พิมพ์ครั้งที่ 2

กำเนิด กองทุน สสส.

ผู้เขียน : ปาริชาต ศิวะรักษ์
บรรณาธิการ : ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

กำเนิด กองทุน สสส.

ผู้เขียน : ปาริชาต ศิวะรักษ์
บรรณาธิการ : ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กำเนิดกองทุน สสส.

ผู้เขียน : ปาริชาต ศิวะรักษ์
บรรณาธิการ : ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

จัดพิมพ์ครั้งที่ 1 โดยความร่วมมือระหว่าง
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
และองค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อ พฤศจิกายน 2545
จัดพิมพ์ครั้งที่ 2 โดย
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
เมื่อ สิงหาคม 2546
พิมพ์ที่ : อุษาการพิมพ์ กรุงเทพฯ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
ปาริชาต ศิวะรักษ์.
กำเนิดกองทุน สสส.--พิมพ์ครั้งที่ 2.--กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2546.
112 หน้า
1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. I. ชื่อเรื่อง
362.10425
ISBN 974-91446-3-5

คำ นำ (จัดพิมพ์ครั้งที่ 1)

ในภาษาจีน มีอักษรตัวหนึ่งที่สื่อความหมายว่า "วิกฤต" ในขณะเดียวกัน ตัวอักษรนี้ก็แปลว่า "โอกาส" ได้ด้วย วิกฤตคือโอกาส จึงกลายเป็นวลีที่พูดติดปากคนทั่วไป สะท้อนให้เห็นความเป็นทวิลักษณ์ของทุกสิ่งในธรรมชาติ

สุราและยาสูบในด้านหนึ่งเป็นสินค้าทำลายสุขภาพ และรายได้จากสองสิ่งนี้ก็เปรียบเสมือนยาเสพติดของรัฐบาล เพราะเป็นแหล่งรายได้ที่หาง่ายและเป็นกอบเป็นกำ จนทำให้ไม่มีรัฐบาลไหนในโลกยอมสลัดทิ้ง ทำให้การขจัดสุราและยาสูบให้หมดไปจากสังคมเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้

อย่างไรก็ตามเมื่อมองในมุมกลับ มีคนหัวใสเห็นว่ารายได้ของรัฐจากสุราและยาสูบควรจะถูกแปลงเป็นทุนสำหรับการสร้างสุขภาพ จึงมีการผลักดันให้รัฐบาลนำภาษีจากสุราและยาสูบส่วนหนึ่งมาตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมหรือเงื่อนไขที่เป็นคุณต่อสุขภาพโดยอาศัยเหตุผลที่ว่าสินค้าสองชนิดนี้ทำลายสุขภาพ รัฐในฐานะผู้ปกป้องประโยชน์ของประชาชนสมควรนำรายได้ส่วนหนึ่งจากภาษีสุราและยาสูบ (ภาษีบาป) มาลดทอนผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

การผลักดันให้เกิดกองทุนสร้างสุขภาพจากภาษีบาป นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมอันมีความหมายมากต่อสุขภาพของคนไทย เส้นทางเดินนับจากกำเนิดแนวคิดจนถึงกำเนิดกองทุนฯ เป็นเส้นทางที่ยาวไกลและคดเคี้ยว มีเรื่องราวมากมายน่าศึกษา หากเปรียบโลกเหมือนโรงละครเรื่องราวนี้ก็มีตัวละครที่น่าสนใจมากมายให้ศึกษา และยึดถือเป็นแบบอย่างอย่างเช่น หมอที่หันมาเล่นบทนักล้อบบี้มือฉกาจ นักการเมืองที่หันมาเป็นวิศวกรสังคม นักบริหารการคลังที่เคร่งครัด แต่กลับยืดหยุ่นต่อวินัยการคลังเพื่อเปิดโอกาสให้สังคมได้ทดลองนวัตกรรม....

บทบาทของตัวละครเหล่านั้นทำให้เห็นสัจธรรมที่ว่า "คนเราแม้อยู่บนโลกใบเดียวกัน แต่โลกของเราอาจต่างกัน เพราะเราต่างมองโลกผ่านแว่นตาคนละสี" เมื่อเราได้ลองสวมแว่นของผู้อื่น พลันโลกของเราก็อาจกลายเป็นโลกของเขา นั่นคือ เราได้เห็นโลกคล้ายคลึงกันและนำไปสู่ความมุ่งมั่นดัดแปลงโลกร่วมกัน... ไม่ใช่เพียงเพื่อตัวเรา แต่เพื่อเพื่อนร่วมโลกของเราทุกคนทั้งในวันนี้และวันหน้า

ด้วยความตระหนักถึงคุณค่าของการเรียนรู้อันเป็นธรรมชาติพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เพื่อที่จะสามารถปรับตัวท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่อยู่นิ่ง มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติในนามเครือข่ายวิจัยสุขภาพโดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) จึงทาบทามคุณปาริชาต ศิวะรักษ์ นักวิชาการอิสระ ให้กรุณาประมวลสังเคราะห์และถ่ายทอดเรื่องราวการก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพไว้เป็นมรดกทางปัญญาของสังคมไทยสืบไป

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเชื่อว่าผู้อ่านคงจะรู้สึกภาคภูมิใจต่อผลงานอันวิจิตรของคุณปาริชาต ศิวะรักษ์ และขอบคุณเธอที่ได้สละเวลาอันมีค่าทำงานชิ้นนี้จนลุล่วงอย่างดียิ่ง

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

คำ นำ (จัดพิมพ์ครั้งที่ 2)

นับตั้งแต่ สสส.ถือกำเนิดขึ้นมา ประเด็นหนึ่งที่ผมถูกถามเสมอก็คือ "ประวัติศาสตร์" ในภาคพิสดารของ สสส. ว่ามีเบื้องหลังความเป็นมาอย่างไร กว่าที่ พระราชบัญญัติสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ อันเป็นกฎหมายจัดตั้งสำนักงาน สสส. จะคลอดออกมาเมื่อเดือนพฤศจิกายนปีนั้น มีเสียงกล่าวอยู่บ้างว่า สสส.เป็นผลงานของรัฐบาลนั้นรัฐบาลนี้ หรือเป็นไอเดียของคนนั้นคนนี้ ในฐานะที่เป็นผู้รู้เห็นและร่วมอยู่ในกระบวนการก่อตั้ง ผมต้องขอยืนยันว่า สสส.มิได้กำเนิดมาจากบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หากแต่เป็นความพยายามแล้วพยายามเล่า ผ่านความร่วมมือสนับสนุนของหลายๆท่าน ทั้งหมดนี้ต้องใช้เวลานานเกือบสิบปี

นับว่าโชคดีอย่างยิ่งที่เรื่องราวความเป็นมาของ สสส. ได้มีบุคคลที่มีความสามารถอย่างสูง ทั้งในเชิงวิชาการและการสื่อสารอย่างอาจารย์ปาริชาต ศิวะรักษ์ นักวิจัยอิสระ ซึ่งอดีตเคยประจำอยู่ที่สำนักงานองค์การสหประชาชาติ ให้ความสนใจศึกษาและเรียบเรียงถ่ายทอดไว้เป็นเอกสาร

ชื่อ "**กรณีศึกษา กำเนิดกองทุน สสส.**" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุดเอกสาร **ถอดบทเรียนการจัดการความรู้-งานวิจัย** ที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ จัดทำขึ้นในโอกาสที่มูลนิธิฯ จัดประชุมวิชาการในช่วงปลายปี ๒๕๔๕ ที่ผ่านมา

หนังสือเล่มนี้ได้เสนอข้อเท็จจริงและการวิพากษ์วิจารณ์ไว้น่าอ่าน แม้ว่าตามเนื้อหาที่ผู้เขียนเรียบเรียงไว้นั้นใจผมอยากจะขอทักท้วงข้อมูลบางส่วนและอยากอธิบายข้อวิพากษ์ในบางประเด็น แต่โดยรวมแล้วถือว่านี่คือหนังสือที่ประมวลเหตุการณ์อันเป็นต้นกำเนิด สสส. เสนอไว้เป็นระบบมากที่สุดในขณะนี้

ด้วยหวังว่าเรื่องราวกำเนิด สสส. อาจจะเป็นประโยชน์สำหรับมิตรที่กำลังพยายาม "เขยื้อนภูเขาใหญ่" บางลูก อีกทั้งเป็นการให้ความกระจ่างถึงที่มาขององค์กรรูปแบบพิเศษนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงสนับสนุนการจัดพิมพ์ในครั้งที่ 2

นอกจากขอบคุณ อาจารย์ปาริชาต เป็นพิเศษแล้ว ผมต้องขอขอบคุณ รศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล หนึ่งในปิยะมิตรของ สสส. ซึ่งรับหน้าที่บรรณาธิการ ตลอดไปถึงมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และองค์การอนามัยโลก ที่ร่วมมือสนับสนุนให้เกิดงานศึกษาชิ้นนี้ และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มในครั้งแรก มา ณ โอกาสนี้

เนื้อหาของหนังสือเล่มนี้แสดงถึงการผลักดันให้เกิด สสส. อันน่าจะเรียกได้เต็มปากว่าเป็น "ปฏิบัติการเชิงรุก" หาใช่การนั่งรอให้เกิดปาฏิหาริย์แบบตามยถากรรม โดยใช้เวลารวม 8 ปีเต็ม ระหว่าง พ.ศ.๒๕๓๖-๒๕๔๔ ไม่นับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านั้นอีกช่วงหนึ่ง สิ่งที่เรียกว่าเป็นเงื่อนไขขับเคลื่อนให้ภาพฝันค่อยๆ เกิดเป็นรูปเป็นร่าง บางครั้งก็ต้องยอมรับว่ามีเรื่องของความบังเอิญเหมาะเจาะเข้ามาเกี่ยวข้อง

ความสำเร็จส่วนใหญ่เป็นผลจากการคิดวางแผนและลงมือทำอย่างกัดติดไม่ท้อถอย โดยหลอมรวมพันธมิตรแบบไม่เลือกฝักฝ่าย ทั้งนักการเมือง ข้าราชการ นักพัฒนา นักวิชาการ นักกฎหมาย สื่อมวลชน นักการสาธารณสุข ฯลฯ และดำเนินการโดย ใช้องค์ความรู้และข้อมูลสนับสนุนและนำทางในทุกขั้นตอน

ด้วยพลังใจจากจินตนาการใหญ่ว่า ประเทศไทยก็สามารถเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้นำโลกที่จะมีกลไกเร่งกระบวนการสร้างสุขภาวะระดับชาติในรูปแบบที่ก้าวหน้า

โดยสรุป ความสำเร็จนี้มาจากความมุ่งมั่น ความรู้ และการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ประกอบกับการจัดการกับโอกาสอันเล็กน้อยที่เปิดแง้มให้อย่างมีประสิทธิภาพ

นพ.สุภกร บัวสาย

ผู้จัดการ สสส.

บทนำ

1

แกนนำ : การเปลี่ยนแปลง

7

องค์กร

11

การสร้างความรู้ โอกาสและบริบททางนโยบาย และการผลักดัน **นโยบายยุคแรก** (2536 - 2540)

16

การสร้างชุดความรู้ และการผลักดันนโยบาย **นโยบายรอบสอง** (2541 - 2544)

53

สรุป ประสบการณ์

70

สรุปบทเรียน สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

90

แหล่งข้อมูล

95

1.
บทนำ

บุหรี่และสุรามีความสัมพันธ์กับชีวิตคนไทยและระบบเศรษฐกิจไทยทั้งในด้านการผลิต การจำหน่าย การบริโภค การจ้างงาน เป็นรายจ่ายของครัวเรือน แหล่งรายได้ของรัฐบาล ในขณะเดียวกันก็เป็นรายจ่ายที่ไม่จำเป็นของครัวเรือน เป็นต้นเหตุแห่งโรคร้ายและรายจ่ายภาครัฐที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา บุหรี่และสุรากลับกลายเป็นที่มาของกองทุนที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของชาวไทย นับเป็นนวัตกรรมย้อนรอยทางสังคมที่น่าสนใจยิ่ง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เป็นองค์กรของรัฐที่มิใช่ราชการที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 (ในรูปแบบองค์การมหาชน จนถึงเดือนพฤศจิกายน 2544)[1] สสส. มีหน้าที่ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และ

1 สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจัดตั้งโดยพระราชกฤษฎีกาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2543 และโอนภารกิจมาให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเมื่อประกาศใช้พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

ให้ทุนแก่หน่วยงานต่างๆ ในสังคมให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิต เงินทุนหลักมาจากร้อยละ 2 ของภาษีสุราและบุหรี่

สสส. เป็นปรากฏการณ์ทางนโยบายที่แปลกใหม่...ไม่ธรรมดาในหลายมิติ

- การก่อเกิดของ สสส. ในฐานะองค์การอิสระที่มีรายได้กว่าพันล้านบาทต่อปี...ทุกปี
- การที่ สสส. ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติภารกิจที่อาจพิจารณาได้ว่าซ้ำซ้อนกับหน่วยงานของรัฐ
- สุราและยาสูบเป็นธุรกิจที่มีอิทธิพล ผลประโยชน์สูง มีศักยภาพที่จะต่อต้านคัดค้านการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่จะกระทบผลประโยชน์ทางธุรกิจได้มาก

เมื่อพิจารณามิติต่างๆ เหล่านี้จะเห็นว่าโอกาสที่ สสส. จะถูกแรงต้านจนไม่สามารถก่อกำเนิดขึ้นได้มีสูงมาก สสส. จึงเป็นผลผลิตทางนโยบายที่ไม่เกิดขึ้นบ่อยนักในสังคมไทย ข้อเขียนนี้จะชี้ว่าแม้จะมีองค์ประกอบของโชคอยู่ด้วยไม่น้อย สสส. ก็ไม่ใช่อุบัติเหตุทางนโยบาย แต่เป็นตัวอย่างของกระบวนการแปรความรู้สู่นโยบายที่น่าสนใจยิ่ง

1.1 ภาษีบาป ...เส้นทางสู่องค์กรสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อพิจารณาภาษีบาป (ภาษีสุราและบุหรี่) และองค์กรสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบที่ยึดโยงกันในปัจจุบันที่เห็นรูปธรรมเป็น สสส. คำถามที่เกิดขึ้นคือ จำเป็นหรือไม่ที่ภาษีบาป และองค์กรส่งเสริมสุขภาพจะเป็น

เรื่องเดียวกัน อะไรทำให้สองเรื่องนี้เป็นเรื่องเดียวกัน

ภาษีบาป หรือ Sin Tax (Sumptuary Tax) เป็นการจัดเก็บภาษี บนฐานของสินค้าและบริการที่เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและศีลธรรมอันดี หรือเป็นสินค้าและบริการที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยส่วนรวม[2] สินค้าที่ประเทศต่างๆ มักจัดเก็บภาษีบาปได้แก่ สุรา ยาสูบ ไพ่ การบริโภคสิ่งเหล่านี้มากเกินไปนอกจากจะเกิดผลเสียแก่ตัวเองแล้วยังทำให้รัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการเยียวยาแก้ไขปัญหาเป็นต้นทุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น จึงมีการเก็บภาษีเพื่อควบคุมการบริโภคและเพื่อเพิ่มรายได้แก่รัฐ

การเก็บภาษีบาปในประเทศไทยใช้กับ สุรา ยาสูบ ไพ่ และฝิ่น (ห้ามจำหน่ายตั้งแต่ปี 2502) ส่วนสลากกินแบ่งรัฐบาลไม่มีภาษีบาป แต่รายได้ส่วนหนึ่งต้องนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน และบางส่วนบริจาคเพื่อสาธารณประโยชน์โดยตรง

ภาษีบาปที่เก็บจากบุหรี่ ประเทศไทยมีวัตถุประสงค์หลักเรื่องการหารายได้ให้รัฐ การรณรงค์ให้เพิ่มภาษีบุหรี่เป็นพัฒนาการของการรณรงค์เพื่อควบคุมและลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ซึ่งเกิดขึ้นใกล้เคียงกับการเรียกร้องให้พิทักษ์สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ และเป็นประเด็นสุขภาพที่อยู่ในความสนใจผู้กำหนดนโยบายและสาธารณชนเป็นระยะเวลานาน แต่ได้รับความสนใจมากในระยะหลัง เพราะเกี่ยวข้องกับการที่ประเทศไทยถูกมหาอำนาจบังคับเปิดเสรีตลาดบุหรี่ (มาตรา 301) ทำให้เกิดกระแสสังคมต่อต้านบุหรี่ด้วยมาตรการหลากหลายรูปแบบ

องค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ไม่จำเป็นต้องผูกพันกับภาษีบาปเสมอไป ที่จริงแล้วบริบทใหญ่ขององค์กรสร้างเสริมสุขภาพคือ การเห็นความ

2 สุภาวดี ธิระพานิช และ ศศิธร กิจสว่างรัตน์ "Sin Tax กับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ" วารสารการเงินการคลัง ปีที่ 15 ฉบับที่ 48 เมษายน 2544. หน้า 11

จำเป็นที่จะให้มีองค์กรที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงตามปรัชญาและแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ - เน้นสร้างมากกว่าซ่อม - ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการเผยแพร่ในระดับโลกอย่างกว้างขวางเมื่อมีการประกาศ "กฎบัตรออตตาวา" (Ottawa Charter for Health Promotion) ตั้งแต่ปี 2529

นับตั้งแต่ประเทศไทยรับแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ก็มีการหยิบยกเรื่องโครงสร้าง บทบาท ภารกิจ ฯลฯ ขององค์กรดังกล่าวมาอภิปรายกันเป็นระยะๆ อย่างไรก็ดีการศึกษาและถกเถียงเรื่องนี้อยู่ในวงแคบและยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยังไม่มีบริบทภายนอกเร่งรัด ไม่มีกระบวนการแปรแนวคิดไปสู่รูปธรรมอย่างจริงจัง...จนเมื่อการรณรงค์เรื่องบุหรี่และภาษีบาปมาถึงจุดที่มีการยกระดับปรับยุทธศาสตร์ให้มาอิงกับการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม

เส้นทางของภาษีบาปเดินมาถึงจุดที่มีการดำเนินการให้จัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจังประมาณปี 2538-2539 แต่ก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจกับบริบทใหญ่ของทั้ง 2 เรื่องก่อน ได้แก่ พัฒนาการของการรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

1.2 การรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

การรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบตลอดระยะเวลาสี่ทศวรรษในประเทศอาจแบ่งได้เป็น 4 ช่วง[3]

---

3 ชูชัย ศุภวงศ์ สุภกร บัวสาย และจิตสิริ ธนภัทร "วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย" รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541

วิวัฒนาการการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

ช่วงที่ 1 - ก่อนปี 2500 ถึงปี 2529: "การเริ่มต้น"
คือดำเนินการแบบต่างคนต่างทำ ขาดการประสานงาน และขาดความต่อเนื่อง

ช่วงที่ 2 - ปี 2529 ถึงปี 2532: "ชี้นำสังคม"
เริ่มมีการประสานงานและจัดตั้งองค์กร สร้างเครือข่าย กระตุ้นกิจกรรมทางสังคม

ช่วงที่ 3 - ปี 2532 ถึงปี 2534 : "สังคมเข้มแข็ง" ถูกบังคับให้เปิดตลาดบุหรี่ให้ธุรกิจบุหรี่ต่างประเทศ

ช่วงที่ 4 - ปี 2534 ถึงปี 2539: "สู่นโยบาย" เริ่มรุกใช้มาตรการทางกฎหมายและภาษี

ช่วงที่ 3 และช่วงที่ 4 เป็นระยะเวลาที่มีการตั้งรับและผลักดันนโยบายสาธารณะและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเคลื่อนไหวเรื่องภาษีบาปและองค์กรสร้างเสริมสุขภาพก็เกิดขึ้นในช่วงที่ 4 แต่เป็นผลสืบเนื่องและผลพวงมาจากการขับเคลื่อนอย่างเข้มข้นตั้งแต่ช่วงที่ 3

1.3 สูตรสำเร็จการแปรความรู้สู่นโยบาย : แกนนำ องค์กร ความรู้ โอกาสและบริบททางนโยบาย

การเปลี่ยนแปลงใดๆ ก็ตามมักมีปัจจัยที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง 4 กลุ่มสำคัญคือ

- **แกนนำ** อาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีเป้าหมายในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันหรือสอดประสานกัน

- **องค์กร** ในนัยที่แคบที่สุดหมายถึงหน่วยจัดการทรัพยากร และการประสานงานเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
- **ความรู้** อาจถูกใช้เป็นเครื่องชี้นำทิศทางการเปลี่ยนแปลง หรือรองรับทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่ (แกนนำ)ได้กำหนดไว้แล้ว ความรู้นี้รวมทั้งสารัตถะของประเด็นการเปลี่ยนแปลง และกลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว
- **โอกาสและบริบททางนโยบาย** มีส่วนสำคัญในการกำหนดว่าแกนนำ องค์กร และความรู้จะมีบทบาทและความสำเร็จในการผลักดันนโยบายได้มากน้อยเพียงไรและอย่างไร

ข้อเขียนนี้จะนำเสนอเรื่องแกนนำและองค์กรที่ผลักดันการเปลี่ยนแปลงก่อน และจะนำเสนอเรื่องการสร้างความรู้ โอกาสและบริบททางนโยบาย ตลอดจนการผลักดันข้อเสนอนโยบายเป็น 2 ช่วงเวลา คือ ยุคแรกระหว่างปี 2536-2540 และยุคที่สองระหว่างปี 2541-2544

2.
แกนนำ
การเปลี่ยนแปลง

สสส. เป็นกรณีที่แกนนำมีบทบาทโดดเด่นมากในการริเริ่มและผลักดันการเปลี่ยนแปลง เพราะมีบทบาททั้งด้านการสร้างความรู้ด้วยการทำการค้นคว้าศึกษาเอง และสนับสนุนให้นักวิชาการอื่นศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังเป็นผู้เข้าไปผลักดันข้อเสนอนโยบายตลอดกระบวนการตั้งแต่ต้นจนจบ

การมีบทบาทเป็นทั้งผู้สร้างความรู้ ผู้จัดการกระบวนการความรู้ และผู้ใช้ความรู้พร้อมๆ กัน ทำให้เกิดปรากฏการณ์ **"สร้างความรู้เพื่อใช้-ใช้ความรู้ที่สร้าง" ทำให้เกิดกระบวนการความรู้สู่นโยบายที่มีประสิทธิภาพสูง**

แกนนำทั้งหมดอยู่ในระบบราชการระดับสูง มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายดี ตระหนักถึงโอกาสทางนโยบาย หรือมีสายสัมพันธ์ในแวดวงนโยบายที่ช่วยชี้ให้เห็นโอกาสทางนโยบาย อีกทั้งยังอยู่ในตำแหน่งหรือได้นำตัวเองไปอยู่ในตำแหน่งแห่งที่ที่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีผล

ในกระบวนการนโยบาย **มีการติดต่อประสานงานระดับนานาชาติ** ทำให้สามารถแสวงหาความร่วมมือทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ทุน การสร้างกระแสสนับสนุนในระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง และสนใจที่จะแสวงหา-รับ-และปรับใช้ความรู้จากต่างประเทศที่ช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จุดแข็งอีกประการหนึ่งคือแกนนำดังกล่าว **ร่วมมือกันเป็นกลุ่มขนาดเล็ก ทุกคนทำงานในแวดวงเดียวกัน** สามารถประสานงานและทำความตกลงกันได้รวดเร็วตลอดเวลา แต่ในการเคลื่อนไหวผลักดันนโยบายสามารถ **อาศัยเครือข่าย** การรณรงค์ต่อต้านบุหรี่ซึ่งมีฐานทางสังคมกว้าง-ขวาง และได้ขยายเครือข่ายอย่างต่อเนื่องมานานแล้ว

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ และนายแพทย์สุภกร บัวสาย เป็นแกนนำที่มีบทบาทในการเคลื่อนไหวชัดเจนต่อเนื่องที่สุด และอาจเรียกได้ว่าถ้าไม่มีแกนนำ 2 คนนี้ มีโอกาสสูงที่แนวคิดเรื่อง สสส. จะไม่เกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นช้ากว่านี้มาก

นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ เป็นแพทย์โรคปอดที่คณะแพทย-ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เริ่มเคลื่อนไหวรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ประมาณ ปี 2525 และในปี 2529 ได้จัดตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน โดยทำงานร่วมกับนางสาว**บังอร ฤทธิภักดี** เรื่องบุหรี่ภาษีบาป และองค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ต่อต้านการเปิดตลาดบุหรี่เสรีตามมาตรา 301 ซึ่งทำให้เกิดการขยายการติดต่อกับเครือข่ายที่รณรงค์ต่อต้านบุหรี่ระดับโลก ได้เรียนรู้แนวทางการรณรงค์ ความคิดริเริ่ม และตัวอย่างความสำเร็จจากต่างประเทศ ซึ่งเป็นฐานความรู้ที่สำคัญยิ่งของการเคลื่อนไหวในระยะต่อมา ในกรณีนี้นายแพทย์ประกิตมีบทบาทเด่นมากในกระบวนการนโยบาย เป็นผู้เปิดประตูแห่งโอกาสและพลิกผันสถานการณ์ไปสู่ความสำเร็จโดยตลอด

