

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบกับการควบคุมยาสูบระหว่างประเทศ

ในบทนี้จะได้ทำการศึกษาถึงกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ รวมทั้งมาตรการควบคุมยาสูบที่จะเกิดขึ้นภายใต้พิธีสารของกรอบอนุสัญญาดังกล่าวซึ่งอาจจะถูกโต้แย้งว่ามีความขัดแย้งกับความตกลงขององค์การการค้าโลกว่าได้แก่มาตรการอะไรบ้าง และมาตรการเหล่านั้นมีผลกระทบต่อ การควบคุมยาสูบและมีผลกระทบต่อหลักการการค้าเสรีภายใต้ความตกลงต่าง ๆ ขององค์การการค้าโลกอย่างไร

1. ความเป็นมาของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

การที่ต้องมีการกำหนดกฎเกณฑ์เฉพาะในการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างประเทศ ก็เนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ ดังนี้

1. ผลกระทบที่ยาสูบเป็นอันตรายต่อการสาธารณสุขและเศรษฐกิจของโลก

เนื่องจากองค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าจะมีคนตายจากบุหรี่ถึง 4.2 ล้านคนต่อปี¹ โดยถ้าแนวโน้มนี้ยังคงดำเนินต่อไปภายในปี ค.ศ. 2030 จำนวนผู้เสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคนต่อปี โดย 70% จะเป็นผู้สูบบุหรี่ในประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง² ทำให้บุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 12 โดยมากกว่าการเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่นใดและมากกว่าการเสียชีวิตจากเชื้อ HIV การเป็นวัณโรค การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด อุบัติเหตุทางรถยนต์ การฆ่าตัวตาย และการฆาตกรรมกัน³

นอกจากนี้ การบริโภคยาสูบยังก่อให้เกิดต้นทุนทางสังคม เช่น การขาดกำลังผลิตในการ

¹ Judith Mackay and Michael Eriksen, *The Tobacco Atlas*, 1st ed. (Brighton: Myriad Editions Limited, 2002), pp. 36-37.

² Ibid.

³ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก, “การประชุมระดับชาติเรื่อง “กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก” (WHO-Framework Convention on Tobacco Control)” ในวันที่ 18 กรกฎาคม 2545 ณ ห้องคอนเวนชันฮอลล์ โรงแรมรามารการ์เด็นส์ กรุงเทพมหานคร (เอกสารประกอบการประชุม)

ผลิตสินค้าและบริการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ ต้นทุนจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม และการตัดไม้ทำลายป่า เป็นต้น ทั้งนี้ นักเศรษฐศาสตร์ของธนาคารโลกได้มีการประมาณว่า การบริโภคยาสูบ 1,000 ตัน จะทำให้โลกเสียหายเป็นมูลค่า 27 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และยาสูบจะทำให้ระบบเศรษฐกิจโลกเสียหายเป็นมูลค่า 200,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี เมื่อคำนึงถึงค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข การเสียกำลังการผลิต และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ร่วมด้วย⁴

ดังนั้น การบริโภคยาสูบจึงไม่ได้เป็นเพียงนิสัยส่วนบุคคลของผู้บริโภคคนใดคนหนึ่งเท่านั้น แต่ยาสูบคือมหันตภัยของการสาธารณสุข⁵ เนื่องจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและค่าใช้จ่ายทางสังคมอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบนั้นสูงมากกว่าผลประโยชน์โดยตรงที่ได้จากการเพาะปลูกยาสูบและภาษียาสูบมาก

2. การค้าเสรีในผลิตภัณฑ์ยาสูบจะทำให้เกิดการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า การเปิดตลาดเสรีจะทำให้การบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่มีฐานะยากจน⁷ เนื่องจากตามสถิติแล้ว การบริโภค

⁴ Bernum, H. "The Economic Burden of the Global Trade in Tobacco," in *Tobacco Control*, 1994: 358-361 cited in John Bloom, "Public Health, International Trade and the Framework Convention on Tobacco Control," *Campaign for Tobacco-Free Kids*, March 2001, p. 4. Available from: <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/Policy.pdf>; Internet.

⁵ Benjamin C. Adams, "The WHO Framework Convention on Tobacco Control and Trade Related Protocols," in *Reconciling Environment and Trade*, p. 134.

⁶ จากการศึกษาพบว่า การเปิดตลาดเสรีจะทำให้การบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น 10% (A. Taylor, F.J. Chaloupka, E. Guindon & M. Corbett, "The Impact of Trade Liberalization on Tobacco Consumption," in *Tobacco Control in Developing Countries*, eds. Jha and Chaloupka, (Oxford: Oxford University Press, 2000) cited in World Health Organization and World Trade Organization, "WTO Agreements and Public Health: A joint study by the WHO and the WTO Secretariat," p. 71. Available from: http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/who_wto_e.pdf; Internet.

⁷ จากการศึกษาพบว่า การเปิดเสรีการค้ายาสูบในประเทศทางเอเชีย 4 ประเทศ อันได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน และไทย ซึ่งได้เปิดตลาดการค้ากับประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงทศวรรษ 1980 นั้น การบริโภคต่อหัวได้เพิ่มขึ้นเกือบ 10% ในปี ค.ศ. 1991 ซึ่งมากกว่าที่ควรจะเป็นถ้าไม่ได้มีการเปิดตลาดกับประเทศสหรัฐอเมริกา (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่ต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 15)

ในประเทศที่มีรายได้สูงได้ลดน้อยลงเพราะกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศเหล่านี้มีความเข้มแข็ง ดังนั้น อุตสาหกรรมยาสูบจึงหันมาตลาดทดแทนในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศในแถบเอเชีย ลาตินอเมริกา และยุโรปตะวันออก เป็นต้น เนื่องจากประเทศเหล่านี้ไม่มีกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ หรือในบางประเทศที่มีกฎหมายแต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบกับการที่ประชาชนในประเทศเหล่านี้ไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบ⁸ เพราะฉะนั้นจากการแพร่หลายไปทั่วโลกของผลิตภัณฑ์ยาสูบดังกล่าวแล้ว ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดแนวทางด้านกฎหมายในระดับโลกเพื่อต่อสู้กับอำนาจของบริษัทยาสูบข้ามชาติ (Transnational Tobacco Company: ITCs) ที่ใช้ประโยชน์จากการค้าเสรีที่เน้นความเท่าเทียมกันในการตลาด การผลิต และการกระจายสินค้า⁹ ในขณะที่ความตกลงด้านการค้าพหุภาคีหลัก ๆ ไม่ได้คุ้มครองมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบจากการทำลายจากประเด็นด้านการค้าอย่างเพียงพอ ในทางตรงข้ามความตกลงด้านการค้าพหุภาคี เช่น ความตกลงขององค์การการค้าโลกยังอาจก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการใช้มาตรการฝ่ายเดียวของรัฐในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้อีกด้วย

3. ปัญหาการบริโภคยาสูบมีลักษณะข้ามพรมแดน

เนื่องจาก ปัญหาการบริโภคยาสูบมีลักษณะข้ามพรมแดน เช่น ในกรณีของปัญหาการลักลอบนำเข้า หรือการโฆษณาขายยาสูบข้ามแดน เป็นต้น ประกอบกับการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ผ่านมาได้พิสูจน์แล้วว่า ปัญหานี้ไม่สามารถแก้ไขได้โดยการกระทำของประเทศใดประเทศหนึ่งเพียงประเทศเดียว เนื่องจาก ไม่ว่าจะกระทำอย่างเต็มรูปแบบเพียงใดผลที่เกิดขึ้นจะเป็นเพียงการชะลออัตราการเพิ่มของการบริโภคเท่านั้น ดังนั้น ปัญหานี้จึงต้องการความร่วมมือระดับระหว่างประเทศอย่างกว้างขวางที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และการมีส่วนร่วมของทุกประเทศ

⁸ Benjamin C. Adams, "The WHO Framework Convention on Tobacco Control and Trade Related Protocols," in *Reconciling Environment and Trade*, p 135.

⁹ Allyn L. Taylor, "An International Regulatory Strategy for Global Tobacco Control," *The Yale Journal of International Law* 21 (Summer 1996): 260.

เพื่อตอบสนองต่อปัญหานี้ในระดับระหว่างประเทศ (International response) อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม และครอบคลุม¹⁰

4. มีแนวทางจากความตกลงระหว่างประเทศในเรื่องการจำกัดการค้าในผลิตภัณฑ์ที่ก่ออันตราย (Harmful product)

เนื่องจาก ประเทศต่าง ๆ มีความห่วงใยเกี่ยวกับอันตรายของการค้าที่ไม่มีข้อจำกัดในผลิตภัณฑ์บางประเภท ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาความตกลงระหว่างประเทศเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมโดยเฉพาะต่อผลิตภัณฑ์ (Product-specific rules) ดังกล่าว เช่น อาวุธเล็ก (Small arms) ยาเสพติด (Narcotic drugs) สารเคมีที่ทำลายชั้นโอโซน (Ozone –depleting chemicals) เช่น สาร CFCs เป็นต้น ขยะมีพิษ (Hazardous waste) สินค้าตัดแต่งพันธุกรรม (Genetically Modified Organism: GMOs) สิ่งมีชีวิตที่ใกล้สูญพันธุ์ (Endangered species) และกับระเบิดบุคคล (Antipersonnel landmines) เป็นต้น ซึ่งการค้าในผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่าง ๆ เหล่านี้ จะถูกจำกัดภายใต้ความตกลงโดยเฉพาะที่ถูกพัฒนามาจากกรอบขององค์การการค้าโลก¹¹ เช่น The Vienna Convention for the Protection of the Ozone Layer (March 22, 1985), Montreal Protocol on Substances that deplete the Ozone Layer (Sept. 16, 1987) และ United Nations Framework Convention on Climate Change (May 29, 1992) เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวอย่างของกลยุทธ์ขององค์การสิ่งแวดล้อมระหว่างประเทศ (International Environmental Organization) ที่ประสบความสำเร็จในการกำหนดการควบคุมในรูปแบบของกรอบอนุสัญญาและพิธีสาร ซึ่งสามารถนำมาเป็นตัวอย่างในการออกมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้

¹⁰ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, (Geneva: World Health Organization, 3 March, 2003), Preamble.

“Recognizing that the spread of the tobacco epidemic is a global problem with serious consequences for public health that calls for the widest possible international cooperation and the participation of all countries in an effective, appropriate and comprehensive international response”

¹¹ John Bloom, “Public Health, International Trade and the Framework Convention on Tobacco Control,” Campaign for Tobacco-Free Kids, March 2001, p. 1. Available from: <http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/Policy.pdf>; Internet.

