

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ: นโยบายและมาตรการ การควบคุมเพื่อสุขภาพ



นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ฉัตรสมน พฤตมิภิญโญ

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ: นโยบายและมาตรการการควบคุมเพื่อสุขภาพ

(Tobacco Products : Policy and Control Measures for Health)

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และ นัตรสมน พฤตภิญโญ

หนังสือเล่มนี้ประกอบด้วยสาระสำคัญ:

- 1 พืชไร่ยาสูบ นักต่อสู้เพื่อการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 2 อิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบต่อนโยบายของรัฐ
- 3 นโยบายและมาตรการภาษีและการคลัง
- 4 นโยบายและมาตรการการควบคุมการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 5 นโยบายและมาตรการภาพคำเตือนผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 6 นโยบายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่
- 7 นโยบายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบทางเลือก
- 8 บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์
- 9 นโยบายการบำบัดรักษา
- 10 นโยบายส่งเสริมและป้องกันการบริโภคยาสูบ
- 11 ธุรกิจยาสูบกับการใช้เครื่องมือดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคม
- 12 การแทรกแซงและการป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบ
- 13 การค้าเสรีและการพิพาทคดียาสูบ
- 14 การปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบโลก
- 15 บทส่งท้าย



ISBN 978-616-440-188-4

**ผลิตภัณฑ์ยาสูบ : นโยบายและมาตรการการควบคุม
เพื่อสุขภาพ (Tobacco Products : Policy and Control
Measures for Health)**

เรียบเรียงโดย

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และ ฉัตรสุมน พฤตมิญญ์

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ: นโยบายและมาตรการการควบคุมเพื่อสุขภาพ.

-- กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์, 2560.

519 หน้า.

1. ยาสูบ. 2. การสูบบุหรี่. I. ฉัตรสุนน พฤตมิถุนโณ, ผู้แต่งร่วม.

I. ชื่อเรื่อง.

363.45

ISBN 978-616-440-188-4

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2560

จำนวน 300 เล่ม

จัดพิมพ์โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และ ฉัตรสุนน พฤตมิถุนโณ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 02 644 8833

พิมพ์ที่ เจริญดีมั่นคงการพิมพ์

42 เพชรเกษม 48

แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160

โทรศัพท์ 02 457 2593 โทรสาร 02 457 2593

e-mail: rtp_45@hotmail.com

For every great fortune,
there is a crime behind.

Cicero

เบื้องหลังทรัพย์สมบัติมหาศาล
มีอาชญากรรมอำพราง
ซีเซโร

สารบัญ

บทที่		หน้าที่
	เกริ่นนำ: พิษร้ายของยาสูบ	1
	1. ความเป็นมาของยาสูบ	1
	2. ประเภทและองค์ประกอบทางเคมีของยาสูบ	4
	3. การต่อสู้และการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	11
1	บทนำ	17
	1. สถานการณ์และทิศทางของโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคยาสูบ	17
	2. ผลกระทบภัยยาสูบและภัยคุกคามทางสุขภาพของประชากร	24
	3. ควันบุหรี่มือสอง	29
	4. การสูบบุหรี่ของเยาวชน	32
	5. การสูบบุหรี่ของผู้หญิง	36
	6. บริษัทบุหรี่กับคดีฟ้องร้อง	38
2	อิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบต่อนโยบายของรัฐ	55
	1. บุหรี่กับการแทรกแซงนโยบายสาธารณะ	50
	2. บุหรี่กับการแทรกแซงทางการเมืองในสหรัฐอเมริกา	52
	3. บุหรี่กับการแทรกแซงทางการเมืองและกฎหมายในประเทศไทย	56
	4. การรับมาตรการของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ	60
3	นโยบายและมาตรการภาษีและการคลัง	82
	1. มาตรการด้านภาษีและราคา	82
	2. รายได้ทางการคลัง	90
	3. การผูกขาดการผลิตและนโยบายโรงงานยาสูบ	97

บทที่		หน้าที่
	4. การแปรรูปโรงงานยาสูบ	102
4	นโยบายและมาตรการการควบคุมการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ	113
	1. กลยุทธ์การส่งเสริมการตลาด	119
	2. นโยบายและมาตรการการควบคุมการตลาด ผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับโลก	124
	3. การควบคุมห่วงโซ่ทางการตลาด	136
	4. การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการโฆษณา การ ส่งเสริมการขายและการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ภายในประเทศ	139
5	นโยบายและมาตรการภาพคำเตือนผลิตภัณฑ์ยาสูบ	153
	1. กรอบการควบคุมการบรรจุหีบห่อและการปิดฉลาก ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	153
	2. พื้นที่โฆษณากับพื้นที่ภาพคำเตือน	170
	3. คำเตือนบนซองบุหรี่ : การส่งข้อความสุขภาพถึง สาธารณะ	172
	4. มาตรการภาพคำเตือนในระดับนานาชาติ	175
	5. มาตรการภาพคำเตือนในประเทศไทย	180
	6. ทิศทางภาพคำเตือนในอนาคต : บุหรี่ซองเรียบง่าย ปราศจากสีส่น	187
6	นโยบายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่	190
	1. การคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่มือ สอง	190 194
	2. แนวทางเพื่อการดำเนินงานคุ้มครองประชาชนจาก การได้รับควันบุหรี่มือสอง	198
	3. สถานที่ห้ามสูบบุหรี่ 100 เปอร์เซนต์	204
	4. งานวิจัยเกี่ยวกับสถานที่ปลอดบุหรี่	

บทที่		หน้าที่
7	นโยบายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบทางเลือก	211
	1. บุหรี่เมนทอล	212
	2. บุหรี่ชูรส	215
	3. บารoque	218
8	บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์	230
	1. ความเป็นมาของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์	230
	2. พัฒนาการของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์	233
	3. ผลกระทบต่อสุขภาพของผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์	237
	4. ประสิทธิภาพในการเป็นนิโคตินทดแทนเพื่อการรักษา	238
	5. การวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์	239
	6. ธุรกิจและการตลาดของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์	249
	7. มาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในต่างประเทศ	253
9	นโยบายการบำบัดรักษา	264
	1. บุหรี่และการบำบัดรักษา	264
	2. การให้ยาทดแทน	270
	3. คลินิกอดบุหรี่	280
10	นโยบายส่งเสริมและป้องกันการบริโภคยาสูบ	288
	1. หลักการพื้นฐานในการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก	288
	2. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่	291
	3. นโยบายส่งเสริมและป้องกันการบริโภคยาสูบ	295
	4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรการให้ความรู้	299
	5. แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคมในการควบคุมป้องกันการสูบบุหรี่	314

บทที่		หน้าที่
11	ธุรกิจยาสูบกับการใช้เครื่องมือดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคม	324
	1. การดำเนินธุรกิจและพัฒนาการ	324
	2. แนวคิดของอุตสาหกรรมยาสูบในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม	327
	3. กิจกรรมและการดำเนินการความรับผิดชอบต่อสังคม	334
	4. การเป็นผู้อุปถัมภ์โครงการป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่	339
	5. การให้ความรู้	339
	6. ความเสี่ยงเกี่ยวกับการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ	353
12	การแทรกแซงและการป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบ	359
	1. เครื่องมือการแทรกแซงทางการเมืองในภูมิภาคต่าง ๆ	359
	2. การแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบ	369
	3. การป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบจากธุรกิจยาสูบ	388
13	การค้าเสรีและการพิพาทคดียาสูบ	394
	1. อิทธิพลของความตกลงการค้าเสรีต่อการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	394
	2. การเจรจาความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก	405
	3. หีบห่อผลิตภัณฑ์บุหรี่ปราศสีสันแบบเรียบง่าย: มาตรการทางนโยบาย	410
	4. กรณศึกษา นโยบายและข้อพิพาทของบุหรี่แบบเรียบง่ายของประเทศออสเตรเลีย	410
14	การปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโลก	420

บทที่		หน้าที่
	1. หลักเกณฑ์ตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ ขององค์การอนามัยโลก	420
	2. สถานการณ์การปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ ของประเทศไทย	427
	3. ผลการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ	433
15	บทส่งท้าย	445
	1. มาตรการควบคุมยาสูบ	445
	2. ประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	449
	3. รุกฆาตอุตสาหกรรมยาสูบ	453
	4. การตระหนักลดการบริโภคยาสูบระดับโลก	454
	บรรณานุกรม	458
	ดัชนี	503
	ประวัติผู้เขียน	518

คำนำ

จากประสบการณ์สมัยที่เรียนปริญญาเอกที่มหาวิทยาลัย โลม่า ลินดา ผู้เขียนได้ศึกษาและค้นคว้าเพื่อเขียนรายงานเรื่อง “อุตสาหกรรมยาสูบและการเมือง” ทำให้เข้าใจถึงตัวตนที่แท้จริงของผู้บริหารในอุตสาหกรรมยาสูบ เมื่อผู้เขียนกลับมาที่กรุงเทพฯ ต้นปี พ.ศ. 2535 เพื่อเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ จึงนำรายงานดังกล่าวมามอบให้นายแพทย์ หทัย ชิตานนท์ ที่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีการอภิปรายร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในสภาผู้แทนราษฎร

เมื่อผู้เขียนมารับตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น ของโรงพยาบาลมิชชั่น ในเดือนมีนาคมปี พ.ศ. 2538 ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการ “แผนการ 5 วันเพื่อเลิกสูบบุหรี่” ซึ่งโรงพยาบาลมิชชั่นเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทยที่จัดทำคลินิกงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าวนายแพทย์ หทัย ชิตานนท์ ได้แนะนำให้ผู้เขียนได้รู้จักกลุ่มบุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบที่กระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2543 มีการประชุมบุหรี่โลก (World Conference on Tobacco or Health) ที่นครชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้เขียนได้รับทุนจากสมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกา (American Cancer Society) ไปร่วมประชุมในฐานะ Leadership Scholar จากประเทศไทย ในการประชุมครั้งนั้น ผู้เขียนมีโอกาสได้เรียนรู้จากกลุ่มนักกฎหมายที่มีประสบการณ์ในการฟ้องร้องอุตสาหกรรมยาสูบ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เมื่อผู้เขียนมารับตำแหน่งอาจารย์ที่ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์ หทัย ชิตานนท์ ได้ชักชวนให้ผู้เขียนดำเนินการจัดทำโครงการ Global Youth Tobacco Survey (GYTS) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2547 โดยได้รับความร่วมมือจากนายแพทย์ ชัยรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์

ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Center for Diseases Control and Prevention) และองค์การอนามัยโลก ภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ (WHO – South-East Asia Regional Office)

ในช่วงระยะเวลาเดียวกันนั้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ประสานมาทางมหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อจัดตั้งศูนย์วิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ ในขณะนั้นคือรองศาสตราจารย์ ดร. เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ ได้มอบหมายให้ผู้เขียนและรองศาสตราจารย์ ดร. เนาวรัตน์ เจริญค้า ร่างแผนการดำเนินการของศูนย์วิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบและงบประมาณในระยะ 3 ปีแรก

หลังจากที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการโครงการ GYTS ผู้เขียนได้รับการเชิญให้ไปร่วมประชุมโครงการ Global Health Professional Students Survey ในปี พ.ศ. 2548 ที่สำนักงานใหญ่ขององค์การอนามัยโลก กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และในปี พ.ศ. 2549 ผู้เขียนได้รับทุนจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. CDC) ไปนำเสนอผลการวิจัยเชิงสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน (GYTS) ของประเทศไทยในการประชุมบุหรี่โลก (World Conference on Tobacco or Health) ที่กรุงวอชิงตัน ดี ซี

หลังจากการประชุมบุหรี่โลก ผู้เขียนได้รับการเชิญจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. CDC) ไปร่วมเขียนรายงานการวิจัยต้นฉบับกับนักวิจัยของศูนย์ฯ ที่สำนักงานใหญ่ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา นครแอตแลนตา รัฐจอร์เจีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลจากการใช้เวลา 6 สัปดาห์กับนักวิจัยที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา คือการตีพิมพ์ในวารสาร 3 ฉบับ Tobacco Control, BMC Public Health และ Health Education and Behaviour

ประเทศไทยได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม Conference of the Parties (COP) ครั้งที่สองขององค์การอนามัยโลก ที่กรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งผู้เขียนได้มีโอกาสรับเชิญไปร่วมเป็นผู้สังเกตการณ์ และได้เห็นกระบวนการทำงานของประเทศภาคีสมาชิกในการเจรจาและลงมติ กฎ ระเบียบ ในระดับนานาชาติ ในปี พ.ศ.

2551 ผู้เขียนได้รับทุนจากโครงการ Global Tobacco Control Institute มหาวิทยาลัยจอห์นส ฮอปกินส์ เข้าร่วมการฝึกอบรมการควบคุมยาสูบเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และได้มีโอกาสรู้จักกับนักวิจัยระดับโลกคือ Jonathan Samet ผู้ได้รับรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล

ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้เขียนสามารถนำมาถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนกับนักวิจัยที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในการวิจัยด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่มีวิจัยที่ผู้เขียนมีโอกาสได้ร่วมทำวิจัยด้วยเป็นเวลาติดต่อกัน 10 ปีประกอบไปด้วยนักวิจัยจาก 5 ภาควิชาของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งประสบการณ์ที่ได้รับจากการไปประชุมบุหรี่โลก (World Conference on Tobacco or Health) ทุกๆ 3 ปีทำให้ได้พบและแลกเปลี่ยนงานวิจัยกับนักวิจัยการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับโลก ผู้เขียนขอขอบคุณสมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกา (American Cancer Society) ผู้ให้ทุนสนับสนุนผู้เขียนไปร่วมประชุมบุหรี่โลก ที่นครชิคาโก ปี พ.ศ. 2543 ที่นครมุมไบ ประเทศอินเดีย ปี พ.ศ. 2552 และที่นคร อาบู ดาบี สาธารณรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ปี พ.ศ. 2558

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ผู้เขียนได้รับประสบการณ์ที่มีคุณค่าและได้เรียนรู้มากมายจากนักวิจัยหลากหลายประเทศ จึงได้รับแรงบันดาลใจที่จะถ่ายทอดและเรียบเรียงออกมาเป็นหนังสือเล่มนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณนายแพทย์หทัย ชิตานนท์ ผู้สร้างแรงบันดาลใจในความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับอุตสาหกรรมยาสูบและการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้เขียนขอขอบคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ของภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข ที่สนับสนุนการจัดทำตำราและเอกสารคำสอน ซึ่งผู้เขียนได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ร่วมรับผิดชอบในวิชา สศบส 669 กฎหมายสุขภาพด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และถ่ายทอดประสบการณ์ในการสอนหัวข้อ กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคว่าด้วยการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่และการควบคุมยาสูบ แก่นักศึกษาระดับปริญญาโท ในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข ของภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลตั้งแต่นั้นมา

หนังสือเล่มนี้จะไม่สามารถสำเร็จได้ถ้าหากไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้าน
วิชาการ แรงบันดาลใจ การตรวจสอบข้อผิดพลาด และความกระตือรือร้นจากรอง
ศาสตราจารย์ ดร. ฉัตรสุมน พงศ์มิภิญโญ คู่ชีวิตผู้แสนดีของผู้เขียน

หากมีข้อผิดพลาดประการใดในหนังสือเล่มนี้ ผู้เขียนขออภัยแต่ผู้เดียว
และยินดีที่จะรับฟังข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไปในโอกาสหน้า

รองศาสตราจารย์ นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ DrPH

3 มีนาคม 2560

เกริ่นนำ

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ความเป็นมาของยาสูบ

ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบ หรือพืช นิโคเทียนา ทาแบกคัม (Nicotiana tabacum) รวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ บริโภคโดยวิธีสูบ ดูด อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปาก หรือจุ่มก ทา หรือโดยวิธีอื่น เพื่อให้ได้ผลเช่นเดียวกันตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

ข้อมูลจากโรงงานยาสูบได้บันทึกว่า ยาสูบมีแหล่งกำเนิดตอนกลางของทวีป อเมริกา แม้มันุษย์จะรู้จักใบยาสูบมาประมาณสองพันปีแล้ว แต่ก็ได้สูบกันอย่างเป็นทางการ จนกระทั่งพวกอินเดียนแดงซึ่งเป็นชาวพื้นเมืองของอเมริการู้จักใช้ยาสูบกันอย่างแพร่หลาย จึงได้มีการทำไร่ยาสูบกันทั่วไป (กระทรวงการคลัง, โรงงานยาสูบ 2558)

การบันทึกประวัติของยาสูบมีขึ้นเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2035 เมื่อโคลัมบัส (Christopher Columbus) ขึ้นฝั่งที่ซานซัลวาดอร์ (San Salvador) ในหมู่เกาะอินดีส ตะวันตก ได้เห็นชาวพื้นเมืองเอาใบไม้ชนิดหนึ่งมามวน จุดไฟตอนปลายแล้วดูดควัน ตาม บันทึกกล่าวว่า ชาวพื้นเมืองมวนยาสูบด้วยใบข้าวโพด ชาวสเปน เรียกยามวนนี้ว่า “ซิการา (cigara)” ซึ่งต่อมาเพี้ยนเป็นคำว่า “ซิการ์ (cigar)” จากหลักฐานและการขุดค้นซาก ปริกหักพังของเมืองเก่าของพวกเขา บนคาบสมุทรคาร์แทน (Cartan) ประเทศเม็กซิโก ได้ พบกล้องยาสูบสมัยโบราณ ลักษณะตรงโคนสำหรับดูดยา แยกออกเป็นสองง่ามสำหรับอัด เข้าไปในจุ่มก ด้วยเหตุนี้ที่ชาวอเมริกันโบราณจึงสูบยากันทางจุ่มก และกล้องชนิดนี้ คน พื้นเมืองเรียกว่า ทาบาคโค (tobacco) ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของคำว่า “โทแบคโค” (tobacco)

การได้รับยาสูบมักพบในรูปของการสูบ การเคี้ยว การสูดกลิ่น ยาสูบมีประวัติการใช้บริโภคมาอย่างยาวนานในทวีปอเมริกา อย่างไรก็ตาม การมาถึงของชาวยุโรปในทวีปอเมริกาเหนือ ได้ทำให้ยาสูบกลายเป็นสินค้าที่ได้รับความนิยมและใช้เป็นสารสร้างความสนุกสนานอย่างรวดเร็ว ความเป็นที่นิยมดังกล่าวทำให้ยาสูบเป็นสินค้าหลักในพัฒนาการทางเศรษฐกิจของสหรัฐอเมริกาตอนใต้ ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นฝ่ายในเวลาต่อมา หลังจากสงครามกลางเมืองอเมริกา ความเปลี่ยนแปลงในอุปทานและกำลังแรงงานทำให้ยาสูบสามารถผลิตเป็นบุหรี่ได้ ผลิตภัณฑ์ใหม่นี้ได้นำไปสู่การเติบโตของบริษัทบุหรี่หลายบริษัทอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งการค้นพบผลเสียของยาสูบที่เป็นข้อถกเถียงทางวิทยาศาสตร์ในช่วงกลางปี ค.ศ.1900

การเพาะปลูกยาสูบในแหล่งอื่นๆ ได้เริ่มที่หมู่เกาะไฮติ เมื่อ พ.ศ. 2074 โดยได้เมล็ดพันธุ์จากเม็กซิโก และขยายไปยังหมู่เกาะซังเคียงจนกระทั่ง พ.ศ. 2123 จึงได้เริ่มปลูกในคิวบาและต่อไปจนถึงกายอานา และบราซิล ปลายพุทธศตวรรษที่ 22 ยาสูบได้แพร่หลายไปยังทวีปยุโรป เอเชีย และแอฟริกา มีหลักฐานแสดงว่ามนุษย์ในสมัยโบราณรู้จักการปลูกยาสูบเพื่อนำไปชอยและมวนสูบ นอกจากนี้ยังเป็นที่ยอมรับกันว่ายาสูบมีคุณสมบัติเป็นยาฆ่าเชื้อโรคที่ดียิ่งด้วย

เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบมักจะชี้ให้เห็นว่ายาสูบเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขายได้ถูกต้องตามกฎหมายซึ่งทำให้ผู้บริโภคครึ่งหนึ่งเสียชีวิตเมื่อใช้ตามเจตนาของผู้ผลิต เมื่อคริสโตเฟอร์ โคลัมบัสพบใบไม้ที่ “แปลกประหลาด” เป็นครั้งแรกในดินแดนใหม่ (น่าจะเป็นใบยาสูบ *nicotiana tobacum plant*) เขาคงไม่ได้คาดคิดว่าหลายศตวรรษหลังจากนั้นจะมีการอภิปรายทางการเมืองอย่างดุเดือดเกี่ยวกับยาสูบแน่นอนว่าในประวัติศาสตร์ขณะนั้น ยาสูบยังไม่ได้เป็นผลิตภัณฑ์หลักสำหรับการบริโภคยาสูบ แม้กระทั่งตอนปลายศตวรรษที่ 18 ยาสูบถูกบริโภคในรูปแบบของการ “สูด” (snuff) เป็นหลักโดยผ่านทางจมูก เมื่อถึงศตวรรษที่ 19 จึงเริ่มมีการสูบซิการ์อย่างแพร่หลายมากขึ้น และเป็นรูปแบบหลักในการบริโภคยาสูบ การสูบซิการ์ถูกแทนที่ด้วยการสูบบุหรี่ในศตวรรษที่ 20 และกลายเป็นรูปแบบหลักของการบริโภคยาสูบมาจนถึงทุกวันนี้ อย่างไรก็ตามยังคงมีรูปแบบที่นิยมในการบริโภคบุหรี่ไว้ควัน เช่น ยาสูบแบบเคี้ยว และในโลกตะวันออก เช่น ประเทศอินเดีย ประเทศในเอเชียใต้ ยาสูบที่เป็นที่นิยมคือยาสูบมวนเองขนาดเล็กที่เรียกว่า บิดิส (bidis) ซึ่งมีปริมาณน้ำมันดิน (tar) นิโคติน และ

คาร์บอนมอนนอกไซด์ มากกว่าบุหรี่ทั่วไป

สำหรับประเทศแรกที่เริ่มปลูกยาสูบในเอเชีย คือ ประเทศฟิลิปปินส์ จากนั้นจึงแพร่หลายไปยังประเทศอินเดีย ประเทศจีน และประเทศอินโดนีเซีย ตามลำดับ ในประเทศไทยแม้จะไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าคนไทยเริ่มการสูบบุหรี่เมื่อใด แต่จากหลักฐานที่พบและรวบรวมได้ เช่น กล้องยาสูบในสมัยสุโขทัยก็อาจทำให้เชื่อได้ว่าคนไทยมีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับยาสูบมาประมาณ 700 ปี แต่ถ้าจากหลักฐานทางลายลักษณ์อักษร ก็เชื่อได้ว่าวัฒนธรรมการสูบบุหรี่ในประเทศไทยมีมานานกว่า 300 ปีแล้ว จากการบันทึกของหมอสอนศาสนาในสมัยกรุงศรีอยุธยา โดยบันทึกไว้ว่าเมื่อเขาเข้ามาในเมืองไทยในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชนั้นพบว่า คนไทยสูบบุหรี่กันทั่วไป โดยชาวเปอร์เซียเป็นผู้นำเข้ามาเป็นการสูบบุหรี่ในลักษณะหั่นใบยา ที่มวนด้วยใบตองหรือใบบัว และมีการสูบจากกล้องหรือเคี้ยวเส้นยาสูบ และบางทีก็ปั่นเป็นผงสูดเข้าจมูกแบบยานัตถุ์ลักษณะของยาสูบมี 3 ลักษณะคือ การเอายาเส้นมวนด้วยกระดาษ หรือเรียกกันว่า “บุหรี่” แต่ถ้านำเอายาเส้นมาใส่ลงไปในปลายกล้องยาแล้วสูบผ่านกล้องเรียกว่า “ไปป์” (Pipe) และถ้านำเอายาสูบมาพันกันไปมาจนเป็นมวนโตแล้วสูบเรียกว่า “ซิการ์” (Cigar) คนไทยแต่เดิมเรียกยาสูบเป็นคำกลางๆ ว่า “ยา” และใช้คำว่ายาไปประกอบกับคำอื่นๆ ที่บอกลักษณะของยาสูบแต่ละประเภท เช่น ยาเส้น ยาฉุน ยาจืด ยามวน เป็นต้น

นอกจากนี้สมเด็จพระยาดำรงชานุภาพได้บันทึกว่ามองซิเออร์ เดอ ลาลูแบร์ เอกอัครราชทูตชาวฝรั่งเศสได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่าคนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างคนทั้งผู้ชายและผู้หญิง ใบยาที่ใช้ใช้นั้นได้มาจากเกาะมะนิลาบ้าง เมืองจีนบ้างและปลูกในพื้นที่เมืองบ้าง ลักษณะของยาสูบหรือมวนบุหรี่ยุคในสมัยนั้นจะมีก้นแหลม มวนด้วยใบตองหรือใบจากตากแห้ง ต่อมาในสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ พระองค์เจ้าสิงหนาทดุรงฤทธิก็ได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่ยุคใหม่ขึ้นมาเพื่อสูบควันและอมยากับหมากพร้อมกัน ครั้นถึงสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มีผู้ดัดแปลงบุหรี่ยุคใหม่ โดยตัดยาเส้นให้พอดีกับวัสดุที่ใช้มวนคือ ใบตองแห้ง ใบตองอ่อนและใบบัว

โรงงานยาสูบได้บันทึกหลักฐานว่า สายพันธุ์ยาสูบพันธุ์จากต่างประเทศนำเข้ามาปลูกในสยามครั้งแรก โดยเป็นการทดลองปลูกครั้งแรกที่สถานีทดลองกสิกรรม ห้วยแม่โจ้ การเพาะกล้าและปลูกยาสูบครั้งนั้น เป็นพันธุ์เวอร์จิเนีย (Virginia) ซึ่งเป็นพันธุ์ต่างประเทศมีอยู่ราว 10 สายพันธุ์ แต่ที่ปลูกได้ในเวลานั้นมี 4 สายพันธุ์เท่านั้น คือ Hickory, White Berley, Maryland และ Joiner โดยสายพันธุ์ที่นำมาทดลองปลูกครั้งแรกได้แก่พันธุ์ Joiner และ White Berley มีหม่อมเจ้าสิทธิพร กฤดากร อธิบดีกรมตรวจกสิกรรม เป็นองค์ประธานในการปลูกต้นแรก เมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2476

ในเวลาต่อมาวิชาการด้านยาสูบได้ปฏิบัติติดต่อกันจนจัดตั้งสาขาพืชไร่ คณะผลิตกรรมการเกษตร ตามพระราชบัญญัติสถาบันเทคโนโลยีการเกษตร เมื่อปี พ.ศ. 2518 ด้วยและยังได้เน้นเรื่องยาสูบเป็นสาขาวิชาเอกอีกด้วย และโรงงานยาสูบจัดสร้างเรือนเพาะยาสูบขึ้น เพื่อให้ความรู้แก่เกษตรกร ในปี พ.ศ. 2501

ประเภทและองค์ประกอบทางเคมีของยาสูบ

ยาสูบส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมีเพื่อปรุงแต่งกลิ่นรส และเพื่อลดความระคายเคือง บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานจะใช้สารเคมีปรุงแต่งมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีสารเคมีที่ใช้ในการรักษาความชื้นของใบยาสูบ และสารป้องกันเชื้อรา เพื่อให้เก็บบุหรี่ยาวนาน รวมทั้งสารเคมีที่ใช้ในการรักษาสภาพกระดาษที่ใช้มวนบุหรี่ยีกด้วย

ยาสูบที่ใช้กันอยู่มีหลายรูปแบบทั้งแบบสูด แบบดม แบบอมและเคี้ยวกรณีแบบสูดโดยกระทำให้เกิดการเผาไหม้ใบยาสูบซึ่งอยู่ในรูปของบุหรี่ยี่ห้อซีการ์ (cigar) ที่ใช้ใบยาสูบมวนผงใบยาสูบอยู่ภายใน หรือไปป์ (pipe) ที่บรรจุใบยาไว้ในกัล้องยาสูบ แล้วจุดไฟให้เกิดการเผาไหม้ แล้วผู้สูดสูดควันเข้าสู่ร่างกายแบบดม โดยบดใบยาสูบให้ละเอียด แล้วผสมในรูปของยานัตถ์แบบอมและเคี้ยว โดยนำใบยาสูบแห้งมาหั่นเป็นฝอย นำมาเคี้ยวแล้วอมอยู่ระหว่างริมฝีปากกับเหงือก บางครั้งเรียกว่า “บุหรี่ยี่ควัน”

ส่วนบุหรี่ยี่มี 2 ชนิดคือ บุหรี่ที่มวนเอง และบุหรี่ยี่ผลิตโดยเครื่องจักร บุหรี่ที่มวนเองทำโดยใช้ใบตองแห้ง ใบบัว หรือกระดาษ ที่ใช้มวนห่อใบยาสูบ บุหรี่ยี่ชนิดนี้จะดับง่ายเนื่องจากไม่มีการปรุงแต่งสารเคมีที่ช่วยให้ไฟติดทน สำหรับบุหรี่ยี่ผลิตโดยเครื่องจักรมี 2 ชนิด คือ บุหรี่ยี่ที่ไม่มีก้านกรอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ยี่ราคาถูก และ บุหรี่ยี่ที่มีก้านกรอง

นอกจากนี้ บริษัทบุหรี่ยังผลิตบุหรี่ยี่ห้อที่เรียกว่า "ไลต์" และ "ไมลด์" โดยระบุไว้ว่าเป็นบุหรี่ยี่ห้อชนิดรสถอนที่มีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรี่ยี่ห้อธรรมดา แต่จากการวิจัยพบว่า บุหรี่ยี่ห้อทั้ง 2 ชนิดมิได้มีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ยี่ห้อธรรมดาแต่อย่างใด เพียงแต่ต่างกันที่รสชาติเท่านั้น และบุหรี่ยี่ห้อที่มีก้นกรองจะสามารถกรองละอองสารที่มีขนาดใหญ่ได้บางชนิดเท่านั้น โดยสารทาร์และนิโคตินซึ่งมีขนาดเล็กยังคงผ่านเข้าไปได้ในปริมาณเดียวกับการสูบบุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง

การจำแนกทางพฤกษศาสตร์

ยาสูบได้รับการจัดลำดับทางพฤกษศาสตร์ ดังนี้

1. วงศ์ ยาสูบเป็นพืชในวงศ์โซลานาซีอี (Solanaceae) เช่นเดียวกับมะเขือเทศ พริก มันฝรั่ง ผักต่างๆ ฯลฯ

2. สกุล ยาสูบอยู่ในสกุลนิโคเทียน่า (Nicotiana)

3. ชนิด ยาสูบที่ปลูกกันทั่วไปมีมากกว่า 60 พันธุ์ หรือ 60 ชนิด แต่ที่ปลูกเป็นการค้าเกือบทั้งหมดเป็นพันธุ์ทาบาคัม (tabacum) มีบ้างที่ปลูกพันธุ์รัสติก้า (rustica) ทางแถบยุโรปตะวันออกและเอเชียไมเนอร์ ธรรมชาติของยาสูบแตกต่างจากพืชอื่น ใบของยาสูบมีสารประกอบไนโตรเจนหมู่หนึ่งๆที่เรียกว่า "แอลคาลอยด์" ซึ่งมีนิโคตินเป็นส่วนใหญ่ นิโคตินเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดลักษณะเฉพาะตัวของยาสูบ หรืออาจกล่าวได้ว่า นิโคตินคือยาสูบต้นยาสูบจะผลิตสารนิโคตินที่รากแล้วส่งไปเก็บไว้ที่ใบ ดังนั้นถ้าต้นยาสูบมีรากมากก็มีแนวโน้มที่จะผลิตสารนิโคตินได้มาก ใบยาเหล่านี้เมื่อเกิดการเผาไหม้ จะทำให้เกิดสารประกอบต่างๆ อีกจำนวนมาก ทำให้เกิดกลิ่นและรสต่างๆ ความหอม และความฉุน ซึ่งแตกต่างกันไปตามประเภทของยาสูบ ใบยาแต่ละประเภทจะมีปริมาณสารประกอบเคมีที่ทำให้เป็นลักษณะเด่นแตกต่างกัน เช่น ใบยาบ่มไอร้อน (เวอร์ยีนีย) มีปริมาณน้ำตาลสูง นิโคตินปานกลาง

ใบยาเบอร์เลย์ มีปริมาณไนโตรเจนและนิโคตินสูง น้ำตาลต่ำ ใบยาเตอร์กิช มีปริมาณสารหอมระเหยสูง จากความแตกต่างของปริมาณสารประกอบเป็นเหตุผลหนึ่งที่อุตสาหกรรมผลิตบุหรี่ยี่ห้อจำเป็นต้องผสมใบยาประเภทต่างๆ เข้าด้วยกันตามสัดส่วน เพื่อให้ได้กลิ่นและรสเป็นที่พอใจของผู้สูบ

อย่างไรก็ดี ใบยาสูบทุกประเภทหากนำมาสังเคราะห์องค์ประกอบเคมีต่างๆ จะได้เหมือนกันหมดเพียงแต่มีปริมาณแตกต่างกันเท่านั้น นอกจากนี้ระดับความแก่สุกของใบยา

และตำแหน่งของไบบอนด์ เช่น ไบยาส่วนยอด ส่วนกลางและส่วนล่าง ก็มีส่วนทำให้องค์ประกอบทางเคมีและคุณสมบัติอื่นๆ เช่น กลิ่นและรสแตกต่างกันด้วย

องค์ประกอบทางเคมีและคุณภาพของไบยาสูบ

จากเอกสารวิชาการฝ่ายวิจัย โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง (2523) สามารถแบ่งองค์ประกอบทางเคมีของไบยาสูบเป็นหม้อย่อยได้ดังนี้

1. ไนโตรเจน

สารประกอบไนโตรเจนในไบยาสูบมีอยู่หลายชนิด อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ โปรตีน ไนโตรเจน (ไม่ละลายน้ำ) และไนโตรเจน (ละลายน้ำ) ได้แก่ แอลคาลอยด์ทั้งหมด กรดอะมิโน เอมีนไนเตรทและแอมโมเนีย ในที่นี้จะกล่าวถึงสารประกอบไนโตรเจน 2 ชนิดคือ ไนโตรเจนและนิโคติน

นิโคติน หมายถึงปริมาณแอลคาลอยด์ทั้งหมด คำนวณในรูปของนิโคตินเพราะนิโคตินเป็นแอลคาลอยด์ชนิดเดียวที่มีอยู่ถึงร้อยละ 90 ขึ้นไปของแอลคาลอยด์ทั้งหมดในไบยา

ปริมาณไนโตรเจน และนิโคตินในไบยามีความสำคัญกับคุณภาพควันบารากู๋ในทางกลิ่น รสและความชวนสูบ ถ้าปริมาณนิโคตินมากแสดงถึงว่าไบยาสูบนั้นมีกลิ่นฉุน แต่ถ้ามากเกินไปจะมีรสชาติแสบคอเนื่องจากควันต่างของนิโคตินและแอมโมเนีย ซึ่งนิโคตินจะถูกสังเคราะห์ขึ้นที่รากของต้นยาสูบ แล้วส่งไปสะสมที่ใบและก้าน ดังนั้นปริมาณนิโคตินจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

- พันธุ์ยาสูบ ซึ่งแต่ละพันธุ์ให้ปริมาณนิโคตินต่างกัน
- ธาตุอาหารไนโตรเจนที่ต้นยาสูบได้รับ ถ้ามีมาก ปริมาณนิโคตินก็จะมากขึ้น

ด้วย

- ความเสียหายของรากยาสูบ อันเนื่องมาจากน้ำในดินมากเกินไป เป็นโรครากปม เนื่องจากไส้เดือนฝอยหรือโรคอื่น ที่ทำให้ปริมาณนิโคตินเพิ่มขึ้น

- ความชื้นในดิน เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการควบคุมการเจริญเติบโตและปริมาณนิโคตินในไบยาสูบระดับความชื้นต่ำ การเจริญเติบโตช้าลง ขนาดใบเล็กลง ทำให้ปริมาณนิโคตินในไบยาเพิ่มขึ้น ตรงกันข้ามระดับความชื้นสูงช่วยเร่งการเจริญเติบโต ขนาดใบโตขึ้น และอาจเป็นไปได้ที่ไนโตรเจนในดินน้อยลง เพราะถูกชะล้างไปเสียบ้าง จึงทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง

- ระดับความแก่สุกของใบยา ใบยาแก่จะมีปริมาณนิโคตินสูงขึ้นเล็กน้อย
- ตำแหน่งใบยาบนลำต้น ปริมาณนิโคตินสูงขึ้นจากโคนต้นไปยังยอดต้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ปริมาณนิโคตินมากน้อยได้ เช่น การเว้นระยะปลูก การพรวนดิน การถ่ายเทอากาศในดิน ความลึกของดิน ผลผลิตต่อไร่ แสงสว่างและอุณหภูมิ

2. คาร์โบไฮเดรต

คาร์โบไฮเดรตเป็นองค์ประกอบที่มีปริมาณมากที่สุดในใบยา คือ ประมาณร้อยละ 37 ของน้ำหนักใบยาแห้ง ประกอบด้วยสารประกอบ 3 กลุ่มใหญ่ คือ

- ก. รีเทพิคาร์โบไฮเดรต มีแป้ง เด็กซ์ตริน มอลโทส ซูโคส กลูโคสและฟรุคโตส
- ข. เฮมิเซลลูโลส ส่วนใหญ่มีเพ็คตินและเพ็นโตซาน
- ค. คาร์โบไฮเดรตที่ใช้เป็นโครงสร้างของใบและผนังเซลล์ ได้แก่ เซลลูโลส และลิกนิน

นอกจากนี้ปริมาณน้ำตาลในใบยายังบ่งบอกลักษณะของใบยาสูบแห้งนั้นได้อีกด้วย ใบยาที่มีน้ำตาลมาก ๆ มักมีโครงสร้างของใบเรียบ ทึบ การเผาไหม้ไม่ดีและมีกลิ่นอ่อน

3. กรดอินทรีย์

กรดอินทรีย์ในใบยาสูบกรดอินทรีย์ ประกอบด้วยกรดชนิดต่าง ๆ หลายสิบชนิด แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กรดไม่ระเหย มีอยู่ร้อยละ 90 ของกรดทั้งหมดในใบยา ได้แก่ กรดมาลิก กรดซิตริก กรดออกซาลิก และกรดมาโลนิก ฯลฯ

2) กรดระเหย ส่วนใหญ่เป็นกรดอะซีติก กรดฟอร์มิก กรดแอสพาร์ติก กรดไพโรติก กรดไอโซวาเลอริก และกรดเพนนิลอะซีติก ฯลฯ

กรดทั้ง 2 กลุ่มข้างต้นนี้ ปรากฏอยู่ในใบยาสูบตามธรรมชาติในรูปอิสระและรูปของเกลือแคลเซียม แมกนีเซียมและโปแตสเซียม ความเป็นกรดของใบยา วัดได้จากค่า pH ของใบยา ค่า pH ใช้แทนระดับความเป็นกรดเป็นด่างของสารใดสารหนึ่ง ซึ่งความเป็นกรดเป็นด่างนี้มีค่าตัวเลขตั้งแต่ 1-14 ที่ pH 7 หมายถึง ระดับเป็นกลาง (ไม่เป็นกรดไม่เป็นด่าง) ถ้าตัวเลขมีค่าน้อยกว่า 7 หมายความว่าสารนั้นมีฤทธิ์เป็นกรด ถ้าตัวเลขมีค่ามากกว่า 7 สารนั้นมีฤทธิ์เป็นด่าง (เมื่อค่า pH น้อยลง ความเป็นกรดจะมีมากขึ้น และเมื่อ

ค่า pH มากขึ้นความเป็นด่างจะมีมากขึ้น) ค่า pH ของไวยาามีช่วงระหว่าง 5.0 – 6.5 ซึ่งหมายความว่าป็นกรดอย่างอ่อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาหารธาตุต่างๆ ที่ต้นยาสูบได้รับ และ ความสูงของไวยา ค่า pH ของไวยาโคนต้นจะสูงกว่าค่า pH ของไวยากลางต้นและยอด ต้นโดยทั่วไป และมีข้อสังเกตว่าถ้ากรดไม่ระเหยทั้งหมดที่มีอยู่ในไวยาที่มีปริมาณสูง องค์ประกอบคาร์โบไฮเดรตในไย่านั้นมักจะมีปริมาณต่ำ

4. แร่ธาตุในไวยา

ธาตุอาหารที่ปรากฏอยู่ในไวยาสูบแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 ต้นยาสูบ ต้องการเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ไนโตรเจน ฟอสฟอรัส โพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และกำมะถัน ประเภทที่ 2 ต้นยาสูบต้องการเป็นจำนวนน้อย ได้แก่ เหล็ก แมงกานีส โบรอน ทองแดงสังกะสี คลอรีน โซเดียม วิตามินและโมลิบดีนัม และประเภทที่ 3 คือ แร่ธาตุที่เป็นโครงสร้าง ได้แก่ คาร์บอน ไฮโดรเจนและออกซิเจน ธาตุอาหารเหล่านี้ที่ปรากฏอยู่นอกจากจะแสดงถึงความเจริญเติบโตของต้นยาสูบแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับ คุณสมบัติในการเผาไหม้ของไยาด้วย การวิเคราะห์หาปริมาณธาตุอาหารต่าง ๆ จะหาเฉพาะธาตุที่สำคัญ 4 ธาตุ คือ โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส แคลเซียม และแมกนีเซียม แล้ว รายงานเป็นรูปของออกไซด์ ส่วนรวมของแร่ธาตุทั้งหมดจะแสดงในรูปของปริมาณเท่ากับ pH ของเถ้า

5. สารหอมในไวยา

สารหอมระเหยในไวยาเป็นสารประกอบเชิงซ้อนกลุ่มใหญ่ เกิดขึ้นในไวยาตามธรรมชาติ ประกอบด้วย น้ำมันหอมระเหย เรซิน (ยาง) และแว็กซ์ (ขี้ผึ้ง) สารทั้งหมดนี้เกิดจากต่อมที่ขนของไวยาสด มีลักษณะเป็นยางเหนียว สารหอม เช่น เรซิน เมื่อเผาไหม้จะแตกตัวออกให้สารระเหย นอกจากนี้สารหอมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางเคมีที่เกิดขึ้นระหว่างกรรมวิธีการผลิต เช่น การบ่มและการเก็บให้ได้อายุจะช่วยให้เกิดสารหอมระเหยบางอย่างได้อีก การวัดสารหอมในไวยาที่กระทำอยู่ในปัจจุบัน กระทำโดยหาปริมาณของส่วนที่ละลายในปิโตรเลียมอีเทอร์ ซึ่งสกัดจากสารหอม คือ เรซิน น้ำมันหอมระเหยและแว็กซ์ ออกจากไวยา แต่ก็ยังมีข้อเสียคือ สารประกอบอื่นในไวยาซึ่งอาจไม่ให้ความหอมจะถูกสกัดปนออกมาด้วยอีกหลายชนิด อาทิ เช่น นิโคติน พิกเมนต์ ฯลฯ ดังนั้นส่วนที่ละลายในปิโตรเลียมอีเทอร์จึงแสดงความหอมได้ไม่ชัดเจนนัก

6. องค์ประกอบฟีนอลลิก

องค์ประกอบฟีนอลิกเป็นองค์ประกอบเคมีหมู่ใหญ่อีกหมู่หนึ่ง มีประมาณร้อยละ 6.5 ของน้ำหนักใบยาแห้ง ประกอบด้วยฟีนอลิกส่วนมากและฟีนอลิกส่วนน้อย กล่าวคือ ส่วนที่ 1) โพลีฟีนอลส่วนมากได้แก่ คลอโรเจนิกแอซิดร้อยละ 3 รุตินร้อยละ 1 และสโคโปเลติคร้อยละ 0.03 สารเหล่านี้จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของใบยาสูบ บนลำต้นและความสูงแก่ของใบยา โดยเฉพาะคลอโรเจนิกแอซิดจะมีมากในใบยาชั้นดี ซึ่งหมายถึงในใบยาส่วนบนของลำต้น และใบยาซึ่งแก่เต็มที่ จากการค้นคว้าทำให้เชื่อว่า โพลีฟีนอล ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับสีของใบยาแห้ง สารเหล่านี้มีอยู่ในใบยาสดจะไม่มีสี แต่เมื่อโดนออกซิไดซ์หรือเปลี่ยนแปลงโดยเอนไซม์ เช่น ในขณะที่กำลังบ่มหรือตากแดดจะเปลี่ยนเป็นสีแดงปนน้ำตาล ส่วนที่ 2) ฟีนอลิกส่วนน้อย ซึ่งได้แก่ ฟีนอลระเหยง่าย เป็นฟีนอลที่ให้ความหอมแก่ควันโดยตรง ฟีนอลเหล่านี้ แก่ได้ ซิมเปิลฟีนอล ยูเกนอล ไกวคอล และเครซอล เป็นต้น

7. คลอโรฟิลล์และพิกเมนต์อื่น ๆ

พิกเมนต์หรือเม็ดสีในใบยาสูบก็คล้ายกับของพืชอื่นโดยทั่วไป ประกอบด้วยสีเขียวของคลอโรฟิลล์ เอ และคลอโรฟิลล์ บี สีเหลืองของแคโรทีนและแซนโทฟิล ซึ่งสีเหลืองทั้งสองนี้มักเรียกรวมกันว่า “แคโรทีนอยด์” ความเข้ม และความสดใสของสีเขียวในใบยาสดขึ้นอยู่กับพันธุ์ยาสูบธาตุอาหารที่ต้นยาสูบได้รับ และความแก่สุกของใบยา ในขณะที่ใบยาสดยังอ่อนอยู่ สีเขียวจะปรากฏเด่นชัดกว่า ส่วนสีเหลืองจะเกิดเมื่อสีเขียวหายไปในตอนที่ใบยาเริ่มแก่ และโดยเฉพาะในระยะแรกของการบ่ม ระยะนี้จะมีสีเหลืองของฟลาโวน (flavonoid) เกิดขึ้นด้วย ระยะต่อมากลายเป็นสีแดงและสีน้ำตาลของกลุ่มฟีนอลิก

8. เอนไซม์

มีเอนไซม์จำนวนมากไม่น้อยที่พบว่าปรากฏอยู่ในใบยาสูบ เช่น โปรตีนส์ (proteines) ไลเปส (lipase) อะไมเลส (amylase) อินเวอร์เทส (invertase) ฟอสฟาเทส (phosphatase) แพ็คเทส (packtase) อ็อกซิเดส (oxydase) รีดักเทส (reductase) ฯลฯ ความรู้ในเรื่องเอนไซม์ซึ่งมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของต้นยาสูบตั้งแต่เจริญเติบโตจนถึงการบ่มและการเก็บให้ได้อายุนั้น ยังไม่เป็นที่ทราบกันดีนัก ปฏิกริยาของเอนไซม์ที่สำคัญคือช่วยเปลี่ยนแปลงแป้งเป็นน้ำตาลในระหว่างการบ่ม และการย่อยโปรตีนเป็นกรดอะมิโน

คุณภาพในการซื้อขายและการจัดชั้นใบยา ใบยาที่บ่มเรียบร้อยแล้วต้องนำมาคัดเพื่อ กำหนดชั้นมาตรฐานให้ถูกต้องสำหรับการซื้อขายแล้วรวมมัดใบยาชั้นเดียวกันเข้าด้วยกัน เป็นกำ และมัดหัวกำด้วยใบยาอีกทีหนึ่ง นำใบยาชั้นเดียวกันมาอัดรวมเป็นห่อ โดยใช้ เครื่องอัดใบยาซึ่งทำขึ้นโดยเฉพาะ ใบยาแต่ละห่อนักประมาณ 60 -70 กิโลกรัม แล้ว ห่อหุ้มด้วยกระสอบป่าน

ธรรมชาติของยาสูบแตกต่างจากพืชอื่นใบของยาสูบมีสารประกอบไนโตรเจนจน หมู่นึ่งที่เรียกว่า “แอลคาลอยด์” ซึ่งมีนิโคตินเป็นส่วนใหญ่นิโคตินเป็นองค์ประกอบที่ทำให้ เกิดลักษณะเฉพาะตัวของยาสูบ หรืออาจกล่าวได้ว่านิโคตินคือยาสูบ ต้นยาสูบจะผลิต สารนิโคตินที่รากแล้วส่งไปเก็บไว้ที่ใบ ดังนั้น ถ้าต้นยาสูบมีรากมากก็มีแนวโน้มที่จะผลิต สารนิโคตินได้มากตามไปด้วย ใบยาเหล่านี้เมื่อเกิดการเผาไหม้ จะทำให้เกิดสารประกอบ ต่างๆ อีกจำนวนมากทำให้เกิดกลิ่นรสต่างๆ ความหอม และความฉุน ซึ่งแตกต่างกัน ไปตามประเภทของยาสูบใบยาสูบแต่ละประเภทจะมีปริมาณสารประกอบเคมีทำให้เป็น ลักษณะเด่นแตกต่างกันอาทิ ใบยาเวอร์จิเนียเมื่อบ่มจะมีไอร้อนที่มีนิโคตินปานกลาง ใบยา เบอรัลเยซึ่งมีนิโคตินสูง และใบยาเตอร์กีซึ่งมีปริมาณสารหอมระเหยสูง

จากความแตกต่างของปริมาณสารประกอบเป็นเหตุผลหนึ่งที่อุตสาหกรรม ผลิต บุหรี่จำเป็นต้องผสมใบยาประเภทต่างๆ เข้าด้วยกันตามสัดส่วน เพื่อให้ได้ทั้งกลิ่นและรส เป็นที่พอใจของผู้สูบ แต่ใบยาสูบทุกประเภทหากนำมาสังเคราะห์องค์ประกอบเคมีต่างๆ จะได้เหมือนกันหมด เพียงแต่มีปริมาณแตกต่างกันเท่านั้น นอกจากนี้ระดับความแก่สุก ของใบยาและตำแหน่งของใบบนลำต้น เช่น ใบยาส่วนยอด ส่วนกลางและส่วนล่าง ก็มี ส่วนประกอบทางเคมีและคุณสมบัติอื่นๆ เช่น กลิ่นและรสแตกต่างกันด้วย

