชนแต่ไม่ก่อให้เกิดผลกำไรตอบแทนในเชิงธุรกิจ เอกชนจึงขาดแรงจูงใจที่จะเข้ามาลงทุนดำเนินการ จึงถือเป็นภารกิจจำเป็นที่รัฐต้องรับหน้าที่ในการลงทุนด้านนี้ รายได้ของ “กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ” ส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องมาจากเงินงบประมาณ

ทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณสำหรับกองทุนฯ ที่เสนอให้พิจารณาประกอบด้วย

1. **ทุนประเดิม (Endowment Fund)** โดยจัดสรรงบประมาณแผ่นดินเป็นทุนประเดิม เพื่อนำดอกผลไปใช้สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำมีทุนประเดิมจะสร้างเสถียรภาพแก่กองทุนฯ และช่วยให้การจัดการกองทุนฯ มีประสิทธิภาพ โดยในระยะยาวกองทุนฯ จะมีความจำเป็นต้องพึ่งพิงรายได้จากรัฐน้อยลงการจัดทุนประเดิมนี้อาจจัดเป็นทุนก้อนใหญ่ให้แต่ต้นหรืออาจผูกพันทยอยจัดให้แต่ละปีตามจำนวนและระยะเวลาที่กำหนด

2. **งบประมาณเงินอุดหนุนประจำปี** การจัดสรรงบประมาณวิธีนี้ มีข้อดีคือ ทำให้การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของรัฐในภาพรวมเป็นไปตามลำดับความสำคัญของแต่ละแผนงานของสำนักงบประมาณ แต่มีข้อเสีย คือ ทำให้กองทุนฯ ขาดเสถียรภาพ ไม่สามารถวางแผนดำเนินงานระยะยาว และ



ทำให้ขาดความเชื่อมั่นจากองค์กรที่จะเข้ามาร่วมดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความเชื่อมั่นถือเป็นปัจจัยที่สำคัญจำเป็นอย่างสำหรับองค์กรจัดการที่ดำเนินงานโดยมิได้อาศัยอำนาจรัฐ ดังประสบการณ์ที่คณะผู้แทนกระทรวงการคลังได้รับการถ่ายทอดจากประเทศนิวซีแลนด์

3. **งบประมาณจากการผูกพันภาษีหรือกับการส่งเสริมสุขภาพ** งบประมาณส่วนนี้ได้จากการกันเงินส่วนหนึ่งจากภาษีค่าแอสแตมเบียสูบ โดยวิธีการกันเงินควรบัญญัติไว้ในกฎหมายจัดตั้งกองทุนฯ ให้ผู้อำนวยการมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง หักเงินค่าแอสแตมเบียสูบหรือกำหนดภาษีใหม่ลักษณะ Surtax ไว้เพื่อส่งเข้ากองทุนฯ ในอัตราที่เหมาะสมเป็นรายปีไป เช่น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 แต่ไม่เกินร้อยละ 5 ของภาษีค่าแอสแตมเบียสูบ ข้อดีของการจัดสรรงบประมาณวิธีนี้คือ ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวต่อผลเสียทางสุขภาพและทางเศรษฐกิจของสินค้านั้นๆ และยินดีเสียภาษีแก่รัฐ ซึ่งเป็นผลต่อการสร้างวิสัยทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพให้แก่สังคมไทย ดังที่ประเทศออสเตรเลียประสบผลสำเร็จมาแล้วเป็นเวลาถึง 10 ปี<sup>10</sup> ส่วนข้อเสียคือ การปรับงบประมาณแต่ละปีต้องมีขั้นตอนพิเศษในกระบวนการดำเนินการ

ทั้งนี้ รายได้ของกองทุนฯ อาจเลือกวิธีผสมผสานจาก 3 แนวทางข้างต้น

องค์กรอนามัยโลกได้เสนอแนะว่า การลงทุนเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพควรอยู่ในระดับร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสาธารณสุข หากคำนวณโดยฐานงบประมาณด้านการสาธารณสุขในปี 2540 เป็นเงิน 66,544.32 ล้านบาท งบประมาณของกองทุนฯ ควรเป็นเงินประมาณ 665 ล้านบาทต่อปี

หากใช้แนวทางงบประมาณจากการผูกพันภาษีหรือกับการส่งเสริมสุขภาพ สามารถคำนวณอัตราที่เหมาะสม ดังตัวอย่างที่แสดงในตารางที่ 3

นอกจากทุนอุดหนุนจากรัฐอันถือเป็นรายได้หลักแล้ว กองทุนฯ อาจจะมีรายได้อื่นๆ อีก เช่น จากดอกผลของกองทุน, เงินอุดหนุนจากต่างประเทศ,

**ตารางที่ 3 ประมาณการรายได้ของกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ  
กรณีกำหนดอัตราเป็นร้อยละของภาษีอาสภที่จัดเก็บได้**

(หน่วย : ล้านบาท)

ปีงบประมาณ	ภาษีอาสภ	อัตรา 1%	2%	3%	4%	5%
2538	20,717.2	207	413	622	829	1,036
2539	24,057.2	241	418	722	962	1,203
2540*	26,500.0	265	530	795	1,060	1,325

\* ประมาณการ

เงินบริจาค, การจัดโครงการฝึกอบรม เช่น มาตรการป้องกันภัยในโรงงานหรือสถานที่ทำงาน, การเก็บค่าบริการจากบริการบางประเภท เช่น บริการข้อมูล, การจำหน่ายเอกสารทางวิชาการ, คู่มือการดำเนินโครงการต่างๆ, การร่วมลงทุนในกิจการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสุขภาพซึ่งคณะกรรมการฯ อนุมัติ

**ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน  
และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ**

การดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ตามข้อเสนอของคณะทำงานจัดทำข้อเสนอโครงการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ อยู่บนพื้นฐานของความเชื่อมั่นว่า “กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ” รวมทั้งองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถกระตุ้นให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เกิดความตระหนัก มีวิสัยทัศน์ร่วม อันนำมาซึ่งพลังร่วมที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคลไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ และปรับปรุงภาวะแวดล้อมในการดำรงชีวิตให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้

องค์กรชุมชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ตลอดจนกลุ่มประชาสังคม

ต่างๆ เช่น กลุ่มครู นักเรียน พระ แม่บ้าน กลุ่มวิชาชีพ สามารถแสดงบทบาทเป็น “ตัวเร่ง” ที่ดีสำหรับการรวมพลังเพื่อพัฒนาสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจะสัมฤทธิ์ผลจำเป็นต้องพัฒนาตัวเร่งก่อน ทั้งตัวเร่งระดับชุมชนและระดับชาติ ด้วยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนฯ ทั้งด้านทรัพยากร ด้านวิชาการ ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างชุมชน และด้านกระบวนการทำงานร่วมกัน

การสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง และใช้วิธีการที่มีสัมฤทธิ์ผลสูง จะเพิ่มจำนวน “องค์กรตัวเร่ง” และแทรกอยู่ในระดับ “รากหญ้า” (Grass-roots) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของชุมชน และหนุนนำการพัฒนาสุขภาพอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ และมีความยั่งยืน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของกองทุนฯ ประกอบด้วย

1. **ด้านวิชาการ** มุ่งสร้างองค์ความรู้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศ โดยสนับสนุนด้านการศึกษวิจัย และจัดให้มีระบบการสำรวจติดตามประเมินผล

2. **การปรับสิ่งแวดล้อม** โดยใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเงื่อนไขแวดล้อมในสถานที่ที่ประชาชนใช้ชีวิตประจำวัน (Settings approach) เช่น บ้าน โรงเรียน สถานที่ทำงาน โรงงานอุตสาหกรรม สถานบันเทิงและสถานการ ชุมชน โดยประสานให้หน่วยงานต่างๆ ร่วมกันดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ โดยสามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และบังเกิดประสิทธิผลต่อสุขภาพของประชาชน

3. **มุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยง** โดยให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนการณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงภัยสูง (Vulnerable groups) ควบคู่ไปกับการสร้างการยอมรับและมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อมีมาตรการเหล่านั้นมีผลยั่งยืนและได้รับการสนับสนุนทางสังคม

4. **ลดปัจจัยเสี่ยง** มุ่งเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่มีผลกระทบเชิงลบที่สำคัญต่อสุขภาพ เช่น สภาพแวดล้อมที่เป็นอันตราย

การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย โดยกลวิธีที่ประชาชนยอมรับ เข้าใจง่าย เป็นรูปธรรม และวัดผลได้

5. **สร้างภาพลักษณ์สุขภาพ** โดยให้ทุนสนับสนุน (Sponsorship) แก่ กิจกรรมทางศิลปะ วัฒนธรรม การกีฬา สื่อสารมวลชน เป็นช่องทางในการสื่อข่าวสาร-ค่านิยม-ภาพลักษณ์สุขภาพ ที่ถูกต้องไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สนใจกิจกรรมนันทนาการ (Recreation) ตามแนวทางการตลาดเพื่อสังคม

6. **สนับสนุนองค์กรประชาชน** โดยสร้างโอกาสและเพิ่มความสามารถขององค์กรท้องถิ่น องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรธุรกิจ องค์กรวิชาชีพ กลุ่มครู กลุ่มเยาวชน ชมรมผู้สูงอายุ บุคคลสาธารณะ และภาคีภาคประชาชนทั้งหลาย ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นการสนับสนุนข้อมูล การสนับสนุนทางเทคนิคกลวิธี การประสานงาน ตลอดจนเงินทุนดำเนินโครงการ

## ตัวอย่างโครงการ

แนวทางกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สกส.) มุ่งกระตุ้นให้องค์กรต่างๆ ดำเนินการ และจัดทุนสนับสนุนให้ อาจประกอบด้วยโครงการ/กลุ่มกิจกรรมต่อไปนี้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวนโยบายที่คณะกรรมการนโยบายของกองทุนฯ เห็นชอบและมอบหมาย

1. **กีฬาชุมชน** สำรวจสถานการณ์กิจกรรมการออกกำลังกาย/การกีฬา ในชุมชน ให้การสนับสนุนด้านสถานที่ อุปกรณ์ โดยร่วมมือกับชุมชนและโรงเรียน เพื่อชักจูงให้เยาวชนตลอดจนประชาชนในชุมชนหันมาใช้เวลาร่วมให้เป็นประโยชน์โดยเล่นกีฬา ทดแทนการมั่วสุม อบายมุข รวมถึงการสนับสนุนกลุ่มออกกำลังกายที่มีอยู่แล้วในชุมชน เช่น กลุ่มวิ่งเพื่อสุขภาพ ชมรมมวยจีน ชมรมผู้สูงอายุ ให้ได้รับความสะดวกปลอดภัยในการออก

กำลังกาย มีการถ่ายทอดประสบการณ์ค่านิยมให้แพร่หลายในวงกว้าง โดย ชักชวนผู้มีชื่อเสียงเข้าร่วมโครงการ

2. **ดนตรี-กีฬา-สุขภาพ** สนับสนุนทุนอุดหนุนแก่กิจกรรมทางดนตรี ศิลปวัฒนธรรม รวมทั้งการแข่งขันกีฬา เพื่อสอดแทรกค่านิยมด้านสุขภาพ เข้ากับกิจกรรมนั้นๆ ไปสู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น การแสดงหมอลำเพื่อ ส่งเสริมการไม่บริโภคปลาดิบ การแสดงคอนเสิร์ตปลอดบุหรี่ การจัด นิทรรศการศิลปะโดยไม่ต้องรับทุนจากธุรกิจบันเทิงบนทอนสุขภาพ

3. **ชุมชนลด-ละ-เลิก** สนับสนุนชุมชนและโรงเรียนในการจัดระบบให้ คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ สุรา ยาเสพติด โดยอาศัยความร่วมมือในการ หนุนแรงจูงใจครู นักเรียน สมาชิกชุมชน

4. **อาหารไทย-อาหารเพื่อสุขภาพ** พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ไทยท้องถิ่น และเผยแพร่ข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย เพื่อ ส่งเสริมการบริโภคอาหารไทยที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

5. **หุ้นส่วนสุขภาพ** (Health Partnership) โดยสร้างค่านิยมด้าน สุขภาพให้เกิดในสถานที่ทำงาน เช่น โครงการบริษัทหน้าทำงาน (Healthy workplace) ในธุรกิจภาคเอกชน เพื่อพัฒนาวิธีการส่งเสริมสุขภาพใน สถานที่ทำงาน เช่น ที่ทำงานปลอดบุหรี่ การออกกำลังกายและป้องกัน ความเครียด การสร้างทักษะการดูแลลูกอ่อนแก่พนักงาน

6. **เมืองน่าอยู่** (Healthy City) เป็นโครงการที่แพร่หลายในทวีป ยุโรปหลายเมือง และในประเทศไทยก็มีการริเริ่ม เช่น กรุงเทพมหานครจัด พื้นที่บางส่วนเพื่อการรณรงค์ทางสุขภาพ ทั้งนี้จำเป็นพัฒนาองค์ความรู้ พร้อมไปกับการดำเนินงานอย่างสอดคล้องกับเงื่อนไขเฉพาะของประเทศไทย หรือเมืองนั้นๆ “เมืองน่าอยู่” จะสอดคล้องกับการพัฒนาเมืองท่องเที่ยว และการกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคด้วย

## แผนการจัดสรรงบประมาณ

ตามฐานการคำนวณงบประมาณรายได้ของกองทุนฯ งบประมาณปีละ 650 ล้านบาท ในระยะแรกก่อตั้ง ได้เสนอให้มีการสนับสนุนแผนงานสำคัญ ตามยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ซึ่งอาจกำหนดตามลักษณะงาน เช่น แผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสำนักงานกองทุนฯ แผนพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร แผนสนับสนุนการรณรงค์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือกำหนดตามปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น แผนควบคุมอุบัติเหตุจราจร แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีตัวอย่างแผนการจัดสรรงบประมาณตามตารางที่ 4

## เราจะได้อะไร?

### จากการส่งเสริมสุขภาพ

#### ผลตอบแทนด้านสุขภาพและสังคม

คณะทำงานพัฒนาโครงการฯ ได้ประเมินผลที่คาดว่าจะได้รับในด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ประชาชนคนไทยทั้งในเมืองและชนบท จะหันมาส่งเสริมสุขภาพตนเองมากขึ้น มีพฤติกรรมอนามัยที่ดีขึ้น ครอบครัว โรงเรียน โรงงาน ชุมชน สถานที่ทำงาน และหน่วยงานต่างๆ มีความตื่นตัวและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ

2. คนไทยมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพสูงขึ้น มีทัศนคติที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ตลอดจนเลือกซื้อสินค้าและบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลและประหยัด

3. ชุมชน องค์กรชุมชน ประชาสังคมด้านสุขภาพ จะมีความเข้มแข็ง มีการกระจายตัวและการสร้างเครือข่ายโยงใยทั่วประเทศ และอาจเชื่อมต่อ

#### ตารางที่ 4 แผนการจัดสรรงบประมาณปี 2542-2543

แผนงาน (แยกตามลักษณะงาน)	ร้อยละ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. แผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสำนักงานกองทุนฯ	3.85	25
2. แผนพัฒนานโยบายและแผน	0.46	3
3. แผนพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร	1.80	7
4. แผนพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล	2.31	15
5. แผนสนับสนุนการวิจัย	7.69	50
6. แผนสนับสนุนการรณรงค์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	33.85	220
7. แผนสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ งานศิลปกรรม วัฒนธรรม และการกีฬา	27.69	180
8. แผนสนับสนุนสมรรถนะองค์กรท้องถิ่น	23.08	150
รวม	100	650