ด้วยสาเหตุต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว การที่ในปัจจุบันยังไม่มีกฎเกณฑ์ทางการค้าโดยเฉพาะสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบเหมือนกับสินค้าอันตรายอื่น ๆ ก็เนื่องมาจาก

1. การสาธารณสุขไม่ค่อยมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นด้านการค้าระหว่างประเทศโดยตรง
2. อุตสาหกรรมยาสูรมีอิทธิพลทั้งในด้านการเมืองและเศรษฐกิจของโลก และมีความเกี่ยวข้องกับระบบการค้าทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติมาหลายทศวรรษ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการค้าเสรียาสูบเป็นเป้าหมายหลัก นอกจากนี้ อุตสาหกรรมยาสูบยังประสบความสำเร็จในการส่งเสริมให้เกิดความคิดที่ว่ายาสูบมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศที่ผลิตยาสูบและต่อระบบเศรษฐกิจของโลกอีกด้วย
3. หลักการค้าเสรี (Principles of free trade) ซึ่งเป็นหลักการที่ถูกยึดถือเป็นหลักในสังคมการค้าระหว่างประเทศ และภาระการพิสูจน์สำหรับข้อเสนอเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเป็นพิเศษในผลิตภัณฑ์ใด ๆ ก็สูงมาก
4. ประเทศส่วนใหญ่ไม่ได้จัดการกับการบริโภคยาสูบภายในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งยกเว้นผลิตภัณฑ์ยาสูบจากกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยต่าง ๆ ในขณะที่กำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการผลิตและการตลาดของผลิตภัณฑ์เพื่อทดแทนยาสูบเข้มงวดมากกว่ากฎเกณฑ์ที่ใช้กับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังนั้น ถ้าการจัดการภายในประเทศยังไม่ได้ผลแล้วก็ย่อมเป็นการยากที่จะประสบความสำเร็จในการกำหนดกฎเกณฑ์โดยเฉพาะสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบในระดับระหว่างประเทศ

ทั้งนี้ จากวัตถุประสงค์ขององค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นทบวงการชำนัญพิเศษด้านการสาธารณสุขในกรอบขององค์การสหประชาชาติ (United Nation: UN) ที่บัญญัติว่า “การที่ให้ประชาชนทุกคนในโลกมีระดับของสุขภาพที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้” (The attainment by all peoples of the highest possible level of health)¹² ก็ตาม แต่เมื่อมองภาพรวมของโลก กลับพบว่ายังไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบด้วยสาเหตุต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น เพราะฉะนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้ริเริ่มให้มีการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจัง ดังนั้น จึงได้มีการเสนอให้จัดทำกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) ซึ่งจะเป็นกลไกทางกฎหมายในระดับนานาชาติที่ล้อมกรอบไม่ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่กระจายไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแพร่กระจายไปสู่ประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเมื่อใดที่มีการบังคับใช้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบนี้ กรอบอนุสัญญาดังกล่าวก็จะเป็นสนธิสัญญาและความร่วมมือระหว่างประเทศฉบับแรกขององค์การอนามัยโลก

¹² World Health Organization Constitution, preamble.

และของโลกในเรื่องสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะ เนื่องจากไม่มีเหตุผลใด ๆ ที่การแพร่กระจายของยาสูบซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพควรจะมีอยู่ต่อไป

2. กระบวนการของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

2.1 การจัดทำในรูปแบบ “กรอบอนุสัญญา”

โดยทั่วไปนั้น คำว่า “กรอบอนุสัญญา” (Framework Convention) ไม่ได้มีความหมายเฉพาะ (Technical meaning) ในกฎหมายระหว่างประเทศ แต่เป็นคำที่ใช้เพื่ออธิบายถึงความตกลงระหว่างประเทศ (International agreements) ซึ่งมีหน้าที่หลักในการสร้างระบบการควบคุมโดยทั่ว ๆ ไปในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ (An issue arena) โดยจะไม่มีกำหนดพันธกรณีที่เฉพาะเจาะจงไว้ในกรอบอนุสัญญาดังกล่าว¹³ เช่นเดียวกับคำว่า “พิธีสาร” (Protocols) ซึ่งใช้อธิบายความตกลงระหว่างประเทศเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม แม้ว่า “พิธีสาร” จะเป็นการตกลงทางกฎหมายที่แยกต่างหากจากความตกลงระหว่างประเทศได้ (Separate legal agreements) แต่โดยทั่วไปคำว่า “พิธีสาร” มักจะหมายถึงความตกลงระหว่างประเทศที่เป็นส่วนเสริม (Supplements) แก้ไข (Amends) ความตกลงระหว่างประเทศที่มีอยู่แล้ว (Existing international agreements) หรือทำให้ความตกลงระหว่างประเทศที่มีอยู่ก่อนนั้นชัดเจน (Clarifies) หรือมีความเหมาะสม (Qualifies) มากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบก็มีลักษณะเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น กล่าวคือ ในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบจะกำหนดพันธกรณีทั่ว ๆ ไปแต่พันธกรณีที่เฉพาะเจาะจงจะถูกกำหนดไว้ในพิธีสารภายใต้กรอบอนุสัญญาดังกล่าว ซึ่งเฉพาะประเทศภาคีของอนุสัญญาเท่านั้นที่จะถือเป็นภาคีของพิธีสาร¹⁴ และพิธีสารแต่ละฉบับของกรอบอนุสัญญานี้ก็จะผูกพันเฉพาะประเทศภาคีของพิธีสารนั้น ๆ เท่านั้น¹⁵

¹³ Daniel Bodansky, Technical Briefing Series, The Framework Convention/Protocol Approach, WHO/NCD/TFI/99.1, (Geneva: World Health Organization, 1999), p. 15.

¹⁴ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 33: 4.

“Only Parties to the Convention may be parties to a protocol”

¹⁵ Ibid., Article 33: 5.

“Any protocol to the Convention shall be binding only on the parties to the protocol in question”

ทั้งนี้ เหตุผลที่มีการเลือกใช้แนวทางของกรอบอนุสัญญาและพิธีสาร (The Framework/Protocol approach) ในประเด็นการควบคุมการบริโภคยาสูบ ก็เนื่องมาจาก

1. ยังไม่มีความเห็นพ้องร่วมกันทางการเมือง (Political consensus) ในการที่จะใช้มาตรการที่มีผลผูกพันทางกฎหมาย (Strong substantive measures) กับการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับประเทศที่มีผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญจากการผลิตหรือการค้ายาสูบ ซึ่งอาจจะยังไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมในพันธกรณีที่มีผลผูกพันทางกฎหมายในการจัดการกับการแพร่กระจายของยาสูบในเวลา¹⁶ แต่การจัดทำในรูปแบบของกรอบอนุสัญญาจะทำให้ประเทศภาคีต่าง ๆ สามารถเข้าร่วมในกรอบอนุสัญญาในขณะที่ยังไม่ต้องตัดสินใจเข้าร่วมในพิธีสารได้¹⁷

2. ความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์ยังอยู่ในช่วงของการพัฒนา ประกอบกับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการจำกัดการค้ายาสูบยังคงเป็นปัญหาที่โต้เถียงกันอยู่ และ

2. เนื้อหาของปัญหานี้ยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้¹⁸

ดังนั้น เนื่องจากประเทศต่าง ๆ มีความต้องการให้การจัดทำข้อตกลงและการดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบไปในทิศทางเดียวกัน โดยให้ทุกฝ่ายมีความเห็นพ้องร่วมกัน (Consensus) อย่างค่อยเป็นค่อยไป (Progressive) จึงได้มีการจัดทำความตกลงนี้ในรูปแบบของกรอบอนุสัญญา ซึ่งเมื่อพิจารณาจากลักษณะของ “กรอบอนุสัญญา” แล้ว ก็จะพบว่า “กรอบอนุสัญญา” ก็คือ “สนธิสัญญา” ประเภทหนึ่ง เนื่องจาก “กรอบอนุสัญญา” ก็เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศที่ได้ทำขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษรระหว่างรัฐต่าง ๆ และอยู่ภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศ¹⁹ เช่นเดียวกับ “สนธิสัญญา” และยังมีผลผูกพันประเทศภาคีของกรอบอนุสัญญาดังกล่าว เช่นเดียวกับที่สนธิสัญญามีผลผูกพันประเทศภาคีของสนธิสัญญาอีกด้วย ดังจะเห็นได้จากการที่ “กรอบอนุสัญญา” ก็มีการกำหนดวันที่กรอบอนุสัญญาดังกล่าวจะมีผลใช้บังคับต่อประเทศภาคี

¹⁶ Benjamin C. Adams, “The WHO Framework Convention on Tobacco Control and Trade Related Protocols,” in *Reconciling Environment and Trade*, p 141.

¹⁷ Kristyn Noeth, “Taxation to control tobacco in developing states,” in *Reconciling Environment and Trade*, eds. Brown Weiss and John Jackson (Transnational Publishers, 2001), p. 110.

¹⁸ Daniel Bodansky, Technical Briefing Series, The Framework Convention/Protocol Approach, WHO/NCD/TFI/99.1, p. 15.

¹⁹ Vienna Convention on the Law of Treaties, Article 2: 1(a).

(Entry into force)²⁰ เช่นเดียวกับที่มีการบัญญัติไว้ในสนธิสัญญา กล่าวโดยสรุปก็คือ “กรอบอนุสัญญา” และ “สนธิสัญญา” ต่างก็เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศที่มีผลผูกพันประเทศภาคีเช่นเดียวกัน เพียงแต่พันธกรณีที่ผูกพันภายใต้ “กรอบอนุสัญญา” จะเป็นพันธกรณีที่อ่อนกว่าที่กำหนดไว้ใน “สนธิสัญญา” เนื่องจากจะเป็นเพียงพันธกรณีทั่วไปเท่านั้น

2.2 องค์ประกอบของ “กรอบอนุสัญญา”

เนื่องจาก “กรอบอนุสัญญา” เป็นการกำหนดพันธกรณีทั่ว ๆ ไป ดังนั้น องค์ประกอบของกรอบอนุสัญญาจึงประกอบไปด้วย

1. วัตถุประสงค์และหลักการ (Objective and principles)
2. พันธกรณีทั่วไป (General obligations)
3. องค์การภายใต้กรอบอนุสัญญา (Institutions)
4. มาตรการในการบังคับใช้ (Implementation mechanisms)
5. กระบวนการในการตัดสินใจ (Decision-making procedures)

ทั้งนี้ สามารถพิจารณาแยกพิจารณาแต่ละองค์ประกอบได้ ดังนี้

2.2.1 วัตถุประสงค์และหลักการ

วัตถุประสงค์ของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบและพิธีสารของอนุสัญญานี้ ได้แก่ “การคุ้มครองประชาชน ทั้งในปัจจุบันและอนาคตจากปัญหาสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ (Tobacco consumption) และการได้รับควันจากการเผาไหม้ยาสูบ (Exposure to tobacco smoke)”²¹ ซึ่งจะเห็นได้ว่า วัตถุประสงค์ของ

²⁰ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 36.

²¹ Ibid., Article 3.

“The objective of this Convention and its protocols is to protect present and future generations from the devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke by providing a framework for tobacco control measures to be implemented by the Parties at the national, regional and international levels in order to reduce continually and substantially the prevalence of tobacco use and exposure to tobacco smoke.”

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบสอดคล้องกับหลักการข้อที่ 12 ของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม 1966 ซึ่งรับรองสิทธิของมนุษย์ทุกคนที่จะมีมาตรฐานแห่งสุขภาพทั้งทางกายและใจ (standard of physical and mental health) ที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้²² นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับบทนำของธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกซึ่งบัญญัติว่า “การได้รับมาตรฐานแห่งสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้นั้น คือสิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental rights) ของมนุษย์ทุกคน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาพเศรษฐกิจ และสังคม”²³ อีกด้วย

นอกจากนี้ กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ยังได้กำหนดหลักการทั่วไป (Guiding principles) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามบทบัญญัติของกรอบอนุสัญญานี้ กล่าวคือ การดำเนินการตามกรอบอนุสัญญานี้จะต้องคำนึงถึง

1. สิทธิของบุคคลทุกคนที่จะได้รับการเข้าถึงถึงผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพซึ่งเกิดจากการบริโภคยาสูบและการได้รับควันจากการเผาไหม้ยาสูบ
2. ข้อผูกพันทางการเมืองที่เข้มแข็ง (Strong political commitment)
3. ความร่วมมือระหว่างประเทศ
4. มาตรการที่ครอบคลุมทุก ๆ ส่วนในสังคม²⁴ (Comprehensive multisectoral measures)
5. ความรับผิดชอบ (Liability)
6. ความช่วยเหลือทางเทคนิคและทางการเงิน และ
7. การมีส่วนร่วมของประชาสังคม (Civil society)²⁵

²² International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966, Article 12:1.