เนื่องจากยาสูบมีส่วนประกอบที่ทำให้เกิดการเสพติด ได้แก่ นิโคติน ทำให้เกิด ความชินยาและโรคติดสารเสพติด ปริมาณนิโคตินที่ร่างกายได้รับ ตลอดจนความถี่และ ความเร็วของการบริโภคยาสูบเชื่อกันว่ามีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความต้านทานทาง ชีวภาพของการติดและความชินยา คาดการณ์ว่าประชากรราว 1,100 ล้านคนทั่วโลกมี กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสูบ ซึ่งคิดเป็นกว่าหนึ่งในสามของประชากรผู้ใหญ่ของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า การใช้ยาสูบอาจนำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถ

ป้องกันได้ทั่วโลก และประมาณการว่ามีประชากรโลก 5.4 ล้านคนเสียชีวิตทุกปี อัตราการสูบบุหรี่มีน้อยลงในประเทศพัฒนาแล้ว แต่กลับพบว่ามีสูงในประเทศกำลังพัฒนา (WHO Report, 2008)

การต่อสู้และการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

เนื่องจากยาสูบและบุหรี่มีสารเสพติด และเป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมาย อุตสาหกรรมยาสูบจึงมีรายได้มหาศาล การต่อสู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจึงเป็นเรื่องยาก เพราะอุตสาหกรรมยาสูบมีวิธีการพลิกแพลง และแทรกแซงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ผู้ที่มีคุณูปการที่ต่อสู้และรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทย ผู้เขียนจะขอกล่าวไว้พอสังเขป ดังนี้

1. นายแพทย์ โรเจอร์ เนลสัน และกลุ่มพระสงฆ์ไทย

นายแพทย์ โรเจอร์ เนลสัน ศัลยแพทย์และมิชชันนารีชาวอเมริกัน ผู้ซึ่งทำงานอยู่ในประเทศไทยเกือบ 20 ปี นายแพทย์ โรเจอร์ เนลสัน เป็นผู้นำรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยเป็นครั้งแรก และเริ่มดำเนินการคลินิกงดสูบบุหรี่เมื่อปี พ.ศ. 2500 ที่โรงพยาบาลมิชชันนารีแผนการ 5 วันเพื่องดการสูบบุหรี่ (5-day plan to stop smoking) เป็นโครงการที่มีต้นกำเนิดมาจากมหาวิทยาลัย โลมา ลินดา (Loma Linda University) ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา นายแพทย์ โรเจอร์ เนลสัน ได้รับการศึกษาทางด้านแพทยศาสตร์ จากมหาวิทยาลัย โลมา ลินดา ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยของคริสตจักร เซเวนธ์เดย์ แอ็ดเวนติส (Seventh-day Adventist) และโรงพยาบาลมิชชันนารีเป็นองค์กรหนึ่งของคริสตจักร เซเวนธ์เดย์ แอ็ดเวนติส ในประเทศไทย (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ 2542: 26)

ในช่วงเวลาใกล้ๆ กันมีพระภิกษุสามเณรกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ ท่านอาจารย์ปัญญา นันทภิกขุ แห่งวัดชลประทานรังสฤษฎ์ พระอาจารย์ไสว สิวญาโณ แห่งสวนโมกขพลาราม อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี และท่านอาจารย์พยอม กัลยาโณ แห่งวัดสวนแก้ว จังหวัดนนทบุรี ได้เริ่มทำการเทศนา สั่งสอนพระสงฆ์และคนไทยให้ลดละเลิก บุหรี่ซึ่งไม่มีความจำเป็นสำหรับชีวิต และก่อให้เกิดพิษภัยหลายอย่าง (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ 2542:26)

2. นายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญ และการผลักดันคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่

แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยนายแพทย์ สงคราม ทรัพย์เจริญ เลขาธิการในขณะนั้น (พ.ศ. 2517) ได้ทำจดหมายถึงรัฐบาลชี้แจงถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และขอให้รัฐบาลไทยดำเนินนโยบายบังคับให้โรงงานยาสูบพิมพ์คำเตือนเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพของการสูบบุหรี่ บนซองบุหรี่ ความพยายามของแพทยสมาคมในครั้งนั้น นับว่าเป็นการแสดงบทบาทที่สำคัญของสมาคมวิชาชีพ ในการปกป้องสุขภาพของประชาชน (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ 2542: 22) ซึ่งคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีความล่าช้าอยู่บ้าง เช่น ระหว่างปี พ.ศ. 2517-2523 มีการพิมพ์คำเตือนสุขภาพด้านข้างของซองบุหรี่ (หนึ่งข้าง) (ประภิต วาทีสาธก กิจ 2551:41) ด้วยข้อความ “การสูบบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ” เป็นข้อความ “การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ” ระหว่างปี พ.ศ. 2523-2532 ซึ่งเป็นตัวอักษรที่มีขนาดเล็ก มาโดยตลอด จนกระทั่งระหว่างปี พ.ศ. 2535-2540 มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นขนาดหนึ่งส่วนสี่ของพื้นที่ทั้งหมดบนซองบุหรี่ทั้งสองด้าน

การเสนอให้มีคำเตือนบนซองบุหรี่ (พ.ศ. 2517) โดย นายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญเป็นผู้ริเริ่มให้ความรู้เรื่องพิษภัยของการสูบบุหรี่แก่ประชาชน และให้รัฐบาลบังคับมีคำเตือน "สูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ" บนข้างซองบุหรี่ได้สำเร็จ และผลักดันให้มีบทลงโทษแก่ผู้สูบบุหรี่ในโรงพยาบาลและรถประจำทางในเขต กทม. โดย นายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญ ซึ่งเป็นเลขาธิการในขณะนั้น ได้ทำจดหมายถึงรัฐบาลชี้แจงถึงอันตราย ของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และขอให้รัฐบาลถือเป็นนโยบายในเรื่องนี้ และได้เรียกร้องให้โรงงานยาสูบงดการโฆษณาขายบุหรี่ (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ 2542: 22)

1. ขอให้บังคับให้โรงงานยาสูบ พิมพ์คำเตือน ระบุอันตรายจากการสูบบุหรี่ ต่อสุขภาพบนซองบุหรี่
2. ขอให้ห้ามสูบบุหรี่ ในสถานที่แออัดที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น ในโรงพยาบาล รถโดยสาร ห้องประชุม เป็นต้น
3. ขอให้ทางป้องกันเยาวชน อย่าให้ตั้งต้นสูบบุหรี่
4. ขอให้สื่อมวลชน และทางราชการให้สุศึกษา เรื่อง อันตรายของการสูบบุหรี่ และแนะนำวิธีป้องกันอันตราย จากการสูบบุหรี่

ข้อเสนอของแพทยสมาคมฯ ต่อรัฐบาลประการเดียวที่เกิดผลในระยะต่อมา คือ โรงงานยาสูบต้องพิมพ์ค่าเตือน บนซองบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ในการพิมพ์ได้ขอต่อจากข้อความที่แพทยสมาคมฯ เสนอ คือ "การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ" มาเป็น "การสูบบุหรี่มาก และเป็นระยะยาว เป็นอันตรายต่อสุขภาพ" ผลที่สุดก็ยอมให้พิมพ์ข้อความว่า "การสูบบุหรี่ อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ" การเจรจาต่อรองครั้งนี้ นายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญ ต้องเคลื่อนไหวผ่านคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม ค่าเตือนข้างซองบุหรี่ ด้วยตัวหนังสือขนาดเล็ก สีที่ซีดจาง ยากแก่การมองเห็นว่า "การสูบบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ" นั้น ไม่น่าจะมีผลกระทบต่อการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่มากนัก เนื่องจากยากที่จะเห็นข้อความข้างซองบุหรี่ หรือแม้เห็นข้อความ ก็ไม่แน่ใจว่า โฆษกภัยของบุหรี่มีมาก เพราะใช้คำว่า "อาจ" ซึ่งหากต้องการให้ได้ผลจริงๆ แล้ว ต้องพิมพ์ข้อความบนซอง (หน้าซอง) บุหรี่ ด้วยตัวหนังสือที่ชัดเจน บนพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20-25 ของพื้นที่หน้าซองบุหรี่ นอกจากนี้ ข้อความค่าเตือน จะต้องมีความชัดเจน ในเรื่องโทษภัย และมีหลายๆ ค่าเตือนสลับกันไป เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงโทษภัยของบุหรี่ ต่อผู้สูบ และผู้อยู่ข้างเคียงซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาค่าเตือน ระบุโทษภัยของผู้สูบบุหรี่ และผู้อยู่ข้างเคียงอย่างชัดเจน บนซองบุหรี่ ดังที่ปรากฏในปัจจุบัน

ต่อมาปี พ.ศ. 2519 กรุงเทพมหานครได้ออกข้อบัญญัติเรื่อง ควบคุมความเป็นระเบียบเรียบร้อย และการอนามัย ในโรงภาพยนตร์ และรถประจำทาง โดยกำหนดว่า ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์ และในรถประจำทาง หากฝ่าฝืน มีความผิดต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท และห้าร้อยบาท ตามลำดับนายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญได้นำปัญหานี้มาพิจารณา และได้เสนอให้ตราข้อบัญญัตินี้ขึ้นมาเป็นกฎหมาย ข้อบัญญัติฉบับนี้ กว่าจะมีการใช้ปฏิบัติอย่างจริงจัง ในปี พ.ศ.2521 ซึ่งในปีนั้น กรุงเทพมหานครได้จับผู้ฝ่าฝืนได้ประมาณ 8,000 คน และเก็บค่าปรับได้ถึง 1,313,150 บาท ทั้งนี้ การบังคับใช้กฎหมายในเวลาต่อมา มีผลมาน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับผู้บริหาร กทม. ในแต่ละชุด ว่าให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เพียงใด อย่างไรก็ตาม ต่อมาอีก 16 ปี รัฐสภาได้ออก พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 มีผลบังคับใช้ทั่วประเทศ

3. นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ และกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ "ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและประธานรัฐสภาศิโรตถ์อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (2550-2551) ได้ยื่นหยัดต่อสู้กับผู้ค้าบุหรี่ นักการเมืองและอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติดังต่อไปนี้ (วิจารณ์ พานิช 2009)

วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ.2532 นายแพทย์หทัย ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ได้ออกมาคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ ด้วยความห่วงใยต่อสุขภาพของเพื่อนร่วมชาติ จากนั้นวันที่ 10 เมษายน พ.ศ.2532 สมาคมผู้ส่งออกบุหรี่ของสหรัฐฯ (USCEA) ได้ยื่นหนังสือฟ้องต่อสำนักผู้แทนการค้าสหรัฐฯ (USTR) ซึ่งต่อมาสำนักผู้แทนการค้าของสหรัฐฯ ได้ดำเนินการเจรจา และได้สวน ทำให้ประเทศสหรัฐฯ เสียภาพพจน์อย่างมากต่อชาวโลกเหตุการณ์ที่ตามมาคือ มีกระแสคัดค้านการนำเข้าบุหรี่อเมริกันอย่างต่อเนื่อง จากทั้งนักการเมืองระดับสูง เช่น นายชวน หลีกภัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น จากองค์กรทางด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ตลอดจนจากคอลัมนิสต์ ในหนังสือพิมพ์ไทย และต่างประเทศ ด้วยเหตุผลที่ว่า จะกระทบกระเทือนสุขภาพของคนไทยในระยะยาว เพราะเมื่อยอมให้บุหรี่ต่างประเทศเข้ามาแล้ว คนไทยจะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน โดยเฉพาะในเยาวชน และผู้หญิงในปี พ.ศ. 2532 นายแพทย์หทัยจึงเสนอ นายชวน หลีกภัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น จัดตั้ง "คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ" ซึ่งนับเป็นผลงาน "ชิ้นโบแดง" หลังตั้งคณะกรรมการที่เป็นเสมือนตัวจุดชนวนให้คนไทยตื่นตัวต่อต้านการสูบบุหรี่มากขึ้น การดำรงตำแหน่ง "ประธานกรรมการร่างกฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทย" จนสามารถออก พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ซึ่งมีสาระสำคัญ "ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ จนนำมาสู่การห้ามวางโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย"

นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ได้ต่อสู้เพื่อขัดขวางบริษัทบุหรี่มาหลายครั้ง ตัวอย่างการต่อสู้กับการสนับสนุนของฟิลลิป มอร์ลิส (ในที่นี้ใช้ชื่อย่อว่า "PM ") ต่อการจัดงานประกวดภาพวาดอาเซียน ในปี พ.ศ. 2537 PM ประกาศอุปถัมภ์งานศิลปะในภูมิภาคอาเซียน (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ) จนมาถึง ปี พ.ศ.2547 นายแพทย์หทัย ได้จัดเหตุการณ์ตอบโต้ PM ภายใต้ชื่อ "ต่อสู้จนอยู่หมัด ล้มการจัด

ประกวดภาพวาดอาเซียน”โดยการใช้เยาวชนเป็นเครื่องมือในการรณรงค์ต่อสู้กับการ
อุปถัมภ์ของ PM ที่มีต่อการจัดประกวดงานศิลปะ การจัดกิจกรรมนี้ บริษัท PM ได้ลงทุน
ถึง 600,000 เหรียญ หรือ ประมาณ 24 ล้านบาท ในการจัดฉลองครบ 10 ปี ของ
ความสำเร็จในการอุปถัมภ์ศิลปกรรมอาเซียน แต่ไม่สามารถดำเนินการประชาสัมพันธ์
ความสำเร็จในการดำเนินเหตุการณ์ครั้งนี้ เป็นตัวอย่างให้นักชี้แนะการควบคุมยาสูบไทย
ได้นำยุทธวิธีนี้มาใช้ในการต่อสู้กับยุทธศาสตร์ Nico-philantropyของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ
ในเวลาต่อมา

นายแพทย์ หทัย ชิตานนท์ได้ต่อสู้ในประเด็นสุขภาพเนื่องการค้ายาสูบ ท่านเป็น
ผู้แทนจากประเทศไทยไปประชุมสมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 42 และได้
ร่างแนวทางชี้แนะว่าการได้ตอ (sanctions) ทางการค้าไม่ควรนำมาใช้บังคับประเทศใด
ประเทศหนึ่งให้ยอมรับการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้แทนจากประเทศอื่นๆ ยังไม่เข้าใจ และ
ตอบว่า เรามาพูดเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องการค้า แต่นายแพทย์ หทัย นำเสนอประเด็น
ดังกล่าว (ในคณะกรรมการชุด A) และนับเป็นครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่าง
เป็นทางการถึงอันตรายอย่างมหันต์จากการค้าต่อ การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเด็นนี้
ยังคงเป็นประเด็นที่สำคัญสำหรับกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (นิทัศน์ ศิริ
โชติรัตน์ 2558)

4. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประกิจ วาทิสาทกกิจ และมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อ การไม่สูบบุหรี่ (โรงพยาบาลรามาริบัติ ภาควิชาอายุรศาสตร์ 2530)

เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานในภาควิชาอายุรศาสตร์ อาจารย์ประกิจมีความสนใจในด้าน
โรคติดเชื้อในปอดและวัณโรคปอดเป็นหลักจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2529 ศาสตราจารย์
นายแพทย์อรรถสิทธิ์เวชชาชีวะ ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ใน
ขณะนั้น ได้แนะนำและชักชวนให้อาจารย์ประกิจมาทำงานด้านการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบ
บุหรี่ เพราะเล็งเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายในคนไทย และไม่มีหน่วยงาน
ใดที่ดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้คนไทยสูบบุหรี่มากขึ้น ต่อมาเมื่ออาจารย์อรรถสิทธิ์ไปรับ
ตำแหน่งคณบดี ด้วยความร่วมมือของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี จึงได้เกิด
โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ขึ้น โดยมอบหมายให้อาจารย์ประกิจเป็นผู้ดำเนินการ
เมื่อเริ่มต้นเปิดโครงการที่โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นครั้งแรก ได้จัดให้มีการจัดสัมมนา

ขณะที่พลตรีจำลอง ศรีเมือง ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครในขณะนั้นมาร่วมงานด้วย ในงานมีการพานักข่าวไปดูคนไข้โรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นผลกระทบทางสุขภาพโดยตรงจากการสูบบุหรี่ ปรากฏว่างานสัมมนาได้ผลดีมากเพราะได้ลงข่าวหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง และออกทีวีทุกช่อง อาจารย์ได้ทุ่มเทอย่างจริงจังกับการรณรงค์เพื่อให้คนไทยพ้นจากความเจ็บป่วยและความตายจากการสูบบุหรี่ โดยอาศัยการแถลงข่าวต่อสื่อมวลชนเพื่อให้ข้อมูลถึงผลร้ายของบุหรี่ต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องอาจารย์ใช้ผู้ป่วยจริงเป็นตัวอำนวยการสื่อสารถึงความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากพิษภัยของบุหรี่ ในช่วงที่อาจารย์อรรถสิทธิ์ดำรงตำแหน่งเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการผลักดันมาตรการทางกฎหมายที่แม้แต่ในต่างประเทศก็ไม่สามารถฝ่าด่านอิทธิพลผู้ผลิตและผู้จำหน่ายบุหรี่ได้เช่น ในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการออกกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ และเกิด พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ขึ้นโดยกำหนดให้สถานที่สาธารณะต่างๆ เป็นเขตปลอดบุหรี่ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วอย่างญี่ปุ่น ฝรั่งเศส หรือสหรัฐอเมริกา ยังมีการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะอย่างแพร่หลายนอกจากนี้ ยังมีการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่เป็นระยะ ส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลงจากร้อยละ 30 เหลือร้อยละ 20 และอัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายลดลงจากร้อยละ 70 เหลือร้อยละ 50จนกระทั่งประเทศไทยเป็นประเทศ “ตัวอย่าง” ของโลกในความสำเร็จของการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ งานที่น่าภาคภูมิใจของอาจารย์ คือการผลักดันให้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพหรือ ส.ส.ส. โดยอาศัยเงินที่เก็บเพิ่มจากภาษีสุราและบุหรี่ ร้อยละ 2 ต่อปีเพื่อใช้ในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศแรกๆของโลกที่จัดตั้งกองทุนนี้ได้สำเร็จ เป็นที่ชื่นชมของประเทศอื่นๆ ในสังคมโลก



บทที่ 1

บทนำ

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. สถานการณ์และทิศทางของโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคยาสูบ
2. ผลกระทบที่ยาสูบและภัยคุกคามทางสุขภาพของประชากร
3. ควันบุหรี่มือสอง
4. การสูบบุหรี่ของเยาวชน
5. การสูบบุหรี่ของผู้หญิง
6. บริษัทบุหรี่กับคดีฟ้องร้อง

1. สถานการณ์และทิศทางของโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคยาสูบ

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรคในประชากรโลกมากที่สุดเป็นอันดับที่ 3 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบมีอายุไม่เกิน 44 ปี ในขณะที่ประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะโรคและบาดเจ็บ ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 2 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ, 2557)

1.1 สถานการณ์ของโรคเรื้อรังและโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคยาสูบ

การบริโภคยาสูบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ 50% ในวัยกลางคน (Doll, et al., 1994) การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและการได้รับควันบุหรี่ เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรโลกประมาณ 5 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปี ค.ศ. 2000 (Ezzati, et al. 2003) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 5.4 ล้านคนในปี ค.ศ. 2006 (Tobacco Free Initiative, 2007) และมีการคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีการเสียชีวิตของ 10 ล้านคนในแต่ละปีจากการบริโภคยาสูบ (Gajalakshmi, et al., 2000)

ประเทศที่กำลังพัฒนามีจำนวนประชากรที่เสียชีวิตจากยาสูบเพิ่มมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2000 ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากยาสูบเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา และในปี ค.ศ. 2030 มีการประมาณการว่า 70% ของผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากยาสูบเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา นอกจากนี้ การบริโภคยาสูบยังเป็นสาเหตุของความยากจนเพราะแทนที่จะมีรายได้สำหรับค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล และการศึกษา ซึ่งเป็นความจำเป็นพื้นฐาน กลับนำไปใช้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบแทน (Esson, et al., 2004)

มีการประมาณการว่ามีจำนวนบุหรี่มากกว่า 5 หมื่นล้านมวน (5 trillion) จำหน่ายแต่ละปี และส่วนใหญ่ผลิตโดยบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ เช่น ฟิลิป มอริส (ซึ่งปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งของบริษัท Altria) บริติช อเมริกัน โทแบคโก (British American Tobacco) แจแปน โทแบคโก (Japan Tobacco) เจ อาร์ เรย์โนลด์ส์ (JR Reynolds) และ ไชน่า เนชั่นแนล โทแบคโก คอร์ปอเรชั่น (China National Tobacco Corporation) (The Tobacco Atlas, 2002)

บุหรี่ในปัจจุบันนี้ไม่เหมือนในสมัยของโคลัมบัสเพราะใบยาสูบเป็นเพียงส่วนประกอบหนึ่งในบุหรี่ยุคปัจจุบัน ซึ่งมีการผลิตที่สลับซับซ้อนและประกอบด้วยสารปรุงแต่งนับร้อยซึ่งปล่อยสารเคมีหลายพันชนิดเมื่อถูกเผาไหม้ รวมทั้งสารเคมีอันตรายอีกมาก เช่น อะซีโตน (acetone) แอมโมเนีย (ammonia) สารปรอท (arsenic) เบนซีน (benzene) แคดเมียม (cadmium) และฟอร์มัลดีไฮด์ (formaldehyde) (Hoffmann and Hoffmann 2004) เป็นที่ทราบกันอย่างกว้างขวางว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลายชนิด โรคหัวใจ โรคเส้นโลหิตในสมองแตก (strokes) โรคถุงลมปอดโป่งพอง (emphysema) และโรคอื่นๆ (WHO, 2008b.)

การพัฒนาหลายๆ อย่างเกิดขึ้นตั้งแต่ต้นศตวรรษนี้ เพื่อเอื้อต่อการขยายตลาด

บุหรี่ระดับโลก ถึงแม้บุหรี่จะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บก็ตาม การค้าเสรีนานาชาติ (international trade liberalization) ซึ่งลดกำแพงหรืออุปสรรคสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบทั่วโลกเพื่อการจำหน่ายและการกระจายสินค้า (Taylor et al. 2000) การใช้สื่อโฆษณาในระดับนานาชาติเพิ่มขึ้นในการโฆษณาเพื่อเอื้อให้เกิดการขายตลาดนานาชาติ ทำให้เกิดตลาดใหม่ๆ ในประเทศที่กำลังพัฒนา (Tye, et al. 1987; Amos, et al. 2004) กฎหมายสำคัญอีกอย่างหนึ่งของ 'การระบาด' ของยาสูบคือข้อเท็จจริงที่หลายคน พบว่า การสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมที่เพลิดเพลินอย่างหนึ่ง ถึงแม้จะทำให้เกิดผลเสียทางสุขภาพระยะยาว

ถึงอย่างนั้นก็ตาม หลายคนมองว่าการสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมทางสังคม หรือเป็นการผ่อนคลายความเครียดและความกังวลใจ (Kouvonen, et al. 2005) บางคนพยายามแม้กระทั่งใช้การสูบบุหรี่เป็นวิธีในการควบคุมน้ำหนัก (Strauss, et al. 2001) บางที่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเพิ่มอุปสงค์ของการบริโภคยาสูบอยู่ที่คุณสมบัติของการเป็นสารเสพติดของนิโคติน ในขณะที่ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่มีประสบการณ์ตรง การขาดสารนิโคตินเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดอาการหลายอย่างที่ไม่รู้สึกลึกลับ เช่น ความโหยหา (cravings) ความกระสับกระส่าย (restlessness) และความกระวนกระวายใจ (anxiety) อาการเหล่านี้ทำให้ยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่

ข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกนำเสนอถึงยาสูบซึ่งพบว่า ยาสูบได้ฆ่าถึงครึ่งหนึ่งของผู้บริโภคนยาสูบ คือ ประมาณ 6 ล้านคนในแต่ละปี และการเสียชีวิตมากกว่า 5 ล้านคนเป็นผลมาจากการใช้ยาสูบโดยตรง ในขณะที่มากกว่า 600,000 คน เป็นผลมาจากผู้ไม่สูบบุหรี่สัมผัสกับควันบุหรี่มือสองเกือบ 80% ของประชากรโลกหนึ่งพันล้านผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระดับต่ำและรายได้ปานกลางประเทศ ในพื้นที่ภูมิภาคพบความชุกของผู้สูบบุหรี่หญิงชายที่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปี (Prevalence of smoking any tobacco product among persons aged \geq 15 years) ปี พ.ศ. 2555 ภาพรวมระดับโลก หญิงร้อยละ 6.8 ชายร้อยละ 36.1 เมื่อจำแนกตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในทวีปแอฟริกาหญิงร้อยละ 2.4 และชาย 24.2 ทวีปอเมริกา หญิงร้อยละ 13.3 ชาย 22.8 ภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ หญิงร้อยละ 2.6 ชาย 32.1 ทวีปยุโรป หญิงร้อยละ 19.3 ชาย 39 ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (Eastern Mediterranean) หญิงร้อยละ 2.9 ชาย 36.2 ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก (Western Pacific) หญิงร้อยละ 3.4 ชาย 48.5 (World Health Statistics, 2016)

เกือบร้อยละ 80 ของผู้สูบบุหรี่มากกว่า 1 พันล้านคนทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศ รายได้ต่ำและรายได้ปานกลางซึ่งเป็นประเทศที่ภาระโรคอันมีสาเหตุจากยาสูบและความ ตายที่หนักที่สุดผู้สูบบุหรี่ที่ตายก่อนเวลาอันควร เพิ่มค่าใช้จ่ายของการดูแลสุขภาพและ เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจในบางประเทศเด็กจากครอบครัวที่ยากจน จำเป็นต้อง ทำการเกษตรกรรมยาสูบ เพื่อหารายได้ให้แก่ครอบครัว เด็กเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเป็น "โรคยาสูบสี่เหลี่ยม" ซึ่งเกิดจากนิโคตินที่ถูกดูดซึมผ่านทางผิวหนังจากการสัมผัสใบยาสูบ เปียก (WHO Tobacco Fact sheet, June 2016)

การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพ และ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ควันบุหรี่ เป็นสารพิษที่วงการแพทย์ระบุว่า เป็นสารก่อมะเร็ง ควันบุหรี่ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ที่ฟุ้ง กระจายไปทุกทิศทางนั้น ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้ชิดด้วยสถาบันพิทักษ์ สิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกาและศูนย์วิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ พิสูจน์แล้วว่า ควันบุหรี่ก่อ สารพิษเช่นเดียวกับคนสูบบุหรี่ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าใน คริสต์ศตวรรษที่ 20 ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณ 100 ล้านคน ซึ่งใน ปัจจุบันประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 5.4 ล้านคนต่อปี และหากไม่มีมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบที่เข้มแข็งคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 การเสียชีวิตดังกล่าวจะ เพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2009) แต่สิ่งที่น่าสนใจ คือ ใน แต่ละปีมีคนไม่สูบบุหรี่หลายแสนคนต้องเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือ สอง (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ 2555)

ประมาณการสถานการณ์ทั่วโลก พบว่า เยาวชนสูบบุหรี่ถึง 150 ล้านคน และจะ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหญิง ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้สูบบุหรี่จะสูบบุหรี่ก่อนอายุ 18 ปี และครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากรูปแบบดังกล่าวนี้ยังคง ดำเนินต่อไปสามารถคาดการณ์ได้ว่าจะมีเด็กและเยาวชนจำนวนถึง 250 ล้านคนทั่วโลก ที่ จะเสียชีวิตจากผลของการสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งนี้ บุหรี่ยังเป็นสารเสพติดชนิดแรกที่วัยรุ่นเสพและเป็นสื่อนำไปสู่การติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ ที่ร้ายแรงกว่า เช่น สุรา เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า เป็นต้น

การศึกษาวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่า เพศ อายุและระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้นจะสูบบุหรี่มากขึ้น นอกจากนี้ยัง

พบว่าพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชาย อัตราการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าวัยรุ่นหญิงถึง 10 เท่า ตลอดจนเรื่องของการทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่มองการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่กับวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ มีความคิดตรงข้ามกันในเรื่องความน่าดึงดูดใจ โดยผู้สูบบุหรี่มองว่าผู้ชายหรือผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะทำให้หน้าดึงดูดใจมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

ควันบุหรี่มือสองเป็นควันที่อยู่ในร้านอาหาร สำนักงาน หรือพื้นที่ปิดอื่นๆ เมื่อมีคนสูบบุหรี่ผลิตภัณฑ์ยาสูบเช่นบุหรี่หรือซิการ์ขนาดเล็กมวนด้วยมือของอินเดีย (bidis) และบุหรี่น้ำ (water pipe) มีสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิดในควันบุหรี่ ซึ่งอย่างน้อย 250 ชนิดที่เป็นที่รู้จักกันซึ่งจะเป็นอันตรายและกว่าร้อยละ 50 เป็นที่รู้จักกันว่า จะก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ดังนั้นจึงไม่มีระดับที่ปลอดภัยจากการสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง (WHO Tobacco Fact sheet, June 2016)

ในผู้ใหญ่สูบบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือดและระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรงรวมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคมะเร็งปอด ในเด็กทารกจะทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหัน ในหญิงตั้งครรภ์จะทำให้น้ำหนักแรกเกิดต่ำเกือบครึ่งหนึ่ง ควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่า 600,000 คนต่อปี ในปี ค.ศ.2004 คิดเป็น 28% ของการเสียชีวิตเนื่องมาจากการสูบบุหรี่มือสอง

ทุกคนควรจะสามารถสูดอากาศที่ปลอดควันบุหรี่ การมีกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่หรือพื้นที่ปลอดบุหรี่ เพื่อปกป้องสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ซึ่งเป็นที่นิยมไม่เป็นอันตรายต่อธุรกิจและส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่ จากสถิติที่องค์การอนามัยโลกนำเสนอ พบว่ามากกว่า 1.3 พันล้านคน หรือ 18% ของประชากรของโลกที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายปลอดบุหรี่แห่งชาติที่ครอบคลุม

จากข้อมูลทางสถิติขององค์การอนามัยโลก ทำให้ทราบว่า การบริโภคยาสูบเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ใน พ.ศ.2554 มีประชากรทั่วโลกราว 5 ล้านคน ที่ต้องเสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ฯลฯ ตัวเลขดังกล่าวนี้ยังไม่รวมถึงประชากรราว 6 แสนคนที่จะเสียชีวิตจากการสูดควันบุหรี่มือสอง (Second-hand smoke) โดยในจำนวนดังกล่าว มีเด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจากคนในครอบครัวสูงถึง 1 ใน 4 คือราว 1.5 แสนคน มีการคาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2030 จะมีคนเสียชีวิตจากการบริโภค

ยาสูบหรือบุหรี่สูงถึง 8 ล้านคนต่อปี หรือคาดว่าจะมีคนเสียชีวิตมากถึง 1 พันล้านคนในศตวรรษที่ 21

1.2 สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย

การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศและสากล องค์การอนามัยโลกได้จัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้นๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน สำหรับประเทศไทยการสูบบุหรี่นับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงเป็นลำดับที่ 2 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ, 2557) โดยพบว่าผู้เสียชีวิตมากกว่า 50,000 รายต่อปี และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม การสูญเสียทางเศรษฐกิจไม่น้อยกว่าปีละ 52,189 ล้านบาท คิดเป็น 0.54% ของ GDP ในภาพรวมของประเทศโดยเป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมถึงปีละ 11,200 ล้านบาท ที่เกิดจากโรคทุกโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ, 2557)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมพบว่า ในช่วง พ.ศ. 2532-2552 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 32.0 และ 20.7 ตามลำดับ) พ.ศ. 2554 อัตราสูบเพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 21.4 และลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ใน พ.ศ. 2556 ผลสำรวจครั้งล่าสุดใน พ.ศ. 2557 อัตราการสูบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 นอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาล 1.3 เท่า (ร้อยละ 23.0 และ 18.0 ตามลำดับ)

จากการสำรวจอัตราการบริโภคยาสูบจำแนกตามเพศพบว่า ในช่วง พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา เพศหญิงมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ 2.1 จากที่เคยต่ำสุดใน พ.ศ. 2550 ร้อยละ 1.94 และในเพศชาย พบว่า มีอัตราการบริโภคยาสูบลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยใน พ.ศ. 2554 ร้อยละ 41.69 และลดลงใน พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 40.00 จากผลการสำรวจใน พ.ศ. 2557 พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเทียบกับ พ.ศ. 2550 ซึ่งพบว่า ทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่น กล่าวคือ จาก พ.ศ. 2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปี และใน พ.ศ. 2557 ลดลงเป็น 15.6 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี มีอัตราการบริโภคยาสูบที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงปี 10 ปีที่ผ่านมา และมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 8.25 จากสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองในประชากรยังคงอยู่ในระดับสูง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ดังนั้นจากสถานการณ์ของการควบคุมการบริโภคยาสูบมีข้อค้นพบ 2 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคยาสูบของประชากรไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและคนในชนบทมีอัตราเพิ่มขึ้น และมีการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชากรอยู่ในระดับสูง (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2556)

จากสถานการณ์การบริโภคยาสูบข้างต้นพบว่า อัตราการบริโภคยาสูบของประเทศไทยมีอัตราลดลงอย่างคงที่ กล่าวคือไม่มีความแตกต่างกันมากนักในแต่ละช่วงปี ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินมาตรการในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบ และจากผลการสำรวจชี้ให้เห็นว่า อายุของนักสูบหน้าใหม่ลดลง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรทบทวนและบังคับใช้มาตรการและกฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสกัดกั้นการเกิดนักสูบหน้าใหม่ และช่วยให้ผู้สูบลดและเลิกยาสูบเมื่อพิจารณาอัตราการตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ 3 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมปอดโป่งพอง พ.ศ. 2554-2556 พบว่าอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นในทุกปีและการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะยังคงสูง โดยเฉพาะในตลาด สถานีขนส่ง ร้านอาหาร และวัด ทั้งนี้การควบคุมยาสูบต้องเจาะจงถึงผลสัมฤทธิ์ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคที่ยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

นโยบายการควบคุมยาสูบเน้นการป้องกันผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ การคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสอง และการลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตขึ้นโดยมาตรการด้านต่างๆ ที่ประเทศไทยได้ดำเนินการได้อยู่ในระดับแนวหน้าของโลก กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มรูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เลิกบุหรี่ 1600 เพื่อให้เป็นไปตามมาตรา 11 แห่งกรอบอนุสัญญาฯ (FCTC) กระทรวงการคลังได้ประกาศขยายเขตห้ามสูบบุหรี่จากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90 การประชุมสมัชชาสุขภาพของประเทศไทยผู้ลงนามในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

(Conference of the Parties III) ได้มีความก้าวหน้าในการกำหนดแนวทางและกติการะดับนานาชาติในหลายด้าน โดยเฉพาะเกี่ยวกับภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายสินค้ายาสูบ การค้าบุหรี่เถื่อน และการป้องกันไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายของรัฐ แต่การผลักดันมาตรการต่างๆ ในกรอบอนุสัญญาฯ ยังต้องเผชิญกับการลดทอนน้ำหนักจากบางประเทศที่ยังสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบอยู่

องค์การอนามัยโลกได้ประเมินการควบคุมยาสูบของประเทศไทยเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 และชี้ว่า การควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จอย่างชัดเจนความสำเร็จที่เด่นชัด ได้แก่ การพิมพ์ภาพและคำเตือนบนซองยาสูบ การห้ามโฆษณาและการมีกฎหมายที่ครอบคลุม อันเกิดจากบทบาที่เข้มแข็งขององค์กรต่างๆ ทุกภาคส่วน แต่เสนอแนะว่า ควรพัฒนาเพิ่มขึ้นในอีกหลายด้าน อาทิ การเสริมศักยภาพหน่วยงานที่รับผิดชอบภาครัฐ และการบังคับใช้กฎหมาย ขยายเครือข่ายในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น การขยายบริการเลิกบุหรี่ และการจัดเก็บภาษีจากราคาขายปลีก เป็นต้น

2. ผลกระทบที่ยาสูบและภัยคุกคามทางสุขภาพของประชากร

2.1 ภาวะโรคที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

พยาธิกำเนิดหรือการเกิดโรคหัวใจ หรือโรกระบบหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับยาสูบเชื่อว่า มาจากสารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่พิษสูงนี้ได้ในสัตว์ทดลอง ส่วนสารอื่นๆ ในควันบุหรี่ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุร่วมคือสารแคดเมียม ไนโตรโคออกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ คาร์บอนไดซัลไฟด์ สารเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเส้นเลือดที่นำไปสู่การเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบ คือ เกิดเส้นเลือดแข็ง ผนังเส้นเลือดหนา เกิดเลือดจับตัวเส้นเลือดหัวใจหดตัว หัวใจเต้นไม่ปกติ ผลคือ ทำให้เลือดเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้

นอกจากการสูบบุหรี่แล้ว สาเหตุอื่นของโรคเส้นเลือดหัวใจตีบคือ โรคความดันเลือดสูง ไขมันเลือดสูง เบาหวาน โดยการสูบบุหรี่จะเป็นตัวเร่งให้ผู้ที่เป็โรคเหล่านี้เกิดการตีบตันของเส้นเลือดเร็วขึ้น

ในส่วนของผู้ที่เป็โรคเส้นเลือดตีบแล้ว บางครั้งต้องใช้ศัลยกรรมช่วยแก้ไข ตัดต่อเส้นเลือด และหากผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่ พบว่าหาก

ผ่าตัดแล้วยังสูบบุหรี่ต่อโอกาสเกิดเส้นเลือดตีบตันจะสูงมาก และอัตราการรอดชีวิตจะต่ำกว่าผู้ที่เลิกบุหรี่ได้

จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันเลือดสูงและมีไขมันในเลือดจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไปโดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ติดบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10-15 ปี

องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ในสตรีที่ได้รับยาคุมกำเนิด จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าสตรีทั่วไปถึงเกือบ 40 เท่า และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบและเกิดโรกระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการตายจากมะเร็งปอดได้ถึงร้อยละ 87 ซึ่งมะเร็งปอดนั้นจัดว่าเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญจากโรคมะเร็งทั้งในผู้หญิงและผู้ชายโรคปอดเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพองและปอดอักเสบเรื้อรัง) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งไต มะเร็งตับอ่อน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Acute myeloid leukemia)

นอกจากการสูบบุหรี่โดยตรงแล้ว การได้รับควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อม (Secondhand smoker of environmental tobacco smoke; ETS) ก่อให้เกิดมะเร็งปอด โรคหัวใจและโรกระบบทางเดินหายใจในเด็กได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (การสูบบุหรี่จากสิ่งแวดล้อมนั้นประกอบไปด้วยการได้รับควันบุหรี่ที่เผาไหม้และควันที่ผู้สูบบุหรี่หายใจออกมาจากปอด) องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมอเมริกา (U.S. Environmental Protection Agency: EPA) สถาบันพิษวิทยาด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมอเมริกา (The National Institute of Environmental Health Science's National Toxicology Program) และองค์การอนามัยโลกด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับมะเร็ง (WHO's International Agency for research on Cancer: IARC) ได้จัดว่าการได้รับควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อมเป็นการก่อให้เกิดมะเร็ง

การควบคุมยาสูบ ปัจจุบัน ใช้กฎหมายระดับโลก คือกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก การบังคับใช้ทางกฎหมายเกี่ยวกับภาพคำเตือนสุขภาพและยาสูบและการควบคุมตลาดยาสูบ

การควบคุมตลาดยาสูบมีเหตุผลสนับสนุน ดังนี้ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2559)

ประการที่หนึ่ง อุตสาหกรรมยาสูบมีมูลค่าทางการตลาดสูงมาก

จากการศึกษาพบว่า อุตสาหกรรมยาสูบนั้นมีมูลค่าทางการตลาดสูง ในออสเตรเลียเองหนึ่งปีก่อนประกาศใช้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบง่าย ผู้บริโภคใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่เป็นจำนวนมากถึง 4.8 พันล้านเหรียญดอลลาร์ออสเตรเลีย ข้อมูลที่น่าสนใจคือ การสำรวจค่าใช้จ่ายในร้านสะดวกซื้อและซูเปอร์มาร์เก็ตของคนออสเตรเลีย มีค่าใช้จ่ายบุหรี่ เป็นอันดับสองรองจากผลิตภัณฑ์นม (Dairy Product) นำหน้าค่าใช้จ่ายอื่นๆ อาทิ เครื่องดื่มเย็นทั่วไป อาหารแช่แข็ง และผลิตภัณฑ์เพื่อความงามและสุขภาพ

ประการที่สอง อุตสาหกรรมยาสูบมีผลกระทบเชิงลบ (Negative Externality) ต่อสังคม

เนื่องจากยาสูบ มีผลกระทบเชิงลบสร้างความเดือดร้อนเสียหายต่อสังคม และเศรษฐกิจในหลายรูปแบบ ที่ผู้ค้าไม่เคยนำมาคำนวณเป็นต้นทุนการผลิตว่าสังคมต้องแบกรับภาระอยู่มากน้อยเพียงไร นอกจากภาวะความเจ็บป่วยจากโรคร้ายนานาชนิดที่มีสาเหตุสำคัญจากบุหรี่ อุบัติเหตุ และความเดือดร้อนที่เกิดจากการหย่อนในประสิทธิภาพของการทำงาน ส่งผลเป็นวงกว้างต่อเศรษฐกิจ

ประการที่สาม นโยบายของรัฐต่ออุตสาหกรรมยาสูบได้รับความสนใจเป็นอย่างสูงจากหลายองค์กร

นับว่าการดำเนินนโยบายที่เข้มงวดเพื่อควบคุมและลดการบริโภคยาสูบ นั้นมิใช่เพียงถูกจับตามองจากกลุ่มผู้ค้าเท่านั้น นักวิชาการแขนงต่างๆ โดยเฉพาะการสาธารณสุขกฎหมาย ตลอดจนนักธุรกิจให้ความสนใจความเคลื่อนไหวของมาตรการที่ออกโดยรัฐอย่างมีนัยยะสำคัญ สถาบันต่างๆ ติดตามการฟ้องร้องในประเทศออสเตรเลียอย่างใกล้ชิด เพราะนอกจากนัยทางขับเคลื่อนนโยบายทางสุขภาพแล้ว ผลการตัดสินของอนุญาโตตุลาการคดีนี้จะสร้างบรรทัดฐานของการค้าระหว่างประเทศ ในกรณีที่นักลงทุนต่างชาติใช้สิทธิการระงับข้อพิพาทในคดีผ่านกระบวนการระหว่างประเทศผ่านกลไกอนุญาโตตุลาการ (Investor State Dispute Settlement: ISDS) โดยเฉพาะประเทศอื่นๆ ที่

มีความมุ่งหวังที่จะดำเนินการนโยบายคล้ายคลึงกันนี้เช่นเดียวกัน นับว่าเป็นการต่อสู้ที่ชัดเจนระหว่างการดำเนินนโยบายรัฐ และสิทธิการค้าเสรีของนักลงทุน

2.2 ภัยคุกคามทางสุขภาพของประชากรโลก

ปัจจุบันระดับของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับที่สูงมากจนองค์การอนามัยโลกกล่าวว่าสถานการณ์ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข แต่เป็นวิกฤติการณ์ระดับโลก จึงแสดงว่าเป็น “การระบาด” ของยาสูบและประกาศ “สงคราม” ต่อ ‘วิกฤติการณ์ยาสูบระดับโลก’ (WHO, 2008a) รายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับอุตสาหกรรมยาสูบเตือนว่า ‘การระบาดของยาสูบมีความน่าสะพรึงกลัวในการทำลายล้าง (devastating)’ และ ‘การต่อสู้กับยาสูบจะต้องมีการผนึกกำลังและต้องมีความรวดเร็ว โดยต้องเร่งรีบเหมือนกับการต่อสู้กับโรคติดเชื้อที่มีอันตรายต่อชีวิต’ (WHO, 2008 a)

สงครามกับผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นกรณีศึกษาประเด็นด้านสาธารณสุขซึ่งเจาะลึกถึงต้นเหตุของความไม่มั่นคงทางสุขภาพ ในกระบวนการวางกรอบการบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยคุกคามต่อประชากรและปัจจัยเอื้อต่อการจำกัดความหมายทางด้านการแพทย์ใหม่สำหรับคำว่าความไม่มั่นคง ความหมายของความไม่มั่นคงนี้หมายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคในประชากรมากกว่าจากการคุกคามทางการทหารและศัตรูทางการเมืองจากนอกประเทศ ถ้าจะให้สังคมมีสุขภาพที่ดีและมีความมั่นคง อัตราการสูบบุหรี่ในประชากรจะต้องลดลงเป็นอย่างมากทั่วโลก

เหตุใดการตัดสินใจส่วนบุคคลของประชากรโลกนับล้านทั่วโลกที่สูบบุหรี่เป็นนิสัย จึงถูกมองว่าเป็น ‘วิกฤติการณ์’ ‘ภัยคุกคาม’ และ ‘ระเบิดเวลา’? นอกจากการใช้คำเปรียบเปรยเกี่ยวกับความมั่นคงเป็นกลยุทธ์ทางด้านการสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) ปัจจัยสองอย่างมักจะบ่งชี้ให้เห็นถึงการให้มุมมองว่า การสูบบุหรี่เป็นต้นเหตุของความไม่มั่นคงของประชากร ซึ่งจำเป็นจะต้องกล่าวถึงมาตรการด้านสาธารณสุขและการแพทย์ ปัจจัยแรก มีจำนวนหรือระดับของการเสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบที่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่ามีจำนวนประชากรโลก 1 พันล้านคนที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ถึงแม้ในหลายส่วนของโลกอัตราการสูบบุหรี่ในเพศหญิงกำลังเพิ่มขึ้น) มีการประมาณการณ์ต่อไปว่าในแต่ละปีการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเสียชีวิตราว 5.4 ล้านคน – เป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับการเสียชีวิตจากโรค เอชไอ วีณโรค และมาลาเรีย รวมกัน (WHO,

2008 b) การสูญเสียชีวิต “โดยไม่จำเป็น” เป็นเหตุผลแรกที่ยธิบายว่า เหตุใดการบริโภคยาสูบจึงเป็นการคุกคามที่ร้ายแรงสำหรับประชากรโลก

การสูบบุหรี่เป็นสิ่งวิกฤติที่แทรกซึมอยู่ลึกลงสำหรับเหตุผลที่สองก็คือ มีผลกระทบทางลบสำหรับเศรษฐกิจ แน่แน่นอนว่า ผู้แทนของอุตสาหกรรมยาสูบชี้ให้เห็นว่าการผลิตยาสูบนำไปสู่การสร้างงาน ผลกำไร สำหรับธุรกิจและรายได้จากภาษีจำนวนมาก สำหรับท้องถิ่นและรัฐบาล ภาคส่วนธุรกิจยาสูบที่สำคัญมีอยู่ในประเทศต่างๆ เช่น จีน อินเดีย อินโดนีเซีย ไทย ตุรกี อียิปต์ บังคลาเทศ และฟิลิปปินส์ ประเทศเช่น มาลาวี และซิมบับเวต่างมีรายได้จำนวนมากจากการส่งออกใบยาสูบ

องค์การอนามัยโลกตอบโต้อย่างหนักแน่นในมุมมองทางด้านสาธารณสุขว่า “อุตสาหกรรมยาสูบให้กับประเทศต่างๆ มากกว่าที่กล่าวมา คือ ความทุกข์ทรมาน โรคภัยไข้เจ็บ ความตาย – และความสูญเสียต่างๆ ทางเศรษฐกิจ ในปัจจุบันการบริโภคยาสูบทำให้เกิดความสูญเสียในแต่ละปีเป็นจำนวนเงินหลายแสนล้านดอลลาร์ (hundreds of billions of dollars) ต่อปี การเสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบ ทำให้สูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความสูญเสียเหล่านี้คิดเป็นมูลค่าราว 9 หมื่น 2 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี การสูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจในประเทศที่กำลังพัฒนา และมีประชากรมาก – หลายประเทศเป็นศูนย์กลางการผลิตทางเศรษฐกิจของโลก ซึ่งจะเกิดความเสียหายอย่างรุนแรงมากขึ้น เมื่อการระบาดของยาสูบรุนแรงมากขึ้น เพราะเหตุว่าครั้งหนึ่งของการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เกิดขึ้นในวัยแรงงานทางเศรษฐกิจ ดังนั้น ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคยาสูบ จึงทำให้เกิดภาระในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งการเสียชีวิต 4 ใน 5 จากการบริโภคยาสูบจะเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2030

ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคยาสูบที่มีผลต่อค่ารักษาพยาบาลในระดับโลก ยังไม่ครบถ้วน แต่ทราบว่า มีจำนวนสูงมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรายปีที่เกี่ยวข้องกับยาสูบมีมูลค่าสูงถึง 8 หมื่น 1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในประเทศเยอรมัน คิดเป็นมูลค่าเกือบ 7 พันล้านเหรียญสหรัฐและในประเทศออสเตรเลียคิดเป็นมูลค่า 1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบโดยรวมคือ ทำให้เกิดความยากจนมากขึ้น” (WHO, 2008b)

ในภาพรวม องค์การอนามัยโลกไม่ได้มองว่าอุตสาหกรรมยาสูบทำให้เกิดการ

สร้างงาน หรือทำให้เกิดรายได้ทางภาษี แต่เป็น ‘พาหะนำโรค’ เพราะบทบาทหลักของ อุตสาหกรรมยาสูบคือการส่งเสริมการบริโภคยาสูบ (WHO, 2008 b) ก่อนหน้านี้ ธนาคารโลกได้ข้อสรุปที่ใกล้เคียงกัน ในรายงานที่มีอิทธิพลเป็นอย่างมากชื่อว่า ‘จำกัดการ ระบาด: รัฐบาลของประเทศต่างๆ และเศรษฐศาสตร์ของการควบคุมยาสูบ’ (World Bank, 1999) ดังนั้น การสูบบุหรี่จึงถูกมองว่า เป็นการคุกคามต่อประชากรอย่างกว้างขวางและทุก ระดับ เพราะผลโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิต และผลเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ด้วยเหตุนี้ มุมมองของความไม่มั่นคงที่เกิดจากการแพร่กระจายของโรคต่างๆ จึง เปรียบเทียบได้ด้วยเหตุผลเดียวกันกับอุตสาหกรรมยาสูบที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของ โรคติดต่อร้ายแรง