ในขณะที่**นายแพทย์สุภกร บัวสาย** กำลังศึกษาปริญญาเอกด้านการวางแผนสาธารณสุขที่มหาวิทยาลัยฮาวาย ก็เริ่มสนใจและเคลื่อนไหวต่อต้านมาตรา 301 และการเปิดตลาดบุหรี่เสรีในปี 2532 ทำให้ได้พบและประสานงานกับนายแพทย์ประกิต แม้การเคลื่อนไหวครั้งนั้นจะไม่ประสบผลสำเร็จ แต่ก็เป็นชนวนให้สองแกนนำได้พบและทำงานร่วมกันตั้งแต่นั้นมา เมื่อกลับจากสหรัฐฯ นายแพทย์สุภกรรับตำแหน่งที่สำนักงานนโยบายและแผนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และช่วยงานสำนักงานควบคุมยาสูบอยู่จนย้ายไปดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขตอนปลายปี 2535 ตลอดเวลาที่ย้ายไปหน่วยงานต่างๆ นายแพทย์สุภกรยังสนใจทำงานเรื่องภาษีบาปและองค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีการจัดตั้ง สสส. ก็ได้รับตำแหน่งผู้จัดการคนแรก

ผู้มีบทบาทสำคัญอีกคนหนึ่งซึ่งอาจเรียกได้ว่ามีบทบาทเป็น "ที่ปรึกษา" หรือ "กุนซือ" สำคัญคือ**ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี** ซึ่งเป็นผู้จุดประกายเรื่องบุหรี่ หลังจากไปร่วมประชุมระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกในปี 2518-2519 ที่มีการนำเสนอว่าบุหรี่จะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของประชากรโลก และอัตราการตายจะสูงสุดในช่วงต้นศตวรรษนี้ แต่ประเทศไทยยังไม่มีความตระหนักและเคลื่อนไหวเตรียมรับมือปัญหาแต่อย่างใด นายแพทย์ประเวศ ร่วมกับ**ศาสตราจารย์ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ** ได้ริเริ่มความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีกับมูลนิธิหมอชาวบ้านจัดตั้งโครงการพิเศษโดยมี**นายแพทย์ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล** เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ นับเป็นก้าวแรกของการก่อตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ หลังจากนั้นทั้งสองท่านก็ให้คำปรึกษาและหนุนช่วยการเคลื่อนไหวเป็นระยะๆ ตลอดมา

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ โครงการส่งเสริมการวิจัยกฎหมาย มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมยกร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พันธมิตรสำคัญที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการได้แก่ **นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ และนายแพทย์หทัย ชิตานนท์** ซึ่งเคลื่อนไหวผลักดันการควบคุมบุหรี่มานาน จนได้รับฉายาว่าเป็น "เจ้าพ่อบุหรี่" บุคคลเหล่านี้เป็นผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขในเวลานั้น

3.
องค์กร

จุดเด่น ของกรณีนี้คือการที่แกนนำ **สามารถสร้างหรือใช้ประโยชน์จากสถาบันและองค์กร** ทำให้สามารถเคลื่อนไหวได้มากขึ้น ง่ายขึ้น กว้างขึ้น และยั่งยืนขึ้น เมื่อมีองค์กร ก็มีอาณัติภารกิจ มีเงิน และทีมงาน มีเวทีและช่องทางในการผลักดันความคิดเห็น และการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันข้อเสนอทางนโยบายอย่างต่อเนื่อง

ที่สำคัญคือสถาบันและองค์กรเหล่านี้ทำให้เกิด **การยกระดับความสนใจและความคิดเห็นส่วนบุคคลและของกลุ่มให้เป็นประเด็นสาธารณะ** เกิดรูปธรรมของการรณรงค์ที่ชัดเจน สามารถระดมการสนับสนุนจากกลุ่มอื่นๆ ซึ่งอาจมิได้ให้ความสนใจหรือแสดงตัวสนับสนุนการเคลื่อนไหวในเรื่องนี้ถ้าไม่มีองค์กรดังกล่าว

ช่วงปี 2529-2535 เป็นเวลาที่มีพัฒนาการเชิงสถาบันที่สำคัญยิ่ง คือมีการจัดตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ(สคย.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

3.1 โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน

"โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน" (ต่อมาคือมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) จัดตั้งในปี 2529 **มีนายแพทย์ประเวศ** เป็นประธาน **นายแพทย์อรรถสิทธิ์** เป็นรองประธาน **นายแพทย์ประกิต** เป็นเลขาธิการ และ**คุณบังอร** เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญ โครงการฯ ดังกล่าวทำหน้าที่ประสานงานเครือข่ายระหว่างองค์กรและกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความสนใจทำงานด้านนี้ นำไปสู่กิจกรรมต่างๆ หลากหลายรูปแบบ

กิจกรรมที่ได้รับการกล่าวขวัญว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของสังคมเกิดขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม 2530 เมื่อโครงการฯ ร่วมกับชมรมแพทย์ชนบทแห่งประเทศไทยประสานงานให้แพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลชุมชนทั่วประเทศจำนวน 250 คนร่วมกันวิ่งรณรงค์เป็นเวลา 7 วัน จาก 4 ภาคของประเทศ สู่จุดหมายศาลาว่าการกรุงเทพมหานครเป็นระยะทางรวมกันกว่า 3,000 กิโลเมตร เป้าหมายการรณรงค์คือเรียกร้องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ มีประชาชนในเส้นทางร่วมลงชื่อกว่า 6 ล้านคน นับเป็นการรณรงค์เพื่อสุขภาพระดับชาติ ครั้งแรกและครั้งใหญ่ที่สุดของประเทศ

3.2 คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) และ สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ (สคย.)

สืบเนื่องจากการรณรงค์ต่อต้านการเปิดตลาดบุหรี่เสรี รัฐบาล พล.อ. ชาติชาย ชุณหะวัณ ตกลงให้มีกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อลดกระแสคัดค้านของสังคมและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีลบล้างกับการที่รัฐบาล

ยอมเปิดตลาดบุหรี่เสรีตามแรงกดดันของต่างชาติ (มาตรา 301) กฎหมายดังกล่าวคือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ซึ่งมีสาระสำคัญคือห้ามการโฆษณาบุหรี่และส่งเสริมการขายทุกชนิด

ในปี 2532 ที่รัฐบาลได้ตกลงในหลักการแต่ยังอยู่ในกระบวนการร่าง พ.ร.บ. ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ(คบยช.) ให้ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ประสานงาน กำกับและประเมินผล มีนายชวน หลีกภัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคนแรก และ**นายแพทย์หทัย ชิตานนท์** รองอธิบดีกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ทำบันทึกเสนอให้จัดตั้งคณะกรรมการฯ เป็นกรรมการและเลขานุการ ต่อมาในปี 2533 ได้มีการอนุมัติให้จัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ (สคย.) เป็นหน่วยงานสังกัดกองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ทำหน้าที่เลขานุการของ คบยช. เป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสาร กฎ ระเบียบ เกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ วิเคราะห์วางแผน และเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่

การจัดตั้ง สคย. ทำให้เกิดหน่วยงานที่มีอาณัติด้านนโยบายทรัพยากรและบุคลากรที่สามารถทำงานต่อเนื่องในเรื่องนี้ แม้ว่า สคย. จะมีข้อจำกัดเพราะถูกจัดตั้งให้เป็นหน่วยงานราชการ แต่ก็นับเป็นครั้งแรกที่มีการจัดตั้งองค์กรที่มีภารกิจด้านนี้อย่างจริงจัง ในปีแรกของการดำเนินงานคือปี 2533/34 สคย. ได้รับจัดสรรงบประมาณ 32 ล้านบาท และเมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 สคย. ก็มีภารกิจในการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ด้วย

อย่างไรก็ดีการย้าย สคย. จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยนโยบายไปสังกัดกรมการแพทย์ในปี 2536/37 และการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบมีผลให้ สคย. เปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานจากเดิมที่เน้นประเด็นนโยบายมาเป็นงานประชาสัมพันธ์ ทำให้ไม่มีบทบาทมากนักใน

การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงในเวลาต่อมา

3.3 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

นับตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา องค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันสนับสนุนการขับเคลื่อนเรื่องนี้ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สวรส. จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีฐานะเป็นนิติบุคคล ทำหน้าที่ศึกษา ค้นคว้า และวิจัยองค์ความรู้สำหรับการพัฒนาปรับเปลี่ยนสุขภาพของชาติอย่างมีระบบและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในช่วง 4 ปีแรกของการดำเนินการ (2536-2539) ภายใต้การบริหารของ**นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์** สวรส. ใช้งบประมาณ 162.3 ล้านบาทในการสร้างและสนับสนุนการใช้งานวิจัยให้เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย ต่อมาภายใต้การนำของ**นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ** สวรส. ได้รับงบประมาณประมาณปีละ 70 ล้านบาท และคงขยายบทบาทเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนการจัดตั้ง สสส. อย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าเรื่องบุหรี่ ภาษีบาป และองค์กรส่งเสริมสุขภาพจะมิใช่ประเด็นหลักของแผนงาน และผลงานในสี่ปีแรก ดังจะเห็นว่างานวิจัยเรื่องนี้มีสัดส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับงานวิจัยทั้งหมดของ สวรส. แต่ สวรส. ก็ยังเป็นแหล่งผลิตความรู้และเป็นศูนย์กลางการรณรงค์เรื่องภาษีบาป และองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญที่สุดหลังจากเริ่มตั้งองค์กรเพียง 1-2 ปีเท่านั้น

การที่**นายแพทย์สุภกร**มาดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการ สวรส.

ย่อมเป็นสาเหตุประการสำคัญประการหนึ่ง นอกจากนั้นยังสามารถอธิบายปรากฏการณ์นี้ได้สองแบบ คือ หนึ่ง สวรส. มีประสิทธิภาพในการจัดการความรู้สูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวกับการแปรความรู้สู่นโยบาย และสอง สังคมไทยในขณะนั้นมีช่องว่างทางความรู้ในเรื่องนี้มาก แม้องค์กรที่จัดตั้งใหม่เช่น สวรส. ก็ยังกลายเป็นศูนย์ความรู้เรื่องนี้ได้ด้วยการศึกษาไม่กี่ชิ้น

4.

การสร้างความรู้ โอกาส และบริบททางนโยบาย และการผลักดัน **นโยบายยุคแรก** (2536-2540)

บุคลากรในวงการสาธารณสุขได้สะสมองค์ความรู้ และเผยแพร่รณรงค์เรื่องพิษภัยบุหรี่ให้สาธารณชนทราบและให้ภาครัฐมีมาตรการควบคุมกำกับการจำหน่ายและการบริโภคบุหรี่มาเป็นเวลาร่วมสามทศวรรษ นับเป็น **"ความรู้ชุดเก่า"** ที่เพิ่มพูนมากขึ้นโดยลำดับ

การผลักดันการจัดตั้ง สสส. มิได้อาศัยเพียงความรู้ชุดเก่าเท่านั้น ยังมี **"ความรู้ชุดใหม่"** ที่มีบทบาทสำคัญได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาษีบาป กฎหมายและระเบียบวิธีการคลัง และการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพที่มีการขอยืม สร้าง สะสม และนำความรู้มาใช้ผลักดันการเปลี่ยนแปลงจนเป็นผลสำเร็จ

4.1 การอ้างอิงและใช้ความรู้จากธนาคารโลก

รายงานประจำปีของธนาคารโลก **World Development Report**

บุหรี่ - ภัยคุกคามชีวิตคนไทย

ข้อมูลของ สวรส.* แสดงว่าในขณะนั้นสองในสามของคนไทยที่เสียชีวิตเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยสาเหตุที่น่าจะป้องกันได้ คือ

โรคที่เกิดจากบุหรี่ (หัวใจ มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง เส้นเลือดในสมองหรือบริเวณอื่นตีบ-แตก ฯลฯ)	42,000 คน/ปี
อุบัติเหตุ	34,000 คน/ปี
เหตุระหว่างคลอดและวัยเด็กเล็ก	20-30,000 คน/ปี
มะเร็ง (ยกเว้นมะเร็งปอด)	16,000 คน/ปี
ถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย	8,000 คน/ปี
วัณโรค	3,500 คน/ปี
โรคเอดส์	31,000 คน/ปี

* รวบรวมจากการคำนวณของศาสตราจารย์ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย สถาบันประชากรมหิดล สถิติสาธารณสุขปี 2536 กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

(WDR) 1993 (2536) ชูประเด็นเรื่องการลงทุนเพื่อสุขภาพ (Investing in Health) ซึ่งนายแพทย์หทัย ชิตานนท์ แปลและเรียบเรียงตีพิมพ์ในวารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (ก.ค.-ก.ย. 2537) และฉบับที่ 4 (ต.ค-ธ.ค 2537) เป็นโอกาสให้แกนนำและองค์กรต่างๆ ที่ทำงานเรื่องนี้ได้ขยายผลจากการเปิดประเด็นขององค์การระหว่างประเทศที่ทรงอิทธิพลนี้อย่างกว้างขวาง

WDR 1993 แสดงให้เห็นความจำเป็นของ**การใช้แนวทางเศรษฐศาสตร์ เรื่องความคุ้มประโยชน์มาศึกษาประเด็นทางสุขภาพ** โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องบุหรี่ ซึ่งจะเห็นชัดเจนว่าเป็นนโยบายสาธารณะที่ภาครัฐจะต้องให้ความสนใจ ในปี 2535 ธนาคารโลกเองก็ได้เปลี่ยนนโยบายการให้กู้กล่าวคืองดให้สินเชื่อแก่ประเทศที่ขอกู้ไปลงทุนเรื่องยาสูบทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็น การเพาะปลูก การส่งออก หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

WDR 1993 ได้รับความสนใจจากประชาคมโลกอย่างกว้างขวาง และในประเทศไทยก็ได้รับการอ้างถึงเสมอๆ ในเอกสารและการประชุมวิชาการ จึงน่าจะมีบทบาทในการตอกย้ำสนับสนุนแนวคิดเรื่องการส่งเสริม

ผลการศึกษาของธนาคารโลก (2536)
ผลเสียทางเศรษฐกิจจากธุรกิจบุหรี่ทั่วโลก

- ยาสูบ 1,000 ตันทำให้คนเสียชีวิต 650 คน เป็นกำไรผู้ผลิต 65 ล้านบาท ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 745 ล้านบาท คิดเป็นความสูญเสียสุทธิ 680 ล้านบาท
- ในขณะนั้นทั่วโลกผลิตยาสูบปีละ 7.3 ล้านตัน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจปีละ 5 ล้านล้านบาท

  ธนาคารโลกสรุปว่าการลงทุนป้องกันไม่ให้คนติดบุหรี่เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดในการเยียวยาความเจ็บป่วยของประชาชน
- ในประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 50,000/คน/ปี การลงทุนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จะใช้เงินเพียง 500-1,000 บาท/คน/ปี ก็จะมีผลให้ประชาชนไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบขณะที่ยังไม่เจ็บป่วย
- แต่เมื่อเจ็บป่วยแล้ว แพทย์จะช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้เพียงร้อยละ 10 และจะต้องใช้ค่าใช้จ่าย 450,000 บาท/คน/ปี

สุขภาพในกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย และข้าราชการทั้งในและนอกสายงานสาธารณสุขด้วยในระดับหนึ่ง

นอกจากใช้เป็นแหล่งอ้างอิงแล้ว นักวิชาการสาธารณสุขไทยยังนำแนวทางเศรษฐศาสตร์มาศึกษาเรื่องบุหรี่เพื่อเปรียบเทียบผลได้-ผลเสียจากธุรกิจบุหรี่ ซึ่งเป็นการสร้างชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์เรื่องภาษีบาปโดยตรง

4.2 ความรู้และการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก

ช่วงระหว่างการประกาศกฎบัตรออตตาวาในปี 2529 จนถึงปี 2540 องค์การอนามัยโลกได้พยายามจุดกระแสการส่งเสริมสุขภาพและได้จัดการประชุมวิชาการระหว่างประเทศว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพถึง 4 ครั้ง ซึ่งแกนนำไทยได้ไปร่วม และเก็บเกี่ยวความรู้ประสบการณ์และประเด็นต่างๆ มาเติมต่อในบริบทไทยได้อย่างต่อเนื่อง

ในฐานะพันธมิตรตามสายงานและองค์การระดับโลกที่ชูประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนและประสานงานกับแกนนำฝ่ายไทยอย่างใกล้ชิด ความร่วมมือดังกล่าวมีหลายรูปแบบ ทั้งการสนับสนุนการสร้างชุดความรู้ การนำเสนอความคิดและข้อมูล การให้ทุนดูงาน การจัดประชุมนานาชาติ และการเข้าพบผู้กำหนดนโยบายฝ่ายไทยเพื่อนำเสนอและสนับสนุนข้อเรียกร้องของแกนนำฝ่ายไทย ความร่วมมือดังกล่าวเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการรณรงค์ ดังจะได้เห็นตัวอย่างหลายกรณีในส่วนต่อไป

4.3 ความรู้เกี่ยวกับภาษีบาป และการผลักดันการขึ้นภาษีเพื่อสุขภาพ ในปี 2536

ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับภาษีบุหรี่ (ค่าแสตมป์ยาสูบ) นโยบายการคลังเกี่ยวกับภาษีบุหรี่ การคำนวณผลกระทบทางการคลังจากการกำหนดภาษีบุหรี่ในอัตราต่างๆ ที่จริงแล้วนักวิชาการสาธารณสุขมีความสนใจจะให้รัฐใช้นโยบายราคาผ่านการขึ้นภาษีสรรพสามิตเพื่อควบคุมและลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ตลอดมา โดยมีสมมุติฐานว่าถ้าบุหรี่แพงขึ้น คนจะสูบน้อยลง แต่สมมุติฐานนี้ไม่ได้รับการตรวจสอบด้วยงานวิจัยอย่างเป็นระบบในประเทศไทย จึงไม่สามารถตอบคำถามให้ครบวงจรได้ว่า ถ้าขึ้นภาษีในอัตรา ก, ข, ค

- จะส่งผลกระทบต่อการบริโภคบุหรี่อย่างไร
- จะทำให้เปลี่ยนรูปแบบการบริโภคบุหรี่ของคนกลุ่มต่างๆ อย่างไร
- จะมีผลกระทบต่อสุขภาพคนกลุ่มต่างๆ อย่างไร
- จะส่งผลให้รัฐต้องใช้จ่ายด้านการเยียวยารักษามากขึ้นหรือน้อยลงเท่าไร
- รัฐจะเก็บภาษีได้มากน้อยขึ้นเท่าไร
- จะส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมบุหรี่และยาสูบอย่างไร

ต้นปี 2536 นายแพทย์สุภกรได้รับคำแนะนำจากนีล คอลลิสชอว์ (Neil Collishaw) จากองค์การอนามัยโลกในการคำนวณรายได้รัฐบาลจากการขึ้นภาษีบุหรี่[4] และได้ทำวิจัยเรื่อง "Demand Analysis of Aggregate

---

4 Neil Collishaw, "Potential Health Benefits of a 10% increase in the real price of tobacco through taxation in Thailand", press release 1993 อ้างใน Prakit Vateesatokit, "Seeking Success: Thai Tobacco Control", October 2002 (draft).

งานวิจัย "Demand Analysis of Aggregate Cigarette Consumption in Thailand, 1976-1981" ของนายแพทย์สุภกร บัวสาย (1993)

นายแพทย์สุภกรใช้ loglinear model ประมาณค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา และรายได้ของคนไทย เป็น -0.666 และ -0.359 โดยลำดับ กล่าวคือหากราคาบุหรี่ขยับสูงขึ้นร้อยละ 10 ปริมาณการบริโภคจะลดลงประมาณร้อยละ 7

นายแพทย์สุภกรนำเสนอว่า การขึ้นภาษีบุหรี่เป็นมาตรการจำเป็นในการชะลอการขยายตัวของการสูบบุหรี่ บทเรียนจากประเทศต่างๆ พบว่ายังไม่มีประเทศใดที่สามารถชะลอการขยายตัวของการสูบบุหรี่ได้โดยไม่ใช้มาตรการทางภาษี และหากราคาบุหรี่ยังต่ำ มาตรการอื่นๆ จะไม่ได้ผล

Cigarette Consumption in Thailand, 1976-1981" เพื่อนำความรู้ไปใช้ผลักดันขึ้นภาษีบุหรี่

นายแพทย์สุภกรเสนอให้รัฐบาลขึ้นภาษีบุหรี่จากร้อยละ 55 ของราคาขายปลีกเป็นร้อยละ 61-63 ซึ่งจะทำให้ [5]

- ราคาบุหรี่สูงแพงขึ้นซองละ 2-3 บาท
- ยอดจำหน่ายบุหรี่ไม่ต่ำลงกว่าปี 2535 คือ 1,983 ล้านซอง
- เยาวชน (อายุ 10-24 ปี ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่ใหม่กลุ่มใหญ่ที่สุด) จะสูบบุหรี่ลดลง 160,000 คนจากทั้งหมด 2,450,000 คน
- รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้นปีละ 4,000-5,400 ล้านบาท
- เนื่องจากไม่มีการลดยอดขายบุหรี่ โรงงานยาสูบและชาวไร่ยาสูบ

5 ข้อมูลจาก"เอกสารประกอบการพิจารณาการขึ้นภาษีบุหรี่ มาตรการสำคัญในการป้องกันเด็ก และเยาวชนไม่ให้ติดบุหรี่เพิ่มขึ้น" เอกสารประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีเรื่องการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่, พฤศจิกายน 2536 ตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2537

จะไม่สูญเสียรายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะนั้นโรงงานยาสูบผลิตไม่ทันความต้องการของตลาดอยู่แล้ว

นอกจากนั้นยังแสดงให้เห็นว่า

- อัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ของไทยอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 55) เมื่อเทียบกับอารยประเทศ (ประมาณร้อยละ 60-85)
- นับตั้งแต่ปี 2519 ราคาจริงของบุหรี่ (ปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค) ไม่ได้เพิ่มขึ้น กลับลดลงร้อยละ 23 ในขณะที่รายได้จริงของคนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 151
- ราคาบุหรี่ที่ไม่ได้ปรับตามรายได้ประชาชาติที่เพิ่มขึ้นเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

นายแพทย์สุภกรยังนำเสนออีกว่าประสบการณ์ต่างประเทศยืนยันว่าการขึ้นภาษีที่จะมีผลต่อการยับยั้งควบคุมผู้สูบบุหรี่ใหม่ได้ดีที่สุดคือการขึ้นภาษีครั้งละน้อย แต่ขึ้นบ่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ประสบการณ์ต่างประเทศที่โดดเด่นที่สุด คือกรณีของแคนาดาซึ่งมีการขึ้นภาษีอย่างต่อเนื่องจนเป็นอัตราที่สูงมาก และมีผลในการควบคุมและลดการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน

นายแพทย์สุภกรนำผลการศึกษาเสนอต่อ **ดร. อาทิตย์ อุไรรัตน์** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อผลักดันให้ขึ้นภาษีบุหรี่ พร้อมกันนั้นนายแพทย์ประกิตก็เชิญ **ดร. จูดิธ แมคเคย์** (Judith Mackay) ที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกเข้าพบ ดร. อาทิตย์ด้วย เพื่อนำเสนอผลการคำนวณโดยใช้สถิติทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลกว่า ถ้าไม่มีการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง ในปี 2568 ยอดผู้สูบบุหรี่ชาวไทยจะเพิ่มขึ้นจาก 10.4 ล้านคนในขณะนั้นเป็น 13 ล้านคน ผู้ชายจะสูบน้อยลง ผู้หญิงจะสูบมากขึ้น

เมื่อมีข้อมูลสนับสนุนทั้งไทยและเทศทั้งเรื่องผลกระทบทาง

บวกด้านสุขภาพและด้านการคลังการงบประมาณ และด้วยอานิสงส์การรณรงค์สร้างกระแสสังคมเรื่องบุหรี่อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่กรณีมาตรา 301 ในปี 2532 ทำให้รัฐบาลชวน หลีกภัย ด้วยการสนับสนุนของ ดร. อาทิตย์ ตัดสินใจขึ้นภาษีบุหรี่จากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 60 เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2536 และให้กระทรวงการคลังขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่เป็นระยะ ๆ ตามอัตราเงินเฟ้อ นับว่าการผลักดันเป็นผลสำเร็จภายในเวลาไม่ถึงปีนับตั้งแต่นายแพทย์สุภกรริเริ่มบุกเบิกการศึกษาเรื่องนี้

อนึ่ง ก่อนที่จะนำเรื่องเข้าคณะรัฐมนตรี โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้านได้ให้นายแพทย์ไพบูลย์ ทำการสำรวจความคิดเห็นทางโทรศัพท์ของชาวกรุงเทพฯ 1,000 คน (มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 70) และนำเสนอผลการสำรวจต่อสื่อมวลชนเพื่อสร้างกระแสสนับสนุนด้วย

การขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ครั้งนั้นเป็นการขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรก (ก่อนหน้านี้การขึ้นภาษีบุหรี่เกิดจากรัฐต้องการรายได้เพิ่มขึ้นเท่านั้น) และเกิดจากการผลักดันของกลุ่มแกนนำต่อต้านบุหรี่โดยแท้ เพราะในขณะนั้นรัฐบาลไม่มีความจำเป็นทางการคลังที่จะต้องขึ้นภาษี

ในปี 2537 รายได้ของรัฐจากภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 15,000 เป็น 20,000 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้น 5,000 ล้านบาทเปรียบเทียบกับปีก่อน ๆ ซึ่งภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นปีละไม่ถึง 500 ล้านบาท จากนั้นได้มีการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่อีก 6 ครั้ง จนขณะนี้เป็นร้อยละ 75 ของราคาขายปลีก โดยสรุปรัฐบาลไทยมีรายได้จากภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่า 1 พันล้านเหรียญจากการขึ้นภาษีบุหรี่ โดยที่อัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 26.3 ในปี 2535 เป็น 20.5 ในปี 2542[6]

6 Prakit , "Seeking Success: Thai Tobacco Control", October 2002 (draft).

....นับเป็นชัยชนะรอบแรกของการผลักดันนโยบายภาษีบาป การเคลื่อนไหวก้าวต่อไปคือหาทางนำภาษีบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ... ซึ่งในขณะนั้นแกนนำยังไม่มีแนวคิดหรือทิศทางที่ชัดเจน

