



## Policy brief

### มาตรการภาษีเกลือและโซเดียมในประเทศไทย

จัดทำโดย: แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ  
พฤศจิกายน 2561

#### สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ประชาชนบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน เทียบเท่าเกลือ 5 กรัม หรือ 1 ช้อนชา (1) แต่จากการสำรวจการบริโภคเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2550 พบว่า คนไทยบริโภคโซเดียมคลอไรด์โดยเฉลี่ย 10.9 กรัม โดยมาจากเครื่องปรุงรสต่างๆ ประมาณ 8 กรัม และหากคำนวณเป็นปริมาณโซเดียม พบว่า คนไทยบริโภคโซเดียมมากถึง 4,352 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน (2) ซึ่งสูงกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำถึง 2 เท่า

เมื่อพิจารณาถึงอาหารที่มีโซเดียมที่ประชาชนนิยมรับประทานมากที่สุด พบว่า อันดับ 1 คือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (ร้อยละ 60) ซึ่งมีปริมาณโซเดียมประมาณ 977 มิลลิกรัมต่อ 1 ซอง (3) รองลงมาเป็นปลากระป๋อง (ร้อยละ 49) ปลาทูน่า (ร้อยละ 47) และน้ำพริกต่างๆ (ร้อยละ 45) ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าประชาชนส่วนมาก (ร้อยละ 60-90) นิยมใช้เครื่องปรุงรสต่างๆ ทั้งน้ำปลา เกลือ ซีอิ๊วขาว กะปิ ผงปรุงรส และน้ำมันหอย ซึ่งมีโซเดียมในปริมาณสูงในการประกอบอาหารเพื่อรับประทานภายในครัวเรือน (2)

#### ผลกระทบทางสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การได้รับปริมาณโซเดียมมากเกินไปเกินความต้องการ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง (4) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (5) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึง 39.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 70 ของจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด (6)

เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่โรค NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต โดยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 11 ในเพศชาย และประมาณร้อยละ 15 ในเพศหญิง ตามด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 8 ในเพศชาย และร้อยละ 9 ในเพศหญิง ตามลำดับ (7)

นอกจากนี้ ยังพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรค NCDs มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2551 พบว่า โดยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ มีค่ารักษาพยาบาลประมาณ 79,263 ล้านบาท และ 154,876 ล้านบาท ตามลำดับ (8)

#### มาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

มาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Best buy interventions) และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ (9) ซึ่งการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมมีหลายมาตรการ จากการวิเคราะห์ล่วงหน้า

เกลือ 1 กรัม จะมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ 0.4 กรัม

เปรียบเทียบระหว่างมาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม 4 ด้าน กับการไม่มีมาตรการพบว่ามาตรการที่สามารถลดการเสียชีวิตได้มากที่สุดคือ การสร้างความร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรม เพื่อปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหารให้มีปริมาณเกลือและโซเดียมลดลง ซึ่งสามารถป้องกันอัตราการเสียชีวิตจากโรค NCDs ได้ 36,818 คน รองลงมาคือมาตรการติดฉลากโภชนาการมาตรการการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ประชาชนได้กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และมาตรการรณรงค์สื่อสารมวลชน ตามลำดับ (10) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลกระทบทางสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างการมีและไม่มีมาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (การวิเคราะห์ล่วงหน้าในพ.ศ.2568)

มาตรการ	การป้องกันการเสียชีวิตจากโรค NCDs (คน)*
ไม่มีการดำเนินมาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยมีการดำเนินมาตรการพื้นฐานอื่น (เช่น การใช้ยาในการรักษาพยาบาล)**	28,477
มีการดำเนินมาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม*** เพิ่มเติมจากมาตรการพื้นฐานอื่น	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● มาตรการสร้างความร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรม เพื่อปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหารให้มีปริมาณเกลือและโซเดียมลดลง</li> </ul>	36,818
<ul style="list-style-type: none"> <li>● มาตรการติดฉลากโภชนาการหน้าบรรจุภัณฑ์</li> </ul>	35,338
<ul style="list-style-type: none"> <li>● มาตรการการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ประชาชนได้กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ</li> </ul>	30,547
<ul style="list-style-type: none"> <li>● มาตรการรณรงค์สื่อสารมวลชน</li> </ul>	30,048

หมายเหตุ: \*มีส่วนการเสียชีวิตของโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 90

\*\*การป้องกันการเสียชีวิตจากโรค NCDs กรณีที่ไม่ได้ดำเนินมาตรการลดบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 28,477 คน เป็นผลมาจากมาตรการพื้นฐานอื่น เช่น การใช้ยาในการรักษาพยาบาล

\*\*\*มาตรการอ้างอิงตาม The 'SHAKE package' แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก

(<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/shake-salt-habit/en/>)