จากมุมมองที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการคุกคามต่อความเป็นอยู่ (welfare) และ ความมั่งมี (prosperity) ของประชากรที่กว้างขวางมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบการวิชาชีพ สุขภาพและการแพทย์จะต้องเกี่ยวข้องกับมาตรการทางสังคมโดยการออกกฎ ระเบียบ ที่ ควบคุมพฤติกรรมมนุษย์ เช่น การสูบบุหรี่ ด้วยคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ มาตรการต่างๆ ทางด้านนโยบายตลอดหลายปีที่ผ่านมาได้รับการพัฒนาและนำเสนอโดย รัฐบาลของประเทศต่างๆ เพื่อโน้มน้าวประชากรโลก ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลีลาชีวิต เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น มาตรการต่างๆ ที่ได้นำเสนอ ไม่เพียงแต่จำกัดพฤติกรรมของตนเอง เพื่อปกป้อง ‘การสูบบุหรี่มือสอง’ แต่พยายามโน้มน้าวและให้กำลังใจผู้สูบบุหรี่ให้หยุด พฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพทั้งหมด

3. ควันบุหรี่ยี่มือสอง

บุหรี่ยี่ไม่เพียงก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สูบเพียงอย่างเดียว แต่ควันบุหรี่ยี่ยังสามารถ เข้าไปสู่ร่างกายของคนที่ไม่ได้สูบได้ด้วย การสูบบุหรี่ยี่จะบั่นทอนชีวิตของผู้สูบ มีการวิจัยที่ พบว่า การสูบบุหรี่ยี่ 1 มวน จะทำให้ชีวิตสั้นลง 5-20 นาที และทำให้อุบัติการณ์ของโรคถุง ลมโป่งพอง มะเร็งปอด และ โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน สูงขึ้นอย่างมากในผู้ที่สูบบุหรี่ยี่ ทำ ให้ 1 ใน 3 ของผู้สูบบุหรี่ยี่จะเสียชีวิต ด้วยโรคที่เป็นผลจากควันบุหรี่ยี่ รวมทั้งผู้ที่อยู่ใกล้เคียงที่ ได้รับควันบุหรี่ยี่ ไปด้วย (Secondhand smokers) จากผลสำรวจทั่วประเทศของสำนักงาน สถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2554 หญิงไทยร้อยละ 98 จะไม่สูบบุหรี่ยี่ แต่ก็ได้รับควันบุหรี่ยี่ในบ้าน ระดับที่สูงมาก พบว่ามีประชากรหญิงและชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่สูบบุหรี่ยี่ 11.6 ล้านคน

ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน ในจำนวนนี้ 8.4 ล้านคนเป็นเพศหญิง โดยหญิงภาคใต้ได้รับควัน
บุหรี่ในบ้านด้วยอัตราที่สูงที่สุดคือ 43.5% ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 29.0% ภาคเหนือ
25.9% ภาคกลาง 27.6% และต่ำสุดใน กทม. 13.2% (พัชรี บุญธรรม 2559)

ควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง 70 ชนิด สารพิษ 250 ชนิด จึงเป็นมลพิษทางอากาศที่
สำคัญที่สุดในบ้าน และสารพิษจะลอยวนเวียนอยู่นานนับชั่วโมงภายหลังที่มีการสูบบุหรี่
และสามารถจะวัดสารพิษได้ แม้จะไม่มีกลิ่นบุหรี่แล้วก็ตาม การได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ
หรือควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดโรคร้ายแรงได้ การวิเคราะห์ฐานข้อมูลขององค์การอนามัย
โลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองปีละหกแสนคน ในจำนวนนี้
เกือบครึ่งหนึ่งหรือ 47% เป็นผู้หญิง 25% เป็นผู้ชาย และ 28% เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี
โดยเมื่อจำแนกแล้วพบว่าเป็นการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ 379,000 คน โรคหอบหืด 36,900
คน มะเร็งปอด 21,400 คน และการติดเชื้อในปอด 165,000 คน การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน
นอกจากจะลดโอกาสที่คนในบ้านจะเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสองแล้ว ยังทำ
ให้ผู้สูบบุหรี่สูบน้อยลง เลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ลดโอกาสที่ลูกจะติดบุหรี่ และลดโอกาสไฟไหม้
บ้านด้วย (เนาวรัตน์ เจริญค้า และคณะ 2556; ประกิต วาทีสาธกกิจ 2559)

จากการศึกษาถึงการสูญเสียสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นถึงภาวะโรคหรือปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการสูบบุหรี่ในประชากรชายเท่ากับ
603,747 ปี ประกอบด้วยการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร 511,295 ปี และการ
สูญเสียจากการเจ็บป่วยพิการ 92,452 ปี สุขภาวะเทียบกับประชากรหญิงที่สูญเสียปีสุข
ภาวะจากการสูบบุหรี่ไป 90,666 ปี ประกอบด้วยการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร
77,949 ปี และคนไทยสูญเสียชีวิตจากมะเร็งปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ชายสูญเสียชีวิต
ก่อนวันอันควร ถึง 106,720 ปี และหญิง 35,431 ปี และการสูญเสียจากการเจ็บป่วยพิการ
ชาย 698 ปี สุขภาวะ และหญิง 324 ปี สุขภาวะ โดยโรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่เกิดจากบุหรี่ที่
ทำให้เกิดภาวะโรค (ชาย = 107,417 ปี; หญิง = 35,754 ปี) ถึงวัยที่ไม่ได้สูบบุหรี่ก็ได้รับ
ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของผู้ใกล้ชิด ซึ่งการสูญเสียปีสุขภาวะของเด็กวัย 0-4 ปี อันดับ
แรกจากกลุ่มโรคที่เกิดจากภาวะปริกำเนิดถึงร้อยละ 24 รายโรคที่นำมาศึกษาในกลุ่มนี้
ประกอบด้วยภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำ และการขาดออกซิเจน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารก
แรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ส่วนหนึ่งมาจากการที่มารดาสูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด (กระทรวง

สาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านนี้ประเมินภาวะโรคและสุขภาพของประชากรไทย 2552)

การรับควันบุหรี่ในอากาศ หากรับเข้าไปในปริมาณมากก็จะเป็นการทำลายสุขภาพ และเห็นใครสูบบุหรี่จะมีคนหันมาถามเหมือนในโฆษณาว่า “คุณมาทำร้ายฉันทำไม” ทั้งนี้ ควันบุหรี่มือสองเกิดขึ้นจาก 2 แหล่ง คือ ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมา และควันบุหรี่ที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ แต่ไม่ว่าจะเป็นควันบุหรี่จากต้นกำเนิดใดก็ล้วนอันตรายทั้งสิ้น เพราะในแต่ละปีพบว่ามีคนไม่สูบบุหรี่หลายแสนคนต้องเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพของควันบุหรี่มือสอง สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ หญิงตั้งครรภ์และเด็กทารก และเด็กเล็ก ดังนี้

1) หญิงตั้งครรภ์และเด็กทารกโดยที่มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตร การสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำ มารดาสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ ระหว่างตั้งครรภ์จะมีผลกระทบทำให้เด็กน้ำหนักตัวน้อย นอกจากนั้นภาวะการเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจในเด็กที่จะตามมาก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบและปอดบวมสูงกว่าเด็กทั่วไป มีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น เกิดการติดเชื้อของหูส่วนกลางในระยะยาว ผลจากการวิจัยในการเก็บข้อมูลที่บ้านสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชินี พบว่า เด็กซึ่งอยู่ในครอบครัวที่สมาชิกในบ้านสูบบุหรี่จะทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มปอด เช่น ปอดอักเสบ กล้องเสียงอักเสบ หลอดลมอักเสบมากถึง 4.3 เท่าของเด็กปกติ และโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเป็น 3.8 เท่าของเด็กปกติ ส่วนโรคหืดนั้นอยู่ที่ 2.9 เท่าของเด็กปกติ ส่วนเด็กที่ได้รับควันบุหรี่นอกบ้านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอด 3.4 เท่าของเด็กปกติ โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง 2.9 เท่า ของเด็กปกติ และในขณะที่มารดาตั้งครรภ์แล้วได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นโดยที่ตนไม่ได้สูบ ส่งผลให้เด็กในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืด 2.9 เท่าของเด็กปกติซึ่งการศึกษาของแผนยุทธศาสตร์ฯ พบว่าในกลุ่มเด็ก 5 - 14 ปี กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังจัดเป็นอันดับ 4 ของกลุ่มโรคที่ทำให้สูญเสียสุขภาพะ เด็กเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่ (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านนี้ประเมินภาวะโรคและสุขภาพของประชากรไทย 2552)

2) กลุ่มเด็กเล็ก กลุ่มนี้จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดบวม และมีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น เกิดการติดเชื้อของหู

ส่วนกลาง และในระยะยาว เด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะมีพัฒนาการของปอดน้อยกว่า เด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ทำให้เกิดความเจ็บปวดด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดบวม และมีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น จากรายงานทางการแพทย์ พบว่า ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ แต่หากแต่งงานกับผู้ชายที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงที่แต่งงานกับคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี ซึ่งความเข้มข้นของสารเคมีนี้จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น หากมีสมาชิกคนอื่นในบ้านสูบบุหรี่ด้วย ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ หากได้รับควันบุหรี่ในอัตราวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่ลำคอมากกว่าผู้ไม่ได้รับควันบุหรี่ถึง 3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งอื่นๆ มากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ 2 เท่า

4. การสูบบุหรี่ของเยาวชน

โครงการวิจัยเชิงสำรวจในกลุ่มเยาวชน (GYTS) เป็นส่วนหนึ่งของระบบการเฝ้าระวังเกี่ยวกับยาสูบทั่วโลก (Global Tobacco Surveillance System: GTSS) การสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนอายุ 13-15 ปี (Global Youth Tobacco Survey: GYTS) การสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนของประเทศไทย พบว่า ถึงแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 แต่การบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนไทยนับเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เพราะนักเรียนระดับมัธยมมากกว่า 1 ใน 10 คนรายงานว่าสูบบุหรี่เป็นประจำ (current smokers) ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยคือการอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ ความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ไม่มีอันตราย และการได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ (L. McKnight- Eily et al, 2010: 863-878)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนพบว่า วัยรุ่นชายสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นหญิงในทุกประเทศ ยกเว้นประเทศสิงคโปร์ และเวียดนาม (ฮานอย) ขณะเดียวกันอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงอายุ 13-15 ปีสูงพอๆ กันหรือสูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประเทศหญิงที่เป็นผู้ใหญ่ ไปประเทศมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และประเทศไทย ดังนั้น การลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเพศหญิง โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง ควรจะเป็นความสำคัญลำดับต้นๆ ของกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน (N. Sirichotiratana et al., 2008 and 2008 a)

เมื่อเปรียบเทียบการสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยอายุ 13-15 ปี (GYTS) ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2552 กับครั้งแรกปี พ.ศ.2548 พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบทั้งชนิดมีควันและชนิดที่ไม่มีควันคือ 16.4% กับ 17.2% คือลดลง 0.8%; เพศชาย 25.4% กับ 26.6% ลดลง 1.2%; เพศหญิง 7.8% กับ 8.6% ลดลง 0.8% (N. Sirichotiratana et al, 2008) นอกจากนี้ 8% ของผู้ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบันคิดว่าตนเองจะเริ่มสูบบุหรี่ในปีหน้า (พ.ศ. 2552) กับ 6.7% (พ.ศ. 2548) บ่งชี้ว่าเพิ่มขึ้น 1.3% ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน แต่มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ในระยะ 12 เดือนข้างหน้า

การสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนของประเทศไทยดำเนินการครั้งแรกระหว่างปี ค.ศ. 2004 – 2005 พบว่า 23.8% ของนักเรียนอายุระหว่าง 13-15 ปีเคยสูบบุหรี่ 18.4% ของผู้ที่เคยสูบบุหรี่เริ่มสูบเมื่ออายุไม่ถึง 10 ปี 10.1% ของนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ในจำนวนผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ 6.7% บ่งชี้ว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเริ่มสูบบุหรี่ภายใน 12 เดือนข้างหน้า 47.9% รายงานว่าได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นภายในบ้าน ในขณะที่ 68.5% รายงานว่าได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นในที่สาธารณะ (Sirichotiratana et al., 2008 a)

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในแถบอาเซียน ประเทศไทยน่าจะมีสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบที่ดีกว่า แต่เมื่อเปรียบเทียบสถิติข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน (GYTS) พบว่า สถิติการสูบบุหรี่ (current smokers) ของไทยและเมียนมา คือ 10.1% และ 10.2% ในขณะที่ฟิลิปปินส์มีสถิติอยู่ที่ 11.5% และอินโดนีเซีย 11.8% ในขณะที่การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นในที่สาธารณะ ประเทศไทย รายงาน 68.5% และฟิลิปปินส์รายงาน 58.6% ประเทศไทยมีกฎหมายห้ามโฆษณาอย่างสิ้นเชิงในทุกสื่อ ดังนั้นอุตสาหกรรมยาสูบจึงใช้วิธีการโฆษณาทางอ้อมด้วยการแจกสิ่งของที่มีตราสัญลักษณ์ของตราสินค้าบุหรี่ เช่น เสื้อยืด หมวก เป้ ฯลฯ ซึ่งประเทศไทยมีสถิติอยู่ที่ 39.3% มากกว่าประเทศฟิลิปปินส์ซึ่งมีสถิติอยู่ที่ 14.0% พม่า 14.3% และอินโดนีเซีย 10.3% ซึ่งประเทศเหล่านี้ไม่มีกฎหมายห้ามโฆษณาในสื่อต่างๆ เหมือนในประเทศไทย ประเทศไทยจึงมีสถิติการโฆษณาทางอ้อม (indirect advertisement) สูงกว่าหลายประเทศในแถบอาเซียน (Sirichotiratana et al., 2008)

แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ แต่จากรายงานการสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน (Global Youth Tobacco Survey: GYTS) พบว่ามี

ผู้ได้รับควันบุหรี่ในที่สาธารณะเกือบร้อยละ 70 ซึ่งหมายถึงการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ยังไม่มีประสิทธิผล และถึงแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายที่ดีในการควบคุมการบริโภคยาสูบ แต่รายงานการสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน (GYTS) บ่งชี้ว่าการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข (McKnight-Eily et al, 2005)

จากผลการสำรวจใน พ.ศ. 2557 พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงเป็น 15.6 ปี (จรีรี อูสาหะ และคณะ 2558) และในกลุ่มอายุ 15-18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงขึ้นอย่างชัดเจนระหว่าง พ.ศ. 2544-2554 และจากการเปรียบเทียบผลสำรวจใน พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 พบว่า มีอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 9.21 เป็นร้อยละ 8.43 การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน (Global Adult Tobacco Survey: GATS 2011) พบว่าเยาวชนอายุน้อยกว่า 18 ปี ยังคงเข้าถึงและซื้อบุหรี่ซิกาแรตแบบแบ่งขายเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 84.3 เป็นร้อยละ 88.3 เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำมากที่สุดถึงร้อยละ 97.7 เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สังเกตเห็นการโฆษณา ณ จุดขายเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.6 เป็นร้อยละ 24.5 และสังเกตเห็นกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบรูปแบบต่างๆ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 34.2 เยาวชนคิดจะเลิกยาสูบลดลง จากร้อยละ 60.6 เหลือร้อยละ 42.6 และเลิกยาสูบได้สำเร็จลดลงจากร้อยละ 6.2 เหลือร้อยละ 2.2 จำนวน 1.2 แสนคน เหลือ 6 หมื่นคน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2554; 2556)

เนื่องจากเยาวชนมีโอกาสติดบุหรี่ได้ง่าย ด้วยสาเหตุต่างๆ เพราะเกิดจากความอยากรลอง และค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง ยึดติดกลุ่มเพื่อนเยาวชนที่เริ่มสูบบุหรี่เพราะความอยากรลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของเยาวชนที่อยากรลองทำหาย น่าตื่นเต้นและสนุกสนานในการทำตามอย่างเพื่อนเยาวชนที่เริ่มสูบบุหรี่เพราะเพื่อนชวน บางคนมีเจตคติที่ว่าถ้าไม่สูบบุหรี่จะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพื่อนจะไม่ยอมรับเข้ากลุ่มบางคนสูบบุหรี่โดยเข้าใจว่าจะทำให้เข้าสังคมกับเพื่อนๆ ได้ง่ายขึ้นอย่างน้อยก็ไม่เขิน และหลายคนไม่กล้าเลิกสูบบุหรี่เพราะกลัวเพื่อนจะล้อเลียน มีงานวิจัยพบว่ากลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลอย่างมากในการสูบบุหรี่ ปัจจัยต่อมาคือสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะคนในครอบครัวสูบบุหรี่จะเป็นสิ่งที่ทำให้เยาวชนผู้นั้นมีโอกาสสูบบุหรี่ได้มาก งานวิจัยพบว่าถ้าบิดามารดาสูบบุหรี่ จะทำให้ลูกมีแนวโน้มในการสูบบุหรี่สูงถึง 3 เท่าความสัมพันธ์และสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัวก็ส่งผลให้เยาวชนสูบบุหรี่ได้

ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น มีปัญหาสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า เครียดง่าย (โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนหญิง) บางคนก็สูบบุหรี่เพื่อระบายความเครียดจากปัญหาที่บ้านหรือที่โรงเรียน หรือเรื่องแฟน มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำขาดทักษะด้านการเรียน ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่มีหลายครอบครัวที่ไม่พบว่าใครในบ้านสูบบุหรี่เลยแต่มีเฉพาะลูกคนที่เป็นเยาวชนสูบเพราะเยาวชนหลายรายเลือกการสูบบุหรี่เป็นการแสดงออกเพื่อต่อต้านพ่อแม่ เมื่อต้องการแสดงให้พ่อแม่เห็นว่าตนเองโตแล้วและไม่ต้องการให้พ่อแม่มาบีบบังคับเขา

ปัจจัยสุดท้ายคือ บริษัทผู้ผลิตบุหรี่ ได้มีการศึกษาเก็บข้อมูลต่างๆ ของลูกค้าของเขาอย่างละเอียดเพื่อที่จะหาทางขยายฐานลูกค้า (หรือผู้สูบบุหรี่) ให้มากขึ้น โดยพบว่ากลุ่มเยาวชน เป็นกลุ่มที่จะเป็นผู้สูบบุหรี่ได้ง่าย และ เมื่อติดแล้วก็มักจะชักชวนให้เพื่อนๆ ติดบุหรี่ด้วย บริษัทบุหรี่จึงใช้สื่อโฆษณาซึ่งเยาวชนสามารถรับรู้สื่อโฆษณานูหรีของต่างประเทศได้ทั้งทางหนังสือหรือสิ่งพิมพ์ชนิดต่างๆ ทางวิทยุและโทรทัศน์นอกจากนี้กลยุทธ์ในการโฆษณาแฝงของอุตสาหกรรมยาสูบที่หลีกเลี่ยงกฎหมายก็มีมาก คือ การจดทะเบียนการค้าโดยใช้สัญลักษณ์ตราบุหรี่เป็นสินค้า เช่น ผลิตภัณฑ์เสื้อผ้า เครื่องหนัง เครื่องเรือน ของใช้ต่างๆ และบริษัทท่องเที่ยวการสนับสนุนต่างๆ ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายพิเศษ อาทิ เช่นการจัดแสดงดนตรี การจัดแข่งรถในเยาวชน การแสดงแบบเสื้อในกลุ่มสตรี และการแจกสมุดหรือหนังสือที่มีตราบุหรี่ให้แก่เด็กเล็ก การโฆษณาแฝงทางภาพยนตร์ โดยให้ดารากที่เป็นที่ชื่นชอบสูบบุหรี่ และให้เห็นสัญลักษณ์ของบุหรือนั้นด้วย การโฆษณาทุกรูปแบบจะเน้นที่ความโก้เก๋ ทันสมัย และเร้าใจ เช็กซี่ ดึงดูดใจซึ่งส่งผลอย่างมากในการส่งเสริมให้สูบบุหรี่

จากการวิจัยของสถาบันสุขภาพจิตในต่างประเทศซึ่งได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับไอคิว (IQ.) ของกลุ่มเยาวชนชายที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่มีไอคิวต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 7 คะแนน โดยเฉลี่ยการวิจัยนี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และระดับไอคิวต่ำ นอกจากนี้ยังมีการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้ความจำและความคิดของเยาวชนบกพร่อง โดยได้ทำการทดลองในกลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่า ในกลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่จะมีความบกพร่องในด้านทักษะความแม่นยำในการจดจำสิ่งต่างๆ มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ดังนั้นจึงควรทำอย่างไรไม่ให้เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ และส่งเสริมให้มีการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนกรณีที่มีการสูบเกิดขึ้น

5. การสูบบุหรี่ของผู้หญิง

เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติการสูบบุหรี่ของผู้หญิงของประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศตะวันตก ซึ่งสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 20-30 จะเห็นว่าอัตราการสูบบุหรี่ของผู้หญิงไทยต่ำมาก จากการสำรวจสถิติการสูบบุหรี่ของประชากรทั่วประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2534 พบว่ามีหญิงไทยสูบบุหรี่จำนวน 837,900 คน ขณะที่ผู้ชายไทยสูบบุหรี่ทั้งสิ้น 10,563,900 คน หรือคิดเป็นผู้หญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 3.8 และปี พ.ศ. 2550 การสำรวจในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 13 -25 ปี จำนวน 3,093 คน พบว่า วัยรุ่นหญิงเริ่มสูบบุหรี่อายุต่ำกว่า 12 ปี เท่ากับร้อยละ 10.2 และเริ่มสูบบุหรี่อายุระหว่าง 12-13 ปี เท่ากับร้อยละ 21.2 โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เริ่มสูบบุหรี่อายุต่ำกว่า 12 ปี มากถึง ร้อยละ 16.9 และร้อยละ 42.1 สูบเกือบทุกวัน (ประกิจ วาที่สาธกกิจ 2551)

เช่นเดียวกับประสบการณ์ในต่างประเทศ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนหญิงจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทบุหรี่ที่พยายามขยายตลาดไปยังเพศหญิงที่ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำ โดยผลิตบุหรี่สำหรับผู้หญิงโดยเฉพาะ เมื่อพิจารณา ร่วมกับแนวโน้มของการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่เพิ่มขึ้น การขยายตลาดเจาะกลุ่มผู้หญิงโดยตรง เนื่องจากเป็นตลาดที่ยังขยายได้อีกมาก และเคยทำสำเร็จมาแล้วในประเทศส่วนใหญ่ โดยขณะนี้วัยรุ่นหญิงในยุโรปและอเมริกา มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าวัยรุ่นชาย และอัตราการสูบบุหรี่ของชายต่อหญิง เท่ากับ 1 : 1 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 พบว่า ในแต่ละปี มีผู้หญิงเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึง 5,793 คน ซึ่งการสูบบุหรี่ยังพบว่า ทำให้อายุขัยของจำนวนปีของผู้หญิงสั้นลง 12.6 ปี

ปัจจัยหลักที่เอื้อให้ผู้หญิงไทยหันมาทำร้ายตัวเอง ลองสูบบุหรี่ มาจากการที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสสูบบุหรี่ถึง 18 เท่า ของคนที่มีเพื่อนไม่สูบบุหรี่ หากมีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ที่เห็นว่าดูดี โก้เก๋ ก็จะมีโอกาสสูบบุหรี่ 7 เท่า และถ้าผู้หญิงมีแม่สูบบุหรี่ ก็จะทำให้ลูกมีโอกาสสูบบุหรี่ถึง 4 เท่าโดยเยาวชนหญิงที่มีมารดาหรือพี่สาวสูบบุหรี่ จะมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่สูงกว่าการที่มีพ่อสูบบุหรี่เพราะเยาวชนมักได้รับอิทธิพลอย่างสูงจากบิดามารดาและเพื่อน และในเยาวชนที่สูบบุหรี่จะพบว่ามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ มากขึ้น อาทิ การดื่มเหล้า การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ และการเที่ยวกลางคืนอีกด้วย

การที่ผู้หญิงสูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคร้ายต่างๆ มากขึ้น โดยมีโอกาสเสียชีวิตวัยกลางคนถึงร้อยละ 50 และอายุเฉลี่ยจะสั้นลงประมาณ 10 ปี โอกาสเกิดมะเร็งปอดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจวาย เส้นเลือดในสมองตีบจะเพิ่มมากกว่าคนปกติอย่างมาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีข้อมูลว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะมีแต่โรคมารุมเร้า โดยมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 10 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นอย่างมาก โดยพบว่า ผู้หญิงสูบบุหรี่จะเกิดอาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ 2-6 เท่า พร้อมทั้งมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวายกะทันหันเพิ่มขึ้น 20 เท่า และความเสี่ยงนี้จะทวีขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน นอกจากนี้ ยังมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาของสมาคมโรคมะเร็งสหรัฐฯ พบว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หรือผู้หญิงที่เลิกสูบบุหรี่แล้วถึงร้อยละ 25 โดยพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งมีหน้าที่ในการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมลดลง ทำให้โอกาสเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมในเซลล์ปากมดลูก ทำให้มีการติดเชื้อไวรัสแปปิโลมา ในบริเวณปากมดลูกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะบุหรี่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีผลให้เกิดการติดเชื้อไวรัสแปปิโลมาได้ง่าย ซึ่งปากมดลูกที่ติดเชื้อไวรัสตัวนี้ จะมีอัตราการกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นกว่าหญิงทั่วไปถึง 4 เท่า

นอกจากนั้น การสูบบุหรี่ยังมีผลให้เกิดความผิดปกติด้านการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงอย่างมากอีกด้วย ผู้หญิงที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีรอบเดือนมาไม่เป็นปกติมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ยากกว่าผู้หญิงทั่วไปถึง 3 เท่า และถึงวัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติประมาณ 2 ปี ซึ่งมีผลโดยตรงต่อภาวะกระดูกพรุนหรือเปราะมากขึ้น เมื่อมีอายุสูงขึ้น ทำให้กระดูกเชิงกรานหักง่ายเมื่อหกล้ม

จากการวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับความงาม ใบหน้าของผู้สูบบุหรี่นานๆ จะมีริ้วรอยลึกที่สังเกตเห็นได้ง่าย และมักจะมีผิวสีหมองคล้ำมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ร่องรอยเหี่ยวย่นที่มุมปากอาจมีเส้นลึกที่โหนกแก้มอีกด้วย ทั้งนี้เพราะผู้ที่สูบบุหรี่มักจะต้องหรือตาเวลาพ้นควันออกมา เพื่อกันไม่ให้ควันบุหรี่เข้าตา สำหรับริมฝีปากของผู้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีสีคล้ำกว่าปกติ จนถึงสีเขียวคล้ำ ทั้งนี้เพราะนิโคตินในบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดฝอยทั่วร่างกายหดตัว ทำให้เกิดรอยเหี่ยวย่นตามผิวหนังเร็วขึ้น และมีผล

ให้เลือดไปเลี้ยงผิวหนังรวมทั้งริมฝีปากน้อยลง ขณะเดียวกันเลือดของผู้ที่สูบบุหรี่ก็นำออกซิเจนได้น้อยกว่า ทำให้เลือดมีสีคล้ำกว่าเลือดของคนที่ไม่สูบบุหรี่ ผลก็คือริมฝีปากของคนสูบบุหรี่จะคล้ำกว่าและผิวหนังกร้านกว่าคนทั่วไป

โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ที่สูบบุหรี่จนติด อวัยวะทุกระบบจะเสื่อมหรือแก่เร็วขึ้นประมาณ 10 ปี ผู้ที่ติดบุหรี่จึงมีใบหน้าที่แก่กว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

6. บริษัทบุหรืกับคดีฟ้องร้อง

คดีบริษัท PM (The Verdict Is In: Findings from US v. PM) คดีนี้มีความเป็นมาคือ กระทรวงยุติธรรมสหรัฐอเมริกา (Department of Justice หรือ DOJ) ได้ยื่นฟ้องบริษัทบุหรืและพวกรวมทั้งสิ้นจำนวน 11 บริษัทและหน่วยงานเมื่อวันที่ 22 กันยายน 1999 ว่าได้ละเมิดกฎหมาย The Racketeer Influenced and Corrupt Organization Act (RICO) โดยการวางแผนร่วมกันในการโกงสาธารณชนอเมริกันและชาวโลกมากกว่า 50 ปี ด้วยการโกหกเรื่องเกี่ยวกับอันตรายของบุหรืและความเสี่ยงต่อสุขภาพและการทำการตลาดมุ่งเป้าลูกค้าที่เป็นเด็ก ท่านผู้พิพากษา Gladys Kessler ได้พิพากษาคดีประวัติศาสตร์นี้เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2006 ในตอนหนึ่งกล่าวว่า "...อุตสาหกรรมยาสูบมีกำไรจากการค้าสินค้าที่มีอำนาจการเสพติดสูง ทำให้เกิดความเสียหายแก่สุขภาพและชีวิตผู้คนจำนวนมาก จากความทุกข์ทรมานด้วยการเจ็บป่วยและความเสียหายทางเศรษฐกิจ บริษัทรู้ความจริงมานานกว่า 50 ปีใน 7 ประเด็นต่อไปนี้คือ (Tobacco Control Legal Consortium 2006)

1) การปกปิดข้อมูล

คำพิพากษาในช่วงเวลากว่า 50 ปี สรุปได้ว่า กลุ่มจำเลยบริษัทบุหรืได้พยายามปกป้องตนเองจากการถูกฟ้องโดย 1) ปกปิดและซ่อนผลการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ 2) ทำลายหลักฐาน และ 3) ปกปิดเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ โดยอ้างว่าได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมาย ท่านผู้พิพากษาอธิบายว่า การทำลายหลักฐานจำนวนมากเป็นสิ่งคาดเดาไม่ได้เลยว่า เอกสารที่หายไปมีจำนวนเท่าไร

มีหลักฐานที่ชัดเจนว่ากลุ่มจำเลยบริษัทบุหรืได้ปิดบังผลการวิจัยและทำลายเอกสารเพื่อปกป้องอุตสาหกรรมยาสูบ จากการที่ทำลาย ปิดบัง ซุกซ่อนเอกสารสำเร็จ ทำให้ยากที่จะรู้ว่ก่อนจะถูกทำลายมีเอกสารชนิดใดอยู่บ้าง

บริษัท PM ได้ปิดปิด อําพราง ผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์จํานวนมาก ถึงกับส่งผลงานวิจัยเหล่านั้นไปเก็บไว้ที่หน่วยงานเครือข่ายในต่างประเทศ เพื่อป้องกันการเปิดเผยเอกสารในการฟ้องร้อง และกระบวนการตามกฎหมาย PM ได้ว่าจ้างหน่วยงาน INBIFO ซึ่งเป็นเครือข่ายในต่างประเทศในการทำวิจัยเรื่องการสูบบุหรี่และสุขภาพ (Smoking and Health Research) และในปี ค.ศ. 1993 บริษัท PM สร้างระบบงานวิจัย คือเอกสารเกี่ยวกับผลการวิจัยส่งไปที่ Richmond ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและทบทวน จากนั้นส่งกลับไปเก็บรักษาไว้ที่ INBIFO

เมื่อนักวิทยาศาสตร์อาวุโสของ บริษัท PM ได้ทำการทดลองในหนู ซึ่งแสดงผลว่า สารนิโคตินกระตุ้นให้เกิดความต้องการได้ด้วยตัวเองและอีกทั้งร่างกายก็มีความทนทานต่อนิโคติน ผลงานวิจัยนี้ได้เสนอต่อผู้บริหารระดับสูงใน New York City เขาโดนระงับไม่ให้เผยแพร่

บทสรุปเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปในทางการแพทย์และสาธารณสุขว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายแรงหลายชนิด การต่อสู้ระหว่างผู้สูบบุหรี่ ซึ่งได้รับพิษภัยจาก บุหรี่กับบริษัทผู้ผลิตบุหรี่ทั่วโลกยอมรับว่า บุหรี่เป็นโทษ และต้องควบคุมภายใต้กรอบอนุสัญญาาระหว่างประเทศ การผลิตบุหรี่ เป็นอุตสาหกรรมที่ต้องผสมสารเคมี น้ําร้อยชนิด ซึ่งสารเคมีแต่ละตัว ล้วนมีพิษต่อร่างกายของมนุษย์ทั้งสิ้น

2) อันตรายของการสูบบุหรี่

สรุปคำพิพากษาของท่านผู้พิพากษา Kessler ซึ่งอธิบายว่าจําเลยรู้มานานกว่า 50 ปีแล้วว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรค แต่ปฏิเสธซ้ำๆ ว่าการสูบบุหรี่ไม่ได้ส่งผลเสียอะไรต่อสุขภาพจําเลยมีความพยายามที่จะโจมตีและลดความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างการสูบบุหรี่และการเกิดโรคต่างๆ

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1953 ถึงปี ค.ศ. 2000 จําเลยแต่ละรายปฏิเสธอย่างแข็งขันซ้ำแล้วซ้ำอีกมาโดยตลอดว่า การสูบบุหรี่ไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ

จําเลยได้จัดดำเนินการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อโจมตีและบิดเบือนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และโรคต่างๆ และอ้างว่ายังเป็นโจทย์ที่เปิดกว้างอยู่

ฝ่ายจําเลยได้เพิกเฉยต่อเอกสารภายในบริษัทบุหรี่เองจํานวนมาก แม้กระทั่งเอกสารผลงานวิจัยของนักวิทยาศาสตร์ของบริษัทบุหรี่เอง ดังเช่นรองประธานด้านงานวิจัย

และพัฒนาของบริษัท PM ชื่อ Helmut Wakeham ยอมรับว่า “ในเวลานี้พอจะมีหลักฐานอยู่บ้างที่จะได้แย่งรายงานสำนักงานนายแพทย์ใหญ่แห่งสหรัฐอเมริกา ฉบับ ค.ศ. 1964” ดังนี้

1. มีรายงานผลการวิจัยชัดเจนตั้งแต่ปี ค.ศ.1928 ว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง โดยมีรายงานการวิจัยของ Lombard และ Carl ต่อมาในปี ค.ศ. 1950 Sir Richard Doll และ Bradford Hill เสนอผลงานวิจัยว่า การสูบบุหรี่คือปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของโรคมะเร็งปอดในประเทศอังกฤษ

2. รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดจนถึงเดือนธันวาคม ค.ศ.1953ในปีหนึ่งๆ การสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง หรือ Environmental Tobacco Smoke คร่าชีวิตชาวอเมริกันประมาณ 440,000 ราย

3. ในช่วงระหว่าง ค.ศ.1953 ถึง ค.ศ.1964 มีการเผยแพร่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพออกสู่สาธารณะมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงก่อนปี ค.ศ.1964 มีข้อสรุปที่ชัดเจนที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและมีการเตือนประชาชนถึงอันตรายของการสูบบุหรี่

4. ในช่วงเวลาเดียวกัน บริษัทบุหรี่จำเลยคดีนี้มีความตระหนักในหลักฐานที่แสดงว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างชัดเจน

5. เอกสารภายในของบริษัทบุหรี่ระบุว่า เรื่องการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเป็นที่รับรู้กันในช่วงนี้มาตั้งแต่ต้นๆ ทศวรรษที่ 1950s แล้ว

6. ในปี ค.ศ.1962 นักวิจัยของบริษัท RJR ชื่อ Dr. Rodgman ได้รายงานว่า “ผลการวิจัย 34 ชิ้น ซึ่งระบุว่า การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด”

แต่ในปี ค.ศ. 1995 นักวิจัยคนเดียวกันนี้ได้เข้าไปปากคำต่อศาลในข้อความที่ตรงกันข้ามกับที่ตนเองเคยรายงานไว้ ซึ่ง Dr. Rodgman ได้รับคำตอบแทนจำนวนมากจากบริษัท RJR ที่ตกลงว่าจะให้การที่เป็นประโยชน์ต่อบริษัท

ในช่วงทศวรรษที่ ค.ศ.1950s บริษัทบุหรี่ได้เริ่มทำการรณรงค์ร่วมกันในการปฏิเสธและบิดเบือนประเด็นที่ว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรค แม้ว่าเอกสารภายในบริษัทบุหรี่เองจะยืนยันความจริงในข้อนี้ก็ตาม

รายงานสำนักงานนายแพทย์ใหญ่แห่งสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ.1964 (The 1964 Surgeon General's Report)

รายงานสำนักงานนายแพทย์ใหญ่แห่งสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ.1964 เป็นรายงานชิ้นสำคัญที่ระบุว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคต่างๆ

หลังจากปี ค.ศ. 1964 มีงานวิจัยจำนวนมากที่ยืนยันผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพและจำเลยคือบริษัทบุหรี่ก็ปฏิเสธความจริงข้อนี้มาโดยตลอด

ในวงวิชาการและการวิจัยทางวิทยาศาสตร์หลังจากปี ค.ศ. 1964 ได้ตีพิมพ์ผลงานที่เป็นเอกสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อเผยแพร่เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ ในขณะที่เอกสารภายในของบริษัทบุหรี่และงานวิจัยในช่วง ค.ศ. 1960-1970 และหลังจากนั้นมีการยอมรับว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลเสียอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพและความกลัวต่อผลกระทบจากองค์ความรู้ที่นำไปสู่การฟ้องร้อง

ในช่วงเวลาที่มีรายงานของ Surgeon General's Report 1964 กลุ่มบริษัทบุหรีทราบว่ามีความเห็นตรงกันในวงนักวิทยาศาสตร์ว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคอื่นๆ แต่ก็ยังกล่าวหาว่ายังมีข้อโต้แย้งในผลการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์เรื่องการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคอยู่

ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1960s บริษัท RJR ได้ตั้งห้องปฏิบัติการชื่อ "Mouse House" ที่เมือง Winston-Salem รัฐ North Carolina โดยใช้หนูทดลองในการวิจัยเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่

งานวิจัยจากห้องปฏิบัติการ Mouse House นี้ไม่เปิดเผยต่อวงการศึกษาและวิจัยภายนอก นักวิจัยถูกห้ามตีพิมพ์ผลงานเหล่านี้ จากงานวิจัยใน Mouse House ทำให้บริษัท RJR ตระหนักดีว่าการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)

ในปี ค.ศ.1970 ประธานของบริษัท PM ต่าหนบริษัท RJR เรื่องการวิจัยในห้องปฏิบัติการ Mouse House ซึ่งทำให้ RJR ต้องปิดห้องทดลอง Mouse House อย่างกะทันหัน สลายหน่วยวิจัย เลิกจ้างนักวิจัย และทำลายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสุขภาพของการสูบบุหรี่ทั้งหมด

ในปี ค.ศ. 1980 Dr. Gary Huber นักวิจัยมหาวิทยาลัย Harvard ได้ทุนวิจัยจากบริษัทบุหรีทำการวิจัยในสัตว์ทดลองเพื่อหาคำตอบเรื่องผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ในขณะที่การวิจัยดำเนินไปด้วยดี มีผลก้าวหน้าอย่างดี แต่บริษัทบุหรีก็ระงับให้ทุนเพื่อ

ทำการศึกษาต่อ ซึ่งนักกฎหมายของบริษัทบุหรี่บอกเขาในเวลาต่อมาว่า การที่ทนายวิจัยของเขาถูกระงับกลางคัน เพราะงานวิจัยของเขากำลังเกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสุขภาพ

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1964 เป็นต้นมา บริษัทบุหรี่ได้ปฏิเสธอย่างผิดๆ และบิดเบือนความจริงเรื่องการสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ แม้ว่าภายในองค์กรพวกเขาจะตระหนักถึงความจริงข้อนี้ก็ตาม

ในการสัมภาษณ์ประธานบริษัท PM นายโจเซฟ คัลแมน ได้ปฏิเสธอย่างผิดๆ ว่า การสูบบุหรี่ไม่เป็นอันตรายต่อสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ แม้ว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่สูบบุหรี่จะมีขนาดเล็กกว่าทารกทั่วไป แต่แม่บางคนก็อาจจะชอบที่จะมีทารกที่มีขนาดเล็กก็ได้

แม้ในปี ค.ศ. 2005 กลุ่มบริษัทบุหรี่ (จำเลย) ก็ยังไม่ยอมรับผลร้ายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ซึ่งพวกเขารู้เป็นการภายในก่อนหน้านั้นนับสิบปี

ในเดือนเมษายน ค.ศ. 1994 กลุ่มผู้บริหารอุตสาหกรรมยาสูบสาบานต่อหน้าอนุกรรมการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในสภาผู้แทนราษฎรของสหรัฐอเมริกาว่า ยังไม่มีการพิสูจน์ว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง และกลุ่มผู้บริหารระดับสูง หรือที่เรียกว่า “ซีอีโอ” (CEO) ของบริษัท B&W, Liggett, Lorillard, PM USA, และ RJR ก็ปฏิเสธเรื่องการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง

แม้ว่า PM จะรู้ว่าในปี ค.ศ. 1999 นักวิทยาศาสตร์และแพทย์จำนวนมากที่มีความเห็นตรงกันว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรค แต่ก็สงวนท่าทีไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนกระทั่งเดือนตุลาคมปี ค.ศ. 2000

3) การเสพติด

สารนิโคตินเป็นสารเสพติด (Addiction) แต่บริษัทบุหรี่ (จำเลย) ได้ปกปิดข้อมูลต่อสาธารณชน เพราะกลัวว่าจะเป็นการขัดต่อระเบียบของหน่วยงานของรัฐ (อาทิ เช่น องค์การอาหารและยา) เพื่อป้องกันการสูญเสียการยอมรับทางสังคมจากการสูบบุหรี่ และสูญเสียผลกำไรของบริษัท ก่อนที่จะมีการตีพิมพ์เรื่อง “ผลของการสูบบุหรี่” ในรายงานของสำนักงานนายแพทย์ใหญ่ (Surgeon General) ในปี ค.ศ. 1964

ผู้พิพากษาเคสเลอร์กล่าวถึงหลักฐานที่มีการปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยของบริษัทบุหรี่เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบและเพื่อป้องกันกฎระเบียบการควบคุม

อุตสาหกรรมโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการคงไว้ซึ่งคนที่สูบบุหรี่และการดึงดูดผู้บริโภค
หน้าใหม่

ความเป็นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 จำเลยได้วิจัยและยอมรับมานานหลายทศวรรษ
แล้วว่านิโคตินเป็นยาเสพติด และพบว่าบุหรี่เป็นสื่อกลางที่นำไปสู่การเสพติด
ประเภทอื่นได้ แม้จำเลยจะมีความเข้าใจและยอมรับว่าการสูบบุหรี่และนิโคตินทำให้เกิด
การเสพติด จำเลยก็ปฏิเสธและบิดเบือนต่อสาธารณชนในความจริงเรื่องนี้เป็นระยะเวลา
หลายทศวรรษ

การสูบบุหรี่ คือ การเสพติด และนิโคติน คือ สารแรกของการก่อให้เกิดการเสพติด
ดร.ปีเตอร์ โรเวลล์ หนึ่งในจำเลยผู้เชี่ยวชาญ ยอมรับว่ามีความคล้ายคลึงในเรื่องคุณสมบัติ
การเสพติดของยาสูบกับเฮโรอีนและโคเคนในปี ค.ศ. 1988 ทุกๆ องค์การแกนนำด้าน
สุขภาพ รวมถึงสำนักงานนายแพทย์ใหญ่ สถาบันแห่งชาติเรื่องการเสพติด (The national
Institute on Drug Abuse) องค์การอนามัยโลก สมาพันธ์จิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกา (The
American Psychiatric Association) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด
และอื่นๆ อีกหลายองค์กร ได้ประกาศว่าการเสพติดที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีผลมาจาก
“นิโคติน”

จำเลย ทราบดีว่า การสูบบุหรี่และนิโคตินก่อให้เกิดการเสพติดหลักฐานแสดงให้เห็น
เห็นอย่างกว้างขวางว่าจำเลยรู้เรื่องนี้ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1950 ว่านิโคตินก่อให้เกิดการเสพติดแก่
ผู้สูบบุหรี่ พวกจำเลยใช้ความรู้นี้ในการเก็บรักษาและเพิ่มการขายบุหรี่ และพวกเขาปฏิเสธ
ความจริงเรื่องนี้มานานเกือบทศวรรษ ในเรื่องธรรมชาติของการเสพติดของสารนิโคตินและ
การปกปิดการวิจัยภายในของพวกเขาเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องดังกล่าว

นักวิทยาศาสตร์ของ PM วิลเลียม ดันน์ และแฟรงก์ไรอัน อธิบายบางส่วนถึง
ผลกระทบของการเลิกเสพนิกโคตินในปี ค.ศ. 1971 ผลการศึกษามีดังนี้ คือ

“แม้หลังจากที่เลิกไปแล้ว 8 เดือน มีแนวโน้มที่จะมีรายงานอาการทางโรคประสาท
เช่น รู้สึกหดหู่ รู้สึกกระสับกระส่าย เครียด อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด มีแนวโน้มที่จะหลับมี
อาการท้องผูกและน้ำหนักเพิ่ม”

จำเลยปฏิเสธต่อสาธารณชนว่า นิโคตินคือสารเสพติดและทำเช่นนั้นต่อไปเรื่อยๆ
ประธาน PM เจมส์ ซี โบลิง ปฏิเสธว่าการสูบบุหรี่เป็นการเสพติดในวันที่ 18 กรกฎาคม

ค.ศ. 1973 ในการสัมภาษณ์ 60 นาที โดย โบลิงเปรียบเทียบทางเลือกในการหยุดสูบบุหรี่ กับทางเลือกในการที่จะเลือกบริโภคไซหรือไม่บริโภค

ในวันที่ 12 พฤษภาคม ค.ศ. 1997 ประเด็นในนิตยสาร TIME นำเสนอบทสัมภาษณ์ ประธานเจมส์ มอร์แกน ซึ่งเป็นซีอีโอของฟิลิป มอร์ริส กล่าวว่า “ถ้าบุหรี่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสพติดหรือการสร้างนิสัย ก็เหมือนกับที่พวกเขาชอบขนมขบเคี้ยว และผมก็รู้สึกไม่ชอบ เมื่อผมไม่ติดมัน”

ขณะที่ PM ยอมรับว่าการสูบบุหรี่และนิโคตินก่อให้เกิดการเสพติด แต่เรื่องนี้ไม่ได้มีการนำมาใช้จนถึงปี ค.ศ. 2000 หลังจากการพิจารณาคดีที่ปรึกษาใหญ่ของ PM USA ยังยอมรับว่าเมื่อ PM ซื้อเครื่องหมายการค้า 3 ยี่ห้อ ของ Liggett ในปี ค.ศ. 1999 ได้แก่ L&M, Lark และ Chesterfield ซึ่งมีป้ายคำเตือนอยู่ก่อนแล้วว่า “การสูบบุหรี่เป็นการเสพติด” ขณะที่ PM บอกสาธารณชนว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการเสพติด แต่ก็ยังไม่ได้บอกว่า นิโคติน ในบุหรี่เป็นสารที่ก่อให้เกิดการเสพติด นอกจากนี้ยังไม่มีจำเลยบริษัทบุหรี่อื่น ที่ไม่ใช่ Liggett และ PM ได้ยอมรับว่านิโคตินในควันบุหรี่เป็นสารเสพติด Liggett เป็นจำเลยเดียวที่ยอมรับต่อสาธารณะ จำเลยปกปิดและเก็บข้อมูลงานวิจัย และหลักฐานอื่นๆ ที่แสดงว่า นิโคติน คือ สารเสพติด จำเลยจงใจปิดบังข้อมูลว่า การสูบบุหรี่คือการได้รับสารนิโคตินซึ่งเป็นยาเสพติด ในการทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลรายงานนายแพทย์ใหญ่และการตรวจสอบของรัฐสภาจำนวนมากที่มีอยู่ทั้งหมดเกี่ยวกับนิโคติน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1964 ถึง 1985 จำเลยกลับสนับสนุนการประชาสัมพันธ์เพื่อตอบโต้ข้อมูลเกี่ยวกับสารนิโคตินของฝ่ายวิชาการ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

วันที่ 9 เมษายน ค.ศ. 1980 บันทึกความเข้าใจจากเอกสารภายในของสถาบันยาสูบ (Tobacco Institute) เปิดเผยการยอมรับโดยสมาชิกของบริษัทว่า “นิโคติน คือ สารเสพติด” เหตุผลที่สองของจำเลยที่ปฏิเสธเรื่องการเสพติดคือการหลีกเลี่ยงกฎระเบียบภายใต้องค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration)

4) ระดับสารนิโคติน

ผู้พิพากษา เคสเลอร์ กล่าวถึง หลักฐานของจำเลยที่สามารถควบคุมระดับของนิโคตินในบุหรี่ซึ่งทำให้มั่นใจว่า ผู้สูบบุหรี่เสพติดและยังคงเสพติดต่อเนื่องไปอีก ขณะที่จำเลยปฏิเสธต่อสาธารณชนว่าพวกเขาไม่สามารถจัดการหรือควบคุมระดับของนิโคตินได้

จำเลยออกแบบบุหรี่ที่สามารถควบคุมระดับของนิโคตินได้อย่างแม่นยำเพื่อให้ปริมาณนิโคตินที่เพียงพอต่อการเกิดการเสพติดและสนับสนุนการเสพติด ในขณะที่เดียวกัน จำเลยได้ปิดกั้นงานวิจัยจำนวนมากของเขาในเรื่องนิโคติน และปฏิเสธอย่างชัดเจนต่อเนื่องในเรื่องความพยายามที่จะควบคุมระดับของสารนิโคติน

ในช่วงต้น ค.ศ. 1970 คณะกรรมาธิการการค้าในระดับสหพันธรัฐ (Federal Trade Commission: FTC) พัฒนาเครื่องมือวัดระดับของทาร์และระดับของนิโคตินได้ แต่การวัดของ FTC ยังไม่แม่นยำและละเอียดพอในการวัดปริมาณนิโคตินและทาร์ บริษัทบุหรี่เข้าใจถึงความซับซ้อนและควบคุมสารนิโคติน และความเป็นจริงบุหรี่ที่วางขายในตลาดมีสารนิโคตินมากกว่านิโคตินที่สามารถวัดได้โดย FTC ซึ่งมั่นใจได้ว่าระดับของนิโคตินเพียงพอต่อการเกิดการเสพติดและสนับสนุนการเสพติด (The Verdict Is in Finding from United States v. PM 91) กล่าวคือ

1. ทศวรรษที่ผ่านมา จำเลยยอมรับว่าการควบคุมการจัดส่งสารนิโคติน จะก่อให้เกิดการเสพติดและสนับสนุนการเสพติด ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความสำเร็จในเชิงพาณิชย์