4.4 ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับภาษีบาป

หลังการขึ้นภาษีบุหรี่ในปี 2536 สวรส. ยังสนับสนุนการสร้างความรู้เพิ่มเติมเรื่องภาษีบาป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสุขภาพ

งานวิจัยของ **ดร. อิศรา ศานติศาสน์** ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง "ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงภาษีสรรพสามิตบุหรี่" ซึ่งจัดทำแล้วเสร็จในเดือนกรกฎาคม 2538 แสดงผลกระทบจากการขึ้นภาษีบุหรี่หลายด้าน

โดยสรุป ผลการศึกษาของ ดร. อิศราสนับสนุนการศึกษาของนายแพทย์สุภกรว่า

- การขึ้นภาษีบุหรี่จะทำให้รัฐบาลมีรายได้มากขึ้น
- การขึ้นภาษีบุหรี่จะไม่กระทบอุตสาหกรรมยาสูบและธุรกิจบุหรี่
- ใช้นโยบายราคา (ผ่านภาษี) อย่างต่อเนื่องจึงจะได้ผลในการควบคุมการสูบบุหรี่

แต่งานชิ้นนี้มีข้อสรุปแตกต่างจากนายแพทย์สุภกรใน 2 ประเด็นสำคัญคือ

งานวิจัย "ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงภาษีสรรพสามิตบุหรี่"
โดย ดร. อิศรา ศานติศาสน์ (2538)

ดร. อิศราใช้ทฤษฎีผู้บริโภควิเคราะห์ความยืดหยุ่นของอุปสงค์สินค้าต่อราคา 4 ประเภท คือ อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสินค้าอื่นๆ โดยใช้ตัวแบบ Linear Expenditure System (LES) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถอธิบายพฤติกรรมผู้บริโภคไทยได้ดีที่สุด

งานวิจัยนี้มีที่มาจากความกังวลว่าราคาสิ่งเสพติดต่างๆ เพิ่มขึ้นช้ามากเมื่อเปรียบเทียบกับราคาสินค้าเพื่อการอุปโภคบริโภคโดยรวม กล่าวคือ ในสองทศวรรษที่ผ่านมาสัดส่วนรายจ่ายเพื่อการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 3.4 เหลือร้อยละ 2 ของรายจ่ายครัวเรือน ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ประชาชนบริโภคสิ่งเสพติดเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาชี้ว่าสิ่งเสพติดต่างๆ มีค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาในระยะยาว - 0.0926 ซึ่งต่ำมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับค่าดังกล่าว จากงานวิจัยของนายแพทย์สุภกร แสดงว่าการใช้กลไกราคา โดยผ่านทางอัตราภาษีสรรพสามิตหรือภาษีอื่นๆ จะทำให้ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลงในระยะสั้นเท่านั้น ในระยะยาวผู้บริโภคจะหันกลับมาสูบบุหรี่อีก เพราะการเสพติด การใช้นโยบายราคาอย่างไม่ต่อเนื่องจึงอาจมีผลเป็นเพียงการลดรายได้ที่แท้จริงของผู้บริโภค

ดร. อิศรายังชี้ว่า การขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่จะทำให้รัฐมีรายได้จากภาษีสรรพสามิตมากขึ้น แม้อาจทำให้ผู้บริโภคบางรายหันไปซื้อบุหรี่นอกหนีภาษีมาสูบแทน แต่อัตราการทดแทนต่ำมาก ด้วยเหตุนี้ผลกระทบต่อเนื่องต่อการจ้างงานและภาคการผลิตใบยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบจึงไม่รุนแรง

อย่างไรก็ดี ดร. อิศราสรุปว่า นโยบายราคาเพียงอย่างเดียวไม่น่าจะป้องกันควบคุมไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ (เด็กและเยาวชน) ได้อย่างที่เชื่อกันทั่วไป วิธีที่น่าจะได้ผลดีกว่าคือการรณรงค์และให้การศึกษาให้ประชาชนรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ ตลอดจนให้มีการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 (กำหนดให้ผู้สูบบุหรี่ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี) อย่างจริงจัง

- สิ่งเสพติดต่างๆ รวมทั้งบุหรี่มีค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาในระยะยาวต่ำมาก คือ - 0.0926 เปรียบเทียบกับผลการศึกษาของนายแพทย์สุภกรที่พบว่าค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาในระยะสั้นคือ - 0.666
- การขึ้นราคา (ภาษี) บุหรี่ไม่น่าจะป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ (เด็กและเยาวชน) อย่างที่เชื่อกันทั่วไป[7] วิธีที่น่าจะได้ผลดีกว่าคือการรณรงค์ให้ประชาชนรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ ตลอดจนให้มีการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 (กำหนดให้ผู้สูบบุหรี่ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี) อย่างจริงจัง

ถ้าเรื่องนี้เป็นการสร้างความรู้เพื่อความรู้ ผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้คงจะได้รับการหยิบยกมาอภิปราย นำเสนอ และเป็นวาระการวิจัยต่อไปอีกมาก การที่มิได้มีการวิจัยต่อเนื่องเพื่อหาความชัดเจนในประเด็นที่ยังมีความขัดแย้งกันนี้ แสดงถึงความโน้มเอียงของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งสนใจที่จะนำผลการวิจัยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อกระบวนการผลักดันนโยบายมาใช้และเผยแพร่แก่สาธารณะ ซึ่งอาจนับว่าเป็นการ "สละความรู้เพื่อธรรมะ"

งานวิจัยที่ใช้แนวเศรษฐศาสตร์อีกเรื่องหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนจาก สวรส. คือ "เศรษฐศาสตร์เรื่องบุหรี่และอัตราภาษีบุหรี่" ของ **ดร. สุชาดา ตั้งทางธรรม** สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ซึ่งตอกย้ำความชอบธรรมของการขึ้นภาษีบุหรี่และรักษาแรงกดดันให้มีการขึ้นภาษีบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

---

7 ดร. อิศราอ้างถึง Australian Councilon Smoking and Health et al. Tobacco Taxes: A Case for Action. A Submission to the Australian Federal Government, May 1992.

**ผลการศึกษาเรื่อง "ความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากบุหรี่"
โดย ดร. สุชาดา ตั้งทางธรรม (2541)**

รัฐบาลมีรายได้จากอุตสาหกรรมยาสูบปีละกว่า 20,000 ล้านบาท หรือร้อยละ 3-4 ของรายได้ทั้งหมด แต่ต้องใช้งบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ปีละกว่า 40,000 คนไม่ต่ำกว่าปีละ 7,000 ล้านบาท เสียเงินตราต่างประเทศเพื่อนำเข้าใบยาสูบจากต่างประเทศ และสินค้าสำเร็จรูปที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่รวมแล้วกว่า 2,300 ล้านบาท

นอกจากนี้ยังมีความเสียหายที่เกิดจากอัคคีภัยจากบุหรี่ การสูญเสียทางสภาพแวดล้อมและนิเวศน์วิทยา เนื่องจากการใช้พื้นที่ป่าไม้ปลูกต้นยาสูบ และใช้ไม้บ่มใบยาสูบ (ปีละ 50,000 ลูกบาศก์เมตร) ซึ่งไม่อาจประเมินมูลค่าได้ เพื่อปรับสมดุลทางนโยบาย ดร. สุชาดาเสนอให้รัฐปรับเพิ่มอัตราการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตของบุหรี่

4.5 ความรู้เกี่ยวกับ earmarked tax และการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ

การผูกพันการจัดเก็บภาษีบาปกับการจัดสรรภาษีเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือที่เรียกว่า **earmarked tax** หรือ **dedicated tax** และการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย ในกรณีนี้ชุดความรู้ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ**มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย (Victorian Health Promotion Foundation - VicHealth) ออสเตรเลีย**

นายแพทย์ประกิตได้ทราบเกี่ยวกับ VicHealth ตั้งแต่เริ่มจัดตั้งในปี 2530 จากการพบปะพูดคุยกับ **ไนเจิล เกรย์** นักรณรงค์เรื่องบุหรี่

จากออสเตรเลียในการประชุมนานาชาติเรื่องบุหรี่ แต่ยังไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ประสบการณ์เรื่องนี้มากนัก ต่อมาองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า VicHealth เป็นกรณีแรกและเป็นแบบอย่างที่แนะนำให้ประเทศสมาชิกศึกษาและปรับใช้ ในช่วงที่มีการรณรงค์ต่อต้านมาตรา 301 โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้านก็ใช้ตัวอย่างนี้ เสนอให้รัฐบาลนำภาษีบุหรี่ร้อยละ 1 มาใช้รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ แต่กระทรวงการคลังไม่เห็นด้วย และเห็นว่าการขึ้นภาษีกับการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ เป็นคนละเรื่องกัน การรณรงค์ดังกล่าวควรใช้งบประมาณของรัฐบาล แต่ก็มิได้จัดงบประมาณให้แต่อย่างใด

การสร้างความรู้ชุดนี้เกิดขึ้นอย่างจริงจังเมื่อ**นายแพทย์สุภกรได้พบรอนด้า กัลบัลลี่** (Rhonda Galbally) ผู้อำนวยการ VicHealth ในการประชุมนานาชาติแห่งหนึ่งในปี 2537 จากนั้นภายในระยะเวลาสั้นๆ คือ กลางปี 2538 ถึงกลางปี 2539 ก็มีการศึกษาเรียนรู้ดูงานรูปแบบของ VicHealth และ Health Sponsorship Council (HSC) ของนิวซีแลนด์ เพื่อเตรียมลู่ทางผลักดันข้อเสนอจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ

- กรกฎาคม 2538 - **นายแพทย์สุภกร บัวสาย** รองผู้อำนวยการ สวรส. และ**นางสาวบังอร ฤทธิภักดี** ตัวแทนโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้านได้รับเชิญไปเยือน Vic Health
- สิงหาคม 2539 - องค์การอนามัยโลกให้ทุนสนับสนุน ดร.แกม-ทอง อินทรัตน์ ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้แทนสื่อมวลชนจากประเทศไทยให้เดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับสถาบันส่งเสริมสุขภาพที่ VicHealth

การเดินทางไปดูงานทำให้แกนนำยิ่งมั่นใจในรูปแบบการดำเนินงานของ VicHealth โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ HSC ซึ่งไม่มีการผูกพันภาษีบาปกับองค์กรส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ยังใช้การยืดโยงทางอ้อมผ่านการจัดสรรงบประมาณของรัฐบาล และ HSC ทำงานครอบคลุมเฉพาะบางส่วนของการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น

Health Sponsorship Council (HSC) ที่นิวซีแลนด์*

HSC มิได้ทำหน้าที่สนับสนุนทุนแก่องค์กรอื่นเช่น VicHealth แต่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการระดับชาติ (national service provider) มีหน้าที่หลักคือให้สปอนเซอร์กิจกรรมกีฬา ศิลปวัฒนธรรม ซึ่งเดิมเคยได้รับสปอนเซอร์จากธุรกิจบุหรี่ ทำโฆษณาประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ความรู้และสร้างค่านิยมส่งเสริมสุขภาพ นอกจาก HSC ก็มีองค์กรอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกันในประเด็นอื่นๆ

HSC มีโครงการหลัก 3 ด้านซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชาติ คือรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (smoke free) รณรงค์ลดอุบัติเหตุจราจร (street skills) และรณรงค์ต่อต้านโรคมะเร็งผิวหนังจากแสงแดด (sun smart) ได้รับ "สัญญาซื้อบริการ" และงบประมาณจากรัฐในปี 2539 ประมาณ 8 ล้านเหรียญ

ลักษณะการซื้อ-ขายบริการทางสังคมนี้เกิดมาจากการปรับระบบราชการเมื่อทศวรรษ 1980 ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยราชการต่างๆ และระหว่างหน่วยราชการกับเอกชนมีลักษณะการซื้อขายบริการ โดยให้มีหน่วยงานส่วนกลางเน้นการกำหนดนโยบายและติดตามประเมินผล

VicHealth

Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) จัดตั้งขึ้นโดยกฎหมาย Tobacco Act 1987 ของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย เป็นองค์กรกึ่งรัฐที่มีการบริหารเป็นอิสระ มีภารกิจในการ 1) สนับสนุนทุนแก่กิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับการส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัย การป้องกันโรค 2) สร้างจิตสำนึกของชุมชนให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดี 3) ส่งเสริมวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีผ่านการดำเนินของชุมชน 4) สนับสนุนทุนวิจัยและพัฒนาที่สนับสนุนกิจกรรมข้างต้น

คณะกรรมการบริหารประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 14 คน มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ 3 คน กีฬา 4 คน การจัดการธุรกิจการสื่อสารหรือกฎหมาย 2 คน ศิลปวัฒนธรรม 1 คน การโฆษณาประชาสัมพันธ์ 1 คน และผู้แทนสภานิติบัญญัติ 3 คน รัฐมนตรีแต่งตั้งกรรมการคนหนึ่งเป็นประธาน และอาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญพิเศษเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษา เฉพาะกรณี VicHealth มีผู้อำนวยการบริหารงานและมีเจ้าหน้าที่ 37 คน ในปี 2539 VicHealth สนับสนุนโครงการ 305 โครงการ ในแต่ละปีจะใช้ทุนอุดหนุนโครงการประมาณ 20 ล้านเหรียญ มีค่าบริหารจัดการร้อยละ 10-15

นอกจากจะกำหนดที่มาของรายได้ กฎหมายยังกำหนดแนวทางการจัดสรรเงินสนับสนุนด้วยว่าภาษีส่งเสริมสุขภาพนี้จะต้องใช้ส่งเสริมกีฬาไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 และส่งเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

การดำเนินงานของ VicHealth เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถลดอัตราพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ลดอุบัติเหตุลงอย่างรวดเร็ว (ร้อยละ 35 ตั้งแต่ปี 2531) ปัจจุบันทุกรัฐในออสเตรเลีย (ยกเว้นนิวเซาท์เวลส์) ได้จัดตั้งองค์กรในลักษณะเดียวกัน

ดร. แกมทอง อินทรัตน์ ศึกษากรณี VicHealth และนำเสนอแนวทางการจัดกลุ่มประชากรเพื่อจัดสรรทุนสนับสนุน โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มชน

พื้นเมือง ชุมชนชนบท ผู้ยากไร้ และผู้พิการ ทั้งนี้ VicHealth พัฒนาวิธีเข้าถึงกลุ่มต่างๆ ผ่านกิจกรรมทางวัฒนธรรม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรรณรงค์ที่มีเป้าหมายเฉพาะ

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

VicHealth: รายได้

ตั้งแต่ปี 2530 เป็นต้นมา กองทุน VicHealth ได้รับภาษีส่งเสริมสุขภาพตามที่รัฐมนตรีคลังกำหนดให้เป็นรายปี แต่ไม่เกิน 1 ใน 6 ของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ (รัฐต่างๆ ในออสเตรเลียไม่สามารถจัดเก็บภาษีสรรพสามิตซึ่งจัดเก็บอยู่แล้วโดยรัฐบาลกลาง จึงเก็บภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่แทนด้วยอัตราร้อยละ 100 ของราคาขายส่ง) ในอัตรานี้ภาษีส่งเสริมสุขภาพมีมูลค่าคิดเป็นร้อยละ 5 ของราคาขายส่ง

ในช่วงระหว่างปี 2531/2532 ถึง 2538/2539 ภาษีส่งเสริมสุขภาพมีมูลค่าระหว่าง 22 ถึง 29.7 ล้านเหรียญออสเตรเลีย ภาษีดังกล่าวมีสัดส่วนลดต่ำลงเรื่อยๆ เมื่อเทียบกับมูลค่าภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ กล่าวคือลดลงจากร้อยละ 16.6 ในปีแรกเหลือร้อยละ 3.8 ในปีสุดท้าย เหตุผลสำคัญคือ ในปี 2535 รัฐบาลใหม่แก้ไขกฎหมายโดยลดอัตราภาษีส่งเสริมสุขภาพเหลือไม่เกิน 1 ใน 15 ของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ (ปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อปีละ 3%)

นอกจาก VicHealth รัฐวิกตอเรียยังใช้ dedicated tax กับกรณีอื่นอีกอย่างน้อย 3 กรณีคือ ภาษีน้ำมันจัดสรรแก่กองทุนป้องกันอุบัติภัย อากรป่าไม้จัดสรรแก่กองทุนรักษาป่า และภาษีการพนันจัดสรรแก่กองทุนพัฒนาชุมชน

เรื่องรายได้เป็นประเด็นสำคัญมาก และประสบการณ์ของ Vic Health ก็แสดงให้เห็นความจำเป็นที่ต้องผูกพันภาษีกับองค์กรส่งเสริมสุขภาพ และความจำเป็นที่จะต้อง "ปกป้อง" แหล่งรายได้ขององค์กรดังกล่าวจากอิทธิพลของนักการเมือง

ในกรณี VicHealth แม้จะมีการผูกพันรายได้ดังกล่าว แต่เป็นการผูกพันโดยกำหนด "เพดานขั้นสูง" กล่าวคือกำหนดให้ VicHealth มีรายได้จากภาษีในอัตราไม่เกิน 1 ใน 6 ของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ และให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขใช้ดุลยพินิจกำหนดจำนวนเงินภายในกรอบดังกล่าว แต่เมื่อดำเนินการไปได้เพียง 5 ปีก็มีการเปลี่ยนรัฐบาล รัฐบาลใหม่แก้ไขกฎหมายให้สัดส่วนนี้ลดเหลือไม่เกิน 1 ใน 15 ผลของการเปลี่ยนกฎหมายและการให้นักการเมืองใช้ดุลยพินิจทำให้ "ภาษีส่งเสริมสุขภาพ" มีสัดส่วนลดลงโดยลำดับ แม้จะยังเป็นวงเงินเท่าเดิม นับเป็นบทเรียนให้แกนนำฝ่ายไทยตระหนักถึงความเสี่ยงที่การดำเนินงานองค์กรส่งเสริมสุขภาพจะถูกแทรกแซงจากนักการเมือง

ในกระบวนการร่างกฎหมายในอีกหลายปีต่อมา เรื่องการกำหนดสัดส่วนภาษีบาปที่จะนำมาใช้ส่งเสริมสุขภาพว่าควรกำหนดเป็นเปอร์เซ็นต์ตายตัว เพดานหรือขั้นต่ำเป็นประเด็นหนึ่งที่มีการปรับเปลี่ยนในขั้นตอนต่างๆ ที่น่าสนใจคือผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสรุปให้กำหนดเป็นอัตราตายตัวเพื่อป้องกันไม่ให้ฝ่ายการเมืองมีโอกาสใช้ดุลยพินิจก้าวก่ายในเรื่องนี้ก็คือ นักการเมืองซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลังในขณะนั้น

เพื่อเตรียมร่างกฎหมายจัดตั้งองค์การส่งเสริมสุขภาพ สวรส. ร่วมกับสถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด โดยทุนสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ได้เริ่มโครงการวิจัยทบทวนกฎหมายของประเทศต่างๆ เกี่ยวกับการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพในเดือนสิงหาคม 2539 นักวิจัย

งานวิจัย "การทบทวนกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพ" โดยนายศิระ บุญภินนท์ (2540)

งานวิจัยนี้ครอบคลุมกฎหมายเกี่ยวกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพของรัฐวิกตอเรีย รัฐออสเตรเลียตะวันตก ออสเตรเลีย, นิวซีแลนด์, มลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา, แคนาดา, ฟินแลนด์ พบว่า

- มีการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพเป็นสองแนวทาง กลุ่มแรก - สองรัฐในออสเตรเลีย นิวซีแลนด์และฟินแลนด์บัญญัติการจัดตั้งองค์กรสุขภาพไว้ในกฎหมายควบคุมยาสูบ กลุ่มที่สอง - มลรัฐแคลิฟอร์เนีย บัญญัติไว้ในกฎหมายภาษี
- เงินกองทุนอาจมาจากภาษีบุหรี่ เช่น ที่รัฐวิกตอเรีย มลรัฐแคลิฟอร์เนีย แคนาดา หรืองบประมาณที่รัฐจัดสรรให้เช่นกรณีนิวซีแลนด์

นอกจากนั้น งานวิจัยชิ้นนี้ได้นำเสนอประเด็นที่ควรพิจารณา 5 เรื่องคือ

- หน่วยงานรับผิดชอบ - อาจใช้หน่วยงานเดิมโดยเพิ่มเติมหน้าที่ หรือจัดตั้งหน่วยงานใหม่ในระบบราชการหรือจัดตั้งหน่วยงานใหม่ไม่สังกัดราชการซึ่งจะทำให้เกิดความคล่องตัว
- ความชอบธรรมในการนำภาษีบุหรี่มาใช้ส่งเสริมสุขภาพทั่วไป - เหตุใดบุหรี่จึงต้องรับผิดชอบต่อโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ และสุขภาพประชาชนที่มิได้สูบบุหรี่
- รูปแบบกฎหมายจัดตั้ง - ไม่สามารถใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบเช่นในต่างประเทศ เพราะวัตถุประสงค์แตกต่างกัน
- ที่มาของเงินทุน - ไม่แสดงความคิดเห็นว่าควรมาจากภาษีสรรพสามิตบุหรี่ หรืองบประมาณ
- การกำหนดจำนวนเงินเข้ากองทุนเป็นเปอร์เซ็นต์ตายตัว - ไม่เหมาะสม เพราะผิดหลักการจัดสรรงบประมาณ ปริมาณเงินเข้ากองทุนอาจไม่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและการใช้จ่ายเงินในแต่ละปี

คือนายศิระ บุญภินนท์ อัยการประจำกรม สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด

สังเกตว่างานวิจัยนี้ไม่เห็นด้วยกับแนวคิดของแกนนำในประเด็นซึ่งเป็นหัวใจขององค์กรส่งเสริมสุขภาพ คือเรื่องความชอบธรรมในการนำภาษีบุหรี่มาใช้ส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และเรื่องการกำหนดจำนวนเงินเข้ากองทุนเป็นเปอร์เซ็นต์ตายตัว

ความคิดเห็นในประเด็นเหล่านี้มิได้มีการอภิปรายและเผยแพร่กันอย่างกว้างขวาง และมิได้ส่งผลกระทบแต่อย่างใดต่อการขับเคลื่อนกระบวนการ อย่างไรก็ดีงานวิจัยนี้เป็นการเปรียบเทียบรูปแบบและการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพในประเทศต่าง ๆ และตั้งประเด็นควรพิจารณาเกี่ยวกับการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยเท่านั้น ยังมิใช่การยกร่างกฎหมายแต่อย่างใด

โดยสรุป ช่วงปี 2538-2539 คือระยะเวลาที่แกนนำได้สร้างและสะสมความรู้เกี่ยวกับองค์กรส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางของ Vic Health มากพอที่จะกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายและเริ่มกระบวนการเคลื่อนไหวผลักดันอย่างจริงจัง

4.6 โอกาสและบริบททางนโยบายและการขับเคลื่อนข้อเสนอจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ

ปี 2539 นับเป็นปีทองของการเคลื่อนไหวผลักดันนโยบายระดับบน สาเหตุสำคัญมาจากบริบททางการเมืองที่เอื้ออำนวย รัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา เข้าสู่อำนาจตั้งแต่วันที่ 13 กรกฎาคม 2538 และเริ่มปฏิบัติตามคำสัญญา "ปฏิรูปการเมือง" ที่ใช้รณรงค์หาเสียงเลือกตั้ง

วันที่ 19 ตุลาคม 2538 รัฐบาลแต่งตั้ง**คณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น (กนภ.)** ซึ่งเป็นคณะกรรมการระดับชาติที่มีบทบาทสูง มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานฯ และเป็นคณะกรรมการที่ดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่สมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ แม้จะได้มีการเปลี่ยนชื่อและปรับปรุงขอบเขตและจุดเน้นการดำเนินการมาโดยลำดับ

ดร. สุรเกียรติ์ เสถียรไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นประธานอนุกรรมการกระจายอำนาจซึ่งเป็นหนึ่งในสี่อนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการ กนภ. มีแนวคิดเรื่อง **"การเงินการคลังเพื่อสังคม"** ได้แก่ การใช้มาตรการทางการเงินและการคลังสนับสนุนส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรธุรกิจและองค์กรชุมชน และสร้างเสริมความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนให้สอดคล้องกับการกระจายบริการพื้นฐานทางสังคม และการสร้างหลักประกันสุขภาพ

ในการยกร่าง **"แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม"** มีการประชุมปรึกษาหารือกับฝ่ายต่างๆ อย่างกว้างขวางตั้งแต่พฤศจิกายน 2538 ถึงกุมภาพันธ์ 2539 และเป็นช่องทางให้แนวคิดเรื่ององค์กรส่งเสริมสุขภาพได้รับการผลักดันให้เป็นหนึ่งในมาตรการหลักของแผนฯ ด้วยแผนแม่บทการเงินการคลังได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการ กนภ. และมีการ**แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม** โดยมี ม.ร.ว. จตุมงคล โสณกุล ปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานฯ เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2539

เมื่อพิจารณาดูสาระของแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมจะพบว่าแนวคิดเรื่องนี้ยังไม่ชัดเจนนัก และมีทั้งเรื่ององค์กรส่งเสริมสุขภาพและหลักประกันสุขภาพผสมผสานกันอยู่

อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าในยุคนั้นบรรยากาศทางการเมืองเอื้ออำนวยต่อการขับเคลื่อนเรื่องภาษีบาปและองค์กรส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง และกลุ่มแกนนำก็ฉวยจังหวะเวลาและโอกาสทองนี้เข้ายึดกุมประเด็นและขับเคลื่อนผลักดันให้ประเด็นดังกล่าวเคลื่อนไปในแนวทางที่มุ่งหวัง