แผนงาน (แยกตามปัญหาสุขภาพสำคัญ)	ร้อยละ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. แผนควบคุมอุบัติเหตุและอุบัติเหตุภัยจราจร	33.84	220
2. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ-หลอดเลือด	23.08	150
3. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคเมเร็ง	12.31	80
4. แผนควบคุมการใช้สารเสพติดและปัจจัยเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์	18.46	120
5. แผนส่งเสริมการใช้สินค้าและบริการสุขภาพที่เหมาะสม	12.08	80
รวม	100	650

ไปยังต่างประเทศ ซึ่งจะเกื้อหนุนการส่งเสริมสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและมีพลังยิ่งขึ้นต่อไป

4. อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ลดลง คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

5. ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มโรคภัยที่สามารถป้องกันได้

### ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ

แม้แนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพ จะไม่มุ่งเน้นที่การแสดงผลลัพธ์ความคุ้มค่าในระยะสั้น ที่สามารถวัดแสดงเป็นตัวเลข แต่โดยสมมติฐานที่ประเมินจากสถานการณ์ในปัจจุบัน อาจคาดประมาณผลตอบแทนทางเศรษฐกิจเพื่อความแจ่มชัดต่อการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพได้บางประการ ดังนี้

1. อุบัติเหตุ คร่าชีวิตคนไทยปีละ 34,000 คน เฉพาะอุบัติเหตุจราจร เป็นสาเหตุการสูญเสียชีวิตปีละ 15,000 คน สร้างความสูญเสียปีละ 70,000-90,000 ล้านบาท หากสามารถลดอุบัติเหตุจราจรได้เพียงร้อยละ 10 จะสามารถลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 7,000-9,000 ล้านบาทต่อปี และที่สำคัญคือ ลดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นปัจจัยขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศได้ปีละ 1,500 ชีวิต<sup>11</sup>

2. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตปีละ 42,000 คน (เป็นการเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปีถึง 20,000-30,000 คน) เฉพาะมะเร็งปอดเสียชีวิตปีละ 10,000 คน (จากการสูบบุหรี่ร้อยละ 80) ต้นทุนผู้เป็นมะเร็งปอดคิดเป็นคนละ 0.7-1.9 ล้านบาท ต้นทุนผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ทั้งหมดประมาณ 17,000-45,000 ล้านบาท<sup>12</sup> ค่าใช้จ่ายนี้จะลดลงได้ในระยะยาวจากการป้องกันประชาชนมิให้สูบบุหรี่

3. ค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Health Expenditure) ของคนไทยคิดเป็นเงินมากกว่าปีละ 200,000 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 5-6 ของรายได้ประชาชาติ) หากสัดส่วนค่าใช้จ่ายนี้ลดลงเท่ากับประเทศเพื่อนบ้าน<sup>13</sup> ประเทศไทยสามารถจะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้ประมาณปีละ 50,000-100,000 ล้านบาท

ค่าใช้จ่ายที่สูงเกินกว่าประเทศอื่นนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากประชาชนเลือกใช้บริการไม่เหมาะสม หากส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทำให้เจ็บป่วยน้อยลง



และประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น สามารถเลือกซื้อสินค้า,บริการที่ไม่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนเลือกใช้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมมากขึ้นตามความจำเป็นที่แท้จริง หากได้ผลเพียงร้อยละ 10 ก็อาจประหยัดเงินของประเทศได้ถึงปีละ 5,000-10,000 ล้านบาท

ดังนั้น หากคิดผลตอบแทนในรูปตัวเงิน กรณีที่การส่งเสริมสุขภาพสามารถลดปัญหาใหญ่ลงได้เพียงร้อยละ 10 (คิดเฉพาะอุบัติเหตุภัยจากรถและการใช้บริการที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะบังเกิดผลได้ทันทีในระยะสั้น) ก็จะลดค่าใช้จ่ายของประเทศได้ไม่น้อยกว่าปีละ 10,000 ล้านบาท จากการลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเพียงปีละ 600-700 ล้านบาท

## ขนาดตของการส่งเสริมสุขภาพ ในประเทศไทย

โอกาสที่จะได้มาซึ่งผลตอบแทนทั้งทางสุขภาพและเศรษฐกิจที่คาดหวังส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการบริหารจัดการกองทุน และความสัมพันธ์กับประมาณสนับสนุน แต่ก่อนที่จะไปสู่จุดนั้น เงื่อนไขสำคัญ คือ การแสดงภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพของรัฐบาล การเสนอร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพให้รัฐสภาพิจารณาเป็นการแสดงเจตนารมณ์ที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยอาจมีกระบวนการร่วมระหว่างฝ่ายบริหารกับฝ่ายนิติบัญญัติจัดเวทีสาธารณะ เพื่อสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน และเพื่อเร่งรัดกระแสการส่งเสริมสุขภาพให้กระจายไปสู่สาธารณชน

ขณะนี้ ข้อเสนอการจัดตั้งกองทุนและร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เสร็จสมบูรณ์และผ่านความเห็นชอบในหลักการจากคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมแล้ว ขั้นตอนต่อไปรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี หรือ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง สามารถนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้  
ความเห็นชอบ และเสนอรัฐสภาให้ความเห็นชอบต่อไป

อีกแนวทางหนึ่งคือ การออกเป็นพระราชกฤษฎีกา โดยอาศัยอำนาจ  
ตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชนอิสระ ซึ่งเมื่อร่างพระราชบัญญัติฉบับ  
ดังกล่าวผ่านความเห็นชอบของรัฐสภาแล้ว รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสามารถเสนอร่างพระราช  
กฤษฎีกาลำดับงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้คณะ  
รัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ และตราเป็นพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งเป็นสำนักงาน  
กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพได้

ขั้นตอนภายหลังกระบวนการดังกล่าว คือ รัฐบาลจัดงบประมาณแก่  
กองทุนฯ รวมทั้งดำเนินการสรรหา และแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบาย  
คณะกรรมการประเมินผล ผู้อำนวยการสำนักงาน โครงสร้างพื้นฐานสำหรับ  
การส่งเสริมสุขภาพระดับชาติคือกองทุนและสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ  
ก็จะสามารถรองรับและประสานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลาย  
ที่มุ่งพัฒนาสุขภาพของประเทศและประชาชนไปบนเส้นทางสู่เป้าหมายของ  
สุขภาพดีถ้วนหน้าได้อย่างมีเอกภาพ เชื่อมประสานอย่างสอดคล้อง มีภาวะ  
การนำที่สามารถรวมพลังและทรัพยากรจากภาคต่างๆ ของสังคมมาใช้  
อย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุผลที่ยั่งยืน

## อธิบายความและอ้างอิง

- 1 นิยามความหมายตามที่ปรากฏในหนังสือ “นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541” จัดพิมพ์โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 2 นิยามศัพท์ต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการอธิบายถึงแนวคิด ประชญา ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ศึกษาโดยละเอียดได้จาก “นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541”
- 3 ประเทศที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพโดยรัฐจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรที่จัดตั้งเพื่อดำเนินการด้านนี้โดยเฉพาะ ปัจจุบันมี 12 ประเทศ คือ ออสเตรเลีย, ฟินแลนด์, แคนาดา, นิวซีแลนด์, สหรัฐอเมริกา (บางรัฐ), ไอร์แลนด์, สวิตเซอร์แลนด์, โรมานี, โปรตุเกส, เปรู, โพลินีเซียฝรั่งเศส และฟิจิ
- 4 “คำประกาศกรุงเทพฯ” เกิดขึ้นจากการประชุมเรื่อง “โครงสร้างพื้นฐานด้านองค์กรและการเงิน สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ” (Regional Workshop on Organizational and Funding Infrastructure) จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 17-19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2540 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ เป็นการประชุมครั้งแรกของโลกที่ได้พิจารณากันถึงโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน หลังจากที่ได้มีการประชุมนานาชาติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพมาแล้ว 4 ครั้ง ผู้แทนประเทศที่เข้าประชุมในครั้งนี้นำประกอบด้วยสหภาพมา, สิงคโปร์, มาเลเซีย, สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, กัมพูชา, เวียดนาม, ฟิจิ, สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน รวมทั้งออสเตรเลียและไทย ซึ่งองค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก
- 5 กรณีของ VicHealth เป็นกรณีศึกษาที่กล่าวถึงกันมากที่สุดทั้งใน

- ประเทศไทยและระดับโลก สามารถศึกษาได้จากบทความ, หนังสือ ซึ่งมีจำนวนไม่น้อย รวมทั้งบทความเรื่อง “ระบบการส่งเสริมสุขภาพกับมาตรการภาษีสรรพสามิต” โดย สุภาวดี ธิระพานิช ซึ่งเป็นบทที่ 3 ในหนังสือเล่มนี้ ซึ่งได้ศึกษาระบบการส่งเสริมสุขภาพของหลายประเทศ
- 6 ผู้ที่สนใจการทบทวน-วิเคราะห์-ประเมินผลการดำเนินงานของ VicHealth และรัฐต่างๆ ในออสเตรเลียกับแคนาดาอย่างเป็นระบบ ศึกษาได้จากหนังสือ “วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพพระดัตินานาชาติ” โดย รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานูภาพ จัดพิมพ์โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2541
  - 7 คู่มือการดำเนินการเพื่อจัดตั้ง สกส. ได้จากบทความเรื่อง “กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โอกาสที่มากับวิกฤตเศรษฐกิจ” โดย นพ.ประกิต วาทีสากรกิจ และ นพ.สุภกร บัวสาย ซึ่งเป็นบทแรกในหนังสือเล่มนี้
  - 8 ทางเลือกอีกทางหนึ่งในการตรากฎหมายจัดตั้งกองทุนและสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ คือ คณะรัฐมนตรีออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การมหาชน ตามอำนาจในพระราชบัญญัติองค์การมหาชน ซึ่งขณะที่เขียนนี้ พรบ.องค์การมหาชนอยู่ในระหว่างดำเนินการ
  - 9 ขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) มีโครงการพัฒนาประสิทธิภาพพระบบราชการ และสนับสนุนการปรับองค์การราชการบางประเภทเป็น “องค์การมหาชนอิสระ” ซึ่งในปัจจุบันมีอยู่แล้วจำนวนหนึ่ง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานยก รัฐมนตรี, สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและการพลังงาน, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ทบวงมหาวิทยาลัย, สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

- 10 การจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยผูกพันกับภาษีบุหรี่ เป็นแนวทางที่เริ่มใช้กันหลายประเทศ นอกจากรัฐต่างๆ ในออสเตรเลียแล้ว ยังมีประเทศอื่นๆ เช่น ฟินแลนด์, รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา นอกจากนั้น ยังมีประเทศที่จัดงบประมาณจากภาษีบุหรี่เพื่อใช้ในกิจการสาธารณสุขประโยชน์อื่นๆ เช่น อินโดนีเซีย เกาหลีใต้ ใช้สนับสนุนการศึกษา, เนปาลใช้ในศูนย์บำบัดรักษาโรคมะเร็ง
- 11 การศึกษาวิจัยของ ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ เสนอต่อมูลนิธิสถาบันวิจัย เพื่อการพัฒนาประเทศไทย พ.ศ. 2537
- 12 อ้างอิงตามวิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ “การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของโรคมะเร็งปอดที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่” โดยคุณาลักษณ์ คันธาราชภูรี พ.ศ. 2539 โดยประมาณต้นทุนรวมของโรคที่มีสาเหตุจากบุหรี่ว่าเป็นประมาณ 3 เท่าของต้นทุนโรคมะเร็งปอด
- 13 ลิงคโพร้ มาเลเซีย ศรีลังกา ฮองกง มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 3-4 ของรายได้ประชาชาติ



สังคมไทยเคยมีตัวอย่างของการรณรงค์เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างเข้มแข็ง เสมอภาค และสมานฉันท์ ดังเห็นได้จากการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ การรณรงค์วางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีว่าเมื่อใดที่ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ได้รับข้อมูล-ข่าวสาร-ความรู้ที่ถูกต้อง มีกิจกรรมและแผนงานรองรับที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมโดยความสมัครใจ มีองค์กรประสานงานที่สามารถระดมความร่วมมือจากฝ่ายและภาคต่างๆ จะนำมาซึ่งพลังสร้างสรรค์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไข หรืออย่างน้อยที่สุด บรรเทาสถานการณ์ปัญหาที่ยากให้ลุล่วงหรือเบาบางลงไปได้

การส่งเสริมสุขภาพ-หากเปรียบเทียบเป็นการรณรงค์-มีขอบเขตการรณรงค์ที่ครอบคลุมกว้างขวางกว่ามาก และหลักชัยทางสุขภาพโดยรวม จำเป็นต้องผ่านระยะเวลาที่ยาวนาน การพัฒนาแนวคิดไปสู่ปฏิบัติการที่บรรลุผล จึงจำเป็นต้องมีการจัดสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และกลไกสนับสนุน เพื่อเป็นรากฐานที่แข็งแกร่งรองรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สามารถประสานยุทธศาสตร์, ยุทธวิธี และกิจกรรมแต่ละด้าน แต่ละเรื่องให้สอดคล้องอย่างมีเอกภาพ และมีทิศทางที่พึงประสงค์ในทางเดียวกัน



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

เอกสารประกอบ  
การประชุมวิชาการ  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
ครั้งที่ 2 เรื่อง  
ส่งเสริมสุขภาพ:  
บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน



นพ.ประทีป วาทีสาธกกิจ  
นพ.สุภกร บัวสาย  
ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์  
สุภาวดี ธีระพานิช

# การจัดตั้ง องค์ระดับชาติเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพ ในประเทศไทย



ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์  
บรรณาธิการ

- ➔ กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ  
โอกาสที่มากับวิกฤตเศรษฐกิจ
- ➔ โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนาสุขภาพ
- ➔ ระบบการส่งเสริมสุขภาพกับมาตรการ  
ภาษีสรรพสามิต

# การจัดตั้งองค์กระระดับชาติ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ในประเทศไทย

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 2

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เรื่อง “ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน”

นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ

นพ.สุภกร บัวสาย

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์

สุภาวดี ธีระพานิช

บรรณาธิการ:

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์



72074201165

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



# การจัดตั้งองค์กรระดับชาติ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

โดย: นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ, นพ.สุภกร บัวสาย, ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์,  
สุภาวดี ธีระพานิช

บรรณาธิการ: ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์

จัดพิมพ์โดย

**โครงการสำนักพิมพ์**

**สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2541

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ราคา 85 บาท

## ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

การจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย.--

กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

86 หน้า.

1. การส่งเสริมสุขภาพ. 2. สุขภาพ.

I. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, บรรณาธิการ. II. ชื่อเรื่อง.

353.6274

ISBN: 974-291-165-7

ออกแบบ: Desire CRM.