ก. จำเลยยอมรับว่า จำเป็นต้องตรวจสอบระดับ “ขั้นต่ำ” และ “เหมาะสม” ในการจัดส่งสารนิโคตินเพื่อให้พอเพียงต่อความพึงพอใจของผู้สูบบุหรี่เอกสตราภายในของจำเลยแสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องคุณสมบัติเภสัชวิทยา และธรรมชาติของสารเสพติด พวกเขามีเทคนิคทางกายภาพและเคมีภัณฑ์ที่สามารถจัดส่งสารนิโคตินที่สามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูบบุหรี่ได้อย่างแม่นยำ และเป็นการสนับสนุนให้เกิดการเสพติดอย่างต่อเนื่องในรายงานการวิจัยของพวกเขา มีการศึกษาและบันทึกถึงเงื่อนไขที่ต่างกัน เพื่ออธิบายหรือระบุคุณสมบัติของสารนิโคตินซึ่งเป็นที่พึงประสงค์ในการสูบบุหรี่

ข. จำเลยยอมรับมานานแล้วว่าการควบคุมอัตราส่วนระหว่างนิโคตินกับทาร์ จะช่วยให้พวกเขาจัดส่งนิโคตินในระดับที่ต่ำสุดและระดับที่เหมาะสม

ค. จำเลยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการส่งนิโคตินและการขายบุหรี่เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ยังคงสูบต่อไป

2. การวิจัยของจำเลย พัฒนาและใช้ประโยชน์จากการออกแบบต่างๆ และวิธีการควบคุมสารนิโคตินเพื่อให้แน่ใจว่าการสูบบุหรี่ทั้งหมดสามารถส่งมอบปริมาณของสารนิโคตินที่เพียงพอเพื่อการสร้างและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการเสพติด

การควบคุมทางกายภาพและทางเคมีมาใช้ในการปรุงแต่งยาสูบและฟิลเลอร์ การปรับค่า PH ในควันและแอมโมเนีย จำเลยได้เปลี่ยนรูปแบบทางเคมีของสารนิโคตินในควันบุหรี่ วัตถุประสงค์ของการปรับปรุงคือ การเพิ่มประสิทธิภาพการถ่ายโอนนิโคตินและเพิ่มความเร็วในการดูดซึมสารนิโคติน

3. จำเลยให้ถ้อยคำอันเป็นเท็จและทำให้เข้าใจผิดเกี่ยวกับการควบคุมนิโคตินและการจัดส่งสินค้าของพวกเขานี้ในปี ค.ศ.1994 รัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกาจัดคณะกรรมการพิจารณาเปิดเผยเกี่ยวกับการเสพติดจากการสูบบุหรี่ การออกแบบบุหรี่และการจัดการนิโคตินของอุตสาหกรรมยาสูบ

บทสรุปคือ ก่อนการให้ถ้อยคำต่อสภาคองเกรส กลุ่มบริษัทบุหรี่ที่เป็นจำเลยปฏิเสธต่อสาธารณชนอย่างชัดแจ้งหลายครั้ง ในสื่อสิ่งพิมพ์ระดับชาติ และทางโทรทัศน์ว่านิโคตินไม่ก่อให้เกิดการเสพติด และพวกเขาไม่ได้จัดการ เปลี่ยนแปลง หรือควบคุมปริมาณสารนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่ในการผลิต จำเลยอ้างถึงความพยายามที่จะทดลองและวิจัยควบคุมและจัดส่งระดับของสารนิโคติน เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับระดับของสารนิโคตินที่เพียงพอต่อการเสพติดและสนับสนุนการเสพติดอย่างต่อเนื่อง

หลักฐานที่แสดงความจริงอย่างดีในผลการวิจัยเหล่านี้ว่าในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จำเลยปฏิเสธว่าพวกเขาจัดการสารนิโคตินในบุหรี่เพื่อก่อให้เกิดการเสพติดและเพื่อเพิ่มการติดยาเสพติดและการพึ่งพาของผู้สูบบุหรี่ การปฏิเสธของจำเลยเหล่านี้เป็นความเท็จ

5) บุหรี่รสอ่อน

การทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ที่มีนิโคตินหรือทาร์ในปริมาณน้อยมาเป็นเวลานานหลายสิบปีแล้วว่า บุหรี่รสอ่อนมิได้เป็นประโยชน์แก่สุขภาพของผู้สูบแต่อย่างใด เมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่ทั่วไป จำเลยยังทราบดีว่า ผู้สูบทั่วไปตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ดังนั้นบริษัท PM (จำเลย) จึงใช้ประเด็นนี้มาใช้ในการทำธุรกิจบุหรี่กลุ่มนี้ โดยอ้างว่าบุหรี่ที่มีนิโคตินหรือทาร์ในปริมาณน้อย มีผลเสียต่อสุขภาพน้อยกว่า หรือทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายกว่า จนทำให้จำเลยประสบความสำเร็จในการทำธุรกิจบุหรี่กลุ่มนี้ นอกจากนี้ จำเลยยังคัดค้านการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจสอบสารในควันบุหรี่ของหน่วยงาน FTC (Federal Trade Commission) ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะมีผลต่อการคิดคำนวณค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดจากสารทาร์และนิโคตินที่ผู้สูบได้รับ ผลจากการ

หลอดกรองของจำเลยนี้เอง ทำให้บริษัทสามารถจำหน่ายบุหรี่มีนิโคตินหรือทาร์ในปริมาณน้อยเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก

ในช่วงปี ค.ศ. 2003 ถึง 2004 กลุ่มผู้ถือหุ้น Altria เครือข่ายธุรกิจของจำเลยได้เสนอให้มีการแจ้งข้อมูลแสดงความเสี่ยงหรืออันตรายจากการสูบบุหรี่ชนิด 'light and ultra-light' เพราะทำให้ผู้สูบบุหรี่หรือผู้บริโภคเข้าใจผิดว่าเป็นบุหรี่ที่มีนิโคตินหรือทาร์ในปริมาณน้อย อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอนี้ถูกคัดค้านจากมติที่ประชุมผู้ถือหุ้นของ Altria

6) การทำการตลาดต่อเด็กและเยาวชน

สิ่งที่น่าสนใจคือ การพบพยานหลักฐานที่ชัดเจนว่า บริษัท PM จำเลยในคดีนี้ได้จัดกิจกรรมการตลาดต่อกลุ่มเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ทศวรรษที่ 1950 จนถึงปัจจุบัน มีการให้ข้อมูลที่บิดเบือนจากความเป็นจริง

ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์บุหรี่ของ PM เพิ่มสูงขึ้นในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา แม้ว่า PM จะปฏิเสธเรื่องนี้ตลอดมาก็ตาม โดยอ้างว่างบประมาณหลายพันล้านดอลลาร์สหรัฐในแต่ละปีที่บริษัทใช้ในการทำการตลาด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ลูกค้ามีความภักดีต่อยี่ห้อ (brand loyalty) ของบริษัทเท่านั้น เช่น การจัดโครงการหรือกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน (Youth Smoking Prevention Programs) ศาลพบพยานหลักฐานว่า PM จำเลยได้ใช้เงินดังกล่าวในการชักจูงให้กลุ่มเยาวชนมาเป็นลูกค้าหรือนักสูบหน้าใหม่ และเพื่อให้เกิดลูกค้ารายใหม่แทนลูกค้าหรือผู้สูบบุหรี่รายเดิมที่เสียชีวิตลง หรือผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

7) ควันบุหรี่มือสอง

บริษัทบุหรี่ปฏิเสธมาโดยตลอด แต่ในที่สุดก็ยอมรับว่า ควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke: SHS) หรือควันบุหรี่ที่กระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Tobacco Smoke: ETS) นั้นเป็นอันตรายต่อผู้ไม่สูบบุหรี่จริง หลังจากมีรายงานจากสำนักงานนายแพทย์ใหญ่สหรัฐอเมริกาเรื่องการสูบบุหรี่และสุขภาพปี ค.ศ.1964 นักวิชาการด้านสุขภาพก็มีความกังวลเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพของควันบุหรี่มือสอง แต่ก็ไม่มีการศึกษา จนกระทั่งปี ค.ศ.1986 ถึงได้มีข้อสรุปเรื่องนี้

1) ช่วงกลางทศวรรษ 1970s เริ่มมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ออกมาเตือนถึงภัยและความเสี่ยงต่อสุขภาพของทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ด้วยความกลัวว่ารัฐบาลจะออกกฎหมายห้ามการ

สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ซึ่งจะทำให้การยอมรับการสูบบุหรี่ในสังคมลดลง บริษัทบุหรี่จึงเผชิญกับภาวะคุกคามครั้งใหญ่ต่อรายได้และผลกำไรของพวกเขา

2) นักวิชาการด้านสาธารณสุขมีฉันทามติว่า ควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดโรคในผู้ไม่สูบบุหรี่ ฝ่ายจำเลยคือ บริษัทบุหรี่ก็รู้ดีว่าในควันบุหรี่มือสองมีสารก่อมะเร็งและสารอันตรายอื่นๆ อยู่เป็นจำนวนมากและตระหนักดีว่างานวิจัยโดยฝ่ายสุขภาพที่พบว่า ควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดโรคเป็นหลักฐานสำคัญที่ชี้ชัดถึงความเป็นอันตรายของควันบุหรี่มือสองและทำให้พวกเขาตกอยู่ในฐานะลำบาก ยิ่งไปกว่านั้นงานวิจัยที่บริษัทบุหรี่ให้ทุนศึกษาวิจัยเองก็ยืนยันผลเช่นเดียวกันคือควันบุหรี่มือสอง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

3) ความเคลื่อนไหวภายในกลุ่มอุตสาหกรรมยาสูบเริ่มกังวลว่าหลักฐานเกี่ยวกับควันบุหรี่กระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ ได้ส่งผลกระทบต่อธุรกิจบุหรี่เป็นอย่างมากในงานประชุมประจำปี 1974 ของสถาบันยาสูบที่นิวยอร์ก ประธาน Horace Kornegay กล่าวถึงความเข้มงวดของการห้ามสูบบุหรี่ภายในอาคารว่า “ไม่เพียงแต่จะกระทบยอดขายบุหรี่เท่านั้น “แต่อาจจะส่งผลถึงการห้ามสูบบุหรี่อย่างสิ้นเชิง”

4) บริษัท BAT รู้ดีว่าประเด็นควันบุหรี่กระทบต่อสิ่งแวดล้อมนั้นไม่เพียงแต่จะทำให้การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเข้มงวดมากขึ้นเท่านั้น แต่จะทำให้ลดจำนวนนักสูบหน้าใหม่ด้วย

5) ในปี ค.ศ. 1987 PM ระบุในแผนยุทธศาสตร์ถึงเรื่อง “การยอมรับทางสังคม (Social acceptability)” ว่า “ฝ่ายรณรงค์(ต่อต้านการสูบบุหรี่) ได้ใช้ประเด็นเรื่องผลของควันบุหรี่กระทบต่อสิ่งแวดล้อมเป็นอาวุธที่ทรงพลังในการต่อสู้กับอุตสาหกรรมยาสูบ”

6) ในปี ค.ศ. 1988 ประธานสถาบันยาสูบ (Tobacco Institute) กล่าวถึงความพยายามที่จะจัดการกับภาวะคุกคามจากประเด็นควันบุหรี่มือสอง สถาบันยาสูบจึงได้ตั้งศูนย์วิจัยคุณภาพอากาศในอาคาร (Center for Indoor Air Research: CIAR) ปี ค.ศ. 1999 ศูนย์ CIAR ก็ถูกสั่งปิดภายใน 45 วัน ต่อมาต้นปี ค.ศ. 2000 PM ได้ตั้งโครงการ PM External Research Program (PM ERP) เพื่อสานต่องานวิจัยจากศูนย์วิจัย CIAR ที่

ข้อสรุปชัดเจนว่าบริษัทบุหรี่ทั้งรัฐและเป็นกังวลเรื่องควันบุหรี่มือสองมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1961 ซึ่งในปีนั้นนักวิจัยของบริษัท PM นำเสนอผลงานวิจัยที่พบว่า 84% ของควันบุหรี่นั้นคือ ควันสายข้างเคียง (side stream) ที่เต็มไปด้วยสารก่อมะเร็ง ซึ่งคือควันที่เกิดขึ้น

ขณะที่บุหรี่ถูกจุดให้ติดไฟและควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดดมออกมากกระจายตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อม และมีความเป็นไปได้สูงมากที่ควันบุหรี่มือสองนี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูดดมด้วย

ในปี ค.ศ.1974 ประธานสถาบัน Tobacco Institute ชื่อ Horace Kornegay ยอมรับว่าประเด็นเรื่อง passive smoking อาจนำไปสู่จุดจบของการบริโภคยาสูบเลยก็ได้

แม้ว่า บริษัท RJ Reynolds กับ Lorillard ปฏิเสธอย่างสิ้นเชิงว่า อันตรายจากควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดโรคและผลกระทบต่อสุขภาพอื่นๆ ปัจจุบันยังไม่มีจำเลยรายใดที่ยอมรับว่ามีอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง แม้นักวิจัยของฝ่ายจำเลยเองก็ตระหนักมากขึ้นในผลการวิจัยเรื่องอันตรายของควันบุหรี่มือสองที่มีต่อสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่จำเลยก็ยังพยายามรวบรวมพันธมิตรเพื่อที่จะลบล้างความน่าเชื่อถือและทำให้ผลการวิจัยอ่อนลง จำเลยได้ทุ่มเงินและทรัพยากรในการสร้างเครือข่ายเพื่อคัดสรร ระบุนักวิจัยพันธมิตรโดยผ่านทางโครงการ “Global Consultancy Program” และยังทำการจัดประชุมในประเทศต่างๆ ทั่วโลกดำเนินการโดย “Friendly” Scientist โดยที่ไม่เปิดเผยว่ากลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากอุตสาหกรรมยาสูบ นอกจากนี้ยังมีการจัดประชาสัมพันธ์อย่างยิ่งใหญ่ทั้งในระดับประเทศและระดับสากลเพื่อมุ่งวิจารณ์ผลงานวิจัยที่ชี้ชัดถึงผลกระทบต่อสุขภาพของควันบุหรี่มือสองที่มีต่อผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่



บทที่ 2

อิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบต่อนโยบายของรัฐ

โดย นิตศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. บุหรี่กับการแทรกแซงนโยบายสาธารณะ
2. บุหรี่กับการแทรกแซงทางการเมืองในสหรัฐอเมริกา
3. บุหรี่กับการแทรกแซงทางการเมืองและกฎหมายในประเทศไทย
4. การรับมาตรการของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบองค์การอนามัยโลก

1. บุหรี่กับการแทรกแซงนโยบายสาธารณะ

ในช่วงทศวรรษ 1960 เมื่อประเด็นของการสูบบุหรี่และสุขภาพถูกนำเสนอ นักเศรษฐศาสตร์ต่างก็หันไปให้ความสนใจในการส่งผลกระทบของมาตรการทางนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่มีต่อปริมาณการจำหน่ายยาสูบ เช่น การโฆษณา และการห้ามสูบบุหรี่ รวมทั้งการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ งานของ Tollison, Bass, Leu และ Hamilton เป็นแนวทางรูปแบบของการศึกษาประเภทนี้ และส่งผลให้เกิดความเข้าใจอย่างมากถึงผลกระทบจากมาตรการต่างๆ ของรัฐบาลกลางประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีต่อปริมาณการจำหน่ายยาสูบ ในลักษณะที่ใกล้เคียงกันผู้เชี่ยวชาญในด้านวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ได้มีส่วน

ร่วมเป็นอย่างมากในการให้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทที่เหมาะสมของนโยบาย
สาธารณะในการลดการสูญบุหรี ผลงานของ Viscusi และ Warner เป็นตัวอย่างที่มีอยู่
มากมาย

สำหรับนโยบายทางธุรกิจ (business policy) ซึ่งอุตสาหกรรมยาสูบพัฒนาในการ
ตอบโต้มาตรการต่างๆ ของรัฐบาล ได้มีการเขียนถึงการ “การกระจาย (diversification)”
ของบริษัทยาสูบที่เกิดขึ้นในระยะกว่า 30 ปีที่ผ่านมา Biggadike ได้ศึกษากลยุทธ์นี้อย่าง
กว้างขวางแต่ผลงานคลาสสิกของหัวข้อนี้คือผลงานของ Miles ชื่อ Coffin, Nails and
Corporate Strategies ซึ่งมีการสาธยาย (elaborate) อย่างละเอียดลึกซึ้งถึงวิธีการที่
อุตสาหกรรมยาสูบใช้การ ‘กระจาย’(diversification) เป็นกลยุทธ์เพื่อการอยู่รอด
อุตสาหกรรมยาสูบมีวิวัฒนาการอยู่ตลอดเวลาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่
แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลและอุตสาหกรรมอื่นๆ แนวคิดของ Richard
McGowan มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ดังนี้ (Richard McGowan, 1995)

1. ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางธุรกิจและกระบวนการสาธารณะ
เกี่ยวกับอุตสาหกรรมยาสูบที่ผ่านมา เน้นไปที่กระบวนการทางธุรกิจ หรือกระบวนการ
สาธารณะอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ไม่ใช่ทั้งสองอย่างพร้อมๆ กัน ในการตรวจสอบความ
เกี่ยวพันของทั้งสองกระบวนการพร้อมๆ กันจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของปัญหา
ที่สลับซับซ้อนที่เผชิญหน้าผู้กำหนดนโยบายทั้งภาครัฐและภาคธุรกิจ

2. การศึกษาที่ผ่านมา เน้นไปที่บทบาทของรัฐบาลกลางประเทศสหรัฐอเมริกาใน
การควบคุมกำกับอุตสาหกรรมยาสูบ แต่ในระยะหลังนี้ นโยบายสาธารณะส่วนใหญ่มา
จากรัฐบาลของรัฐต่างๆ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมากสำหรับอุตสาหกรรมยาสูบ แต่
เริ่มจะเกิดขึ้นกับอุตสาหกรรมอื่นๆ อีกมากมายในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะประเด็น
ทางด้านสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ (empirical analysis) มาตรการนโยบายสาธารณะ
ต่างๆ เกี่ยวกับปริมาณการจำหน่ายในระดับรัฐ (state) จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นของ
บทบาทของรัฐในการพิจารณาความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของกรอบแนวคิดนโยบาย
สาธารณะในระดับรัฐบาลของรัฐ

3. ความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ในมิติของนโยบายธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับ
อุตสาหกรรมยาสูบมีสองประเด็นต่อไปนี้คือ

- ก. แสดงให้เห็นถึงนโยบายการกระจาย (diversification) ได้พัฒนาจากมุมมองทาง 'ประวัติศาสตร์' และ 'ความสำเร็จ' ของนโยบายนี้ นอกจากนี้จะนำเสนอกรณีศึกษาของความหมาย 'ความสำเร็จ' สำหรับกลยุทธ์ในการกระจายธุรกิจที่ได้เปลี่ยนแปลงในเวลาเดียวกับวิวัฒนาการของอุตสาหกรรมยาสูบ
- ข. รายละเอียดการวิเคราะห์เชิงประจักษ์เพื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของบริษัทยาสูบด้านนโยบายราคา เพื่อตอบโต้มาตรการการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ

4. การศึกษาถึงการวางกรอบแนวคิดของรัฐต่างๆ ในการใช้ภาษีสรรพสามิตยาสูบเป็นแหล่งรายได้ของรัฐ มิติแรก รัฐจะได้รับผลกระทบย้อนกลับแบบ Laffer (reverse Laffer effect) ซึ่งหมายถึงเมื่ออัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบเพิ่มขึ้นรัฐจะมีรายได้ลดลงหรือไม่? มิติที่สอง รัฐต่างๆ จะแข่งขันเพื่อรายได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบหรือไม่? มีประเด็นต่างๆ ที่น่าสนใจที่ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะจะต้องพิจารณาในการกำหนดอัตราที่เหมาะสมสำหรับภาษีสรรพสามิตยาสูบ

2. บุหรี่กับการแทรกแซงทางการเมืองในสหรัฐอเมริกา

ปฐมบทของข้อโต้แย้งระหว่างอุตสาหกรรมยาสูบ-รัฐบาล (Richard McGowan, 1995)

อุตสาหกรรมยาสูบจะเป็นกรณีศึกษาที่ใช้เป็นบรรทัดฐาน ไม่เพียงแต่โมเดลสำหรับอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างธุรกิจและรัฐบาล แต่เป็นฐานข้อมูลยอดเยี่ยมสำหรับตรวจสอบผลจากนโยบายของรัฐต่ออุตสาหกรรมยาสูบ

อุตสาหกรรมยาสูบมีความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นกับรัฐบาลในอดีตที่ผ่านมา และมีข้อมูลมากมายที่จะต้องวิเคราะห์การพัฒนาโมเดลต่างๆ เพื่อศึกษาอุตสาหกรรมยาสูบและผลจากการวิเคราะห์ในการใช้โมเดลต่างๆ สามารถนำมาปรับใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรม เช่น อุตสาหกรรมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุตสาหกรรมเวชภัณฑ์ยา และการพนัน

นอกจากนี้วิวัฒนาการของอุตสาหกรรมยาสูบและประวัติศาสตร์ของอุตสาหกรรมจะได้นำมาเสนอเพื่อให้เห็นภาพว่ามี 3 ยุคของการควบคุมกำกับจากภาครัฐ สองยุคแรกมี

ลักษณะของการควบคุมจากรัฐบาลกลาง ในขณะที่ยุคที่สามผู้ควบคุมกำกับดูแลเป็นภาคีรัฐระดับรัฐและระดับท้องถิ่น การนำเสนอโมเดล 'ยุค' ทั้งสามจะได้เน้นจุดเชื่อมโยงของยุคต่อมา กระแสกดดันที่มีต่ออุตสาหกรรมยาสูบ เพิ่มความรุนแรงและพลังอำนาจโดยรวม (cumulative power)

การนำเสนอโมเดลที่เชื่อมโยงกันระหว่างนโยบายธุรกิจและนโยบายสาธารณะ โดยใช้โมเดล '3 ยุค' เป็นจุดพื้นฐานของการอ้างอิง ซึ่งโมเดลนี้จะบูรณาการแนวคิดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของ Freeman (Freeman's stakeholder concept 1984) ในการอธิบายถึงกลุ่มต่างๆ ซึ่งมีความสนใจในกระบวนการของนโยบายสาธารณะ และใช้โมเดลของ Porter ในการแสดงถึงกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนโยบายทางธุรกิจ ปัจจัยร่วมของโมเดลนี้จะเป็นจุดเชื่อมของ 'ระบบ' ซึ่งนำเสนอโดย Preston และ Post (1975) เอกลักษณะของโมเดลเชื่อมโยง (Convergence Model) คือการบูรณาการการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ และการวิเคราะห์นโยบายธุรกิจ โมเดลใดก็ตามที่คาดหวังจะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอุตสาหกรรมยาสูบและรัฐบาล จะต้องสามารถแสดงให้ไม่เพียงแต่กลุ่มต่างๆ ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (stakeholder analysis) อย่างไรก็ตาม ความสนใจของกลุ่มต่างๆ เกี่ยวข้องกับประเด็นการบริโภคยาสูบเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาอย่างไร (public policy analysis) และผลกระทบที่มีต่ออุตสาหกรรมยาสูบการรวมการวิเคราะห์แบบต่างๆ สามารถทำให้โมเดลเชื่อมโยงนี้ทำให้มองเห็น 'ระยะ' (stages) ต่างๆ ของการพัฒนาซึ่งอุตสาหกรรมยาสูบเปลี่ยนแปลงตลอดประวัติศาสตร์ที่ไม่ราบรื่น

เมื่อใช้ 'โมเดลเชื่อมโยง' เป็นฐานในการมองความสัมพันธ์ระหว่างอุตสาหกรรมยาสูบและรัฐบาลว่าเป็นอย่างไร จะมีการอธิบายถึงแนวคิดทฤษฎีต่างๆ (hypothesis) ซึ่งได้มาจากโมเดลนี้ แนวคิดทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้จะทดสอบประสิทธิผลของกฎระเบียบต่างๆ ที่รัฐบาลใช้ในการควบคุมกำกับอุตสาหกรรมยาสูบ ประเด็นที่น่าสนใจมากที่สุดคือผลของกฎระเบียบที่มีต่อยอดขายยาสูบและผลที่มีต่อนโยบายราคาของบริษัทยาสูบ กรอบแนวคิดทฤษฎีชุดแรกจะทดสอบประสิทธิผลของมาตรการต่อไปนี้มีผลต่อการจำหน่ายยาสูบ: การห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์และวิทยุโดยรัฐบาลกลาง การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบต่างๆ กรอบแนวคิดทฤษฎีชุดที่สองจะทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายราคาของบริษัทยาสูบและการบังคับใช้กฎหมายขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ

ในขณะที่มีการศึกษาในอดีตเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้มี 2 ปัจจัยซึ่งทำให้การศึกษาขึ้นนี้แตกต่างไปจากการศึกษาที่แล้วๆ มา ปัจจัยแรกคือ ข้อมูลยอดขายจำหน่ายยาสูบจะเป็นข้อมูลรายเดือนสำหรับทั้ง 50 รัฐ จากปี ค.ศ. 1987 ถึง 1994 ในการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการใช้ข้อมูลระดับชาติเพื่อนำข้อสรุปมาเสนอเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการนโยบายสาธารณสุขต่างๆ อย่างไรก็ตามภาวการณ์ระบาดวิทยาสูบในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราที่แตกต่างกันในแต่ละรัฐจึงเป็นการยากที่จะบ่งบอกว่าปัจจัยใดที่มีผลต่อยอดจำหน่ายยาสูบเมื่อมาตรการต่างๆ ถูกนำมาใช้พร้อมกัน

เอกลักษณ์อีกอย่างหนึ่งของงานวิจัยขึ้นนี้คือระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการทดสอบข้อมูลเป็นช่วงระยะเวลาที่ต่อเนื่อง งานวิจัยที่ผ่านมาใช้โมเดลทางการวัดเชิงเศรษฐศาสตร์ (econometric models) บนพื้นฐานของข้อมูลระดับชาติเพื่อพิจารณาผลงานของมาตรการต่างๆ ทางนโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับยอดขายจำหน่ายยาสูบ

ในการศึกษาวิจัยขึ้นนี้ การวิเคราะห์ตามระยะเวลาที่ต่อเนื่องจะใช้ auto regressive integrated moving average –ARIMA) ซึ่งจะดีกว่าการใช้การวิเคราะห์ทางการวัดเชิงเศรษฐศาสตร์ (econometric analysis) แบบเดิมๆ 2 ประเด็น ความได้เปรียบประเด็นแรกเกี่ยวข้องกับรูปแบบและปริมาณของข้อมูล ข้อมูลในการวิจัยนี้เป็นข้อมูลฤดูกาลโดยมีจุดสูงสุดของฤดูกาลขาย 2 จุด ในเดือนมิถุนายน (วันพ่อ: Father's Day) และเดือนธันวาคม (วันคริสต์มาส) ดังนั้นการวิเคราะห์โดย ARIMA จึงมีความเหมาะสมเนื่องจากถูกออกแบบมาโดยเฉพาะสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตามฤดูกาลระยะยาว

เหตุผลที่ดีอีกอย่างหนึ่งที่เหมาะกับการใช้ ARIMA คือนักวิจัยมีโอกาสเลือกรูปแบบโมเดลที่ใช้การแทรกแซง (intervention) ได้หลายรูปแบบ ในขณะที่โมเดลทางการวัดเชิงเศรษฐศาสตร์ (econometric modeling) สามารถใช้รูปแบบการแทรกแซงได้ครั้งละ 1 รูปแบบ คือทีละขั้น (step function) แต่การวิเคราะห์การแทรกแซงแบบ ARIMA อย่างน้อยการแทรกแซง 3 รูปแบบสามารถนำมาทดสอบโมเดลได้พร้อมกัน การใช้การวิเคราะห์การแทรกแซงแบบ ARIMA นักวิจัยไม่เพียงแต่สามารถทดสอบปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เป็นไปได้แต่จะสามารถพิจารณาอย่างแม่นยำว่ามาตรการใดทางนโยบายสาธารณสุขมีผลต่อยอดขาย หรือราคาของยาสูบ

การวิเคราะห์ผลที่เกิดจากมาตรการทางนโยบายสาธารณะระลอกที่สองของกฎระเบียบ (การห้ามโฆษณาและการห้ามสูบบุหรี่) ที่มีผลต่อยอดขายยาสูบ เมื่อมลรัฐต่างๆ มีกฎหมายควบคุมยาสูบและอัตราภาษีสรรพสามิตที่แตกต่างกันและหลากหลาย จึงจำเป็นที่จะต้องวิเคราะห์ผลที่ดีในการเลือกมลรัฐบางแห่งเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา Richard McGowan เลือกที่จะใช้ 2 เกณฑ์ในการจำแนกมลรัฐเพื่อเป็นกรณีศึกษา

1. จำนวนกฎหมายที่ควบคุมการบริโภคยาสูบ และ
2. ระดับของภาษีสรรพสามิตยาสูบในรัฐนั้นๆ

เกณฑ์ทั้งสองนี้จะถูกจำแนกเป็น 3 ส่วน (ต่ำ ปานกลาง และสูง) ดังนั้นตารางที่ใช้จะเป็น 9 ส่วน (3×3) เพื่อจะได้ดูส่วนผสมของกลยุทธ์ต่างๆ ในการดำเนินการโดยมลรัฐ

ประสิทธิผลของมาตรการหลักทางนโยบายสาธารณะในยุคที่ 3 คือ ภาษีสรรพสามิตยาสูบ และเปรียบเทียบความแตกต่างของการควบคุม กำกับ นโยบาย ระหว่างยุคที่ 2 และยุคที่ 3 นอกจากนี้จะเปรียบเทียบผลของการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบรูปแบบต่างๆ ต่อยอดขายยาสูบ เป็นการทดสอบแนวคิด (hypothesis) ของ Jeffrey Harn's (1987) ที่บ่งชี้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบใช้การขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบเป็นข้ออ้างที่จะขึ้นราคาให้สูงกว่าที่ควรจะเป็น

มีบทหนึ่งที่จะเน้นมุมมองของการคลังสาธารณะ เนื่องจากภาษีสรรพสามิตยาสูบเป็นแหล่งรายได้สำคัญสำหรับรัฐบาลระดับมลรัฐ และเนื่องจากภาษีสรรพสามิตยาสูบใช้เป็นเครื่องมือในการลดการบริโภคยาสูบ ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายสาธารณะจะต้องพิจารณาว่าระดับภาษีสรรพสามิตยาสูบที่เหมาะสมควรจะเป็นเท่าใด ผู้บริโภคจะต้องยอมแลกเงินรายได้จากภาษีกับประเด็นความห่วงใยด้านสุขภาพหรือไม่ ซึ่งจะมีเนื้อหาของการตรวจสอบว่า Laffer effect มีอยู่จริงหรือไม่สำหรับภาษีสรรพสามิตยาสูบ พูดอีกนัยหนึ่งคือรายได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบจะลดลงหรือไม่ถ้าหากอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบเพิ่มขึ้นสูงเพียงพอที่จะลดปริมาณการบริโภคยาสูบ อีกส่วนหนึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมลรัฐต่างๆ ในการกำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบ มีการแข่งขันระหว่างมลรัฐต่างๆ ในความพยายามที่จะดึงดูดผู้สูบบุหรี่ให้มาซื้อบุหรี่ในรัฐของตนหรือไม่ มลรัฐใกล้เคียงจะมีความสนใจในการลดอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบเพื่อดึงดูดนักสูบและรายได้ทางภาษีจากรัฐเพื่อนบ้านที่มีอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบที่สูงกว่าหรือไม่ กลยุทธ์

ดังกล่าวให้ผลตอบแทนที่ดีแก่มลรัฐใกล้เคียงที่ 'จู้โจม' หรือไม่? (Richard McGowan 1995)

ในขณะที่อุตสาหกรรมยาสูบในประเทศสหรัฐอเมริกาดำเนินการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา อุตสาหกรรมยาสูบทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วเช่นกัน หลายประเทศพบกับปัญหาว่าจะทำอย่างไรกับบริษัทยาสูบที่เคยเป็นของรัฐ ประเด็นต่างๆ ที่หลากหลายจะได้รับการอภิปรายทั้งทางบวกและทางลบเกี่ยวกับประเทศเหล่านี้ กรณีศึกษาที่น่าสนใจคือบริษัทยาสูบ Tabacalera ของประเทศสเปน การที่รัฐบาลสเปนตัดสินใจขายหุ้นในองค์กรดังกล่าวให้กับเอกชน (แปรรูปเป็นบริษัทเอกชน) เป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับอุตสาหกรรมยาสูบทั่วโลกจากการที่รัฐบาลเข้าไปแทรกแซงและมีผลกระทบต่ออุตสาหกรรมยาสูบ

ส่วนสุดท้ายของบทนี้มีเนื้อหาของข้อเสนอแนะและการคาดการณ์เกี่ยวกับอุตสาหกรรมยาสูบทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก จะมีประโยชน์ต่อนักวิจัย ผู้กำหนดนโยบายทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมทั้งผู้สังเกตการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลและภาคธุรกิจ

อุตสาหกรรมยาสูบเป็นอุตสาหกรรมหนึ่งที่มีอิทธิพลมากและในหลายประเทศสามารถซื้อเสียงนักการเมืองได้ทุกระดับ โดยเฉพาะบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอำนาจตัดสินใจและสั่งการ (ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. 1976 ในทวีปอเมริกาใต้ Securities and Exchange Commission Report รายงานว่าในช่วงทศวรรษที่ 1970 บริษัทฟิลิป มอริส และอาร์เจเรย์โนลด์ ได้ "จ่ายเงินอันน่าสงสัย" จำนวน 2.8 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ให้แก่ข้าราชการใน 7 ประเทศเพื่อให้ได้สิทธิพิเศษในฐานะการผลิตของตน)

3. บุหรี่กับการแทรกแซงทางการเมืองและกฎหมายในประเทศไทย

การแทรกแซงทางการเมืองและกระบวนการเสนอกฎหมาย (Maneuvering to hijack the legislative process) อุตสาหกรรมยาสูบมักจะสร้างความสัมพันธ์หรือลอบบี้นักการเมือง สมาชิกวุฒิสภา หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจในรัฐบาล รวมถึงการสร้างอิทธิพลต่อกระบวนการทางการเมือง ซึ่งมีกระบวนการออกกฎหมายมีความล่าช้าหรือมีข้อบกพร่อง

การแทรกแซงกระบวนการเสนอร่างกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในช่วงปี พ.ศ. 2534-2535 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2532 ถึง 2535 ได้เกิดกฎหมายสำคัญ 2 ฉบับคือ

ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. โดยก่อนหน้านี้นี้ประเทศไทยมีกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบที่เป็นมาตรการทางภาษีเท่านั้นคือ พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509แต่ยังไม่มียกกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยเฉพาะบุหรี่ และยังไม่มียกกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่เหมือนในต่างประเทศและยังไม่มียกนโยบายหรือยุทธศาสตร์การควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติแต่อย่างใด (ไพศาล ลิ้มสถิตย์ 2556)

ก่อนปี พ.ศ.2532 การโฆษณาบุหรี่ยังไม่มีกฎหมายห้ามแต่อย่างใด จนกระทั่งมีการออกคำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณาที่ 2/2532 เรื่องห้ามการโฆษณาในทุกสื่อโฆษณา และคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคออกประกาศให้บุหรี่เป็นสินค้าควบคุมผลกตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 106 ตอนที่ 25 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2532) นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ ในขณะที่ดำรงตำแหน่งเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้คิดริเริ่มที่จะร่างกฎหมายควบคุมบุหรี่และกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ที่จัดประชุมเป็นครั้งแรกในเดือนเมษายน 2532 และได้เสนอให้ที่ประชุมแต่งตั้งคณะอนุกรรมการด้านกฎหมายขึ้น (หทัย ชิตานนท์ 2551) ในรายงานนี้จะกล่าวถึงเฉพาะเหตุการณ์สำคัญและกรณีการแทรกแซงของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ ที่พยายามเข้ามามีบทบาทในการคัดค้านการยกร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ. ดังนี้ (ไพศาล ลิ้มสถิตย์ 2556)

เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2533 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบในหลักการต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ที่เสนอโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งขณะนั้นมี นายชวน หลีกภัย เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยก่อนหน้านั้นในเดือนเดียวกัน รัฐบาลได้พิจารณาที่จะเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ ตามกระแสการกดดันของบริษัทบุหรี่สหรัฐและรัฐบาลสหรัฐ และคำตัดสินขององค์คณะของแกตต์ตั้งที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ และ นายแพทย์ประทีป วาทีสาธกกิจ โดยการแนะนำของปลัดกระทรวงพาณิชย์ในขณะนั้น ได้ขอต่อรองให้รัฐบาลไทย ออกกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งการจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ในกระทรวงสาธารณสุข (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ 2542: 31) เหตุการณ์การเมืองสำคัญในช่วงรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นที่ให้ความเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบคือ เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์

2534 เกิดเหตุการณ์รัฐประหารของคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ (รสช.) เหตุการณ์ดังกล่าวอาจมีส่วนทำให้การพิจารณาร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ของคณะกรรมการกฤษฎีกาหยุดชะงักไป (ไพศาล ลิ้มสถิตย์ 2556)

ด้วยเหตุนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ไพโรจน์ ینگานนท์) จึงได้ออกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 227/2534 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการร่าง พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่และสุขภาพ โดยมี นายแพทย์หทัย เป็นประธานกรรมการ และมีกรรมการที่เป็นผู้แทนเลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา กรมสรรพสามิต ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) นายแพทย์ประกิต นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เป็นต้น ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งเรื่องการปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตามข้อสังเกตของคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะ 6 และยืนยันถึงเหตุผลความจำเป็นในการมีกฎหมายฉบับนี้

คณะกรรมการกฤษฎีกา คณะ 6 ได้เริ่มพิจารณาร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. เป็นครั้งแรกในวันที่ 12 กันยายน 2534 ในช่วงเวลานี้ เริ่มปรากฏข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความพยายามแทรกแซงกระบวนการร่างกฎหมายของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ เช่น

- ผู้แทนของบริษัท BAT ประจำประเทศไทย ระบุวัตถุประสงค์ 3 ประการในการเข้าพบรองนายกรัฐมนตรีในสมัยนั้นมีเนื้อหา ดังนี้ (หทัย ชิตานนท์, 2551: 17-18)

1) เพื่อหารือกับตัวแทนรัฐบาลที่รับผิดชอบร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า กลุ่มบริษัทบุหรี่ข้ามชาติจะมีสิทธิเข้าร่วมกระบวนการร่างกฎหมายฉบับนี้โดยเฉพาะในประเด็นการแจ้งส่วนประกอบของบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Ingredients issue)ว่าจะใช้วิธีการใดในการบัญญัติเป็นกฎหมาย

2) เพื่อสร้างความมั่นใจแก่รัฐบาลว่า กลุ่มบริษัทบุหรี่ข้ามชาติจะปฏิบัติตามกฎหมายเรื่องการห้ามโฆษณา

3) เพื่อแสดงความกังวลว่า ในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา กระทรวงพาณิชย์และกรมศุลกากรที่เริ่มควบคุมบุหรี่ อาจทำให้ทัศนคติเชิงลบของประชาชนต่อร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ อันจะส่งผลทำให้มีการลักลอบนำบุหรี่เถื่อนเข้าประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น และทำให้รัฐไม่สามารถจัดเก็บภาษีได้

- ตัวแทนบริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้เข้าพบรองเลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา ซึ่งปฏิบัติราชการแทนเลขาธิการ ฯ ที่เดินทางไปต่างประเทศ

กลุ่มบริษัทบุหรี่ข้ามชาติกลุ่มนี้ได้ทำจดหมายเป็นทางการส่งถึงรองนายกรัฐมนตรีท่านหนึ่งหลายครั้ง เช่นจดหมายลงวันที่ 10 ตุลาคม 2534 มีเนื้อหาเป็นจดหมายขอขอบคุณที่ได้ให้โอกาสกลุ่มอุตสาหกรรมผู้นำเข้าบุหรี่เข้าพบเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2534 และกล่าวเน้นย้ำเรื่องความร่วมมือระหว่างผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมยาสูบกับรัฐบาล โดยเฉพาะการพิจารณาร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฯ

ในประเด็นการกำหนดระดับสารทาร์ (Tar) และนิโคติน (Nicotine) ในบุหรี่ของรัฐบาลโดยลำพัง รวมถึงการควบคุมกิจกรรมการทำตลาดของบริษัทที่ถูกกล่าวหาว่าไม่เหมาะสมจดหมายลงวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2534 มีเนื้อหาอ้างข้อมูลความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับอุตสาหกรรมยาสูบ ในเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เรื่องระดับสารทาร์และนิโคตินในบุหรี่ เช่น ฮองกง สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และเสนอแนะเรื่องการเปิดโอกาสให้บริษัทผู้ผลิตบุหรี่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังระดับสารทาร์และนิโคตินในบุหรี่ร่วมกับรัฐบาลไทย เช่น การจัดตั้งห้องแล็บตรวจสอบ การฝึกอบรมบุคลากรที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐการวางแผนเรื่องการจัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ทดสอบต่าง ๆ

จดหมายลงวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2534 ระบุถึงประเด็นหลักเกณฑ์เรื่องส่วนประกอบของบุหรี่ และการทดสอบระดับสารทาร์และนิโคตินที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ อีกทั้งยังกล่าวอ้างว่าส่วนประกอบของบุหรี่ถือเป็นความลับทางการค้าของผู้ผลิตบุหรี่ แม้ว่ารัฐบาลหลายประเทศจะกำหนดให้แจ้งข้อมูลดังกล่าวก็ตามต่อมาวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2534 เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาได้มีหนังสือถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เพื่อส่งร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฯ ที่พิจารณาเสร็จแล้ว ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำหนังสือถึงเลขาธิการ ครม. ลงวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2535 เรื่องเห็นชอบร่างพระราชบัญญัตินี้ตามที่คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วเสร็จ เหตุการณ์นี้ทำให้กลุ่มบริษัทบุหรี่ทำหนังสือถึงรองนายกรัฐมนตรีเพื่อคัดค้านเนื้อหาของร่างกฎหมายนี้ว่ามีข้อเสียหลายประการ

มีการวิเคราะห์มุมมองของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติในการสร้างความสัมพันธ์กับรองนายกรัฐมนตรีท่านหนึ่งว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด เพื่อที่จะให้เกิดการเจรจาพูดคุยกับตัวแทนรัฐบาลในประเด็นการกำหนดส่วนประกอบของบุหรี่ กลุ่มบริษัทบุหรี่ยังมองว่า รอง

นายกรัฐมนตรีท่านนี้เป็นพันธมิตรสำคัญในการคัดค้านการเสนอร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฯ (MacKenzie R et al, 2004)

4. การรับมาตรการของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) ในหนังสือเล่มนี้ ผู้เขียนจะใช้คำเรียกสั้นๆ ว่า กรอบอนุสัญญาฯ

4.1 กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

กรอบอนุสัญญาฯ เป็นรูปแบบหนึ่งของการกำหนดสนธิสัญญาระหว่างประเทศ เป็นความตกลงทางกฎหมายระดับนานาชาติ ที่ลงนามร่วมกันระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อจัดการเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นระบบ กรอบอนุสัญญาฯ จะกำหนดหน้าที่รับผิดชอบโดยทั่วไป ได้แก่ จัดให้มีมาตรการระดับชาติเพื่อแก้ไขปัญหา รวมทั้งการจัดการศึกษา ฝึกอบรม สร้างการรับรู้ของสาธารณชน ความร่วมมือในงานวิจัย การรายงานและการช่วยเหลือทางการเงิน กรอบอนุสัญญาฯ จัดเป็นสนธิสัญญาระหว่างประเทศด้านสุขภาพฉบับแรกขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองประชากรโลกให้ปลอดภัยจากผลร้ายของการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันยาสูบกล่าวได้ว่ากรอบอนุสัญญาฯ นี้เป็นกลไกทางกฎหมายระหว่างประเทศต่างๆ ในการสกัดกั้นมิให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่กระจายไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสู่ประเทศกำลังพัฒนาและหยุดยั้งการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ (World Health Organization 2005)

ในทศวรรษ 1990s การระบาดของยาสูบนับเป็นปัญหาใหญ่ทางสุขภาพเพราะเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อัตราที่สูงขึ้นของการสูบบุหรี่ทั่วโลกมีผลทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างน้อย 3.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 1998 และได้มีการคาดการณ์ในเวลานั้นว่าจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอย่างน้อย 10 ล้านคนต่อปีภายในปี ค.ศ. 2030 ถ้าหากไม่มีการควบคุม และร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตจำนวนนี้เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (Resolution WHA 52.18. WHO 1999)

ความพยายามในอดีตที่ผ่านมาในการควบคุมการระบาดของยาสูบทั่วโลกไม่มีประสิทธิผลเนื่องจากอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติมีแรงจูงใจจากผลกำไรมหาศาลในการผลิตและการค้ายาสูบ ผนวกกับการเป็นสารเสพติดของนิโคติน การระบาดจึงแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจากประเทศที่พัฒนาแล้วไปยังประเทศที่กำลังพัฒนา โลกาภิวัตน์ทำให้ความพยายามของแต่ละประเทศในการควบคุมยาสูบอ่อนแอลง วิธีการแบบเดิมๆ ของสาธารณสุขในการลดการบริโภคยาสูบไม่สามารถสู้ได้กับพลังอำนาจของอุตสาหกรรมยาสูบ การเข้าถึงในระดับนานาชาติ และทรัพยากรมหาศาล

เมื่อวันที่ 7 เมษายน ค.ศ. 1948 ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกให้อำนาจแก่สมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ในการวางมาตรฐานกำหนดนโยบายและความตกลงต่างๆ – มาตรา 19 (Constitution of the World Health Organization. WHO 2006) องค์การอนามัยโลกไม่เคยใช้อำนาจในการกำหนดสนธิสัญญาระหว่างประเทศมาก่อนหน้านี้ แต่การแพร่ระบาดของยาสูบเป็นความท้าทายทางด้านสาธารณสุขอย่างรุนแรงซึ่งจำเป็นจะต้องมีมาตรการที่สร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ แนวคิดของการใช้อำนาจธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกในการจัดทำมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในระดับนานาชาติ เกิดขึ้นครั้งแรกในรายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ (World Health Organization, 1979) โดยมี Sir George Godber แห่งสหราชอาณาจักรเป็นประธาน Dr. Nigel Gray แห่งออสเตรเลีย เป็นผู้รวบรวมสรุปรายงาน และ Dr. Roberto Masironi จากแผนกโรคหัวใจและหลอดเลือดขององค์การอนามัยโลก ทำหน้าที่เป็นเลขาธิการ โดยรายงานนี้เสนอให้ใช้มาตรา 19 ของธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ในการควบคุมการแพร่ระบาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ แนวคิดนี้ถูกนำไปศึกษาแนวทางและความเป็นไปได้ในการกำหนดกรอบกฎหมายนานาชาติสำหรับการควบคุมยาสูบโดยศาสตราจารย์ V.S. Mihajlov จากอดีตสหภาพโซเวียตในปี ค.ศ. 1989 (Mihajlov VS, 1989)

ในปีค.ศ. 1993 นายความและศาสตราจารย์ทางด้านนิติศาสตร์จากประเทศสหรัฐอเมริกา Dr. Ruth Roemer เริ่มการรณรงค์เพื่อการสนับสนุนแนวทางสำหรับกฎหมายนานาชาติในการควบคุมยาสูบสำหรับประชาคมโลก (Roemer R, Taylor AL, Lariviere J, 2005) เธอได้เสนอแนวทางการใช้กฎหมายนานาชาติเพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่หน่วยควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งในขณะนั้น Neil Collishaw จาก

Health Canada เป็นหัวหน้าหน่วย และเมื่อได้ศึกษาแนวทางจึงได้เชิญ Dr. Allyn Taylor ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมงานของ Dr. Roemer มาร่างเอกสารเบื้องต้นสำหรับการศึกษาความเป็นไปได้ (Collishaw N. 2008) และ Dr. Taylor ได้ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาทางกฎหมายให้แก่องค์การอนามัยโลกตลอดระยะเวลาการเจรจาของกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบบุคคลอื่นๆ ที่เป็นผู้สนับสนุนสำคัญมีหลายท่านรวมทั้ง Dr. Judith Mackay ซึ่งเป็นที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลกและมีตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการของหน่วยงานที่ปรึกษาเอเชียสำหรับการควบคุมยาสูบ (Mackay J. 2003) Dr. Derek Yach ซึ่งเป็นประธานของการประชุมการควบคุมการบริโภคยาสูบทวีปแอฟริกาปี ค.ศ. 1993

ในเดือนตุลาคมปี ค.ศ. 1994 มีการประชุมบุหรี่โลก ครั้งที่ 9 (Ninth World Conference on Tobacco or Health) ที่กรุงปารีส Dr. Mackay นำเสนอร่างมติที่ร่างโดยเธอและ Dr. Roemer เรียกร้องให้รัฐบาลของแต่ละประเทศ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก “.....ดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อการประชุมนานาชาติด้านการควบคุมยาสูบเพื่อการรับเป็นมติโดยองค์การสหประชาชาติ...” ร่างมตินั้นผ่านโดยได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวางทั้งจากภาครัฐ และหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ (non-governmental organizations) ผู้แทนจากแคนาดาที่ร่วมในการประชุมบุหรี่โลกครั้งที่ 9 ที่กรุงปารีส แจ็งซ่าวแก่ Dr. Jean Lariviere ซึ่งเป็นที่ปรึกษาอาวุโสด้านการแพทย์ของ Health Canada และเป็นผู้แทนจากแคนาดาในการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก ขององค์การอนามัยโลก และได้ดำเนินการร่วมกับ Collishaw ระหว่างปี ค.ศ. 1995-1996 เพื่อพัฒนากรอบอนุสัญญานานาชาติด้านการควบคุมยาสูบ เพื่อนำไปสู่นโยบายอย่างเป็นทางการขององค์การอนามัยโลก (Lariviere J. 2008)

ในเดือนพฤษภาคมปี ค.ศ. 1996 ที่ประชุมสมัชชาโลกรับร่างมติ WHA49.17 (World Health Organization 1996) ครั้งนี้นับเป็นครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกใช้อำนาจที่มีอยู่ในการใช้กฎหมายนานาชาติเพื่อบรรลุดัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข และเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่องค์การอนามัยโลกหาทางเปลี่ยนแปลงกฎต่างๆเพื่อพิจารณาว่าจะควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างไร

4.2 กระบวนการร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การประชุมวางแผนครั้งแรกสำหรับสนธิสัญญานี้จัดที่เมือง Halifax ประเทศแคนาดาในเดือนมิถุนายน ปีค.ศ. 1997 (World Health Organization, 1997) ในปี ค.ศ.