“It is the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.”

²³ World Health Organization Constitution, preamble.

“The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition,”

²⁴ เนื่องจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบครอบคลุมหลายมิติ เช่น การใช้มาตรการภาษี การติดป้ายเตือนภัยด้านสุขภาพ การห้ามการโฆษณา หรือการส่งเสริมการปลูกพืชทดแทนยาสูบ เป็นต้น เพราะฉะนั้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและปฏิบัติการเพื่อควบคุมยาสูบจึงต้องเป็นความตระหนักร่วมกันระหว่างทุกฝ่าย [หทัย ชิตานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดการประชุมวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 1, (กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย, 2545), หน้า 121]

2.2.2 พันธกรณีทั่วไป (General obligations)

พันธกรณีทั่วไป²⁶ ของประเทศภาคีที่จะต้องดำเนินการภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ มีดังต่อไปนี้คือ

1. กำหนดมาตรการระดับชาติ (National measures) เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งจะได้ศึกษาโดยละเอียดต่อไป
2. ส่งเสริมการศึกษา ฝึกอบรม และการตื่นตัวของสาธารณชน (Education, training and public awareness)
3. ส่งเสริมความร่วมมือในการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ (Cooperation in scientific research)
4. จัดทำรายงาน (Reporting)²⁷ เกี่ยวกับการบังคับใช้กรอบอนุสัญญานี้
5. สนับสนุนความช่วยเหลือทางการเงิน (Financial assistance)²⁸

2.2.3 องค์การภายใต้กรอบอนุสัญญา

ทั้งนี้ องค์การที่ก่อตั้งขึ้นภายใต้กรอบอนุสัญญานี้ ไม่ว่าจะเป็นที่ประชุมรัฐภาคี (Conference of the Parties) หรือฝ่ายเลขาธิการ (Secretariat) หรือองค์การอื่น ๆ ที่อาจจะจัดตั้งขึ้นในอนาคต จะมีส่วนสำคัญในการแสวงหาความเห็นชอบร่วมกันของสาธารณชน (Public

²⁵ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 4.

²⁶ Ibid., Article 5.

²⁷ ทั้งนี้ เนื่องจากการรายงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลจะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพของอนุสัญญา ในหลาย ๆ ด้าน ที่เห็นได้ชัดเจนที่สุด ก็คือ การประเมินผลงานและเสริมสร้างความโปร่งใสในการเข้ามามีส่วนร่วม กล่าวคือ ถึงแม้ว่ารายงานของบางประเทศอาจจะไม่ตรงไปตรงมาแต่ก็ยังสามารถให้บุคคลที่สามเช่น กลุ่มนักวิชาการระหว่างประเทศหรือกลุ่มผู้สังเกตการณ์ภายนอก เข้ามาทบทวนได้ นอกจากนี้ การรายงานจะก่อให้เกิดระบบการทบทวนและตรวจสอบตนเองของประเทศภาคี อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายและพฤติกรรมของรัฐบาล ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิรูประบบโดยรวม อย่างน้อยที่สุดก็จะก่อให้เกิดการตื่นตัวในการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และทำรายงานโดยหน่วยงานของรัฐ ซึ่งจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามพันธกรณีในอนุสัญญาอย่างต่อเนื่อง และจะช่วยสร้างสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในชั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนาพิธีสารจนถึงการอนุวัติให้เป็นไปตามข้อตกลง [หนัทย ชิตานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย, 2545), หน้า 83]

²⁸ Daniel Bodansky, Technical Briefing Series, The Framework Convention/Protocol Approach, WHO/NCD/TFI/99.1, p. 22.

opinion) รวมถึงการสร้างควมไว้ใจระหว่างผู้มีส่วนร่วมทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นภาคีของกรอบอนุสัญญาหรือไม่²⁹ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนากรอบอนุสัญญาฉบับนี้ในอนาคต

2.2.4 มาตรการในการบังคับใช้

ทั้งนี้ กรอบอนุสัญญาส่วนใหญ่มักจะขาดมาตรการในการบังคับใช้ (Implementation mechanisms) ที่มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นมาตรการเกี่ยวกับการรายงานของประเทศภาคี (National reporting) มาตรการทบทวนในระดับระหว่างประเทศ (International review) รวมทั้งมาตรการในการระงับข้อพิพาท (Settlement of disputes) ที่อาจเกิดขึ้นจากการบังคับใช้กรอบอนุสัญญาดังกล่าว ทั้งนี้ เป็นผลเนื่องมาจากการขาดบทบัญญัติเกี่ยวกับพันธกรณีที่มีผลผูกพันทางกฎหมายที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนาพันธกรณีที่มีผลผูกพันทางกฎหมายและมาตรการในการบังคับใช้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบจึงขึ้นอยู่กับการเจรจาในอนาคต เช่น ในการเจรจาจัดทำพิธีสารของอนุสัญญาฉบับนี้³⁰

2.2.5 กระบวนการในการตัดสินใจ

เนื่องจาก กรอบอนุสัญญาต่าง ๆ รวมทั้งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบไม่ได้ให้อำนาจในการสร้างหลักเกณฑ์ที่มีผลผูกมัดทางกฎหมายแก่องค์กรภายใต้กรอบอนุสัญญานี้ ดังนั้น กระบวนการในการสร้างหลักเกณฑ์ที่มีผลผูกมัดทางกฎหมายจึงต้องกระทำในรูปของการแก้ไขอนุสัญญา (Amendments to this Convention) หรือการเจรจาและรับรองพิธีสารภายใต้กรอบอนุสัญญาดังกล่าว (Negotiation and adoption of protocols) นั่นเอง³¹

2.3 พิธีสาร (Protocols)

ทั้งนี้ หลักการทั่วไป (Guiding principles) และพันธกรณีทั่วไป (General obligations) ของประเทศภาคีที่กำหนดอยู่ในกรอบอนุสัญญาคือสิ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาพันธกรณีเฉพาะโดยประเทศภาคีในรูปแบบของพิธีสาร ซึ่งคณะทำงาน (Working Groups) ของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ได้ระบุ 9 ประเด็นสำคัญ ที่จะมีการพัฒนาเป็นพิธีสารต่อไป ได้แก่

²⁹ Ibid., p. 18.

³⁰ Ibid., p. 27.

³¹ Ibid., p. 29.

1. การทำให้ราคายาสูบคงที่ (Stabilizing Tobacco Prices)
2. การป้องกันการลักลอบนำเข้า (Deterring Smuggling)
3. การยกเลิกการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอดภาษี (“Duty-free” sales of tobacco products)
4. การจำกัดการโฆษณาและการอุปถัมภ์รายการโดยผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Advertising and Sponsorship Restrictions)
5. การจำกัดการโฆษณาและการค้าบนอินเทอร์เน็ต (Restricting Internet Advertising and Trade)
6. การทำให้วิธีการทดสอบผลิตภัณฑ์มีมาตรฐานเดียวกัน (Uniform Product testing Method)
7. ข้อกำหนดเกี่ยวกับการออกแบบหีบห่อและฉลากของผลิตภัณฑ์ (Package Design and Labeling Requirement)
8. ข้อกำหนดเกี่ยวกับการเกษตร (Agricultural Restrictions)
9. การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information Sharing)³²

โดยที่พิธีสารเหล่านี้ อาจพัฒนาไปพร้อม ๆ กับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ หรืออาจแยกเป็นสนธิสัญญาต่างหากในภายหลังก็ได้³³

2.4 ลำดับเหตุการณ์ในการจัดทำกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

ลำดับเหตุการณ์ในการจัดทำกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบเป็นไปตามลำดับดังต่อไปนี้

1. สมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) ได้ออกข้อมติที่ 49.17 (WHA Res. 49.17) ในวันที่ 24 พฤษภาคม 1996 เรียกร้องให้มีการจัดทำกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ อันเป็นการใช้อำนาจตามมาตรา 19 ของธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกเป็นครั้งแรก³⁴ ทั้งนี้ เพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของยาสูบ

³² World Health Organization, Subjects of Possible Protocols and Their Relation to the Framework Convention on Tobacco Control, WHO A/FCTC/WG1/3 (Sept. 3, 1999)

³³ Benjamin C. Adams, “The WHO Framework Convention on Tobacco Control and Trade Related Protocols,” in *Reconciling Environment and Trade*, p 139.

2. ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลก ได้ก่อตั้งโครงการรณรงค์ “สังคมปลอดบุหรี่” (“Tobacco Free Initiative” Campaign) ขึ้นในเดือนกรกฎาคม 1998 เพื่อส่งเสริมการควบคุมการบริโภคยาสูบ

3. ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 52 สมัชชาอนามัยโลกได้มีการออกข้อมติที่ 52.18 (WHA Res. 52.18)³⁵ ในวันที่ 24 พฤษภาคม 1999 เพื่อเรียกร้องให้ประเทศภาคีดำเนินกิจกรรมเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ พร้อมทั้งตั้งคณะทำงานและคณะกรรมการร่วมระหว่างรัฐบาลของประเทศภาคีเพื่อควบคุม/กำกับกระบวนการพัฒนาให้เกิดกรอบอนุสัญญานานาชาติเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลกโดยสอดคล้องกับมาตรา 19 ของธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก พร้อมทั้งยืนยันความช่วยเหลือด้านวิชาการและงบประมาณที่จะสนับสนุนประเทศกำลังพัฒนาในการเข้าร่วมกระบวนการดังกล่าวนี้³⁶

4. ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 53 สมัชชาอนามัยโลกได้ออกข้อมติที่ 53.16 (WHA Res. 53.16) ให้มีการเริ่มเจรจากรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ³⁷

5. ประเทศภาคีจะลงมติรับรองกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบที่เสร็จสมบูรณ์พร้อมให้สัตยาบันในการประชุมของสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 56³⁸ ในเดือนพฤษภาคม 2003 อัน

³⁴ World Health Assembly Resolution WHA 49.17, International framework convention for tobacco control, (Geneva: World Health Organization, May 25, 1996) Available from: <http://tobacco.who.int/en/fctc/WHA49-17.html>; Internet.

“3. REQUEST the Director-General:

(1) to initiate the development of a framework convention in accordance with Article 19 of the WHO Constitution”

³⁵ World Health Assembly Resolution WHA 52.18, Towards a WHO framework convention on tobacco control, (Geneva: World Health Organization, May 2, 1999) Available from: <http://tobacco.who.int/en/fctc/WHA52-18.html>; Internet.

“Recalling and Reaffirming resolution WHA 49.17 requesting the Director-General to initiate development of a WHO framework convention on tobacco control in accordance with Article 19 of the WHO Constitution”

³⁶ หทัย ชิตานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดการประชุมวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 126-127.

³⁷ World Health Assembly Resolution WHA 53.16, Framework convention on tobacco control, (Geneva: World Health Organization, May 20, 1999) Available from: <http://tobacco.who.int/en/fctc/WHA53-16.html>; Internet.