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด

(2) การจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

---

# คำนำ

---

เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2540 มีการประชุมระดับภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก ที่กรุงเทพฯ จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ถือได้ว่าเป็นการประชุมครั้งแรกที่ได้มีการหารือเกี่ยวกับเรื่องของการจัดระบบโครงสร้างองค์กรและการสนับสนุนทางการเงินเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หรือรวมเรียกว่า “โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ”

หลังจากมีการประชุมระดับนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมาแล้ว 4 ครั้ง ในช่วงเวลาหนึ่งทศวรรษเศษ และมีความตื่นตัวในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเป็นลำดับ โดยมีแบบอย่างแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นกลไกหลักในการประสาน-สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในหลายประเทศ ในที่สุด องค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นแกนหลักในระดับสากล ก็ได้เสนอให้ประเทศต่างๆ จัดโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางข้อเสนอที่ถือได้ว่าเป็นบทสรุปรวบรวมยอดของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยมีรากฐานอันแข็งแกร่งรองรับ เพื่อให้มีความต่อเนื่อง สามารถระดมความร่วมมือของภาคีต่างๆ และทรัพยากรในสังคมมาใช้เพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสานยุทธศาสตร์ ยุทธ

วิธี และกิจกรรมต่างๆ อย่างสอดคล้องในทิศทางเดียวกัน และยั่งยืน

อันที่จริง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มืออยู่และเห็นได้ในชีวิตประจำวันของคนเรา ในสัดส่วนมากบ้างน้อยบ้างตาม “ครรลองชีวิต” ของแต่ละบุคคล แต่ปัญหาคือ สุขภาพไม่ได้เป็นผลมาจากการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของคนเราแต่ละคนเท่านั้น แต่ยังมี “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” อีกมากที่อยู่นอกเหนือความสามารถในการควบคุมกำหนดโดยอำนาจหรือพลังของปัจเจก ไม่ว่าจะเป็นสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ที่มีบทบาทอยู่แทบทุกขณะในการดำรงชีวิตของคนเรา

ในทำนองเดียวกัน ความพยายามร่วมกันของกลุ่มต่างๆ ฝ่ายต่างๆ จากภาคต่างๆ ในสังคมไทย เพื่อรณรงค์ให้เกิดความตระหนักในปัญหาสำคัญๆ ด้านสุขภาพ เช่น การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ หรือการรณรงค์ในด้านอื่นๆ แต่มีผลกระทบต่อสุขภาพด้วย เช่น การใช้น้ำมันที่ไม่มีส่วนผสมของสารตะกั่ว ตลอดจนการรณรงค์เรื่องสิ่งแวดล้อมต่างๆ แม้กระทั่งความพยายามในระดับชุมชนที่จะปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนของตนให้ดีขึ้น

แต่การปฏิบัติในระดับปัจเจก หรือการระดมพลังสังคมเพื่อสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าสำหรับสุขภาพ ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก แม้จะสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีได้มากพอสมควรก็ตาม ข้อจำกัดที่สำคัญก็คือ ความยั่งยืนและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบความร่วมมือ รูปของทรัพยากร และขอบเขตที่จะระดมความร่วมมือและทรัพยากร

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ-แม้กับคนส่วนมาก ณ เวลานี้จะเป็นเสมือนสิ่งหนึ่งซึ่งไกลจากการรับรู้ และเข้าใจ-แท้จริงแล้วก็คือการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพในโลกปัจจุบันที่แปรเปลี่ยนไปจากอดีต โดยอาศัยฐานความรู้

#### (4) การจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

จากศาสตร์สาขาต่างๆ ช่วยเปิดมุมมองต่อสุขภาพให้กว้างขึ้น และ  
สังเคราะห์หล่อหลอมเอาความเชื่อมโยงต่างๆ วิธีการปฏิบัติและหนทางต่างๆ  
ที่จะนำไปสู่แก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพของคนเราให้ดีขึ้น จนได้มาเป็น  
แนวคิดที่สอดคล้องกับกาลสมัยและสถานการณ์

และโดยนัยเดียวกัน โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง  
บัดนี้เป็นแนวทางหลักของการวางรากฐานทางสังคมเพื่อสนับสนุนให้มีการ  
ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และเข้มแข็ง ก็เป็นการ  
สังเคราะห์และสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการดำเนินงานด้านนี้ของ  
ประเทศต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศอื่นๆ จะนำไปปรับใช้ให้  
สอดคล้องกับบริบทหรือเงื่อนไขของประเทศตน โดยไม่ต้องตั้งต้น ณ จุดเริ่ม  
หรือแม้กระทั่งประเทศที่ได้ชื่อว่าประสบความสำเร็จอย่างสูงในด้านนี้ เช่น  
ออสเตรเลีย ก็ได้มีการวิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานแล้วว่า หาก  
ต้องการให้การส่งเสริมสุขภาพบรรลุผลสำเร็จในระดับที่สูงขึ้น จำเป็นต้องมี  
โครงสร้างพื้นฐานระดับชาติรองรับการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งที่มีอยู่แล้วใน  
ระดับมลรัฐ

หนังสือเล่มนี้ มุ่งเสนอแนวทางการจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งได้ดำเนินมาเป็นระยะเวลาสองปีเศษ ด้านหนึ่งให้ภาพลำดับความเป็นมาของกระบวนการจัดทำข้อเสนอเพื่อจัดตั้ง “กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ” อีกด้านหนึ่งก็ได้อธิบายแนวคิดและความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและความสำคัญของการจัดตั้งองค์กรหรือกลไกที่จะเป็นหลักในระดับชาติเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการวิเคราะห์มาตรการภาษีสรรพสามิตบุหรี่ที่นำมาผูกพันกับการจัดงบประมาณสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกำลังได้รับการตอบสนองจากนานาประเทศ และไม่เพียงแต่นำมาใช้ในเรื่องของสุขภาพเท่านั้น หากยังรวมไปถึงการจัดการศึกษาและสวัสดิการสังคมด้านอื่นๆ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขหวังว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่ง  
ซึ่งสามารถเสนอแสดงแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และโครงสร้างพื้นฐาน  
ฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ให้เป็นที่รับรู้และเข้าใจกระจ่างขึ้น เพราะด้วย  
ความเข้าใจนี้เอง ที่จะนำมาซึ่งความร่วมมือกันเพื่อก่อสร้างวางรากการส่งเสริมสุขภาพให้เกาะยึดอย่างมั่นคงและเติบโตเพื่อเสริมสร้างปัจจัย  
สนับสนุนต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนคนไทยต่อไป

**สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

พฤษภาคม 2541

---

# สารบัญ

---

<b>บทนำ: กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ</b>	<b>1</b>
<b>โอกาสที่มากับวิกฤตเศรษฐกิจ</b>	
โดย นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ, นพ.สุภกร บัวสาย	
<b>กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ</b>	<b>13</b>
<b>โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย</b>	
โดย ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์	
และกองบรรณาธิการจดหมายข่าว “จับกระแส”	
- ความนำ: ปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ กับปรัชญาการพัฒนาสังคมไทย	14
- การพัฒนาแนวคิดไปสู่ปฏิบัติการที่บรรลุผล จำเป็นต้องมีรากฐานที่แข็งแรงรองรับ	18
- ข้อเสนอสำหรับโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย	20
- ยุทธศาสตร์การดำเนินงานและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	26
- เราจะได้อะไร? จากการส่งเสริมสุขภาพ	30
- อนาคตของการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย	33

<b>บทวิเคราะห์: ระบบการส่งเสริมสุขภาพ</b>	<b>39</b>
<b>กับมาตรการภาษีสรรพสามิต</b>	
โดย สุภาวดี ธีระพานิช	
- บทนำ	40
- ระบบการส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ	43
- วิเคราะห์ระบบการส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ	66
- ระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประเทศไทย	76
- สรุป	83

---

บทวิเคราะห์:

---

ระบบการส่งเสริมสุขภาพ

---

กับมาตรการภาษีสรรพสามิต

---

กรณีศึกษาต่างประเทศและ

แนวทางสำหรับประเทศไทย

สุภาวดี ธีระพานิช\*

---

\* กองนโยบายภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง



# 1. บทนำ

---

ปัจจุบันรัฐบาลต้องใช้จ่ายเงินงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ (Health Expenditure) เป็นจำนวนมาก ประมาณปีละ 200,000 ล้านบาท หรือร้อยละ 5-6 ของรายได้ประชาชาติ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนี้เพิ่มสูงมากขึ้นทุกปี สืบเนื่องมาจากการที่ประชาชนไม่มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันรักษาโรค และการเลือกใช้บริการที่เหมาะสม อีกทั้งนอกจากโรคติดต่อแล้ว ในปัจจุบันยังมีกลุ่มโรคที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพอีก 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหัวใจหลอดเลือด มะเร็ง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เบาหวาน เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 กลุ่มโรคทางสังคม ได้แก่ การติดยาและสารเสพติด การบาดเจ็บจากความรุนแรง และปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

ทั้ง 2 กลุ่มโรคนี้ มีเหตุเกิดจากปัจจัยพฤติกรรมประจำวัน เช่น การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหว การเดินทาง การพักผ่อน การดูแลตรวจรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง และการรักษาสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสภาพแวดล้อม มีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในการเอื้อให้ปัญหาโรค 2 กลุ่มนี้ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ทำให้ประชาชนและรัฐบาลต้องจ่ายเงินจำนวนมากในการรักษาพยาบาลในระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งหากมีการดูแลรักษาสุขภาพตั้งแต่นั้นก็จะประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก

“การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นการลงทุนด้านสาธารณสุขซึ่งเกิดผลลัพธ์หลักทางสังคมมากกว่าผลที่วัดได้เป็นตัวเงิน ดังนั้นรัฐจึงต้องเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น นอกเหนือจากการให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ยังกระจายไม่เพียงพอ ซึ่งวิธี

การและรูปแบบในการสนับสนุน จะต้องสอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในปัจจุบันที่กำลังอยู่ในช่วงของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และพัฒนาสังคมโดยมุ่งเน้นให้ชุมชนและองค์กรชุมชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น

กระทรวงการคลังจึงได้จัดทำ **“แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม”** ขึ้น เป็นแผนที่จะต้องดำเนินการต่อเนื่องไปตลอด ในระยะแรกได้กำหนดระยะเวลาของแผนไว้ 5 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โดยกำหนดมาตรการเพื่อให้มีการพัฒนาคน ชุมชน และสังคมให้เข้มแข็งไว้หลายประการ ทั้งยังมีมาตรการสนับสนุนการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขเป็นแผนหนึ่งในการพัฒนาและกระจายบริการพื้นฐานทางสังคมที่มุ่งสนับสนุนและส่งเสริมให้สถาบันเอกชนเข้ามารับผิดชอบเรื่องสาธารณสุขของประชาชน เพื่อกระจายการบริการด้านสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในชนบท และในเขตเมือง โดยเสนอให้รัฐบาลสนับสนุนการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขเป็นหน่วยงานอิสระไม่ใช่เป็นหน่วยงานของรัฐบาลหรือราชการขึ้นมาดำเนินงาน และให้รัฐจัดหาหรือสนับสนุนทางการเงินให้สถาบันฯ ซึ่งจะทำให้มีการดำเนินการด้านสาธารณสุขได้อย่างกว้างขวาง และจะเป็นการกระตุ้นให้องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และสร้างองค์กรชุมชนให้เข้มแข็ง

เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ คณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้มอบหมายให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมขึ้นตามคำสั่งกระทรวงการคลังที่ 86/2539 สั่ง ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2539 และเพื่อให้การดำเนินงานมาตรการสนับสนุนการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขบรรลุเป้าหมาย

คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม จึงได้ออกคำสั่ง ที่ 1/2539 สั่ง ณ วันที่ 9 สิงหาคม 2539 แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข และกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ โดยให้คณะทำงานมีหน้าที่จัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขเสนอคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมพิจารณา

บทวิเคราะห์เรื่อง “ระบบการส่งเสริมสุขภาพกับมาตรการภาษีสรรพสามิต” นี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข (สถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ) ขึ้นในประเทศไทย โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

- (1) ศึกษากระบวนการส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ
- (2) วิเคราะห์ระบบการส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศและการใช้มาตรการทางภาษีสรรพสามิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- (3) เสนอแนวทางในการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประเทศไทย

## 2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่เป็นแนวทางที่รัฐบาลหลายๆ ประเทศได้ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิต (Living Environments) ผ่านการมีส่วนร่วมของสังคมในการรณรงค์ โดยรัฐจัดสรรงบประมาณให้

จากการศึกษาของ ดร.สุภกร บัวสาย รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อ้างอิงการสำรวจของ Dr.Judith Mackay ที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกว่า เมื่อสิ้นปี 2540 ประเทศต่างๆ และรัฐบาลท้องถิ่นของประเทศที่เป็นสหพันธรัฐ ได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่แล้ว จำนวน 12 ประเทศ ได้แก่

- (1) ออสเตรเลีย (รัฐวิกตอเรีย, ออสเตรเลียตะวันตก, เขตเมืองหลวง, ออสเตรเลียใต้, แทสเมเนีย, ควีนส์แลนด์)
- (2) ฟินแลนด์
- (3) แคนาดา
- (4) นิวซีแลนด์
- (5) สหรัฐอเมริกา (รัฐแคลิฟอร์เนีย, อริโซนา, แมสซาชูเซตส์, มิชิแกน)
- (6) ไอร์แลนด์
- (7) สวิตเซอร์แลนด์
- (8) โรมานี
- (9) โปรตุเกส
- (10) เปรู

(11) โพลีเนียเซียฝรั่งเศส

(12) ฟิจิ

และมีประเทศต่างๆที่กำลังดำเนินการจัดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่  
นี้อีกได้แก่ ออสเตรเลีย, โปแลนด์, ซามัว, เลบานอน, ฮองกง, มาเลเซีย,  
 เกาหลีใต้, จีน, ศรีลังกา และเวียดนาม

จากการศึกษาระบบการส่งเสริมสุขภาพของประเทศต่างๆ รวม 6 แห่ง  
 ทั้งโดยการเดินทางไปศึกษาดูงาน และจากการศึกษาค้นคว้าจากรายงานวิจัย  
 เรื่อง “การทบทวนกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพ”  
 ของนายศิระ บุญภินนท์ ซึ่งเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า  
 แต่ละประเทศมีรูปแบบองค์กร การดำเนินการ และแหล่งที่มาของรายได้  
 สรุปรุ้ได้ดังนี้

## 1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพ

### ในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย

#### 1.1 รูปแบบองค์กรและการดำเนินงาน

Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) ตั้งขึ้น  
 โดยกฎหมาย Tobacco Act, 1987 ของรัฐวิกตอเรียในประเทศออสเตรเลีย  
 เป็นองค์กรกึ่งรัฐ (Statutory agency) แต่มีการบริหารจัดการที่คล่องตัว  
 ต่างไปจากระบบราชการ กฎหมายได้กำหนดวัตถุประสงค์ขององค์กรนี้ไว้ คือ

(1) เพื่อสนับสนุนทุนแก่กิจกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการส่งเสริมสุขภาพ  
 ความปลอดภัย รวมทั้งการป้องกันโรคและการคัดกรองโรคระยะเริ่มต้น

(2) เพื่อสร้างความตระหนัก (Awareness) ของชุมชนต่อโครงการเพื่อ  
 สุขภาพดี ผ่านการจัดทุนอุปถัมภ์ (Sponsorship)

(3) เพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพดี ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

(4) เพื่อสนับสนุนทุนแก่การวิจัยและพัฒนาที่สนับสนุนวัตถุประสงค์ 3  
ข้อแรก

โครงสร้างองค์กรของ VicHealth ประกอบด้วย

(1) คณะกรรมการ (VicHealth Board) ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ  
จำนวนรวม 14 คน โดยกฎหมายกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา ได้แก่  
ด้านส่งเสริมสุขภาพ (3 คน), กีฬา (4 คน), ธุรกิจ การจัดการ การสื่อสาร  
หรือกฎหมาย (2 คน), ศิลปวัฒนธรรม (1 คน), ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการโฆษณา  
(1 คน) และผู้แทนจากสภานิติบัญญัติ (3 คน) รัฐมนตรีแต่งตั้งกรรมการ  
คนหนึ่งจากจำนวนนี้เป็นประธาน คณะกรรมการนี้มีหน้าที่อำนวยความสะดวกให้  
VicHealth ดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