1998 องค์การอนามัยโลกโดย Dr. Gro Harlem Brundtland ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ซึ่งเพิ่งได้รับการเลือกตั้ง ประกาศนโยบายว่าการควบคุมยาสูบเป็นความสำคัญอันดับแรก และจัดตั้งโครงการพิเศษ 'ปลอดบุหรี่เชิงรุก'(Tobacco Free Initiative: TFI) ภายใต้การนำของ Dr. Derek Yach ผู้สนับสนุนการใช้กฎหมายนานาชาติเพื่อการควบคุมยาสูบ แพทย์หญิง Gro Harlem Brundtland คำนึงเกี่ยวกับการจัดทำสนธิสัญญาเพราะเคยร่วมดำเนินการจัดทำสนธิสัญญาต่างๆ ด้านสิ่งแวดล้อมในฐานะรัฐมนตรีสิ่งแวดล้อมของประเทศนอร์เวย์ ดังนั้นเธอจึงสนับสนุนการที่องค์การอนามัยโลกดำเนินการให้มีกรอบอนุสัญญานานาชาติในการควบคุมยาสูบ มูลนิธิองค์การสหประชาชาติ (The United Nations Foundation) และกองทุนสหประชาชาติเพื่อความ เป็นหุ้นส่วนนานาชาติ (United Nations Fund for International Partnerships) สนับสนุนงบประมาณจำนวนมากเพื่อสนับสนุนงานของโครงการ 'ปลอดบุหรี่เชิงรุก'(David AM, Milroy T, 2005) เงินสนับสนุนเหล่านี้สร้างความเชื่อมั่นว่าจะได้รับการสนับสนุนทางการเมือง และสร้างพื้นฐานสำหรับโครงสร้างภายในองค์กรที่จำเป็นสำหรับการเตรียมการประชุมกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การจัดตั้งโครงการ 'ปลอดบุหรี่เชิงรุก' เป็นกิจกรรมระดับโลก ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการอย่างชัดเจน ให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในภูมิภาคต่างๆ จัดตั้งทีม 'ปลอดบุหรี่เชิงรุก' ในสำนักงานขององค์การอนามัยโลกในแต่ละภูมิภาค และจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอในการสนับสนุนประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกเพื่อดำเนินการจัดทำสนธิสัญญา การชี้แนะทางสื่อสารมวลชน และการรณรงค์การตลาดเพื่อสังคม เป็นการเน้นย้ำว่าการแพร่ระบาดของยาสูบเป็นความสำคัญลำดับต้นขององค์การอนามัยโลกเพื่อให้รัฐบาลประเทศต่างๆ รวมทั้งภาคประชาสังคม ให้ตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการประสานงานระดับโลกเพื่อควบคุมยาสูบ ในเดือนธันวาคมปี ค.ศ. 1998 โครงการ 'ปลอดบุหรี่เชิงรุก' จัดการประชุมเตรียมการครั้งที่สองอุปถัมภ์โดยรัฐบาล บริติช โคลัมเบีย และสนับสนุนโดย Health Canada เพื่อพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพสถาบันในการเตรียมการจัดทำสนธิสัญญา คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านนโยบายและกลยุทธ์ และคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านวิทยากรเกี่ยวกับการกำหนดกฎ ระเบียบ เพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญการควบคุมยาสูบ ได้รับการแต่งตั้งเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการ 'ปลอดบุหรี่เชิงรุก'

ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก Dr. Brundtland แถลงว่า การพัฒนากรอบอนุสัญญานานาชาติจะครอบคลุมประเด็นสำคัญต่างๆ ของการควบคุมยาสูบโดยไม่มีเขตแดนระหว่างประเทศเป็นอุปสรรค เช่น การผสมผสานภาษีต่างๆ สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลักลอบนำเข้าเพื่อหนีภาษี ผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอดภาษี การโฆษณาและการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ การค้าขนานาชาติ การออกแบบหีบห่อผลิตภัณฑ์และคำเตือนสุขภาพ และการกระจายผลิตภัณฑ์ทางเกษตรกรรม (Brundtland GH. 1998)

ความมุ่งมั่นของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกในการควบคุมยาสูบแพร่กระจายออกจากองค์การอนามัยโลกไปยังระบบขององค์การสหประชาชาติ คณะกรรมการปฏิบัติงานเฉพาะกิจระหว่างหน่วยงานด้านการควบคุมยาสูบขององค์การสหประชาชาติถูกจัดตั้งขึ้นโดยเลขาธิการองค์การสหประชาชาติในปี ค.ศ. 1999 เพื่อประสานงานด้านการควบคุมยาสูบระหว่างหน่วยงานต่างๆขององค์การสหประชาชาติ และมีหน้าที่รับผิดชอบในการเป็นจุดศูนย์กลางของหน่วยงานตั้งแต่คณะกรรมการการค้าระหว่างประเทศ (UNCTAD) จนถึงองค์การอนามัยโลกรวมทั้งหมด 17 หน่วยงานขององค์การสหประชาชาติ และอีก 2 หน่วยงานภายนอก (United Nations Taskforce, 1999)

คณะกรรมการเฉพาะกิจชุดนี้เป็นกลไกสำคัญในการประสานความร่วมมือด้านการควบคุมยาสูบ และเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ ระหว่างยาสูบและความยากจน ถึงการได้รับควันบุหรี่มือสอง พันธมิตรหน่วยงานต่างๆนอกเหนือจากสุขภาพ เช่น องค์การอาหารและเกษตรกรรม (Food and Agriculture Organization: FAO) ขององค์การสหประชาชาติ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization: ILO) กองทุนสำหรับเด็ก (United Nations Children's Fund – UNICEF) และธนาคารโลก ให้ความมั่นใจว่าประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบจะถูกกล่าวถึง การศึกษาวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ของการควบคุมยาสูบ สนับสนุน ส่งเสริมหลักฐานด้านมาตรการที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพของต้นทุน เอกสารเรื่อง ควบคุมการแพร่ระบาด มีผลสำคัญต่อการเจรจาสนธิสัญญาโดยให้เหตุผลข้อโต้แย้งที่ทำให้มั่นใจด้านเศรษฐศาสตร์ถึงประสิทธิภาพของการควบคุมยาสูบ (Jha P, 1999)

องค์การอนามัยโลกมองหาพันธมิตรอื่นๆ เช่น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (US CDC) และสมาคมสาธารณสุขแห่งแคนาดา เพื่อจัดตั้งระบบตรวจสอบความก้าวหน้าในการควบคุมยาสูบ โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนระดับโลก

(The Global Youth Tobacco Survey: GYTS) เป็นระบบแรกที่เกิดขึ้นและเป็นเสาหลักของระบบการเฝ้าระวังการควบคุมยาสูบระดับโลก (Global Tobacco Surveillance System: GTSS) (Global Tobacco Surveillance System, 2009)

ในการยอมรับบทบาทสำคัญของประชาสังคม ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนในการควบคุมยาสูบ โครงการ 'ปลอดบุหรี่เชิงรุก' ขององค์การอนามัยโลก เริ่มติดต่อกับองค์กรสาธารณชนที่ไม่ใช่ของรัฐ (NGO's) ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้ง 'เครือข่ายพันธมิตรสำหรับกรอบอนุสัญญา' (Framework Convention Alliance) ในเดือนตุลาคมปี ค.ศ. 1998 (Wilkenfeld J. 2005) องค์กรสาธารณชนที่ไม่ใช่ของรัฐที่เป็นองค์กรบุกเบิกในการทำงานด้านการควบคุมยาสูบ เช่น องค์กรความรับผิดชอบขององค์กรธุรกิจนานาชาติ (Corporate Accountability International) ซึ่งเดิมใช้ชื่อ INFACT และองค์กรการรวมตัวขององค์กรนานาชาติที่ไม่ใช่ของรัฐต่อต้านยาสูบ (International Non-governmental Coalition against Tobacco) เริ่มเข้ามามีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการกับองค์การอนามัยโลกในช่วงเวลานี้ งบประมาณส่วนใหญ่มาจากมูลนิธิสหประชาชาติ (United Nations Foundation) และกองทุนสหประชาชาติ (United Nations Fund for International Partnerships) สำหรับพันธมิตรนานาชาติเป็นช่องทางไปสู่การให้ทุนสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพความสามารถแก่องค์กรสาธารณชนที่ไม่ใช่ของรัฐ (David AM. 2005)

ในปี ค.ศ. 1998 การฟ้องร้องอุตสาหกรรมยาสูบโดยสมาคมอัยการ (Association of Attorneys General) ในประเทศสหรัฐอเมริกาส่งผลให้มีการตกลงยอมความ (Master Settlement Agreement) ซึ่งทำให้เอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบถูกบังคับโดยศาลให้เปิดเผยต่อสาธารณะถึงความซื่อสัตย์และหลอกลวงของอุตสาหกรรมยาสูบ หลักฐานต่างๆจากเอกสารภายในเหล่านี้เน้นให้เห็นถึงความเร่งด่วนในการประสานงานร่วมมือกันแบบองค์รวมในระดับโลกเพื่อป้องกันการแทรกแซงโดยอุตสาหกรรมยาสูบในการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ เอกสารภายในเหล่านี้ถูกนำมาวิเคราะห์โดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก ซึ่งแต่งตั้งโดย Dr. Brundtland ในปีค.ศ. 1999 โดยมีประธานคือ Dr. Thomas Zeltner ผู้อำนวยการของสำนักงานสาธารณสุข รัฐบาลกลางของประเทศสวิสเซอร์แลนด์ คณะกรรมการชุดนี้สืบสวนการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบในการทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านการควบคุมยาสูบ (Zeltner T. 2000) Dr. Zeltner บ่งชี้ว่าความพยายามของอุตสาหกรรมยาสูบในการขัดขวางการ

ดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกเป็นแผนงานที่ใหญ่ กว้างขวาง สลับซับซ้อน งบประมาณมหาศาล และปกปิดเป็นความลับ อุตสาหกรรมยาสูบมององค์การอนามัยโลก เป็นศัตรูหมายเลขหนึ่ง และวางแผนกลยุทธ์ระดับโลกเพื่อให้องค์การอนามัยโลกไม่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อขัดขวางการดำเนินการขององค์การอนามัยโลก

ในการประชุมครั้งที่ 52 ของสมัชชาสุขภาพโลกในเดือนพฤษภาคมปี ค.ศ. 1999 มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดเตรียมร่างสนธิสัญญา และคณะกรรมการเจรจาระหว่างรัฐบาล (Intergovernmental Negotiating Body: INB) เพื่อร่างและเจรจากรอบอนุสัญญา และระเบียบการ ดำเนินการ (protocols) ที่เกี่ยวข้อง รายงานโดย LukJoossens จากประเทศเบลเยียมซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์การอนามัยโลก ถูกนำมาใช้เป็นเอกสารทางเทคนิคสำหรับการประชุมคณะทำงาน Dr. Kimmo Leppo จากประเทศฟินแลนด์ เป็นประธานการประชุมคณะทำงาน 2 ชุดซึ่งได้ร่างเอกสารและถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการเจรจา Dr. Margaret Chan จากประเทศจีน ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกคนปัจจุบัน และ Dr. Vera Luiza da Costa e Silva จากประเทศบราซิล ทำหน้าที่เป็นรองประธาน

ในเวลานั้นองค์ประกอบที่สำคัญต่างๆ เพื่อความสำเร็จของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ พร้อมทั้งจะดำเนินการ – ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและมีความมุ่งมั่น ส่วนประกอบโครงสร้าง องค์กร และการเสริมสร้างศักยภาพ หน่วยงานที่หลากหลาย พันธมิตรจากภาคส่วนต่างๆ หลักฐานที่เพิ่มมากขึ้นในการต่อสู้กับอุตสาหกรรมยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบติดตามความก้าวหน้าและกลยุทธ์สำหรับการขึ้นแะสื่อ และการตลาดเพื่อสังคม ในที่สุดการเริ่มงานที่จะพัฒนาสนธิสัญญาได้มาถึง

4.3 การดำเนินการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ระหว่างเดือนตุลาคม ค.ศ.1999 และเดือนมีนาคมปี ค.ศ. 2000 คณะทำงานทางเทคนิคระหว่างรัฐบาล (Intergovernmental technical working group) ผลิตร่างเอกสารเกี่ยวกับประเด็นต่างๆของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (WHO framework convention on tobacco control, 1999 & 2000)

ในเดือนพฤษภาคมปี ค.ศ. 2000 การประชุมสมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ 53 ลงมติรับร่างเอกสาร และในมติ WHA 53.16 อนุมัติให้ INB เริ่มดำเนินการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (Resolution WHA 53.16, WHO 2000.) การเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบใช้เวลา 2 ปีครึ่ง การเจรจาครั้งแรกของ INB จัดขึ้นในเดือนตุลาคม ค.ศ. 2000 และการเจรจาครั้งที่ 6 ของ INB จบลงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม ค.ศ. 2003 Dr. kimmo Leppo กล่าวว่ากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นเสาหลักในประวัติศาสตร์ของสาธารณสุขนานาชาติ เป็นกลไกรูปแบบใหม่สำหรับแก้ไขปัญหาของประชาคมโลก ซึ่งรัฐบาลแต่ละประเทศไม่สามารถต่อสู้ด้วยตนเองแต่ผู้เดียว

ก่อนจะเริ่มการประชุม INB ครั้งแรกนั้นมีการทำประชาพิจารณ์เกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ในร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบมากกว่า 160 องค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมทั้งชุมชนสาธารณสุข อุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติและโรงงานยาสูบของรัฐบาลในประเทศต่างๆ ให้ความคิดเห็นทั้งเป็นลายลักษณ์อักษรและด้วยวาจา ซึ่งทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ รวมทั้งสาธารณชนทั่วไป (Public hearings on the WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO 2009)

บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโค กล่าวว่า ร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก มีข้อบกพร่องและไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้.....บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโค มีกรอบของหลักการซึ่งไม่จำเป็นต้องมีกฎระเบียบในการบังคับใช้ แต่เปิดโอกาสให้รัฐบาลของประเทศต่างๆ มีอิสระเสรีในการพัฒนานโยบายที่เหมาะสมสำหรับบริบทของแต่ละประเทศ และมีระบบตรวจสอบที่จำเป็นเพื่อให้มั่นใจว่า อุตสาหกรรมยาสูบจะต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของบริษัท

ผู้แทนของสมาคมผู้ปลูกยาสูบนานาชาติกล่าวว่า ภูมิภาคที่ปลูกยาสูบจะมีความหนาแน่นของการบริการ ทั้งสาธารณสุขและเอกชน อาทิ สุขภาพ การศึกษา การค้า ธนาคาร.....ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสังคมในภาพรวมการลดการเพาะปลูกใบยาสูบจากการบังคับใช้กฎหมายจะทำให้อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นและความยากจนตามมา

ผู้แทนจากประเทศเคนยากล่าวว่า ภูมิภาคของเขาเปลี่ยนไปเมื่อเกษตรกรเปลี่ยนไปปลูกยาสูบแทนพืชอื่นที่ใช้แทนอาหารได้ แต่การปลูกยาสูบไม่ได้ทำให้เศรษฐกิจและฐานะความเป็นอยู่ของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบดีขึ้น รัฐบาลของประเทศต่างๆ องค์การ

สหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก ควรรับฟังเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบผู้ได้รับความทุกข์
ยากจากอุตสาหกรรมยาสูบ

ผู้แทนจากสมาคมผู้บริโภคแห่งบังคลาเทศกล่าวว่า การโฆษณาบุหรี่จาก
ต่างประเทศผ่านดาวเทียมมายังรายการโทรทัศน์ในประเทศ และการลักลอบนำบุหรี่ซึ่งเป็น
ธุรกิจใหญ่ บังคลาเทศไม่สามารถแก้ไขปัญหาเหล่านี้ตามลำพังได้ ด้วยเหตุนี้สมาคม
ผู้บริโภคจึงสนับสนุนกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเต็มที่ในการแก้ไข
ปัญหาข้ามชาติ (transnational issues) ในขณะที่เราเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็ง
ของรัฐบาล

เนื่องจากการเจรจาจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจาก
กระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงการคลัง และเนื่องจากความ
สลับซับซ้อนของการเจรจา ประธานในการประชุมจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ใน
การเจรจากับหลายกลุ่มในระดับนานาชาติ ดังนั้น ตั้งแต่การประชุม INB ครั้งที่ 1 จนถึง
การประชุมครั้งที่ 2 ของ Conference of Parties ประธานในที่ประชุมแต่ละครั้งมี
ประสบการณ์เป็นนักการทูตมาก่อน ในการเจรจาสนธิสัญญานานาชาติมีความสำคัญ
อย่างมากที่จะเชื่อมโยงเป้าหมายที่อยู่ตรงข้ามกัน บางประเทศซึ่งเป็นผู้ปลูกยาสูบอันดับ
ต้นๆของโลก ต่อต้านการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเมื่อเริ่มต้น
การเจรจา อย่างไรก็ตามประเทศบราซิลเป็นทั้งประเทศผู้ปลูกยาสูบที่สำคัญของโลกและ
เป็นประเทศผู้นำในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ความเป็นผู้นำของประเทศบราซิลในการ
เจรจาช่วยสร้างการเชื่อมโยงทางการเมืองระหว่างประเทศต่างๆ ทั้งประเทศผู้ปลูกยาสูบ
และประเทศที่ควบคุมยาสูบ ประสบการณ์นี้เป็นบทเรียนสำคัญซึ่งใช้เป็นกรณีศึกษาได้
สำหรับการเจรจาประเด็นที่สลับซับซ้อนทางด้านสาธารณสุขในอนาคต

การประชุม INB ครั้งที่ 6 และเป็นครั้งสุดท้าย (World Health Organization,
2003) จัดขึ้นระหว่างวันที่ 17-28 กุมภาพันธ์ปี ค.ศ. 2003 นับเป็นเวลา 4 ปีที่มีการร่าง
กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ ก่อนที่จะนำเสนอต่อสมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัย
โลก ในวันที่ 21 พฤษภาคมปี ค.ศ. 2003 การประชุมครั้งที่ 56 สมัชชาสุขภาพขององค์การ
อนามัยโลก ลงมติเป็นเอกฉันท์ในการรับร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ
(Resolution WHA 56.1, WHO 2003) เป็นเวลา 8 ปี นับจากการมีความพยายามเพื่อ

บุกเบิกในการโน้มน้าวองค์การอนามัยโลกให้ใช้แนวทางกฎการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับนานาชาติ จนได้มาซึ่งสนธิสัญญาด้านสาธารณสุขฉบับแรกสำหรับประชาคมโลก

สำหรับช่วงระยะเวลาที่มีการเจรจาต่อรองในการร่างกรอบอนุสัญญาฯดูเหมือนจะกระตุ้นประเทศต่างๆ ให้ดำเนินการควบคุมยาสูบไปในแนวทางของร่างกรอบอนุสัญญาฯ ดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้จากตัวอย่างดังนี้

บราซิล – ในเดือนธันวาคมปี ค.ศ. 2000 รัฐบาลบราซิลได้ออกกฎหมายห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งทางสื่อกระจายเสียงและสื่อสิ่งพิมพ์ รวมทั้งห้ามโฆษณา ณ จุดขาย และห้ามการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ ในปี ค.ศ. 2002 บราซิลสนับสนุนคลินิกงดสูบบุหรี่ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งโครงการที่ต้องใช้ผลิตภัณฑ์ทางเวชภัณฑ์และโครงการที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Blanke DD, Da Costa e Silva VL, 2004)

แคนาดา – ในปี ค.ศ. 2000 แคนาดาเป็นผู้บุกเบิกการออกกฎหมายซึ่งใช้ภาพสีสีคำเตือนสุขภาพ ใช้พื้นที่ 50% ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของหีบห่อบรรจุภัณฑ์ ในปี ค.ศ.2002 มณฑล Saskatchewan ออกกฎหมายห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบในร้านค้าต่างๆ ซึ่งมณฑล Manitoba ได้ออกกฎหมายดังกล่าวในปี ค.ศ. 2004

อียิปต์ – ในปี ค.ศ. 2002 กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ปี ค.ศ. 1981 ได้รับการแก้ไขดังนี้

1. คำเตือนบนซองบุหรี่จะต้องมีพื้นที่ 1 ใน 3 ด้านหน้าของซองบุหรี่
2. ห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสื่อสิ่งพิมพ์ ภาพยนตร์ วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ
3. ห้ามแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นรางวัลหรือของขวัญ
4. ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้มีอายุน้อยกว่า 18 ปี

นอร์เวย์ – วันที่ 8 เมษายน ค.ศ. 2003 รัฐบาลนอร์เวย์ออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่อย่างสิ้นเชิงในร้านอาหาร ร้านกาแฟ บาร์ ผับ สถานดิสโก้และสถานบริการอื่นๆ ซึ่งเสิร์ฟอาหารและเครื่องดื่ม นับเป็นประเทศแรกของโลกที่ออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในบาร์

เกาหลี – ในปี ค.ศ.2002 เพิ่มอัตราภาษียาสูบและใช้ 3% ของภาษีนั้น (ประมาณ 17 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี) สำหรับศูนย์การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้สถาบันเกาหลีเพื่อสุขภาพและสังคม (Korean Institute for Health and Social Affairs) กองทุนนี้ใช้ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและประกันสุขภาพ (World Health Organization-Western Pacific Regional Office, 2004)

แอฟริกาใต้ – ในปี ค.ศ. 1999 รัฐสภาแอฟริกาใต้เพิ่มความเข้มงวดให้กฎหมายของปี ค.ศ. 1993 และมีผลบังคับใช้ปี ค.ศ. 2001 ห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างสิ้นเชิง การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ ห้ามแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นรางวัลเพื่อกระตุ้นให้ซื้อยาสูบ (Blanke DD, Da Costa e Silva VL, 2004)

ไทย – พระราชบัญญัติสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 กำหนดให้มีการจัดตั้ง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งได้งบประมาณจากภาษีสรรพสามิตสุราและยาสูบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมยาสูบ และการสร้างเครือข่าย (Thailand tobacco control country profile. 2008)

การเจรจาความตกลงกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นการยกระดับปัญหาการควบคุมยาสูบให้เป็นประเด็นการเมืองด้านสุขภาพของประชาคมโลก นอกจากนี้ยังสร้างความตระหนักและแสวงหาทางแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และเป็นผลทำให้เกิดความตกลงระดับโลกในการดำเนินการแก้ไขปัญหาคือ การเจรจาความตกลงกรอบอนุสัญญาเปรียบเสมือน ‘มหาวิทยาลัยเปิดสำหรับการควบคุมยาสูบ’ อีกทั้งเป็นช่องทางและโอกาสสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ชุมชนสาธารณสุขในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ องค์การอนามัยโลกใช้โอกาสดังกล่าวในการจัดและสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพเชิงรุก ทั้งในระดับภูมิภาค และระดับชาติ คู่ขนานกับการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความตกลงกรอบอนุสัญญา แนวทางดังกล่าวทั้งสองเป็นการวางรากฐานสำหรับการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาที่มีประสิทธิผลในระดับชาติ ในขณะที่สร้างพลังสนับสนุนในการให้สัตยาบันรณ องค์การอนามัยโลกจัดทำเอกสารกรอบชี้แนะในการสร้างศักยภาพ เช่น คู่มือสำหรับการควบคุมยาสูบ (Da Costa e Silva VL, David AM, 2004) ข้อเสนอแนะทางนโยบายสำหรับประเด็นต่างๆ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ (World Health Organization, 2003) และนโยบายสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ (World Health Organization, 2003)

สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย การเจรจากรอบอนุสัญญาเป็นกระบวนการขับเคลื่อนเชิงสัญลักษณ์ที่จะพูดถึงความเหลื่อมล้ำ/ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมในด้านสาธารณสุข เนื่องจากภาระโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นมากในประเทศที่กำลังพัฒนา ดังนั้น ประเทศเหล่านี้จึงฉวยโอกาสที่จะเจรจาเพื่อปกป้องประชาชน

จากโรคภัยที่มีสาเหตุจากยาสูบ การเจรจากรอบอนุสัญญาฯ เปิดโอกาสให้ประเทศที่กำลังพัฒนาเหล่านี้รวมพลังกันในเวทีประชาคมโลก ประเทศในภูมิภาคต่างๆ ทั้งในแอฟริกา หมู่เกาะแปซิฟิกตะวันตก ประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก และประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ต่างรวมกันเป็นภาคีเครือข่ายเพื่อความยั่งยืน

หลายประเทศที่มีขนาดเล็ก เป็นประเทศที่ยากจนและยังไม่พัฒนา มักจะถูกลืมมองข้ามในเวทีระดับนานาชาติ กลับได้รับโอกาสในการเจรจากรอบอนุสัญญาฯ เพราะนโยบาย 'หนึ่งประเทศ หนึ่งเสียง' นอกจากนี้พลังในการเป็นพันธมิตรและการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทำให้เกิดผลในทางบวกจากการประชุมเจรจาระหว่างรัฐบาล (INB) การมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เปิดโอกาสสำหรับการแลกเปลี่ยนความคิด มุมมอง ทศนคติ ซึ่งทำให้เกิดประสิทธิผลในการบรรลุเป้าหมายของการเจรจา ถึงแม้บางครั้งทำให้เกิดความล่าช้าอยู่บ้าง

แนวทางใหม่ของการดำเนินการเจรจา ทำให้เกิดบทเรียนที่สำคัญคือ เราไม่สามารถก้าวไปข้างหน้าจนกว่าหน่วยงานภาครัฐต่างๆ – กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงยุติธรรม – ต่างมีผู้แทนร่วมอยู่ในทีมเจรจา กระบวนการเจรจาสันติสัญญาที่กว้างและครอบคลุมอย่างเช่นกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุขกระทรวงเดียวไม่เพียงพอ

การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งขององค์กรต่างๆ ที่ไม่ใช่ภาครัฐ มาร่วมกันทำงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการ การเจรจากรอบอนุสัญญาฯ เปรียบเสมือนเวทีเพื่อการรวมตัวของภาคประชาสังคมทั่วโลก นอกจากนี้ยังเป็นการเชื่อมโยงผู้แทนจากภาครัฐกับผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบจากทั่วโลก ซึ่งนำไปสู่ความเข้มแข็งของกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ และการเปลี่ยนแปลงนโยบายในเชิงบวกระดับชาติ

การเจรจากรอบอนุสัญญาฯ ทำให้เกิดการก่อตัวของพันธมิตรกรอบอนุสัญญาฯ (Framework Convention Alliance) คือเครือข่ายขององค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐทั่วโลก ร่วมกันทำงานในมิติต่างๆ ของการควบคุมยาสูบ เครือข่ายพันธมิตรกลุ่มนี้นับเป็นกลุ่มที่สำคัญซึ่งส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทที่สำคัญในการกำหนดนโยบายด้วยการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย กลุ่มพันธมิตรกลุ่มนี้ทำงานเพื่อให้เกิดสนธิสัญญาที่เท่าเทียมกัน ในระหว่างการเจรจากลุ่มพันธมิตรจัดพิมพ์จดหมายข่าวรายวัน มอบรางวัล 'ดอกกล้วยไม้' และ 'ที่เชี่ยวชาญ

บุหรี่ยาสูบ' และใช้กลยุทธ์การชี้แนะทางสื่อมวลชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินการเจรจา (Mamudu HM, Glantz SA, 2009) ความสำคัญของภาคประชาสังคมในกระบวนการเจรจาสันติสัญญาได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ และได้รับการบันทึกไว้ในมาตรา 4 หลักการชี้แนะหมายเลข 7 ในกรอบอนุสัญญาฯ ดังนั้น 'การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของกรอบอนุสัญญาฯ และขั้นตอน' (World Health Organization, 2003) การแถลงข่าวและการสรุปรายงานให้สื่อสารมวลชนตลอดระยะเวลาการเจรจากรอบอนุสัญญาฯ เป็นผลให้มีรายงานข่าวเป็นระยะสม่ำเสมอ และเป็นไปอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของปัญหาการบริโภคยาสูบและความคืบหน้าของสันติสัญญานานาชาติในการควบคุมยาสูบ ทำให้ชาวโลกได้รับรู้ถึงปัญหาของการควบคุมยาสูบ

สำหรับผู้มีส่วนร่วมในการเจรจาหลายคนที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาชีพด้านสาธารณสุข การทบทวนหลักฐานและการแสดงจุดยืนในการเจรจาต่อรองเพื่อตัดสินใจในประเด็นต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ประสบการณ์ตรงในการเรียนรู้ระหว่างการเจรจาต่อรองกรอบอนุสัญญาฯทำให้เกิดความตระหนัก สร้างค่านิยม และเป็นฐานความรู้ใหม่ ซึ่งเปลี่ยนแปลงชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน ความสำคัญของสุขภาพหรือการค้าเพื่อผลกำไร การปกป้องคนรุ่นใหม่จากอันตรายของยาสูบเป็นประเด็นที่มีผลต่อการตัดสินใจส่วนบุคคลที่ทำให้ผู้เข้าร่วมการเจรจาหลายคนเลิกสูบบุหรี่

ปฏิกริยาของอุตสาหกรรมยาสูบต่อการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบเป็นไปในทางลบอย่างที่คาดหมาย ระหว่างปี ค.ศ. 1999 และ 2001 บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโค ฟิลิป มอริส และแจแปน โทแบคโค อินเตอร์เนชั่นแนล จัดทำโครงการที่มีชื่อว่า "Cerberus" เป็นแผนการควบคุมกำกับตนเองด้วยความสมัครใจโดยอุตสาหกรรมยาสูบเป็นทางเลือกแทนที่กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (Mamudu HM, Hammond R, Glantz Sam, 2008) อุตสาหกรรมยาสูบพยายามผลักดัน 'มาตรฐานการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับนานาชาติ' และ 'โครงการป้องกันเยาวชน' ถึงแม้จะมีหลักฐานว่าโครงการเหล่านี้ไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การดำเนินการจัดตั้งโดย Dr. Brundtland เพื่อตรวจสอบการแทรกแซงโดย
อุตสาหกรรมยาสูบในความพยายามควบคุมยาสูบขององค์การสหประชาชาติ ทำให้มี
เอกสารรายงานอย่างละเอียดซึ่งมีหลักฐานว่าอุตสาหกรรมยาสูบพยายามขัดขวาง หน่วง
เหนี่ยว และทำให้การดำเนินงานในการควบคุมยาสูบโดยองค์การอนามัยโลกล้มเหลว
(Zeltner T, 2000) หลักฐานเหล่านี้ส่งผลให้องค์การอนามัยโลกเพิ่มความเข้มงวดทาง
นโยบายเพื่อไม่ให้เจ้าหน้าที่ พนักงาน และที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลกติดต่อหรือมี
ความสัมพันธ์ใดๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ ประสบการณ์เหล่านี้เป็นบทเรียนสำคัญในการ
ดำเนินการบังคับใช้กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในบริบทนี้ทำให้มีมติใน
การประชุม Conference of the Parties ครั้งที่ 3 เกี่ยวกับการดำเนินการบังคับใช้มาตรา
5.3 ซึ่งปกป้องนโยบายการควบคุมยาสูบจากอุตสาหกรรมยาสูบ (World Health
Organization, 2009)

4.4 การลงนามและดำเนินการบังคับใช้กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ

กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบเปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกร่วมลงนามที่
สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ในระหว่างวันที่ 16-
23 มิถุนายน ค.ศ. 2003 และหลังจากนั้นประเทศสมาชิกสามารถร่วมลงนามได้ที่สำนักงาน
ใหญ่องค์การสหประชาชาติ นครนิวยอร์ก ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน ค.ศ. 2003 ถึงวันที่ 29
มิถุนายน ค.ศ. 2004 การลงนามในสนธิสัญญานับเป็นพฤติกรรมทางการเมือง ซึ่งบ่งชี้ถึง
การบรรลุความตกลงและความมุ่งมั่นของประเทศสมาชิกที่จะไม่ขัดขวางการดำเนินการ
ตามกรอบอนุสัญญา

ในวันแรกที่เปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกร่วมลงนาม 28 ประเทศสมาชิกและ
สหภาพยุโรปร่วมลงนามในสนธิสัญญา แต่ขั้นตอนของการดำเนินการคือ กรอบอนุสัญญา
จะต้องได้รับการลงสัตยาบัน (ratification) กล่าวคือเป็นการยอมรับและยืนยันอย่างเป็นทางการ- จากอย่างน้อย 40 ประเทศสมาชิกเพื่อทำให้มีผลบังคับใช้ เมื่อถึงเวลาในการปิด
การร่วมลงนามในวันที่ 29 มิถุนายน ค.ศ. 2004 มีจำนวนประเทศสมาชิกร่วมลงนาม
ทั้งหมด 168 ประเทศ ซึ่งนับเป็นสนธิสัญญานานาชาติที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดใน

ประวัติศาสตร์ขององค์การสหประชาชาติ ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2005 กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบเริ่มมีผลบังคับใช้ (World Health Organization 2005)

นับเป็นเวลาน้อยกว่า 6 ปีซึ่งประเทศสมาชิกต่างก็ให้ความร่วมมือในประวัติศาสตร์ของการจัดทำสนธิสัญญานานาชาติ การดำเนินการที่รวดเร็ว การลงมติอย่างเป็นทางการของสมัชชาสุขภาพองค์การอนามัยโลก และการดำเนินการบังคับใช้ในระยะเวลาที่รวดเร็วทำให้กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก นับเป็นเสาหลักที่สำคัญด้านสาธารณสุขสำหรับประชาคมโลกในอนาคต (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2558)

รายชื่อ 40 ประเทศแรกที่ยอมรับในกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (2005) ดังนี้

- | | | | |
|---------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 1. นอร์เวย์ | 11. เมียนมาร์ | 21. ไอซ์แลนด์ | 31. อุรุกวัย |
| 2. มัลตา | 12. สโลวาเนีย | 22. เคนยา | 32. มาดากัสการ์ |
| 3. ฟิจิ | 13. หมู่เกาะค็อก | 23. นาอูรู | 33. ฝรั่งเศส |
| 4. ศรีลังกา | 14. สิงคโปร์ | 24. ซานมาริโน | 34. ออสเตรเลีย |
| 5. ชีเชลล์ | 15. มอริเชียส | 25. กาตาร์ | 35. ปากีสถาน |
| 6. มองโกเลีย | 16. มัลดีฟ | 26. หมู่เกาะโซโลมอน | 36. ไทย |
| 7. นิวซีแลนด์ | 17. เม็กซิโก | 27. ปานามา | 37. สาธารณรัฐอาหรับซีเรีย |
| 8. อินเดีย | 18. บรูไน ดารุส ซาลาม | 28. จอร์แดน | 38. แคนาดา |
| 9. ปาเลา | 19. ญีปุ่น | 29. ตรินิแดดและโตเบโก | 39. ชานา |
| 10. ฮังการี | 20. บังคลาเทศ | 30. ภูฏาน | 40. อาร์เจนตินา |

ที่มา สรุปลจาก World Health Organization. (2005).

เมื่อกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเข้าสู่ขั้นที่สอง ความท้าทายคือทำให้เกิดความมั่นใจในความมุ่งมั่น และดำเนินการตามข้อผูกพันต่างๆ ภายใต

สนธิสัญญา เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการแปลงเป็นการปฏิบัติการในชุมชนและระดับชาติ ที่มีประสิทธิภาพ

การประชุมครั้งแรกของ Conference of the Parties จัดขึ้นระหว่างวันที่ 6-17 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2006 ที่กรุงเจนีวา โดยมีท่านทูต J. Martabit ของประเทศชิลี เป็นประธาน (World Health Organization, 2006) ในการประชุมครั้งนี้มีวาระสำคัญ เช่น การวาง กฎเกณฑ์ (protocols) ด้านการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ รายการห้ามพรมแดน (มาตรา 13.8) และการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย (มาตรา 15) นอกจากนี้ มีการเริ่มพิจารณากรอบแนวทาง (guidelines) สำหรับมาตรา 8 (การป้องกันการได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่) และมาตรา 9 (การควบคุมกำกับส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ) Dr. Haik Nikogosian ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการของการประชุมกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน ค.ศ. 2007

ก่อนการประชุมครั้งแรกจะสิ้นสุดลง ประเทศสมาชิกจำนวน 113 ประเทศได้ ดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ นอกจากนี้มีการเลือกตั้ง คณะทำงาน (Bureau) ซึ่งเป็นผู้แทนจาก 6 ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ประกอบไปด้วยท่านทูต J. Martabit จากประเทศชิลีและเป็นประธาน นาง D. Mafubelu จากแอฟริกาใต้ นาย R. Bayat Mokhtari จากสาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน Dr. C. Lassmann จากออสเตรเลีย นายแพทย์ หทัย ชิตานนท์ จากประเทศไทย และท่านทูต Sha Zukang จากประเทศจีน เป็นรองประธานทั้ง 5 คน

การประชุมครั้งที่สองของ Conference of the Parties จัดขึ้นระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน – 6 กรกฎาคม ค.ศ. 2007 ที่กรุงเทพฯ (World Health Organization, 2008) การประชุมครั้งนี้ลงมติรับกรอบแนวทางการบังคับใช้มาตรา 8 ของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (การป้องกันการได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่) ทบทวนมาตรา 5.3, 9, 10, 11, 12, 13 และจัดทำแนวทางในการดำเนินการบังคับใช้มาตราดังกล่าว นอกจากนี้ได้ลงมติขยายเวลาสำหรับกลุ่มที่ศึกษาการปลูกพืชทางเลือกแทนยาสูบ เพื่อเศรษฐกิจที่ยั่งยืน (มาตราที่ 17 และ 18)

ก่อนที่การประชุมครั้งที่สองนี้จะสิ้นสุดลง มีจำนวนประเทศสมาชิก 146 ประเทศ เข้าร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาฯ ในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ นอกจากนี้ มีการเลือกตั้งคณะทำงาน (Bureau) สำหรับการประชุมครั้งต่อไปของ Conference of the

Parties ดังนี้ นายแพทย์ หทัย ชิตานนท์ จากประเทศไทยเป็นประธาน นาง N. Dladla จากแอฟริกาใต้ Dr. A. Bloomfield จากนิวซีแลนด์ Dr. H. A. Qotba จากกาตาร์ ท่านทูต C. Lassmann จากประเทศออสเตรีย และท่านทูต A. Artucio จากประเทศอุรุกวัย เป็นรองประธานทั้ง 5 คน

การประชุมครั้งที่สามของ Conference of the Parties จัดขึ้นระหว่างวันที่ 17-22 พฤศจิกายน ค.ศ. 2008 ที่กรุงเดอร์บัน ประเทศแอฟริกาใต้ (World Health Organization, 2008) การประชุมครั้งนี้มีการลงมติรับรองกรอบที่แนะนำการบังคับใช้มาตรา 5.3 (ป้องกันนโยบายสาธารณสุขด้านการควบคุมยาสูบจากการแทรกแซงโดยอุตสาหกรรมยาสูบ) มาตรา 11 (หีบห่อและการติดฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบ) มาตรา 13 (การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการโดยอุตสาหกรรมยาสูบ)

การประชุมครั้งนี้ลงมติว่าการประชุมครั้งที่สี่ Conference of the Parties จะจัดในปลายปี ค.ศ. 2010 ที่ประเทศอุรุกวัย และเลือกตั้งนาย Thamsanqa Mseleku จากแอฟริกาใต้เป็นประธาน Dr. A. M. Al-Bedah จากซาอุดีอาระเบีย Dr. C. Otto จากปาเลา ศาสตราจารย์ S. Modasser Ali จากบังคลาเทศ นาย C. Chocano จากเปรู และนาย J.G.H. Draijer จากเนเธอร์แลนด์ เป็นรองประธานทั้ง 5 วันที่สำหรับการประชุมคือ 15-20 พฤศจิกายน ค.ศ. 2010 ที่ Punta del Este

กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ นำเสนอแนวทางใหม่สำหรับความร่วมมือทางด้านสุขภาพในระดับนานาชาติด้วยกรอบทางด้านกฎหมายในการสร้างอนาคตด้านสุขภาพสำหรับประชากรโลก กรอบอนุสัญญาฯ นำเสนอรูปแบบที่มีพลังและประสิทธิภาพในการตอบสนองของประชาคมโลกต่อผลกระทบทางลบด้านสุขภาพจากกระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประเด็นทางสาธารณสุขด้านอื่นๆ ได้

ปัจจุบัน กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบมีประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกทั้งหมด 192 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยที่ได้ร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาฯ เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2546 เป็นลำดับที่ 36

กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบนี้มีสาระสำคัญทั้งหมด 11 หมวด 38 ข้อ ประกอบด้วยสาระสำคัญทั้งด้านวิชาการและด้านการบริหารจัดการ อาทิ เช่น หมวด 2 วัตถุประสงค์ หลักการที่ใช้เป็นแนวทางและพันธกรณีทั่วไป

หมวด 3 มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์ของยาสูบ กรอบอนุสัญญาฉบับนี้ได้ กำหนดให้ภาคีพิจารณาและกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อลดความต้องการบริโภคยาสูบ ของประชากร อันได้แก่

- มาตรการด้านภาษีและราคา
- มาตรการอื่น เช่น มาตรการทางบริหาร มาตรการทางนิติบัญญัติ มาตรการทาง การปกครองและมาตรการอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพ
- การปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบในสถานที่ทำงาน สถานที่สาธารณะ ซึ่งอยู่ในบริเวณตัวอาคาร ในระบบขนส่งมวลชนและในสถานที่สาธารณะอื่นๆ
- การควบคุมสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยเสนอแนวทางในการทดสอบ และวัดปริมาณสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบและสารต่างๆ ที่ปล่อยออกมาจาก ผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- เกณฑ์ในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- การบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยห้ามใช้ข้อความรูปภาพ สัญลักษณ์ซึ่งทำให้เข้าใจผิด เช่น การระบุว่าเป็นบุหรี่แบบ "ไลต์ (light)" "ไมลด์ (mild)" "low tar" หรือ "ultra-light" บริษัทบุหรี่ต้องแสดงค่าเตือนถึงอันตรายของการใช้ยาสูบต่อ สุขภาพอย่างชัดเจนบนซองบุหรี่ (รวมทั้งกล่อง และหีบห่อ หรือบรรจุภัณฑ์) โดยค่าเตือน ต้องชัดเจน เห็นและอ่านเข้าใจง่ายและมีขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่หลักบนหีบ ห่อ ค่าเตือนอาจจะอยู่ในรูปแบบภาพ หรือภาพสัญลักษณ์
- การให้การศึกษ การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของ สาธารณชน โดยใช้เครื่องมือสื่อสารทุกชนิดที่มีความเหมาะสม ประเทศสมาชิกสามารถใช้ มาตรการต่างๆ ดำเนินการเพื่อส่งเสริมจิตสำนึกของประชาชนและให้ประชาชนได้เข้าถึง ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันยาสูบรวมทั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกใช้ยาสูบ
- การห้ามอย่างเต็มรูปแบบ (Comprehensive ban) เพื่อมิให้มีการโฆษณา ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การส่งเสริมการขายและการให้การสนับสนุนโดยธุรกิจยาสูบ ทั้งนี้รวมถึง การห้ามโฆษณายาสูบข้ามพรมแดน
- มาตรการลดอุปสงค์ในเรื่องการเลิกใช้ยาสูบและการรักษาผู้ติดยาสูบ โดย ดำเนินการส่งเสริมการเลิกใช้ยาสูบในสถานที่ต่างๆ เช่น สถานศึกษา สถานบริการ

สาธารณสุข สถานี่ทำงาน เป็นต้น และควรกำหนดเรื่องการวิจัยและการรักษาผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกใช้ยาสูบในแผนงานระดับชาติ รวมทั้งให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการรักษาการติดยาเสพติด

หมวด 4 มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปทานของยาสูบ ดังนี้

- การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายในทุกรูปแบบ รวมทั้งการลักลอบขนส่งผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายและผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอม

- การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์ (บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี) และการขายโดยผู้เยาว์ อนึ่ง อนุสัญญาฯ ได้ระบุว่า ประเทศสมาชิกควรพยายามห้ามการขายบุหรี่เป็นมวนๆ หรือขายเป็นซองเล็กๆ

- การสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกอื่นที่เป็นไปได้ทางด้านเศรษฐกิจ

หมวด 5 การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม

หมวด 6 ปัญหาอันเกี่ยวเนื่องกับความรับผิดชอบ

หมวด 7 ความร่วมมือด้านเทคนิคและวิทยาศาสตร์ ตลอดจนการสื่อสารข้อมูลต่างๆ ซึ่งในหมวดนี้ประกอบด้วย

- การวิจัย การเฝ้าระวัง และการแลกเปลี่ยนข้อมูล เช่น ประเทศสมาชิกต้องพัฒนาและส่งเสริมให้มีการวิจัยระดับชาติ ประสานงานโครงการวิจัยต่างๆ ในด้านการควบคุมยาสูบ อาทิ การศึกษาปัจจัยและผลกระทบของการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันบุหรี่ ตลอดจนการวิจัยเกี่ยวกับการปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ ทั้งในระดับภูมิภาคและนานาชาติ รวมทั้งจัดตั้งโครงการเฝ้าระวังเกี่ยวกับรูปแบบ ปริมาณ ปัจจัยและผลกระทบของการบริโภคยาสูบทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาคและระดับโลก เป็นต้น

- การรายงานผลและการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประเทศสมาชิกต้องจัดส่งรายงานการดำเนินงานต่อที่ประชุมรัฐภาคี เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการทางนิติบัญญัติ ฯลฯ ซึ่งจัดทำขึ้นตามกรอบอนุสัญญาฯ ข้อมูลการเฝ้าระวังและการวิจัย เป็นต้น

- ความร่วมมือในด้านวิทยาศาสตร์ ด้านเทคนิค และด้านกฎหมาย ตลอดจนการจัดสรรความชำนาญที่เกี่ยวข้อง โดยที่ประชุมสมัชชาภาคีอนุสัญญาฯ ต้องส่งเสริมและจัดให้มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ อาทิ ด้านวิทยาศาสตร์ ด้านกฎหมายด้านการบริหารจัดการ ซึ่งระบุไว้ในหมวดที่ 8 - 11 ของกรอบอนุสัญญาฯ

หมวดที่ 8 - 11 นั้น เกี่ยวกับการบริหารจัดการกรอบอนุสัญญา ซึ่งประเทศสมาชิกหรือภาคี (Parties) จะต้องดำเนินการบังคับใช้มาตรการต่างๆ ดังกล่าวทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับนานาชาติ

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ขององค์การอนามัยโลกมีทั้งหมด 11 หมวด 38 มาตรา

มาตรา 1 บทนิยาม

มาตรา 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอนุสัญญา นี้กับความตกลงและเอกสารทางกฎหมายอื่น

มาตรา 3 วัตถุประสงค์

มาตรา 4 หลักการที่ใช้เป็นแนวทาง

มาตรา 5 พันธกรณีทั่วไป

มาตรา 6 มาตรการด้านราคาและมาตรการทางภาษีเพื่อลดอุปสงค์ของยาสูบ

มาตรา 7 มาตรการอื่นซึ่งมิใช่มาตรการด้านราคาในการลดอุปสงค์ของยาสูบ

มาตรา 8 การปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบ

มาตรา 9 การควบคุมสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรา 10 เกณฑ์ในการเปิดเผยมาตรามูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรา 11 การบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรา 12 การให้การศึกษ การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน

มาตรา 13 การโฆษณา ยาสูบ การส่งเสริมการขายยาสูบ และการให้การสนับสนุนโดยยาสูบ

มาตรา 14 มาตรการลดอุปสงค์เกี่ยวกับการติดยาสูบ และการเลิกยาสูบ

มาตรา 15 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

มาตรา 16 การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์ และการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้เยาว์

มาตรา 17 บทบัญญัติเกี่ยวกับการสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐกิจ

มาตรา 18 การคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของบุคคล

- มาตรา 19 ความรับผิดชอบ
- มาตรา 20 การวิจัย การเฝ้าระวัง และการแลกเปลี่ยนมาตรฐาน
- มาตรา 21 การรายงานผลและการแลกเปลี่ยนมาตรฐาน
- มาตรา 22 ความร่วมมือในด้านวิทยาศาสตร์ ด้านเทคนิค และด้านกฎหมาย
ตลอดจนการจัดสรรความชำนาญที่เกี่ยวข้อง
- มาตรา 23 ที่ประชุมใหญ่ของภาคี
- มาตรา 24 สำนักเลขาธิการ
- มาตรา 25 ความสัมพันธ์ระหว่างที่ประชุมใหญ่ของภาคีและองค์การระหว่าง
รัฐบาลอื่น
- มาตรา 26 แหล่งเงินทุน
- มาตรา 27 การระงับมาตราพิพาท
- มาตรา 28 การแก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญา
- มาตรา 29 การให้ความเห็นชอบและการแก้ไขเพิ่มเติมภาคผนวกแนบท้าย
อนุสัญญา
- มาตรา 30 การตั้งมาตราสงวน
- มาตรา 31 การถอนตัวจากการเป็นภาคี
- มาตรา 32 สิทธิลงคะแนนเสียง
- มาตรา 33 พิธีสาร
- มาตรา 34 การลงนาม
- มาตรา 35 การให้สัตยาบัน การรับรอง การให้ความเห็นชอบ การยืนยันอย่างเป็นทางการ
หรือการภาคยานุวัติ
- มาตรา 36 การมีผลใช้บังคับ
- มาตรา 37 การเก็บรักษาอนุสัญญา
- มาตรา 38 วัตถุประสงค์

โดยสรุป กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็น
กฎหมายระหว่างประเทศทางสุขภาพซึ่งได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาขององค์การ
อนามัยโลก กรอบอนุสัญญาฯ นี้กำหนดให้ประเทศสมาชิกดำเนินการด้วยมาตรการต่างๆ

อาทิ มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์ของยาสูบ และการลดอุปทานของยาสูบ เพื่อสกัดกั้นมิให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่กระจายไปทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งสู่ประเทศกำลังพัฒนา และหยุดยั้งการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่

กรอบอนุสัญญาฯ นี้ นับเป็นการสร้างประวัติศาสตร์ทางด้านสาธารณสุขในฐานะที่เป็นสนธิสัญญาทางด้านสุขภาพระดับโลกฉบับแรกภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก กรอบอนุสัญญาฯ ให้กำเนิดมติใหม่ทางด้านกฎหมายแก่ความร่วมมือด้านสุขภาพพระศับนานาชาติ หลังจากที่ได้รับรองมติยอมรับกรอบอนุสัญญาฯ โดยสมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคมปี ค.ศ. 2003 กลายมาเป็นสนธิสัญญานานาชาติที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในประวัติศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกโดย 168 ประเทศเมื่อสิ้นปี ค.ศ. 2009 (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2558)



บทที่ 3

นโยบายและมาตรการภาษีและการคลัง

โดย ฉัตรสุมน พฤตมิถุน

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. มาตรการด้านภาษีและราคา
2. รายได้ทางการคลัง
3. การผูกขาดการผลิตและนโยบายโรงงานยาสูบ
4. การแปรรูปโรงงานยาสูบ

1. มาตรการด้านภาษีและราคา

1.1 การควบคุมและการจำกัดการบริโภค

ภาษียาสูบเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดการใช้ยาสูบโดยเฉพาะในหมู่คนหนุ่มสาวและคนยากจน การเพิ่มภาษีทำให้ราคายาสูบเพิ่มขึ้น 10% ลดการบริโภทยาสูบโดยประมาณ 4% ในประเทศที่มีรายได้สูงและประมาณ 5% ในประเทศที่รายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

ดังนั้น ประเทศที่มีการใช้มาตรการภาษียาสูบสูงมีเพียง 33 ประเทศซึ่งเท่ากับ 10% ของประชากรของโลกได้นำเสนอมาตรการทางภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งมากกว่า

75% ของราคาขายปลีกจะถูเก็บภาษี จากข้อมูลที่มีอยู่ รายได้เฉลี่ยจากภาษียาสูบมากกว่า 269 เท่า ซึ่งสูงกว่าการใช้จ่ายด้านการควบคุมยาสูบ (WHO, June 2016)

การที่รัฐบาลจัดเก็บภาษีโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษีจากสินค้าบุหรี่ยังมีเหตุผลของการจัดเก็บภาษีอย่างน้อย 3 ประการ กล่าวคือ ประการแรกเป็นเหตุผลในเรื่องของการจัดเก็บรายได้เข้าสู่รัฐ และนำรายได้ดังกล่าวไปใช้ในการบริหารประเทศด้านต่าง ๆ ซึ่งการจัดเก็บรายได้เข้าสู่รัฐถือว่ามีสำคัญอย่างยิ่งและเป็นเหตุผลที่ไม่อาจปฏิเสธได้ ดังจะเห็นได้จากรัฐสามารถจัดเก็บภาษีบุหรี่ได้เป็นจำนวนหลายพันล้านบาทในแต่ละปีงบประมาณ

นอกจากนี้ ยังมีเหตุผลในเรื่องการควบคุมและจำกัดการบริโภคสินค้าบุหรี่ยังเนื่องจากการสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบและบุคคลรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย ดังนั้น เมื่อมีการจัดเก็บภาษีบุหรี่แล้ว บุหรี่ก็จะมีราคาสูงขึ้นและส่งผลทำให้ประชาชนลดการบริโภคบุหรี่ และประการสุดท้าย รัฐต้องการควบคุมกระบวนการผลิตและจำหน่ายบุหรี่ให้มีลักษณะเป็นสินค้าควบคุมและเป็นสินค้าที่มีคุณภาพ ซึ่งหากรัฐไม่เข้ามาควบคุมกระบวนการดังกล่าวแล้ว สินค้าบุหรี่ยังอาจส่งผลกระทบต่อประชาชน สังคม และเศรษฐกิจของประเทศได้ในที่สุด

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการจัดเก็บภาษีบุหรี่ด้วยอำนาจตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 โดยกฎหมายฉบับนี้กำหนดให้ผู้ประกอบอุตสาหกรรมยาสูบและผู้นำเข้ายาสูบมีหน้าที่ต้องเสียภาษียาสูบ ซึ่งการปิดแสตมป์ยาสูบบนซองยาสูบจะถือว่ายาสูบดังกล่าวได้มีการเสียภาษีเรียบร้อยแล้ว โดยต้องมีการปิดแสตมป์ยาสูบก่อนนำออกจากโรงงานสำหรับยาสูบที่ผลิตในประเทศ หรือก่อนที่จะรับมอทยาสูบไปจากเจ้าพนักงานศุลกากรสำหรับการนำเข้ายาสูบ อีกทั้งกฎหมายกำหนดให้มีการเสียค่าแสตมป์ยาสูบตามปริมาณยาสูบซึ่งกำหนดน้ำหนักเป็นกรัม และตามมูลค่าราคาขาย ณ โรงงานอุตสาหกรรมยาสูบหรือราคานำเข้า (ราคา ซี.ไอ.เอฟ.)