“REQUEST the Director-General:

(1) to convene the first session of the Negotiating Body in October 2000”

เป็นกำหนดเวลาตามที่กำหนดไว้ในข้อมติที่ 52.18 (WHA Res. 52.18) ทั้งนี้ ด้วยคะแนนเสียงสองในสามตามที่ได้กำหนดไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก³⁹

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมภาคีรัฐในระดับระหว่างประเทศโดยคณะกรรมการเจรจาต่อรองระหว่างประเทศ (Intergovernmental Negotiating Body: INB) ซึ่งมีหน้าที่ในการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับเนื้อหาของกรอบอนุสัญญาและพิธีสารที่เกี่ยวข้อง⁴⁰ โดยอยู่บนพื้นฐานของฉันทามติ (Consensus) โดยได้เปิดโอกาสให้ประเทศภาคีทุกประเทศ องค์การเศรษฐกิจในระดับภูมิภาค และผู้สังเกตการณ์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ได้ดำเนินการเจรจาทั้งสิ้น 6 ครั้ง ดังนี้

- | | | |
|----------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1. การเจรจา INB ครั้งที่ 1 | จัดขึ้นเมื่อวันที่ | 16-21 ตุลาคม 2000 |
| 2. การเจรจา INB ครั้งที่ 2 | จัดขึ้นเมื่อวันที่ | 30 เมษายน-5 พฤษภาคม 2001 |
| 3. การเจรจา INB ครั้งที่ 3 | จัดขึ้นเมื่อวันที่ | 22-28 พฤศจิกายน 2001 |
| 4. การเจรจา INB ครั้งที่ 4 | จัดขึ้นเมื่อวันที่ | 18-23 มีนาคม 2002 |
| 5. การเจรจา INB ครั้งที่ 5 | จัดขึ้นเมื่อวันที่ | 14-25 ตุลาคม 2002 |
| 6. การเจรจา INB ครั้งที่ 6 | จัดขึ้นเมื่อวันที่ | 17-28 กุมภาพันธ์ 2003 |

นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดประชุมคณะทำงาน (Working Group: WG) เพื่อพิจารณารายละเอียดของประเด็นต่าง ๆ ที่จะมีความสำคัญต่อการร่างกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ 2 ครั้ง ดังนี้

- | | | |
|----------------------------|--------------------|-------------------|
| 1. การประชุม WG ครั้งที่ 1 | จัดขึ้นเมื่อวันที่ | 25-29 ตุลาคม 1999 |
| 2. การประชุม WG ครั้งที่ 2 | จัดขึ้นเมื่อวันที่ | 27-29 มีนาคม 2000 |

³⁸ World Health Assembly Resolution WHA 52.18, Towards a WHO framework convention on tobacco control, Available from: <http://tobacco.who.int/en/fctc/WHA52-18.html>; Internet.

“Desiring to complete preparation of the draft text of the framework convention for consideration by the Fifty-sixth World Health Assembly”

³⁹ World Health Organization Constitution, Article 69.

“... The organization shall be brought into relation with the United Nations shall be subject to approval by a two-thirds vote of the Health Assembly.”

⁴⁰ หทัย ชิตานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 5.

2.5 การดำเนินการในภายหลังการลงมติรับรองกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

เนื่องจาก กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบที่ผ่านการลงมติสองในสามของประเทศภาคีในการประชุมประจำปีของสมัชชาอนามัยโลกในปี 2003 จะมีผลใช้บังคับสำหรับประเทศภาคีแต่ละประเทศได้ก็ต่อเมื่อกรอบอนุสัญญาดังกล่าวได้ผ่านการยอมรับโดยกระบวนการทางรัฐธรรมนูญของประเทศภาคีนั้นก่อน⁴¹ กล่าวคือ สำหรับประเทศไทย กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบจะต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภา เนื่องจากเป็นสนธิสัญญาที่จะต้องมีการออกพระราชบัญญัติเพื่ออนุวัติการ (Implementation) ให้การเป็นไปตามสัญญาโดยรัฐสภาอีกครั้งหนึ่ง เพราะกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบจะมีผลกระทบต่อพระราชบัญญัติที่ใช้บังคับอยู่ กล่าวคือ จะมีผลเป็นการเปลี่ยนแปลงพระราชบัญญัติที่ใช้บังคับอยู่บางฉบับซึ่งจะต้องตราเป็นพระราชบัญญัติแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือแม้กระทั่งยกเลิกพระราชบัญญัติที่ใช้บังคับอยู่ก่อน เช่น พระราชบัญญัติศุลกากร เป็นต้น

3. มาตรการสำคัญภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

เนื่องจากธนาคารโลก ได้มีการรายงานผลการวิจัยออกมาว่า การดำเนินการควบคุมยาสูบ (Tobacco control)⁴² โดยการลดปริมาณผลผลิตยาสูบ (Supply) เพียงอย่างเดียวไม่ใช่วิธีที่ได้ผลในการลดการบริโภคยาสูบ เพราะฉะนั้นจึงต้องมีการใช้วิธีการต่าง ๆ ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นมาตรการในการลดความต้องการยาสูบ (Demand reduction) หรือมาตรการในการลดปริมาณผลผลิตยาสูบ (Supply reduction) ทั้งมาตรการด้านราคา (Price method) และมาตรการที่ไม่ใช่ราคา

⁴¹ มาตรา 24 : 2 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 บัญญัติว่า

“หนังสือสัญญาใด มีบทเปลี่ยนแปลงอาณาเขตไทย หรือเขตอำนาจแห่งรัฐ หรือจะต้องออกพระราชบัญญัติเพื่อให้การเป็นไปตามสัญญา ต้องได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา”

⁴² “การดำเนินการควบคุมยาสูบ” (Tobacco control) หมายถึงกลยุทธ์ในการลดปริมาณผลผลิตยาสูบ (Supply) ความต้องการยาสูบ (Demand) และการลดอันตราย (Harm reduction) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยการกำจัดหรือลดการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการได้รับควันจากการเผาไหม้ยาสูบ (Exposure to tobacco) [International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 33: 4]

(Non-price method) ซึ่งมาตรการแต่ละอย่างนั้นเมื่อนำไปใช้แล้วจะมีผลช่วยส่งเสริมให้อีก มาตรการหนึ่งใช้ได้ผล โดยสามารถแยกพิจารณาได้ดังนี้ คือ

3.1 มาตรการในการลดความต้องการของการบริโภคยาสูบ (Measures relating to the reduction of demand for tobacco)

มาตรการในการลดความต้องการการบริโภคยาสูบบมีหลายมาตรการด้วยกัน ดังนี้

3.1.1 มาตรการด้านราคาและภาษีเพื่อลดความต้องการยาสูบ (Price and tax measures to reduce the demand for tobacco)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กำหนดมาตรการเกี่ยวกับราคาและภาษีเพื่อลดความต้องการยาสูบไว้ดังนี้ คือ

3.1.1.1 ประเทศภาคีควรจะบังคับใช้นโยบายภาษี (Tax policies) และนโยบายด้านราคา (Price policies) กับผลิตภัณฑ์ยาสูบ⁴³

เนื่องจาก การขึ้นราคาสินค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยการขึ้นภาษีอย่างน้อย 10% จะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการบริโภคยาสูบในกลุ่มประชากรต่าง ๆ และป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา⁴⁴ เนื่องจากภาษียาสูบจะทำให้ผู้บริโภคบางคนเลิกสูบ และหลายคนที่ยังไม่ได้สูบก็จะเลิกล้มความตั้งใจที่จะเริ่ม สำหรับผู้บริโภครุ่นที่เลิกแล้วและ

⁴³ Ibid., Article 6: 2(a).

"2. Without prejudice to the sovereign right of the Parties to determine and establish their taxation policies, each Party should take account of its national health objectives concerning tobacco control and adopt or maintain, as appropriate, measures which may include:

(a) implementing tax policies and, where appropriate, price policies, on tobacco products so as to contribute to the health objectives aimed at reducing tobacco consumption"

⁴⁴ Jha, P., Chaloupka, F. J. (eds.) Tobacco Control in Developing Countries (New York: Oxford University Press, 2000) cited in World Health Organization and World Trade Organization, "WTO Agreements and Public Health: A joint study by the WHO and the WTO Secretariat," p. 72 Available from: http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/who_wto_e.pdf; Internet.

กำลังจะเริ่มกลับไปสู่อีกก็มีจำนวนลดลง และผู้ที่สูบบุหรี่ก็ลดจำนวนที่สูบลงอีกด้วย⁴⁵ ประกอบกับการที่องค์การอนามัยโลกพบว่า โดยเฉลี่ยแล้วการเพิ่มราคาขึ้นอีก 10% ต่อบุหรี่ 1 ซอง จะมีผลช่วยลดการบริโภคลงได้ประมาณ 4% ในประเทศที่ประชากรมีรายได้สูง และประมาณ 8% ในประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลาง ซึ่งการที่มีรายได้ต่ำนั้นจะมีผลทำให้ประชาชนถูกกระตุ้นมากกว่าเมื่อราคามีการเปลี่ยนแปลง⁴⁶ เพราะฉะนั้น ภาษีที่สูงขึ้นจะสามารถช่วยลดความต้องการบริโภคยาสูบในประเทศเหล่านี้ลงอย่างมากภายในเวลาอันสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับเยาวชนซึ่งการขึ้นราคาจะได้ผลมากกว่าผู้ใหญ่ ทำให้การใช้มาตรการขึ้นภาษีนี้ได้ผลเป็นอย่างมากในการปกป้องเยาวชนจากอันตรายที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ⁴⁷

กล่าวคือ นโยบายด้านภาษี⁴⁸ จะมีประโยชน์ 2 ประการ คือ

1. ภาษีจะเพิ่มรายได้ของรัฐบาล โดยจำนวนความต้องการบริโภคที่ลดลงนั้นจะไม่กระทบรายได้ของรัฐบาลในทันที เนื่องจาก ผู้บริโภคที่ติดยาสูบนั้นจะสนองต่อการขึ้นราคาอย่างช้ามากในระยะแรกแต่จะเพิ่มมากขึ้นในระยะยาว และ
2. ภาษีจะลดการบริโภคยาสูบ⁴⁹ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่านโยบายด้านภาษีเป็นกลยุทธ์แบบชนะ-ชนะ (Win-win strategies) ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่ขาดงบประมาณในการควบคุมการบริโภคยาสูบ⁵⁰ ทั้งนี้ วิธีที่ดีที่สุดก็คือ การขึ้นภาษียาสูบในประเทศที่มีอัตราภาษีต่ำและคงอัตราภาษีไว้ใน

⁴⁵ สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่รัฐต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 44.

⁴⁶ การที่ความต้องการสินค้าเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของราคานั้นเรียกว่า Price elasticity of demand ซึ่งยิ่งผู้บริโภคตอบสนองต่อราคามาก Price elasticity ก็ยิ่งมาก (เรื่องเดียวกัน, หน้า 46)

⁴⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 7.