(2) สำนักงาน มีหัวหน้าเจ้าหน้าที่บริหาร (Chief Executive Officer-  
CEO) เป็นหัวหน้า มีหน้าที่ดำเนินงานตามที่ VicHealth Board มอบหมาย  
ปัจจุบันมีพนักงานจำนวน 37 คน มีฐานะต่างจากพนักงานของรัฐ

(3) คณะกรรมการที่ปรึกษา รัฐมนตรีสามารถแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญพิเศษ  
เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาเฉพาะกรณีได้

(4) กองทุน เป็นส่วนการจัดการรายได้-รายจ่ายของ VicHealth  
รายได้ส่วนใหญ่มาจากเงินภาษีพิเศษที่เรียกว่า ภาษีส่งเสริมสุขภาพ (Victo-  
rian Health Promotion Levy) ซึ่งเก็บจากฐานภาษีบุหรี่

จากวัตถุประสงค์และโครงสร้างองค์กรตามกฎหมายที่ยืดหยุ่น  
VicHealth จึงสามารถทำหน้าที่หลักเป็นองค์กรจัดการเงินอุดหนุนเพื่อ  
สนับสนุนองค์กรต่างๆ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และจัดระบบบริหารที่มี  
ประสิทธิภาพ โดยในรอบปี 1996 สามารถจัดทุนสนับสนุนโครงการต่างๆ  
รวมจำนวน 305 โครงการ ทุนอุดหนุนโครงการทั้งหมดราวปีละ 20 ล้าน  
ดอลลาร์ออสเตรเลีย คิดเป็นค่าบริหารจัดการประมาณร้อยละ 10-15

VicHealth ได้ให้ความสำคัญอย่างมากกับการพัฒนาโครงการ ซึ่งแยก  
เป็นโครงการที่องค์กรต่างๆ เสนอเข้ามา และโครงการที่ VicHealth

กำหนดตามแผนยุทธศาสตร์ การสนับสนุนจะเน้นการสร้างพันธะและส่วนร่วมของชุมชนเพื่อความยั่งยืนของโครงการ หลังจากที่มีการให้ทุนสนับสนุนสิ้นสุดลง

VicHealth ได้จัดระบบการพิจารณาคัดเลือก ติดตาม และประเมินผลโครงการต่างๆ อย่างพิถีพิถัน การคัดเลือกจะอาศัยเกณฑ์ตัดสินซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกองค์กรเป็นส่วนใหญ่ การติดตามและประเมินผลจะใช้หลักเกณฑ์ที่ต่างกันตามประเภทและขนาดโครงการ (Graduated Project evaluation) โดยมีตัวชี้วัดร่วมจำนวนหนึ่ง

## 1.2 แหล่งรายได้

ตามมาตรา 32 (3) ของ Tobacco Act, 1987 กำหนดให้กองทุน VicHealth ได้รับความได้เรียกว่าภาษีส่งเสริมสุขภาพ (Victorian Health Promotion Levy) ภาษีส่งเสริมสุขภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ของรัฐวิกตอเรีย (Victorian Licence Fee) อัตราภาษีส่งเสริมสุขภาพกำหนดโดยกฎหมายอีกฉบับหนึ่งคือ Business Franchise (Tobacco) Act, 1974 (Amendment No. 81/1987) ซึ่งกำหนดอัตราไว้ 1 ใน 6 ของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ (ซึ่งเก็บในอัตราร้อยละ 30 ของราคาขายส่งในขณะนั้น) และเนื่องจากมีการเพิ่มอัตราค่าภาษีใบอนุญาตนี้สูงขึ้นเรื่อยๆ (ในปี 1996 กำหนดอัตราร้อยละ 100 ของราคาขายส่ง) จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎหมายเพื่อคูดวงเงินที่ VicHealth จะได้รับ โดยอัตราที่ใช้ในปัจจุบัน (แก้ไขเมื่อปี 1993) กำหนดให้ VicHealth ได้รับความส่งเสริมสุขภาพเป็นจำนวนเท่าที่รัฐมนตรีคลัง (Treasurer) กำหนดให้เป็นปีๆ ไป แต่ไม่เกิน 1 ใน 15 ของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีกำหนดจำนวนเงินภาษีที่ได้รับ แต่รูปแบบยังคงเป็น Dedicated Tax ซึ่งจัดสรรให้ VicHealth เป็นการเฉพาะเหมือนในอดีต

## ตารางที่ 1 ภาษีส่งเสริมสุขภาพที่ VicHealth ได้รับ

(หน่วย : ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย)

Fiscal Year	Health Promotion	Total Victorian	Levy as
	Levy	Licence fees	% of total fees
1988-89	25.2	151.9	16.6
1989-90	29.7	203.8	14.6
1990-91	28.4	252.4	11.3
1991-92	26.7	268.4	9.9
1992-93	25.0	360.4	6.9
1993-94	22.0	423.8	5.2
1994-95	22.0	416.6	5.3
1995-96	22.0	590.4	3.7

นอกจากนี้ ในกฎหมายได้กำหนดไว้ด้วยว่าเงินภาษีส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับนั้น จะต้องใช้ไปเพื่อส่งเสริมด้านกีฬาไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 และส่งเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 โดยเงินที่ต้องจ่ายออกจากงบประมาณของกองทุน แก่องค์กรด้านต่างๆ ต้องให้หรือส่งมอบแก่องค์กรนั้นโดยประธานหรือหัวหน้าเจ้าหน้าที่บริหาร หรือกรรมการของมูลนิธิที่ประธานได้แต่งตั้งเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว ทั้งนี้การจ่ายต้องกระทำในนามมูลนิธิเท่านั้น และก่อนวันที่ 1 มิถุนายนในแต่ละปี ให้กองทุนส่งงบประมาณการเงินที่ต้องจ่ายเข้ากองทุน และเงินที่ต้องจ่ายออกจากกองทุน สำหรับปีงบประมาณถัดไป ต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณา



## 2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ในรัฐออสเตรเลียตะวันตก ประเทศออสเตรเลีย

### 2.1 รูปแบบองค์กรและการดำเนินงาน

รัฐออสเตรเลียตะวันตก (Western Australia) ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพโดย Western Australian Health Promotion Foundation ซึ่งได้รับการก่อตั้งในปี 1991 โดย Tobacco Control Act, 1990 ให้เป็นองค์กรอิสระ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

- (1) ชัดขวาง (active discouragement) การสูบบุหรี่โดย
  - ส่งเสริมผู้ไม่สูบบุหรี่โดยเฉพาะวัยรุ่นไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่
  - จำกัดมิให้เด็กและวัยรุ่นถูกชักจูงให้สูบบุหรี่ และ
  - ส่งเสริมและช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่
- (2) ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

มูลนิธิ Western Australian Health Promotion Foundation จัดตั้งขึ้นเป็นนิติบุคคลที่ไม่มีวัตถุประสงค์ในการหากำไร โครงสร้างของมูลนิธิประกอบด้วย

- (1) คณะกรรมการ (Board) 11 คน ดังนี้
  - ประธานมูลนิธิซึ่งได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยการเสนอชื่อของนายกรัฐมนตรี เมื่อได้ปรึกษากับหัวหน้าพรรคการเมืองในรัฐสภาแล้ว
  - กรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รวม 6 คน จากการเสนอชื่อขององค์กรต่างๆ คือ
    - ◆ องค์กร Australian Medical Association, Western Australian Branch จำนวน 1 คน
    - ◆ องค์กร Western Australian Sports Federation จำนวน 1 คน

- ◆ องค์การ Western Australian Sports Council จำนวน 1 คน
- ◆ องค์การ Country Shire Council's Association จำนวน 1 คน
- ◆ องค์การ WA Association of Professional Performing Arts จำนวน 1 คน
- ◆ องค์การ Australian Council Smoking and Health จำนวน 1 คน

- กรรมการซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในตำแหน่ง Commissioner of Health หรือเป็นผู้ที่บุคคลดังกล่าวเสนอชื่อ จำนวน 1 คน

- กรรมการซึ่งเป็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่บริหาร (Chief Executive Officer) ของกรมในสังกัด Minister of Sport and Recreation หรือเป็นผู้ได้รับการเสนอชื่อ โดยหัวหน้าเจ้าหน้าที่บริหารดังกล่าว จำนวน 1 คน

- กรรมการซึ่งเป็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่บริหารของกรมในสังกัด Minister for the Arts หรือเป็นผู้ได้รับการเสนอชื่อโดยหัวหน้าเจ้าหน้าที่บริหารดังกล่าว จำนวน 1 คน

- กรรมการซึ่งเป็นลูกจ้างหลักขององค์กร Office of the Family หรือเป็นผู้ได้รับการเสนอชื่อโดยลูกจ้างหลักในองค์กรดังกล่าว จำนวน 1 คน

กรรมการแต่ละคนมีสิทธิอยู่ในตำแหน่งได้ไม่เกิน 3 ปี และมีสิทธิได้รับแต่งตั้งเข้ามาอีก

(2) มูลนิธิอาจแต่งตั้งและจ้างผู้อำนวยการมูลนิธิ (Director of the Foundation) และบุคคลอื่นที่มูลนิธิเห็นว่าจำเป็นเพื่อช่วยงานผู้อำนวยการ และเพื่อให้มูลนิธิบรรลุวัตถุประสงค์ของตนได้ โดยการจ้างดังกล่าวอาจกระทำในรูปการจ้างงานเต็มเวลาหรืออย่างอื่น ทั้งนี้ต้องอยู่ในข้อกำหนดและเงื่อนไขที่มูลนิธิกำหนด

(3) กองทุน (Western Australian Health Promotion Fund) ของ

มูลนิธิมีไว้เพื่อให้มูลนิธิสามารถดำเนินการหรือปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

การดำเนินการของมูลนิธิเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การส่งเสริมสุขภาพสามารถดำเนินการได้ ดังนี้

(1) ให้ทุนแก่กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีโดยทั่วไป โดยเฉพาะกิจกรรมที่เน้นกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่น

(2) เสนอทางเลือกแหล่งเงินทุน สำหรับกิจกรรมกีฬา และศิลปะ ซึ่งในปัจจุบันได้รับการสนับสนุนจากผู้ผลิตหรือผู้ขายส่งผลิตภัณฑ์บุหรี่ยี่ห้อ

(3) สนับสนุนกิจกรรมกีฬา และศิลปะ ซึ่งส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี และส่งเสริมความก้าวหน้าของโครงการส่งเสริมสุขภาพ

(4) ให้ทุนแก่การโฆษณาส่งเสริมสุขภาพ เพื่อทดแทนโฆษณาบุหรี่

(5) ให้ทุนสนับสนุนแก่องค์กรซึ่งเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพได้แก่

- องค์กรด้านกีฬา
- องค์กรด้านศิลปะ
- องค์กรด้านสุขภาพ
- องค์กรชุมชน
- องค์กรการวิจัย
- องค์กรที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น และ
- องค์กรด้านการแข่งขันประเภทต่างๆ (racing อันหมายถึง การแข่งม้า การแข่งสุนัข การแข่งรถ และการแข่งจักรยานยนต์)

(6) ให้ทุนการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

(7) ตั้งกองทุนโดยชักชวนให้มีการบริจาคหรือการให้รวมทั้งเข้าร่วมในการผลิต หรือการตลาด หรือทั้งสองประการ เพื่อสนับสนุนงานของมูลนิธิ

(8) ประเมินและรายงานประสิทธิผลของการดำเนินงานของมูลนิธิในการบรรลุถึงเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพ และ

(9) การดำเนินงานอื่นๆ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของมูลนิธิ

## 2.2 แหล่งรายได้

กองทุนของมูลนิธิ Western Australian Health Foundation มีรายได้ดังต่อไปนี้

(1) เงินที่จ่ายเข้ามูลนิธิตามที่กำหนดในกฎหมาย ซึ่งมาจากภาษีสรรพสามิตบุหรี่ที่กั้นไว้โดยเฉพาะ

(2) เงินที่รัฐสภาจัดให้และจ่ายเข้ามูลนิธิเป็นครั้งคราว

(3) เงินอื่นๆ ที่มูลนิธิรับมาหรือหาได้ หรือจ่ายเข้ามูลนิธิโดยชอบด้วยกฎหมาย

เงินภาษีสำหรับกองทุนดังกล่าว จะต้องจ่ายเข้าและบันทึกงบบัญชีไว้ที่คลัง (Treasury) ในบัญชีของกองทุน ตามข้อกำหนดดังนี้

● 1 กรกฎาคม 1990 ให้จ่ายเงินเข้ามูลนิธิเท่ากับร้อยละ 10 และ

● 1 กรกฎาคม 1991 และปีถัดๆ ไป ให้จ่ายเงินเข้ามูลนิธิเท่ากับร้อยละ 10 หรือมากกว่านั้น ตามที่รัฐมนตรีกำหนดในราชกิจจานุเบกษา จากค่าธรรมเนียมนรวมตามกฎหมาย Business Franchise (Tobacco) Act, 1975 ที่ Commissioner of State Taxation จัดเก็บได้ในปีงบประมาณนั้น โดย Consolidated Revenue Fund มีหน้าที่จัดสรรเงินจำนวนดังกล่าว

สำหรับการใช้จ่ายเงินกองทุน ให้จ่ายเงินออกจากกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายได้ ดังนี้

(1) ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มที่จ่ายให้แก่กรรมการ และบุคคลที่ได้รับการจ้างตามกฎหมาย

(2) ค่าใช้จ่ายที่เกิดแก่มูลนิธิในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติตามหน้าที่ และในการปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด

(3) ค่าใช้จ่ายทั้งหมดนอกจากค่าใช้จ่ายตาม (1) และ (2) ที่เกิดแก่มูลนิธิโดยชอบด้วยกฎหมาย ในการบริหารงานตามกฎหมายนี้

และในแต่ละปีงบประมาณของมูลนิธิ ต้องจัดสรรเงินที่จ่ายออกตาม โครงสร้างรายจ่าย ดังนี้

- (1) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 จ่ายให้แก่องค์กรด้านการกีฬา
- (2) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 จ่ายแก่องค์กรด้านศิลปะ และ
- (3) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จ่ายให้แก่ประเภทขององค์กรต่อไปนี้
  - องค์กรด้านกีฬา
  - องค์กรด้านศิลปะ
  - องค์กรด้านสุขภาพ
  - องค์กรชุมชน
  - องค์กรวิจัย หรือ
  - องค์กรด้านการแข่งขันประเภทต่างๆ

มูลนิธิต้องพยายามใช้จ่ายเงินกองทุนที่ได้รับจากรัฐเพื่อวัตถุประสงค์ ของมูลนิธิ ภายในปีที่ได้รับเงินนั้น หรือภายหลังจากนั้นโดยเร็ว ทั้งนี้จะต้อง ระบุในรายงานประจำปีหากมีเหตุที่ต้องสะสมเงินนั้นไว้หลังจากปีที่ได้รับเงิน

จำนวนเงินในกองทุนที่มูลนิธิได้รับจากรัฐซึ่งมิได้ใช้จ่ายภายใน 4 เดือน นับจากสิ้นสุดปีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเงินดังกล่าว หรือ 4 เดือนหลังจาก ที่ได้รับ ในกรณีที่ได้รับนอกปีงบประมาณ ต้องส่งคืนไปยัง Consolidate Revenue