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีการดำเนินการจากฝั่งภาครัฐและมหาวิทยาลัยในการสนับสนุนให้ภาคอุตสาหกรรมปรับเปลี่ยนสูตรผลิตภัณฑ์อาหารให้มีโซเดียมลดลง โดยใช้วิธีการพัฒนาสูตรอาหารและเสนอให้กับภาคอุตสาหกรรม ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวใช้งบประมาณ 5.3 ล้านบาท (10) แต่ยังไม่เห็นการปรับเปลี่ยนสูตรของภาคอุตสาหกรรมอย่างชัดเจน จากการศึกษาก่อนหน้านี้ในต่างประเทศพบว่าหนึ่งวิธีที่จะกระตุ้นภาคอุตสาหกรรมให้ปรับเปลี่ยนสูตรเพื่อให้อาหารมีความเค็มน้อยลง คือการใช้มาตรการทางภาษีและราคา (11)

## ผลของมาตรการด้านภาษีเกลือและโซเดียม

### ผู้บริโภค

การเก็บภาษีเกลือและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารพบว่า จะทำให้ราคาของผลิตภัณฑ์นั้นเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ผู้บริโภคจะลดการซื้อและรับประทานผลิตภัณฑ์เหล่านั้นลดลงร้อยละ 6.8 (12) และร้อยละ 26 (13) ซึ่งทำให้ลดการเกิดโรคความดัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต รวมถึงประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรคดังกล่าวด้วย (14-17)

## ผู้ประกอบการ

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Alexandra Wright และคณะ (18) พบว่า ผู้ประกอบการจะตอบสนองการเก็บภาษีของวัตถุดิบ เช่น น้ำตาล โดยการเพิ่มราคาผลิตภัณฑ์ หรือสินค้าของตนเอง หรือลดการผลิตสินค้าประเภทนั้นๆ เนื่องจากกำไรที่ได้จะลดลง เพราะต้นทุนของสินค้าสูงขึ้น (19) แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้ประกอบการบางแห่งที่จะปรับปรุงสูตรผลิตภัณฑ์โดยการลด หรือเลิกใช้น้ำตาลในการผลิตสินค้าดังกล่าว

เช่นเดียวกันกับการเก็บภาษีอาหารในประเทศอังกฤษ พบว่า การเก็บภาษีในผลิตภัณฑ์อาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (unhealthy food) ส่งผลให้ร้อยละ 40 ของผู้ประกอบการปรับปรุงสูตรผลิตภัณฑ์ของตนเอง โดยร้อยละ 30 เลิกใช้น้ำตาลและไขมันในผลิตภัณฑ์ ขณะที่ร้อยละ 70 ลดปริมาณน้ำตาลและไขมันในผลิตภัณฑ์ของตนเอง แต่ไม่พบว่าภาษีอาหารส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของกิจการต่างๆ ดังกล่าว (18)

## ตัวอย่างการเก็บภาษีลดเค็มในต่างประเทศที่ได้ผล

ประเทศอังกฤษจะเก็บภาษีในขนมกรุบกรอบที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบมากกว่า 1 กรัม ต่อผลิตภัณฑ์ 100 กรัม (หรือเท่ากับโซเดียม 400 กรัม ต่อผลิตภัณฑ์ 100 กรัม) และเก็บในเครื่องปรุงที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบมากกว่า 5 กรัมต่อผลิตภัณฑ์ 100 กรัม ซึ่งภาษีที่เก็บจะเท่ากับ 0.8 ยูโร (หรือประมาณ 29.3 บาท)<sup>ii</sup> ต่อ เกลือ 1 กิโลกรัม (13) ซึ่งหลังจากที่กฎหมายมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ค.ศ. 2011 พบว่า การบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกเก็บภาษีมีปริมาณลดลง และผู้ผลิตก็ลดหรือเลิกใช้เกลือเป็นส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์ของตนเอง นอกจากนี้ยังทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้นด้วย (20)

ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า การเก็บภาษีอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพควรเก็บภาษีในอัตราที่ทำให้ราคาของผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 หรือมากกว่าจึงจะสามารถลดการบริโภคอาหารดังกล่าวได้นอกจากนี้ยังพบว่า การเก็บภาษีวัตถุดิบ เช่น น้ำตาล หรือไขมันโดยตรง จะส่งผลต่อการใช้จ่ายของผู้บริโภคน้อยกว่าการเก็บภาษีในสินค้าหรือผลิตภัณฑ์โดยตรง (18) ตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ พบว่าการเก็บภาษีร้อยละ 20 ของอาหารที่เป็นแหล่งโซเดียมจะทำให้ลดและป้องกันการเสียชีวิตได้ ร้อยละ 6.8 (12)