⁴⁸ ภาษียาสูบมีหลายประเภท คือ

1) Specific tobacco taxes คือ ภาษีที่บวกเพิ่มเข้าไปเป็นจำนวนคงที่รวมอยู่ในราคาของยาสูบ เช่น ภาษีสรรพสามิต เป็นต้น

2) Ad valorem taxes คือ ภาษีที่เก็บเป็นจำนวนร้อยละของราคาซื้อ เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่ม (Value Added Taxes: VAT) และภาษีการค้า (เรื่องเดียวกัน, หน้า 43)

⁴⁹ เนื่องจากทฤษฎีเบื้องต้นทางเศรษฐศาสตร์กล่าวว่า เมื่อสินค้ามีการขึ้นราคา ความต้องการสินค้านั้นจะลดลง (เรื่องเดียวกัน, หน้า 44) และการขึ้นราคาอย่างแท้จริงโดยไม่เปลี่ยนแปลงลดน้อยลงในภายหลังนั้นจะมีผลต่อความต้องการบริโภคในระยะยาวมากกว่าในระยะสั้น 2 เท่า (เรื่องเดียวกัน, หน้า 46)

ประเทศที่เก็บภาษีสูงอยู่แล้ว รวมทั้งควรมีการกำหนดอัตราภาษีขั้นต่ำในระดับนานาชาติเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ร่วมกันด้วย โดยอาจอิงกับอัตราภาษีของประเทศที่ใช้แล้วได้ผลในการช่วยให้การบริโภคยาสูบลดลง⁵¹ ประกอบกับ ควรมีการจัดสรรรายได้ของรัฐบาลโดยเฉพาะที่ได้จากภาษียาสูบไปเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ การวิจัย และด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อต่อสู้กับต้นทุนทางสังคมที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน⁵²

3.1.1.2 ประเทศภาคีควรจะห้ามหรือจำกัดการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่นักท่องเที่ยวต่างชาติ และ/หรือการนำเข้าโดยนักท่องเที่ยวต่างชาติซึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ปลอดภาษีและอากร (Tax-and duty-free tobacco products)⁵³

สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอดภาษีนั้นควรจะถูกยกเลิกโดยสิ้นเชิง เนื่องจากการยกเว้นภาษีทำให้ราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบถูกลงและเป็นการส่งเสริมให้มีการบริโภคมามากขึ้น ในขณะที่ถ้ามีการยกเลิกผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอดภาษี จะมีผลทำให้การบริโภคลดลงและช่วยในการต่อต้านการลักลอบนำเข้าได้อีกด้วย โดยการยกเลิกผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอดภาษีทั้งหมดที่เคยให้กับนักเดินทางนั้นสามารถทำได้โดยการแก้ไขสนธิสัญญาที่เกี่ยวข้องด้วยการบริหารจัดการกระบวนการเก็บภาษีศุลกากรให้ง่ายและได้คุณภาพ (ค.ศ. 1973) ภายใต้องค์การศุลกากรสากล โดยการยกเลิกมาตรา 22(9) และมาตรา 39(9) ในภาคผนวก 3F ที่บัญญัติให้นักเดินทางสามารถนำเข้ามาผลิตภัณฑ์ปลอดภาษี ได้แก่ บุหรี่ 200 ตัว ซิการ์ 50 ตัว ยาสูบหนัก 250 กรัม หรือผลิตภัณฑ์ต่างชนิดดังกล่าวในน้ำหนักโดยรวมไม่เกิน 250 กรัม เป็นต้น⁵⁴

⁵⁰ Kristyn Noeth, "Taxation to control tobacco in developing states," in *Reconciling Environment and Trade*, pp. 114-115.

⁵¹ อัตราภาษีจะเป็นเท่าไรนั้นย่อมแตกต่างกันไปแล้วแต่ประเทศ กล่าวคือ ในประเทศที่ประชากรมีรายได้สูง โดยเฉลี่ยอัตราภาษีจะอยู่ในระดับประมาณ 2 ใน 3 หรือมากกว่าของราคาขายปลีกบุหรี่ 1 ของ แต่ในประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง อัตราภาษีจะไม่เกิน 50% ของราคาขายปลีกบุหรี่ 1 ของ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่เราต้องทำและผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 43)

⁵² Kristyn Noeth, "Taxation to control tobacco in developing states," in *Reconciling Environment and Trade*, p. 105.

⁵³ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 6: 2(b).

⁵⁴ หทัย ชิตานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 36.

3.1.2 มาตรการที่ไม่ใช่มาตรการด้านราคาเพื่อลดความต้องการยาสูบ (Non-price measures to reduce the demand for tobacco)

เนื่องจาก การใช้มาตรการที่ไม่ใช่มาตรการด้านราคาคือวิธีการที่ได้ผลและเป็นวิธีการที่สำคัญในการลดการบริโภคยาสูบเช่นเดียวกับมาตรการด้านราคา ดังนั้น กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบจึงกำหนดให้ประเทศภาคีสามารถนำมาใช้มาตรการดังต่อไปนี้เพื่อคุ้มครองการบริโภคยาสูบได้ ซึ่งสามารถพิจารณามาตรการดังกล่าวได้ดังนี้

3.1.2.1 มาตรการป้องกันการได้รับควันจากการเผาไหม้ยาสูบ (Protection from exposure to tobacco smoke)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กำหนดว่าประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อคุ้มครองการได้รับควันจากการเผาไหม้ยาสูบในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ⁵⁵ ทั้งนี้ ก็เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับควันจากการเผาไหม้ยาสูบทางอ้อม (Passive smoking)⁵⁶ โดยผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ทางอ้อมส่วนใหญ่ก็คือผู้หญิงและเด็ก⁵⁷ ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพมากมาย เช่น ทารกที่มีมารดาสูบบุหรี่จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าทารกที่มารดาไม่สูบบุหรี่ (Low birth weight) และ 35% อาจเสียชีวิตตั้งแต่ยังอยู่ในวัยทารก นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคระบบทางเดินหายใจมากกว่า (Respiratory disease) และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลันของทารกโดยไม่ทราบสาเหตุ (Sudden infant death syndrome) มากกว่าอีกด้วย ส่วนผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ต้องได้รับควันบุหรือนั้น แม้ว่าจะเผชิญความเสี่ยงที่น้อยกว่าทารกแต่เป็นความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลาที่จะเสียชีวิตและทุพพลภาพจากการอยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่⁵⁸

⁵⁵ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 8: 2.

⁵⁶ ผู้ได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม หรือผู้สูบบุหรี่มือสอง (Passive smoking) คือผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องสูดเอาควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ ซึ่งอยู่ในบริเวณเดียวกัน โดยการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อมในปริมาณที่มากและนานพอ จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งสูงขึ้น

⁵⁷ จำนวนของเด็กที่ได้รับควันจากการเผาไหม้ยาสูบทางอ้อมในบ้าน (Passive smoking at home) มีจำนวนสูงถึง 40% ของเด็กทั่วโลก (Judith Mackay and Michael Eriksen, *The Tobacco Atlas*, 1st ed., p. 28-29)

⁵⁸ สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่รัฐต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 30.

3.1.2.2 มาตรการเกี่ยวกับสารประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Regulation of the contents of tobacco products)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กำหนดว่าประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อทดสอบและประเมินค่าของสารประกอบและการปล่อยสารประกอบดังกล่าวของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Emission of tobacco products)⁵⁹ ว่าสารประกอบใดบ้างเป็นสารประกอบที่เป็นอันตราย (Toxic ingredients) ต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพิจารณาในการออกมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบต่อไป

3.1.2.3 มาตรการเกี่ยวกับการเปิดเผยสารประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Regulation of tobacco product disclosures)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กำหนดว่าประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการเรียกร้องให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสารประกอบและการแพร่ของสารประกอบดังกล่าวของผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อสาธารณะ (Public disclosure of information) รวมทั้ง องค์ประกอบที่มีพิษ (Toxic constituents) ของผลิตภัณฑ์ยาสูบและการแพร่ขององค์ประกอบที่มีพิษที่อาจเกิดขึ้นได้⁶⁰ ทั้งนี้ ก็เพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคถึงอันตรายของสารประกอบที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

3.1.2.4 มาตรการเกี่ยวกับหีบห่อและฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Packaging and labeling of tobacco products)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กำหนดว่าประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้

- 1) หีบห่อและฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบก่อให้เกิดการเข้าใจผิดไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดนั้น ๆ มีอันตรายน้อยกว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่น ๆ เช่น การใช้ถ้อยคำว่า “มีน้ำมันดินต่ำ” (Low tar) “มีรสอ่อน” (Light) “มีรสอ่อนพิเศษ” (Ultra light) หรือ “มีรสละมุน” (Mild) เป็นต้น

⁵⁹ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 9.

⁶⁰ Ibid., Article 10.

2) ผลิตภัณฑ์ยาสูบจะต้องประกอบด้วยคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health warnings) ซึ่งบรรยายถึงผลร้ายของการใช้ยาสูบ (Harmful effects of tobacco use) รวมถึงข้อความที่เหมาะสม (Appropriate messages)

3) ผลิตภัณฑ์ยาสูบในแต่ละห่อจะต้องประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับสารประกอบและการแพร่สารประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น⁶¹

ทั้งนี้ การที่มาตรการเกี่ยวกับหีบห่อและฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบจะต้องควบคุมทั้งผลิตภัณฑ์ยาสูบขนาดปกติ (Package) และขนาดเล็ก (Packet) ก็เนื่องจากบริษัทบุหรี่ข้ามชาติมักจะทำการตลาดโดยใช้ซองขนาดเล็ก เช่น การกำหนดขนาดครึ่งซอง (Half-packs) เป็นหลักซึ่งเหมาะกับลูกค้าที่เพิ่มเริ่มลองสูบ เช่น กลุ่มวัยรุ่น และสำหรับผู้สูบบุหรี่อยู่แล้วอัตราการสูบกก็เพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่ยังสามารถหาซื้อได้ง่ายโดยไม่ต้องคำนึงถึงราคาต่อมวนแต่อย่างใด ทำให้เหมาะกับผู้สูบบุหรี่ที่ฐานะไม่ดีหรือผู้ที่ไม่ม้งานทำ⁶²

3.1.2.5 มาตรการให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการตื่นตัวของ

สาธารณะ (Education, Communication, training and public awareness)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กำหนดว่าประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมโครงการเกี่ยวกับการศึกษาและการตื่นตัวของสาธารณะ (Educational and public awareness programs) เกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบและการได้รับควันจากการเผาไหม้ยาสูบ เช่น การให้ข้อมูลเพื่อลดความน่าเชื่อถือของโฆษณา รวมถึงการจัดพิมพ์และแจกผลงานวิจัยเรื่องผลร้ายของผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีต่อสุขภาพ ซึ่งมาตรการให้การศึกษานี้จะได้ผลมากที่สุดในประเทศที่ประชาชนไม่ค่อยมีความรู้มาก่อนว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบมีอันตรายต่อสุขภาพอย่างไร นอกจากนี้ ยังรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลของอุตสาหกรรมยาสูบ (Tobacco industry)⁶³ อีกด้วย

⁶¹ Ibid., Article 11.

⁶² หทัย ชิตานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 42.

⁶³ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 12.

3.1.2.6 มาตรการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการอุปถัมภ์รายการโดยผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco advertising, promotion and sponsorship)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กำหนดว่าประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการห้ามอย่างครอบคลุม (Comprehensive ban) หรือมาตรการจำกัด (Restrictions) กับการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการอุปถัมภ์รายการโดยผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึง การห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายและอุปถัมภ์รายการโดยผลิตภัณฑ์ยาสูบข้ามพรมแดน (Cross-border advertising, promotion and sponsorship)⁶⁴ ทั้งนี้ โดยสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญหรือหลักการในรัฐธรรมนูญ⁶⁵

เนื่องจาก การโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการอุปถัมภ์รายการโดยผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นกลยุทธ์สำคัญที่บริษัทยาสูบข้ามชาติใช้ และเป็นวิธีการที่ได้ผลเป็นอย่างมากในการส่งเสริมการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเยาวชน แต่เนื่องจากความกดดันจากสังคมโลก ทำให้บริษัทยาสูบข้ามชาติพยายามลดกระแสต่อต้านดังกล่าว เช่น การที่บริษัท British American Tobacco (BAT), Phillip Morris และ Japan Tobacco สัญญาว่าจะใช้ “มาตรฐานการตลาดระหว่างประเทศ” (International marketing standards) โดยจะให้การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบมีผลต่อผู้บริหารผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เป็นผู้ใหญ่เท่านั้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ที่ประเทศใดจะออกข้อกำหนดที่จะป้องกันเด็กจากการเห็นโฆษณายาสูบ ในขณะที่อนุญาตให้สามารถโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีเป้าหมายที่ผู้บริหารยาสูบที่เป็นผู้ใหญ่ เพราะฉะนั้น ข้อเสนอแนะนี้จึงต้องลุ่มลึกไป⁶⁶

⁶⁴ Ibid., Article 13.