เงินที่ลงในบัญชีของกองทุนนั้น อาจนำไปลงทุนชั่วคราวในหลัก ทรัพย์ได้ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง (Treasurer) แนะนำ จนกว่ามูลนิธิจะต้องการใช้ตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายนี้ สำหรับดอกผล ที่เกิดขึ้นจากการลงทุนนั้น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังต้องจ่ายเข้าสู่ กองทุนของมูลนิธิ

### 3. ระบบการส่งเสริมสุขภาพในนิวซีแลนด์

#### 3.1 รูปแบบองค์กรและการดำเนินงาน

ประเทศนิวซีแลนด์ได้จัดตั้ง Health Sponsorship Council (HSC) ขึ้นเป็นองค์กรกึ่งรัฐกึ่งเอกชนระดับชาติทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมาย Smokefree Environment Act, 1990 มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนวิถีชีวิตที่ถูกต้องสุขอนามัย ทั้งโดยการให้ทุนสนับสนุนและการดำเนินการด้านอื่นๆ HSC จึงมีบทบาทหลักในการจัดทุนสนับสนุนหรือทุนอุปถัมภ์ (Sponsorship) แก่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิวซีแลนด์

โครงสร้างของ HSC ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ

(1) สภากรรมการ (Council) ประกอบด้วยกรรมการจำนวน 3-6 คน แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานกรรมการ แต่ละคนจะดำรงตำแหน่งคราวละไม่เกิน 3 ปี และสามารถได้รับแต่งตั้งใหม่ได้ โดยสภากรรมการทำหน้าที่จัดการให้บรรล่วัตถุประสงค์ตามกฎหมาย

(2) สำนักงาน มีผู้อำนวยการ (Director) เป็นหัวหน้า สภากรรมการจ้างมาเพื่อดำเนินงานตามที่สภาฯกำหนดและมอบหมาย ปัจจุบันสำนักงาน HSC มีพนักงานจำนวน 9 คน

(3) คณะกรรมการที่ปรึกษา เป็นคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง ซึ่งอาจมีมากกว่า 1 คณะ

(4) กองทุน จัดเป็นหน่วยจัดการรายได้ของ HSC ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากงบประมาณอุดหนุนประจำปี

การดำเนินงานของ HSC ในฐานะองค์กรผู้จัดบริการ/กิจกรรมระดับชาติ (National Provider) จะจัดทุนสนับสนุนแก่การกีฬา ศิลปวัฒนธรรม สื่อโฆษณาเพื่อสร้างค่านิยมที่ถูกต้อง การสื่อข้อมูลข่าวสารอันนำไปสู่

พฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีองค์กรด้านการส่งเสริมสุขภาพองค์กรอื่น ที่ต้องทำงานประสานสอดคล้องกัน ดังนี้

(1) Regional Health Authority (RHA) เป็นองค์กรของรัฐบาล ทำหน้าที่ซื้อบริการประจำแต่ละภาค จึงเรียกว่าองค์กร “ผู้ซื้อ” (Purchaser) มีอยู่จำนวน 4 แห่ง สามารถซื้อบริการได้ทั้งจากภาครัฐและเอกชน รวมทั้งซื้อบริการบางส่วนจาก HSC ด้วย

(2) Crown Health Enterprise (CHE) เป็นองค์กรจัดบริการขายให้กับ RHA จึงเรียกว่าองค์กร “ผู้ขาย” หรือ “ผู้จัดบริการ” (Provider) พัฒนามาจากโรงพยาบาลของรัฐ ปัจจุบันมีความเป็นอิสระ มีจำนวน 23 แห่ง อยู่ตามเมืองต่างๆ ทั่วประเทศนิวซีแลนด์

(3) Public Health Units (คล้ายกับสถานีอนามัย) เป็นองค์กร “ผู้ขาย” หรือ “ผู้จัดบริการ” ให้กับ RHA ในระดับท้องถิ่น

การดำเนินกิจกรรมของ HSC ใช้การตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) เป็นแนวทางหลัก มีเป้าหมายเพื่อสร้างค่านิยมด้านสุขภาพ โดยได้ดำเนินการโครงการหลัก 3 โครงการ ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพลำดับสำคัญของชาติ คือ

(1) โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (Smokefree) ซึ่งมุ่งเน้นที่วัยรุ่นชาวเมารี (Maori) และบุคคลทั่วไป

(2) โครงการรณรงค์ลดอุบัติเหตุจราจร (Street-skills)

(3) โครงการรณรงค์ต่อต้านโรคมะเร็งผิวหนังจากแสงแดด (Sunsmart) เพื่อให้ประชาชนรู้ถึงภัยอันตรายจากแสงแดด

การดำเนินงานของ HSC ผ่านเทคนิคทางการตลาด ได้แก่ การเผยแพร่สัญลักษณ์สุขภาพซึ่งเทียบได้กับการส่งเสริมตราของสินค้า (Brand promotion) การโฆษณาผ่านสื่อสารมวลชน การให้ทุนอุปถัมภ์แก่กิจการกีฬา ศิลปวัฒนธรรมเพื่อเจาะกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนกิจกรรมชุมชนเพื่อสร้างค่านิยมและแนวร่วมระดับชุมชน

นอกจากนี้ HSC ยังให้ทุนอุปถัมภ์ทดแทนทุนอุปถัมภ์จากธุรกิจยาสูบ (Tobacco replacement sponsorships) ในการแข่งขันกีฬาต่าง ๆ แม้ว่าปัจจุบันนิวซีแลนด์จะมีกฎหมายห้ามโฆษณายาสูบแล้วก็ตาม HSC ก็ยังมีหน้าที่จัดทุนอุปถัมภ์ดังกล่าวอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ และในขณะเดียวกัน HSC ก็เห็นว่าเป็นช่องทางที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างค่านิยมด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

### 3.2 แหล่งรายได้

ตามมาตรา 59 ของ Smokefree Environment Act, 1990 กำหนดว่า HSC สามารถมีรายได้เข้ากองทุนจาก 4 แหล่ง คือ

- (1) งบประมาณอุดหนุนรายปี
- (2) ดอกผลของเงินงบประมาณดังกล่าว
- (3) เงินที่ได้รับจากการขายทรัพย์สินของกองทุน
- (4) เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรือมีผู้มอบให้

เงินกองทุนของ HSC ให้ฝากไว้ในบัญชีธนาคารที่ HSC กำหนด โดยต้องแจ้งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นลายลักษณ์อักษร HSC อาจฝากเงินกองทุนส่วนที่ไม่ต้องการใช้ตามวัตถุประสงค์ในทันที ไว้ในบัญชีธนาคารที่มีดอกเบี้ยก็ได้ แต่ไม่มีอำนาจนำเงินไปลงทุน

เงินกองทุนของ HSC ต้องใช้จ่าย ดังนี้

- (1) ตามข้อกำหนดการให้การอุดหนุน (Sponsorship) ที่มีเพื่อส่งเสริมวัตถุประสงค์หลักขององค์กร และ
- (2) เป็นค่าธรรมเนียม, เงินเดือน, เงินสมทบ หรือค่าใช้จ่ายอื่น ที่จ่ายออกหรือเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานตามบทบัญญัติของกฎหมาย



## ตารางที่ 2 รายได้ของ HSC ในปี 1995 -1996

(หน่วย : ล้านดอลลาร์นิวซีแลนด์)

ประเภทรายได้	1995	1996
(1) งบประมาณอุดหนุนประจำปี	5.317	6.824
(2) ดอกเบี้ย	0.007	-
(3) รายได้อื่น ๆ	0.009	0.088
รวม	5.423	6.912

รายได้ส่วนใหญ่ของ HSC มาจากเงินงบประมาณอุดหนุนประจำปี เงินเหลือจ่ายแต่ละปีไม่ต้องส่งคืนรัฐบาล เงินงบประมาณอุดหนุนประจำปีที่ HSC ได้รับจะขึ้นอยู่กับการจัดสรรจากรัฐสภา ดังนั้นความไม่แน่นอนในด้านเงินทุนนี้จึงเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนและการดำเนินงานของ HSC เป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการที่ผูกพันระยะยาว

## 4. ระบบการส่งเสริมสุขภาพในฟินแลนด์

### 4.1 รูปแบบองค์กรและการดำเนินงาน

ปี 1974 ประเทศฟินแลนด์มีนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และได้ออกกฎหมาย Tobacco Control Act, 1976 ซึ่งมีผลบังคับใช้ในปี 1977 โดยมีสาระสำคัญ คือ

(1) รัฐบาลต้องให้ทุนแก่การป้องกันการสูบบุหรี่ สุขศึกษา การให้ข้อมูลแก่สาธารณชน การวิจัย และติดตามผล ทุนดังกล่าวให้ใช้จากรายได้ภาษีสรรพสามิตของบุหรี่อย่างน้อยร้อยละ 0.45

(2) Ministry of Health and Social Affairs และเทศบาลเมืองต่างๆ ต้องร่วมกันดำเนินการตามมาตรการลดการสูบบุหรี่

(3) ควบคุมปริมาณสูงสุดของทาร์ และนิโคตินในบุหรี่

(4) ให้ติดฉลากค่าเตือนบนซองบุหรี่ทุกซอง

(5) จำกัดการวางเครื่องขายบุหรี่อัตโนมัติ

ต่อมาปี 1994 รัฐสภาได้แก้ไขกฎหมาย Tobacco Control Act, 1976 โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ คุ้มครองบุคคลจากการสัมผัสกับการสูบบุหรี่ โดยไม่สมัครใจในที่ทำงานและสถานที่สาธารณะ, ป้องกันวัยรุ่นไม่ให้สูบบุหรี่ และปลอดจากสภาวะแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ กฎหมายในส่วนที่แก้ไขใหม่มีผลบังคับในวันที่ 1 มีนาคม 1995 มีสาระสำคัญ ดังนี้

- กำหนดให้โรงเรียน สำนักงาน การขนส่งสาธารณะ เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่อย่างกว้างขวางขึ้น
- นายจ้างมีหน้าที่ดูแลลูกจ้างให้ปลอดจากการสัมผัสกับการสูบบุหรี่
- ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์บุหรี่ทางอ้อม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมมากขึ้น
- ขยายอายุของผู้ที่ห้ามขายบุหรี่ให้ จากอายุ 16 ปี เป็น 18 ปี
- ห้ามขาย Oral Snuff

หน่วยงานที่ควบคุมดูแลหรือปฏิบัติตามกฎหมายได้แก่หน่วยงานของเทศบาลเมืองต่างๆ ซึ่งปกติได้แก่คณะกรรมการสุขภาพของท้องถิ่น และองค์กรด้านความปลอดภัยในอาชีพของเขต

เมื่อรัฐสภาได้รับบทบัญญัติที่แก้ไขใหม่ของกฎหมายดังกล่าว รัฐสภาได้ร้องขอต่อรัฐบาลให้พัฒนากฎหมายเพื่อกำหนดสถานที่ปลอดบุหรี่ครอบคลุมถึงร้านอาหารต่อไป และรัฐบาลควรศึกษาว่าควันบุหรี่สมควรบรรจุในบัญชีรายชื่อวัตถุที่ทำให้เกิดมะเร็งหรือไม่ นอกจากนี้รัฐบาลควรกั้นงบประมาณหรือทรัพยากรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ และการไม่สูบบุหรี่ให้มากขึ้น โดยจำนวนเงินควรเป็นร้อยละ 1 ของรายได้จากภาษีสรรพสามิตบุหรี่ตามที่องค์กรอนามัยโลกแนะนำ

## 4.2 แหล่งรายได้

ตามกฎหมาย Tobacco Control Act, 1976 กำหนดให้จัดตั้งกอง

ทุน Health Education Fund ขึ้น โดยมีสำนักงานกองทุนสุขภาพศึกษา (Office for Health Education) ทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักในการให้การศึกษาด้านสุขภาพ และให้รัฐจัดสรรงบประมาณรายปีอย่างน้อยร้อยละ 0.5 ของรายได้จากภาษีสรรพสามิตบุหรี่เพื่อดำเนินงานด้านนี้ รวมทั้งมาตรการอื่นในการต่อต้านบุหรี่

สำหรับรายจ่ายของกองทุนทุกปีจะมีการประกาศให้ทุนแก่ผู้ยื่นคำร้องขอสนับสนุน ดังนี้

- (1) ปรมาณร้อยละ 30-40 ของกองทุนจะจัดสรรให้แก่องค์กรอาสาสมัคร
- (2) ปรมาณร้อยละ 10-20 ของกองทุนใช้ในการวิจัยและติดตามผล
- (3) ปรมาณร้อยละ 10 จัดสรรแก่การศึกษาและฝึกอบรม
- (4) และกองทุนที่เหลือ ใช้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการต่างๆ ทางสื่อสารมวลชน และด้านอื่นๆ

นับแต่ใช้กฎหมาย Tobacco Control Act การให้รัฐจัดสรรเงินงบประมาณคิดเป็นเป็นอัตราที่แน่นอนจากรายได้ภาษีสรรพสามิต กลายเป็นแหล่งเงินที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในฟินแลนด์

## 5. ระบบการส่งเสริมสุขภาพ

### ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา

#### 5.1 รูปแบบองค์กรและการดำเนินงาน

การส่งเสริมสุขภาพในรัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นไปตาม California Tobacco Tax and Health Promotion Act, 1988 หรือ Proposition 99 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Revenue and Tax Code of California โดยอยู่ใน Section 30121-30130 กฎหมายนี้ถือเป็นโครงการควบคุมบุหรี่ของรัฐแคลิฟอร์เนีย กำหนดให้จัดตั้งกองทุน Cigarettes and Tobacco Products

Surtax Fund ขึ้นในกระทรวงการคลังของรัฐ (State Treasury) มีรายได้จากภาษีพิเศษที่จัดเก็บจากผู้จำหน่ายบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบตามที่กฎหมายกำหนดซึ่งสามารถนำไปจัดสรรใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

- (1) โครงการสุขภาพในโรงเรียนและชุมชนในเรื่องเกี่ยวกับบุหรี่
- (2) การวิจัยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่

(3) การบริการของแพทย์และของโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถชำระค่าบริการดังกล่าวได้ และผู้ป่วยซึ่งค่าบริการไม่อาจชดใช้ให้โดยประกันสุขภาพเอกชน หรือโดยโครงการประกันสุขภาพที่ได้รับทุนอุดหนุนจากรัฐบาลสหรัฐทั้งหมดหรือบางส่วน

(4) โครงการป้องกันไฟ, อนุรักษ์สภาพแวดล้อม, การคุ้มครอง ฟืนฟูรักษา และเพิ่มจำนวนที่อยู่ของปลา นกน้ำ และสัตว์ป่า, การเพิ่มสวนสาธารณะ และสถานที่พักผ่อนหย่อนใจของรัฐและท้องถิ่น

กองทุน Cigarette and Tobacco Products Surtax Fund ประกอบด้วย 6 บัญชี ดังนี้

(1) บัญชีสุขภาพ (Health Education Account) ซึ่งเป็นบัญชีค่าใช้จ่ายเฉพาะโครงการป้องกันและลดการใช้ (สูบ) บุหรี่ โดยเฉพาะในเด็ก โดยผ่านโครงการสุขภาพของโรงเรียนและชุมชน

(2) บัญชีบริการของโรงพยาบาล (Hospital Services Account) ซึ่งเป็นบัญชีค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ที่ได้รับอนุญาตตาม Health and Safety Code โดยเฉพาะ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ และในกรณีของผู้ป่วยซึ่งค่ารักษาพยาบาลไม่อาจชดใช้ให้โดยประกันสุขภาพเอกชน หรือโดยโครงการประกันสุขภาพที่ได้รับทุนอุดหนุนจากรัฐบาลสหรัฐทั้งหมดหรือบางส่วน