ข้อมูลจากธนาคารโลกได้มีการรวบรวมข้อมูลเศรษฐศาสตร์ของแต่ละประเทศเกี่ยวกับความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา โดยแบ่งออกเป็น 1) กลุ่มประเทศร่ำรวย หากขึ้นภาษีและมีผลทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นร้อยละ 10 จะส่งผลให้ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 4 และ 2) กลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยไปจนถึงปานกลาง หากขึ้นภาษีและมีผลทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นร้อยละ 10 จะส่งผลให้ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 8 ขณะที่ประเทศไทย

พบว่าสำหรับประเทศไทยเมื่อมีการขึ้นภาษีและมีผลทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้น ร้อยละ 10 จะส่งผลให้ปริมาณการสูบลดลง ร้อยละ 7

ข้อมูลจากธนาคารโลก และองค์การอนามัยโลกยืนยันชัดเจนว่า มาตรการทางภาษีสำคัญที่สุด และการขึ้นภาษีบุหรี่ของไทยครั้งนี้ ถือว่าสอดคล้องกับคำแนะนำดังกล่าว องค์การอนามัยโลกเคยระบุว่า การขึ้นภาษีบุหรี่ย่อมมีผลต่อการลดนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะเยาวชน และมีผลให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้น การลักลอบขายบุหรี่เถื่อน ไม่ใช่เหตุผลที่จะไม่ขึ้นภาษีบุหรี่ และขณะนี้กรมสรรพสามิตก็เตรียมการรับมือ โดยเฉพาะตามชายแดนต่างๆ ทั้งฝั่งตะวันออกติดกับประเทศกัมพูชา และฝั่งใต้ติดกับประเทศมาเลเซีย ซึ่งส่วนใหญ่บุหรี่เถื่อนมักมาจากแถบอินโดจีน แต่ยืนยันว่าการขึ้นภาษีบุหรี่จะลดอัตราการสูบของกลุ่มเด็กและเยาวชน เนื่องจากราคาจะมีผลต่อนักสูบกลุ่มนี้ (สุชาติดา ตั้งทางธรรม 2559)

ภาษีและราคาเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งในการควบคุมยาสูบและการขึ้นภาษีบุหรี่ส่งผลดีต่อการจัดหารายได้เข้ารัฐ กล่าวคือ 1) ราคาสัมพัทธ์ของบุหรี่จะต่ำลงเมื่อเทียบกับสถานะเศรษฐกิจของประเทศ 2) การขึ้นราคาประมาณร้อยละ 5 จะช่วยลดการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาของบุหรี่ (อัตราลดการบริโภคต่อหน่วยราคาที่ขึ้นจากภาษี) ในประเทศไทย ประมาณ 0.7 นั่นคือ ถ้าขึ้นภาษีร้อยละ 10 จะมีการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 7 ดังนั้น ถ้าขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่จากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 80 จะทำให้มีผู้สูบบุหรี่ลดลงประมาณ 265,000 – 378,000 คน (หทัย ชิตานนท์ และสุชาติดา ตั้งทางธรรม 2548) ข้อมูลทางวิชาการชี้ว่าเด็กและเยาวชนจะได้รับผลต่อการลดหรือเลิกบุหรี่จากการขึ้นราคาบุหรี่ เป็น 3 เท่าของผู้ใหญ่ (Chaloupka et al, 2000) 3) การขึ้นภาษีบุหรี่ส่งผลดีต่อการจัดหารายได้เข้ารัฐ จากผลการขึ้นภาษีในครั้งที่ผ่านมา บ่งชี้ว่า แม้จะก่อให้เกิดการบริโภคลดลง แต่รายได้รวมจากภาษีบุหรี่ ไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด (สุชาติดา ตั้งทางธรรม 2559)

การประเมินขีดความสามารถของประเทศไทยในการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามนโยบาย MPOWER ได้มีการเสนอข้อแนะนำด้านราคาและภาษี (สุชาติดา ตั้งทางธรรม 2559) กล่าวคือเพิ่มราคาขายอย่างต่อเนื่องโดยการเก็บภาษีให้สอดคล้องกับเงินเฟ้อและเพิ่มภาษียาสูบแบบบุหรี่ “มวนเอง” ให้สูงพอ ตลอดหลายปีที่ผ่านมาประชาชนสามารถซื้อบุหรี่ได้มากขึ้นเนื่องจากรายได้ต่อหัวเพิ่มสูงขึ้นในอัตราที่รวดเร็วกว่าภาษียาสูบ

ประมาณร้อยละ 50 ของยาสูบที่บริโภคในประเทศไทยเป็นแบบ “มวนเอง” ซึ่งเก็บภาษีในระดับที่ต่ำมากและมักจะหลีกเลี่ยงการเก็บภาษี อีกทั้งมีราคาต่ำสุดเป็นแรงจูงใจให้ผู้บริโภค

ข้อมูลจากธนาคารโลกได้มีการรวบรวมข้อมูลเศรษฐกิจศาสตร์ของแต่ละประเทศเกี่ยวกับความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา (Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT, 2012) โดยแบ่งออกเป็นดังนี้

1) กลุ่มประเทศร่ำรวย หากขึ้นภาษีและมีผลทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นร้อยละ 10 จะส่งผลให้ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 4 และ

2) กลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยไปจนถึงปานกลาง หากขึ้นภาษีและมีผลทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นร้อยละ 10 จะส่งผลให้ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 8 ขณะที่ประเทศไทย เมื่อมีการขึ้นภาษีและมีผลทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้น ร้อยละ 10 จะส่งผลให้ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลง ร้อยละ 7 อย่างไรก็ตาม เมื่อรัฐบาลขึ้นภาษีจะเกิดข้อโต้แย้งจากโรงงานยาสูบและบริษัทบุหรี่ยิ่งกว่านั้น การเพิ่มภาษีอาจส่งผลให้มีการลักลอบค้าบุหรี่เถื่อนมากขึ้น เกษตรกรปลูกยาสูบ และพนักงานโรงงานยาสูบจะตักงานและรัฐบาลจะสูญเสียรายได้

ข้อมูลจากธนาคารโลก และองค์การอนามัยโลกยืนยันชัดเจนว่า มาตรการทางภาษีสำคัญที่สุด เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลกเคยระบุว่า การขึ้นภาษีบุหรี่ย่อมมีผลต่อการลดนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะเยาวชน และมีผลให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้น สรุปได้ว่า ถึงแม้ภาษีบุหรี่จะมีผลให้บุหรี่ราคาสูงขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่าจะทำให้ไม่สามารถหาซื้อบุหรี่ได้ เนื่องจากคนชั้นกลางก็ยังมีศักยภาพจ่าย ประเด็นจึงไปอยู่ที่เด็กและเยาวชนที่ต้องปกป้องมากกว่า (Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT, 2000)

มาตรการภาษีเป็นมาตรการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 กำหนดวิธีการเสียภาษียาสูบ ทำโดยการเสียค่าแสตมป์ยาสูบแล้วนำแสตมป์ไปปิดบนซองยาเส้นหรือยาสูบและขีดฆ่าแสตมป์ยาสูบตามวิธีการที่อธิบดีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยาเส้นและยาสูบชนิด บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นปรุงและยาเคี้ยว กำหนดให้จัดเก็บค่าแสตมป์ยาสูบ ทั้งในอัตราตามมูลค่าและตามปริมาณ เมื่อคิดคำนวณค่าแสตมป์ยาสูบออกมาเป็นตัวเลขสูงกว่าจะใช้อัตรานั้น ประเทศที่มีนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ที่ก้าวหน้าสามารถที่จะออกกฎหมายกำหนด ให้นำภาษีบุหรี่ส่วนหนึ่งมาสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดังเช่นประเทศไทย

1.2 การปรับอัตราภาษี

ทิศทางระบบภาษีและราคาขายสุบในภูมิภาคอาเซียนและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทย การที่ประเทศไทยกำหนดราคาขายปลีกบุหรี่ซีกาเรต สูงสุด ทำให้บริษัทบุหรี่ใช้วิธีแจ้งราคาเท็จที่ต่ำกว่าความจริงในการประเมินภาษี หรือนำเข้าบุหรี่ที่มีต้นทุนต่ำเข้ามาจำหน่าย ในขณะที่ประเทศอินโดนีเซียใช้วิธีกำหนดราคาขายต่ำสุด ประเทศไทยใช้นโยบายสองเลือกหนึ่ง คือการคำนวณภาษีตามราคาต้นทุนที่บริษัทบุหรี่แจ้ง หรือคำนวณภาษีตามสภาพ คือ ตามน้ำหนักมวนบุหรี่ หากวิธีคำนวณไหนมีมูลค่าภาษีมากกว่า ก็ให้เก็บตามวิธีนั้น ควรจะต้องมีระบบในการปรับอัตราภาษีตามสภาพเป็นระยะๆ ทุกๆ 2-3 ปี และมีการตรวจสอบความถูกต้องของราคาต้นทุนที่บริษัทบุหรี่แจ้งเพื่อประเมินภาษีอยู่เสมอ

การบริโภคยาเส้นในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหา เพราะทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ เกือบครึ่งหนึ่งของความสูญเสียทั้งหมด 6 หมื่นล้านบาท ในขณะที่มาตรการการเก็บภาษียาเส้นที่บริโภคเป็นนุหรั่มตนเองไม่เคยถูกนำมาใช้ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2555 ซึ่งมีการปรับขึ้นจากอัตรา 1 บาทต่อกิโลกรัม เป็น 10 บาทต่อกิโลกรัม พบว่าให้ผลดีในการลดจำนวนผู้บริโภคนุหรั่มตนเองในประเทศไทยกว่า 1 ล้านคน คือจากผู้บริโภคนุหรั่มตนเอง 5.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2554 ลดเป็น 3.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 แต่บางคนหันไปบริโภคนุหรั่มของราคาถูกแทน ดังนั้นการดำเนินมาตรการภาษีเพื่อสุขภาพ ควรปรับปรุงภาษีกับผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภท รวมถึงยาเส้น โดยปรับขึ้นทั้งอัตราตามสภาพและอัตราตามปริมาณ เพื่อลดการเปลี่ยนประเภทไปบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ราคาถูกกว่า นอกจากนี้ รัฐบาลควรนำยาสูบพันธุ์พื้นเมืองเข้าสู่ระบบภาษีอย่างเร่งด่วน โดยให้ผู้ประกอบการยาเส้นเป็นผู้เสียภาษี ไม่ให้เป็นภาระกับเกษตรกร (อิศรา ศานติศาสตร์ 16 พฤษภาคม 2557)

ในการควบคุมการสูบบุหรี่ ผลกระทบที่สำคัญคือ ราคาบุหรี่ที่แพงขึ้นจะป้องกันเยาวชนให้เข้ามาเสพติดนุหรั่มน้อยลง เนื่องจากเยาวชนเป็นผู้ที่ยังไม่มีรายได้และมีกำลังซื้อต่ำ การขึ้นภาษีจึงควรทำเป็นระยะๆ ตามอัตราเงินเฟ้อ

ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบบรรจุยาเส้น หรือยาสูบในซองและปิดแสดมปี ก่อนนำออกจากโรงงานยาสูบ ในการกำหนดมูลค่าของยาเส้นหรือยาสูบ ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับราคาขายยาเส้นหรือราคาขายสุบต่ออธิบดีหรือ ผู้

ซึ่งอธิบดีมอบหมายตามแบบ และภายในระยะเวลาที่อธิบดีกำหนด และเสียค่าแถมบียาสูบและปิดแถมบียาสูบก่อนนำยาเส้น หรือยาสูบออกจากโรงงานยาสูบ ผู้นำเข้าเสียค่าแถมบียาสูบและปิดแถมบียาก่อนที่จะรับมอบยาเส้นหรือยาสูบไปจากเจ้าพนักงานศุลกากร เว้นแต่อธิบดีจะอนุญาตให้ไปปิดแถมบียาภายหลังกรณีกำหนดให้เสียค่าแถมบียาสูบในอัตราทั้งตามมูลค่าและตามปริมาณ ให้เสียค่าแถมบียาสูบในอัตราที่คิดเป็นเงินสูงกว่า ค่าแถมบียาสูบตามมูลค่านั้นให้รวมค่าแถมบียาสูบที่พึงชำระด้วยดังนี้

1) ยาเส้นที่ทำในราชอาณาจักร ให้ถือตามราคาขาย ณ โรงงานยาสูบ

2) ยาเส้นหรือยาสูบที่นำเข้ามาในราชอาณาจักรให้ถือราคา ซี.ไอ.เอฟ บวกด้วยอากรขาเข้า ค่าธรรมเนียมพิเศษตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุนและภาษี และค่าธรรมเนียมที่กำหนด โดยพระราชกฤษฎีกาแต่ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม กรณีผู้นำเข้าได้รับการยกเว้นหรือลดอัตราอากรขาเข้าตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุนให้นำอากรขาเข้าที่ได้รับการยกเว้นหรือลดอัตราอากรขาเข้าตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุนให้นำอากรขาเข้าที่ได้รับการยกเว้นหรือลดอัตราอากรขาเข้ารวมคำนวณมูลค่าด้วยราคา ซี.ไอ.เอฟ ได้แก่ ราคา ยาเส้นหรือยาสูบที่บวกด้วยค่าประกันภัยและค่าขนส่งถึงด่านศุลกากร เว้นแต่

1) อธิบดีกรมศุลกากรประกาศราคาในท้องตลาดยาเส้นหรือยาสูบ ให้ต้องเสียอากรเป็นรายเฉลี่ยตามกฎหมายพิกัตอัตราศุลกากรก็ให้ถือราคานั้นเป็นราคาในการคำนวณราคา ซี.ไอ.เอฟ

2) กรณีเจ้าพนักงานศุลกากรประเมินราคาเพื่อเสียอากรขาเข้าใหม่ตามกฎหมายว่าด้วยศุลกากร ก็ให้ถือราคานั้นเป็นราคาในการคำนวณราคา ซี.ไอ.เอฟ

นอกจากนี้ กฎหมายกำหนดให้เสียภาษีอื่นๆ เมื่อเสียค่าแถมบียาสูบด้วย ได้แก่

1) เงินกองทุนการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อัตราร้อยละ 2 ของค่าแถมบียาสูบ 2) เงินบำรุง องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย อัตราร้อยละ 1.50 ของค่าแถมบียาสูบ แต่ไม่เกินปีงบประมาณละ 2,000 ล้านบาท ค่าภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โอนหน้าที่การจัดเก็บให้ อบจ. จัดเก็บเองตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 โดยกรมสรรพสามิตจะช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา การจัดเก็บภาษีให้ ไม่ต้องเสียภาษีเพื่อกระทรวงมหาดไทยผู้เดินทางนำยาเส้นหรือยาสูบติดตัวเข้ามาในหรือส่งออกนอกราชอาณาจักร (ไม่ต้องเสียภาษี) โดยไม่ต้องขออนุญาตจากเจ้าพนักงาน (มาตรา 18 วรรคสอง และประกาศกรมสรรพสามิต ลว. 30 สิงหาคม 2509) โดยจำนวนยาสูบที่จะนำติดตัวมาได้ เช่น บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นปรุง ยาเคี้ยว ชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือหลายชนิดรวมกัน

ไม่เกิน 500 กรัม แต่ถ้ามีบุหรี่ยีคาเรตรวมอยู่ด้วย บุหรี่ยีคาเรตนั้นต้องไม่เกิน 200 มวน และน้ำหนักรวมทั้งสิ้นต้องไม่เกิน 500 กรัม และยาเส้นไม่เกิน 1 กิโลกรัมติดตัวออกไปได้

สำหรับยาเส้นและยาสูบในคลังสินค้าทัณฑ์บนที่แสดงและขายที่เก็บในคลังสินค้า ทัณฑ์บนนั้นตามกฎหมายว่าด้วยศุลกากรที่ตั้งอยู่ในสนามบิน ศุลกากรที่จำหน่ายให้แก่ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร เฉพาะการจำหน่ายบุหรี่ปริมาณไม่เกิน 200 มวน หรือ ยีคาเรตหรือยาเส้น ปริมาณอย่างละไม่เกิน 250 กรัมหรือหลายชนิดรวมกันไม่เกิน 250 กรัม

1.3 ระบบการควบคุมการขายยาสูบ

การขายยาเส้นหรือยาสูบหรือนำยาเส้นหรือยาสูบออกแสดงเพื่อขาย ต้องได้รับ อนุญาตจากเจ้าพนักงาน โดยการขออนุญาต การอนุญาตและเงื่อนไขต่าง ๆ นั้นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ฉบับที่ 17 (2534) คือผู้ขายบุหรี่ยีคาเรตไม่จำกัดจำนวน (ประเภท 1) ต้องเป็น 1) โรงอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐ 2) ผู้นำเข้าที่ได้รับ การแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนจำหน่าย 3) ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากข้อ 1 และ 2 ผู้ขออนุญาต เป็นผู้นำจำหน่ายบุหรี่ยีคาเรตครั้งละไม่เกิน 20,000 มวน ต้องได้รับการแต่งตั้งจากผู้ขาย ประเภท 1 ประเภทใดขออนุญาตขายยาสูบถูกกำหนดไว้ 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 ขาย โดยไม่จำกัดจำนวน ประเภท 2 ขายส่งแบบจำกัดจำนวน ประเภท 3 ขายปลีก บุหรี่ยีคาเรต บุหรี่ยีคาเรต บุหรี่ยีคาเรต ยาเส้นปรุง ยาเคี้ยว สำหรับใบอนุญาตการขายนั้นต้องพิจารณา ลักษณะสถานที่ด้วย กล่าวคือ 1) สถานที่ขายยาสูบที่ไม่ตั้งอยู่ในสถานศึกษา รวมทั้งบริเวณ ต่อเนื่อง ติดกับสถานศึกษา 2) สถานที่ขายยาสูบที่ไม่ตั้งอยู่ในศาสนสถาน รวมบริเวณที่ใช้ สำหรับศาสนสถาน ไม่ว่าจะมัสยิดหรือไม่ว่า รวมทั้งบริเวณต่อเนื่องติดกับศาสนสถาน และ 3) สถานที่ขายยาสูบที่ไม่เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตขายบุหรี่ยีคาเรต เว้นแต่ที่พ้นเวลา 5 ปี (ฉัตรสุมน พฤตมิถุน 2560)

รายงาน บุหรี่ยีคาเรตกับความยากจน: วงจรแห่งความชั่วร้าย “การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบและ ครอบครัวยากจนลง เงินที่ซื้อบุหรี่ยีคาเรตส่วนใหญ่จะมีค่าเสียโอกาสสูงเนื่องจากไปเบียดบังจาก ค่าใช้จ่ายจำเป็นพื้นฐานส่งผลกระทบต่อกำลังผลิตของประเทศ...” “นโยบายการขึ้นภาษี ยาสูบ เพื่อการป้องกันการใช้ในกลุ่มเยาวชนก่อนที่จะเริ่มติด” ดังนั้น ธนาคารโลก จึงไม่ปล่อยเงินกู้ตรงสำหรับการลงทุน หรือประกันการลงทุนหรือเงินยืมสำหรับการปลูก การผลิต หรือการตลาดของยาสูบ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ในหลายประเทศทั่วโลกมาตรการ ทางภาษียาสูบ จึงไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อหารายได้เข้ารัฐแต่มุ่งที่จะใช้เป็นมาตรการ

หนึ่งในการควบคุมการบริโภคความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการบริโภคบุหรืกับราคาบุหรืในประเทศต่างๆ (WHO, 2001) แสดงให้เห็นถึง ราคาภาษีส่วนทางกับอัตราการบริโภค

1.4 การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

การขึ้นภาษีบุหรืจะทำให้หน้ากสูบหน้าใหม่และคนมีฐานะยากจนจะลดการสูบได้ การที่บอกว่าไม่ลดนักสูบลงนั้น จะเป็นในกลุ่มคนที่มีรายได้สูง ซึ่งในกลุ่มนี้มี 3-4 ล้านคน ซึ่งแน่นอนมีรายได้มาก ย่อมสามารถซื้อบุหรืต่างประเทศได้ แต่ที่จะลดและเป็นวัตถุประสงค์ในการขึ้นภาษีบุหรืก็เพื่อสกัดไม่ให้เยาวชนเข้าถึง ส่วนที่บอกว่าจะเป็นช่องทางให้บุหรืเถื่อนเข้ามาทดแทน

ประเทศไทยมีความพยายามในการจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายในทุกรูปแบบรวมทั้งการลักลอบขนส่งผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น การผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผิดกฎหมาย และการทำผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอม ตลอดจนการพัฒนาและการบังคับใช้กฎหมายภายในประเทศ โดยมีมาตรการทางบริหาร มาตรการทางปกครอง หรือมาตรการอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ชองและหีบห่อของผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดและบรรจุภัณฑ์ภายนอกของผลิตภัณฑ์เหล่านั้นมีเครื่องหมาย ซึ่งช่วยให้ทุกฝ่ายสามารถบ่งชี้ถึงแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ ตลอดจนช่วยให้สามารถกำหนดจุดของการเปลี่ยนแปลง ติดตาม บันทึกลง และควบคุม การเคลื่อนย้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสถานะทางกฎหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

(1) บังคับให้ชองและหีบห่อซึ่งบรรจุผลิตภัณฑ์ยาสูบเพื่อการขายปลีกและการขายส่งในตลาดภายในประเทศระบุข้อความว่า มีข้อมูลบนหีบห่อปรากฏอยู่ในรูปแบบที่อ่านได้ มีเครื่องหมายที่มีประสิทธิภาพชี้ชัดในตลาดภายในประเทศโดยขอด้วยกฎหมาย

(2) พัฒนาระบบการติดตามและสืบหา เพื่อให้ระบบการกระจายผลิตภัณฑ์ยาสูบมั่นคงมากขึ้น และช่วยในการสืบสวนเกี่ยวกับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย การจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายโดย (ฉัตรสุนัน พุฒิมิภิญโญ 2558)

(1) ติดตาม และรวบรวมข้อมูลของการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบข้ามพรมแดน รวมทั้งการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย และให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ระหว่างเจ้าหน้าที่ศุลกากร เจ้าหน้าที่สรรพากร และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ตามความเหมาะสม

(2) ปรับปรุงกฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการกำหนดให้มีบทลงโทษ และวิธีการเพื่อต่อต้านการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ตลอดจนอนุหรีปปลอมและอนุหรีปหนีภาษี

(3) ดำเนินการตามขั้นตอนที่เหมาะสม ในการทำลายเครื่องมือที่ใช้ในการผลิต อนุหรีปปลอมและอนุหรีปหนีภาษี ตลอดจนผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ที่ผิดกฎหมาย

(4) กำหนดและปรับใช้มาตรการในการติดตาม บันทึก และควบคุมการจัดเก็บ และการกระจายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ถูกต้องไว้ หรือได้เคลื่อนย้าย ภายใต้การผ่อนปรนภาษี สรรพากร หรือภาษีศุลกากรภายในประเทศ

(5) กำหนด มาตรการที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถริบหรือยึดทรัพย์สินต่างๆ ที่ ได้มาจากการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายได้มีการใช้มาตรการเพิ่มเติมอื่นๆ ตามที่ เหมาะสม เช่น การออกใบอนุญาตเพื่อควบคุมหรือกำกับดูแลการผลิต และการกระจาย ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทั้งนี้เพื่อป้องกัน การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

2. รายได้ทางการคลัง

2.1 ภาษีสรรพสามิตยาสูบ

ภาษีสรรพสามิตยาสูบเป็นภาษีสรรพสามิต (Excise Tax) ชนิดหนึ่งซึ่งภาษี สรรพสามิตจะจัดเก็บจากสินค้าและบริการเช่นบริโภคแล้วอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และศีลธรรมอันดีมีลักษณะเป็นสินค้าและบริการที่ฟุ่มเฟือยหรือได้รับผลประโยชน์เป็น พิเศษจากกิจการของรัฐได้แก่สนามกอล์ฟไนต์คลับและดิสโก้เธคสถานอาบน้ำหรืออบตัว ผลิตภัณฑ์เครื่องหอมและเครื่องสำอางน้ำมันและผลิตภัณฑ์น้ำมันแก้วและเครื่องแก้วพรม และสิ่งปูพื้นอื่นๆ รถจักรยานยนต์ แบตเตอรี่ สนามแข่งม้า สลากกินแบ่งรัฐบาล กิจการ โทรคมนาคม สุราแช่ สุรากลั่น ยาสูบ ไฟ เป็นต้น

ภาษีสรรพสามิตยาสูบมีลักษณะเป็นภาษีบาป (Sin Tax) คือภาษีที่จัดเก็บจาก สินค้าหรือบริการที่เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหรือศีลธรรม (Demerit Goods) ผู้บริโภคสามารถงดเว้นการบริโภคสินค้ากลุ่มนี้ได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือ ความเป็นอยู่ แต่หากบริโภคสิ่งเหล่านี้มากเกินไป นอกจากจะเกิดผลเสียแก่ตนเองแล้วจะ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยส่วนรวมสินค้าที่ประเทศต่างๆ มักเก็บภาษีบาปได้แก่สุรา

ยาสูบไฟสถานประกอบการด้านบันเทิงเครื่องดื่มชูกำลังรวมถึงซากาแฟที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเป็นต้น

อัตราภาษีสรรพสามิตที่ใช้กันทั่วไปมี 3 แบบคือ 1) อัตราตามสภาพ (Specific Rate) คิดภาษีตามสภาพของสินค้าและบริการเช่นต่อขึ้นต่อน้ำหนักต่อครั้งเป็นต้นการจัดเก็บอัตราภาษีตามสภาพรายได้ภาษีจัดเก็บจำนวนแน่นอน ต้นทุนการบริหารการจัดเก็บต่ำ 2) อัตราตามมูลค่า (Ad Valorem Rate) คิดภาษีเป็นร้อยละของมูลค่าสินค้าหรือราคาคูณกับปริมาณราคาที่ใช้ในการคำนวณภาษีได้แก่ราคาณโรงงาน อุตสาหกรรมราคาขายส่งราคาขายปลีกอัตราตามมูลค่าราคาเป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดเก็บในปริมาณสินค้าที่เท่ากัน สินค้าที่มีราคาสูงจะถูกจัดเก็บภาษีสูงกว่าสินค้าที่มีราคาต่ำ 3) อัตราแบบผสมระหว่างอัตราตามสภาพและอัตราตามมูลค่าหรืออัตราผสม (Compound Rate) จะคำนวณมูลค่าภาษีจากอัตราตามสภาพและอัตรามูลค่าทั้งสองอัตราผสมกันโดยอาจกำหนดให้คิดภาษีรวมกันจากทั้งสองอัตราและนำมูลค่าภาษีจากแต่ละอัตรามารวมกันหรือคิดภาษีจากอัตราใดอัตราหนึ่งที่สูงกว่าหรือต่ำกว่าก็ได้

การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตยาสูบตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 จะจัดเก็บสำหรับผลิตภัณฑ์หรือสินค้าได้แก่ยาเส้น (หมายถึงใบยาหรือยาอัดซึ่งได้หั่นเป็นเส้นและแห้งแล้ว) และยาสูบ (หมายถึงบุหรี่ยิกาแรตบุหรี่ยีการ์บุหรี่ยื่นๆ ยาเส้นปรุงและให้รวมถึงยาเคี้ยวด้วย) โดยชำระ (จัดเก็บ) เป็นค่าแสดมปียาสูบแล้วนำแสดมปีไปปิดบนซองยาเส้นหรือยาสูบนอกจากนี้กฎหมายฉบับนี้จะบังคับใช้กับการจัดเก็บภาษีดังกล่าวแล้ว ยังเป็นกฎหมายที่ควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบด้วยสำหรับยาสูบที่ผลิตในประเทศผู้มีหน้าที่เสียภาษี ได้แก่ ผู้ประกอบอุตสาหกรรมยาสูบในประเทศไทยที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบอุตสาหกรรมยาสูบจากกรมสรรพสามิตสำหรับยาสูบนำเข้าตัวแทนจำหน่ายยาสูบต่างประเทศแต่ละตราจะเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษี

ในการคิดคำนวณภาษีสรรพสามิตยาสูบของไทยตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 สำหรับยาสูบในประเทศและยาสูบที่นำเข้าต้องคิดคำนวณแบบผสม (รวมถึงบุหรี่ยิกาแรตด้วย) คือใช้อัตราภาษีตามมูลค่า (ถ้าเป็นยาสูบที่ผลิตในประเทศไทยจะใช้ราคาขายณโรงงานยาสูบเป็นฐานภาษีสำหรับยาสูบที่นำเข้ามาในประเทศไทยให้ถือตามราคา ซี.ไอ.เอฟ คือราคายาเส้นหรือยาสูบที่บวกด้วยค่าประกันภัยและค่าขนส่งถึงด่านศุลกากรเป็นฐานภาษี) และอัตราภาษีตามสภาพหรือตามปริมาณ (ใช้ปริมาณยาสูบตามน้ำหนัก

เป็นกรัมเป็นฐานภาษี) หากวิธีใดคำนวณแล้วเสียภาษีเป็นเงินสูงกว่าก็เก็บตามอัตราภาษีที่สูงกว่านับตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 จนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยาสูบ 11 ครั้งจากอัตราภาษีร้อยละ 55 ของราคาขายเป็นร้อยละ 90 ของราคาขาย ณ โรงงานยาสูบอัตราภาษียาสูบในปัจจุบันเป็นดังนี้

ในประเทศไทยการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตยาสูบมีเหตุผลและวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษียาสูบตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันคือ เพื่อหารายได้เข้ารัฐ รัฐมีรายได้จากการจัดเก็บภาษียาสูบเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 15 ของรายได้ภาษีสรรพสามิตทั้งหมดและร้อยละ 3 ของรายได้รัฐบาลรวมมาตรการการขึ้นภาษีมีผลทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลง

การควบคุมการบริโภคยาสูบนอกจากจะใช้มาตรการราคาและภาษีเพื่อลดความต้องการยาสูบแล้วประเทศไทยยังใช้มาตรการที่ไม่ใช่ราคาในการดำเนินการเช่นการติดฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบการให้ความรู้และการสื่อสารโทษของยาสูบการจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ เป็นต้น เพื่อให้การบริโภคยาสูบลดลงอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ภายหลังจากเสียค่าแสตมป์ยาสูบแล้ว กฎหมายยังกำหนดให้เสียภาษีอื่นๆ ด้วยได้แก่ 1) เงินบำรุงสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 2) ภาษีเพื่อสื่อสารสาธารณะ (TPBS) เพื่อเป็นเงินทุนสำหรับองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย 3) เงินบำรุงกองทุนพัฒนากีฬาและ 4) ภาษีมูลค่าเพิ่มซึ่งภาษีเหล่านี้ใช้ภาษีสรรพสามิตเป็นฐานทำให้ผลการปรับภาษีครั้งนี้มีความรุนแรงยิ่งขึ้น

ที่ผ่านมา ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 เป็นต้นไปโรงงานยาสูบกระทรวงการคลัง (ผู้ผูกขาดการผลิตบุหรี่ภายในประเทศไทย) ได้ประกาศราคาขายปลีกบุหรี่ซึ่งราคาขายปลีกบุหรี่ที่ผลิตในประเทศปรับขึ้นราคาของละ 10 - 24 บาท (โรงงานยาสูบกระทรวงการคลัง) ผู้อำนวยการโรงงานยาสูบคาดการณ์ว่าการที่ราคาบุหรี่ที่ขายในประเทศปรับตัวสูงขึ้นจะทำให้ตลาดบุหรี่ภายในประเทศที่มีมูลค่าประมาณ 40,000 ล้านบาทหรือคิดเป็นปริมาณบุหรี่ประมาณ 32,000 ล้านมวนต่อปีหดตัวลงประมาณร้อยละ 3 สำหรับตลาดบุหรี่ภายในประเทศโรงงานยาสูบมีส่วนแบ่งการตลาดคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 75-76 ของทั้งตลาด ส่วนผลกระทบของรายได้ของโรงงานยาสูบคาดว่าน่าจะหดตัวประมาณร้อยละ 10 หรือมีรายได้ลดลงประมาณ 1,000 ล้านบาทต่อเดือน เนื่องจากมีการคาดการณ์ว่าจะมีการขึ้นอัตราภาษีทำให้ผู้ขายมีคลังบุหรี่ เมื่อบุหรี่ขึ้นราคาจึงรีบระบายสต็อกเก่าออกมาจำหน่าย ปริมาณการซื้อจากโรงงานยาสูบจึงลดลง

การที่ราคาบุหรี่ปรับตัวสูงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคที่มีรายได้น้อย โรงงานยาสูบจึงได้ผลิตบุหรี่ขนาดเล็กกว่ารุ่นปกติ ที่ออกมาใหม่มีขนาดประมาณ 7.7 มิลลิเมตร ราคาจำหน่ายประมาณ 40 บาทต่อซองเพื่อเจาะตลาดผู้บริโภคที่มีรายได้น้อยให้สามารถซื้อบุหรี่ของมาสูบได้ และผู้สูบบางส่วนไม่มีกำลังซื้อบุหรี่แบบซองมาสูบอาจจะมีการซื้อบุหรี่แบบแบ่งมวนหรือหันไปนิยมซื้อยาเส้นแบบมวนเองมาสูบแทน หรืออาจจะมีการซื้อบุหรี่ที่ไม่เสียภาษี บุหรี่ปลอม หรือบุหรี่ที่ผิดกฎหมาย มาสูบแทนเพราะราคาถูกกว่า

2.2 การขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ

เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2559 ได้มีราชกิจจานุเบกษาประกาศใช้กฎกระทรวงขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบรายการบุหรี่ซิการ์แรตสำหรับคำนวณค่าแอสแตมปียาสูบในอัตราตามมูลค่าจากร้อยละ 87 เป็นร้อยละ 90 และอัตราตามปริมาณจากกรัมละ 1 บาทเป็น 1.10 บาทโดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 เป็นต้นไปโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงโดยเฉพาะการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่รายใหม่

ภาษียาสูบเป็นแหล่งรายได้แรกๆ ที่ทุกรัฐบาลคิดถึงเมื่อต้องการเงินคลัง และยาสูบเป็นของไม่ดี เสพติด เป็นโทษ การเพิ่มภาษีเท่าไรก็เป็นสิ่งที่ชอบธรรม จากข้อมูลของกระทรวงการคลัง ตามหลักเศรษฐศาสตร์พื้นฐาน สินค้าประเภทยาสูบ นับเป็นสินค้าชนิดที่มีความยืดหยุ่นต่ำมาก (low-elasticity) คือไม่ว่าราคาสูงเท่าใด คนก็ยังต้องหามาหาสูบแต่ปัญหาที่ตามมาก็คือ "ของเถื่อนหนีภาษี" กล่าวคือ เมื่อผลตอบแทนจากส่วนต่างระหว่างของถูกกฎหมาย กับของที่เข้ามาจากเขตอื่นที่เสียภาษีน้อยกว่ามากจนคุ้มค่าความเสี่ยง นอกจากจะเก็บภาษีไม่ได้ตามคาดแล้ว เงินยังรั่วไหลออกนอกประเทศไปกับบุหรี่เถื่อนนี้ ต่อมาเมื่อการเปิดเสรีทางการค้าเป็นสมัชชา ก้าพวงภาษีต่างๆ รวมถึงสุราและบุหรี่ก็ผ่อนคลายลง ประกอบกับการตรวจจับอย่างเข้มแข็งของเจ้าหน้าที่ศุลกากร สรรพสามิต ร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทำให้ปัญหาของเถื่อนเริ่มคลี่คลาย

ในยุคที่รัฐบาลมีรายได้ไม่พอ อันมาจากปัญหาเศรษฐกิจถดถอย ประกอบกับภาวะการเมืองผันผวนทำให้การจัดเก็บรายได้ภาครัฐลดลงอย่างมาก เมื่อเก็บภาษีจากภาคธุรกิจจริงไม่ได้ตามเป้า ก็หันมาขึ้นภาษีบุหรี่ เจ้าหน้าที่ตำรวจและเจ้าหน้าที่สรรพสามิต จำเป็นที่จะต้องสอดส่องดูแลเพื่อมิให้ขบวนการค้าของเถื่อนมีมากเกินไป

ปัจจุบันการเพิ่มภาษีบุหรี่มีผลบังคับใช้แล้ว เนื่องจากรัฐมนตรีกระทรวงการคลัง ได้ออกกฎกระทรวงกำหนดอัตราค่าแอสแตมปียาสูบ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2559 เฉพาะบุหรี่ซิการ์แรต

(ยาสูบที่มวนด้วยกระดาษหรือวัสดุที่ใช้แทนกระดาษ) ต้องเสียค่าแสตมป์ยาสูบตามมูลค่า เป็นจำนวนร้อยละ 90 ของราคาขายหรือราคานำเข้าแล้วแต่กรณี (เดิมจัดเก็บร้อยละ 87) และเสียค่าแสตมป์ยาสูบตามปริมาณเป็นจำนวน 1.10 บาท ต่อกรัม (เดิมจัดเก็บ 1.0 บาท ต่อกรัม)

เมื่อพิจารณากฎหมายการจัดเก็บภาษียาสูบและการเพิ่มภาษียาสูบดังกล่าวข้างต้นจะพบว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญกับผลกระทบจากการบริโภคยาสูบของประชาชนค่อนข้างมาก เนื่องจากในหมายเหตุท้ายกฎกระทรวงฉบับดังกล่าวได้ระบุถึงเหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงว่า “...โดยกำหนดอัตราดังกล่าวให้สูงขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน และเป็นการสนับสนุนนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบของรัฐ”

การเพิ่มภาษียาสูบจะส่งผลทำให้บุหรี่ที่จำหน่ายภายในประเทศปรับราคาขึ้นอีก 5-10 บาท ต่อซอง ซึ่งจะส่งผลทำให้ประชาชนบริโภคยาสูบน้อยลงและสอดคล้องกับเป้าหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างไรก็ดี บางส่วนยังมีความเห็นว่า การเพิ่มภาษียาสูบจนทำให้บุหรี่ที่ขายภายในประเทศมีราคาสูงขึ้นนั้นมิได้ส่งผลทำให้ประชาชนลดการบริโภคบุหรี่แต่ประการใด เนื่องจากประชาชนยังสามารถเข้าถึงและบริโภคยาสูบได้โดยเสรี ประกอบกับผู้ขายมักใช้กลยุทธ์การขายที่สามารถดึงดูดผู้ซื้อได้เป็นอย่างดี เช่น วิธีการแบ่งขายจากซองยาสูบ ซึ่งจะทำให้ผู้ซื้อสามารถเข้าถึงและบริโภคยาสูบได้ง่ายขึ้น แม้ว่ายาสูบจะมีราคาสูงขึ้นก็ตาม

นอกจากนี้ การที่บุหรี่ภายในประเทศมีราคาสูงขึ้นยังอาจส่งผลทำให้มีการลักลอบนำเข้าบุหรี่ที่มีได้มีการเสียภาษีจากต่างประเทศเพิ่มขึ้น บุหรี่เหล่านี้มักเป็นบุหรี่ที่มีราคาถูกกว่าบุหรี่ภายในประเทศซึ่งหลายฝ่ายยังคงกังวลว่า บุหรี่กลุ่มนี้จะมีคุณภาพเทียบเท่ากับบุหรี่ที่ผลิตภายในประเทศหรือไม่ ซึ่งปัญหาการลักลอบนำเข้าบุหรี่อาจเป็นผลสะท้อนกลับของมาตรการเพิ่มภาษีบุหรี่ของรัฐบาลก็เป็นได้ ประกอบกับในปัจจุบันนี้ด้วยผลของความก้าวหน้าทางนวัตกรรมและเทคโนโลยีส่งผลทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใหม่ขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบาราเก้และบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งกำลังเป็นที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย แต่หากพิจารณาในทางกฎหมายแล้วจะพบว่า กฎหมายยาสูบยังมิได้บัญญัติอย่างชัดเจนให้มีการจัดเก็บภาษีจากผลิตภัณฑ์ดังกล่าวนี้แต่อย่างใด (กฤษรัตน์ ศรีสว่าง 2559)

2.3 ภาษีบาป

ในปี พ.ศ. 2544 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ได้ผ่านรัฐสภา โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้รับงบประมาณในการดำเนินงานจากเงินภาษีสรรพสามิตหรือเงินภาษีจากบุหรี่และสุราร้อยละ 2 ต่อปี สสส. มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้รวมถึงการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา อีกทั้งยังมีบทบาทในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนของสังคมทำงานร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ได้สร้างกลุ่มพันธมิตรที่สำคัญในการผลักดันให้เกิดกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และภาคประชาชน ได้แก่ สถาบันสุขภาพไทย (สสท.) และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (ฉตรสมน พุทธิภูมิ โภ 2558)

2.4 ปัญหาของการควบคุมยาสูบด้านภาษีและราคา

ที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ลงนามความตกลงทางการค้าเสรีที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่กับหลายประเทศ ทั้งอาฟต้า (AFTA) และ เอฟทีเอ (FTA) โดยบางประเทศเป็นคู่ค้าบุหรี่ที่สำคัญของไทย ที่สำคัญคือ อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ อินเดีย และจีน ที่ผ่านมามีไทยได้ลดอัตราภาษีนำเข้าบุหรี่และยาสูบจากสมาชิกกลุ่มอาเซียนลง ร้อยละ 5 และ ในปี พ.ศ. 2553 ไทยลดอัตราภาษีนำเข้าบุหรี่และยาสูบที่ผลิตในอินเดียจากร้อยละ 60 เป็นศูนย์ รวมทั้งดำเนินการเช่นเดียวกันนี้กับจีนในปี พ.ศ.2553 และกับประเทศคู่ค้าตามความตกลงเอฟทีเอด้วย โดยทั่วไปอัตราภาษีนำเข้าที่ลดลงจะทำให้ราคายาสูบนำเข้าถูกลง นอกจากนี้ใบยาสูบที่นำเข้ายังมีราคาถูกลงด้วย ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้การบริโภคยาสูบเพิ่ม และรายรับภาษีของรัฐเปลี่ยนไป อย่างไรก็ตาม จากการที่บุหรี่เป็นสินค้าที่ถูกควบคุมราคา ดังนั้น การที่อัตราภาษีนำเข้าลดลงก็ไม่ได้ทำให้ราคายาสูบถูกลง ถ้ารัฐไม่ปรับราคาตามไปด้วย แต่ผลอีกด้านหนึ่งก็คือบริษัทบุหรี่จะได้รับประโยชน์ที่เกิดขึ้นไว้ทั้งหมด โดยบริษัทใดที่มี Import Content มากก็ได้มาก ทำให้บุหรี่นำเข้าได้กำไรเพิ่มขึ้นมากกว่าที่โรงงานยาสูบได้ ขณะเดียวกันรายรับภาษีบุหรี่ของรัฐบาลก็จะลดลง (อิสรา ศานติศาสตร์ 2549)

ศาสตราจารย์ ดร. อิสรา ศานติศาสตร์ ให้ความเห็นว่า การวิเคราะห์ผลของเอฟทีเอในกรณีของบุหรี่และยาสูบ นั้นไม่สามารถใช้วิธีการทางปกติได้ เพราะสาเหตุสี่ประการคือ 1) บุหรี่และยาสูบเป็นสินค้าที่เรียกว่า bad ไม่ใช่ good 2) บุหรี่เป็นผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในกลุ่ม

สิ่งเสพติด 3) บุหรี่เป็นสิ่งที่ทำลายชีวิตเช่นเดียวกับการพนัน และ 4) ไม่อาจกล่าวได้ว่าการสูบบุหรี่เพิ่มจะทำให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ดีขึ้น ในกรณีของประเทศไทย ดร.อิศรา ได้เสนอภาพความตกเสรีทางการค้า กรณีอาฟต้ามีผลกระทบต่อการบริโภคบุหรี่เพิ่มขึ้นและรายได้ของรัฐบาลลดลง ไม่ว่าจะปรับราคาขายหรือไม่ก็ตาม โดยหากไม่ปรับราคาขายปลีก จะทำให้ผู้จำหน่ายบุหรือนำเข้าได้กำไรเพิ่ม ร้อยละ 11.27 ขณะที่รายรับภาษีของรัฐจากบุหรือนำเข้าลดลง 1,177 ล้านบาท ขณะที่บุหรี่ที่ผลิตในประเทศมีกำไรเพิ่มขึ้นเพียง ร้อยละ 0.02 และรายรับภาษีของรัฐลดลง 8 ล้านบาท หากปรับราคาขายปลีกไปตามสัดส่วนจะทำให้มูลค่าการบริโภคบุหรือนำเข้าลดลง 380 ล้านบาท และรายรับภาษีของรัฐลดลง 1,027 ล้านบาท ส่วนบุหรี่ในประเทศมีมูลค่าลดลง 2.7 ล้านบาท และภาษีที่เก็บได้ลดลง 7 ล้านบาท แต่ในแง่ของการบริโภคจะยังคงเพิ่มขึ้น โดยบุหรี่ต่างประเทศจะจำหน่ายได้เพิ่มขึ้น 89 ล้านมวน และบุหรี่ในประเทศจำหน่ายเพิ่ม 7 แสนมวน ซึ่งส่งผลให้คนตายเพราะบุหรี่เพิ่ม 134 คนต่อปี ตัวเลขผลกระทบที่คาดการณ์นี้เป็นค่าประมาณการที่ยังไม่รวมกรณีเอฟทีเอ และการค้าเสรีในรูปแบบอื่นๆ โดยเฉพาะในกรณีของจีนและอินเดีย ซึ่งทั้งสองประเทศมีต้นทุนการผลิตที่ถูกกว่าไทยและประเทศอื่นๆ ในอาเซียนซึ่งได้ประโยชน์จากอาฟต้า (อิศรา ศานติศาสตร์ 2549)