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สนับสนุนและผลักดันให้มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยเฉพาะมาตรการสร้างความร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรมในการปรับปรุงสูตรผลิตภัณฑ์อาหารให้มีปริมาณเกลือและโซเดียมลดลง โดยใช้มาตรการภาษีในการกระตุ้นให้ภาคอุตสาหกรรมดำเนินการในเรื่องนี้
2. ผลิตภัณฑ์อาหารที่ต้องเก็บภาษี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) อาหารกลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูปและขนมขบเคี้ยว<sup>iii</sup> ที่มีปริมาณโซเดียมเกิน 400 มิลลิกรัมต่อผลิตภัณฑ์ 100 กรัม และ 2) เครื่องปรุงที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อผลิตภัณฑ์ 100 กรัม
3. ควรเก็บภาษีในอัตราที่ทำให้ราคาของผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

“เอกสารนี้เป็นเอกสารวิชาการซึ่งเป็นการคิดเห็นของผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของหน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง”

<sup>ii</sup> อัตราแลกเปลี่ยนวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561: 1 ยูโร เท่ากับ 36.63 บาท

<sup>iii</sup> ขนมขบเคี้ยว ได้แก่ มันฝรั่งทอดกรอบหรืออบกรอบ ข้าวโพดคั่วทอดหรืออบกรอบ ข้าวเกรียบ ทอด หรืออบกรอบ หรืออาหารขบเคี้ยวชนิดอบพอง สาหร่ายทอด หรืออบกรอบ หรือเคลือบปรุงรส ปลาเส้นทอด หรืออบกรอบหรือปรุงรส ขนมปังกรอบ หรือแครกเกอร์ หรือบิสกิต เวเฟอร์สอดไส้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Fact sheet: Salt reduction. World Health Organization [serial on the Internet]. 2016: Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs393/en/>.
2. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2552.
3. โซเดียม [database on the Internet]. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2558 [cited 9 พฤศจิกายน 2561]. Available from: [http://www.si.mahidol.ac.th/sdc/admin/knowledges\\_files/8\\_44\\_1.pdf](http://www.si.mahidol.ac.th/sdc/admin/knowledges_files/8_44_1.pdf).
4. He FJ, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. The Cochrane database of systematic reviews. 2004(3):Cd004937.
5. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala N-B, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2009;339:b4567.
6. World Health Organization. NCD mortality and morbidity. World Health Organization [serial on the Internet]. 2018: Available from: [http://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/en/](http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/).
7. แผนงานการพัฒนาศักยภาพทางสุขภาพเพื่อการพัฒนาโยบาย. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2560.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 2553. Available from: [http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703\\_1\\_.pdf](http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf).
9. World Health Organization. From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries 2011: Available from: [http://www.who.int/nmh/publications/best\\_buys\\_summary.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf).
10. พเยาว์ ผ่องสุข, สิรินทรยา พูลเกิด. โครงการการศึกษาประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการลดการบริโภคโซเดียมโดยใช้โปรแกรม OneHealth Tool: แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2561.
11. Wilson N. Salt tax could reduce population's salt intake. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7471):918-.
12. Ni Mhurchu C, Eyles H, Genc M, Scarborough P, Rayner M, Mizdrak A, et al. Effects of Health-Related Food Taxes and Subsidies on Mortality from Diet-Related Disease in New Zealand: An Econometric-Epidemiologic Modelling Study. *PLoS One*. 2015;10(7):e0128477.
13. Kloss L, Meyer JD, Graeve L, Vetter W. Sodium intake and its reduction by food reformulation in the European Union — A review. *NFS Journal*. 2015 2015/06/01;1:9-19.
14. Martikainen JA, Soini EJ, Laaksonen DE, Niskanen L. Health economic consequences of reducing salt intake and replacing saturated fat with polyunsaturated fat in the adult Finnish population: estimates based on the FINRISK and FINDIET studies. *Eur J Clin Nutr*. 2011 Oct;65(10):1148-55.
15. Shoaibi A, Ghandour R, Khatib R, Mason H, O'Flaherty M, Capewell S, et al. Salt reduction as a population-based intervention for the prevention of coronary heart diseases: an economic assessment. *The Lancet*. 2013 2013/12/05;382:S33.
16. Collins M, Mason H, O'Flaherty M, Guzman-Castillo M, Critchley J, Capewell S. An Economic Evaluation of Salt Reduction Policies to Reduce Coronary Heart Disease in England: A Policy Modeling Study. *Value Health*. 2014;17(5):517-24.
17. Zhang D, Cogswell ME, Wang G, Bowman BA. Evidence of Dietary Improvement and Preventable Costs of Cardiovascular Disease. *Am J Cardiol*. 2017 Nov 1;120(9):1681-8.
18. Wright A, Smith KE, Hellowell M. Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies. *BMC Public Health*. 2017 Jun 19;17(1):583.
19. Ecorys. Food taxes and their impact on competitiveness in the agri-food sector. Rotterdam 2014.
20. WHO. Good Practice Brief. [cited 2018 9 Nov]; Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/287095/Good-practice-brief-public-health-product-tax-in-hungary.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/287095/Good-practice-brief-public-health-product-tax-in-hungary.pdf)