(3) บัญชีบริการของแพทย์ (Physician Services Account) ซึ่งเป็นบัญชีค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการของแพทย์โดยเฉพาะ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่าบริการได้ และในกรณีของผู้ป่วยซึ่งค่าบริการไม่อาจชดใช้

ให้โดยประกันสุขภาพเอกชน หรือโดยโครงการประกันสุขภาพที่ได้รับทุนอุดหนุนจากรัฐบาลสหรัฐทั้งหมดหรือบางส่วน

(4) บัญชีวิจัย (Research Account) ซึ่งเป็นบัญชีค่าใช้จ่ายสำหรับการวิจัยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรืโดยเฉพาะ

(5) บัญชีทรัพยากรสาธารณะ (Public Resources Account) ซึ่งจัดสรรใช้จ่ายในสองเรื่องต่อไปนี้เท่าๆ กัน

- โครงการป้องกัน ฟื้นฟู รักษา และเพิ่มจำนวนที่อยู่ของปลานกน้ำ และสัตว์ป่า โดยการให้ทุนเท่าๆ กัน

- โครงการเพิ่มสวนสาธารณะและที่พักผ่อนหย่อนใจของรัฐและท้องถิ่น

(6) บัญชีที่มีได้จัดแบ่งไว้ (Unallocated Account) ซึ่งต้องจัดสรรใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ใน Section 30122(a)

## 5.2 แหล่งรายได้

ตามกฎหมายมาตรา 30123 กำหนดให้เรียกเก็บภาษี Surtax ดังนี้

(1) ผู้จัดจำหน่ายบุหรื (Cigarettes) ทุกรายในอัตรา 12.5 mills หรือ 0.0125 ดอลลาร์ ต่อบุหรื 1 มวนที่จัดจำหน่าย

(2) ผู้จัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco Products) ทุกราย โดยคิดภาษีบนฐานราคาขายส่งของผลิตภัณฑ์ยาสูบในอัตรากาษิตามอัตราที่ State Board of Equalization กำหนด

เงินที่ได้จากการเรียกเก็บภาษีผู้จัดจำหน่ายดังกล่าว ให้แยกฝากไว้ในแต่ละบัญชีของกองทุน ดังนี้

- (1) บัญชีสุขศึกษา ร้อยละ 20
- (2) บัญชีบริการของโรงพยาบาล ร้อยละ 35
- (3) บัญชีบริการของแพทย์ ร้อยละ 10
- (4) บัญชีวิจัย ร้อยละ 5

(5) บัญชีทรัพย์สินสาธารณะ ร้อยละ 5

(6) บัญชีที่มีได้จัดแบ่งไว้ ร้อยละ 25

**ตารางที่ 3 ประเมินการรายได้เข้ากองทุนตามกฎหมายและวัตถุประสงค์ของการใช้จ่ายเงินในกองทุน Cigarettes and Tobacco Product Sur-tax Fund**

บัญชี	เปอร์เซ็นต์ของกองทุน (ร้อยละ)	รายได้โดยประมาณ (ล้านบาท)	วัตถุประสงค์ในการใช้จ่ายเงินในกองทุน
สุจริตศึกษา	20	294	โครงการสุขภาพของโรงเรียนและชุมชนเพื่อป้องกัน และลดการใช้ (สูบ) บุหรี่โดยเฉพาะในเด็ก
บริการโรงพยาบาล	35	514.4	การดูแลและรักษาของโรงพยาบาลในผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถชำระค่าบริการเอง หรือไม่อาจชดใช้ให้โดยประกันสุขภาพเอกชนหรือรัฐบาล
บริการของแพทย์	10	147	การดูแลและรักษาของแพทย์ต่อผู้ป่วยที่มีสถานะตามกำหนดในบัญชีบริการโรงพยาบาล
วิจัย	5	73.5	วิจัยโรคเกี่ยวกับบุหรี่
ทรัพย์สินสาธารณะ	5	73.5	โครงการป้องกัน ฟันฟู รักษา หรือเพิ่มจำนวนที่อยู่ของปลานกน้ำ และสัตว์ป่า และโครงการเพิ่มสวนสาธารณะ และที่พักผ่อนหย่อนใจของรัฐและท้องถิ่น
บัญชีที่มีได้จัดแบ่งไว้	25	367.5	วัตถุประสงค์ข้างต้น และโครงการป้องกัน

ที่มา: รายงานการวิจัย เรื่องการทบทวนกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพ ของนายศิระ บุญภินันท์

## 6. ระบบการส่งเสริมสุขภาพในประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดาไม่มีกฎหมายจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพโดยตรง แต่มีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ คือ Tobacco Product Control Act, 1988 (TPCA) ซึ่งประกาศใช้เมื่อเดือนมิถุนายน 1988 และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 1 มกราคม 1989 นอกจากนี้ยังมีการควบคุมการสูบบุหรี่โดยมาตรการอื่นๆ อีก เช่น การใช้ภาษีบุหรี่ ซึ่งได้มีการขึ้นภาษีบุหรี่ครั้งสำคัญ ดังนี้

(1) ในปี 1989 จัดเก็บภาษี 2 เซนต์ ต่อ 1 มวน

(2) ในปี 1991 จัดเก็บภาษี 3 เซนต์ ต่อ 1 มวน

การเพิ่มภาษีบุหรื่อดังกล่าว ทำให้ยอดขายบุหรี่ยลดลง แต่ก็ก่อให้เกิดปัญหาการลักลอบนำเข้าบุหรี่โดยไม่เสียภาษีเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้รัฐบาลแคนาดาต้องลดภาษีบุหรี่ยลงในเดือนกุมภาพันธ์ 1994 ทำให้ราคาผลิตภัณฑ์บุหรี่ยลดลงครึ่งหนึ่ง แต่ก็ก่อให้เกิดผลเสีย คือปริมาณการสูบบุหรี่ต่อคนเพิ่มขึ้นมากที่สุดในปี 1994 ในเดือนเดียวกันนี้ รัฐบาลแคนาดาจึงได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแห่งชาติเพื่อต่อต้านการลักลอบนำเข้าบุหรี่ย โดยมีโครงการ Tobacco Demand Reduction Strategy (TDRS) ซึ่งบริหารโดย Health Promotion Branch ของ Health Canada เป็นโครงการหลัก โครงการ TDRS ได้รับทุนจากภาษีเสริม (Surtax) จากกำไรการผลิตบุหรี่ยเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพประมาณปีละ 60 ล้านดอลลาร์ และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานของรัฐบาล จังหวัด เขต องค์กรสุขภาพ และเอกชนที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

การดำเนินกิจกรรมของโครงการ TDRS มี 3 ประเภท ดังนี้

### 6.1 การดำเนินการด้านกฎหมาย

(1) การออกกฎหมาย Tobacco Sales to Young Persons Act,

1994 ใช้บังคับเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 1994 เพิ่มอายุขั้นต่ำของผู้ที่ไม่สามารถขายบุหรี่ให้ได้โดยชอบด้วยกฎหมายจาก 16 ปีเป็น 18 ปี เพิ่มค่าปรับสำหรับการขายแก่ผู้อายุไม่ถึงดังกล่าว (สูงสุด 1,000 ดอลลาร์ สำหรับความผิดครั้งแรก) กำหนดให้ผู้ขายแสดงข้อความว่าการขายบุหรี่ให้โดยไม่ชอบด้วยกฎหมายกำหนดเป็นสิ่งต้องห้ามและจำกัดมิให้มีเครื่องขายบุหรี่อัตโนมัติในบาร์ ร้านอาหาร หรือสถานที่ประเภทเดียวกัน

Health Canada ได้ส่งข้อมูลดังกล่าวแก่ผู้ขายปลีก เจ้าของและผู้ครอบครองเครื่องขายบุหรี่อัตโนมัติให้ทราบในข้อกฎหมาย ข้อมูลดังกล่าวได้แก่สำเนากฎหมายและประกาศแจ้ง (Public Notice) และยังมีหมายเลขโทรศัพท์ให้สอบถามปัญหากฎหมายดังกล่าวได้โดยไม่เสียค่าโทรศัพท์

Health Canada ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายโดยสมัครใจ และได้มีการจ้างผู้ตรวจสอบประมาณ 40 คน เพื่อดูแลการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมบุหรี่ ผู้ตรวจสอบยังทำหน้าที่ทำข้อเท็จจริงจากการร้องทุกข์ของสาธารณชนในเรื่องการขายบุหรี่แก่ผู้เยาว์ด้วย

Health Canada ทำงานร่วมกับจังหวัด และเขต เพื่อพัฒนาข้อตกลงการบังคับตามกฎหมายร่วมกัน ซึ่งจะมีการโอนทรัพยากรสนับสนุนไปยังจังหวัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบของจังหวัดสามารถบังคับตามกฎหมายทั้งของจังหวัดและสหพันธรัฐได้ เพื่อหลีกเลี่ยงการซ้ำซ้อนและป้องกันความสับสนในการทำงาน

(2) ในวันที่ 24 พฤศจิกายน 1994 ร่างกฎหมาย Bill C-11 ผ่านการพิจารณา สำคัญคือห้ามบรรจุบุหรี่ต่ำกว่า 20 มวน/ซอง

(3) ให้ Health Canada ใช้อำนาจตาม Tobacco Products Control Act ต่อไปในเรื่องการห้ามการโฆษณา การควบคุมการส่งเสริมการขาย การปิดฉลาก และการเฝ้าระวังเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บุหรี่



## 6.2 การดำเนินการด้านการวิจัย

TDRS มีกิจกรรมการวิจัยเพื่อเพิ่มความรู้ในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน และความรู้ในปัจจุบันที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ ดังนี้

(1) Health Canada ร่วมมือกับ Statistics Canada เริ่มวิจัยการสูบบุหรี่ในแคนาดา ในเดือนเมษายน 1994 มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ครั้ง และวัดระดับและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปีงบประมาณ 1994/95 ผลของการรวบรวมข้อมูล 2 ครั้งแรกได้เปิดเผยเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 1994 และ 23 พฤศจิกายน 1994 ตามลำดับ

(2) Health Canada ร่วมกับจังหวัด และเขต ศึกษาบทบาทของทิวทัศน์บุหรี่ และผลต่อผู้บริโภคโดยเฉพาะวัยรุ่น ในแง่การตลาด

(3) Health Canada ทำการวิจัยเพื่อตรวจสอบปริมาณนิโคตินในบุหรี่ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดปริมาณนิโคตินในบุหรี่

(4) เริ่มต้นการวิจัยในประเด็นอื่นๆ เช่น อุบัติการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิง

(5) ศึกษาข้อมูลของต่างประเทศ เพื่อให้แคนาดาเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการควบคุมบุหรี่ และเพื่อช่วยพัฒนากลยุทธ์การควบคุมบุหรี่ทั่วโลก

(6) Health Canada ให้ทุนการวิจัยตามโครงการ National Health Research Development Program เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในโครงการให้ความรู้เรื่องบุหรี่ และการหยุดสูบบุหรี่ เพื่อลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงในแคนาดา

## 6.3 การดำเนินการให้การศึกษาและความรู้แก่สาธารณะ

TDRS ทำการรณรงค์ให้การศึกษาและความรู้แก่สาธารณะเพื่อเป็นการเสริมโครงการกฎหมาย และวิจัยของ TDRS ดังนี้

(1) การรณรงค์โดยใช้สื่อมวลชนมีเดีย ซึ่งเริ่มเมื่อเดือนมกราคม 1995 โดยมุ่งให้เกิดความรู้ในผลของการสูบบุหรี่ต่อคนข้างเคียง (Second Hand

Smoke) และส่วนผสมที่มีพิษในบุหรี่

(2) สนับสนุนกิจกรรมชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมบุหรี่ในระดับท้องถิ่น

(3) พยายามเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยเจาะจง โดยแยกตามเพศ อายุ เชื้อชาติ วัฒนธรรม รายได้ การรู้หนังสือ และระดับการเสพยาเสพติด

(4) การเข้าถึงผู้หญิงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีรายได้น้อย วัยรุ่น ชนพื้นเมือง ผู้เพิ่งคลอดลูกคนแรก

(5) รณรงค์เพื่อลดจำนวนผู้ที่ต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ (Environmental Tobacco Smoke) และ

(6) การกระจายข้อมูลไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ทำงานด้านการควบคุมบุหรี่

# 3. วิเคราะห์ ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ในต่างประเทศ

---

## 1. รูปแบบองค์กรและการดำเนินงาน

จากการศึกษาวิเคราะห์ รูปแบบการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 แห่ง ดังได้กล่าวมาแล้ว พบว่า การจัดตั้งองค์กรแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ

### 1.1 แนวทางที่ 1-องค์กรอิสระ

การออกกฎหมายควบคุมบุหรี่ยี่ และกำหนดให้มีองค์กรอิสระทำหน้าที่ ประสานการจัดการกับหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ เพื่อรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ในรัฐวิกตอเรีย และรัฐออสเตรเลียตะวันตก ประเทศออสเตรเลีย

### 1.2 แนวทางที่ 2-หน่วยงานของรัฐ

การออกกฎหมายควบคุมบุหรี่ยี่และกำหนดให้มีหน่วยงานด้าน สาธารณสุขของรัฐทำหน้าที่เป็นองค์กรบริหารการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ระบบการส่งเสริมสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์, ประเทศฟินแลนด์, รัฐ แคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศแคนาดา

## 2. แหล่งรายได้ขององค์กร

จากการศึกษาวิเคราะห์พบว่า แหล่งรายได้ขององค์กรส่งเสริมสุขภาพ 6 แห่ง พบว่ามีแหล่งที่มาของรายได้เพื่อนำไปใช้ดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 แนวทาง คือ

### 2.1 แนวทางที่ 1-จากงบประมาณ

ระบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีแหล่งรายได้จากเงินงบประมาณ ได้แก่ ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศฟินแลนด์

### 2.2 แนวทางที่ 2-จากภาษีสรรพสามิตบุหรี่

ระบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีแหล่งรายได้จากการกำหนดให้กันเงินส่วนหนึ่งจากภาษีบุหรี่เป็นรายได้ขององค์กร (Dedicated Tax) ได้แก่ รัฐวิกตอเรีย และรัฐออสเตรเลียตะวันตก ประเทศออสเตรเลีย

### 2.3 แนวทางที่ 3-จากภาษีพิเศษ

ระบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีแหล่งรายได้จากการจัดเก็บภาษีเสริม (Surtax) ได้แก่ ระบบการส่งเสริมสุขภาพของรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเก็บจากการจำหน่ายบุหรี่ และระบบการส่งเสริมสุขภาพประเทศแคนาดา ซึ่งเก็บจากการกำไรการผลิตบุหรี่

รายละเอียดการเปรียบเทียบรูปแบบขององค์กรและแหล่งรายได้ระบบการส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศปรากฏตามตารางที่ 4