⁶⁵ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 57 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” เพราะฉะนั้น สำหรับประเทศไทยมาตรการห้ามหรือจำกัดการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการอุปถัมภ์รายการโดยผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งเป็นมาตรการเพื่อคุ้มครองบุคคลในฐานะผู้บริโภคจึงสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ

⁶⁶ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก, “การประชุมระดับชาติเรื่อง “กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก” (WHO-Framework Convention on Tobacco Control)” ในวันที่ 18 กรกฎาคม 2545 ณ ห้องคอนเวนชันฮอลล์ โรงแรมรามามาการ์เดินส์ กรุงเทพมหานคร (เอกสารประกอบการประชุม)

นอกจากนี้ เนื่องจากแต่ละประเทศยังไม่สามารถสกัดกั้นการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบในระดับนานาชาติ เช่น ในสิ่งพิมพ์ต่างประเทศ การโฆษณาผ่านการถ่ายทอดสด หรือการอุดหนุนกิจกรรมการแข่งขันกีฬาระดับนานาชาติโดยบริษัทยาสูบข้ามชาติ รวมถึงการโฆษณาในอินเทอร์เน็ต (Internet) เพราะฉะนั้น คณะกรรมการชำนาญพิเศษด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ขององค์การอนามัยโลกจึงได้เรียกร้องไม่ให้มีการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบโดยเด็ดขาด ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 และที่ประชุมสมัชชานานาชาติขององค์การอนามัยโลกสมัยที่ 39 และสมัยที่ 43⁶⁷ ก็ได้เรียกร้องให้ประเทศภาคีร่วมกันขจัดกาโฆษณาทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งการส่งเสริมการขาย และการรับเป็นผู้อุปถัมภ์กิจกรรมต่าง ๆ โดยโฆษณานูหรี⁶⁸

ทั้งนี้ การห้ามโดยสิ้นเชิง (Total ban) จะต้องอยู่ภายใต้หลักการดังต่อไปนี้

1. ยกเลิกการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการอุปถัมภ์รายการโดยผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การโฆษณา ณ จุดขาย⁶⁹ เนื่องจากการห้ามโฆษณาอย่างเดียวยังไม่ได้ผลในการลดการบริโภคยาสูบ
2. ครอบคลุมสื่อมวลชนทุกประเภท เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ โรงภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ
3. ครอบคลุมทั้งการอุปถัมภ์รายการระดับชาติและระดับนานาชาติ
4. ครอบคลุมทุกประเทศทั่วโลก แต่เป็นไปตามขั้นตอนแล้วแต่ความก้าวหน้าในการควบคุมการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการอุปถัมภ์รายการโดยผลิตภัณฑ์ยาสูบในแต่ละประเทศ⁷⁰

⁶⁷ World Health Assembly Resolution WHA 43.16, *Tobacco or health*, (Geneva: World Health Organization, May 17, 1990) Available from: <http://tobacco.who.int/en/fctc/WHA43-16.html>; Internet.

"1. URGES all Member States:

(2) to consider including in their tobacco control strategies plans for legislation or other effective measures at the appropriate government level providing for:

(c) progressive restrictions and concerted action to eliminate eventually all direct and indirect advertising, promotion and sponsorship concerning tobacco;"

⁶⁸ หทัย ชิตานนท์. *กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ*, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 38-39.

⁶⁹ การโฆษณา ณ จุดขาย ได้แก่ สื่อต่าง ๆ ที่อยู่ ณ จุดขาย เช่น ป้าย ธงราว สติกเกอร์ ตู้ หรือชั้นวางสินค้าที่ผลิตขึ้นมาเฉพาะสินค้านั้น ๆ [(สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, "กลยุทธ์ของบริษัทนูหรีในการหลบเลี่ยงกฎหมายห้ามโฆษณานูหรีในประเทศไทย" (เอกสารไม่ตีพิมพ์)]

⁷⁰ หทัย ชิตานนท์. *กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ*, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 40.

3.1.3 มาตรการเพื่อลดความต้องการของผู้ติดยาสูบและการเลิกใช้ยาสูบ (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กล่าวถึง มาตรการเพื่อลดความต้องการของผู้ติดยาสูบ⁷¹ และการเลิกใช้ยาสูบไว้ดังนี้ คือ ประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมการเลิกใช้ยาสูบและเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดยาสูบ รวมทั้งการร่วมมือกับประเทศภาคีอื่น ๆ ในการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาที่มีอยู่ที่ใช้ในการตรวจโรคและรักษาผู้ติดยาสูบ⁷²

ทั้งนี้ เนื่องจากจำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้นนับเป็นจำนวนที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ทั้งหมด ในบรรดาผู้ที่พยายามจะเลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวเองโดยไม่ได้เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ ประมาณ 98% หันกลับไปเริ่มสูบบุหรี่ใหม่ภายในเวลา 1 ปี ส่วนในประเทศที่ประชากรมีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางนั้นแทบไม่มีใครเลิกสูบบุหรี่ได้⁷³ ดังนั้น สิ่งที่ประเทศภาคีควรทำก็คือการช่วยให้ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถเลิกได้ง่ายขึ้นด้วยการให้ใช้สิ่งทดแทนนิโคติน (Nicotine Replacement Therapy: NRT) ซึ่งมีประสิทธิภาพมากในการช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ผลและช่วยลดอาการอยากบุหรี่ด้วย แต่ปรากฏว่าในหลายประเทศ NRT เป็นสิ่งที่หาได้ยาก เพราะฉะนั้น ถ้าจัดให้ NRT เป็นสิ่งที่หาได้ง่ายขึ้นก็จะช่วยลดความต้องการบริโภคบุหรี่ลงได้เป็นอย่างมาก⁷⁴ ประกอบกับควรให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสได้รับการบำบัดรักษาอื่น ๆ ที่จะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จโดยสะดวกขึ้น⁷⁵

⁷¹ ยาสูบมีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งวงการแพทย์ระหว่างชาติถือว่าเป็นสารเสพติด มีการขึ้นทะเบียนไว้อย่างเป็นทางการแล้วว่าการติดยาสูบเป็นโรคชนิดหนึ่ง โดยบุหรี่นั้นไม่เหมือนยาเส้นที่ใช้เคี้ยวตรงๆ ทำให้นิโคตินเข้าถึงสมองได้เร็วมากภายในเวลาไม่กี่วินาทีที่สูดเข้าไป และแต่ละครั้งที่สูบบุหรี่ก็คือการเพิ่มปริมาณนิโคตินในร่างกาย (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่เราต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 23)

⁷² International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 14.

⁷³ สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่เราต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 3.

⁷⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 8.

⁷⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 12.

ทั้งนี้ ผลรวมของการใช้มาตรการต่าง ๆ เหล่านี้จะมีมากหรือน้อยเพียงใดไม่สามารถคำนวณได้ ทั้งนี้เพราะมีการใช้มาตรการเหล่านี้แบบคละรวมกันไปกับผู้บริโภคนส่วนใหญ่ โดยไม่มีการใช้มาตรการใดมาตรการหนึ่งเดี่ยว ๆ แต่มีหลักฐานว่ามาตรการแต่ละอย่างนั้นเมื่อนำไปใช้แล้ว จะมีผลช่วยส่งเสริมให้อีกมาตรการหนึ่งใช้ได้ผล เพราะฉะนั้น การใช้มาตรการเป็นชุดจึงมีความสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ⁷⁶

3.2 มาตรการในการลดปริมาณผลผลิตยาสูบ (Measures relating to the reduction of the supply of tobacco)

มาตรการในการลดปริมาณผลผลิตยาสูบมีหลายมาตรการด้วยกัน ดังนี้

3.2.1 มาตรการเพื่อกำจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผิดกฎหมาย (Illicit trade in tobacco products)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กล่าวถึงมาตรการเพื่อกำจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผิดกฎหมาย⁷⁷ ไว้ดังนี้ คือ

1. ประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการอื่นที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้มั่นใจว่า แต่ละห่อของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ทั้งขนาดเล็กและขนาดปกติ) และภายนอกของหีบห่อเหล่านั้น จะมีการทำเครื่องหมายเพื่อแสดงแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (The origin of tobacco products) เพื่อการตรวจตราและควบคุมการเคลื่อนย้ายของผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น

2. เพื่อกำจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผิดกฎหมาย ประเทศภาคีควรจะ

⁷⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 9.

⁷⁷ “การค้าโดยผิดกฎหมาย” (Illicit trade) หมายถึง การปฏิบัติในรูปแบบใด ๆ ที่ต้องห้ามตามกฎหมาย ซึ่งเกี่ยวกับการผลิต การขนส่ง การรับ การครอบครอง การจัดการ การจัดจำหน่าย การขาย หรือการซื้อ รวมถึงการปฏิบัติในรูปแบบใด ๆ ที่มีความตั้งใจเพื่ออำนวยความสะดวกในกิจกรรมดังกล่าว [International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 1(a)]

2.1 ตรวจสอบและเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบข้ามแดน (Cross-border trade) รวมถึง การค้าโดยผิดกฎหมาย (Illicit trade) และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับภาษีศุลกากร ภาษี และข้อมูลอื่น ๆ

2.2 การกำหนดโทษและค่าเสียหาย (Penalties and remedies) ที่เหมาะสม สำหรับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผิดกฎหมาย รวมถึงบุหรี่ปลอมและบุหรี่เถื่อน (Counterfeit and contraband cigarettes)

2.3 ทำลายอุปกรณ์ในการผลิตบุหรี่ปลอมและบุหรี่เถื่อน และผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ที่ยึดได้

2.4 ตรวจสอบและควบคุมการเก็บรักษา (Storage) และการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เกิดขึ้นภายใต้การระงับภาษีหรืออากรชั่วคราว (Suspension of taxes or duties)

2.5 ออกมาตรการที่เหมาะสมเพื่อรับรายได้ที่เกิดขึ้นจากการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผิดกฎหมาย

3. ประเทศภาคีควรจะส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ รวมถึงองค์การระหว่างประเทศ

4. ประเทศภาคีแต่ละประเทศควรจะใช้มาตรการอื่น ๆ รวมทั้ง การออกใบอนุญาต (Licensing) เพื่อควบคุมการผลิตและการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อป้องกันการค้าโดยผิดกฎหมาย⁷⁸

เนื่องจาก การที่ราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบมีความแตกต่างกันมากระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน ใกล้เคียงจะทำให้เกิดการลักลอบขนส่งสินค้าข้ามแดน เพราะฉะนั้น ปัญหาการลักลอบนำเข้าจึงเป็นปัญหาที่ถูกนำมาได้แย้งกับนโยบายการขึ้นภาษีของรัฐว่าการขึ้นภาษีอาจทำให้เกิดการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้น และทำให้การลดปัญหาด้านสุขภาพอนามัยไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากผลิตภัณฑ์เถื่อนจะมีราคาถูกกว่าท้องตลาด ทำให้การบริโภคยังคงอยู่ในอัตราที่สูงในขณะที่รายได้ของรัฐจะลดลง และกลุ่มเสี่ยง เช่น วันรุ่น อาจซื้อหาได้ง่าย แต่แท้จริงแล้ว การควบคุมการลักลอบนำเข้าอย่างเข้มงวดยังช่วยเพิ่มรายได้ของรัฐจากการเก็บภาษีได้มากขึ้นด้วย ⁷⁹

⁷⁸ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 15.