แผนแม่บทการเงินการคลัง (2540-2544)*

มีมาตรการทางการเงิน 12 มาตรการและมาตรการทางการคลัง 11 มาตรการ แบ่งตามกลุ่มเป้าหมายได้ดังนี้

เป้าหมาย 1 สร้างความเข้มแข็งในองค์กรชุมชน

มาตรการการเงิน - จัดตั้งธนาคารเพื่อการพัฒนาองค์กรชุมชน
จัดตั้งธนาคารสหกรณ์แห่งชาติ
กระจายทรัพยากรทางการเงิน

มาตรการการคลัง- ภาษีจูงใจให้ชุมชนจัดตั้งองค์กรชุมชนเพื่อดำเนินธุรกิจชุมชน
ภาษีจูงใจให้ธุรกิจเอกชนและบุคคลทั่วไปช่วยพัฒนาองค์กรชุมชน
สนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งแก่องค์กรชุมชน

เป้าหมาย 2 พัฒนาเศรษฐกิจชุมชน

มาตรการการเงิน - สินเชื่อเพื่อพัฒนาอาชีพและรายได้ชุมชน
กระจายสินเชื่อสู่ภูมิภาคและชนบท
ส่งเสริมและสนับสนุนสถาบันการเงินของรัฐและเอกชนให้มีส่วนร่วมพัฒนาชุมชน

มาตรการการคลัง- ภาษีจูงใจให้องค์กรธุรกิจร่วมดำเนินธุรกิจหรืออุตสาหกรรมชุมชนกับองค์กรชุมชน

เป้าหมาย 3 พัฒนาและกระจายบริการพื้นฐานทางสังคม

มาตรการการเงิน - มาตรการการเงินเพื่อการศึกษา
มาตรการการเงินเพื่อพัฒนาฝีมือแรงงาน
มาตรการการเงินเพื่อที่อยู่อาศัย
มาตรการการเงินเพื่อสาธารณูปโภค

มาตรการการคลัง- กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา
จัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข
จัดตั้งกองทุนส่งเสริมและประกันสุขภาพ
กระจายอำนาจการคลังท้องถิ่น

เป้าหมาย 4 อนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

มาตรการการเงิน - มาตรการการเงินเพื่อรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
จัดตั้งกองทุนบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประสบภัยธรรมชาติและภัยพิบัติ

มาตรการการคลัง- ภาษีเก็บจากผู้ก่อมลพิษ
สนับสนุนผู้รักษาสิ่งแวดล้อม

เป้าหมาย 5 อนุรักษ์สืบสานคุณธรรมและวัฒนธรรมท้องถิ่น

มาตรการการคลัง- จัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมคุณธรรมและวัฒนธรรมท้องถิ่น

*แผนแม่บทการเงินการคลัง (ไม่ปรากฏวันเดือนปี) หน้า 9-11

มาตรการสนับสนุนจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข*

เหตุผล : ในขณะที่การกระจายบริการด้านสาธารณสุขได้ดำเนินครอบคลุมทุกพื้นที่ในชนบทและในเขตเมืองก็มีบริการสาธารณสุขของเอกชนเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอด้วยข้อจำกัดของงบประมาณและการขาดแคลนบุคลากรทางการสาธารณสุข ดังนั้นจึงเห็นควรส่งเสริมและสนับสนุนสถาบันเอกชนเข้ามารับผิดชอบเรื่องสาธารณสุขของประชาชนในชุมชนต่างๆ อย่างเพียงพอ ก็จะทำให้ปัญหาดังกล่าวลดน้อยลงอย่างรวดเร็ว โดยรัฐให้การสนับสนุนจัดตั้งสถาบันเอกชนให้ดำเนินการ ไม่ใช่ของรัฐหรือราชการ ไม่ต้องใช้อำนาจรัฐเข้าไปจัดการ แต่ให้รัฐจัดหาหรือสนับสนุนทางการเงินอย่างพอเพียง

หลักการของมาตรการ : ให้รัฐสนับสนุนจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข โดยรัฐจัดหาหรือสนับสนุนทางการเงินให้สถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขดำเนินการด้านสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างกว้างขวาง ทั้งนี้ให้ประชาชนและองค์กรชุมชนดูแลการดำเนินการของสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นการสร้างองค์กรชุมชนให้เข้มแข็งโดยไม่ต้องใช้อำนาจรัฐ

*แผนแม่บทการเงินการคลัง (ไม่ปรากฏวันเดือนปี) หน้า 25

พร้อมๆ กับการผลักดันระดับกับฝ่ายการเมือง แกนนำได้เริ่มเปิดเวทีและชูประเด็นนี้ต่อหน่วยงานต่างๆ และองค์กรเครือข่ายเพื่อสร้างความเข้าใจและระดมการสนับสนุน

ปี 2539 เป็นปีที่ สวรส. มีกำหนดการจัดประชุมวิชาการครั้งที่ 1 เรื่อง "การปฏิรูปเพื่อสุขภาพ : ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ" ใน

มาตรการจัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ*

เหตุผล : การรักษาพยาบาลเมื่อคราวเจ็บป่วยถือเป็นบริการพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีรายได้น้อยและด้อยโอกาสในชุมชน การบริการและสวัสดิภาพด้านการรักษาพยาบาลของรัฐยังไม่ทั่วถึง ถ้ามีการส่งเสริมและประกันสุขภาพเกิดขึ้นจะทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านนี้ได้อย่างเต็มที่

หลักการของมาตรการ : จัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นการให้สวัสดิภาพในการรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วย เงินทุนของกองทุนเบื้องต้นควรนำมาจากงบประมาณของรัฐบาล และในอนาคตอาจพิจารณาจัดเก็บภาษีพิเศษจากสินค้าที่ทำลายสุขภาพมาสนับสนุนกองทุน

สนับสนุนการจัดตั้งโครงการประกันสุขภาพ โดยให้ประชาชนและชุมชนดำเนินการและรับผิดชอบกันเอง ซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ โครงการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนและชุมชนผู้มีความสามารถที่จะจ่ายค่าเบี้ยประกัน และโครงการประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่มีความสามารถที่จะจ่ายค่าเบี้ยประกัน ซึ่งมุ่งเน้นให้ชุมชนและรัฐช่วยเหลือแบบผสมผสาน

*แผนแม่บทการเงินการคลัง (ไม่ปรากฏวันเดือนปี) หน้า 25-26

เดือนกุมภาพันธ์ 2539 แม้จะชื่อ "การประชุมวิชาการ" แต่การประชุมวิชาการของ สวรส. เป็นการประชุมใหญ่ที่มิได้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอรายงานวิจัย เช่น การประชุมวิชาการทั่วไป หากมุ่งหวังจะใช้เวทีชูประเด็นนโยบายใหม่ ๆ เพื่อเปิดแนวรณรงค์ผลักดันทั้งฝ่ายการเมืองและเคลื่อนไหวภาคสังคม

รอนด้า กัลบัลลี่ ผู้อำนวยการ VicHealth เดินทางมาร่วมประชุมวิชาการครั้งนี้ด้วย เพื่อนำเสนอประสบการณ์ของ VicHealth ซึ่งนอกจาก ม.ร.ว. จตุมงคล โสณกุล ปลัดกระทรวงการคลังจะร่วมเป็นผู้กล่าวปาฐกถา

นำในการประชุมครั้งนี้ **ดร. แกมทอง** ยังได้ประสานงานให้**นายแพทย์ประกิต และนายแพทย์สุภกร** พารอนด้าไปพบ ดร. สุรเกียรติ์ เสถียรไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง และ ม.ร.ว. จตุมงคลเพื่อปรึกษาหารือต่อที่กระทรวงการคลัง จากนั้นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายธวัชวงศ์ ณ เชียงใหม่ได้มอบหมายให้ สวรส. ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอนโยบายเรื่องนี้

ในการดำเนินการดังกล่าว สวรส. ได้จัดประชุมเรื่อง **"การจัดตั้งองค์กรสนับสนุนและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ"** เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2539 ที่โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพฯ เพื่อพิจารณาเรื่อง "ร่างพระราชบัญญัติสถาบันส่งเสริมสุขภาพ" ประเด็นสำคัญคือ ลักษณะและโครงสร้างองค์กร ภาระหน้าที่ บทบาท ที่มาของเงินทุนและเงินอุดหนุน การประชุมครั้งนี้มีส่วนช่วยผลักดันแนวคิดและระดมการสนับสนุนจากนักวิชาการหลากหลายวงการ

ผลการประชุมคือการตั้งคณะทำงานพิจารณายกร่าง "พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ....." ขึ้น โดยเทียบเคียงกับร่างกฎหมายที่มีอยู่ในขณะนั้น ได้แก่ พ.ร.บ. พัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2534 (รองรับการก่อตั้ง สวทช.) พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการวิจัย พ.ศ. 2535 (รองรับการก่อตั้ง สกว.) พ.ร.บ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (รองรับการก่อตั้ง สวรส.) และร่าง พ.ร.บ. กองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา พ.ศ.....

แนวทางการพิจารณาร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวแสดงว่าในขณะนั้นมีแนวคิดว่า องค์กรส่งเสริมสุขภาพที่เสนอให้จัดตั้งขึ้นจะใช้รูปแบบองค์การอิสระเช่นเดียวกับองค์การอิสระอื่น ๆ ในขณะนั้น

ส่วนหนึ่งของผู้เข้าร่วมประชุม 10 เมษายน 2539*

ศ.นพ. ประกิต วาทีสาธกกิจ	- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ศ.นพ. หทัย ชิตานนท์	- สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
ศ.นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	- โครงการส่งเสริมการวิจัยกฎหมาย มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.นพ. วิจารณ์ พานิช	- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
รศ.พญ. พรพันธ์ บุญยรัตพันธ์, รศ. สุรชาติ ณ หนองคาย, อ. ลักขณา เดิมสิริกุลชัย	- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ. พิชัยศักดิ์ หรยางกูร	- คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร. แกมทอง อินทรัตน์, ผศ.ดร. อิศรา ศานติศาสน์	- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร. สีลาภรณ์ นาครทรรพ	- สภาการศึกษา
พญ. ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย	- ศูนย์ประสานพัฒนาการควบคุมโรคไม่ติดต่อ
คุณสารี อ่องสมหวัง	- คปอส.

* ข้อมูลจาก "จับกระแส" จดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 8-9 มี.ค.-เม.ย. 2539

สาระสำคัญของร่าง พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในปี 2539*

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเป็นนิติบุคคลในการกำกับของกระทรวงสาธารณสุข มีเงินกองทุนประเดิมจากงบประมาณแผ่นดินและเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรจากงบประมาณแผ่นดินประจำปีเป็นเงินจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของภาษีสรรพสามิตบุหรี่** เป็นต้น สำนักงานฯ อยู่ภายใต้การกำกับควบคุมโดยคณะกรรมการ 2 ชุด คือคณะกรรมการนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการประเมินผลการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

* ศิระ บุญภินนท์, "การทบทวนกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพ" รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540. หน้า 86-87

** นายแพทย์ประกิตและนายแพทย์สุกกรได้รับคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลกว่ากองทุนนี้ควรมีรายได้ต่อปีประมาณร้อยละ 1 ของงบประมาณรายจ่ายสาธารณสุข ซึ่งคิดเป็นประมาณ 700 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 2.5 ของภาษีสรรพสามิตบุหรี่ในขณะนั้น

สังเกตว่าในขณะนั้นแม้จะมีแนวคิดเรื่องการนำภาษีสรรพสามิตบุหรี่มาเป็นทุนดำเนินงาน แต่ข้อเสนอเกี่ยวกับวิธีที่จะได้มาซึ่งกองทุนยังไม่มีอะไรใหม่ คือให้จัดสรรกองทุนประเดิมจากงบประมาณแผ่นดิน และเงินทุนอุดหนุนรายปีก็มาจากงบประมาณแผ่นดินโดยผ่านกระบวนการงบประมาณปกติ เพียงแต่ให้มีการกำหนดวงเงินไว้ว่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของภาษีสรรพสามิตบุหรี่เท่านั้น ยังไม่ใช่การล็อควงจรให้เกิดการผูกพันโดยตรงระหว่างการจัดเก็บภาษีกับการจัดสรรรายได้ให้สำนักงานส่งเสริมสุขภาพโดยไม่ผ่านกรมบัญชีกลางและกระบวนการงบประมาณปกติ

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือการกำหนดให้สำนักงานนี้มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือกรรมการนโยบายและกรรมการประเมินผล ซึ่งแตกต่างกับรูปแบบของ VicHealth ที่มีกรรมการชุดเดียว กรรมการ 2 ชุดนี้มี

ที่มาจากรูปแบบของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย แสดงว่าแกนนำให้ความสำคัญกับการจัดระบบการถ่วงดุลและตรวจสอบการใช้อำนาจสอดคล้องกับยุคสมัยการปฏิรูปการเมือง และเป็นการนำความรู้ชุดเก่าซึ่งได้รับการพิจารณาว่าเป็นความสำเร็จมาปรับใช้กับกรณีใหม่อีกครั้งหนึ่ง

วันที่ 15 พฤษภาคม 2539 สวรส. ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดการ**ประชุมเรื่อง "วิสัยทัศน์การส่งเสริมสุขภาพ"** ที่โรงแรมรอยัลชิดี้ เป็นอีกหนึ่งความพยายามที่จะสื่อสารกับนักวิชาการและสาธารณชนเพื่อหาการสนับสนุนให้กว้างขึ้น

ในการประชุมดังกล่าว **นายแพทย์ประเวศ วะสี** ได้นำเสนอแนวคิดเรื่องการจัดตั้ง "สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ" โดยอาศัยภาษีบาปให้เป็นองค์การมหาชนอิสระ[8] และนำเสนอว่าหน่วยงานนี้ควรมีขนาดใหญ่พอควร มีความเป็นอิสระภายใต้การกำกับของคณะกรรมการ มีหน้าที่กระตุ้นให้เกิดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังต่อเนื่อง นายแพทย์ประเวศเสนอทางเลือกด้วยว่าอาจปรับกรมอนามัยซึ่งดูแลศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 ให้เป็นศูนย์องค์การมหาชนอิสระดังกล่าว แต่ทางเลือกนี้ไม่ได้รับการขานรับหรือสานต่อจากฝ่ายใด

การเปิดเวทีเรื่ององค์กรส่งเสริมสุขภาพไม่จำกัดอยู่เฉพาะแวดวงในประเทศเท่านั้น วันที่ 17-19 พฤศจิกายน 2540 สวรส. ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (Dr. Desmond O'Byrne) **จัดประชุม "Regional Workshop on Organizational and Funding Infrastructure for Health Promotion"** ที่โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ เพื่อหาแนวทางจัดตั้งกลไก หรือโครงสร้างพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประชุม

8 ประเวศ วะสี, วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย, เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องวิสัยทัศน์และการปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย, 15 พฤษภาคม 2539 โรงแรมรอยัลชิดี้ กรุงเทพฯ (เอกสารอัดสำเนา)

ลักษณะนี้เป็นครั้งแรกของโลก มีผู้แทนจากองค์กรด้านสุขภาพและการคลัง นักวิชาการ และนักส่งเสริมสุขภาพจากออสเตรเลีย ฟิจิ (เป็นประเทศที่ 13 ของโลกที่จัดตั้งกลไกพิเศษเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการมา 15 เดือน) ไทย เวียดนาม มาเลเซีย (กำลังดำเนินการ) พม่า สิงคโปร์ ลาว กัมพูชา และเยอรมนี

ทั้ง 10 ประเทศได้ประกาศข้อตกลงร่วมกันว่าจะดำเนินการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานอันประกอบด้วยกลไกประสานงานและแหล่งเงินทุนเพื่อลดความสูญเสียจากการรักษาพยาบาลโรค และอาการต่างๆ ที่สืบเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงและการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร โรคเอดส์ โรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะนำเสนอคำประกาศต่อรัฐบาลของแต่ละประเทศต่อไป การประชุมนานาชาติครั้งนั้นมีผลให้การจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพเป็นที่ยอมรับและแพร่หลายในระดับนานาชาติ และทำให้ข้อเสนอนั้นมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้นกับผู้กำหนดนโยบายในประเทศ

สัญญาณความสำเร็จของการผลักดันนโยบายระดับบนคือการที่คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม แต่งตั้ง "คณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข และกองทุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและประกันสุขภาพ" เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2539 โดยมีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เป็นประธาน และศาสตราจารย์ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ เป็นรองประธาน

ณ จุดนี้นับว่าข้อเสนอทางนโยบายเรื่องนี้กำลังจะได้รับการแปรรูปให้เป็นผลผลิตทางนโยบายของระบบราชการอย่างเป็นรูปธรรม

ในส่วนสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ มี สวรส. เป็นกลจักรสำคัญในการนำเสนอแนวทางเบื้องต้น

**คณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชน
เพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ**

นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข)	ประธาน
นพ. ประกิต วาทีสาธกกิจ (คณะแพทยศาสตร์ ม.มหิดล)	รองประธาน
นพ. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (รพ. พระพุทธชินราช พิษณุโลก)	คณะทำงาน
นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (สวรส.)	คณะทำงาน
นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต)	คณะทำงาน
นพ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (รอง ผอ. สำนักงานประกันสุขภาพ สงป. สาธารณสุข)	คณะทำงาน
นพ. สุภกร บัวสาย (สวรส.)	คณะทำงาน
ผู้แทนสำนักงบประมาณ	คณะทำงาน
ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	คณะทำงาน
ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	คณะทำงาน
ผู้แทนกรมสรรพากร	คณะทำงาน
ผู้แทนกรมสรรพสามิต	คณะทำงาน
นายกิติพงศ์ อุรพีพัฒนพงศ์ (บริษัทเบคอร์ แอนด์ แม็คเค็นซี่ จำกัด)	คณะทำงาน
นางสุวรรณา หลั่งน้ำสังข์ (บริษัทบางจากปิโตรเลียม จำกัด มหาชน)	คณะทำงาน
นางสุภาวดี ถิระพานิช (กองนโยบายภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง)	คณะทำงาน/เลขานุการ
ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	คณะทำงาน/ผช. เลขานุการ
ผู้แทนกรมสรรพสามิต	คณะทำงาน/ผช. เลขานุการ

ตามที่ได้ทำการศึกษามาแล้ว โดยย้ำหลักการ 2 เรื่องคือ หนึ่ง มีระบบและการบริหารองค์กรที่ดี มีหลายฝ่ายร่วมบริหารงานและตรวจสอบให้เกิดความโปร่งใส และสอง มีเงินทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

คณะทำงานฯ จัดทำข้อเสนอที่มีสาระสำคัญคือสนับสนุนให้จัดตั้งสถาบันสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามรูปแบบของ VicHealth และเสนอให้คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลัง เพื่อสังคมพิจารณาในเดือนพฤศจิกายน 2539 ซึ่งคณะกรรมการฯ เห็นชอบในหลักการ และมอบหมายให้สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมบัญชีกลาง และสำนักงบประมาณร่วมกันพิจารณาและเสนอแนะทางเลือกแหล่งรายได้ของกองทุน และยังมอบหมายให้กระทรวงการคลังจัด **คณะผู้แทนไปศึกษาดูงานด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ Health Sponsorship Council นิวซีแลนด์ และ VicHealth ออสเตรเลีย** เพื่อศึกษาถึงรูปแบบองค์กร แนวทางดำเนินงาน ปัญหาหรือข้อจำกัด แหล่งรายได้ขององค์กร โดยเฉพาะการใช้ภาษีบาปส่งเสริมสุขภาพ

เดือนธันวาคม 2539 กระทรวงการคลังร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งคณะดูงานไปดูงานเป็นเวลา 5 วัน อาจเป็นการดูงานที่กระชับและได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์มากที่สุดในประวัติศาสตร์ราชการไทย

การที่กระทรวงการคลังส่งผู้แทนไปดูงานครั้งนั้นถึง 4 คนแสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความสำคัญของเรื่องนี้ เพราะในสมัยนั้นเป็นเรื่องยากมากที่ปลัดกระทรวงการคลังจะส่งผู้แทนไปดูงานต่างประเทศ ประเด็นที่ ม.ร.ว. จตุมงคล ปลัดกระทรวงฯ ให้ความสนใจมากคือเรื่องความคุ้มประโยชน์ว่ามีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าการตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพเป็นการลงทุนที่มีผลตอบแทนคุ้มค่า นับเป็น "โจทย์ใหม่" ที่แกนนำยังไม่ได้สนใจและยังไม่มีการสร้างความรู้รองรับ

คณะดูงานออสเตรเลีย-นิวซีแลนด์ 9-13 ธันวาคม 2539*

นายศุภรัตน์ ควัตกุล
- ที่ปรึกษาการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง กระทรวงการคลัง

นางสตรี ประทีปะเสน
- ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและสารสนเทศการงบประมาณ สำนักงบประมาณ

ศ.นพ. ประกิต วาทีสาธกกิจ
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
- ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านนโยบายและวางแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นพ. สุภกร บัวสาย
- รองผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นพ. ชูชัย ศุภวงศ์
- ผู้เชี่ยวชาญพิเศษสาขานโยบายและแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

นายมนัส แจ่มเวหา
- นิติกร 7 รักษาการตำแหน่งผู้อำนวยการส่วนกฎหมายและระเบียบ สำนักการเงินการคลัง กรมบัญชีกลาง

นางสุวัฒนา ศรีภิรมย์
- หัวหน้าฝ่ายรายได้รัฐวิสาหกิจและรายได้อื่น กองนโยบายภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

นางสุภาวดี ถิระพานิช
- หัวหน้าฝ่ายนโยบายภาษีสินค้าและบริการ กองนโยบายภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

* ข้อมูลจากรายงานการดูงานองค์กรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศออสเตรเลีย 9-13 ธันวาคม 2539 เสนอปลัดกระทรวงการคลัง

คณะดูงานได้ไปดูงานทั้งที่ VicHealth และ HSC แต่มีจุดเน้นที่ VicHealth นอกจากดูงานที่สำนักงาน VicHealth แล้วคณะดูงานยังได้ไปพบปะพูดคุยกับองค์กรที่ได้รับการสนับสนุนจาก VicHealth เช่นรัฐบาลท้องถิ่นที่ได้รับทุนทำโครงการต้นแบบการป้องกันอุบัติภัยในชุมชนโรงเรียนประถมต้นแบบที่ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหา

นอกจากนั้นยังได้พบบุคคลสำคัญ เช่น รัฐมนตรีสาธารณสุขรัฐวิกตอเรีย ที่ปรึกษารัฐมนตรีการคลังรัฐวิกตอเรีย และเจ้าหน้าที่ระดับสูงของกระทรวงการคลัง ผู้แทน Committee for Melbourne ซึ่งเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ประกอบด้วยนักธุรกิจชั้นนำของรัฐ ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสุขภาพและนักวิชาการอื่นๆ

คณะดูงานมีข้อสรุปไม่แตกต่างจากคณะทำงานฯ คือเห็นว่า

1. **VicHealth เป็นรูปแบบองค์กรและการดำเนินงานที่เหมาะสม** กล่าวคือ มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพครบวงจร แต่เป็นองค์กรประสานจัดการ ไม่ดำเนินกิจกรรมเอง เช่น กรณี HSC ซึ่งไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก นอกจากนั้น VicHealth ยังมีโครงสร้างองค์กรยืดหยุ่น คล่องตัว มีกฎหมายรองรับ เอื้อต่อการเป็นองค์กรจัดการที่มีประสิทธิภาพมากกว่า HSC

2. **กองทุนส่งเสริมสุขภาพควรมีหลักประกันรายได้ที่ต่อเนื่องแทนที่จะต้องต่อสู้ของบประมาณเป็นรายปี ซึ่งอาจถูกแทรกแซงจากการเมือง โดยควรจัดเก็บภาษีจากบุหรี่ในอัตราร้อยละ 1-5 ของภาษีค่าแสตมป์ยาสูบ (ประมาณ 200-1,300 ล้านบาท) และเห็นการผูกพันเงินภาษีบุหรี่เข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องเหมาะสม** เพราะจะทำให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่ว่าเป็นต้นเหตุที่ทำลายสุขภาพ และเห็นว่าปัญหาบุหรี่ไม่ใช่เรื่องเฉพาะบุคคล แต่เป็นภาระของสังคมส่วนรวม ด้วยการเชื่อมโยงภาษีบาปกับองค์กรส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ ทำให้องค์กรมีภาพลักษณ์ชัดเจน เข้าใจง่ายในหมู่สาธารณชน

ความคุ้มค่าต่อการลงทุน (benefit-cost) ของกองทุนและองค์กรสนับสนุนสุขภาพ*

ศาสตราจารย์ Neville Norman นักเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมลเบิร์น ได้ประเมินผลตอบแทนทางเศรษฐกิจของ VicHealth ระหว่างปี 2530-2535 ดังนี้

- รัฐวิกตอเรียได้ลงทุนส่งเสริมสุขภาพผ่าน VicHealth เป็นจำนวนเงิน 121 ล้านเหรียญ
- อัตราสูบบุหรี่ของประชากรในรัฐวิกตอเรียและอีกสองรัฐที่มีองค์กรลักษณะเดียวกันต่ำกว่ารัฐอื่นๆ
- โภชนาการของชาวรัฐวิกตอเรียดีขึ้นชัดเจน สัมพันธ์กับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของ VicHealth
- ชาวรัฐวิกตอเรียออกกำลังกายและเล่นกีฬามากขึ้น
- ชาวรัฐวิกตอเรียปกป้องผิวหนังจากแสงอาทิตย์ (ป้องกันมะเร็งผิวหนัง) เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50
- เฉพาะโครงการเลิกบุหรี่ซึ่งใช้เงิน 15 ล้านเหรียญสร้างผลตอบแทนไม่น้อยกว่า 200 ล้านเหรียญ หรือ B/C ratio ประมาณ 13:1