ส่วนการลักลอบจำหน่ายบุหรี่เถื่อนซึ่งเป็นปัจจัยแทรกแซงประสิทธิภาพของมาตรการขึ้นภาษีเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบโดยตรงว่า บุหรี่เถื่อนทำให้สังคมและเศรษฐกิจแย่ลง โดยทำให้ราคาบุหรี่ถูกลง การสูบเพิ่มขึ้น โดยจะขยายตัวมากในกลุ่มวัยรุ่น นโยบายด้านภาษีของรัฐมีประสิทธิภาพลดลง รายได้ของรัฐลดลง สุขภาพประชาชนอ่อนแอลง และอาชญากรรมระหว่างประเทศเติบโตเร็วขึ้น ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อรัฐ ผู้ที่เสียภาษีและปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งผู้ไม่สูบบุหรี่ ส่วนผู้ที่ได้ประโยชน์ก็คือ ผู้ลักลอบจำหน่ายและบริษัทบุหรี่ ปัจจุบันรูปแบบการลักลอบขายบุหรีมักเป็นการลักลอบผ่านทางการผลิตบุหรี่ผิดกฎหมาย บุหรี่ปลอม และกองทัพมด

อย่างไรก็ตาม การลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อนเป็นขบวนการที่บริษัทบุหรี่รัฐเห็นและเป็นขบวนการที่มีอาชีพดูแลอยู่ บุหรี่ที่มีอยู่ในตลาดทั่วโลกขณะนี้ประมาณ 1 ใน 3 ที่เป็นบุหรี่เถื่อน บุหรี่เถื่อนมีประโยชน์ต่ออุตสาหกรรมยาสูบ เพราะแม้ว่าบุหรี่เถื่อนจะมีการส่งออกก็นำรายได้เข้าผู้ผลิต แต่รัฐบาลของประเทศนั้นๆ ต่างหากที่จะสูญเสียรายได้จากการเก็บภาษี บุหรี่เถื่อนจะมีราคาถูก ซึ่งทำให้เด็กสามารถซื้อบุหรี่ได้ บุหรี่เถื่อนไม่ต้องเสีย

ภาษีใดๆ หรือไม่มีข้อจำกัดในการส่งออก และบริษัทบุหรี่ใช้ข้ออ้างเรื่องบุหรี่เถื่อนมากัดดันรัฐบาลไม่ให้ขึ้นภาษีบุหรี่ สำหรับประเทศไทยในช่วงที่ยังไม่เปิดตลาดบุหรี่ให้แก่บุหรี่ต่างประเทศ การกระจายของบุหรี่เถื่อนจะเป็นไปเพื่อให้ลูกค้ารู้จักและนำไปสู่การเปิดตลาดบุหรี่ในโอกาสต่อไป แต่สำหรับประเทศที่เปิดตลาดแล้ว บุหรี่เถื่อนจะมีราคาถูกกว่าบุหรี่ที่เสียภาษี ซึ่งจะเป็นข้ออ้างของบริษัทบุหรี่เพื่อมิให้ขึ้นภาษีอีก เพราะจะทำให้มีบุหรี่เถื่อนมากขึ้น (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล 2549)

3. การผูกขาดการผลิตและนโยบายโรงงานยาสูบ

3.1 โรงงานผูกขาดของรัฐ

รัฐบาลประกาศใช้พระราชบัญญัติยาสูบขึ้นในปี พ.ศ. 2486 โดยให้มีการประกอบอุตสาหกรรมชิกาแรตเป็นอุตสาหกรรมผูกขาดของรัฐ ในขณะนั้นโรงงานยาสูบประสบปัญหาขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์การผลิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งใบยา ซึ่งเกิดจากการขนส่งใบยาที่เป็นไปด้วยความยากลำบาก การขาดแคลนใบยาจึงเป็นสาเหตุหลัก ที่ทำให้โรงงานยาสูบไม่สามารถผลิตบุหรี่ออกจำหน่ายเพียงพอกับความต้องการของตลาดปัจจุบัน (ปี พ.ศ. 2560) โรงงานยาสูบยังเป็นรัฐวิสาหกิจตามพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502 แต่ไม่มีสภาพเป็นนิติบุคคล ผู้อำนวยการโรงงานยาสูบเป็นผู้รับมอบอำนาจจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังในการทำนิติกรรมต่างๆ ต่อมากระทรวงการคลังมีนโยบายที่จะแปลงสภาพโรงงานยาสูบเป็นบริษัทจำกัด โดยดำเนินการตามพระราชบัญญัติทุนรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. 2542 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงาน จึงมีข้อหาหรือว่า หลังจากการจดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด การยุบเลิกโรงงานยาสูบเดิมจำเป็นต้องตราเป็นพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติทุนรัฐวิสาหกิจฯ ที่บัญญัติว่า “ในกรณีที่มีมติคณะรัฐมนตรียุบเลิกรัฐวิสาหกิจใดให้ถือว่ากฎหมายจัดตั้งรัฐวิสาหกิจนั้นเป็นอันยกเลิกตามเงื่อนไขเวลาที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกาที่ตราขึ้นเพื่อการนั้น” หรือไม่หรือต้องดำเนินการประการใดเพื่อให้การยุบเลิกถูกต้องตามกฎหมายทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจได้มีหนังสือ ด่วนมากที่ กค0809/743 ลงวันที่ 11 กันยายน 2546 ถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ขอรื้อมาในประเด็นเดียวกับโรงงานยาสูบด้วย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโรงงานยาสูบมิได้มีสถานะเป็นนิติบุคคล การจัดตั้งการบริหารการดำเนินงาน และการควบคุมมิได้เป็นไปตามกฎหมายใดโดยเฉพาะ โดยเป็นเพียงธุรกิจที่รัฐบาลหรือรัฐเป็นเจ้าของ และรัฐได้นำรายได้แผ่นดินมาจัดตั้งขึ้นเพื่อประโยชน์ของรัฐ แต่โรงงานยาสูบเป็นรัฐวิสาหกิจประเภทหน่วยงานธุรกิจที่รัฐบาลเป็นเจ้าของตามมาตรา 4 (ก)2 แห่งพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502 โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการคลังมาตรา 103 แห่งพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้กระทรวงการคลังมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับกิจการหารายได้ของรัฐมีอำนาจดำเนินการได้แต่ผู้เดียวตามกฎหมายและไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการอื่น (เรื่องเสร็จที่ 786/2546 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่อง การดำเนินการตามพระราชบัญญัติทุนรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. 2542 เพื่อแปลงสภาพโรงงานยาสูบเป็นบริษัทจำกัด)

3.2 นโยบายโรงงานยาสูบ

โรงงานยาสูบเป็นของรัฐบาลมีนโยบายต่างๆ ดังนี้

นโยบายด้านนโยบาย

1. การควบคุมดูแลและส่งเสริมชาวไร่ยาสูบในการ พัฒนาคุณภาพใบยา โดยใช้ระบบการปฏิบัติงานด้านเกษตรกรรมที่ดี (Good Agricultural Practices: GAP) สร้างความเข้มแข็งและบูรณาการร่วมกันของ Supply chain ตลอดจตุรด้านและพัฒนาคูณภาพชีวิตของชาวไร่โดยการ ตรวจเลือดชาวไร่หาสารตกค้าง ให้รางวัลชาวไร่ดีเด่น การเก็บตัวอย่างวิเคราะห์สารตกค้าง การติดตามและประเมินผล การผลิตใบยา ตามแนวทาง GAP ซึ่งเป็นการผลิตเชิงอนุรักษ์ เน้นการผลิตที่ยั่งยืน คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภคและผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับโรงงานยาสูบ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ ที่เป็นรูปธรรม เช่นการอบรมให้ความรู้ในการเพาะปลูก การสนับสนุนปัจจัยในการเพาะปลูก เช่น เมล็ดพันธุ์และปุ๋ยอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการให้สอดคล้องกับนโยบายภาครัฐในการช่วยเหลือเกษตรกรชาวไร่ของประเทศให้สามารถประกอบอาชีพต่อไปได้อย่างยั่งยืน

2. การกำหนดเพดานราคารับซื้อใบยาให้มีความเหมาะสมเนื่องจากที่ผ่านมาโรงงานยาสูบดำเนินการปรับขึ้นราคาใบยาพันธุ์ต่างๆ ตามการเรียกร้องของชาวไร่ยาสูบ

และผู้บ่มอิสระทุกปีเพื่อป้องกันไม่ให้ชาวไร่ ผู้ปลูกยาสูบหันไปปลูกพืชทางเลือกอื่นซึ่งมีอัตราการลงทุนผลิตที่ต่ำกว่าแต่ได้ผลตอบแทนสูง

3. การกำหนดแผนงานระยะยาวเพื่อรองรับการ ขาดแคลนใบยาในอนาคต เช่น การจัดซื้อจากต่างประเทศ การขยายพื้นที่เพาะปลูกใบยาโดยใช้ที่ดินของโรงงานยาสูบ หรือรูปแบบการดำเนินงานด้วยระบบเกษตรแบบพันธสัญญา (Contact Farming) ระหว่างโรงงานยาสูบกับชาวไร่ผู้สนใจ

4. การสร้างความสัมพันธ์อย่างยั่งยืนกับชาวไร่ยาสูบโดยดำเนินโครงการทายาทผู้เพาะปลูกใบยาผ่านการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมด้านการศึกษาแก่ทายาทชาวไร่ยาสูบ การให้ความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีการเพาะปลูก เพื่อชี้ให้เห็นถึงการตระหนักถึงความสำคัญของชาวไร่ฯ และเพื่อสร้างความภูมิใจต่ออาชีพเพาะปลูกใบยาสูบ

5. การดำเนินกิจกรรมตามแผนงานพัฒนาใบยาสูบไทยสู่ความยั่งยืนผ่านการสนับสนุนโรงเพาะกล้ายาสูบในการผลิตต้นกล้ากึ่งลอยน้ำ (Semi-float bed) และสร้างแรงจูงใจให้ชาวไร่มาร่วมมือในโครงการดังกล่าว และหาแนวทางการร่วมมือกับบริษัทผู้ส่งออกใบยาเพื่อเป็นช่องทางเพิ่มรายได้ให้กับชาวไร่

6. การสำรวจพื้นที่เพาะปลูกยาสูบโดยใช้ภาพถ่ายดาวเทียมเพื่อเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาชาวไร่ไม่มีพื้นที่เพาะปลูกและแสดงรายละเอียดให้เห็นถึงพันธู์ยาสูบในพื้นที่เพาะปลูกได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถนำไปพัฒนาในการปฏิบัติงานร่วมกับกรมสรรพสามิตในการออกใบอนุญาตการเพาะปลูกยาสูบแทนการสำรวจพื้นที่ได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

7. การจัดสรรโควตาในการช่วยรับซื้อใบยาส่วนเกินจากชาวไร่ผู้เพาะปลูกยาสูบหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มชาวไร่ที่จะให้ความช่วยเหลือวิธีการจัดซื้อราคาการรับซื้อของใบยาแต่ละประเภทต้องกำหนดให้ชัดเจน และมีหลักเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้การดำเนินงานมีความโปร่งใส ถูกต้อง เพื่อประโยชน์ขององค์กร

8. การกำกับดูแลการตรวจสอบระบบในกระบวนการผลิตให้โปร่งใสตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ได้แก่ การเพาะปลูกใบยา กระบวนการผลิตผลผลิตที่ได้ สินค้าคงคลัง ไปถึงระบบการจัดจำหน่ายไปยังลูกค้า

นโยบายด้านการผลิต

1. การวิเคราะห์ผลกระทบและการแข่งขันที่รุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) การกำหนดมาตรการต่างๆ จากภาครัฐ เพื่อลดการบิดเบือน การต่อต้านระบบการผูกขาดการผลิตและการจำหน่ายบุหรี่เพียงรายเดียวโดยองค์การการค้าโลก (WTO) โดยเฉพาะการวางแผนกำลังการผลิตสำหรับโรงงานผลิตยาสูบแห่งใหม่ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในอนาคต

2. การพิจารณากำหนดระบบ Security Features ทั้งบนซองบุหรี่และมวนบุหรี่ให้มีวิธีการตรวจสอบการปลอมแปลงที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน รวมทั้งต้องพิจารณาลดต้นทุนการควบคุมในช่องทางอื่นๆ ที่อาจมีความเสี่ยงให้เกิดการปลอมแปลงบุหรี่ได้ เช่น การควบคุมบริษัทเอกชนเพื่อจ้างพิมพ์ซองด้วย

3. การดำเนินการเรื่อง “การเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิต” และเรื่อง “การลดต้นทุนการผลิต” (reduction cost) อย่างจริงจัง โดยพิจารณาว่าจะสามารถลดต้นทุนในแต่ละกระบวนการได้อย่างไรเพื่อให้ ผลกำไรเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญหนึ่งที่จะช่วยให้การดำเนินธุรกิจมีความยั่งยืนในอนาคต

นโยบายด้านตลาด

1. การปรับปรุงร่างระเบียบฯ ว่าด้วยตัวแทนจำหน่ายยาสูบให้กับร้านค้าสมัยใหม่ (modern trade) ที่เป็นร้านขายส่งช่วงยาสูบ และร้านค้าสมัยใหม่ที่เป็นร้านขายปลีกยาสูบ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. เนื่องจากปัจจุบันร้านค้าสมัยใหม่มีอำนาจทางการตลาดและมูลค่าการจำหน่ายบุหรี่ค่อนข้างสูง การที่โรงงานยาสูบสามารถตั้งตัวแทนจำหน่ายเพื่อจำหน่ายบุหรี่ให้กับร้านค้าสมัยใหม่ได้จะเป็นการเพิ่มช่องทางการจำหน่ายแบบสมัยใหม่ทำให้โรงงานยาสูบมีรายได้เพิ่มขึ้น

2. การปรับขนาดรูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขรูปภาพข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัย และช่องทางติดต่อ เพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของบุหรี่ซีกาเรต โดยให้แสดงภาพคำเตือนขนาดร้อยละ 85 ของพื้นที่บนซองบุหรี่จากเดิมกำหนดไว้ที่ร้อยละ 55

3. การบริหารจัดการผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องของกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในประเทศไทย หากมีการแข่งขันโดยลักลอบนำเข้าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มาขายอย่างเสรีจะทำให้โรงงาน

ยาสูบเสียรายได้โดยกำหนดแนวทางในการควบคุมการนำเข้าผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งการออกกฎหมายและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องต่างๆ

นโยบายด้านอำนาจการ

1. กำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการคณะต่างๆ ให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรเพื่อกำกับดูแลการดำเนินงานในเรื่องที่สำคัญ ได้แก่ เรื่องนิติบุคคลโรงพยาบาลโรงงานยาสูบสายโซ่อุปทาน (supply chain) การควบคุมคุณภาพการผลิตการพัฒนากระบวนการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ เป็นต้น ซึ่งบางเรื่องเป็นจุดอ่อนของโรงงานยาสูบในปัจจุบัน โดยฝ่ายบริหารและคณะอนุกรรมการที่กำกับดูแล ควรติดตามและกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยให้มุ่งไปที่ผลลัพธ์ข้างหน้า เพื่อประโยชน์ขององค์กรและพนักงานเป็นสำคัญ

2. บูรณาการระบบงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบการผลิตระบบการจัดซื้อไปยาระบบคงคลังพัสดุระบบการผลิตบุหรี่ ระบบการขนส่งบุหรี่ไปยังร้านขายส่ง รวมถึงระบบการส่งออกบุหรี่ เพื่อให้ฝ่ายบริหารสามารถบริหารจัดการองค์กรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3. เร่งดำเนินการเรื่องการปราบปรามบุหรี่ปลอมแปลง และบุหรี่ผิดกฎหมายต่างๆ อย่างจริงจัง โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบ

4. การบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องสำคัญและมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานประจำวัน โรงงานยาสูบควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับพนักงาน และกำกับดูแลให้ถือปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดอย่างเคร่งครัด ซึ่งหากปฏิบัติจริงจังจะเกิดผลดีต่อการดำเนินงานอย่างชัดเจน

5. ให้ดำเนินการพัฒนาทักษะของพนักงานให้ก้าวทันกับเทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ ที่ได้มีการนำเข้ามาใช้ในองค์กรซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานทั้งในปัจจุบันและในอนาคตเพื่อเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ รวมทั้งแผนการพัฒนาพนักงานด้วยการให้ทุนการศึกษาต่อโดยเฉพาะสาขาที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินกิจการของโรงงานยาสูบ

6. การสื่อสารองค์กรทั้งภายในและภายนอก ให้บูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งทางด้านเทคนิคและด้านเนื้อหาสาระ โดยควรกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบหลักในการ

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลข่าวสาร ก่อนดำเนินการทุกครั้ง เพื่อให้การสื่อสารองค์กร เกิดประสิทธิภาพและส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กร

7. ให้พิจารณาทบทวนปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ ของโรงงานยาสูบให้เป็นสากล สอดคล้องกับรัฐวิสาหกิจอื่นๆ และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

8. การใช้จ่ายงบประมาณให้พิจารณาใช้จ่ายอย่างประหยัดและมีความโปร่งใส จัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนตามความจำเป็น โดยให้เน้นการใช้จ่ายที่เป็นประโยชน์ต่อ พนักงานส่วนใหญ่ก่อน

9. ในเรื่องของการสร้างความผูกพันกับบุคลากรซึ่งเป็นแผนงานหนึ่งของการ พัฒนาโรงงานยาสูบอย่างยั่งยืน ควรให้ความสำคัญด้านการปรับปรุงสวัสดิการและ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งหากบุคลากร ในองค์กรมีความสุขย่อมเกิดความผูกพัน และส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้น

โรงงานยาสูบมีส่วนแบ่งทางการตลาดประมาณร้อยละ 75-76 ของตลาดยาสูบ ทั้งหมด ส่วนผลกระทบในแง่ของรายได้ของโรงงานยาสูบนั้น การขึ้นภาษีบุหรี่จะส่ง ผลกระทบต่อผู้บริโภคที่ไม่มีกำลังในการซื้อบุหรี่ของ เพราะราคาบุหรี่ของในตลาดสูงเกินไป ผู้บริโภคจะไปซื้อแยกแบบมวนทดแทน อีกทั้งยังนิยมหันไปซื้อบุหรี่ที่ไม่เสียภาษี อาทิ บุหรี่ ปลอมแปลง และบุหรี่ผิดกฎหมายแทน เพราะราคาถูกกว่าในท้องตลาดถึง 1 ใน 3 เท่า ด้วยเหตุนี้โรงงานยาสูบจึงจัดเตรียมจำหน่ายบุหรี่ขนาด ประมาณ 7.1 มิลลิเมตร (มม.) ซึ่งเป็นขนาดเล็กกว่าในท้องตลาด ออกขายโดยมีราคาประมาณ 40 บาทต่อซอง เพื่อเจาะ ตลาดผู้บริโภคที่มีรายได้น้อยให้สามารถซื้อบุหรี่ของมาสูบได้

4. การแปรรูปโรงงานยาสูบ

4.1 ความหมายของการแปรรูป

ในเรื่องนี้ การแปรรูปในความหมายสากล การแปรรูปมาจากคำภาษาอังกฤษว่า “privatization” ซึ่งหมายถึงการเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนให้เป็นผู้ผลิตสินค้าและบริการที่ รัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของรัฐเคยทำอยู่ก่อน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มการแข่งขัน และเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิต และในบางกรณีเพื่อลดภาระขาดทุน และภาระรายจ่ายที่ รัฐวิสาหกิจบางแห่งก่อให้เกิดภาครัฐ ผลพลอยได้จากการถ่ายโอนกิจการของรัฐไปสู่ ภาคเอกชนก็คือ รัฐบาลจะได้เงินจากการขายทรัพย์สินของรัฐวิสาหกิจ

นาย Joseph Stiglitz นักเศรษฐศาสตร์คนหนึ่งที่ได้รับรางวัลโนเบล เมื่อปี พ.ศ. 2544 ออกมาเรียกร้องให้รัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกา เลิกค้ำเงินตั้งแต่ผลระยะสั้นของการลดต้นทุน แต่ควรค้ำเงินถึงผลระยะยาวของการถ่ายโอนกิจการบางอย่างให้ภาคเอกชน และไม่กี่เดือน หลังจากนั้น สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาของสหรัฐอเมริกาได้ลงมติตั้งกิจการรักษาความปลอดภัยของทุกสนามบินให้มาอยู่ภายใต้การดำเนินการของหน่วยงานรัฐบาลกลางแล้วเพราะมองไม่เห็นผลดีที่จะเกิดขึ้น

4.2 ความพยายามแปรรูป

จากหลักฐานข้อมูลทางประวัติศาสตร์ที่รวบรวมมาได้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยมีความพยายามที่จะแปรรูปโรงงานยาสูบมาหลายครั้งแล้วโดยในครั้งแรกเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2528 ในสมัยที่พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี รัฐบาลในขณะนั้นได้ดำริที่จะขยายกำลังการผลิตและลดต้นทุนโรงงานยาสูบโดยต้องการให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมลงทุนกับรัฐในกิจการโรงงานยาสูบ แต่ก็ได้รับการคัดค้านและต่อต้านจากสหภาพแรงงานโรงงานยาสูบโดยมีการอ้างเหตุผลหลักในเรื่องของพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 และต่อมาในสมัยรัฐบาลของพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ก็มีแนวคิดจะปฏิรูปการผลิตของโรงงานยาสูบเช่นกันโดยหลีกเลี่ยงการใช้คำว่า “แปรรูป” เนื่องจากเป็นคำที่ฟังดูแล้วก่อให้เกิดความหวั่นไหวและความรู้สึกไม่มั่นคงทางด้านการทำงานต่อหน่วยงานและต่อตัวพนักงานแต่จากการประชุมหารือด้านกฎหมายกับคณะกรรมการกฤษฎีกาพบว่า ไม่สามารถจัดตั้งบริษัทลูกได้ เนื่องจากพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 ได้บัญญัติไว้ว่าการประกอบอุตสาหกรรมยาสูบชิกาแรตเป็นการผูกขาดของรัฐ แม้ว่าโรงงานยาสูบจะแปลงสภาพเป็นนิติบุคคลก็ไม่สามารถทำธุรกิจอื่นเสริมได้ อีกทั้งการเป็นนิติบุคคลหากเป็นได้จริงสินทรัพย์ใดๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังจัดตั้งเป็นนิติบุคคลก็จะกลายเป็นของส่วนรวมไม่ใช่ของโรงงานยาสูบเพียงรายเดียวต่อมาในสมัยรัฐบาลชวน หลีกภัย จึงได้มีการออกพระราชบัญญัติทุนรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. 2542 เป็นกฎหมายกลางซึ่งถูกรื้อขึ้นเพื่อแปลงทุนของรัฐวิสาหกิจเป็นหุ้นของบริษัทโดยไม่จำเป็นต้องแก้ไขกฎหมายซึ่งตราขึ้นมาเพื่อจัดตั้งรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งโดยเฉพาะ จึงเป็นกฎหมายที่อำนวยความสะดวกให้แก่รัฐวิสาหกิจที่ต้องการเปลี่ยนรูปแบบจากรัฐวิสาหกิจให้เป็นบริษัทจำกัด หรือบริษัทมหาชน หรือที่เรียกว่ากระบวนการแปลงสภาพ

ต่อมารัฐบาลภายใต้การนำของ พ.ต.ท. ดร. ทักษิณ ชินวัตร เป็นรัฐบาลที่ได้นำเครื่องมือเหล่านี้มาใช้ดำเนินการแปรรูปรัฐวิสาหกิจมากที่สุดโดยเฉพาะในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2544-2547 รัฐบาลได้ดำเนินการแปรรูปการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย (ปตท.) การท่าอากาศยานแห่งประเทศไทย (ทอท.) และองค์การสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย (อสมท.) จากข่าวในหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 10 กรกฎาคม 2545 (ปราณี ทินกร 2545) เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ที่สาธารณะเรื่อง “รัฐบาลควรแปรรูปโรงงานยาสูบหรือไม่” ในข่าวดังกล่าว ผู้แทนจากกระทรวงการคลังได้ตระหนักดีว่าบุหรี่เป็นสินค้าอันตรายต่อสุขภาพและมีความห่วงใยประชาชนไม่ยิ่งหย่อนกว่าใคร แต่ต้องบริหารกิจการและทรัพย์สินของรัฐให้เป็นประโยชน์สูงสุด ที่ผ่านมารองงานยาสูบส่งรายได้และกำไรให้รัฐจำนวนมาก ก็จำเป็นต้องแปรรูปเพราะโรงงานยาสูบไม่ได้เป็นนิติบุคคล การดำเนินกิจการใดๆ ต้องผ่านการอนุมัติจากรัฐมนตรี และยังคงต้องพัฒนาเรื่องการตลาดอีกมาก ดังนั้นเพื่อความคล่องตัวจึงต้องจัดการบริหารภายในให้เป็นบริษัทจำกัดเท่านั้น เพื่อรักษาส่วนแบ่งตลาด และรักษาบุหรี่ไทยไว้ให้คนไทยสูบ (มติชน 10 ก.ค. 2545)

เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่มีอะไรสูงเท่าการสูบบุหรี่เพราะการสูบบุหรี่ทั้งทำให้เป็นโรคมะเร็ง เป็นโรคหัวใจ เป็นโรคถุงลมปอดโป่งพองและอื่นๆ ทั้งๆ ที่บุหรี่มีโทษสูงแต่บริษัทบุหรี่ข้ามชาติก็พยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้คนสูบบุหรี่มากขึ้น บางครั้งก็ตั้งใจเลยว่าจะทำให้ผู้หญิงและเด็กสูบบุหรี่มากขึ้น เมื่ออยากได้เงินแล้วแม้จะเป็นการฆ่าคนก็ยังทำ ประเทศกำลังพัฒนาล้วนเป็นเหยื่อบริษัทบุหรี่ข้ามชาติที่จะเข้ามาประชาสัมพันธ์ทุกวิถีทางที่จะทำให้คนสูบบุหรี่มากขึ้น ประเทศไทยได้ผ่านกฎหมายการแปรรูปรัฐวิสาหกิจต่างๆ และจะรวมโรงงานยาสูบด้วย เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการฆ่าคนไทยมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความยากลำบากในการแปรรูปโรงงานยาสูบแต่แนวคิดนี้ก็ยังคงมีการพิจารณาและถกเถียงอภิปรายกันมาอย่างต่อเนื่อง แม้กระทั่งในสมัยรัฐบาลของนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรีคณะกรรมการอำนวยการโรงงานยาสูบก็มีการหยิบยกเรื่องนี้มาอภิปรายกันแต่ก็ติดขัดในเรื่องของข้อกฎหมาย แต่ต่อมาเมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2556 ได้มีการตราพระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 ดังนั้นแนวความคิดการแปรรูปโรงงานยาสูบจึงได้มีการหยิบยกมาพิจารณากันอย่างจริงจังอีกครั้งหนึ่งเพราะมองเห็นว่าเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะสามารถทำการแปรรูปโรงงานยาสูบได้ต่อมาเมื่อมีการปฏิวัติในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ส่งผลให้พลเอก

ประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้เป็นนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 24 สิงหาคมพ.ศ. 2557 จึงได้มีการแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติในวันที่ 12 กันยายน 2557 เกี่ยวกับการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของภาครัฐ (Public Private Partnership: PPP) ทั้งนี้ เพราะพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มองว่ารัฐบาลมีข้อจำกัดด้านเงินลงทุนจึงควรเปิดช่องทางให้เอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจการของรัฐบาลพระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐพ.ศ. 2556 และนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันจึงเป็นโอกาสและช่องทางที่จะเอื้อต่อการแปรรูปโรงงานยาสูบในรูปแบบของการให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมลงทุนกับรัฐ (โรงงานยาสูบ) โดยที่โรงงานยาสูบเป็นผู้ถือหุ้นส่วนใหญ่ซึ่งยังคงสถานภาพของการเป็นผู้ผูกขาดในฐานะผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายบุหรี่และผลิตภัณฑ์จากยาสูบไว้เช่นเดิมโดยไม่ขัดต่อพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 ซึ่งได้บัญญัติไว้ว่าการประกอบอุตสาหกรรมยาสูบชิกาแวดเป็นการผูกขาดของรัฐ จากข้อสรุปที่ได้หากรัฐยังคงถือครองเกินกว่ากึ่งหนึ่งก็ยังคงถือว่ารัฐยังคงเป็นเจ้าของกิจการแต่เพียงผู้เดียวจึงถือว่าเป็นแนวทางในการแปรรูปโรงงานยาสูบที่สามารถกระทำได้ในรูปแบบของเอกชนร่วมลงทุนกับภาครัฐบางส่วน (กษม ชนระวงค์ และคณะ 2560; ภูรี สิริสุนทร, 2550)

เนื่องจากการแปรรูปโรงงานยาสูบไม่สามารถกระทำได้ตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 กรณีที่จะทำได้จะต้องให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของภาครัฐซึ่งรัฐบาลจะต้องศึกษาอย่างจริงจังในกฎระเบียบต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อรัฐพนักงานและประชาชนผู้สูบบุหรี่ (กษม ชนระวงค์, และคณะ 2560) ทั้งนี้โรงงานยาสูบอ้างว่าการปรับองค์กรสู่การเป็นนิติบุคคล สาเหตุหลักมาจากการการเปิดเสรีการแข่งขัน ทำให้การแข่งขันตลาดบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ส่วนแบ่งตลาดของโรงงานยาสูบลดลงจากร้อยละ 85 เหลือเพียง 70 ในปัจจุบัน เนื่องจากบริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่ในโลกมีแนวโน้มลดลงโดยปัจจุบันเหลือเพียง ฟิลิป มอริริส, เจแปน โทแบคโค, บีเอที และอิมพีเรียล จึงจำเป็นที่โรงงานยาสูบจะต้องปรับโครงสร้างภายใน เพิ่มขีดความสามารถด้านการแข่งขัน โดยต้องเพิ่มความสำคัญในการบริหารจัดการต้นทุนให้น้อยลง พัฒนาการตลาด และคุณภาพของสินค้า โดยเฉพาะใบยาสูบ ที่ต้องผลิตไม่ให้มีสารตกค้างเพื่อแข่งขันกับคู่แข่งได้ (มติชนรมช. คลังยันไม่แปรรูปโรงงานยาสูบแต่จัดเป็นนิติบุคคล วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2552)

โรงงานยาสูบเป็นรัฐวิสาหกิจ สาขาอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรม สังกัดกระทรวงการคลัง ดำเนินธุรกิจการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบในประเทศเพียงราย

เดียว และนำส่งเงินรายได้ให้แก่รัฐในรูปแบบของภาษีเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาประเทศ “คณะกรรมการอำนวยการโรงงานยาสูบ” ได้รับการแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับดูแลการบริหารในระดับนโยบายของรัฐวิสาหกิจให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร และเป็นไปตามแนวนโยบายผู้ถือหุ้นภาครัฐ (Statement of Directions: SOD) ที่กำหนดให้ “เพิ่มศักยภาพในการดำเนินธุรกิจ โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม” โดยในส่วนของโรงงานยาสูบได้เน้นการดำเนินงานในเรื่องที่สำคัญ “การยกฐานะเป็นนิติบุคคล” เป็นเรื่องที่โรงงานยาสูบได้พยายามดำเนินการให้สำเร็จตลอดหลายปีที่ผ่านมา ด้วยเล็งเห็นว่าการเป็นนิติบุคคลจะทำให้การบริหารงานของโรงงานยาสูบมีความคล่องตัว เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน และสามารถขยายฐานไปสู่ธุรกิจใหม่ และที่สำคัญคือประโยชน์ที่พนักงานจะได้รับในด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น แม้โรงงานยาสูบจะดำเนินการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบเพียงรายเดียวในประเทศ แต่ก็ต้องแข่งขันกับบุหรี่ต่างประเทศนำเข้า รวมทั้งบุหรี่ปลอมแปลง และบุหรี่ยี่ห้ออื่นที่ลักลอบหนีภาษี ซึ่งล้วนเป็นคู่แข่งสำคัญที่แทรกแซงและแย่งชิงส่วนแบ่งการตลาดโดยโรงงานยาสูบมีส่วนแบ่งการตลาดอยู่ที่ประมาณร้อยละ 75 (สมชัย อภิวัฒน์ 2556)

ที่ผ่านมา โรงงานยาสูบไม่ได้มีฐานะเป็นนิติบุคคล ทำให้การดำเนินภารกิจไม่คล่องตัว เนื่องจากไม่มีสถานะ หรือความสามารถในการทำนิติกรรมได้ด้วยตัวเอง รวมทั้งขาดความชัดเจนในด้านการถือครองทรัพย์สิน ทั้งสังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์ และการดำเนินธุรกิจอุตสาหกรรมยาสูบในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ทั้งด้านสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร เช่น การต่อต้านการสูบบุหรี่ การรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้มีการแข่งขันสูง ขณะเดียวกันปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจยังมีแนวโน้มขยายตัวในระดับต่ำ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ซิกาแรตของคนไทยมีแนวโน้มลดลง อำนาจการต่อรองของผู้ขายวัตถุดิบ ผู้ส่งมอบ ปัจจัยการผลิต และการคุกคามจากการแข่งขันของคู่แข่งต่างชาติมีขนาดใหญ่ และมีเงินทุนมหาศาล จึงทำให้โรงงานยาสูบต้องปรับฐานะเป็นนิติบุคคล และขยายตัวไปทำธุรกิจอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยประเด็นสำคัญคือ ยกฐานะโรงงานยาสูบจากปัจจุบันที่เป็นรัฐวิสาหกิจ สังกัดกระทรวงการคลัง ขึ้นเป็นนิติบุคคล เพื่อช่วยให้การยาสูบแห่งประเทศไทยสามารถดำเนินธุรกิจได้เต็มศักยภาพ สามารถแข่งขันกับ

คู่ค้าต่างชาติที่มีขนาดใหญ่และมีเงินทุนมาก ขณะเดียวกันสามารถทำหน้าที่รับผิดชอบ โดย พ.ร.บ.ฉบับนี้จะมี 5 ประเด็นสำคัญ คือ 1.จัดตั้งการยาสูบแห่งประเทศไทย (ยสท.) 2. การตั้งคณะกรรมการและผู้ว่าการการยาสูบแห่งประเทศไทย 3. รายได้จากการดำเนินการสามารถนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายและในส่วนที่เหลือนำส่งรัฐต่อไป 4. การกำกับดูแลโดยกระทรวงการคลัง แต่หลังจากนี้เมื่อการยาสูบเป็นนิติบุคคลแล้ว สามารถดำเนินการได้ ยกเว้นเรื่องสำคัญที่ต้องขอมติคณะรัฐมนตรี เช่น การลงทุนเพื่อขยายกิจการที่เกินกว่า 500 ล้านบาทขึ้นไป การกู้/ให้กู้ การยืมเกินกว่า 100 ล้านบาท การออกตราสารต่างๆ การขายอสังหาริมทรัพย์ที่มีมูลค่าเกินกว่า 10 ล้านบาท และการเข้าร่วมกิจการกับบุคคลอื่น การถือหุ้นใน บมจ. "นอกจากนี้ ให้มีการจัดตั้งกองทุนสงเคราะห์เพื่อสวัสดิการของพนักงานและลูกจ้างและครอบครัว อีกเรื่องที่จะชัดเจนคือ การถือครองที่ดิน จากเดิมที่โรงงานยาสูบไม่สามารถถือครองที่ดินเองได้ ต้องให้กรมธนารักษ์เป็นผู้ถือ แต่อนาคตสามารถถือในนามนิติบุคคลได้โดยตรง" (กรุงเทพธุรกิจ 6 กุมภาพันธ์ 2560)

ผู้อำนวยการ โรงงานยาสูบ เปิดเผยว่า ปี พ.ศ. 2560 นี้โรงงานยาสูบมีแผนปรับสถานะองค์กรเป็นนิติบุคคล โดยคณะรัฐมนตรี อนุมัติแก้ไขร่างพระราชบัญญัติการยาสูบแห่งประเทศไทยแล้ว การเป็นนิติบุคคลจะเปิดโอกาสให้โรงงานยาสูบร่วมทุนกับต่างประเทศได้ขณะนี้ มีบริษัทยาสูบ ในประเทศ จีน ญี่ปุ่น สนใจที่จะเข้ามาร่วมทุนกับโรงงานยาสูบ โดยจีนติดต่อผ่านมาทางกระทรวงการคลัง และเริ่มเจรจากับโรงงานยาสูบ โดยพร้อมจะรอกฎหมายนิติบุคคล เพราะมั่นใจในกระบวนการผลิตของโรงงานยาสูบ การร่วมทุนมีมูลค่าไม่ต่ำกว่า 2 หมื่นล้านบาท โดยโรงงานยาสูบตั้งเงื่อนไขการร่วมทุนคือ ไม่ใช่การผลิตเพื่อขายในประเทศ การผลิตยังเป็นของคนไทย และต้องใช้ยาสูบไทยไม่น้อยกว่า 70% และยังมีเมียนมา สิงคโปร์ สนใจจะมารับจ้างโรงงานยาสูบให้ผลิทยาสูบให้ด้วย แต่ต้องรอกฎหมายนิติบุคคลเช่นกัน สำหรับผลการดำเนินงานของโรงงานยาสูบรอบปี 2559 มีกำไรกว่า 8,863 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 ที่มีกำไร 7,105 ล้านบาท ประกอบกับผลการประเมินจากสำนักงานนโยบายรัฐวิสาหกิจ (สคร.) อยู่ในระดับดีมาก ส่งผลให้ปีนี้จ่ายโบนัสให้พนักงาน 7 เดือนค่อนข้างสูงกว่าเมื่อเทียบกับรัฐวิสาหกิจอื่นในกลุ่มเดียวกัน และเพิ่มส่วนแบ่งตลาดเป็น 77.08% จากปีที่ผ่านมา 76.17% ผลกำไรที่เพิ่มขึ้น ไม่ได้มาจากรายได้จากการจำหน่ายบุหรี่มากขึ้น แต่เป็นผลกำไรจากประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานและผู้บริหารโรงงานยาสูบ โดยสามารถลดต้นทุนวัตถุดิบจาก

การบริหารจัดการและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการผลิตบุหรี่ เช่น ซอง ก้นกรอง และสารปรุงลดการสูญเสียในกระบวนการผลิต การบริหารงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ ลดการทำงานล่วงเวลา การเพิ่มประสิทธิภาพในด้านการตลาดและการขายทำให้โรงงานยาสูบสามารถแย่งส่วนแบ่งจากบุหรี่ต่างประเทศได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ต้นทุนการซื้อใบยาสดลงซึ่งโรงงานยาสูบใช้ใบยาต่างประเทศลดลงโดยใช้ใบยาในประเทศที่มีคุณภาพสูงทดแทนการนำเข้า ทำให้ต้นทุนโดยรวมลดลง

สรุป การยกฐานะของโรงงานยาสูบจากรัฐวิสาหกิจในสังกัดกระทรวงการคลัง ให้เป็น “การยาสูบแห่งประเทศไทย (ยสท.)” ซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคล เพื่อให้สะดวกต่อการทำธุรกรรมต่างๆ ซึ่งในเรื่องนี้ก็สนับสนุนและเห็นด้วย แต่มีข้อกังวลว่า จะเป็นการเปิดช่องให้มีการจัดตั้งบริษัทจำกัดหรือบริษัทมหาชนจำกัด ตรงนี้จะเป็นการเปิดช่องให้อุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติสามารถเข้ามาผลิตบุหรี่ซิการ์เรตในประเทศไทยได้ ทั้งที่ผ่านมา ถือเป็นกิจการที่ผูกขาดโดยรัฐ และยังเปิดช่องให้สามารถผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ อีกมากด้วย เพราะกฎหมายเปิดให้มีการจัดตั้งบริษัทหรือบริษัทมหาชนที่เกี่ยวกับหรือเกี่ยวข้องกับกิจการ ยสท. ซึ่งต่างดาวสามารถเข้ามาถือหุ้นได้ไม่เกินร้อยละ 49 อาจทำให้อุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติสามารถเข้ามาลงทุนในกิจการยาสูบของประเทศไทยได้ และความสามารถในการควบคุมผู้ถือหุ้นคนไทยว่าจะไม่เป็นตัวแทนหรืออนามินีของต่างชาติ รวมไปถึงยังกำหนดให้มีการออกตราสารเพื่อการลงทุนได้ ซึ่งก็ไม่มี ความชัดเจนว่าเป็นตราสารประเภทใด เพราะถ้าเป็นตราสารลักษณะ “บุริมสิทธิ” ก็สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการครอบงำกิจการของอุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติได้ และแม้การออกตราสาร การจัดตั้งบริษัท การเข้าถือหุ้น หรือการลงทุน ต้องผ่านความเห็นชอบจาก ครม. แต่ก็ไม่มีหลักประกันอะไรว่าอุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติจะไม่เข้าแทรกแซง โดยอาศัยอิทธิพลและอำนาจเงินที่มีอยู่ (หทัย ชิตานนท์ และคณะ, 29 มีนาคม 2560)

4.3 ปัญหาในอนาคต

เนื่องจากการควบคุมการผลิตการจำหน่ายภายในประเทศทำได้ง่ายกว่ากรณีที่จะมีการเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนและบริษัทบุหรี่ข้ามชาติเข้ามา มีอิทธิพลต่อตลาดบุหรี่ในอนาคต ความหมายของสินค้าเป็นโทษ เหตุผลที่การแปรรูปที่ผ่านมาไม่สามารถทำได้สำเร็จเพราะไม่ต้องการให้ตลาดบุหรี่ขยายตัว โดยหลักแล้วสินค้าที่เป็นโทษนั้นเราต้องใช้

มาตรการทั้งในด้านภาษี และการควบคุมให้มีการบริโภคน้อยที่สุด เราจึงไม่ต้องการพัฒนาเรื่องการตลาดหรือการโฆษณาสินค้าที่เป็นโทษให้ขยายตัว ดังเช่นที่ผู้แทนกระทรวงการคลังกล่าวอ้าง ตรงกันข้าม เราต้องการให้ตลาดเล็กกลง ทั้งๆ ที่การขยายตัวของตลาดบุหรี่หมายถึง รายได้ของรัฐจะมากขึ้นจากภาษีแสตมป์ยาสูบ และเงินนำส่งคลัง ของโรงงานยาสูบ การแปรรูปแบบจอมปลอม แต่เนื้อแท้แล้วรัฐต้องการขายทรัพย์สินเพื่อนำเงินเข้าคลัง เนื่องจากบุหรี่ยังเป็นสินค้าที่เป็นโทษ เพราะเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งต่อคนสูบบุหรี่ และต่อคนที่ไม่สูบบุหรี่ที่บังเอิญอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ ในแต่ละปีรัฐสูญเสียเงินจำนวนมากเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการสูบบุหรี่ การคัดค้านการแปรรูปโรงงานยาสูบที่อาจเปิดโอกาสให้บริษัทบุหรี่ข้ามชาติเข้ามาขยายตลาดบุหรี่ในประเทศไทย จึงเป็นประเด็นสำคัญ

ที่ผ่านมา ตลาดบุหรี่ในประเทศเป็นของโรงงานยาสูบ แต่ในช่วงคริสต์ศักราช 1980 อิทธิพลของสมาคมผู้ส่งออกบุหรี่ของสหรัฐอเมริกา (United States Cigarette Exporting Association:UCSEA) ทำให้ผู้แทนการค้าสหรัฐฯจะใช้มาตรการทางการค้าตอบโต้ ถ้าประเทศต่างๆ ในเอเชียไม่เปิดตลาดบุหรี่ของตน ประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน ยินยอม ซึ่งมีผลทำให้อัตราการสูบบุหรี่ในประเทศเหล่านั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในหมู่วัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการโฆษณาบุหรี่

ประเทศไทยไม่ยินยอมและยังออกกฎหมายห้ามการโฆษณาบุหรี่ในปี พ.ศ. 2532 ด้วยการเจรจาระหว่างสหรัฐฯและไทยไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้น รัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้ยื่นคำร้องต่อ GATT ซึ่งปัจจุบันคือองค์การการค้าโลก เพื่อให้พิจารณามาตรการที่ไทยใช้ต่อสินค้าบุหรี่ซึ่งมีทั้งมาตรการห้ามนำเข้าและห้ามโฆษณา ในปี พ.ศ. 2533 คณะกรรมการพิจารณาของ GATT สรุปว่า ถึงแม้ไทยจะมีอำนาจอธิปไตยในการออกมาตรการเพื่อลดการสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ยังเป็นสินค้าอันตรายต่อสุขภาพตามนัยยะของความตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ มาตรา 20 (b) ซึ่งระบุข้อยกเว้นให้ประเทศสมาชิกสามารถออกมาตรการ ที่จำเป็นเพื่อปกป้องชีวิตและสุขภาพของมนุษย์สัตว์และพันธุ์พืชได้ แต่ก็มีข้อสรุปด้วยว่า มาตรการห้ามนำเข้าขัดกับความตกลงทางการค้า ถือเป็นทางเลือกปฏิบัติต่อสินค้าจากต่างประเทศ ดังนั้น ไทยสามารถเลือกใช้มาตรการ หรือออกกฎหมายเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่บนพื้นฐานที่ไม่เลือกปฏิบัติ เช่น การเก็บภาษี การห้ามการโฆษณา การเปิดเผยส่วนประกอบของบุหรี่ การบังคับติดข้อความคำเตือนบนซอง ฯลฯ แต่ไทยต้อง

ยกเลิกการห้ามนำเข้า ซึ่งมีผลทำให้บุหรี่ปริมาณจากต่างประเทศเริ่มเข้ามาแย่งส่วนแบ่งตลาดบุหรี่ของโรงงานยาสูบ

จากข้อมูลภาษียาสูบที่เก็บโดยกรมสรรพสามิต นอกจากไทยจะต้องดำเนินการตามกติกาขององค์การการค้าโลกแล้ว ในปี พ.ศ. 2535 ไทยยังเข้าร่วมในกลุ่มเขตการค้าเสรีของประเทศอาเซียน หรือ AFTA (ASEAN Free Trade Agreement) เพื่อส่งเสริมการค้าภายในกลุ่มและลดข้อจำกัดทางการค้าระหว่างประเทศสมาชิก โดยมีเป้าหมายจะลดอัตราภาษีในกลุ่มสมาชิกให้เหลือร้อยละ 0-5 ในปี พ.ศ.2545 และ AFTA ได้อนุญาตให้ประเทศต่างๆ สามารถยกเว้นสินค้าบางชนิดออกจากความตกลง แต่ไม่ทราบด้วยเหตุผลอะไรประเทศไทยมิได้ กำหนดบุหรี่ให้อยู่ในรายชื่อสินค้าที่เป็นข้อยกเว้น ปัจจุบันนี้บริษัทผลิตบุหรี่ปริมาณใหญ่ของโลกได้เคลื่อนเข้ามาทำการผลิตในกลุ่มประเทศอาเซียน เช่น มาเลเซีย และอินโดนีเซีย และกำลังรออันติสนธิของการลดภาษีในกลุ่ม AFTA ซึ่งจะทำให้ราคาบุหรี่ลดลงเพื่อขยายตลาดเข้ามาในประเทศไทย ประชาชนควรกดดันให้รัฐบาลไทยต้องรีบเจรจนำผลิตภัณฑ์ยาสูบออกจากเจรจาเป็นข้อยกเว้น โดยใช้ข้ออ้างเกี่ยวกับสุขภาพ เช่นเดียวกับที่ระบุไว้ในกติกาขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) มาตรา 20 (b) กระทรวงการคลังและรัฐบาลควรต้องทบทวนว่าเป้าหมายของสังคมคืออะไร การปล่อยให้มีการแข่งขันทางด้านราคาสำหรับสินค้าเป็นโทษย่อมเกิดผลเสียในระยะยาว เพราะราคาที่ลดลงจะกระตุ้นให้มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในระยะยาว เราคงต้องการให้ตลาดบุหรี่ในประเทศหดตัวเล็กน้อย หรืออย่างน้อยไม่ขยายตัวไปมากกว่าที่เป็นอยู่ การแปรรูปโรงงานยาสูบโดยขายหุ้นให้ประชาชน คงจะทำให้ผู้ถือหุ้นขาดทุน หรือถ้าได้กำไรเป็นเงินเพราะตลาดบุหรี่ขยายตัว พวกเราก็จะขาดทุนด้านสุขภาพ การแปรรูปโรงงานยาสูบจะเป็นการเปิดโอกาสให้บริษัทบุหรี่ปริมาณใหญ่ของโลกเข้ามามีอิทธิพลเหนือนโยบายสุขภาพของประเทศชาติได้ในอนาคต แต่ในขณะเดียวกัน การไม่แปรรูปโรงงานยาสูบ ก็ไม่ได้หมายความว่าเราจะยอมรับการทำงาน แบบไม่มีประสิทธิภาพ ที่ผ่านมารองงานยาสูบได้กำไรจากการเป็นผู้ผูกขาด มากกว่าที่จะมาจากการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่รัฐบาลควรหาทางปรับปรุงการบริหารจัดการด้วยตนเอง แทนที่จะหวังให้เอกชนมาแก้ปัญหานี้

สำหรับโรงงานยาสูบซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจที่ดำเนินการผลิตและจำหน่ายบุหรี่โดยรัฐ แต่เพียงผู้เดียว ได้มีแผนที่จะทำการแปรรูปเป็นการลงทุนและมีการบริหารแบบเอกชนโดย

ในปี พ.ศ. 2528 รัฐบาลภายใต้การนำของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรีในสมัยนั้นได้มีแนวทางในการขยายกำลังการผลิตและลดต้นทุนโรงงานยาสูบ รวมถึงการริเริ่มศึกษาความเป็นไปได้ที่จะให้เอกชนร่วมลงทุนในโรงงานยาสูบ แต่ได้รับการคัดค้านจากพนักงานโรงงานยาสูบ

ในขณะที่โรงงานยาสูบถือว่าเป็นผู้ซึ่งสร้างรายได้ให้กับรัฐเป็นจำนวนมากแต่ผลการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2555 ซึ่งให้เห็นว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวน 53.9 ล้านคนและเป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 11.5 ล้านคนซึ่งสาเหตุเกิดจากความเครียด (โรงงานยาสูบ, 2557) โดยโรงงานยาสูบกระทรวงการคลังมีสัดส่วนของตลาดถึงร้อยละ 87.1 ในปี พ.ศ. 2536 และลดลงเป็นร้อยละ 78.9 ในปี พ.ศ. 2552 นอกนั้นเป็นส่วนแบ่งการตลาดของบริษัทข้ามชาติซึ่งสาเหตุที่บุหรี่จากต่างประเทศเป็นที่นิยมมากขึ้นเนื่องจากตราสินค้าและราคาที่ลดลงซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขความตกลงของ WTO ในการลดอุปสรรคทางการค้าระหว่างประเทศโดยการยกเลิกภาษีศุลกากรและมีใช้ภาษีศุลกากรให้แกกันและกันและจากการเปิดเขตการค้าเสรีทำให้ภาษีนำเข้าลดเหลือร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2546 จนถึงไม่มีการเก็บภาษีในปี พ.ศ. 2553 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2557) ซึ่งการนำเข้านั้นประเทศอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย และสิงคโปร์เป็นผู้ขายบุหรี่ที่มีส่วนแบ่งกว่าร้อยละ 80 โดยมีประเทศสหรัฐอเมริกาและจีนที่มีส่วนแบ่งเพียงร้อยละ 7 (อิศรา ศานติศาสน์, 2549)