**ตารางที่ 4 เปรียบเทียบรูปแบบองค์กร และแหล่งรายได้ระบวงการส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ**

รัฐ/ประเทศ	กฎหมาย	องค์กร	สถานะขององค์กร	กองทุน	ที่มาของรายได้
1. รัฐวิคตอเรีย/ออสเตรเลีย	Tobacco Act, 1987	Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth)	องค์กรอิสระ	Victorian Health Promotion Fund	1 ใน 15 ของภาษีใบอนุญาตจำหน่าย
2. รัฐออสเตรเลียตะวันตก/ออสเตรเลีย	Tobacco Control Act, 1990	Western Australian Health Promotion Foundation	องค์กรอิสระ	Western Australian Health Promotion Fund	อย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่าธรรมเนียมรวมที่จ่าย ตาม Business Franchise (Tobacco) Act, 1975
3. นิวซีแลนด์	Smoke free Environment Act, 1990	Health Sponsorship Council (HSC)	จัดตั้งเป็นคณะกรรมาธิการหน่วยงานหนึ่งของ Health Ministry	Health Sponsorship Fund	งบประมาณอุดหนุนรายปี

#### ตารางที่ 4 (ต่อ)

รัฐ/ประเทศ	กฎหมาย	องค์กร	สถานะขององค์กร	กองทุน	ที่มาของรายได้
4. ฟินแลนด์	Tobacco Control Act, 1976	Office for Health Education	หน่วยงานหนึ่งของ Health Ministry	Office for Health Education Fund	รัฐจัดสรรงบประมาณรายปี อย่างน้อยร้อยละ 0.5 จากภาษีสรรพสามิตบุหรี่
5. รัฐแคลิฟอร์เนีย/สหรัฐอเมริกา	California Tobacco Tax and Health Promotion Act, 1988 หรือ Proposition 99 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Revenue and Tax Code of California, Section 30121 - 30130	-	หน่วยงานหนึ่งของกระทรวงการคลังของรัฐ (State Treasury)	Cigarettes and Tobacco Products Surtax Fund	เก็บภาษีเสริม (Surtax) -จากผู้จัดจำหน่ายบุหรี่ในอัตรา 12.5 mills หรือ 0.0125 ดอลลาร์ต่อบุหรี่ 1 มวน -จากผู้จัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์กันภัยสูบ ในอัตราที่ State Board of Equalization กำหนดบนฐานของราคาขายส่ง

#### ตารางที่ 4 (ต่อ)

รัฐ/ประเทศ	กฎหมาย	องค์กร	สถานะของ องค์กร	กองทุน	ที่มา ของรายได้
6. แคนาดา	Tobacco Product Control Act, 1988 ควบคุมการสูบบุหรี่ โดยโครงการ Tobacco Demand Reduction Strategy -TDRS	Health Promotion Branch ของ Health Canada	หน่วยงานหนึ่ง ของกระทรวง สาธารณสุข	ไม่มี	เก็บภาษีเสริม (Surtax) จากกำไรการผลิตบุหรี่ (ประมาณร้อยละ 60 ล้าน ดอลลาร์แคนาดา)

### 3. ผลดี-ผลเสียของการมีแหล่งรายได้ มาจากเงินงบประมาณอุดหนุนประจำปี

จากการศึกษาวิเคราะห์ตัวอย่างในต่างประเทศพบว่า การกำหนดให้องค์กรส่งเสริมสุขภาพมีแหล่งรายได้มาจากเงินงบประมาณอุดหนุนประจำปีก่อให้เกิดผลดี-ผลเสีย ดังนี้

#### 3.1 ผลดี

- (1) ทำให้รัฐบาลสามารถควบคุมรายได้-รายจ่ายของรัฐบาลได้
- (2) ทำให้การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายให้แก่กิจกรรมต่างๆ ของรัฐเป็นไปตามลำดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมที่ควรจะเป็น

#### 3.2 ผลเสีย

- (1) การได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นปีๆ ไปทำให้ขาดความแน่นอนของงบประมาณ องค์กรส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถวางแผนรณรงค์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระยะยาวอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพได้
- (2) ความไม่แน่นอนของงบประมาณ และการขาดความต่อเนื่องของโครงการ ส่งผลกระทบต่อให้หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เข้าร่วมดำเนินการขาดความมั่นใจ และเกิดความไม่มั่นคงในการดำเนินการ
- (3) หากดำเนินงานโดยใช้ระบบราชการจะต้องใช้งบประมาณในการบริหารจัดการสูง ไม่เป็นการประหยัด เพราะมีขั้นตอนและระเบียบการดำเนินงานมากมาย

### 4. ผลดี - ผลเสียของการมีแหล่งรายได้ โดยการผูกพันภาษีหรือเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การผูกพันภาษีหรือเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการกันเงินส่วนหนึ่งจากภาษีหรือให้เป็นรายได้ของ



องค์กร หรือการจัดเก็บภาษีเสริม (Surtax) จะก่อให้เกิดผลดี-ผลเสีย ดังนี้

#### 4.1 ผลดี

(1) การผูกพันภาษีบุหรีเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยกระตุ้นประชาชนให้ตระหนักถึงภาระของสังคมที่มีสาเหตุมาจากสินค้าอันตรายนี้ และสร้างความเข้าใจว่าสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมิใช่เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่ก่อให้เกิดภาระต่อสังคม (ในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด) ความตระหนักนี้จะช่วยจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกับการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

(2) การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากบุหรีเป็นปัญหาที่ทั่วโลกยอมรับ และเป็นปัญหาที่เป็นภาระต่อสังคมสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาที่เกิดจากสุราหรือสินค้าอื่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นแม้จะผูกพันภาษีจากบุหรีเพียงอย่างเดียวเพื่อนำเงินมาใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพก็เป็นวิธีการที่เข้าใจและยอมรับได้ดังเช่นในกรณี VicHearth ในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย และอีกหลายๆ ประเทศ

(3) การกั้นเงินภาษีบุหรีมาใช้จ่ายดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเป็นการเฉพาะ จะทำให้สถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพมีแหล่งรายได้ที่แน่นอน ทำให้การดำเนินกิจกรรมมีความต่อเนื่อง สามารถวางแผนระยะยาว รวมทั้งยังสร้างความมั่นใจ และความร่วมมือจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ

#### 4.2 ผลเสีย

(1) การกำหนดให้มีการผูกพันภาษีบุหรีเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพอาจไม่เป็นธรรมกับกลุ่มประชาชนที่เสียภาษีดังกล่าว เพราะได้มีการนำเงินภาษีดังกล่าวไปส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากบุหรีด้วย

(2) การกำหนดให้องค์กรส่งเสริมสุขภาพ มีรายได้ในลักษณะ Dedicated tax ดังกล่าวอาจทำให้กระบวนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายโดย

รวมเบี่ยงเบนไปได้

(3) อาจเป็นตัวช่วยให้มีการกันเงินภาษีเพื่อกิจกรรมหรือโครงการประเภทอื่นๆ อีก ซึ่งจะทำให้การควบคุมรายได้-รายจ่ายของรัฐเสียระบบไปได้ หากมีการกันเงินภาษีมากประเภทขึ้น

## 5. ผลประโยชน์คุ้มค่าต่อการลงทุน ขององค์กรส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตระหนักถึงปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น และเมื่อพิจารณาจากผลสัมฤทธิ์ของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่จากประสบการณ์ประเทศต่างๆ เช่น ดัชนีพฤติกรรมสุขภาพของชาววิกตอเรียดีขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ VicHealth เริ่มดำเนินงาน อัตรการสูบบุหรี่ของชาวแคลิฟอร์เนียลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา และต่ำกว่าอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยของประเทศสหรัฐอเมริกา องค์การอนามัยโลกจึงสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกพิจารณาจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี

จากการเดินทางไปศึกษาดูงานระบบการส่งเสริมสุขภาพ ณ Health Sponsorship Council ประเทศนิวซีแลนด์ และ VicHealth รัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งมีหัวข้อสำคัญของการศึกษาดูงานจากทั้ง 2 องค์กร ดังนี้

- (1) การดำเนินงานขององค์กรที่เป็นรูปธรรม
- (2) รูปแบบองค์กรและการดำเนินงาน
- (3) ประโยชน์คุ้มค่าต่อการลงทุนของโครงการ
- (4) แหล่งรายได้ขององค์กร
- (5) ข้อดีข้อเสียของการกำหนด Dedicated Tax
- (6) ปัญหาและอุปสรรคในช่วงแรกของการดำเนินการ

คณะผู้ศึกษาดูงานพบว่าการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพก่อให้เกิดผลประโยชน์คั่งค่าต่อการลงทุน ทั้งของ HSC ประเทศนิวซีแลนด์ และกรณี VicHealth ของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย โดยอาศัยหลักฐานและข้อสนับสนุน คือ

- ประสพการณ์จากกรณีตัวอย่างหรือกรณีศึกษา
- ทฤษฎีหรือหลักการพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์
- รายงานการวิจัย/การศึกษาเฉพาะเรื่อง
- การคาดคะเนจากเงื่อนไข ข้อสมมติที่ใกล้เคียงต่อสถานการณ์จริง

ปรากฏตัวชี้วัดที่สามารถพิจารณาได้ ดังนี้

### (1) ผลต่อคุณภาพชีวิต

VicHealth ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับปรุงสุขภาพของชาวรัฐวิกตอเรีย โดยสามารถลดอัตราของโรคภัยและลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดอัตราอุบัติเหตุลงอย่างรวดเร็ว อัตราการสูบบุหรี่ของชาววิกตอเรียลดลงในช่วงปี 1990-1995 ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย ซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมรณรงค์ของ VicHealth สถานะทางโภชนาการของชาววิกตอเรียดีขึ้นชัดเจน กล่าวคือ รับประทานอาหารที่มีคุณค่า ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวและน้ำตาล เพิ่มการบริโภคผลไม้และผักมากขึ้น พฤติกรรมการปกป้องผิวจากแสงอาทิตย์เพื่อป้องกันโรคมะเร็งผิวหนังเพิ่มมากขึ้นกว่าร้อยละ 50 หากเปรียบเทียบกับรัฐและเขตอื่นๆ รัฐวิกตอเรียมีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย โดยวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีจำนวนน้อยลง การดื่มแอลกอฮอล์ก็น้อยลงโดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งลดการดื่มลงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราเฉลี่ยของทั้งประเทศ และรัฐวิกตอเรียมีนักดื่มที่อยู่ในสภาวะเสี่ยงน้อยลงกว่ารัฐอื่น ความอ้วนก็ต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศ ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกายและการเล่นกีฬา ประชากรของรัฐวิกตอเรียออกกำลังกาย

กายมากกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศ และใน 5 ปีที่ผ่านมา การเดินเพื่อออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรทุกวัย แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของชาวรัฐวิกตอเรียจะมีอายุยืนกว่าระดับเฉลี่ยของประเทศ

สำหรับกรณี HSC ประเทศนิวซีแลนด์ จากการสร้างความตื่นตัวในสังคม การใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่ และการเพิ่มอัตราภาษีบุหรี่ ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ในนิวซีแลนด์ลดลง และลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ลงได้จำนวนมาก โดยเฉพาะคนพื้นเมืองชาวเมารี ผลของการส่งเสริมสุขภาพของ HSC จึงกล่าวได้ว่าทำให้ชาวนิวซีแลนด์มีชีวิตยืนยาวขึ้น

## (2) ผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ

การลงทุนส่งเสริมสุขภาพผ่านองค์กร VicHealth ในรัฐวิกตอเรีย และ HSC ในประเทศนิวซีแลนด์ ได้สร้างผลดีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและผลทางเศรษฐกิจ คือ

- เพิ่มผลผลิตจากการที่ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น (Production Benefit)
- เพิ่มคุณภาพชีวิตจากการไม่เจ็บป่วย (Pleasure Benefit) ซึ่งอาจแปรเป็นหน่วยวัดทางการเงินได้
- ประหยัดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Cost Saving) ทำให้รัฐบาลและประชาชนสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลงได้จำนวนมาก

## (3) ผลต่อความเป็นธรรมในสังคม

การส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางดังกล่าว ได้พัฒนาวิถีชีวิตเข้าถึงกลุ่มที่ด้อยโอกาสในสังคม อาทิ กลุ่มชนพื้นเมือง ชุมชนชนบท กลุ่มผู้ยากไร้ กลุ่มผู้พิการ ผ่านกิจกรรมทางวัฒนธรรม การพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น โดยส่งเสริมบทบาทและองค์กรเป้าหมายโดยเจาะจงถึงกลุ่มด้อยโอกาสเหล่านี้ได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น และมีผลทำให้เกิดความเป็นธรรมในสังคมมากยิ่งขึ้น

# 4. ระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประเทศไทย

## 1. รูปแบบขององค์กรและการดำเนินงาน

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบขององค์กรและการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพ ทำนอง VicHealth ซึ่งเป็นองค์กรประสาน-จัดการที่มีความยืดหยุ่น มีอิสระและคล่องตัวในการดำเนินงานระดับหนึ่ง และมีสถานะที่สร้างความมั่นใจแก่องค์กรผู้ร่วมงาน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน จึงสมควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดยตราเป็นพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. .... และมีสำนักงานกองทุนฯ ทำหน้าที่ประสาน-จัดการ โดยมีคณะกรรมการกองทุนฯ ทำหน้าที่กำหนดกรอบนโยบายและควบคุมการดำเนินงาน มีผู้อำนวยการสำนักงานฯ เป็นผู้บริหารกิจการให้เป็นไปตามนโยบาย ทำนองรูปแบบของ VicHealth จะทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพมากกว่าการดำเนินกิจกรรมเอง เช่น HSC ซึ่งประสบผลสำเร็จไม่มากนัก

## 2. แหล่งรายได้ขององค์กร

จากการศึกษาพบว่า แหล่งรายได้ของกองทุนฯ มี 2 ส่วน คือ ส่วนหนึ่งมาจากภาครัฐบาล และอีกส่วนหนึ่งมาจากภาคเอกชน แต่แหล่งรายได้หลักของกองทุนฯ ควรมาจากภาครัฐบาล ซึ่งอาจมาได้จากหลายทางสรุปได้ดังนี้

(1) งบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งจะได้รับการจัดสรรอย่างน้อยแค่

ไหนดำเนินไปตามกระบวนการงบประมาณ

(2) Earmark Tax คือ

- งบประมาณประจำปีแต่คิดเป็นร้อยละของภาษี
- ขอแบ่งรายได้ภาษีสรรพสามิตโดยกำหนดเป็นอัตราจากภาษีที่จัดเก็บได้ ให้เข้าเป็นรายได้กองทุนฯ
- ออกกฎหมายจัดเก็บภาษีเสริม (Surtax) บนภาษีสรรพสามิต สินค้าที่ก่อให้เกิดโทษต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงผลดี-ผลเสีย โดยอิงกับหลักการของต่างประเทศแล้ว มีความเห็น ดังนี้

## 2.1 หลักการทั่วไป

เห็นว่าแหล่งรายได้ของกองทุนฯ ควรมาจากเงินภาษีบุหรี่ ด้วยเหตุผล คือ

(1) การผูกพันภาษีบุหรี่เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง สามารถกระตุ้นประชากรให้ตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่ ซึ่งเป็นเหตุที่ก่อให้เกิดความเสื่อมแห่งสุขภาพ และเกิดภาวะต่อสังคม

(2) การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากบุหรี่เป็นปัญหาใหญ่ทั้งในระดับโลกและระดับท้องถิ่นที่ทุกคนยอมรับ ดังนั้นแม้จะเชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพกับภาษีจากบุหรี่เพียงอย่างเดียว ไม่รวมถึงสุราหรือสินค้าอื่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ วิธีการนี้ก็ยังเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