งานวิจัยของ Dr. Egger (ไม่ทราบนามสกุล) แสดงว่า โครงการส่งเสริมสุขภาพ 188 โครงการ ที่ดำเนินการในออสเตรเลียในช่วงต้นทศวรรษ 1990 สามารถลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ 7,000-8,000 ล้านเหรียญ

Dr. Murray Laugesen นักเศรษฐศาสตร์ Health New Zealand ประเมินว่า

- การส่งเสริมสุขภาพระหว่างปี 2528-2538 สามารถลดจำนวนคนที่จะต้องตายเพราะบุหรี่ได้ 10,000 คน คนกลุ่มนี้มีอายุยืนยาวขึ้นคนละ 14 ปีรวมกันเป็น 140,000 ปี ความสำเร็จนี้เกิดขึ้นโดยใช้เงิน 42 ล้านเหรียญ เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายนี้เทียบกับจำนวนปีของชีวิต คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการยืดอายุชาวนิวซีแลนด์ปีละ 700 เหรียญ/คน

- ระหว่างปี 2528-2538 การส่งเสริมสุขภาพลดอัตราตายจากบุหรี่ได้ร้อยละ 40 ลดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลได้ปีละ 80 ล้านเหรียญ คิดเป็น B/C ratio 20 : 1

* ข้อมูลจากรายงานการดูงานองค์กรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศออสเตรเลีย 9-13 ธันวาคม 2539 เสนอปลัดกระทรวงการคลัง

ในประเด็นนี้คณะดูงานจะได้รับอิทธิพลจากความคิดของรัฐมนตรีและเจ้าหน้าที่ระดับสูงของกระทรวงการคลัง รัฐวิกตอเรียว่า **delidated tax กรณีนี้เป็นเพียงรายจ่ายที่มีสัดส่วนน้อยมาก เมื่อเทียบกับรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด และจัดสรรให้เฉพาะกรณีที่ประจักษ์ชัดว่าเป็นประโยชน์สูงและสังคมยอมรับเท่านั้น และประสบการณ์หลายปีที่ผ่านมาก็ไม่มีปัญหาว่าจะเกิด "ลัทธิเอาอย่าง" หรือข้อเสนอขอจัดตั้งกองทุนอื่น ๆ ในลักษณะเดียวกันแต่อย่างใด** ความรู้และประสบการณ์นี้มีน้ำหนักอย่างสูงต่อผู้แทนกระทรวงการคลังซึ่งให้ความสำคัญกับหลักการวินัยการคลัง

3. **การจัดตั้งสถาบันสร้างเสริมสุขภาพเป็นการลงทุนที่ให้ประโยชน์คุ้มค่า** โดยอาศัยข้อมูลจากประสบการณ์ของ VicHealth and HSC นับเป็นชุดความรู้ใหม่ที่คณะดูงานได้แสวงหามาเพื่อตอบโจทย์ของปลัดกระทรวงการคลัง

นอกจากนั้น คณะดูงานพยายามคำนวณความคุ้มค่าต่อการลงทุน ซึ่งยังเป็นเพียงการประเมินเบื้องต้น อย่างไรก็ดี นอกจากปลัดกระทรวงการคลังแล้ว เรื่องความคุ้มประโยชน์และชุดความรู้ที่จะใช้อ้างอิงพิสูจน์ไม่เป็นประเด็นถกเถียงวิพากษ์วิจารณ์มากนัก และก็ไม่ได้มีการสร้างชุดความรู้เรื่องนี้เพิ่มเติม

การประเมินความคุ้มค่าต่อการลงทุนของการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพของไทย*

- อุบัติเหตุคร่าชีวิตคนไทยปีละ 34,000 คน เฉพาะอุบัติภัยจราจรปีละ 15,000 คน สูญเสีย 70,000-90,000 ล้านบาท ถ้าลดลงได้ร้อยละ 10 จะประหยัดชีวิตได้ปีละ 1,500 ชีวิต ลดความสูญเสีย 7,000-9,000 ล้านบาท
- บุหรี่ทำให้เสียชีวิตปีละ 42,000 คน เฉพาะมะเร็งปอดตายปีละ 10,000 คน ต้นทุนคนละ 0.7-1.9 ล้านบาท ต้นทุนผู้ตายจากบุหรี่ 17,000-45,000 ล้านบาท ซึ่งจะลดลงในระยะยาวถ้าสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่
- ค่าใช้จ่ายสุขภาพคนไทยปีละ 250,000 ล้านบาท หรือร้อยละ 5-6 ของรายได้ประชาชาติ หากสัดส่วนนี้ลดลงเท่าสิงคโปร์ มาเลเซีย ศรีลังกา ฮ่องกง คือร้อยละ 3-4 จะลดค่าใช้จ่ายได้ 100,000 ล้านบาทต่อปี

หากการส่งเสริมสุขภาพสามารถลดการสูญเสียเฉพาะ 3 ประเด็นนี้ได้ร้อยละ 10 ประเทศชาติจะประหยัดรายจ่ายได้ปีละ 20,000 ล้านบาท (ประเมินโดยนายแพทย์สุภกร บัวสาย)

* ข้อมูลจากรายงานการดูงานองค์กรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศออสเตรเลีย 9-13 ธันวาคม 2539 เสนอปลัดกระทรวงการคลัง

หมายเหตุ - ต่อมาในขั้นตอนพัฒนายุทธศาสตร์องค์กร มีการพัฒนาสาระและรายละเอียดเพิ่มเติมอีกเล็กน้อย (ดูสุภาวดี ถิระพานิช, "รายงานผลการบันทึกกระบวนการขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ", รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544, หน้า 61-63)

คณะทำงานฯ สรุปเสนอคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ ในเดือนมีนาคม 2540 ซึ่งมีมติเห็นชอบในเรื่องความคุ้มค่าต่อการลงทุน แต่คณะกรรมการฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ม.ร.ว. จตุมงคล โสณกุล ปลัดกระทรวงการคลังซึ่งเป็นประธานฯ ยังไม่เห็นด้วยกับ earmarked tax เพราะเห็นว่าผิดวินัยทางการคลัง และเห็นว่าเรื่องนี้ควรเป็นการตัดสินใจระดับนโยบาย พร้อมกับมอบหมายให้คณะทำงานฯ จัดทำรายละเอียดแผนงานและงบประมาณเพิ่มเติมก่อนจะนำเสนอ กนภ. เพื่อพิจารณาต่อไป ซึ่งคณะทำงานฯ ร่วมกับ สวรส. และนักวิชาการจากกรมอนามัยก็ยกร่างแผนงานและแผนงบประมาณระยะต้นแล้วเสร็จในเดือนพฤษภาคม 2540

การ "ยกระดับ" หรือ "โยนลูก" การตัดสินใจไปให้ ครม. มีผลให้พัฒนาการเรื่องนี้ซึ่งรุดหน้าอย่างรวดเร็วในช่วงปีที่ผ่านมาต้องหยุดชะงักลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลในเดือนพฤศจิกายน 2539 ทำให้ฝ่ายการเมืองที่เคยให้การสนับสนุนพ้นจากตำแหน่ง

ต่อมาในปี 2540 ก็มีเหตุการณ์สำคัญ 2 อย่างที่มีผลกระทบสำคัญ ต่อการผลักดันเรื่องภาษีบาปและองค์กรส่งเสริมสุขภาพ

- เหตุการณ์แรกคือ การเข้าสู่ยุค **"วิกฤตเศรษฐกิจ"** ตั้งแต่กลางปี 2540 ซึ่งมีผลให้คณะรัฐมนตรีมีมติให้ชะลอการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ทั้งหมด เป็นผลกระทบทางลบ
- เหตุการณ์ที่สองคือ การประกาศใช้ **รัฐธรรมนูญใหม่** ซึ่งมีเจตนารมณ์ ปรัชญา แนวทาง และบทบัญญัติที่ชัดเจนเรื่องสิทธิต่อสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชน และการเพิ่มบทบาทหน่วยงานประเภทที่สาม - องค์การมหาชน เป็นผลกระทบทางบวก

5.

การสร้างชุดความรู้ และการผลักดัน **นโยบายรอบสอง** (2541-2544)

5.1 ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับบุหรี่ภาษีบาป และการส่งเสริมสุขภาพ

ในช่วงเวลานี้ไม่มีการสร้างความรู้ใหม่เรื่องภาษีบาป แต่เรื่องบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพกลับเข้าสู่ความสนใจอีกครั้ง เมื่อแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพได้รับการขานรับมากขึ้นในสังคมไทย

สืบเนื่องมาจากการประชุมวิชาการครั้งที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพเป็นประเด็นที่มีแนวทางชัดเจนที่สุดที่จะขับเคลื่อนต่อไป สวรส. จึงนำมาเป็นหัวข้อใหญ่ของการประชุมวิชาการครั้งที่ 2 ในปี 2541 และสนับสนุนให้มีการวิจัยเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องความเป็นมาของปัญหาและการดำเนินการ 3 เรื่องที่เป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นๆ ของสังคมไทย คือ

"วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย" โดย นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ

"วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย" โดยนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ และคณะ

"วิวัฒนาการของการป้องกันอุบัติเหตุจราจร" โดย ผศ. ดร. บัญชร แก้วส่อง และคณะ

งานวิจัยชุดนี้ใช้เปิดประเด็นใน**การประชุมวิชาการ สวรส. ครั้งที่ 2 เรื่อง "ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน"** ในวันที่ 6-8 พฤษภาคม 2541 ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญที่จะชูธงสื่อสารกับสังคมว่าการส่งเสริมสุขภาพซึ่งถือเป็น "สาธารณสุขแนวใหม่" นั้นมีจุดเน้นที่การขยายกรอบคิดและกรอบปฏิบัติการให้กว้างกว่าบริการสาธารณสุขโดยบุคลากรสาธารณสุข และจะบรรลุความสำเร็จได้ต้องอาศัยยุทธศาสตร์ประชาสังคมนำ

งานวิจัย 20 เรื่องที่นำเสนอในการประชุมมุ่งสื่อประเด็นสำคัญ 3 เรื่อง คือ

1. ปัจจุบันปัญหาหลักที่คุกคามชีวิตและสุขภาพคนไทยมาจากกลุ่มโรคที่มิได้เกิดจากเชื้อโรค (โรคไม่ติดต่อ) สาเหตุการตาย 3 อันดับแรกคือ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ-หลอดเลือด และมะเร็ง และสังคมต้องเสียทรัพยากรเพื่อแก้ไขเยียวยามหาศาลและเพิ่มขึ้นทุกปี
2. ปัญหาเหล่านี้ควบคุมและลดได้ด้วยการทำงานเชิงรุก - การส่งเสริมสุขภาพ แต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขที่ 8 (2540-2544) ยังแยกกระจายงานส่งเสริมสุขภาพเป็นงานย่อยแทรกอยู่ในสาขาอื่นๆ และจำกัดเฉพาะเรื่องอนามัยส่วนบุคคล - ซึ่งไม่สอดคล้องกับลักษณะปัญหา
3. บทเรียนจาก 3 กรณี - เอดส์ บุหรี่ อุบัติเหตุ ชี้ว่าการส่งเสริมสุขภาพนั้น[๑]

---

๑ สัมภาษณ์นายแพทย์สุภกร บัวสาย วันที่ 25 กันยายน 2545

- ยิ่งทำนอกวงราชการสาธารณสุข ยิ่งมีภาคีมาก ใช้กระบวนการประชาสังคม ...โอกาสสำเร็จยิ่งสูง
- ต้องมีหน่วยจัดการ ประสานงาน เพื่อสนับสนุนการทำงานของเครือข่าย
- ต้องมีทรัพยากรมากพอและต่อเนื่อง

ประเด็นการประชุมล้วนนำไปสู่เรื่องการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ ในการประชุมก็มีการนำเสนอเรื่ององค์กรส่งเสริมสุขภาพและ VicHealth เป็นกรณีตัวอย่าง แต่มิได้มีความพยายามจะผลักดันเคลื่อนไหวเรื่องการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพในระดับนโยบายอย่างจริงจัง เนื่องจากแกนนำเห็นว่าวิกฤตเศรษฐกิจยังเป็นอุปสรรคสำคัญ

5.2 โอกาส บริบททางนโยบายและการขับเคลื่อนข้อเสนอการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ

การที่เรื่ององค์กรส่งเสริมสุขภาพได้ถูกผนวกเข้าเป็นมาตรการหนึ่งในแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม ทำให้มีความต่อเนื่องข้ามรัฐบาล แม้จะไม่ได้รับการสนับสนุนมากเท่าเดิม

แม้ฝ่ายแกนนำจะไม่ได้ติดตามเรื่องอย่างใกล้ชิด เพราะเห็นว่าบริบททางสังคมยุควิกฤตเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย แต่เรื่ององค์กรส่งเสริมสุขภาพได้ถูกส่งเข้าสายพานนโยบายภายใต้กรอบของแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมแล้ว จึงถูกหยิบยกมาพิจารณาอีกครั้งในการประชุม**คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม** เดือนเมษายน 2541

เมื่อมีโอกาสรอบสอง คณะทำงานฯ ทำตามคำแนะนำจากนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ซึ่งเป็นรองประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการให้เสนอจัดตั้งองค์กรนี้โดยการตราเป็นพระราชกฤษฎีกาตามร่างพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ..... ที่กำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาของรัฐสภา

คณะกรรมการฯ เห็นชอบตามแนวทางนี้และตั้งคณะทำงานอีกชุดหนึ่งเพื่อดำเนินการเรื่องนี้โดยเฉพาะ (คณะทำงานชุดเดิมมีภารกิจเรื่องการประกันสุขภาพด้วย) ได้แก่ **คณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ** มีนายแพทย์ประกิตเป็นประธานฯ และมีคณะทำงานเพียง 6 คนคือ **นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ศาสตราจารย์ ดร. อภิชัย พันธเสน นายยงยุทธ ติยะไพรัช นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ นายแพทย์สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล**

อย่างไรก็ดี แนวคิดที่จะจัดตั้งองค์กรนี้ตามร่าง พ.ร.บ. องค์การมหาชน ทำให้ไม่สามารถจะผูกพันภาษีบุหรี่กับองค์กรดังกล่าวตามที่ตั้งใจไว้ เพราะร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวกำหนดที่มาของรายได้องค์การมหาชนทุกประเภทไว้ชัดเจน ซึ่งไม่รวมรายได้จากภาษี อย่างไรก็ดีระหว่างที่ข้อจำกัดดังกล่าวยังไม่เป็นที่กระจ่างชัดเจน และเรื่องแหล่งรายได้ขององค์กรส่งเสริมสุขภาพก็ยังไม่มีความแน่นอน ก็เกิดสถานการณ์ที่มีผลกระทบสำคัญต่อการจัดตั้งองค์กร

ในช่วงเวลาที่มีการปรึกษาหารือดังกล่าว สำนักงบประมาณให้ความเห็นเรื่องการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพดังนี้

จุดนี้คือทางสองแพร่งแห่งความสำเร็จและความล้มเหลว อุปสรรคเรื่องรูปแบบและกระบวนการจัดตั้งสถาบันเป็นโจทย์ใหม่ที่ต้องขบคิด และแม้จะได้มีการเตรียมการสร้างชุดความรู้ด้านนี้ไว้บ้าง ก็ยังมีช่องว่างทางความรู้ด้านกระบวนการนโยบายและกระบวนการนิติบัญญัติซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยน

สาระสำคัญของร่าง พ.ร.ฎ. องค์การสร้างเสริมสุขภาพในปี 2541*

- ปรับเปลี่ยนชื่อองค์กรจาก "ส่งเสริม" เป็น "สร้างเสริม" สุขภาพเพื่อให้ได้ความหมายที่กว้างขึ้น โดยเฉพาะให้สื่อถึงลักษณะการสร้างงานใหม่ๆ ด้วย
- แหล่งรายได้เป็นไปตามกฎหมายแม่บทคือ พ.ร.บ. องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 คือ
  - เงินที่รัฐบาลจ่ายให้เป็นทุนประเดิม
  - เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสมเป็นรายปี
  - เงินอุดหนุนจากภาคเอกชนหรือองค์กรอื่น รวมทั้งจากต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ และเงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้
  - ค่าธรรมเนียม ค่าบำรุง ค่าตอบแทน ค่าบริการ หรือรายได้จากการดำเนินการ
  - ดอกผลของเงินหรือรายได้จากทรัพย์สินขององค์การมหาชน
- อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

* ข้อมูลจาก สุภาวดี ถิระพานิช "รายงานผลการบันทึกกระบวนการขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ" รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.

ผ่านและมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมากในขณะนั้นอีกมาก

ปัญหาใหม่และโจทย์ใหม่มิได้มีเพียงเรื่องกฎหมายเท่านั้น แต่เกิดมีโครงการคู่ขนานขึ้นมา ได้แก่ "กองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุราและยาสูบ" ซึ่งมีที่มาจากนโยบายสุราเสรี แต่ได้ขยายขอบเขตมาครอบคลุมเรื่องบุหรี่ด้วย นับเป็นครั้งแรกที่มีการผนวกสองเรื่องสุราและยาสูบเข้าด้วยกัน

สรุปความคิดเห็นสำนักงบประมาณต่อร่าง พ.ร.ฎ. การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี 2541*

1. การจัดตั้งกองทุน/เงินทุนหมุนเวียนโดยได้รับการยกเว้นให้นำเงินรายรับไปใช้จ่ายได้โดยไม่ต้องส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน จะต้องจัดตั้งตาม พ.ร.บ. งบประมาณรายจ่ายประจำปี หรือจัดตั้งตาม พ.ร.บ. เฉพาะ
2. ถ้าจัดตั้งเป็นสำนักงานกองทุนตาม พ.ร.บ. องค์การมหาชนฯ ไม่ต้องจัดตั้งกองทุน เพราะองค์การมหาชนเป็นหน่วยงานของรัฐ แต่ไม่ใช่ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ จะมีทุนในการดำเนินการอย่างอิสระและคล่องตัวแล้ว
3. หน่วยงานเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีลักษณะเป็นบริการสาธารณะที่เป็นทางเลือกของประชาชน ไม่น่าจะต้องเป็นหน่วยงานของรัฐ และจะมีบทบาทซ้ำซ้อนกับหน่วยงานของรัฐที่มีอยู่แล้ว ไม่น่าจะต้องจัดตั้งเป็นหน่วยงานใหม่ หรือหากจะจัดตั้งเป็นองค์การมหาชนก็ควรโอนหน่วยงานเดิมเข้ามาไว้ด้วย หรือจัดตั้งในรูปแบบมูลนิธิจะสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกมากกว่า

* ข้อมูลจาก สุภาวดี ถิระพานิช "รายงานผลการบันทึกกระบวนการขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ" รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544

ในประเด็นนี้สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการที่ดูแลเรื่อง การพิจารณาจัดตั้งและพัฒนาองค์กรมหาชนต่างๆ ก็แสดงความเห็นว่าในการจัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพควรคำนึงถึงกองทุนหรือเงินทุนอื่นที่มีวัตถุประสงค์คล้ายกัน และยกกองทุนฯ นี้เป็นตัวอย่าง

เหตุเกิดจากการที่แกนนำว่างเว้นการขับเคลื่อนเรื่องกองทุนสร้างเสริมสุขภาพไประยะหนึ่ง ทำให้โครงการเดิมขาด visibility จนทำให้เกิดโครงการใหม่ทับซ้อนขึ้นภายในเขตรั้วกระทรวงการคลังนั่นเอง

ที่มาของ "กองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ"

คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อ 15 กันยายน 2541 ให้เปิดเสรีการผลิต และจำหน่ายสุรา และให้กระทรวงการคลังหาแนวทางลดผลกระทบทางสังคมอันอาจเกิดจากการแข่งขันทางการตลาดเพื่อโน้มน้าวให้ประชาชนบริโภคสุรามากขึ้น คือให้สนับสนุนการรณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภคสุรา โดยอาจขอรับการสนับสนุนทางการเงินจากโรงงานสุราต่างๆ*

กระทรวงการคลังได้ตั้งคณะทำงานขึ้นโดยมีกรมสรรพสามิตซึ่งมี ดร. สมชัย ฤชุพันธุ์ เป็นอธิบดีรับผิดชอบ มีแนวคิดจะจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากสุรา ..และให้รวมยาสูบซึ่งเป็นสินค้าที่ทำลายสุขภาพประชาชนเช่นกัน และเห็นว่าการจัดเก็บภาษีบาปบำรุงกองทุนประเภทนี้มีตัวอย่างในหลายประเทศ คณะทำงานจึงยกร่าง พ.ร.บ. กองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ พ.ศ. .... เสนอกระทรวงการคลังพิจารณาเมื่อเดือนมิถุนายน 2542

* จากการสัมภาษณ์ในวันที่ 7 ตุลาคม 2545 นายแพทย์ประกิตเห็นว่าข้อเสนอนี้น่าจะเกิดจากประสบการณ์ของรัฐบาลในการรับมือกับกระแสด้านของสังคมในช่วงที่เปิดตลาดบุหรี่เสรี และอุปนิสัยของนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัย ซึ่งต่อต้านการดื่มสุรา

อย่างไรก็ดีการจะตั้งองค์กรใหม่ต้องผ่านการกลั่นกรองของระบบราชการไทยซึ่งแม้จะล่าช้า แต่ก็มีประสิทธิผลพอควรในการสกัดกั้นองค์กรใหม่ๆ ที่อาจไม่มีความจำเป็นหรือมีภารกิจซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นทั้งที่มีอยู่แล้วและกำลังจะจัดตั้งขึ้น โครงการนี้จึงต้องพบปัญหาอุปสรรคเมื่อถึงขั้นตอนปรึกษาหารือหน่วยงานต่างๆ สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ เห็นความซ้ำซ้อนและเห็นว่าควรชะลอโครงการไว้ก่อน ส่วนกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่า สำนักงานกองทุนฯ ควรอยู่ภายใต้การกำกับ

ดูแลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบงานของ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 อยู่แล้ว

เรื่องจึงต้องส่งกลับกระทรวงการคลังเพื่อหาข้อยุติ เป็นโอกาสให้นายแพทย์ประกิต ซึ่งเคยนำเสนอเรื่องกองทุนสร้างเสริมสุขภาพต่อรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง **ดร. พิสิฐ ลี้อาธรรม** เมื่อครั้งที่ไปพักรับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีในเดือนเมษายน 2542 เข้าพบพร้อมนายแพทย์สุภกร เพื่อเสนอให้นำ 2 โครงการมารวมกัน ดร. พิสิฐมอบหมายให้สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมสรรพสามิต และคณะทำงานฯ สรุปเปรียบเทียบ 2 โครงการ

ผลการเปรียบเทียบคือฝ่ายต่างๆ เห็นร่วมกันว่ารูปแบบการดำเนินงานของโครงการแรกเหมาะสมกว่า เพราะเป็นการจัดการปัญหาแบบองค์รวม ไม่มีลักษณะเป็นราชการ แต่ในด้านแหล่งรายได้และการดำเนินการออกกฎหมาย โครงการหลังมีรูปแบบเหมาะสมกว่า มีความต่อเนื่องยั่งยืน แต่ต้องตรา พ.ร.บ. ซึ่งใช้เวลานานกว่า

ณ จุดนี้แกนนำได้ระดมกำลังผลักดันอย่างแข็งขันอีกครั้งหนึ่ง และได้ใช้ช่องทางใหม่ๆ ช่วยหนุน อาทิเช่น **คณะกรรมการนโยบายสังคมแห่งชาติ** ซึ่งจัดตั้งขึ้นในปี 2541 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและประสานงานด้านผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากวิกฤตเศรษฐกิจ เป็นคณะกรรมการระดับชาติชุดเดียวที่มีกรรมการนอกราชการมากกว่าตัวแทนหน่วยงานราชการ ทั้งนี้เกิดจากแรงผลักดันของนายแพทย์ประเวศ ผ่านทางคุณหญิงสุพัตรา มาศดิตถ์ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการนโยบายสังคม จึงเป็นช่องทางให้ผู้นำภาคประชาสังคมผลักดันวาระภาคประชาสังคมทั้งระยะสั้นและยาวเข้าสู่กระบวนการนโยบายระดับสูงได้โดยตรง

ประเด็น	กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรายาสูบ
รูปแบบองค์กร	• องค์การมหาชน เป็นนิติบุคคล	• เป็นนิติบุคคลที่ไม่เป็นรัฐวิสาหกิจ อิสระจากส่วนราชการ
วัตถุประสงค์	• สร้างค่านิยมสร้างเสริมสุขภาพ และกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพครบวงจร • สนับสนุนการลดอัตราการเสียชีวิตด้วยเหตุที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ • เน้นกระบวนการประชาสังคม สนับสนุนกิจกรรมภาคประชาชนและกิจกรรมหน่วยงานที่มีอยู่เดิม	• ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโทษภัยของสุรายาสูบ • ศึกษาวิจัยฝึกอบรมจัดประชุมเพื่อรณรงค์งดการบริโภคสุรายาสูบ • ให้เงินอุดหนุนหน่วยงานต่างๆ จัดกิจกรรมรณรงค์
การบริหารงาน	• มีคณะกรรมการบริหารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธานกรรมการโดยตำแหน่ง 5 คน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน ผู้อำนวยการ 1 คน และมีคณะกรรมการประเมินผล มีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน ผู้อำนวยการ 1 คนเป็นกรรมการและเลขานุการ • ผู้อำนวยการรับผิดชอบการบริหารจัดการ	• มีคณะกรรมการบริหารที่มีอธิบดีกรมสรรพสามิตเป็นประธาน กรรมการโดยตำแหน่ง 9 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีรองอธิบดีกรมสรรพสามิตเป็นเลขานุการ • ผู้อำนวยการกองทุนรับผิดชอบการบริหารจัดการ
แหล่งรายได้	• แนวคิดเดิมคือเงียดจ่ายจากภาษีสรรพสามิตในลักษณะ earmark tax แต่ พ.ร.บ. องค์การมหาชน 2542 ไม่ให้อำนาจในการเก็บภาษีเพิ่ม จึงเสนอให้ใช้เงินประมาณ 700 ล้านบาท	• ร่าง พ.ร.บ. ให้อำนาจ รมต. คลังจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบในอัตราไม่เกินร้อยละ 2 ของภาษีสุราและยาสูบ ขั้นแรกให้จัดเก็บร้อยละ 1

ประเด็น	กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุราและยาสูบ
	ซึ่งเท่ากับร้อยละ 1 ของงบประมาณที่รัฐใช้จ่ายด้านสาธารณสุข หรือร้อยละ 1 ของภาษีสุราและยาสูบ	และให้ลดอัตราภาษีสุราและยาสูบในอัตราเดียวกันเพื่อจะได้ไม่มีผลด้านราคา ไม่กระทบผู้บริโภค
การกำกับดูแล	• เป็นหน่วยงานในการกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข	• เป็นหน่วยงานในการกำกับดูแลของกระทรวงการคลัง
การดำเนินการ	• ออกเป็น พ.ร.ฎ. โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่ง พ.ร.บ. องค์การมหาชน พ.ศ. 2542	• ออกเป็น พ.ร.บ. กองทุนฯ

* ที่มา-สรุปย่อจากสุภาวดี ถิระพานิช "รายงานผลการบันทึกกระบวนการขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ" รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, หน้า 80-83.