⁷⁹ สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่ต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 9.

นอกจากนี้ ผลิตภัณฑ์ที่ลักลอบนำเข้ายังไม่มีการระบุถึงพิษภัยของบุหรี่บนหีบห่อหรือฉลากของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวด้วย

3.2.2 มาตรการเกี่ยวกับการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนและการขายโดยเยาวชน (Sales to and by minors)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กล่าวถึงมาตรการเกี่ยวกับการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนและการขายโดยเยาวชนไว้ดังนี้ คือ

1. ประเทศภาคีแต่ละประเทศควรจะใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อห้ามการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่บุคคลที่อายุต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดหรือ 18 ปี โดยมาตรการเหล่านั้นอาจรวมถึง
 - 1.1 การกำหนดให้ผู้ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดต้องแสดงสัญลักษณ์ที่ชัดเจน ณ จุดขาย (Point of sale) เกี่ยวกับการห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชน และกรณีที่มีข้อสงสัยก็ต้องเรียกร้องให้ผู้ซื้อต้องแสดงหลักฐานว่ามีอายุถึงเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด
 - 1.2 ห้ามการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปแบบใด ๆ ที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้โดยตรง เช่น ชั้นวางขายในร้านค้า (Store shelves) และ
 - 1.3 ห้ามการผลิตและขายขนมหวาน ของขบเคี้ยว ของเล่น หรือวัตถุอื่น ๆ ในรูปแบบของผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ดึงดูดความสนใจของเยาวชน
 - 1.4 การทำให้มั่นใจว่าเครื่องขายผลิตภัณฑ์ยาสูบอัตโนมัติ (Vending machines) จะไม่เป็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อเยาวชน
 - 1.5 ห้ามการแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบฟรีต่อสาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเยาวชน
 - 1.6 ห้ามการขายบุหรี่แยกทีละมวนหรือในหีบห่อขนาดเล็ก (Individually or in small packets) ซึ่งจะเพิ่มความสามารถของผลิตภัณฑ์นั้นในการเข้าถึงเยาวชน
2. ประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการลงโทษ (Penalties) แก่ผู้ขายและผู้จัดจำหน่ายเพื่อให้มีการปฏิบัติตามพันธกรณี
3. ประเทศภาคีควรจะใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการขายผลิตภัณฑ์

ยาสูบโดยบุคคลที่มีอายุน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดหรือ 18 ปี⁸⁰

ทั้งนี้ เนื่องจากโดยทั่วไปสังคมตระหนักว่าเยาวชนมักตัดสินใจได้ไม่ดี ฉะนั้น จึงจำกัดสิทธิที่จะให้เยาวชนตัดสินใจเองในหลายเรื่อง เช่น ไม่ให้สิทธิลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง การกำหนดให้ต้องเข้าเรียนในการศึกษาภาคบังคับจนกระทั่งอายุถึงกำหนด หรือไม่ให้สิทธิในการแต่งงานจนกว่าจะมีอายุถึงเกณฑ์หนึ่ง เพราะฉะนั้น จึงจำเป็นที่สังคมควรจะจำกัดสิทธิของเยาวชนเหล่านี้ในการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การสูญเสียชีวิตยิ่งเสียกว่าพฤติกรรมเสี่ยงอย่างอื่น ๆ ที่เยาวชนมักจะปฏิบัติ เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เสพยาติ⁸¹

อย่างไรก็ดี ในทางทฤษฎี การจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนมีผลให้ราคามูลค่าสูงขึ้นในกรณีที่เยาวชนเป็นผู้ซื้อ แต่ในทางปฏิบัติ ไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าวิธีนี้ใช้ได้ผลสำหรับประเทศที่ประชากรมีรายได้สูง ส่วนในประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางซึ่งความสามารถในการบริหารและบังคับใช้วิธีนี้มีน้อยก็ยิ่งยากที่จะใช้ได้ผล ฉะนั้น เพื่อที่จะเบนความสนใจของเยาวชนจากบุหรี่ มาตรการที่ตรงลงมากที่สุดคือการขึ้นภาษีบุหรี่⁸²

3.2.3 มาตรการเกี่ยวกับการสนับสนุนโดยรัฐบาลสำหรับกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Provision of government support for economically viable alternative activities)

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการสนับสนุนโดยรัฐบาลสำหรับกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจไว้ดังนี้ คือ ประเทศภาคีแต่ละประเทศ ภายใต้ความร่วมมือกับประเทศภาคีอื่น ๆ และองค์การระหว่างประเทศควรจะส่งเสริมทางเลือกอื่น ๆ ที่ส่งเสริมความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สำหรับคนงาน ผู้ปลูก และผู้ขายปลีกยาสูบ (Individual sellers)⁸³

⁸⁰ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 16.

⁸¹ สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่ต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 39.

⁸² เรื่องเดียวกัน, หน้า 40.

⁸³ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 17.

ทั้งนี้ เนื่องจากมาตรการห้ามปลูกยาสูบโดยสิ้นเชิงนั้นเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ปกติจึงมักจะมีการเสนอให้มีการปลูกพืชอย่างอื่นทดแทนการปลูกยาสูบเพื่อลดปริมาณผลผลิตยาสูบ แต่ก็ยังไม่ค่อยได้ผล เนื่องจากผู้ปลูกยาสูบเห็นว่าการปลูกยาสูบให้ผลตอบแทนมากกว่าพืชอื่น ดังนั้นเมื่อการปลูกพืชอื่นทดแทนไม่ใช่วิธีการการบริโภคที่ได้ผล จึงอาจจะดีกว่าถ้าจัดให้มีการช่วยเหลือผู้ปลูกยาสูบที่มีรายได้น้อยที่สุดในการเปลี่ยนอาชีพจากการเพาะปลูก⁸⁴ เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development)⁸⁵

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกรอบอนุสัญญาฯ นี้กับความตกลงอื่น ๆ (Relationship between this Convention and other agreements and legal instruments)

กรอบอนุสัญญาฯ ว่าด้วยการควบคุมยาสูบกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างกรอบอนุสัญญาฯ นี้กับความตกลงอื่น ๆ ไว้ดังนี้ คือ

1. เพื่อการคุ้มครองสุขภาพของมนุษย์ที่ดีกว่า ประเทศภาคีสามารถบังคับใช้มาตรการที่เหนือกว่าที่กำหนดในกรอบอนุสัญญาฯ และพิธีสารของกรอบอนุสัญญาฯ นี้ได้ นอกจากนี้ กรอบอนุสัญญาฯ และพิธีสาร ยังอนุญาตให้ประเทศภาคีใช้มาตรการที่เข้มงวดมากกว่าที่สอดคล้องกับบทกฎหมายภายในของประเทศตนและกฎหมายระหว่างประเทศได้

2. บทบัญญัติในกรอบอนุสัญญาฯ และพิธีสารของกรอบอนุสัญญาฯ นี้ ไม่กระทบสิทธิของประเทศภาคีในการเข้าร่วมในความตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี รวมทั้งข้อตกลงในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค ในประเด็นที่สอดคล้องหรือเพิ่มเติมพันธกรณีภายใต้กรอบอนุสัญญาฯ และพิธีสารของกรอบอนุสัญญาฯ นี้⁸⁶

ทั้งนี้ การที่กรอบอนุสัญญาฯ ว่าด้วยการควบคุมยาสูบอนุญาตให้ประเทศภาคีสามารถบังคับใช้มาตรการที่เหนือกว่าที่กำหนดไว้ในกรอบอนุสัญญาฯ และพิธีสารของกรอบอนุสัญญาฯ ได้นั้น ย่อมแสดงให้เห็นว่ากรอบอนุสัญญาฯ ว่าด้วยการควบคุมยาสูบเป็นเพียงมาตรฐานขั้นต่ำเท่านั้น

⁸⁴ สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่รัฐต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 9.

⁸⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 10.

⁸⁶ International Negotiation Body on the Framework Convention on Tobacco Control, Sixth session, Draft WHO Framework Convention on Tobacco Control, A/FCTC/INB6/5, Article 2.

นอกจากนี้ การที่กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบกำหนดให้อนุสัญญาอื่น ๆ ที่ประเทศภาคีเข้าร่วมจะต้องสอดคล้องกับพันธกรณีภายใต้กรอบอนุสัญญาและพิธีสารของกรอบอนุสัญญา นี้ ก็เพื่อป้องกันประเทศภาคีจากการใช้กฎเกณฑ์ทางการค้าที่ขัดกับหลักการและเป้าหมายของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ อันจะนำไปสู่การทบทวนความตกลงระหว่างประเทศที่มีอยู่ก่อน (Pre-existing agreements) ซึ่งกระทบต่อการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเพื่อใช้ความพยายามและขั้นตอนที่เหมาะสมในการทำให้มั่นใจว่าความตกลงเหล่านั้นสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาฉบับนี้

4. บทบาทขององค์กรต่าง ๆ ต่อกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

เนื่องจาก การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุก ๆ ฝ่ายจะช่วยทำให้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้รับการรับรองอย่างกว้างขวาง ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างประสิทธิภาพของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้อีกทางหนึ่ง⁸⁷ โดยสามารถแยกพิจารณาบทบาทขององค์กรต่าง ๆ ต่อกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบได้ ดังนี้

4.1 บทบาทขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คือ หนึ่งในทบวงการชำนัญพิเศษ (Special agencies) ขององค์การสหประชาชาติ (UN) ซึ่งมีความรับผิดชอบระหว่างประเทศอย่างกว้างขวางทางด้านอนามัย ดังที่ได้ระบุไว้ในตราสารก่อตั้งขององค์การ⁸⁸ กล่าวคืออำนาจและหน้าที่ขององค์การอนามัยโลกถูกระบุอยู่ในกฎบัตรสหประชาชาติและธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก⁸⁹ โดยธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกได้ให้อำนาจสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) ในการสร้างกฎหมายระหว่างประเทศได้ 3 ลักษณะ คือ

⁸⁷ หนี้ย ชิดานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 85.

⁸⁸ United Nations Charter, Article 57: 1.

"The various specialized agencies, established by intergovernmental agreement and having wide international responsibilities, as defined in their basic instruments, in economic, social, cultural, educational, health and related fields..."

⁸⁹ World Health Organization Constitution, Article 2(a).

"In order to achieve its objective, the functions of the Organization shall be:
(a) to act as the directing and co-ordinating authority on international health work;"

1. อนุสัญญา (Conventions) ภายใต้ข้อ 19⁹⁰ ของธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้อำนาจสมัชชาอนามัยโลก (WHA) ในการออกอนุสัญญาในเรื่องต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้อำนาจขององค์การอนามัยโลก ซึ่งก็คือปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน

2. ข้อกำหนด (Binding regulations) ภายใต้ข้อ 21⁹¹ ของธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ซึ่งอนุญาตให้สมัชชาอนามัยโลก (WHA) สามารถพัฒนาข้อกำหนดได้ในหลาย ๆ เรื่อง แต่ที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคนยาสูบได้แก่

“(4) มาตรฐานความปลอดภัย ความบริสุทธิ์ และสมรรถภาพ ด้านชีววิทยา เกสัชกรรม และผลิตภัณฑ์ที่เหมือนกันในการค้าระหว่างประเทศ และ

(5) ข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาและฉลากของผลิตภัณฑ์เหล่านั้น”

3. ข้อเสนอแนะที่ไม่มีผลผูกมัดทางกฎหมาย (Non-binding recommendations) ภายใต้ข้อ 23⁹² ของธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก

⁹⁰ World Health Organization Constitution, Article 19.