(3) การมีแหล่งรายได้ที่แน่นอนระดับหนึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของกองทุนฯ ที่จะจัดตั้งขึ้น มิฉะนั้นแล้วการดำเนินงานจะมุ่งเฉพาะผลระยะสั้นเป็นปีๆ ไป ไม่สามารถจัดทำโครงการระยะยาวที่ต้องดำเนินการโดยต่อเนื่องได้ รวมทั้งจะทำให้ไม่ได้รับความมั่นใจและความร่วมมือจากองค์กรที่เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยเท่าที่ควร หากขาดความแน่นอนและต่อเนื่องในด้านรายได้

## 2.2 รูปแบบที่ควรนำมาใช้ในประเทศไทย

ปัจจุบันมีการจัดเก็บภาษีอากรจากบุหรี่หรือยาสูบในประเทศไทย ดังนี้

- (1) ภาษีขาเข้ายาสูบ จัดเก็บในอัตราร้อยละ 60 ของราคา ซี.ไอ.เอฟ.
- (2) ภาษีค่าแอสแตมปียาสูบ จัดเก็บในอัตราร้อยละ 62 ของราคาขาย ณ โรงงานอุตสาหกรรมกรณีผลิตในประเทศไทย และของราคา ซี.ไอ.เอฟ. บวก ภาษีขาเข้าและค่าธรรมเนียมอื่นๆ ในกรณีนำเข้า (ซึ่งรวมค่าแอสแตมปียาสูบ ที่ต้องชำระด้วย)
- (3) ภาษีมูลค่าเพิ่ม จัดเก็บในอัตราร้อยละ 10 ของมูลค่าเพิ่ม (กรณี นำเข้าใช้ราคา ซี.ไอ. เอฟ. ของสินค้าบวกด้วยภาษีขาเข้า ภาษีสรรพสามิต ค่าธรรมเนียมพิเศษ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน และค่าธรรมเนียมอื่น ถ้ามี)

นอกจากนี้ยังมีภาษีค่าแอสแตมปียาสูบเพื่อมหาดไทย ซึ่งอยู่ระหว่างการออกพระราชบัญญัติจัดสรรเงินค่าแอสแตมปียาสูบ ซึ่งจะกำหนดให้จัดเก็บอีกร้อยละ 10 บนฐานภาษีค่าแอสแตมปียาสูบ และให้ถือเป็นรายได้แก่ท้องถิ่น ปัจจุบันกฎหมายนี้อยู่ระหว่างดำเนินการเสนอรัฐสภาพิจารณา

จากโครงสร้างภาษีบุหรี่ข้างต้น ภาระภาษีอากรรวมของบุหรี่หรือยาสูบ ได้มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปี 2531-2541 หลายครั้งจนถึงปัจจุบันภาระภาษีอากรรวมอยู่ในอัตราร้อยละ 486.66 ของราคา ซี.ไอ.เอฟ. รายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 5

**ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงภาวะภาษีอากรบุหรี่หรือยาสูบปี 2538-2541**

หน่วย : ร้อยละ

C.I.F.	อากร		ภาษี		ภาษี		รวม	% เปลี่ยนแปลง	วันเริ่มบังคับใช้
	อัตรา	ภาระ	สรรพสามิต		มูลค่าเพิ่ม				
			อัตรา	ภาระ	อัตรา	ภาระ			
100	30	30	62	212.11	7	23.95	266.06	-	มค. 38
100	30	30	68	276.25	7	28.44	334.69	25.79	29 ตค. 39
100	30	30	68	276.25	10	40.63	346.88	3.64	16 สค. 40
100	30	30	70	303.33	10	13.33	376.66	8.59	14 ตค. 40
100	60	60	70	373.33	10	53.33	486.66	29.20	25 กพ. 41

หมายเหตุ: การเก็บภาษีเสริมให้ราชการส่วนท้องถิ่นอีกร้อยละ 10 ของภาษียาสูบอยู่ระหว่างการดำเนินการออกพระราชบัญญัติเพื่อให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

ที่มา: กองนโยบายภาษี ฝ่ายนโยบายภาษีสินค้าและบริการ, 25 กุมภาพันธ์ 2541

หากจะพิจารณาจัดเก็บภาษีเสริมบนภาษีบุหรี่เพื่อเป็นรายได้ของสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพอีกชั้นหนึ่ง จะทำให้ระบบภาษีมีความยุ่งยาก และขณะเดียวกันจะทำให้ภาระภาษีอากรรวมเพิ่มสูงขึ้นมาก ดังนั้นจึงเห็นว่าในกรณีของประเทศไทยนั้น ควรกำหนดให้ใช้วิธีกันออกมาเป็นรายได้ของกองทุนฯ จากส่วนของภาษีค่าแสตมป์ยาสูบ โดยตราบทบัญญัตินี้ไว้ในกฎหมายจัดตั้งกองทุนฯ ทั้งนี้โดยมีหลักการสำคัญให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังหักเงินค่าแสตมป์ยาสูบไว้เพื่อส่งเข้ากองทุนฯ โดยไม่ต้องนำเงินส่งคลังเป็นรายได้ของแผ่นดินในจำนวนที่เห็นสมควรเป็นปีๆ ไปแต่ไม่เกินร้อยละ X ของภาษีค่าแสตมป์ยาสูบ ทั้งนี้เพื่อว่าการจัดสรรเงินจะได้เป็นไปตามสภาพเศรษฐกิจของประเทศและความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมของกองทุนฯ



## 2.3 ประเมินการรายได้ของกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

การกั้นเงินจากภาษีค่าแอสแตมปียาสูบ หากคิดเป็นร้อยละ 1-5 ของภาษีค่าแอสแตมปียาสูบให้เป็นรายได้ของกองทุนฯ จะทำให้กองทุนฯ มีรายได้สูงขึ้น ดังนี้

**ตารางที่ 6 ประเมินการรายได้ของกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ กรณีคิดเป็นร้อยละของภาษีค่าแอสแตมปียาสูบ**

(หน่วย : ล้านบาท)

ปีงบประมาณ	ภาษียาสูบ	1%	2%	3%	4%	5%
2538	20,717.2	207	414	622	829	1,036
2539	24,057.2	241	481	722	962	1,203
2540	26,500.0	265	530	795	1,060	1,325

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะว่า การลงทุนเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยมาตรการนอกระบบบริการ ควรอยู่ในระดับร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสาธารณสุข ซึ่งงบประมาณด้านสาธารณสุขในปี 2539 เท่ากับ 64,452.2 ล้านบาท ปี 2540 เท่ากับ 75,885.7 ล้านบาท คิดเป็นเงินงบประมาณของกองทุนฯ ประมาณ 600-700 ล้านบาทต่อปี

## 3. รายจ่ายขององค์กร

จากการศึกษาของ ดร.สุภกร บัวสาย ได้เสนอว่า กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพควรใช้จ่ายเงินผ่านกลวิธีหลักในการส่งเสริมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- (1) การรณรงค์ เน้นป้องกันโรคและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อภาวะ

ระดับสูงต่อสังคม ได้แก่ อุบัติเหตุ ยาสูบ/สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศ อาหาร การขาดการออกกำลังกาย และการขาดการตรวจกรองโรคที่ป้องกัน ได้ระยะเริ่มต้น ทั้งนี้โดยสนับสนุนให้องค์กรชุมชน องค์กรสุขภาพ และองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์เป็นผู้ดำเนินงาน โดยใช้งบประมาณปีละ 210 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 30

(2) เน้นกลุ่มโอกาสเสี่ยงสูง แผนงานและงบประมาณจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มโอกาสเสี่ยงสูงต่อโรคภัยไข้เจ็บ เนื่องจากกลุ่มนี้มักมีปัญหาสุขภาพที่หนักกว่าและมีโอกาสช่วยตนเองได้น้อยกว่าประชาชนทั่วไป กลุ่มเหล่านี้ อาทิ ผู้ยากไร้ คนชรา เยาวชน สตรี โดยใช้งบประมาณปีละ 140 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 20

(3) พัฒนาเครือข่ายองค์กรเอกชน องค์กรชุมชน และบทบาทประชาชน ด้านทักษะความสามารถ การค้นหาความรู้/ข้อมูล การบริหารจัดการซึ่งองค์กรเหล่านี้ถือเป็นจักรกลของการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทของสังคม ชุมชน ตลอดจนถึงตัวประชาชนมิใช่เป็นเพียงงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยใช้งบประมาณปีละ 140 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 20

(4) กระตุ้นสังคม ใช้ระบบสื่อสารมวลชนเป็นตัวกลางสร้างความตระหนัก ทศนคติ และการยอมรับวิถีปฏิบัติที่เอื้อต่อการใช้สุขภาพดีไปสู่ประชาชนในวงกว้าง และใช้กิจกรรมสันตนาการ (เช่น กีฬา ศิลปวัฒนธรรม) เป็นตัวกลางไปสู่ประชาชนกลุ่มเฉพาะ (เช่น ท้องถิ่น กลุ่มวัยรุ่น เกษตรกร คนงาน) ทั้งนี้โดยอาศัยการให้ทุนอุปถัมภ์กิจกรรม โดยใช้งบประมาณปีละ 105 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 15

(5) ส่งเสริมการเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม สนับสนุนให้มี “องค์กรกลาง” ระหว่างผู้บริโภค ผู้จัดการบริการ ผู้จ่ายค่าบริการ และองค์กรควบคุม ทำหน้าที่ประสานความเข้าใจ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และให้คำ

ปรึกษาเพื่อการเลือกใช้บริการอย่างสมเหตุสมผล โดยใช้งบประมาณปีละ 35 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 5

(6) ระบบจัดการ พัฒนาองค์ความรู้ การวางแผนงาน การประเมินผล และจัดระบบสนับสนุนทุนที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การจัดระบบกระจายและควบคุมงาน แผนงาน การค้นคว้า วิจัย ฐานข้อมูล โดยใช้งบประมาณปีละ 70 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 10

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 700 ล้านบาทต่อปี ซึ่งเมื่อคิดย้อนกลับไป ก็จะเป็นเงินร้อยละ 0.92 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขปี 2540 ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราร้อยละ 1 ที่องค์การอนามัยโลกเสนอ

(รายละเอียดเกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ มีอยู่ในบทความเรื่อง “กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย” ซึ่งเป็นบทที่ 2 ของหนังสือเล่มนี้)

## 5. สรุป

---

โดยที่สุขภาพเป็นพื้นฐานของคุณภาพชีวิตที่ดี และถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน รัฐบาลจึงมีหน้าที่สำคัญที่จะต้องกระตุ้นให้ประชาชนมีจิตสำนึกและช่วยกันรักษาสุขภาพทั้งของตนเองและของผู้อื่น ซึ่งจะทำให้ประชาชนและรัฐบาลสามารถประหยัดเงินในการรักษาสุขภาพได้จำนวนมาก และจากการศึกษาระบบการส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศพบว่า การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์กรอิสระ ทำหน้าที่ประสานจัดการการส่งเสริมสุขภาพ โดยการผูกพันกับภาษีหรือ เพื่อให้องค์กรมีแหล่งรายได้ที่แน่นอน จะก่อให้เกิดผลดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

(1) การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะดังกล่าว สามารถสร้างฐานความร่วมมือขนาดใหญ่ เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นหลักประกันให้หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมในระยะยาวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้การส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ

(2) การผูกพันภาษีหรือเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ สามารถสร้างมโนธรรมและกระตุ้นประชาชนให้ตระหนักถึงภาระของสังคมที่มีสาเหตุมาจากสินค้าอันตรายนี้ และสร้างความเข้าใจว่าสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมิใช่เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่ก่อให้เกิดภาระต่อสังคม ความตระหนักนี้อาจเสริมหรือจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกับการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

(3) การกำหนดให้โครงสร้างองค์กรของกองทุนฯ มีขนาดเล็กและคล่องตัว ปลอดจากระเบียบเต็มรูปแบบของระบบราชการ ทำให้เอื้อต่อการดำเนินภารกิจประสาน-จัดการ มีความเป็นอิสระ สามารถดำเนินงานได้โดยไม่มีขั้นตอนมากมาย ทำให้กองทุนฯ บริหารจัดการได้ด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าระบบราชการ

(4) การจัดตั้งกองทุนฯ เพื่อรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในลักษณะดังกล่าว จะมีผลสัมฤทธิ์ต่อต้นทุนสูง สามารถใช้ควบคุมโรคภัยไข้เจ็บ ลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระแก่สังคมได้ในระยะยาว และยังมีส่วนช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งกำลังเพิ่มสูงขึ้น ให้ลดต่ำลงด้วย

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพดังได้กล่าวมาแล้ว แม้วาระบบของต่างประเทศจะเป็นระบบที่ดีและมีประสิทธิภาพ แต่การนำระบบดังกล่าวมาใช้ในประเทศไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการตรวจสอบการดำเนินงานและระบบการประเมินผลงานที่ดีและมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการทุจริต เพราะการที่รัฐบาลจะให้การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้อำนาจแก่กองทุนฯ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างอิสระและยืดหยุ่น และมีการผูกพันภาษีหรือให้เป็นรายได้ของกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผลงานมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจัง และจะต้องอาศัยความร่วมมืออย่างเสมอภาคและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างต่อเนื่องจากหลายฝ่าย หลายองค์กร ในทุกระดับ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนเอง ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินกิจกรรมหรือการตรวจสอบการดำเนินการของกองทุนฯ เพื่อส่งผลให้การดำเนินมาตรการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยประสบความสำเร็จได้ดังเช่นที่นานาประเทศได้ดำเนินการมาแล้ว

## บรรณานุกรม

### หนังสือและบทความ

ปีเตอร์ ทอมป์สัน. “การกำหนดภาษียาสูบบางส่วนเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ.”

ใน *การส่งเสริมสุขภาพตามวิถีทางของ VicHealth* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาาระบบ” วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. *กองทุนส่งเสริมสุขภาพ: ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของประชาชนไทย*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง “วิสัยทัศน์และการปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย” ณ โรงแรมรอยัลซิติ้ กรุงเทพฯ จัดโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วันที่ 15 พฤษภาคม 2539.

ศิระ บุญภินันท์. *การทบทวนกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพ*. รายงานการวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540  
Health Sponsorship Council. *Report of the Health Sponsorship Council 1990*. 1990.

Kaemthong Indaratna. *Victorian Health Promotion Foundation: A Model of Health Promotion*. Centre for Health Economic, Faculty of Economic, Chulalongkorn University.

Neville Norman. *A Considerable Success, An Economic Evaluation of the Victorian Health Promotion Foundation, 1987-1992*.

Rhonda Galbally. *The Victorian Health Promotion Foundation: An Overview*. Seventh National Health Promotion Conference, Brisbane 1995.

Rhonda Galbally. *Setting Up A Health Promotian*. Brisbane 1994.

VicHealth. *Healthy Victorians 2000, Achievements for Health Promotion in Victoria, Trends in Lifestyles in Victoria, 1989-90 to 1994-95*. Brisbane.

VicHealth. *Health Promotion - The VicHealth Way*. Brisbane.

VicHealth. *Health Promotion Foundations Effective Health Economically Responsibly*. Brisbane.

Victorian Health Promotion Foundation. *VicHealth Annual Report 1996*. Brisbane

### **กฎหมาย**

Business Franchise (Tobacco) Act, 1974 (Victoria, Australia).

California Tobacco Tax and Health Promotion Act, 1988  
(Proposition 99) (California, U.S.A.).

Revenue and Tax Code of California (California, U.S.A.).

Smoke-free Environment Act, 1990 (New Zealand).

Tobacco Tax, 1987 (Victoria, Australia).

Tobacco Control Act, 1990 (Finland).

Tobacco Control Act, 1990 (Western Australia, Australia).