ในการประชุมคณะกรรมการนโยบายสังคมแห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรี ชวน หลีกภัย เป็นประธาน **นายแพทย์ประเวศ วะสี** และ**นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์** เป็นกรรมการ เดือนกันยายน 2542 ได้กำหนดนโยบายให้มีการจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยมอบหมายให้มี**คณะทำงานเฉพาะกิจ**ขึ้นชุดหนึ่งไปศึกษาเรื่องการรวม 2 กองทุน โดยมีรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง นายพิสิฐ ลี้อาธรรม รับผิดชอบในการดำเนินการ ผู้มีบทบาทสำคัญคือนักกฎหมายของกรมสรรพสามิต **นายพาเกียรติ สมานบุตร นายวิบูลย์ บุณยศิโรตม์ นายจุมพล ริมสาคร** และ**นายชัยยุทธ สุทธิธนากร** ได้ยกร่างกฎหมาย 2 ฉบับโดยใช้ร่าง พ.ร.บ. กองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรายาสูบเป็นต้นร่าง คือ

1. ออก พ.ร.ฎ. จัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุราและยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. .... เป็นนิติบุคคล โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่ง พ.ร.บ. องค์การมหาชนอิสระ พ.ศ. 2542 รัฐบาลจะจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไปจากงบกลางให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน การบริหารจัดการให้เป็นไปตาม พ.ร.บ. องค์การมหาชนฯ
2. ออก พ.ร.บ. **กองทุน**เพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุราและยาสูบและเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. .... เพื่อจัดตั้งกองทุนฯ และรับโอนภารกิจของสำนักงานฯ

หนึ่งเดือนต่อมาในวันที่ 19 ตุลาคม 2542 **คณะรัฐมนตรีอนุมัติหลักการร่างกฎหมาย 2 ฉบับตามที่กระทรวงการคลังเสนอ** และมอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรี นายกร ทัพพะรังสี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง นายธารินทร์ นิมมานเหมินท์ และรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี คุณหญิงสุพัตรา มาศดิตถ์ ร่วมกันพิจารณาในรายละเอียดและดำเนินการต่อไป อย่างไรก็ดีฝ่ายการเมืองที่มีบทบาทสูงที่สุดยังคงเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง ดร. พิสิฐ ลี้อาธรรม

การพิจารณารายละเอียดมีศูนย์ปฏิบัติการที่สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง โดยเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมพิจารณาประเด็นสำคัญในขั้นตอนนี้คือ

เปลี่ยนชื่อกฎหมายโดยใช้คำว่า "ลดการบริโภค" แทน "งดการบริโภค" และปรับองค์ประกอบคณะกรรมการต่างๆ ใหม่ ที่สำคัญคือ

การปรับคณะกรรมการดังกล่าวเป็นการประนีประนอมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้สำนักงานฯ และกองทุนฯ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขกับแนวคิดของกลุ่มแกนนำที่ต้องการให้อยู่ภายใต้

	คณะกรรมการบริหาร	คณะกรรมการประเมินผล
ร่าง พ.ร.ฎ. สำนักงานฯ	ประธาน - ผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธาน - ผู้ทรงคุณวุฒิ
ร่าง พ.ร.บ. กองทุนฯ	ประธาน - นายกรัฐมนตรี รองประธานที่ 1 -	ประธาน - รมต. คลัง รมต. สาธารณสุข

สำนักนายกรัฐมนตรี เพราะต้องการขยายขอบเขตการดำเนินงานไม่ให้ผูกติดเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ โดยให้สำนักงานฯ อยู่ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี ให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการกองทุนฯ และให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการคนที่ 1

ในขั้นตอนการพิจารณาของ**คณะกรรมการกฤษฎีกา**ร่าง พ.ร.ฎ. เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการที่ 6 ซึ่ง**มีนายอมร จันทรสมบูรณ์** เป็นประธาน ส่วนร่าง พ.ร.บ. เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการที่ 1 ซึ่ง**มีนายปลั่ง มีจุล** เป็นประธาน ในการพิจารณาได้เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงและร่วมพิจารณาอย่างละเอียด ใช้เวลา 6 เดือน ผลการพิจารณามีการเปลี่ยนแปลงสำคัญคือ

1. เปลี่ยนชื่อกฎหมายเป็นชื่อที่ใช้ในปัจจุบัน
2. กำหนดให้สำนักงานฯ ทำแผนการดำเนินงานประจำปีระบุสัดส่วนการใช้เงินในกิจกรรมต่าง ๆ และกำหนดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการไม่เกินร้อยละ 10 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี
3. เพิ่มบทบัญญัติเรื่องการมีส่วนได้ส่วนเสีย ประธานและกรรมการของสำนักงานฯ ต้องไม่มีส่วนได้เสียในกิจการที่กระทำกับสำนักงานฯ และไม่เป็นผู้มีส่วนเสียในกิจการที่ขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ของสำนักงานฯ เว้นแต่เป็นผู้ดำเนินกิจการอันเป็น

สาธารณประโยชน์ มิได้แสวงหากำไร ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้ประกอบการสุราหรือยาสูบเป็นประธานหรือกรรมการ

4. ปรับคณะกรรมการประเมินผลกองทุนฯ โดยตัดกรรมการโดยตำแหน่งที่เป็นข้าราชการออกแต่ยังให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นประธานกรรมการ กรรมการอื่นให้มาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ในขั้นตอนคณะกรรมการกฤษฎีกานี้ยังมีเรื่องที่น่าสนใจคือแกนนำได้ไปเคลื่อนไหวภายในให้มีการย้ายร่าง พ.ร.บ. จากคณะกรรมการชุดหนึ่งไปอีกชุดหนึ่ง เพราะประธานคณะกรรมการชุดเดิมมีทัศนคติไม่สนับสนุนร่าง พ.ร.บ.[10] แสดงให้เห็นว่าทุกจุดในกระบวนการนโยบายมีโอกาสของการพลิกผันระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว และแสดงให้เห็นว่ากระบวนนโยบายนี้ยังมี "พื้นที่" ที่กลุ่มผลักดันที่มีศักยภาพเพียงพอสามารถเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขต่างๆ เพื่อเพิ่มโอกาสความสำเร็จ

สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีนำร่าง พ.ร.ฎ. จัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. .... ขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อลงพระปรมาภิไธย และประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกาเล่ม 117 ตอนที่ 63 ก. วันที่ 30 มิถุนายน 2543 มีผลบังคับใช้ในวันถัดมา คิดเป็นเวลาการผลักดันรอบ 2 ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนเฉพาะในฝ่ายบริหารประมาณ 2 ปี 2 เดือน

เมื่อกฎหมายใช้บังคับแล้ว แกนนำยังผลักดันต่อเนื่องให้คณะกรรมการสรรหาซึ่งมีรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี คุณหญิงสุพัตรา มาศดิตถ์เป็นประธานฯ เสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งศาสตราจารย์ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบารมีทางสังคมและการเมืองสูง

---

10 Prakit Vateesatokit, "Seeking Success: Thai Tobacco Control", October 2002 (draft).

และเป็นบิดานายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ในขณะนั้น และเป็นผู้ที่ริเริ่มและให้การสนับสนุนในประเด็นนี้ตลอดมาเป็นประธานกรรมการฯ นายแพทย์อรรถสิทธิ์จึงได้ลาออกจากการเป็นประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2539-2543) มาดำรงตำแหน่งดังกล่าว เพื่อเป็นหลักประกันและเพิ่มความมั่นใจในการร่างกฎระเบียบต่างๆ และที่สำคัญที่สุดคือการผลักดันร่าง พ.ร.บ. ซึ่งมีความสำคัญมากต่ออนาคตของสำนักงานฯ เพราะเป็นกลไกที่ผูกพันภาษีบาป มิฉะนั้นสำนักงานฯ จะต้องดำเนินการในรูปแบบองค์การมหาชนคือต้องอาศัยงบประมาณตามที่รัฐบาลจัดสรรให้เป็นรายปีต่อไป

นอกจากนั้นก็ได้แต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของคณะกรรมการบริหารสำนักงานฯ 5 คนในเดือนกรกฎาคม 2543 ต่อมาในเดือนธันวาคม 2543 ก็แต่งตั้งให้**นายแพทย์สุภกร**ดำรงตำแหน่งผู้จัดการสำนักงานฯ ในปีแรกสำนักงานฯ ได้รับจัดสรรงบประมาณสนับสนุน 152 ล้านบาท

.....แม้องค์กรสร้างเสริมสุขภาพจะเริ่มนับหนึ่ง ณ จุดนี้ แต่ยังมีการต่อสู้ที่สำคัญมากอีกยกหนึ่งเพื่อผลักดันร่าง พ.ร.บ. ให้เกิดกองทุนฯ ผูกพันภาษีบุหรี่ซึ่งจะเป็นหลักประกันว่าสำนักงานฯ จะมีรายได้มากพอและต่อเนื่องโดยไม่ต้องพึ่งงบประมาณจากรัฐบาล และการขับเคลื่อนในรอบนี้ย้ายเวทีไปที่ฝ่ายนิติบัญญัติ.....

ร่าง พ.ร.บ. ได้รับการลงมติรับหลักการในการประชุมสภาผู้แทนราษฎรในวันที่ 4 ตุลาคม 2543 สภาผู้แทนราษฎรตั้งกรรมาธิการวิสามัญขึ้นเพื่อพิจารณาโดยมี **ดร. พิสิฐ** ซึ่งสนับสนุนร่าง พ.ร.บ. นี้อย่างเต็มที่เป็นประธานคณะกรรมาธิการ และมี**นายแพทย์ประกิต**เป็นรองประธาน

ในการประชุมคณะกรรมาธิการวิสามัญ นายแพทย์ประกิตและนายแพทย์สุภกรเห็นว่าควรปรับอัตราภาษีที่จะจัดเก็บเข้ากองทุนจาก "ไม่เกินร้อยละ 2" เป็น "ให้จัดเก็บร้อยละ 2" โดยตัดอำนาจรัฐมนตรีว่าการ

กระทรวงการคลังในการใช้ดุลยพินิจลดอัตราค่าบำรุงกองทุนฯ ทั้งนี้เพื่อให้กองทุนฯ มีรายได้ที่ค่อนข้างแน่นอนประมาณปีละ 1,400 ล้านบาท ข้อเสนอนี้ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจาก **ดร. พิสิฐ** นอกจากนั้นยังได้แก้ไององค์ประกอบคณะกรรมการบริหารกองทุนให้มีความคล่องตัวในการบริหารงานขึ้น และปรับองค์ประกอบคณะกรรมการประเมินผลเพิ่มน้ำหนักและบทบาทผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้มีความเป็นอิสระมากขึ้น

เนื่องจากเป็นช่วงใกล้ยุบสภาฯ นักการเมืองต้องลงพื้นที่หาเสียงเลือกตั้ง จึงไม่ค่อยให้ความสนใจกับร่าง พ.ร.บ.นี้มากนัก คณะกรรมาธิการเสนอร่าง พ.ร.บ.ที่แก้ไขใหม่ให้สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาวาระ 2 และ 3 ในวันที่ 12 ตุลาคม 2543 แล้วส่งเรื่องให้วุฒิสภา คณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภาได้พิจารณาร่าง พ.ร.บ. เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2543 และบรรจุเป็นวาระการพิจารณาของวุฒิสภาวันที่ 20 ตุลาคม 2543 ซึ่งเป็นวันปิดสมัยการประชุมวุฒิสภาก่อนรัฐบาลนายชวน หลีกภัย จะประกาศยุบสภาฯ แต่ปรากฏว่าร่าง พ.ร.บ. ไม่ทันได้รับการพิจารณาเช่นเดียวกับเรื่องด่วนอื่นๆ จำนวนมาก

รัฐบาลใหม่นำโดย พ.ต.ท. ดร. ทักษิณ ชินวัตร เข้าสู่อำนาจจากการเลือกตั้งทั่วไปครั้งแรกภายใต้รัฐธรรมนูญใหม่เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2544 โดยมี "สามสิบบาทรักษาทุกโรค" เป็นนโยบายสำคัญ และมี**นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี** เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่ใช่เรื่องยากที่แกนนำจะขอการสนับสนุน โดยชี้ว่าการจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพสอดคล้องและหนุนเสริมนโยบายของรัฐบาลเป็นอย่างยิ่ง

วันที่ 23 พฤษภาคม 2544 ในการประชุมร่วมกันของรัฐสภา ที่ประชุมยืนยันเห็นชอบร่าง พ.ร.บ. และให้ส่งวุฒิสภาเห็นชอบในหลักการเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2544 และตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญซึ่งมี**นายประสิทธิ์ พิทูรกิจจา** เป็นประธานฯ คณะกรรมาธิการฯ แก้ไขรายละเอียด

และตั้งข้อสังเกตเรื่องวินัยการคลังเพื่อปรามมิให้มีการเสนอกฎหมายที่มีการผูกพันภาษีเข้ากองทุนเช่นนี้อีก

ร่าง พ.ร.บ. ได้รับการเห็นชอบในการประชุมวุฒิสภาวันที่ 10 สิงหาคม 2544 และเนื่องจากมีการแก้ไขจึงต้องส่งคืนมาให้สภาผู้แทนราษฎรพิจารณา

ตลอดกระบวนการรัฐสภา แกนนำต้องทำงานหนักในการพบปะสมาชิกรัฐสภาเพื่อขอการสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนายแพทย์ประเวศ

บันทึกข้อสังเกตของคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่าง พ.ร.บ. ของวุฒิสภาตามข้อสังเกตของนายเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (นักเศรษฐศาสตร์) สมาชิกวุฒิสภา*

"ตามที่กระทรวงการคลังได้เสนอร่าง พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ..... ให้อำนาจกองทุนจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนในอัตราร้อยละ 2 จากผู้มีหน้าที่เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วยสุราและกฎหมายว่าด้วยยาสูบ เพื่อเข้าเป็นรายได้ของกองทุนในลักษณะการผูกพันภาษีเข้ากับกองทุน (Earmarked Fund) โดยไม่ต้องส่งเป็นรายได้ของแผ่นดินนั้น ถึงแม้ว่าจะจัดเก็บบนฐานของสินค้าสุราและยาสูบซึ่งเป็นสินค้าทำลายสุขภาพในลักษณะของภาษีบาป (Sin Tax) เพื่อนำมาเป็นรายได้ในการรณรงค์ให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แม้ว่าจะเป็นการลงทุนด้านสาธารณสุขที่ดีและมีประโยชน์ดังเช่นที่นานาประเทศได้ดำเนินการอยู่ แต่การดำเนินการในลักษณะดังกล่าวจะขัดต่อวิถีทางการคลัง กล่าวคือ การจัดเก็บภาษีอากรจะต้องส่งเป็นรายได้ของแผ่นดินและใช้จ่ายโดยผ่านกระบวนการจัดสรรตามวิธีการงบประมาณ ดังนั้นขอให้รัฐบาลรับข้อสังเกตไปพิจารณา ในการเสนอร่างกฎหมายอื่นใดที่จะมีในลักษณะเช่นนี้อีก ก็ขอให้พิจารณาโดยคำนึงถึงวินัยทางการเงินการคลังให้มากกว่านี้"

ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการโน้มน้าวความคิดของสมาชิกรัฐสภาบางกลุ่มที่ไม่เห็นด้วย ในขั้นตอนสภาผู้แทนราษฎรนั้นไม่มีปัญหาอุปสรรคมากนัก เพราะเป็นร่าง พ.ร.บ. ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและพรรครัฐบาล แต่ในขั้นตอนวุฒิสภาซึ่งเป็นวุฒิสภาชุดแรกที่ได้รับเลือกตั้งตามรัฐธรรมนูญใหม่ และสมาชิกทุกคนมีอิสระทางความคิด แกนนำต้องผลักดันร่าง พ.ร.บ. ด้วยการพบปะพูดคุยนอกการประชุมอย่างแข็งขันและเข้มข้นมาก และที่น่าสังเกตคือกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือกลุ่มอดีตข้าราชการระดับสูงหลายกระทรวง[11]

ในที่สุดร่าง พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ..... ได้รับความเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎรในวันที่ 26 กันยายน 2544 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่ม 118 ตอนที่ 102ก วันที่ 7 พฤศจิกายน 2544 มีผลบังคับใช้ในวันถัดมา

เพื่ออนุวัตรตามร่าง พ.ร.บ. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังได้ออก "ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดเก็บ การส่งเงิน การยกเว้น และการขอคืนเงินบำรุงกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับสุราและยาสูบ พ.ศ. 2544" มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2544 (มาตรา 12, 13, 14) และประกาศยุติการดำเนินงานของสำนักงานเดิมที่จัดตั้งโดย พ.ร.ฎ. พ.ศ. 2543 และให้โอนกิจการไปเป็นของกองทุนฯ

....เป็นอันปิดฉาก 8 ปีของการรณรงค์เรื่องภาษียาสูบและองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ....

---

11 Prakit , "Seeking Success: Thai Tabacco Control" 2002 (draft).

6. สรุปประสบการณ์

เมื่อพิจารณาปัจจัยความสำเร็จในการแปรความรู้สู่นโยบายในกรณี สสส. มีข้อสังเกตในประเด็นสำคัญ 4 เรื่อง - แกนนำ ความรู้ องค์กร โอกาสและบริบททางนโยบาย ได้ดังนี้

6.1 แกนนำ

แกนนำชัดเจน

การเคลื่อนไหวทุกเรื่องต้องการแกนนำที่ชัดเจน ในกรณีนี้คือนายแพทย์ประกิตและนายแพทย์สุภกร เป็นทีมที่ทำงานเสริมกันได้อย่างดียิ่ง

ถ้ามีนายแพทย์ประกิตแต่ไม่มีนายแพทย์สุภกร หรือมีนายแพทย์สุภกรแต่ไม่มีนายแพทย์ประกิต ก็ยากจะเกิด สสส. นอกจากความเอาจริงเอาจังและไม่ลดละปล่อยวางในการทำงานเรื่องนี้แล้ว นายแพทย์ประกิตยังเป็นแกนนำที่มีทักษะการนำเสนอนโยบายอย่างหาตัวจับยาก มีความไวต่อโอกาสทางนโยบาย พร้อมที่จะฉกฉวยและแสวงหาโอกาสตลอดเวลา ส่วนนายแพทย์สุภกรมีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้เพื่อ

ขับเคลื่อนประเด็น ได้แก่การวิเคราะห์ประเด็นสาธารณสุขจากมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ซึ่งเป็นชุดความรู้ที่ "ต่อติด" กับกระทรวงการคลัง การทำงานร่วมกันของทั้งสองจึงเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญยิ่ง

การสนับสนุนจากแกนนำระดับรองและพันธมิตรเชิงนโยบาย

ถ้ามีแต่นายแพทย์ประกิตและนายแพทย์สุภกร ....ก็ไม่มี สสส. .... การสนับสนุนจากแกนนำระดับรอง และพันธมิตรเชิงนโยบายก็มีส่วนสำคัญ กรณีนี้แสดงให้เห็นว่าการผลักดันการเปลี่ยนแปลงต้องอาศัยเวลาและเป็นภาระงานที่ต่อเนื่องยาวนาน ทั้งต้องได้รับความเห็นชอบและการสนับสนุนจากผู้คนและหน่วยงานจำนวนมาก **จึงเป็นการยากที่แกนนำเพียง 1-2 คน จะสามารถรับภาระนำประเด็นผ่านด่านและจุดสกัดต่าง ๆ ได้ทั้งหมด จำเป็นต้องอาศัยแกนนำระดับรอง และพันธมิตรเชิงนโยบายที่ช่วยแบ่งเบาภาระ แสดงบทบาทในขั้นตอนต่าง ๆ**

ในกรณีนี้แกนนำระดับรองและพันธมิตรเชิงนโยบาย ล้วนมีความสนใจร่วมกันในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงในวงการสาธารณสุข ทั้งในเรื่องบุหรี่ซึ่งเป็นประเด็นเฉพาะ และเรื่องสาธารณสุขแนวใหม่ซึ่งเป็นประเด็นใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างสูง คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีตำแหน่งราชการมีหน้าที่ที่ทำให้มีการติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง สามารถสื่อสารปรึกษาหารือและร่วมมือกันได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่เป็นภาระด้านเวลาหรือค่าใช้จ่ายมากเกินไป ในหลายกรณีก็อาจถือเป็นส่วนหนึ่งของราชการงานประจำได้ด้วย เมื่อพิจารณาในมุมมองนี้ก็อาจเรียกได้ว่า**กรณีนี้เป็นการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงจาก "ภายในระบบ" มากกว่า "ภายนอกระบบ"**

สถานภาพทางราชการ/สังคมของแกนนำ

การที่กลุ่มแกนนำเป็นข้าราชการระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข

และทบวงมหาวิทยาลัย (คณะแพทยศาสตร์) และมีบทบาทในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในกระทรวงสาธารณสุขด้วย ทำให้สามารถลดและจัดการความขัดแย้งระหว่างนโยบายของกระทรวงฯ และข้อเสนอของกลุ่มแกนนำได้ในระดับหนึ่ง **ถ้าข้อเสนอดังกล่าวมาจากกลุ่มอื่นที่อยู่นอกระบบ น่าจะต้องพบความเห็นแย้งจากกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นเจ้าของอาณัติและภารกิจเรื่องสุขภาพมากกว่านี้**

นอกจากนั้น**กลุ่มแกนนำยังเป็นผู้กว้างขวางในวงสังคมและมีช่องทางติดต่อผู้มีส่วนสำคัญในการเปิดประตูนโยบายได้มาก** อาทิเช่น

- นายแพทย์ประกิตมีโอกาสนำเสนอเรื่องนี้ต่อ ดร.พิสิฐ รมช. คลัง ขณะที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งนายแพทย์ประกิตเป็นคณบดี
- นายแพทย์สงวนใช้คณะกรรมการนโยบายสังคมซึ่งตนเองเป็นกรรมการเป็นช่องทางผลักดันร่างกฎหมายอีกช่องทางหนึ่ง

นอกจากมีโอกาสใช้ตำแหน่งทางราชการและสถานภาพทางสังคมเปิดประตูแห่งโอกาสแล้ว การอยู่ในตำแหน่งแห่งที่ดังกล่าวยังช่วยทำให้แกนนำรู้ความเคลื่อนไหวสำคัญที่เกี่ยวข้อง เช่น ได้รับทราบจากกระทรวงสาธารณสุขถึงร่าง พ.ร.บ. กองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรายาสูบ พ.ศ..... ถ้าเป็นแกนนำที่อยู่นอกแวดวงราชการ กว่าจะทราบเรื่องนี้ก็อาจสายเกินไป

บุคลิกภาพของแกนนำ

บทบาทของแกนนำมีความสำคัญมาก ไม่เพียงแต่ความสนใจทำงานแบบเกาะติดเท่านั้น บุคคลเหล่านี้ได้รับ**การยอมรับนับถือจากสังคมว่ามี integrity จึงได้รับความไว้วางใจ**ว่ามิได้ทำเพื่อประโยชน์ส่วนตัวหรือ

พรรคพวก และจะดูแลมิให้เงินกองทุนถูกนำไปใช้ในทางมิชอบ[12] ทำให้ความกังวลเรื่องนี้ของกระทรวงการคลังและหลายฝ่ายลดลงไปมาก

นายแพทย์ประกิตเห็นว่าสถานภาพและตำแหน่งในฐานะคณบดีคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี ซึ่งเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพโดยตรง ก็มีส่วนสำคัญที่ช่วยสร้างการยอมรับบทบาทและแนวความคิดทั้งในแวดวงนโยบายและในสังคมส่วนรวม[13]

6.2 ความรู้

การสร้างชุดความรู้

ที่จริงแล้วในการก่อตั้ง สสส. มิได้มีการผลิตชุดความรู้มากนัก แต่เป็นการผลิตชุดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นความรู้ที่นำไปใช้ผลักดันนโยบายได้เกือบทั้งหมด เพราะ