“The Health Assembly shall have authority to adopt conventions or agreements with respect to any matter within the competence of the Organization. A two-thirds vote of the Health Assembly shall be required for the adoption of such conventions or agreements, which shall come into force for each Member when accepted by it in accordance with its constitutional processes”

⁹¹ Ibid., Article 21.

“The Health Assembly shall have authority to adopt regulations concerning:

- (a) sanitary and quarantine requirements and other procedures designed to prevent the international spread of disease;
- (b) nomenclatures with respect to diseases, causes of death and public health practices;
- (c) standards with respect to diagnostic procedures for international use;
- (d) standards with respect to the safety, purity and potency of biological, pharmaceutical and similar products moving in international commerce;
- (e) advertising and labelling of biological, pharmaceutical and similar products moving in international commerce.”

⁹² Ibid., Article 23.

“The Health Assembly shall have authority to make recommendations to Members with respect to any matter within the competence of the Organization.”

ในอดีต องค์การอนามัยโลกไม่ได้ดำเนินการในการออกกฎหมายระหว่างประเทศเพื่อ บรรลุอำนาจหน้าที่ของตน ทั้ง ๆ ที่องค์การอนามัยโลกมีความชำนาญและมีอิสระในการจัดการกับ ความขัดแย้งทางการเมืองในเรื่องการผลิตและการค้ายาสูบ⁹³ แต่เนื่องจากการแพร่กระจายไปทั่วโลกของการบริโภคยาสูบ ทำให้องค์การอนามัยโลกตระหนักว่าจำเป็นต้องมีการกำหนดกฎหรือ ข้อกำหนด เพื่อจัดการกับข้อจำกัดด้านอาณาเขตของรัฐ (National boundaries) วัฒนธรรมและ เศรษฐกิจ⁹⁴ โดยเป็นกฎเกณฑ์ในระดับโลกเพื่อจัดการกับการตลาด การผลิต และการจัดจำหน่าย ผลิตภัณฑ์ของบริษัทยาสูบข้ามชาติ ซึ่งก็คือ กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ นั่นเอง

ทั้งนี้ กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบจะกำหนดมาตรการภายใน (Domestic measures) ที่รัฐสามารถบังคับใช้โดยตรงในการกำจัดการบริโภคยาสูบ⁹⁵ ซึ่งบทบาทขององค์การ อนามัยโลกก็คือ การให้ความช่วยเหลือประเทศภาคีในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาครัฐและ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ ในการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุม ยาสูบ เช่น การให้เงินช่วยเหลือ การฝึกอบรม การให้คำปรึกษาระหว่างดำเนินโครงการต่าง ๆ⁹⁶ เป็นต้น นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังสามารถสนับสนุนการควบคุมยาสูบ โดยการออก ข้อกำหนดที่มีผลผูกมัดทางกฎหมาย (Binding regulations) ภายใต้ข้อ 21 ของธรรมนูญของ องค์การอนามัยโลก โดยใช้ข้อความเช่นเดียวกับข้อความในบทบัญญัติของพิธีสารของอนุสัญญา ได้อีกด้วย⁹⁷

อย่างไรก็ดี นอกจากองค์การอนามัยโลกแล้ว องค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ⁹⁸ ตลอดจน หน่วยงานต่าง ๆ ขององค์การสหประชาชาติก็ควรจะพิจารณาทบทวนโครงการและนโยบายของ

⁹³ Kristyn Noeth, "Taxation to control tobacco in developing states," in *Reconciling Environment and Trade*, p. 109.

⁹⁴ Benjamin C. Adams, "The WHO Framework Convention on Tobacco Control and Trade Related Protocols," in *Reconciling Environment and Trade*, p 136.

⁹⁵ Kristyn Noeth, "Taxation to control tobacco in developing states," in *Reconciling Environment and Trade*, p. 110.

⁹⁶ นพ. ชิตานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 102.

⁹⁷ Benjamin C. Adams, "The WHO Framework Convention on Tobacco Control and Trade Related Protocols," in *Reconciling Environment and Trade*, p 152.

⁹⁸ เช่น ในปี 1991 ธนาคารโลก (World Bank) ได้กำหนดนโยบายห้ามมิให้มีการให้สินเชื่อกิจการที่ เกี่ยวกับยาสูบ และธนาคารโลกจะส่งเสริมการกระทำใด ๆ ก็ตามที่มุ่งจะควบคุมยาสูบ (สถาบันควบคุมการ

ตนว่าได้ให้ความสำคัญแก่เรื่องการควบคุมยาสูบอย่างเพียงพอหรือไม่ เช่น การให้เงินสนับสนุน การวิจัย การประเมินการดำเนินมาตรการควบคุมยาสูบในระดับท้องถิ่นและระดับระหว่างประเทศ รวมทั้งการประสานงานกับองค์การอนามัยโลกในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ เป็นต้น

4.2 บทบาทขององค์การภาครัฐ

หน้าที่ขององค์การภาครัฐที่สำคัญ ก็คือ การให้ความรู้และส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องอันตรายจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อสร้างความรับรู้ของสาธารณชนเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม และความจำเป็นที่จะต้องลดการบริโภคยาสูบที่เป็นรูปธรรมในระดับสากล กล่าวคือ วัตถุประสงค์แรกของการที่รัฐเข้าควบคุมการบริโภคยาสูบก็เพื่อหันเหความสนใจของเด็กและเยาวชนจากการสูบบุหรี่ เพื่อปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ และเพื่อให้ผู้เจริญวัยแล้วทุกคนมีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่เพื่อที่จะได้ตัดสินใจได้ถูกต้องว่าจะสูบบุหรี่หรือไม่⁹⁹

นอกจากนี้ องค์การภาครัฐยังมีบทบาทในการดำเนินการและตรวจสอบการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบและพิธีสารที่จะออกในภายหลังให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นองค์การภาครัฐที่ก่อตั้งขึ้นใหม่เพื่อดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบอย่างเป็นทางการหรือการขยายขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กรที่มีอยู่แล้วเพื่อให้ครอบคลุมถึงเรื่องการควบคุมยาสูบก็ตาม กล่าวคือ ยิ่งองค์กรเหล่านี้มีอิสระปราศจากแรงกดดันจากกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง เช่น บริษัทยาสูบข้ามชาติมากเท่าไร ก็จะมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้การดำเนินการตามกรอบนโยบายเพื่อควบคุมยาสูบประสบผลสำเร็จ¹⁰⁰

บริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่รัฐต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 11)

⁹⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 6.

¹⁰⁰ หทัย ชิตานนท์. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า

4.3 บทบาทขององค์กรเอกชน

บทบาทขององค์กรเอกชน (Non-Governmental Organizations: NGOs) ก็คือ การจัดตั้ง แนวร่วมและเครือข่ายการสื่อสาร กำหนดความคาดหวังต่าง ๆ และมาตรฐานขั้นต่ำที่พึงมี โดยใช้ ความชำนาญพิเศษทางวิชาการในเรื่องต่าง ๆ ควบคุมกำกับและเปิดเผยการล่องละเมิดของ ภาคอุตสาหกรรม และในบางกรณีก็สร้างแรงกดดันทางเศรษฐกิจโดยตรงต่อภาคอุตสาหกรรม รวมถึงการเสริมสร้างความโปร่งใสในการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐด้วย¹⁰¹ ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์การอนามัยโลกและองค์กรเอกชนนั้นได้มีข้อตกลงทั่วไปว่าจะเป็นการ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันเป็นหลัก¹⁰²

เนื่องจาก อำนาจและอิทธิพลของบริษัทยาสูบข้ามชาติในการตัดสินใจทางการเมืองและ เศรษฐกิจกำลังเพิ่มขึ้น และคุกคามที่จะอยู่เหนือการควบคุมของประเทศโดยเอกเทศ หรือการ ควบคุมขององค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การสหประชาชาติ ดังนั้น องค์กรเอกชนจึงมีบทบาท สำคัญในการที่จะเข้าเป็นเครือข่ายร่วมกับประเทศต่าง ๆ และพหุภาคีทั้งหลาย ในการที่จะต่อกร กับการล่องละเมิดของบริษัทยาสูบข้ามชาติเหล่านั้น เนื่องจาก องค์กรเอกชนเป็นหน่วยงานที่มี อิสระและไม่ถูกกดดันทางการเมืองเหมือนกับรัฐบาลของประเทศต่าง ๆ และองค์การระหว่าง ประเทศ ทำให้องค์กรเอกชนสามารถขยายขอบเขตเข้าไปในเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ในทางการเมือง

5. ท่าทีของประเทศไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ เนื่องจากกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบเป็นเพียงการกำหนดพันธกรณี กว้าง ๆ ผลกระทบของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบต่อประเทศไทยหลังจากที่ อนุสัญญานี้มีผลใช้บังคับก็จะเป็นเพียงการเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงกฎหมายให้มากขึ้น กล่าวคือ จะเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 นั้นเอง

ดังนั้น ประเทศไทยจึงสามารถลงนามและให้สัตยาบันกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุม ยาสูบได้ เพราะกฎหมายภายในของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบทั้ง 2 ฉบับ มี

¹⁰¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 84.

¹⁰² เรื่องเดียวกัน, หน้า 50.

บทบัญญัติในหลาย ๆ เรื่องที่เข้มงวดมากกว่ากรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ¹⁰³ ทำให้การลงนามและให้สัตยาบันในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบไม่มีผลให้ประเทศไทยต้องเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขกฎหมายภายในมากนัก¹⁰⁴

ดังนั้น ในการศึกษาว่ามาตรการทางการค้าฝ่ายเดียวที่รัฐใช้เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบในแต่ละมาตรการเป็นมาตรการที่ชอบธรรมที่รัฐจะใช้เพื่อปกป้องชีวิตและสุขภาพของมนุษย์หรือไม่ จึงต้องนำมาตรการทางการค้าฝ่ายเดียวที่รัฐใช้เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบในแต่ละมาตรการมาเปรียบเทียบกับหลักทั่วไปและข้อยกเว้นของความตกลงขององค์การการค้าโลกว่ามีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับความตกลงขององค์การการค้าโลกหรือไม่ อย่างไร ดังที่จะได้กล่าวต่อไป



ศูนย์วิจัยทรัพยากร

¹⁰³ เนื่องจาก การดำเนินการด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของไทยได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้นำในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และติดอันดับ 1 ใน 5 ของโลก ในด้านการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเข้มแข็ง [กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก, “การประชุมระดับชาติเรื่อง “กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก” (WHO-Framework Convention on Tobacco Control)” ในวันที่ 18 กรกฎาคม 2545 ณ ห้องคอนเวนชันฮอลล์ โรงแรมรามารการ์เด็นส์ กรุงเทพมหานคร (เอกสารประกอบการประชุม)]

¹⁰⁴ สัมภาษณ์ แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, หัวหน้ากลุ่มงานมาตรฐานคลินิกบริการ สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 5 มีนาคม 2546.