- การผลิตความรู้**มีเป้าประสงค์การใช้งาน**ชัดเจนตั้งแต่ต้น กล่าวคือ ผู้ใช้มีความชัดเจนเรื่องความรู้ที่ต้องการสร้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งรู้ว่าจะนำความรู้ที่สร้างขึ้นไปใช้อย่างไร เพื่ออะไร
- เป็นการผลิตความรู้โดย**มีผู้จัดการความรู้** ได้แก่นายแพทย์สุภกร จึงสามารถแบ่งภารกิจในการผลิตชุดความรู้ให้นักวิจัยต่างๆ และประมวลสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยต่างๆ ให้มีความเชื่อมโยงและเป็นองค์ความรู้ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญเพียงพอที่จะนำไปใช้ผลักดันนโยบาย

อย่างไรก็ดี การสรุปว่ากรณีนี้เป็นการสร้างความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ มิได้หมายความว่าเป็นการสร้างความรู้โดยผ่านการวิเคราะห์วางแผน

12 สัมภาษณ์คุณสุภาวดี ธิระพานิช วันที่ 17 กันยายน 2545
13 สัมภาษณ์นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ วันที่ 7 ตุลาคม 2545

และดำเนินการตามแผนอย่างเป็นขั้นตอน เพราะสร้างความรู้ในกรณีนี้ยังมีลักษณะเฉพาะกิจ (ad hoc) อยู่มากจนเกือบจะไม่มีความเป็น "ชุด" ความรู้ อาจเรียกได้ว่าเป็นการสร้างความรู้ตามความจำเป็น (as needed) เท่านั้น และเมื่อเปรียบเทียบกับชุดวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. จะเห็นว่าเป็นการสร้างความรู้แบบไม่มี "ทีม" และไม่มีความพยายามจะสร้าง "ทีม" ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแกนนำเองมีความรู้ที่สามารถนำมาใช้ได้เพียงพอแล้ว และเห็นว่าเรื่องนี้ไม่ใช่ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ แกนนำเองก็ยอมรับและเห็นว่าในปัจจุบันกระบวนการนโยบายของสังคมไทยยังไม่มีความท้าทายให้ต้องสร้าง และใช้ความรู้มากเหมือนเช่นในสังคมตะวันตก[14]

การประมวลสังเคราะห์ความรู้

การประมวลสังเคราะห์ความรู้เกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ รูปแบบแรกคือการประมวลสังเคราะห์โดยนายแพทย์สุภกร - ผู้จัดการความรู้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยธรรมชาติ และกลายเป็นความรู้ที่ผสมกลมกลืนและฝังในตัวผู้จัดการความรู้ สามารถนำมาใช้ได้ทุกโอกาสและสถานที่ในกระบวนการผลักดันนโยบาย

รูปแบบที่ 2 คือการจัดให้มีการประมวลสังเคราะห์ความรู้ซึ่งในกรณีนี้มักเป็นการประชุมที่จัดโดย สวรส. ซึ่งเป็นแหล่งทุนวิจัยสำคัญ นายแพทย์สุภกรให้ความสำคัญกับกระบวนการประมวลสังเคราะห์ความรู้ เพราะเห็นว่าเป็นขั้นตอนที่ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัย นักวิชาการและแกนนำ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้งานวิจัยเป็นตัวกลาง[15]

---

14 ดูรายละเอียดเพิ่มเติมจาก Prakit , "Seeking Success: Thai Tobacco Control" 2002.
15 สัมภาษณ์นายแพทย์สุภกร บัวสาย วันที่ 25 กันยายน 2545

กระบวนการนี้ยังมีส่วนช่วยกระจายความรู้ให้แกนนำระดับรองพันธมิตรเชิงนโยบาย และเครือข่ายสำคัญทำให้เกิดการผนึกประสานความคิดและการดำเนินงานให้สอดคล้องกันได้ดี

ในประเด็นนี้มีข้อสังเกตว่านายแพทย์สุภกรในฐานะผู้ผลักดันนโยบาย และในฐานะที่เป็นรองผู้อำนวยการ สวรส. ก็เป็นผู้กำหนดหัวข้อการวิจัย ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้ประมวลสังเคราะห์ผลการวิจัย และในบางกรณีก็เป็นผู้วิจัยเองด้วย นับว่ามีบทบาทครบวงจร การรวมศูนย์การจัดการความรู้แบบนี้มีจุดแข็งคือมีประสิทธิภาพสูงในการสร้าง และแปรความรู้ไปสู่นโยบาย แต่ก็มีข้อพึงระวังคือกระบวนทัศน์ และทัศนคติของผู้จัดการความรู้แบบครบวงจรเช่นนี้ อาจทำให้เกิดการครอบงำทางความคิด เป็นอุปสรรคกีดกั้นแนวคิดอื่นที่ไม่ตรงกับแนวคิดของผู้จัดการความรู้ เมื่อพิจารณาจากมุมมองนี้ ก็จะเห็นว่าการมีส่วนร่วมของแกนนำและฝ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในการกำหนดชุดวิจัยและการประมวลสังเคราะห์ความรู้ทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้น

ที่น่าสังเกตอีกประเด็นหนึ่งคือ นายแพทย์ประกิดซึ่งเป็นแกนนำอีกซีกหนึ่งมิได้มีส่วนร่วมในการสร้างและสังเคราะห์ความรู้ที่เกิดขึ้นภายใต้ร่ม สวรส. ซึ่งเป็นความรู้ที่สร้างขึ้นในบริบทของสังคมไทยมากนัก นายแพทย์ประกิดให้ความสำคัญกับความรู้จากประสบการณ์ต่างประเทศมากกว่า

การใช้ประโยชน์จากความรู้ต่างประเทศ

แกนนำให้ความสำคัญกับการแสวงหาและใช้ประโยชน์ความรู้จากต่างประเทศ ทั้งนี้โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศ และองค์กรต่างประเทศอย่างกว้างขวาง ความรู้จากต่างประเทศมีบทบาทสำคัญ

ในการสร้างความตระหนัก ช่วยให้แกนนำทราบแนวทางความเป็นไปได้และตัวอย่างความสำเร็จในประเทศอื่นๆ และเป็นวิธีการสร้างความรู้ทางลัดโดยการเจาะศึกษาจากตัวอย่างความสำเร็จโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพซึ่งได้รับการถ่ายทอดความรู้จาก VicHealth

อนึ่ง ความร่วมมือจากองค์การระหว่างประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การอนามัยโลกช่วย**สนับสนุนข้อเสนอเชิงนโยบายให้เห็นว่าเป็นแนวทางสากล ....มิใช่ความคิดเฉพาะบุคคลหรือกลุ่ม** ทำให้ข้อเสนอได้รับการยอมรับง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวงการวิชาการและแวดวงผู้กำหนดนโยบายระดับสูง

ความรู้และผู้รู้

กรณีนี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ต้องการผู้นำเสนอความรู้ (knowledge presenter) ความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวผู้นำเสนอความรู้ ...จะมากหรือน้อยก็ตาม ...มีบทบาทในการผลักดันนโยบายมากกว่าความรู้ในรูปงานวิจัย การศึกษาฯลฯ แม้การผลักดันการเปลี่ยนแปลงเรื่องภาษีบุหรี่และองค์กรส่งเสริมสุขภาพจะใช้ระยะเวลายาวนาน แต่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการนโยบายยังรู้จักงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องน้อยมาก แต่รู้ข้อเสนอประเด็นต่างๆ หลักการเหตุผลของข้อเสนอ และที่รู้ดีที่สุดคือรู้ว่าจะหาความรู้ในเรื่องนั้นๆ ได้จากใคร

อนึ่ง การตัดสินใจที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดในการปรึกษาหารือและการประชุม ซึ่งอาศัยการนำเสนอข้อมูลและโน้มน้าวด้วยวาจามากกว่าข้อเขียน ในกรณีที่ข้อเขียนมีบทบาทสำคัญ เช่น เอกสารประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี เรื่องการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ในเดือนพฤศจิกายน

2536 ก็เป็นข้อเขียนสั้นๆ ที่ไม่ต้องมีแหล่งอ้างอิงหรือการวิจัยสนับสนุนอย่างเข้มข้น

การที่กระบวนการนโยบายไทยให้ความสำคัญกับ "ผู้รู้" มากกว่า "ความรู้" ยังมีผลทำให้ผู้กำหนดนโยบายไม่ได้รับข้อมูลรอบด้าน ผู้รู้สามารถเลือกนำเสนอความรู้เฉพาะส่วน เฉพาะด้านที่เป็นคุณต่อการผลักดันข้อเสนอ

ข้อคิดอีกประการหนึ่งคือผู้ที่มีความสนใจผลักดันนโยบายต้องนำเสนอตัวเองให้ได้รับการยอมรับจากสังคมในฐานะ "ผู้รู้" ซึ่งหมายความว่าต้องมีการนำเสนอความรู้และความคิดเห็นในประเด็นนั้นๆ ต่อสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นความรู้ที่สร้างขึ้นเอง นำเข้า หรือประมวลสังเคราะห์จากแหล่งอื่นก็ได้ และเมื่อใดที่เกิดโอกาสทางนโยบาย "ผู้รู้" เหล่านี้จะมีโอกาสสูงที่จะมีบทบาทสำคัญในการผลักดันการเปลี่ยนแปลง ในกรณีนี้ทั้งนายแพทย์ประกิตและนายแพทย์สุภกรได้รับการยอมรับว่าเป็น "ผู้รู้" เรื่องบุหรี่ ในขณะที่นายแพทย์ประเวศและแกนนำอื่นๆ ก็ได้รับการยอมรับนับถือว่าเป็น "ผู้รู้" เรื่องสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทั่วไป

กลยุทธ์การนำเสนอความรู้

แกนนำเรียนรู้ที่จะปรับกลยุทธ์จากเดิมที่เคยนำเสนอเรื่องขึ้นภาษีบุหรี่ และการผูกพันภาษีบุหรี่มาใช้เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพพร้อมๆ กัน และไม่ได้รับการตอบรับจากกระทรวงการคลัง เป็นการแยกประเด็นนำเสนอทีละเรื่อง...โดยเริ่มจากการผลักดันให้ขึ้นภาษีบุหรี่ก่อน

แกนนำเรียนรู้กลยุทธ์นี้จาก เดวิด สวีเนอร์ (David Sweanor) นักรณรงค์แห่งองค์กร Nonsmokers' Rights Association จากแคนาดา

ซึ่งแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี 2536 ว่าเขาเคยนำเสนอเรื่องการขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อนำเงินมาใช้เพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ จึงใช้วิธีคำนวณว่าถ้าขึ้นภาษีบุหรี่จะทำให้รัฐบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นเท่าไร ในขณะเดียวกันจะช่วยป้องกันไม่ให้เด็กติดบุหรี่ และทำให้เด็กที่ติดแล้วเลิกได้กี่คน ป้องกันไม่ให้เด็กเสียชีวิตได้กี่คน ซึ่งทำให้เกิดสถานการณ์ win-win การนำเสนอข้อมูลเหล่านี้ทำให้สามารถผลักดันการขึ้นภาษีบุหรี่ได้ในที่สุด

อนึ่ง การแยกประเด็นระหว่างการขึ้นภาษีบุหรี่กับการนำภาษีมาใช้ส่งเสริมสุขภาพยังทำให้ข้อเสนอขึ้นภาษีบุหรี่ได้รับการสนับสนุนมากขึ้น เพราะไม่ถูกมองว่าหวังประโยชน์จากรายได้ภาษีที่เพิ่มขึ้น

สรุปคือแกนนำเรียนรู้วิธีการยึดโยงและแยกแยะ (coupling VS decoupling) ระหว่างประเด็นต่าง ๆ กล่าวคือ

- **ยึดโยง**ประโยชน์ด้านการคลังและสุขภาพจากการขึ้นภาษีบุหรี่
- **แยกแยะ**ระหว่างการขึ้นภาษีบุหรี่กับการนำภาษีบุหรี่มาจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ

อีกประการหนึ่งแกนนำเรียนรู้ว่าข้อมูลประเภทใดมีน้ำหนักต่อผู้กำหนดและตัดสินนโยบาย ในกรณีนี้ผู้ตัดสินใจสำคัญเป็นนักการเมืองและข้าราชการสายการคลังที่ต้องการข้อมูลในรูปแบบเฉพาะ ต้องคำนวณเปรียบเทียบผลได้-ผลเสียอย่างชัดเจน การคำนวณนั้นจะถูกต้องแม่นยำเพียงใดไม่สำคัญเท่ากับการมีข้อมูลเหล่านี้สนับสนุน

นอกจากนั้นวิธีการนำเสนอความรู้ที่ได้ผลอย่างยิ่งในกรณีนี้คือการพาคณะทำงานไปดูงานที่ VicHealth และ HSC ซึ่งคงตรงกับภาษิตที่ว่า **"สิบปากว่าไม่เท่าตาเห็น"** ในกรณีนี้นอกจากตาเห็นแล้วคณะดูงานยังได้ซักถามจากแหล่งความรู้ถึงประเด็นที่ติดใจสงสัยด้วยตัวเอง โดย

เฉพาะอย่างยิ่งได้พบกับผู้แทนกระทรวงการคลังด้วย การดูงานระยะสั้นๆ เพียง 5 วันจึงได้ผลคุ้มค่ามาก

การต่อสู้ที่ไร้คู่แข่ง

ในกรณีนี้จะพบว่ากระทรวงการคลังซึ่งเป็นหน่วยงานเจ้าของเรื่องเป็นฝ่ายตั้งรับแต่เพียงประการเดียว ไม่ได้พยายามที่จะพัฒนาชุดความรู้อื่นมาคัดง้างความรู้ที่ฝ่ายแกนนำนำเสนอแต่อย่างใด อย่างมากที่สุดคือตรวจสอบชุดความรู้และตั้งโจทย์ให้หาความรู้และข้อมูลเพิ่มเติม เช่นโจทย์เรื่องความคุ้มค่าการลงทุนของ ม.ร.ว. จตุมงคล ปลัดกระทรวงการคลัง

ที่จริงแล้วในกรณีนี้มีความรู้สำคัญเพียง 3 ชุดเท่านั้น

ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางการคลังจากการขึ้นภาษี กระทรวงการคลังมีความรู้ไม่แตกต่างกับฝ่ายสาธารณสุข ว่าสุราและยาสูบเป็นสินค้าที่อุปสงค์มีความยืดหยุ่นต่อราคาต่ำ การขึ้นหรือลดภาษีสรรพสามิตจะไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการบริโภคมากนัก จึงไม่มีความกังวลว่าจะสูญเสียรายได้จากการขึ้นภาษี เรื่องที่กระทรวงการคลังให้ความสนใจคือผลกระทบทางรายได้จากการขึ้นภาษีว่าจะตกกับคนกลุ่มใด และเนื่องจากสุรายาสูบเป็นสินค้าที่มีผู้บริโภคเฉพาะกลุ่ม ไม่ใช่สินค้าที่ทุกคนต้องบริโภค กระทรวงการคลังจึงยอมรับการขึ้นภาษีสุรายาสูบได้[16]

16 คุณสุภาวดี ลิระพานิช (สัมภาษณ์วันที่ 17 กันยายน 2545) เปรียบเทียบให้เห็นว่ากระทรวงการคลังยอมรับการขึ้นภาษีบุหรี่(เพื่อสุขภาพ)เพราะบุหรี่เป็นสินค้าที่มีผู้บริโภคเฉพาะกลุ่ม แต่ไม่เห็นด้วยกับการขึ้นภาษีบรรจุภัณฑ์(เพื่อสิ่งแวดล้อม)เพราะจะกระทบกระเทือนต่อผู้บริโภคส่วนใหญ่ ในขณะที่คุณพวงทอง ปาลวัฒน์วิไชย หัวหน้าฝ่ายนโยบายภาษีและบริการ (สัมภาษณ์วันที่ 8 ตุลาคม 2545) เห็นว่าสุราและยาสูบเป็นสินค้าที่อยู่ในฐานภาษีสรรพสามิตอยู่แล้ว มีกลไกในการจัดการจัดเก็บและขึ้นภาษีที่ทำได้สะดวกและคุ้มค่าในทางปฏิบัติ อีกทั้งยังสอดคล้องกับปรัชญาในการเก็บภาษีในฐานะสินค้าฟุ่มเฟือยที่ทำลายสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจากการขึ้นภาษี - กระทรวงการคลังไม่มีข้อมูล จึงต้องอาศัยชุดความรู้ของฝ่ายสาธารณสุข และไม่ว่าความรู้ดังกล่าวจะถูกผิดอย่างไรก็ตาม ก็ไม่น่าจะมีความเสียหายเกิดขึ้น จึงเป็นชุดความรู้ที่กระทรวงการคลังไม่ได้พยายามตรวจสอบอย่างจริงจัง และงานวิจัยต่าง ๆ ที่ฝ่ายสาธารณสุขสร้างขึ้นเกี่ยวกับเรื่องนี้ก็มิได้เป็นที่รู้จักในฝ่ายกระทรวงการคลังมากนัก

ความรู้เกี่ยวกับการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภาษีบาป - กระทรวงการคลังไม่มีความรู้เรื่องนี้ และมิได้พยายามแสวงหาแหล่งข้อมูลอื่นอาศัยเพียงข้อมูลจากแกนนำของฝ่ายสาธารณสุข แต่ก็ได้พยายามตรวจสอบชุดความรู้ที่ฝ่ายสาธารณสุขนำเสนอในระดับหนึ่ง เช่น ส่งผู้แทนไปดูงานต่างประเทศ ตั้งโจทย์เพิ่มเติมเรื่องความคุ้มค่าต่อการลงทุน อย่างไรก็ดีกระทรวงการคลังก็มิได้เอาจริงเอาจังกับโจทย์นี้มากนัก ดังจะเห็นว่าคำตอบเรื่องนี้ยังอยู่ในระดับการคาดการณ์โดยสังเขปเท่านั้น

กรณีนี้จึงเป็นเรื่องที่ทั้ง 2 ฝ่ายไม่มีการขัดแย้งกันด้านข้อมูล มีแต่ความขัดแย้งด้านวิธีการว่าจะจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพอย่างไร ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลักการสำคัญของกระทรวงการคลังได้แก่เรื่อง "วินัยทางการคลัง" เพราะการตั้งกองทุนลักษณะนี้มีตัวอย่างเพียงกรณีเดียวคือกองทุนน้ำมัน ซึ่งก็เป็นกองทุนที่อยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานของรัฐ และกระทรวงการคลังเกรงว่าจะเป็นตัวอย่างให้เกิดกรณีอื่นต่อไป นอกจากนั้นกระทรวงการคลังยังคำนึงเรื่อง **"ความชอบธรรม"** ในการนำภาษีที่เก็บจากผู้บริโภคสุราและยาสูบมาใช้กับปัญหาที่มิได้เกิดจากสุราและยาสูบ

การทำงานแบบอนุรักษนิยมของกระทรวงการคลังตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากจะทำให้หน่วยงานยึดมั่นเรื่องวินัยการคลังอย่างเหนียวแน่นแล้ว ยังทำให้กระทรวงการคลังมีองค์ความรู้เฉพาะเรื่อง

ที่เกี่ยวข้องกับงานของหน่วยงานโดยตรงเท่านั้น ขาดความคิดริเริ่มที่จะใช้มาตรการและเครื่องมือทางการเงินการคลังผลักดันการเปลี่ยนแปลงทางสังคม....จนกระทั่งฝ่ายการเมืองผลักดันให้เกิด "แผนการเงินการคลังเพื่อสังคม"

แนวทางการทำงานเช่นนี้ทำให้กระทรวงการคลังไม่มีการสร้างและสะสมความรู้และแหล่งความรู้ ที่จะนำมาใช้คัดง้างหรือตรวจสอบข้อเสนอเชิงนโยบายลักษณะนี้ อย่างไรก็ดีกระทรวงการคลังนับเป็นหน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับ "ความรู้" เมื่อมีฝ่ายอื่นมานำเสนอความรู้ ก็ให้การยอมรับ

ที่น่าสนใจคือการที่**อุตสาหกรรมยาสูบและธุรกิจบุหรี่ได้พยายามเคลื่อนไหวต่อต้านการขึ้นภาษีในปี 2536 แต่มิได้มีการเคลื่อนไหวต่อต้านการผูกพันภาษีและการจัดตั้ง สสส.** เรื่องนี้อธิบายได้ว่าการผูกพันภาษีและการจัดตั้ง สสส. แม้จะเป็นเรื่องที่รัฐบาลจัดเก็บภาษีเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2 (Surcharge) แต่เนื่องจากภาระภาษีที่เพิ่มขึ้นมีไม่มากนัก และประกอบกับเป็นมาตรการทางสังคม จึงไม่คุ้มที่ผู้ประกอบการธุรกิจจะเคลื่อนไหวให้ตกเป็นเป้าสายตาของสังคม อีกทั้งยังมีข้อคิดว่า

- กลยุทธ์การแยกข้อเสนอการขึ้นภาษีบุหรี่และการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพช่วยสลายการต่อต้านทั้งจากฝ่ายกระทรวงการคลังและธุรกิจบุหรี่
- อุตสาหกรรมบุหรี่ไม่เข้าใจเรื่องการจัดตั้ง เป้าหมาย และแนวทางการทำงานของ สสส. ว่าแม้จะไม่กระทบกระเทือนประโยชน์เฉพาะหน้าระยะสั้น แต่น่าจะมีผลกระทบทางลบต่อธุรกิจบุหรี่ในระยะยาว

วิสัยทัศน์ร่วม หลักการชัดเจน

ที่จริงแล้วจะสรุปว่ากระทรวงการคลังตกเป็นฝ่ายตั้งรับข้อเสนอภาษีบาป และการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพอาจจะไม่ถูกต้องนัก เพราะบางกลุ่มบางส่วนในกระทรวงการคลังโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเรื่องนี้ให้การสนับสนุนข้อเสนอนี้อย่างแข็งขัน แม้จะยังไม่เชื่อถือ "ความรู้" ที่แนบมาพร้อมข้อเสนอดังกล่าวนักก็ตาม

เหตุที่ข้อเสนอดังกล่าวได้รับการขานรับจากกระทรวงการคลังนั้น อาจเรียกได้ว่าเกิดจากการมี **"วิสัยทัศน์ร่วมกัน" ว่าข้อเสนอดังกล่าวเป็นไปในวิถีที่ถูกต้อง ในที่นี้คือ ถูกทำนองคลองธรรม ทั้ง 2 ฝ่ายเห็นความจำเป็นของการดูแลสุขภาพ และเห็นว่าบุหรี่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของชาติในระยะยาว**[17] ความแตกต่างที่เกิดขึ้นในบางขั้นตอนจึงเป็นเรื่อง "วิธีการ" เท่านั้น

อนึ่ง เรื่องภาษีบาปและองค์กรส่งเสริมสุขภาพเป็นกรณีที่มีความเชื่อมโยงด้านหลักการภาษีบาป (สิ่งที่ทำลายสุขภาพ) และองค์กร (ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ) อย่างชัดเจนตรงไปตรงมา ซึ่งข้าราชการกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ยอมรับได้ จนยอมยกเว้นหลักการสำคัญหลายเรื่องที่เปรียบเสมือนคัมภีร์การดำเนินงานของกระทรวงฯ อาทิเช่น

- การลดจำนวนกองทุนซึ่งเป็นเงินนอกงบประมาณให้เหลือน้อยที่สุด
- การจัดสรรทรัพยากรตามสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของ

---

17 คุณชัยยุทธ สุทธิธนากร ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านการคลังและภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สัมภาษณ์วันที่ 8 ตุลาคม 2545) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันข้อเสนอให้ความเห็นว่าการดูแลสุขภาพมีความสำคัญสำหรับประเทศไทยซึ่งประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นตลอดเวลา การมีผู้เจ็บป่วยจำนวนมากจะเป็นภาระหนักแก่งบประมาณสาธารณสุขในอนาคต

ประเทศในขณะนั้น (จึงต้องรวมรายได้ทั้งหมดไว้เป็นกองเดียวกันเพื่อจะได้มีความยืดหยุ่นในการจัดสรรทรัพยากรได้มากที่สุด)

- การตรวจสอบถ่วงดุลด้วยกระบวนการงบประมาณซึ่งต้องผ่านการตรวจสอบทั้งฝ่ายบริหารและฝ่ายนิติบัญญัติ

6.3 องค์กร

ในกรณีนี้พบว่า สวรส. เป็นองค์กรที่มีบทบาทเรื่องภาษีบาปและการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพที่โดดเด่นใน 5 มิติ

- เป็น**แหล่งผลิตความรู้**ที่สำคัญที่สุด แม้ว่า สวรส. จะมิได้มีแผนงานวิจัยเรื่องนี้อย่างชัดเจนจนประมาณปี 2540 ที่มีการเตรียมการวิจัย 20 ชุดในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับการประชุมวิชาการครั้งที่ 2 ในปี 2541 แสดงให้เห็นถึงความคล่องตัวขององค์กรในการปรับวาระการวิจัยให้สามารถสอดรับกับโอกาสทางนโยบาย
- เป็น**ศูนย์กลางประสานงานระหว่างแกนนำและพันธมิตรเชิงนโยบาย**ซึ่งหลายคนเป็นกรรมการ สวรส. หรือทำงานร่วมกับ สวรส. ในประเด็นนโยบายสาธารณสุขต่างๆ ทำให้ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยประเด็นต่างๆ รวมทั้งเรื่องนี้เสมอๆ ทำให้สามารถรักษาความร่วมมืออย่างใกล้ชิด
- เป็น**ฐานสนับสนุนด้านทรัพยากร** การจัดการและการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ และจัดกิจกรรมนำเสนอความคิดความรู้แก่นักวิชาการ ข้าราชการ และองค์กรภาคประชาชนนอกภาคสาธารณสุข และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แก่สาธารณชน

- เป็นแหล่งสะสมความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายและกลยุทธ์การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง นอกจาก สสส. แล้ว สวรส. ก็ยังผลักดันการจัดตั้งองค์กรอื่นๆ ที่เป็นกลจักรสำคัญในการพลิกรูปโฉมระบบสุขภาพของประเทศ อาทิเช่น สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ซึ่งจัดตั้งโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2543
- เป็นตัวอย่างการดำเนินงานขององค์กรนอกระบบราชการ ทำให้แกนนำและฝ่ายต่างๆ เห็นรูปธรรมของข้อเสนอการจัดตั้ง สสส. มากขึ้น[18] อนึ่ง สวรส. นับว่าเป็นองค์กรที่มีความเข้มแข็งที่สุดในบรรดาองค์กรพันธมิตรที่ผลักดันเรื่องนี้ ไม่มีปัญหาข้อจำกัดของระบบราชการและความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน เช่น สคย. และมีฐานบุคลากรและทรัพยากรที่แข็งแกร่งกว่าโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน

6.4 โอกาสและบริบททางนโยบาย

ไม่มีพรรค ไม่มีพวก

การผลักดันการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ใช้เวลา 9 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 ถึง 2544 คาบเกี่ยว 5 รัฐบาล[19] คือตั้งแต่รัฐบาลนายชวน หลีกภัย (ชวน 1), นายบรรหาร ศิลปอาชา, พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ, นายชวน

---

18 ความคิดเห็นของนายแพทย์สุภกร บัวสาย จากการสัมภาษณ์วันที่ 25 กันยายน 2545

19 Prakit "Seeking Success: Thai Tobacco Control" October 2002 (draft) ชี้ว่าตั้งแต่กรณีมาตรา 301 คือ 2532 ถึง 2544 ประเทศไทยมีรัฐบาล 9 ชุด และรัฐมนตรีสาธารณสุข 11 คน

หลีกภัย (ชวน 2) และ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ตลอดช่วงเวลาดังกล่าว ยกเว้นช่วงรัฐบาลพลเอกชวลิตซึ่งมีวิกฤตเศรษฐกิจ การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงประสบความสำเร็จมาโดยลำดับ สรุปได้ว่าการเมืองระบบพรรคไม่เป็นเงื่อนไขหรืออุปสรรคในการขับเคลื่อนนโยบายเรื่องนี้

อย่างไรก็ดีนายแพทย์ประกิดให้ความสำคัญกับรัฐบาลผสมพรรคประชาธิปัตย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนายชวน หลีกภัย ซึ่งมีอุดมการณ์ส่วนตัวเรื่องการต่อต้านอบายมุขและสิ่งเสพติดต่างๆ ว่ามีส่วนให้การสนับสนุนตั้งแต่เรื่องการรณรงค์ควบคุมการสูบบุหรี่ทั่วไป การต่อต้านการเปิดตลาดบุหรี่เสรี ตลอดจน "เปิดไฟเขียว" เรื่องขึ้นภาษีบุหรี่ และการจัดตั้ง สสส.

นักการเมืองรุ่นใหม่

ที่น่าสังเกตคือ**ฝ่ายการเมืองไม่ว่าจะเป็นฝ่ายใดก็ตามมีบทบาทสำคัญในการเปิดประตูแห่งโอกาส** โดยเฉพาะอย่างยิ่ง **ดร. สุรเกียรติ์ เสถียรไทย** รมว. กระทรวงการคลัง และ **ดร. พิสิฐ ลี้อาธรรม** รมช. กระทรวงการคลัง แม้จะอยู่คนละพรรค คนละรัฐบาล ทั้ง 2 คนต่างเป็น **นักการเมืองรุ่นใหม่ที่มีพื้นฐานเดิมเป็นนักวิชาการ**[20] **จึงให้ความสนใจกับความรู้ใหม่-แนวทางใหม่**และเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยทลายกระบวนทัศน์อนุรักษ์ของกระทรวงการคลัง และเปิดแนวคิดใหม่ๆ เรื่องนโยบายการเงินการคลัง ทำให้เรื่องนี้มีความเป็นไปได้มากขึ้น โดยเฉพาะ ดร. พิสิฐ

---

20 ใน Prakit "Seeking Success: Thai Tobacco Control" October 2002 (draft) นายแพทย์ประกิดยกตัวอย่างนายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ดร. อาทิตย์ อุไรรัตน์ และดร. พิสิฐ ลี้อาธรรม ว่าเป็นตัวอย่างของนักการเมืองที่มีพื้นเดิมเป็นนักวิชาการ/เทคโนแครต จึงมีแนวคิดและพฤติกรรมแตกต่างจากนักการเมืองอาชีพทั่วไป กล่าวคือให้ความสำคัญกับสารัตถะของประเด็นมากกว่าคิดเรื่องประโยชน์และฐานเสียง

นับว่าเป็นนักการเมืองที่มีบทบาทโดดเด่นที่สุดที่ยืนยันว่าเรื่องการผูกพันภาษีบาปกับองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ "ไม่เคยมี....แต่สามารถทำได้"[21]

ฐาน "พันธมิตร" ระยะยาว

การขับเคลื่อนเรื่องภาษีบาป และ สสส. ได้อานิสงส์จากการเคลื่อนไหวต่อต้าน มาตรา 301 ในช่วงปี 2532 ภายใต้บรรยากาศที่มี "ศัตรูภายนอก" ร่วมกัน ซึ่งแกนนำได้ทำงานกับข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ และฝ่ายต่างๆ มีประสบการณ์การทำงานร่วมกันที่ดี ได้ทำความเข้าใจและสร้างความเชื่อใจซึ่งกันและกัน (confidence-building measure) ทั้งในระดับนักการเมืองและข้าราชการประจำมาแล้วในระดับหนึ่ง ประสบการณ์การขึ้นภาษีบุหรี่ซึ่งเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐเป็นจำนวนมากก็เป็นการสานต่อความสัมพันธ์และความเชื่อถือต่อกัน เป็นการเพิ่มโอกาสและความสำเร็จในการผลักดันเรื่องการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพในเวลาต่อมา

กระบวนการคือปราการสำคัญ

อุปสรรคสำคัญของการผลักดันการเปลี่ยนแปลงคือกระบวนการนโยบายทั้งในส่วนฝ่ายบริหารและฝ่ายนิติบัญญัติ ซึ่งมีการตั้งคณะกรรมการ คณะกรรมาธิการ คณะทำงานฯลฯ รูปแบบต่างๆ ชุดแล้วชุดเล่า คณะกรรมการแต่ละชุดประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานต่างๆ ทั้งฝ่ายที่มีแนวโน้มจะเห็นด้วย ฝ่ายที่มีแนวโน้มจะไม่เห็นด้วย ฝ่ายที่ไม่สนใจ ฝ่ายที่ไม่รู้เรื่อง

---

21 ข้อมูลจาก "ความเป็นมาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)" เอกสารภายใน สสส. (ไม่ปรากฏวันเดือนปี) และการสัมภาษณ์นายแพทย์สุภกร บัวสาย วันที่ 25 กันยายน 2545 และนายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ วันที่ 7 ตุลาคม 2545

แกนนำหรือพันธมิตรจะต้องมีความสามารถที่จะ "กำหนดและนำประเด็น (agenda setting)" ในคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ บารมี และทักษะด้านกระบวนการนโยบายชั้นสูง **ยิ่งเคลื่อนใกล้เป้า บทบาทแกนนำและ "ความรู้" มิติต่าง ๆ ที่ฝังอยู่ในตัวแกนนำก็ยิ่งทวีความสำคัญ** และการทำงานเป็นทีมระหว่างกลุ่มแกนนำในการผลัดกันเข้ามาเป็นกรรมการหรือทำงานร่วมกับกรรมการชุดต่าง ๆ มีส่วนสำคัญที่ทำให้สามารถรักษาการนำ และขับเคลื่อนประเด็นไว้ได้ตลอดระยะเวลายาวนานของกระบวนการนโยบาย

ข้อสังเกตคือข้อเสนอนโยบายมีโอกาสถูกปรับเปลี่ยนในทุกขั้นตอน แกนนำต้องเกาะติดเพื่อต่อสู้รักษาหลักการสำคัญและเปิดแนวรุกเพื่อปรับปรุงข้อเสนอตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องหลักการใหญ่ ๆ เช่น เรื่องแหล่งรายได้และรูปแบบการดำเนินงานขององค์กรส่งเสริมสุขภาพ และเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่เรื่องที่ถูกปรับเปลี่ยนมากที่สุดคือ องค์ประกอบคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการประเมินผล วิธีการประเมินผล การกำหนดอัตราเรียกเก็บเงินบำรุงกองทุน[22]

กระบวนการนโยบายแบบปิด

ในกรณีนี้กระบวนการนโยบายแบบปิดที่รวมศูนย์ที่กระทรวงการคลัง และคณะรัฐมนตรีมีส่วนทำให้แกนนำสามารถผลักดันข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่องโดยแทบจะไม่มีการแทรกแซงจากฝ่ายอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอกภาคราชการเลย ไม่มีการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้เสีย ไม่มีการรับฟังความคิดเห็นประชาชน มีแต่ร่าง พ.ร.บ. กองทุนฯ

22 สุภาวดี ถิระพานิช "รายงานผลการบันทึกกระบวนการขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ" รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 121.

ที่ต้องผ่านกระบวนการนิติบัญญัติซึ่งก็เป็นขั้นตอนที่แกนนำต้องทำงานหนักมากกว่าจะผลักดันร่าง พ.ร.บ. ได้สำเร็จ

ถ้ามีกระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าว แกนนำจะต้องทำงานมีเครือข่ายและรณรงค์กับภาคสังคมมากขึ้น และมีโอกาสที่ประเด็นสำคัญต่างๆ จะถูกเบี่ยงเบนหักเห แต่ก็มีโอกาสเช่นเดียวกันที่จะอาศัยกระแสสังคมผลักดันข้อเสนอได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

บริบทที่เปลี่ยนแปลง

แม้การผลักดันข้อเสนอนโยบายเรื่องนี้จะใช้เวลาเพียง 8 ปี (2536-2543) ซึ่งนับว่าไม่นานนักเมื่อคำนึงถึงผลสำเร็จที่เกิดขึ้น และเปรียบเทียบกับการผลักดันการเปลี่ยนแปลงเรื่องอื่น แต่เป็นช่วง 8 ปีที่**บริบททางนโยบายเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นทั้งอุปสรรคและโอกาส**

การเปลี่ยนรัฐบาล รัฐมนตรี และข้าราชการประจำที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ข้อเสนอชะงัก และถูกทบทวนเป็นระยะๆ ตลอดเวลา ช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อสำคัญคือปี 2540 ที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจและมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญใหม่ เมื่อมองย้อนอดีตจะเห็นว่า **แม้วิกฤตเศรษฐกิจจะทำให้เกิดการชะงักงันล่าช้าไปบ้าง แต่รัฐธรรมนูญใหม่มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนข้อเสนอการจัดตั้ง สสส.** กล่าวคือ รัฐธรรมนูญสนับสนุนแนวทางประชาสังคมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การจัดตั้ง สสส. และสนับสนุนการจัดตั้งองค์กรของรัฐที่มิใช่ราชการในรูปแบบของ สสส. พร้อมทั้งจัดให้มีระบบการตรวจสอบถ่วงดุลซึ่งกันและกัน รวมทั้งให้ประชาชนมีบทบาทในการตรวจสอบการทำงานขององค์กรต่างๆ ด้วย ทำให้หลายฝ่ายมีความมั่นใจมากขึ้นว่ากองทุนฯ ที่จัดตั้งขึ้นจะได้รับการตรวจสอบอย่างเพียงพอ และมีความสบายใจมากขึ้นที่จะให้การสนับสนุน

แปรวิกฤตเป็นโอกาส

บทเรียนจากกรณีนี้แสดงให้เห็นว่า ถ้าสามปัจจัยแรก - แกนนำองค์กร และความรู้ มีความพร้อมและฉับไวต่อโอกาสและบริบททางนโยบายต่างๆ ก็จะสามารถฉกฉวยนาทีทองหรือแปรวิกฤตเป็นโอกาสทางนโยบายได้ เช่น

- การถูกบังคับเปิดตลาดบุหรี่เสรีในปี 2532 ทำให้ได้กฎหมายควบคุมบุหรี่ 2 ฉบับในปี 2535
- การริเริ่มแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมเป็นการเปิดช่องทางนโยบายให้เรื่องการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่กระบวนการนโยบายอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรม
- การมีโครงการคู่ขนาน "กองทุนเพื่อการงดบริโภคสุรายาสูบ" กระตุ้นให้กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพฟื้นคืนชีวิตอีกครั้งหนึ่ง และยังได้ภาษีบาปจากสุราเพิ่มเติมจากเดิมที่หวังเพียงภาษีบุหรี่เท่านั้น

7.
สรุปบทเรียน
สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

ถ้าจะนำแนวคิดนายแพทย์ประเวศ วะสี เรื่องสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขามาปรับใช้กับกรณีภาษีบาปและการจัดตั้ง สสส. จะพบว่าสามเหลี่ยมดังกล่าวเกือบจะเกิดขึ้นแล้วในปี 2535 เมื่อมีองค์กรสามเส้าขึ้น - โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน (เคลื่อนสังคม) สคย. (เคลื่อนการเมือง/นโยบาย) และ สวรส. (สร้างความรู้) แต่เมื่อ สคย. ไม่สามารถทำหน้าที่เคลื่อนการเมือง/นโยบายได้ ศูนย์กลางการขับเคลื่อนจึงตกที่ สวรส. ซึ่งมีความพร้อมด้านองค์กรและทรัพยากรมากที่สุด โดยมีโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้านเป็นองค์กรพันธมิตร โดยมีตัวบุคคลเป็นจุดเชื่อมโยงสำคัญ

เมื่อมองย้อนกลับไป ณ จุดนี้ก็พบว่าความสำเร็จที่เกิดขึ้นมีที่มาจากการผลักดันนโยบายกับฝ่ายการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด มีการสร้างความรู้เพื่อหนุนช่วยการเปิดประเด็น และการผลักดันนโยบายเป็นปัจจัยรอง และมีการเคลื่อนไหวทางสังคมหนุนช่วยทาง

อ้อมเท่านั้น[23] กล่าวคือขบวนการได้อานิสงส์จากบริบททางการเมืองและสังคมยุคปฏิรูปการเมืองและสังคม ตลอดจนรัฐธรรมนูญใหม่ที่ทำให้แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการประชาสังคมได้รับการยอมรับจากสังคมทั่วไป

อย่างไรก็ดีมีข้อคิดว่าแนวคิดเรื่อง earmarked tax ที่จะผูกพันภาษีกับกองทุนหรือองค์กรในลักษณะเดียวกับ สสส. ในกรณีอื่นๆ น่าจะเป็นเรื่องยาก ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

- แม้ในกรณี สสส. ซึ่งมีความพิเศษกว่ากรณีอื่นๆ ในเรื่องหลักการและเหตุผลของภาษีบาปเพื่อสุขภาพที่มีความชัดเจนและได้รับการยอมรับเป็นสากล ก็ยังต้องฝ่าด่าน "วินัยทางการคลัง" หลายครั้งหลายหน ข้อเสนออื่นจึงต้องมีความชัดเจนด้านหลักการในระดับเดียวกันหรือมากกว่า
- "ลัทธิเอาอย่าง" คือประเด็นที่ทุกฝ่ายกังวลมากที่สุดเกี่ยวกับการจัดตั้ง สสส. แต่ได้รับคำยืนยันจากประสบการณ์ต่างประเทศว่าจะไม่มีปรากฏการณ์ซ้ำซากเพราะบุหรี่และยาสูบเป็นกรณีพิเศษจริงๆ เรื่องนี้ตอกย้ำประเด็นแรกว่าข้อเสนออื่นต้องมีหลักการชัดเจนเท่ากันหรือมากกว่าจริงๆ

---

23 การเคลื่อนไหวผลักดันจัดตั้ง สสส. เป็นที่รับรู้ในหมู่สาธารณชนน้อยมาก แม้ในแวดวงสื่อก็ยังไม่เป็นที่ทราบกันมากนัก เมื่อ พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการพิจารณาจากสภาฯ มีการสำรวจความคิดเห็นประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 1,953 ราย พบว่าร้อยละ 62.7 ยังไม่ทราบข่าวการประกาศใช้ พ.ร.บ. นี้ ในขณะนั้นสำนักงานกองทุนฯ ได้ดำเนินการมาแล้วหลายเดือน และมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. กองทุนฯ ปรากฏเป็นข่าวในสื่อต่างๆ แล้ว ฉะนั้น ถ้าคิดย้อนกลับไปในช่วงการผลักดันข้อเสนอการจัดตั้งจะพบว่าผู้ที่รับทราบเรื่องดังกล่าวจะมีน้อยมาก และจากการสอบถามผู้ที่ติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างใกล้ชิดหลายคนก็ได้รับคำตอบว่าไม่ทราบเรื่องนี้ จนมีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนฯ

- หลายฝ่ายยังติดใจ "โจทย์" เดิม เรื่องความคุ้มค่าด้านการลงทุนเพื่อสุขภาพด้วย การจัดตั้ง สสส. และต้องการได้รับคำตอบในเรื่องนี้ก่อนจะพิจารณาข้อเสนออื่น

ด้วยเหตุนี้ **ความสำเร็จหรือปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของ สสส. จะเป็น "ข้อมูลใหม่" และ "ความรู้ใหม่" ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่หวังจะใช้แนวทางและรูปแบบคล้ายกัน**

อย่างไรก็ดีในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงบริบทและกระบวนการนโยบายอย่างกว้างขวาง และยังจะมีช่วงความโกลาหลของการเปลี่ยนแปลงอีกระยะหนึ่ง ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว อาจมีข้อจำกัดที่จะนำความรู้ที่สังเคราะห์จากกรณีเดิม-บริบทเก่ามาประยุกต์ใช้ และมีความเป็นไปได้ว่าอาจเกิดโอกาสทางนโยบายใหม่ ๆ ที่เอื้อให้กลุ่มที่มีความพร้อมใช้เป็นจุดพลิกผันได้ทุกขณะ

คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(8 พฤศจิกายน 2544 จนถึงปัจจุบัน)

ประธาน	นายกรัฐมนตรี
รองประธานกรรมการคนที่ 1	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
รองประธานกรรมการคนที่ 2	ศ. นพ. ประกิต วาทีสาธกกิจ
กรรมการ	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการ
	พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
	แห่งชาติ
	สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
	กระทรวงการคลัง
	กระทรวงคมนาคม
	กระทรวงมหาดไทย
	กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
	กระทรวงศึกษาธิการ
	กระทรวงสาธารณสุข
	ทบวงมหาวิทยาลัย
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	ศ. นพ. อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม
	ดร. ชิงชัย หาญเจนลักษณ์
	นายสุรินทร์ กิจนิดย์ชีว์
	นางทองดี โพธิยอง
	ดร. สายสุรีย์ จุติกุล

	นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม
	ศ. นพ. วิจารณ์ พานิช
	รศ. ดร. กาญจนา แก้วแทพ
กรรมการและเลขานุการ	ผู้จัดการกองทุนฯ
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ	นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์
	ศ. นพ. ประเวศ วะสี
	นพ. ไพจิตร ปวะบุตร
	พล. ร.ต. นพ. วิทุร แสงสิงแก้ว
	ศ. สุมน อมรวิวัฒน์

(คณะกรรมการประเมินผลมีความเป็นอิสระจากคณะกรรมการกองทุนฯ แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรีโดยการเสนอแนะของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง)

ประธาน	นพ. คำรง บุญยืน
กรรมการด้านการประเมินผล	ศ. ดร. ปรัชญา เวสารัชช์
กรรมการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผล	รศ. พญ. พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์
กรรมการด้านการเงิน	ดร. สมชัย ฤชุพันธุ์
กรรมการด้านการเงิน	ศ. ดร. อัมมาร สยามวาลา
กรรมการด้านการประเมินผล	ศ. นพ. จิตร สิทธิอมร
กรรมการด้านการประเมินผล	รศ. นพ. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

แหล่งข้อมูล

เอกสารภาษาไทย

ความเป็นมาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เอกสารภายใน สสส. (ไม่ปรากฏชื่อผู้เขียนและวันเดือนปี).

ชูชัย ศุภวงศ์ และ สุภกร บัวสาย. (2540) วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย. ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.** ปีที่ 5 ฉบับที่ 3.

ธีระ ลิ่มศิลา. (2537) *บุหรี่-มะเร็งปอด การสูญเสียสุขภาพชีวิตและการสูญเสียเศรษฐกิจ.* ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.** ปีที่ 6 ฉบับที่ 1.

แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม. (ไม่ปรากฏวันเดือนปี).

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2541) *ข้อมูลและสถิติการสูบบุหรี่ของคนไทย.* ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.** ปีที่ 5 ฉบับที่ 3.

รายงานการดูงานองค์กรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ประเทศนิวซีแลนด์และประเทศออสเตรเลีย 9-13 ธันวาคม 2539. (2539) เสนอต่อปลัดกระทรวงการคลัง.

วิชัย เอกพลากร. (2540) *การสำรวจประชามติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภาษีบุหรี่.* ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข** ปีที่ 5 ฉบับที่ 3.

ศิระ บุญกินนท์. (2540) *การทบทวนกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับ*

กองทุนส่งเสริมสุขภาพ. งานวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิระ บุญภินนท์. (2540) *กองทุนส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ทุนจากภาษีบุหรี่* บทความสำหรับลงพิมพ์ในวารสารกฎหมายคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถานการณ์บุหรี่ ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **สถานการณ์** เอกสารเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข ลำดับที่ 1 (ไม่ปรากฏวันเดือนปี).

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **จับกระแส** จดหมายข่าว. หลายฉบับ.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2536) *แผนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข* 2536-2539.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2537) *การขึ้นภาษีบุหรี่ มาตรการจำเป็นเพื่อป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้ติดบุหรี่เพิ่มขึ้น.* **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข** ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541) **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน.** 6-8 พฤษภาคม. เอกสารที่เกี่ยวข้องโดยตรงได้แก่

ประเวศ วะสี. (2541) **บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ: อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม.** สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

วิวิธ วุฒิวีรวรรธน์ และวราภรณ์ พันธุ์พงศ์. (2541) **ปริทัศน์การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย.** (ปริทัศน์จากรายงานการศึกษาวิจัยของ ชูชัย ศุภวงศ์ วิพุธ พูลเจริญ บัญชร แก้วส่องและคณะ) โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2541) **วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ.** โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2545) *ประเมินผลงานสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.* รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์เสนอต่อคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุชาดา ตั้งทางธรรม. (2540) *เศรษฐศาสตร์การเมืองเรื่องบุหรี่.* ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.** ปีที่ 5 ฉบับที่ 3.

สุชาดา ตั้งทางธรรม. (2540) *อุตสาหกรรมยาสูบและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในประเทศไทย.* ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.** ปีที่ 5 ฉบับที่ 3.

สุภกร บัวสาย. *พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย.* ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **สถานการณ์** เอกสารเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข ฉบับที่ 18 (ไม่ปรากฏวันเดือนปี).

สุภาวดี ถิระพานิช และ ศศิธร กิจสว่างรัตน์. (2544) Sin Tax กับ*กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.* ใน **วารสารการเงินการคลัง** ปีที่ 15 ฉบับที่ 48.

สุภาวดี ถิระพานิช. (2544) *รายงานผลการบันทึกกระบวนการขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.* งานวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2545) **รายงานประจำปี 2544.**

อิศรา ศานติศาสน์. (2538) *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงภาษีสรรพสามิตบุหรี่.* งานวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เอกสารภาษาอังกฤษ

Collishaw. *Neil. (1993) Potential Health Benefits of a 10% increase in the real price of tobacco through taxation in Thailand. press release.*

Vateesatokit, Prakit. (October 2002) *Seeking Success: Thai Tabacco Control.* (draft).

สัมภาษณ์

สัมภาษณ์คุณสุภาวดี ถิระพานิช อดีตข้าราชการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง ปัจจุบันทำงานฝ่ายตรวจสอบภายในสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ วันที่ 17 กันยายน 2545.

สัมภาษณ์นายแพทย์สุภกร บัวสาย ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ วันที่ 25 กันยายน 2545.

สัมภาษณ์นายแพทย์ประกิต วาธีสาธกกิจ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี วันที่ 7 ตุลาคม 2545.

สัมภาษณ์คุณชัยยุทธ สุทธิธนากร ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านการคลังและภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง วันที่ 8 ตุลาคม 2545

สัมภาษณ์คุณพวงทอง ปาลวัฒน์วิไชย หัวหน้าฝ่ายนโยบายภาษีและบริการ กองนโยบายภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง วันที่ 8 ตุลาคม 2545.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีหน้าที่ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และให้ทุนแก่หน่วยงานต่างๆ ในสังคม ให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิต โดยมีเงินทุนหลักมาจากร้อยละ 2 ของภาษีสุราและบุหรี่

สสส. เป็นปรากฏการณ์ทางนโยบายที่แปลกใหม่ ไม่ธรรมดา เพราะ

- สสส. เป็นองค์กรอิสระที่มีรายได้กว่าพันล้านบาทต่อปี
- สสส. ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติการกิจที่อาจพิจารณาได้ว่าซ้ำซ้อนกับหน่วยงานของรัฐ
- สุราและยาสูบเป็นธุรกิจที่มีอิทธิพลผลประโยชน์สูง มีศักยภาพที่จะต่อต้าน คัดค้าน การเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่จะกระทบผลประโยชน์ทางธุรกิจได้มาก

โอกาสที่ สสส. จะถูกแรงต้านจนไม่สามารถกำเนิดขึ้นได้มีสูงมาก สสส. จึงเป็นผลผลิตทางนโยบายที่ไม่เกิดขึ้นบ่อยนักในสังคมไทย และเป็นตัวอย่างของกระบวนการแปรความรู้สู่นโยบายที่น่าสนใจยิ่ง

ISBN 974-91446-3-5
9 749144 635006