จากกระแสการเปิด AFTA และ AEC ในปี พ.ศ. 2558 และการเจรจาการค้าพหุภาคีไทย-อินเดีย ไทย-จีน ไทยยกเว้นการเก็บภาษีนำเข้าบุหรี่ส่งผลให้รัฐบาลไทยต้องคำนึงถึงการแข่งขันกับตลาดอาเซียนและตลาดโลกเพื่อให้เป็นทางออกทางใดทางหนึ่งของโรงงานยาสูบ ดังนั้น รายได้จากภาษียาสูบที่จัดเก็บไม่ได้และในขณะเดียวกันจำนวนประชากรที่ติดยาสูบซึ่งมีเป็นจำนวนมากย่อมหมายถึงปัญหาด้านสาธารณสุขและรายจ่ายด้านการสาธารณสุขของประเทศที่เพิ่มขึ้นพร้อมๆ กับการรณรงค์เพื่อให้ประชาชนลดหรือเลิกการสูบบุหรี่สะท้อนให้เห็นถึงความขัดแย้งกันในเชิงนโยบายของรัฐที่จะผลิตบุหรี่ออกมาขายให้แก่ประชาชนในประเทศ

สำหรับผลกระทบต่อรัฐตัวแทนจำหน่ายและประชาชน จากการแปรรูปโรงงานยาสูบนั้นกลุ่มตัวแทนจำหน่ายมีความเห็นว่าการแปรรูปโรงงานยาสูบจะมีผลดี เพราะจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนระบบการเป็นตัวแทนจำหน่ายในจังหวัดไม่ให้เกิดการผูกขาดเช่นใน

ปัจจุบันอย่างไรก็ตามคิดว่าจะมีผลกระทบต่อรัฐบาลในด้านรายได้ที่เคยเป็นของรัฐจะกลายเป็นของเอกชนรายใหม่ และในอนาคตกิจการของคนไทยอาจถูกครอบครองโดยต่างชาติรวมถึงอาจมีการกักตุนสินค้าและมีการปะปนของบุหรี่ที่ไม่ได้คุณภาพ และอาจมีการลักลอบนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมายเข้ามาในประเทศมากขึ้น ในส่วนผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นประชาชนผู้สูบบุหรี่ที่มีความกังวลในเรื่องราคาที่จะสูงขึ้นหากมีการแปรรูปซึ่งถ้ามีการขึ้นราคาค่าบุหรี่ผู้บริโภคนั้นจะไปสูบยาเส้นแทนทำให้ยอดขายลดลง หรืออาจจะส่งผลให้ผู้บริโภคหันไปบริโภคตราสินค้าอื่นที่มีราคาถูกลงและไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน (เกษม ชนะวงศ์และคณะ 2560: 54-63)



บทที่ 4

นโยบายและมาตรการการควบคุมการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. กลยุทธ์การส่งเสริมการตลาด
2. นโยบายและมาตรการการควบคุมการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับโลก
3. การควบคุมวงใช้ทางการตลาด
4. การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการโฆษณา การส่งเสริมการขายและการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบภายในประเทศ

1. กลยุทธ์การส่งเสริมการตลาด

การส่งเสริมการตลาดบุหรี่เป็นเรื่องใหญ่และเป็นเรื่องที่กำลังกว้างขวางประกอบด้วยวิธีการไม่ต่ำกว่า 16 วิธี หรือที่เรียกว่า "Promotion Mix" อาทิ เช่น การประชาสัมพันธ์ การทำให้เป็นข่าว (publicity) อาทิ การเป็นสปอนเซอร์ให้ทุนต่างๆ การลดแลกแจกแถม การพยายามใช้ผลิตภัณฑ์เป็นสื่อในการขาย การใช้สื่อเคลื่อนที่ เช่น ดิจิทัลทีวี การทำดีสเพลย์แสดงตราโลโก้ หรือ สิ่งที่เชื่อมโยงความหมายไปถึงตัวสินค้าได้ เช่น บิลบอร์ดย่านชุมชน การเอาสินค้ามาวางเป็นแผงหรือผนังขนาดใหญ่ เช่น การนำคาร์ตันบุหรีมาวางเป็นแผงปลอดภาษี (duty free) การออกแบบหีบห่อ ซอง ให้ดูสวยงาม ดึงดูดสายตา สื่อบุคลิกเชื่อมโยงถึงความงาม สุภาพภาพ ให้ความรู้สึกรื่นรมย์ ผ่านสีพื้นผิว ขนาด กลิ่น ฯลฯ ของ

ของผลิตภัณฑ์ (กิตติ กัณภัย 2550) การนำเสนอโครงการศิลปะกับเยาวชนก็เป็นส่วนหนึ่งในการนำเสนอความหมายผ่านสุนทรียะความรื่นรมย์สู่กลุ่มเป้าหมาย

บริษัทบุหรี่ยุคใหม่ในการโฆษณาทุกวิถีทาง ทั้งที่เป็นการโฆษณาโดยตรง และโฆษณาแฝงไปกับกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการผลิตสินค้าอื่นๆ ที่มีสัญลักษณ์ตราสินค้าบุหรี่ยุคใหม่เพื่อใช้เป็นสื่อโฆษณาอีกทางหนึ่ง เช่น เสื้อยืด พวงกุญแจ สติกเกอร์ที่มีโลโก้บุหรี่ยุคใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เสื้อผ้า โดยใช้ชื่อเดียวกับตราสินค้าบุหรี่ยุคใหม่หรือใกล้เคียง เช่น Camel Trophy, Marlboro Classic แต่ยังคงใช้โลโก้เดียวกัน และแม้กฎหมายประเทศไทยจะห้ามโฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อเดียวกับบุหรี่ยุคใหม่ แต่ก็ยังมีการหลบเลี่ยง เช่น การแจกสติกเกอร์ การประชาสัมพันธ์ในนิตยสาร เป็นต้น

การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคม ถือเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดรูปแบบหนึ่ง เพื่อดึงดูดความสนใจและกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดความต้องการผลิตภัณฑ์หรือบริการ ทั้งนี้เพราะวัตถุประสงค์ของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมคือเพื่อการกระตุ้นให้เกิดลูกค้าใหม่ เพื่อให้ลูกค้าเก่าใช้สินค้าหรือบริการมากขึ้น และเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กร ทำให้ลูกค้าตัดสินใจเลือกสินค้าหรือบริการที่ได้ (Alcohol Healthwatch 2003) ตัวอย่างของบริษัทบุหรี่ยุคใหม่ 6 บริษัท ในประเทศอเมริกา ได้ทุ่มงบประมาณเพื่อการตลาดสูงถึง 4.56 ล้านล้านบาท ในจำนวนนั้น เป็นการใช้จ่ายเพื่อการโฆษณา ณ จุดขายเพื่อเพิ่มยอดขายถึง 500,000 ล้านบาท และในจำนวนนี้ยังแบ่งเป็นงบประมาณเพื่อการซื้อตำแหน่งการวางบุหรี่ยุคใหม่ในร้านค้า 52,000 ล้านบาท

จากรายงานวิจัยของสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีการเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมาย การเฝ้าระวังสื่อ และการเฝ้าระวังกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ โดยสรุปพบว่า

1. การโฆษณา (Advertising) มีหลายรูปแบบ ได้แก่

1.1 การโฆษณาตรง (Direct advertising) เช่น การโฆษณาตราสินค้าบุหรี่ยุคใหม่ผ่านป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ โฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ หรือสิ่งพิมพ์ใดๆ รวมถึงการโฆษณา รูป และตราสินค้าบุหรี่ยุคใหม่บนรถขนส่ง บุหรี่ยุคใหม่ สิ่งของใดๆ หรือที่ตั้งขาย และการส่งเสริมการขาย

บุหรี่ปุ๋หรือตราสินค้าใหม่หรือตราสินค้าใดๆ โดยการ จับฉลาก ของรางวัล แลกเปลี่ยน/ แลกซื้อ สินค้า หรือการขายแบบตัวต่อตัว เป็นต้น

1.2 การโฆษณาโดยการวางสินค้าให้เห็น (Product placement) เช่น การใส่เสื้อที่มีโลโก้/ตราสินค้า บุหรี่ปุ๋ในรายการโทรทัศน์ มีของบุหรี่ปุ๋ตั้งให้เห็นในรายการโทรทัศน์ หรือการพิมพ์รูปบุหรี่ปุ๋/ตราสินค้าบุหรี่ปุ๋ใน นิตยสาร ปฏิทิน ภาพยนตร์สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น

1.3 การโฆษณา ณ จุดขาย (POINT OF SALE: POS) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การโฆษณา (Advertising) เช่น การโฆษณารูป หรือตราสินค้าบุหรี่ปุ๋ โดยใช้โปสเตอร์ หรือ การตั้งไซท์บนเคาท์เตอร์ชั้นวางของ หรือติดป้ายตราสินค้า หรือใช้สื่อที่เป็นตราสินค้าบุหรี่ปุ๋ ณ ร้านขายบุหรี่ปุ๋

ข. กิจกรรมส่งเสริมการขาย เช่น การขายแยกมวน การขายของขนาดใหญ่ (น้อยกว่า 20 มวน/ 1 ซอง) ราคาถูกเป็นพิเศษ ขายลดราคาเมื่อซื้อหลายซอง/ แจกคูปองลดราคา การให้ของแถมเมื่อซื้อ จับรางวัล หรือแข่งขัน รวมถึงการแสดงรูป หรือตราสินค้าบุหรี่ปุ๋ หรือสื่อที่สื่อถึงตราสินค้าบุหรี่ปุ๋ บนเครื่องใช้ใดๆ (เช่น ที่เชียบุหรี่ปุ๋ นาฬิกา ปฏิทิน ไฟแช็ค เป็นต้น)

1.4 การแปรเปลี่ยนเครื่องหมายการค้า หรือการใช้ตราสินค้าเดียวกันกับสินค้าอื่น (Trademark diversification: TMD/ Brand stretching) ประกอบด้วย

ก. กลยุทธ์โฆษณาสินค้าอื่นที่มีใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ แต่ชื่อสินค้านั้นๆ มีสัญลักษณ์บุหรี่ปุ๋เป็นส่วนหนึ่งของชื่อ เช่น Camel Trophy Adventure Watch

ข. การโฆษณาตราสินค้าบุหรี่ปุ๋บนสินค้าที่ไม่ใช่บุหรี่ปุ๋ เช่น “มารีโบโร คันทรีทัวร์” “วินสตัน- สไตส์ของ ยูเอสเอ” “เคนท์ลีเซอร์ฮอลิเดย์” “คาร์เมล บุทส์”

ค. ขายสินค้าที่ไม่ใช่บุหรี่ปุ๋แต่มีตราสินค้าบุหรี่ปุ๋ติดอยู่เช่น หมวกไวน์เสี้ยัด ฯลฯ

ง. การพิมพ์ตราสินค้าบุหรี่ปุ๋บนเสื้อผ้าหรือสิ่งอื่นใด

1.5 การโฆษณาข้ามพรมแดน (Cross border advertising) เช่น รายการแข่งรถสูตรหนึ่ง (Formula 1) การโฆษณาผ่านอินเทอร์เน็ต การโฆษณาบนนิตยสารของสายการบิน การ ถ่ายทอดสดทางโทรทัศน์ เป็นต้น

2. การส่งเสริมการขาย (Promotion events) เช่น งานแสดงสินค้า งานแสดงทางวัฒนธรรม รายการดนตรีคอนเสิร์ตหรืองานสังสรรค์ใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับตราสินค้า หรือบริษัทบุหรี่ปุ๋

3. การตลาดไวรัล (Viral marketing) ได้แก่ การกระจายข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ป้อนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ใดๆ เช่น e-mail SMS Facebook Youtube เป็นต้น

4. การออกแบบผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ (Product and Pack design)

4.1 การออกแบบผลิตภัณฑ์ (Product design) เช่น บุหรี่ที่มีรสชาติใหม่ๆ หรือการผลิตบุหรี่ป้อนที่มีอันตรายน้อย (เช่น บุหรี่ที่มีน้ำมันดินต่ำ เป็นต้น)

4.2 การออกแบบบรรจุภัณฑ์ (Pack design) เช่น บุหรี่ที่บรรจุไว้ในบรรจุภัณฑ์รุ่นพิเศษ (Special editions) หรือแบบมีปลอกด้านนอกใส่ของบุหรี่ป้อน ของใหม่ตามเทศกาลต่างๆ หรือ รุ่นแบบพิมพ์ตัวอักษรนูน (Embossed designs) หรือรุ่นแบบพิมพ์ตัวอักษรด้วยสีที่เห็นในความมืด (Glow in the dark) เป็นต้น

5. การให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมช่วยเหลือสังคมจากบริษัทบุหรี่ป้อน (Corporate social responsibility: CSR) ได้แก่

5.1) การเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ (Sponsorships) เช่น การแข่งกีฬา การแสดง ศิลปวัฒนธรรม เป็นต้น

5.2) การสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสังคมอื่นๆ (other CSR activities) เช่น การให้ทุนการศึกษา การจัดทำโครงการเพื่อสังคมใดๆ (เช่น โครงการพัฒนาสังคม โครงการป้องกันเยาวชนสูบบุหรี่ป้อน โครงการเพื่อสิ่งแวดล้อม โครงการฝึกอบรม โครงการช่วยเหลือชาวไร่ยาสูบ การให้เงินสนับสนุนงานวิจัย และการให้เงินสนับสนุนสำหรับผู้ประสบภัย หรือกิจกรรมใดๆ เป็นต้น) กรณี CSR นี้ บริษัทบุหรี่ป้อนให้การสนับสนุนโดยมีวัตถุประสงค์ อาทิ

1) เพื่อสร้างรากฐานทางสังคม เพราะผู้ได้รับเงินสนับสนุนย่อมสำนึกในความเอื้อเฟื้อของผู้ให้การสนับสนุน 2) เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่บริษัทบุหรี่ป้อน เพราะมีชื่อของบริษัทบุหรี่ป้อนปรากฏคู่กับ องค์กรใดๆ ที่รับเงินสนับสนุน โดยเฉพาะกรณีที่ต้องกรรับเงินสนับสนุนนั้นๆ เป็น องค์กรที่มีชื่อเสียง หรือหน่วยงานของรัฐ และ 3) เพื่อบั่นทอนพลังของภาคส่วนที่ร่วมรณรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่ป้อนโดยทำให้สังคมรู้สึกว่าการรณรงค์เหล่านี้ใจแคบ

6. การสร้างความสัมพันธ์กับองค์กรร่วมของรัฐ หรือกระทรวงที่ทำงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ เช่น ความพยายามที่จะทำให้การออกกฎหมายล่าช้า การลอบบ์กิจกรรมการ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้การสนับสนุนบริษัทบุหรี่ป้อน หรือการสร้างสิทธิที่เหนือกว่าในรูปแบบต่างๆ (seeking exemptions) เป็นต้น

7. การสร้างองค์กรหน้าฉาก (Front organization) เช่น ชาวไร่ยาสูบ/ สมาคมผู้ปลูกยาสูบ ผู้ค้า ปลีก นักวิทยาศาสตร์ นักวิจัย บริษัทผู้ส่งออกใบยาสูบ เพื่อให้การสนับสนุนบริษัทบุหรี่ เป็นต้น

ผลของการเฝ้าระวังกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า จากการติดตามกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ ทั้ง 7 ลักษณะ โดยสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และเครือข่ายควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และเครือข่ายนักวิชาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เครือข่ายจิตอาสาพร้อมใจเฝ้าระวังเพื่อเตือนภัยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า มีเพียง 1 กลยุทธ์เท่านั้นที่ไม่พบ ได้แก่ การออกแบบผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ ขณะที่การโฆษณาตรง ผ่านเว็บไซต์ พบสูงสุดในกลุ่มการโฆษณาที่จำแนกเป็น 5 ลักษณะ รองลงมาได้แก่ การโฆษณา ณ จุดขาย โดยเฉพาะการเขียนตราสินค้าบุหรี่ยิ่งบนป้ายแขวนหน้าร้านที่มีคำว่า “ที่นี่ขายบุหรี่” ส่วนกรณีกิจกรรมแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมพบว่า บริษัทบุหรี่ได้ให้ทุนสนับสนุนหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชนเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบเผยแพร่ภาพและข้อความการให้ทุนสนับสนุนสู่สาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงงานยาสูบ รวม 267 รายการในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (ณ 5 เม.ย. 2556)

เนื่องจากการโฆษณานูหรีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี รัฐบาลของประเทศต่างๆ ทั่วโลก กำลังดำเนินการออกกฎหมายห้ามโฆษณานูหรี แม้อุตสาหกรรมยาสูบจะได้รับรู้กฎหมายเหล่านั้น แต่ดูเหมือนพวกเขาไม่ได้ซาบซึ้งในเจตจำนงของกฎหมายเหล่านั้นที่ไม่ต้องการให้มีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ มาเชิญชวนให้คนสูบบุหรี อุตสาหกรรมยาสูบจะใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อเลี่ยงกฎหมาย โดยการโฆษณาสินค้าชนิดอื่นที่มีชื่อและสัญลักษณ์เดียวกับนูหรี เช่น มาร์ลโบโร คาเมล หรือการแจกซองข้าวว่ยที่มีตราสินค้านูหรีติดอยู่ และยังขยายการโฆษณา ณ จุดขาย โดยทำให้เป็นป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ ฯลฯ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การมีฉากสูบบุหรีหรือโชว์ซองนูหรีในละคร หรือภาพยนตร์ นั้นหมายความว่าบริษัทนูหรีได้ให้เงินสนับสนุนในการผลิตภาพยนตร์ บางรายได้มีความตกลงทำสัญญายินยอมที่จะให้มีฉากสูบบุหรี หรือมีการจัดวางนูหรีตราสินค้าต่างๆ ในภาพยนตร์โดยแลกเปลี่ยนกับเงินจำนวนมาก จากเอกสารขององค์กรป้องกันมะเร็งแห่งรัฐนิวเซาท์เวลล์ ประเทศออสเตรเลีย ระบุว่านูหรี Lark จ่ายเงิน 350,000

ดอลลาร์ให้กับภาพยนตร์เรื่อง James Bond ตอน License to Kill บุหรี่มาร์โบโล่จ่ายเงิน 42,000 ดอลลาร์ให้กับภาพยนตร์เรื่อง Superman II บุหรี่ Eve จ่ายเงิน 30,000 ดอลลาร์ให้กับภาพยนตร์เรื่อง Supergirl บุหรี่ Lucky Strike จ่ายเงิน 5,000 ดอลลาร์ให้กับภาพยนตร์ Beverly Hills Cop (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล 2549)

การที่บริษัทบุหรี่ใช้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักแสดงในภาพยนตร์ ในภาพยนตร์บางเรื่องการสูบบุหรี่หมายถึงการแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถทำให้เด็กและวัยรุ่นที่ได้ดูภาพยนตร์เกิดความต้องการที่จะแสดงออกเช่นนี้บ้าง การสูบบุหรี่ในภาพยนตร์ที่แสดงถึงการดำเนินชีวิตประจำวันสามารถทำให้ผู้ชมเกิดความเข้าใจผิดว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ และเป็นกิจกรรมหนึ่งในชีวิตประจำวันของคนส่วนใหญ่ปฏิบัติกัน เป็นตัวกระตุ้นทางหนึ่งที่ทำให้เด็กที่ไม่เคยสูบบุหรี่เกิดความอยากลองสูบบุหรี่ สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่แล้วก็จะทำให้ยังคงสูบบุหรี่ต่อไปเพราะความรู้สึกประทับใจและความนิยมในตัวดาราก็จะส่งผลให้ผู้ชมสนใจติดตามและเกิดพฤติกรรมการลอกเลียนแบบ ลักษณะการพูด ท่าทางการแสดงออก การแต่งกาย ทรงผม รวมถึงการสูบบุหรี่ที่ปรากฏอยู่ในภาพยนตร์การกระทำที่เกิดขึ้นล้วนเกิดจากพฤติกรรมการเลียนแบบ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ภาพยนตร์คือต้นแบบที่สำคัญ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล 2549)

ในบางประเทศ มีการลด แลก แจก แถม ผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีสัญลักษณ์ตราสินค้า บุหรี่ ทั้งการแจกโดยตรงและการจัดส่งถึงกลุ่มเป้าหมายทางไปรษณีย์ หรือการแนบแผ่นโฆษณาไปกับนิตยสารอื่นๆ ซึ่งการมีไว้หรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีตราสินค้าบุหรือนี้ก็เท่ากับเป็นการโฆษณาเคลื่อนที่ และมีการวิจัยพบว่าแม้ผู้ใช้สิ่งของเหล่านี้จะไม่สูบบุหรี่แต่มีทัศนคติที่ดีกับบุหรี่ยิ่ง และจะเลือกสูบบุหรี่ที่มีของแจกเป็นอันดับแรก

ในปัจจุบัน ประเทศสมาชิกมีข้อผูกพันที่จะต้องริเริ่มให้มีกฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขายและการให้การสนับสนุนของธุรกิจยาสูบอย่างเต็มรูปแบบภายใน 5 ปีนับแต่วันที่กรอบอนุสัญญาฯ มีผลบังคับสำหรับประเทศสมาชิกเป็นอย่างน้อย (เท่าที่จะเป็นไปได้ภายใต้รัฐธรรมนูญ หรือหลักการของรัฐธรรมนูญของประเทศสมาชิกนั้น) การห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนของธุรกิจยาสูบในทุก รูปแบบที่จะส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดๆ ที่ทำให้เข้าใจไขว่เขว หลอกลวง หรือจะก่อให้เกิดความประทับใจที่ผิด

2. นโยบายและมาตรการการควบคุมการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับโลก

นโยบายและมาตรการการควบคุมการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ประเทศสมาชิกต้องควบคุมยาสูบตามกรอบกรอบอนุสัญญาฯ ว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (ข้อ 13) ได้จัดแนวทางกรอบอนุสัญญาฯ และจัดทำคำแนะนำว่ามีความมุ่งหมายที่จะช่วยบรรเทาประเทศสมาชิกในการปฏิบัติตามพันธกรณีของตน โดยไปออกมาตรการกฎหมายการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก การจัดทำแนวทางได้อาศัยหลักฐานที่มีอยู่ที่ดีที่สุดรวมทั้งประสบการณ์ของประเทศสมาชิกที่ประสบความสำเร็จในการนำมาตราการที่มีประสิทธิผลในการต่อต้านการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบไปปฏิบัติ ประเทศสมาชิกจะได้รับคำชี้แนะจากแนวทางฉบับนี้ สำหรับการริเริ่มและการบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบที่ครอบคลุมทุกด้าน สำหรับประเทศสมาชิกที่ไม่อยู่ในสถานะที่จะดำเนินการให้มีกฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านในเรื่องนี้ เนื่องจากข้อจำกัดของรัฐธรรมนูญ หรือหลักการของรัฐธรรมนูญของประเทศตน ก็จะได้รับคำชี้แนะสำหรับการใช้กฎหมายจำกัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบในลักษณะที่ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

หลักการพื้นฐาน ขอบข่ายของกฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบที่ครอบคลุมทุกด้านจะมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อได้บัญญัติให้มีขอบข่ายที่กว้างขวาง การสื่อสารทางการตลาดในปัจจุบันมีกลยุทธ์การโฆษณาและการส่งเสริมการขายและขายสินค้าต่างๆ ในลักษณะบูรณาการ ครอบคลุมการขายโดยตรง การประชาสัมพันธ์ และการส่งเสริมการขายโดยใช้บุคคลติดต่อและวิธีทางการตลาดออนไลน์ที่มีการโต้ตอบกัน ถ้าหากมีการห้ามเฉพาะบางรูปแบบของการโฆษณายาสูบโดยตรง ย่อมเป็นธรรมดาที่อุตสาหกรรมยาสูบจะต้องหันเหไปใช้ง่ายเพื่อกลยุทธ์การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ในรูปแบบอื่น โดยใช้วิธีการทางอ้อมที่มีความคิดสร้างสรรค์เพื่อส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการใช้ยาสูบโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่เยาวชน ดังนั้น กฎหมายห้ามการบริโภคยาสูบที่ไม่ครอบคลุมทุกด้านจึงมีผลจำกัด ดังที่ระบุไว้ในข้อ 13 ของกรอบอนุสัญญาฯ ซึ่งกำหนดพันธกรณีพื้นฐานที่จะต้องมีการห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ข้อ 13.1 ของกรอบอนุสัญญาฯ นี้กำหนดว่า “บรรดาประเทศสมาชิกยอมรับว่าการห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านมี

ให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ จะลดการบริโภคผลิตภัณฑ์ ยาสูบลงได้”

แนวทางฉบับนี้มีหลักการพื้นฐานดังนี้

(1) มีหลักฐานทางเอกสารยืนยันว่าการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบเพิ่มการบริโภคยาสูบ และการห้ามมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบอย่างครอบคลุมทุกด้าน สามารถลดการบริโภคยาสูบ

(2) กฎหมายห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบที่มีประสิทธิผล ควรมีลักษณะครอบคลุมทุกด้านและใช้บังคับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ทุกรูปแบบ ดังที่ประเทศสมาชิกของกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ ได้ให้การรับรองไว้ในข้อ 13.1 และ 13.2

(3) ตามคำนิยามในข้อ 1 ของกรอบอนุสัญญาฯ นั้น กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบที่ครอบคลุมทุกด้านต้องใช้บังคับกับทุกรูปแบบของการสื่อสาร การแนะนำ หรือการกระทำเชิงพาณิชย์ รวมทั้งทุกรูปแบบของการอุดหนุน แก่เหตุการณ์พิเศษ (การแข่งขันกีฬา การแสดง งานเลี้ยง ฯลฯ) กิจกรรมหรือนบุคคลใดๆ โดยมี จุดหมาย หรือผลที่น่าจะเกิดขึ้น เพื่อเป็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ ยาสูบ หรือการใช้ยาสูบ ไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม

(4) กฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ควรครอบคลุมการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดน ซึ่งหมายรวมทั้งการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ ที่นำออกไป (มีต้นกำเนิดจากอาณาเขตของประเทศสมาชิกใดประเทศสมาชิกหนึ่ง) และการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ที่นำเข้ามา (เข้ามาสู่อณาเขตของประเทศสมาชิกใดประเทศสมาชิกหนึ่ง) ด้วย

(5) เพื่อให้เกิดประสิทธิผล กฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านควรมุ่งไปที่ สิ่ง หรือ หน่วยงานทางการตลาด (entities) ทั้งปวง (หน่วยงานทางการตลาด หมายถึงสิ่งที่มีภาวะอยู่จริง เช่น บุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรต่างๆ – ผู้เขียน) ที่เกี่ยวข้องในการผลิต การวางตำแหน่ง และ/หรือ การเผยแพร่ที่ทำให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ

(6) การเฝ้าสังเกต การบังคับใช้กฎหมาย และการลงโทษ ที่มีประสิทธิผล ซึ่งได้รับการสนับสนุน และอำนวยความสะดวกจากแผนงานให้การศึกษาแก่สาธารณชน และปลูกฝังความตระหนักของชุมชนที่เข้มแข็งเป็นหัวใจของการนำกฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบที่ครอบคลุมทุกด้านไปสู่การปฏิบัติ

(7) ภาคประชาสังคม มีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงสนับสนุน การพัฒนาและการประกันให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายต่างๆ ที่ว่าด้วยการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ทั้งยังควรมีบทบาทเป็นหุ้นส่วนที่กระตือรือร้นในกระบวนการนี้

(8) ความร่วมมือระหว่างประเทศที่มีประสิทธิผลเป็นพื้นฐานของการกำจัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ทั้งภายในประเทศและข้ามเขตแดน

เพื่อดำเนินการให้มีการห้ามครอบคลุมทุกด้านดังที่กำหนด ความหมายของ “การโฆษณาและการส่งเสริมการขายยาสูบ” คือ “รูปแบบใดก็ตามของการสื่อสาร การแนะนำ หรือการกระทำเชิงพาณิชย์ โดยมีจุดหมาย ผล หรือผลที่น่าจะเกิดขึ้นเป็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการใช้ยาสูบไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม” ส่วนความหมายของ “การเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ” คือ “รูปแบบใดก็ตามของการอุดหนุนแก่เหตุการณ์พิเศษ กิจกรรม หรือบุคคลใดๆ โดยมีจุดหมาย ผล หรือผลที่น่าจะเกิดขึ้นเป็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการใช้ยาสูบ ไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม”

ข้อสังเกตคือทั้ง “การโฆษณาและการส่งเสริมการขายยาสูบ” และ “การเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ” มีความหมายครอบคลุมการส่งเสริมการขายไม่เฉพาะการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาสูบโดยทั่วไปด้วย และครอบคลุมไม่เพียงการกระทำที่มีจุดหมายเพื่อส่งเสริมการขาย แต่รวมถึงการกระทำที่มีผล หรือน่าจะมีผลเป็นการส่งเสริมการขายด้วย รวมทั้งครอบคลุมการส่งเสริมการขายทั้งโดยตรงและโดยอ้อม คำว่า “การโฆษณาและการส่งเสริมการขายยาสูบ” มิได้จำกัดเพียง “การสื่อสาร” แต่หมายรวมถึง “การแนะนำ” และ “การกระทำ” ด้วย ซึ่งควรครอบคลุมอย่างน้อยก็การกระทำประเภทต่างๆ

ดังนี้ (ก) การขายหลากหลายรูปแบบ และ/หรือ การจัดให้มีการจัดจำหน่าย¹

(ข) รูปแบบซองเงินของการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขาย เช่น การสอดแทรกเรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการให้ยาสูบเข้าไปในเนื้อหาต่างๆ ของสื่อ (ค) การเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์ยาสูบเข้ากับเหตุการณ์พิเศษ (การแข่งขันกีฬา การแสดง งานเลี้ยง ฯลฯ) หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ด้วยวิธีการต่างๆ (ง) บรรจุภัณฑ์และลักษณะเด่นของการออกแบบผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมการขายและ (จ) การผลิตและการจัดจำหน่ายสินค้าเช่น ขนม และของเล่นเด็ก หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่น² ข้อสำคัญที่พึงสังเกตอีกประการก็คือนิยามของ “การเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ” ครอบคลุมถึง “รูปแบบใดก็ตามของการอุดหนุน” ไม่ว่าจะเป็นการเงินหรือด้านอื่น โดยไม่คำนึงถึงว่าการอุดหนุนนั้นมีการรับทราบ หรือมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์แล้วหรือไม่และอย่างไร

นอกจากนี้ ผลในเชิงส่งเสริมการขายทั้งโดยตรงและโดยอ้อมอาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ถ้อยคำแบบผลิตภัณฑ์ (designs) ภาพเสียงและสี รวมถึงตราสินค้า (brand names) เครื่องหมายการค้า (trade marks) ตราสัญลักษณ์ (logos) ชื่อของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายาสูบ และสีหรือการจัดวางสีต่างๆ ที่เชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายาสูบ หรืออาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนของถ้อยคำแบบผลิตภัณฑ์ภาพและสีก็ได้ การส่งเสริมตัวบริษัทยาสูบเอง (บางครั้งเรียกว่าการประชาสัมพันธ์บริษัท) ก็เป็นรูปแบบหนึ่งของการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือส่งเสริมการให้ยาสูบ แม้จะกระทำโดยไม่มี การนำเสนอตราสินค้าหรือเครื่องหมายการค้าก็ตาม การโฆษณารวมถึงการจัดแสดง และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของอุปกรณ์เสริมสำหรับการสูบบุหรี่ เช่น กระดาษมวนบุหรี่ ก้นกรอง และอุปกรณ์มวนบุหรี่ รวมทั้งสิ่งเลียนแบบ

¹ ตัวอย่างเช่นระบบจูงใจผู้ค้าปลีกการจัดแสดงสินค้า ณ จุดขายสลากกินแบ่งของกานัลให้ฟรีตัวอย่างสินค้าแจกฟรีส่วนลดการแข่งขัน (ไม่ว่าจะมีกติกากำหนดให้ต้องซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือไม่ก็ตาม) และการส่งเสริมโดยใช้สิ่งจูงใจ หรือระบบสร้างความภักดีในสินค้า เช่น คุปองแลกของที่ได้รับเมื่อซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นต้น

² ข้อความนี้สะท้อนถึงเจตนารมณ์ที่กำหนดให้ประเทศสมาชิกต้อง “รับและดำเนินการมาตรการด้านนิติบัญญัติด้านการบริหาร ด้านการปกครอง หรือมาตรการอื่นๆ ที่มีประสิทธิผลในระดับรัฐบาลตามความเหมาะสม เพื่อห้ามมิให้มีการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่าที่กฎหมายระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติกำหนดไว้หรือต่ำกว่า 18 ปี ข้อนี้ยังระบุด้วยว่ามาตรการต่างๆ ที่กล่าวถึงอาจจะครอบคลุมถึง... (ค) การห้ามมิให้มีการผลิตและการขายขนมของขบเคี้ยวของเด็กเล่น หรือวัตถุอื่นใดที่มีรูปแบบเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบอันเป็นที่ดึงดูดใจเยาว์”

ผลิตภัณฑ์ยาสูบก็อาจจะส่งผลเป็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการใช้ยาสูบได้เช่นเดียวกัน

การตรากฎหมายควรเลี่ยงการกำหนดบัญญัติรายการกิจกรรมต้องห้ามจนละเอียดเกินไป ในกรณีที่การตรากฎหมายมีการยกตัวอย่างดังกล่าว แต่ก็ต้องบัญญัติให้ชัดเจนว่าเป็นเพียงการยกตัวอย่างโดยมิได้ครอบคลุมกิจกรรมต้องห้ามทุกอย่างโดยสมบูรณ์ ซึ่งสามารถทำให้กระจ่างชัดได้ด้วยการใช้ถ้อยคำเช่น “รวมทั้งแต่ไม่จำกัดเฉพาะ” หรือใช้วลีที่คลุมความหมายได้หมดเช่น “หรือรูปแบบอื่นใดของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ”

รายการบัญชีบ่งชี้ รูปแบบต่างๆ ของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้อุปถัมภ์ ที่เข้าข่ายต้องห้ามดังระบุในข้อ 13 ปรากฏในภาคผนวกของกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ กฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- การโฆษณา และการส่งเสริมการขาย ตลอดจนการเป็นผู้อุปถัมภ์ทั้งปวง โดยไม่มีข้อยกเว้น
- การโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้อุปถัมภ์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม
- การกระทำที่มุ่งให้มีการส่งเสริมการขาย และการกระทำที่มีผล หรือน่าจะมีผลเป็นการส่งเสริมการขาย
- การส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบและการใช้ยาสูบ
- การสื่อสารเชิงพาณิชย์รวมทั้งการแนะนำและการกระทำเชิงพาณิชย์
- การอุดหนุนในรูปแบบใดก็ตามแก่เหตุการณ์พิเศษ (การแข่งขันกีฬา การแสดง งานเลี้ยง ฯลฯ กิจกรรม หรือบุคคลใดๆ)
- การโฆษณา และการส่งเสริมตราสินค้ายาสูบรวมทั้งการส่งเสริมประชาสัมพันธ์บริษัททุกรูปแบบ
- สื่อโฆษณาตามปกติ (สิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ และวิทยุ) รวมทั้งพื้นที่ของสื่อทั้งปวง ซึ่งรวมถึงอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ และเทคโนโลยีใหม่ประเภทอื่น รวมทั้งภาพยนตร์

การค้าปลีกและการจัดแสดงสินค้า

การจัดแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขายถือเป็นการโฆษณา และส่งเสริมการขาย การจัดแสดงผลิตภัณฑ์เป็นวิธีการหลักของการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการใช้ยาสูบ ซึ่งรวมถึงการกระตุ้นให้มีการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยไม่ตั้งใจการทำให้เกิดความรู้สึกว่าการใช้ยาสูบเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ และการทำให้ผู้ใช้ยาสูบเลิกได้ยากขึ้น กลุ่มคนที่อ่อนไหวได้ง่ายเป็นพิเศษต่อผลในเชิงส่งเสริมการขายจากการจัดแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบคือ เยาวชน

เพื่อให้จุดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอดภัยจากองค์ประกอบใดๆ ของการส่งเสริมการขาย ประเทศสมาชิกควรริเริ่มให้มีกฎหมายห้ามโดยสิ้นเชิงมิให้มีการจัดแสดงใดๆ และการห้ามการกระทำที่ทำให้สามารถมองเห็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จุดขาย ซึ่งรวมถึงร้านค้าปลีกที่ตั้งเป็นหลักแหล่งและผู้ขายข้างถนนด้วย มีเพียงข้อความแสดงรายการผลิตภัณฑ์และราคาขายที่ไม่มีองค์ประกอบใดอันเป็นการส่งเสริมการขายเท่านั้น ที่อนุญาตให้แสดงได้ที่จุดขาย ในส่วนของการครอบคลุมทุกด้านดังระบุในข้อ 13 นั้น กฎหมายห้ามดังกล่าวควรใช้บังคับในเรือโดยสาร เครื่องบิน ท่าเรือ และท่าอากาศยาน เช่นกัน

ควรห้ามมิให้มีเครื่องจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบอัตโนมัติ เพราะการปรากฏต่อหน้าของเครื่องอัตโนมัติดังกล่าวถือเป็นการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขาย ตามเงื่อนไขของกรอบอนุสัญญาฯ³ ของประเทศสมาชิก และการจัดการไม่ให้เครื่องอัตโนมัติดังกล่าวส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้เยาว์

การจัดแสดงและการกระทำที่เห็นผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขายถือเป็นการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย จึงควรมีกฎหมายห้าม และควรห้ามมิให้มีเครื่องจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบอัตโนมัติ เพราะการปรากฏต่อหน้าของเครื่องอัตโนมัติดังกล่าวถือเป็นการหนึ่งของการโฆษณาและการส่งเสริมการขายบรรจุกฎบัตรและลักษณะเด่นของผลิตภัณฑ์

³ การห้ามมิให้มีเครื่องขายผลิตภัณฑ์ยาสูบอัตโนมัติด้วยเหตุผลว่าเครื่องอัตโนมัติดังกล่าวถือเป็นการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขาย จะเสริมความสมบูรณ์ให้แก่ข้อกำหนดในข้อ 16 เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้เยาว์ มาตรการต่างๆ ที่กล่าวในข้อ 16.1 อาจครอบคลุมการกระทำดังนี้ “การจัดการไม่ให้ผู้เยาว์สามารถเข้าถึงเครื่องจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบอัตโนมัติในเขตอำนาจ

บรรจุภัณฑ์เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย มีการใช้ของยาสูบหรือลักษณะเด่นของผลิตภัณฑ์ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อดึงดูดผู้บริโภค ส่งเสริมการขายปลุกฝัง และส่งเสริมเอกลักษณ์ของตราสินค้า เช่น การใช้ตราสัญลักษณ์สี แบบของตัวอักษรภาพรูปร่างและวัสดุบนหรือภายในซอง หรือบนมวนบุหรี่หรือบนผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ

การกำจัดผลของการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายที่ปรากฏบนบรรจุภัณฑ์สามารถกระทำได้ด้วยการกำหนดดังนี้

- บรรจุภัณฑ์ต้องมีลักษณะเรียบง่าย คือ มีสีดำและขาว หรือสีอื่นๆ ที่ตัดกันสองสี ตามที่กำหนดโดยองค์การระดับชาติที่มีอำนาจหน้าที่

- ต้องไม่มีสิ่งใดนอกไปจากตราสินค้า ชื่อผลิตภัณฑ์ และ/หรือ ชื่อผู้ผลิต รายละเอียดสำหรับการติดต่อและปริมาณของผลิตภัณฑ์ในบรรจุภัณฑ์นั้น ทั้งนี้ ต้องไม่มีตราสัญลักษณ์หรือลักษณะเด่นอื่นๆ แต่อย่างใด นอกจากคำเตือนด้านสุขภาพ เครื่องหมายเกี่ยวกับภาษี และข้อความหรือสัญลักษณ์อื่นๆ ตามที่รัฐบาลกำหนด

- รูปแบบและขนาดของตัวอักษรตามที่กำหนด

- รูปร่าง ขนาด และวัสดุที่เป็นไปตามมาตรฐาน

ไม่ควรมีการโฆษณา หรือการส่งเสริมการขายภายใน หรือแนบมากับหีบห่อ หรือบนมวนบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ

ในกรณีที่ยังไม่มีการบังคับให้บรรจุภัณฑ์ต้องมีความเรียบง่าย การจำกัดในเรื่องนี้ควรครอบคลุมลักษณะเด่นของการออกแบบผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบดึงดูดใจลูกค้ายิ่งขึ้นโดยครอบคลุมลักษณะเด่นด้านต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น รูปสัตว์หรือรูปอื่นๆ วลีเกี่ยวกับ “ความสนุกสนาน” กระดาษมวนบุหรี่ที่มีสีสันกลิ่นหอม สิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ หรือซองบรรจุที่สื่อถึงฤดูกาล

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดคำแนะนำว่าบรรจุภัณฑ์และการออกแบบผลิตภัณฑ์เป็นองค์ประกอบสำคัญของการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ประเทศสมาชิก ควรพิจารณาตรากฎหมายกำหนดให้บรรจุภัณฑ์ต้องมีความเรียบง่าย เพื่อกำจัดผลของการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายที่ปรากฏบนบรรจุภัณฑ์ ไม่ควรมีการโฆษณา หรือการส่งเสริมการขาย รวมทั้งลักษณะเด่นของการออกแบบใดๆ ที่ทำให้ผลิตภัณฑ์เป็นที่ดึงดูดใจ ปรากฏบนหรือในบรรจุภัณฑ์ บนมวนบุหรี่หรือบนผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ

การขายทางอินเทอร์เน็ต

โดยสาระแล้ว การขายยาสูบทางอินเทอร์เน็ตเกี่ยวข้องกับการโฆษณาและการส่งเสริมการขายในกรอบอนุสัญญาฯ ปัญหาที่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย แต่รวมไปถึงการขายยาสูบแก่ผู้เยาว์ การหนีภาษี และการค้าที่ผิดกฎหมายด้วย

มาตรการต่างๆ ที่กรอบอนุสัญญาฯ แนะนำวิธีการโดยตรงที่ดีที่สุดในการป้องกันมิให้มีการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายยาสูบทางอินเทอร์เน็ต คือการห้ามขายยาสูบทางอินเทอร์เน็ตโดยการห้ามควรรใช้บังคับห่วงโซ่ทางการตลาดที่ขายผลิตภัณฑ์ รวมถึงห่วงโซ่ทางการตลาดอื่นๆ เช่น บริษัทบัตรเครดิตซึ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผลิตภัณฑ์ยาสูบในการชำระเงิน และการให้บริการทางไปรษณีย์ หรือบริการส่งมอบสินค้าด้วย

ในกรณีที่ยังไม่มีการห้ามการขายทางอินเทอร์เน็ต ให้รัฐกำหนดข้อจำกัดที่อนุญาตให้มีการแสดงบัญชีรายการผลิตภัณฑ์พร้อมราคาขายเป็นข้อความเท่านั้น ห้ามมิให้มีภาพหรือลักษณะเด่นของการส่งเสริมการขาย (เช่น การอ้างอิงถึงราคาที่ดี)

เมื่อคำนึงถึงสภาพอ่อนแอของการโฆษณาและการส่งเสริมการขายของยาสูบในอินเทอร์เน็ต และความยากลำบากในการบ่งชี้และหาตัวผู้กระทำผิด จึงต้องมีการจัดสรรทรัพยากรภายในประเทศเป็นการพิเศษ เพื่อเอื้ออำนวยให้มาตรการนี้ดำเนินการได้โดยมุ่งการจัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนของยาสูบ โดยเฉพาะการระงับจุดติดต่อและการจัดการเกี่ยวกับการบอกล่าว้างความที่มาจากประเทศสมาชิกอื่นๆ นั้น จะช่วยทำให้ความพยายามที่จะบังคับใช้กฎหมายห้ามดังกล่าวภายในประเทศไม่ถูกบั่นทอนลงไป

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดคำแนะนำว่าควรมีการห้ามขายยาสูบทางอินเทอร์เน็ต เพราะโดยสาระแล้ว การขายดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการโฆษณาและการส่งเสริมการขายยาสูบ

การใช้ตราสินค้ากับสินค้าชนิดอื่นและการใช้ตราสินค้านำร่วมกัน

“การใช้ตราสินค้ากับสินค้าชนิดอื่น” เกิดขึ้นเมื่อมีการเชื่อมโยงตราสินค้าสัญลักษณ์เครื่องหมายการค้าตราสัญลักษณ์ หรือตราการค้า หรือลักษณะเด่นอื่นใด (รวมทั้งสีต่างๆ ที่รวมกันแล้วมีลักษณะเฉพาะ) ของยาสูบเข้ากับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ไม่

เกี่ยวข้องกับยาสูบในลักษณะที่ทำให้น่าจะมีการเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้นเข้ากับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาสูบดังกล่าว

“การใช้ตราสินค้าร่วมกัน” เกิดขึ้นเมื่อมีการเชื่อมโยงตราสินค้าสัญลักษณ์เครื่องหมายการค้าตราสัญลักษณ์หรือตราการค้า หรือลักษณะเด่นอื่นใด (รวมทั้งสีต่างๆ ที่รวมกันแล้วมีลักษณะเฉพาะ) อันปรากฏบนผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาสูบ เข้ากับผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือบริษัทยาสูบในลักษณะที่น่าจะมีการเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือบริษัทยาสูบนั้นเข้ากับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาสูบดังกล่าว

กรอบอนุสัญญาฯ ให้ถือว่า “การใช้ตราสินค้ากับสินค้าชนิดอื่น” กับ “การใช้ตราสินค้าร่วมกัน” เป็นการโฆษณาและการส่งเสริมการขายยาสูบตราบเท่าที่การกระทำทั้งสองอย่างนี้มีจุดหมาย ผล หรือผลที่น่าจะเกิดขึ้นเป็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือการใช้ยาสูบ ไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดคำแนะนำว่าประเทศสมาชิกควรห้ามมิให้มี “การใช้ตราสินค้ากับสินค้าชนิดอื่น” และ “การใช้ตราสินค้าร่วมกัน” เพราะการกระทำทั้งสองนี้เป็นวิธีการของการโฆษณาและการส่งเสริมการขายยาสูบ

การแสดงออกที่ชอบด้วยกฎหมาย

การปฏิบัติให้มีการห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ เป็นการแสดงออกอันชอบด้วยกฎหมายในด้านรายงานข่าว ด้านศิลปะหรือวิชาการ หรือการแสดงความคิดเห็นทางสังคม หรือการเมืองอันชอบด้วยกฎหมาย อาทิ เช่น ภาพข่าวที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับยาสูบโดยบังเอิญที่ปรากฏในฉากหลังการแสดงภาพของผู้มีชื่อเสียงในประวัติศาสตร์ หรือการนำเสนอทัศนะเกี่ยวกับการควบคุมหรือนโยบาย แต่อาจต้องกำหนดให้มีคำเตือนหรือข้อความปฏิเสธความรับผิดชอบตามสมควร

ในบางกรณี การแสดงออกในด้านการรายงานข่าว ด้านศิลปะ หรือวิชาการ หรือการแสดงความคิดเห็นทางสังคมหรือการเมือง อาจจะมีองค์ประกอบที่ไม่สมควรในเชิงเหตุผลด้านการบรรณานุกรม ศิลปะ วิชาการ สังคม หรือการเมืองจึงต้องถือว่าการแสดงออกเช่นนี้เป็นการโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้อุปถัมภ์ มากกว่าเป็นเนื้อหาด้านการบรรณานุกรม ศิลปะ หรือวิชาการที่แท้จริง หรือเป็นการแสดงความคิดเห็นทางสังคม หรือการเมืองที่แท้จริง การแสดงออกที่ไม่สมควรเช่นนี้จะเห็นได้ชัดเจน ถ้ามีการ

แทรกสิ่งใดเข้ามาด้วยเหตุผลทางการพาณิชย์ที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ เช่น การใส่ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือภาพยาสูบเข้าไปในสื่อโดยมีการชำระเงินค่าบริการแล้ว

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดทำคำแนะนำว่าการดำเนินการห้ามมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ในลักษณะครอบคลุมทุกด้าน จะต้องไม่ไปขัดขวางการแสดงออกประเภทต่างๆ ที่ชอบด้วยกฎหมาย เช่น การแสดงออก ในด้านการรายงานข่าว ด้านศิลปะหรือวิชาการ หรือการแสดงความคิดเห็นทางสังคม หรือ การเมืองที่ชอบด้วยกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกควรกำหนดมาตรการป้องกันมิให้มีการใช้การแสดงออกในการรายงานข่าว ด้านศิลปะหรือวิชาการ หรือการแสดง ความคิดเห็นทางสังคม หรือการเมืองเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสูบหรือการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การแสดงข้อความหรือภาพของยาสูบในสื่อบันเทิง

การแสดงข้อความหรือภาพของยาสูบในผลิตภัณฑ์สื่อบันเทิงต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ ละคร และเกม สามารถมีอิทธิพลอย่างมากต่อการใช้ยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหมู่เยาวชน ดังนั้นประเทศสมาชิกควรกำหนดมาตรการดังต่อไปนี้

- ดำเนินการให้มีกลไกที่กำหนดว่า เมื่อใดที่ผลิตภัณฑ์สื่อบันเทิงเสนอภาพ หรือข้อความเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ การใช้ยาสูบ หรือภาพหรือวัตถุจำลองของยาสูบไม่ ว่าแบบใดก็ตาม ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบของบริษัททุกบริษัทที่เกี่ยวข้องในการผลิต การจัดจำหน่าย หรือการนำเสนอผลิตภัณฑ์สื่อบันเทิงนั้น จะต้องรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรว่า ไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือสิ่งที่มีมูลค่าใดๆ เพื่อแลกเปลี่ยนกับการเสนอภาพ หรือข้อความ ดังกล่าว

- ห้ามการแสดงผลภาพหรือข้อความของตราสินค้ายาสูบ หรือภาพลักษณะของตราสินค้ายาสูบที่สามารถระบุได้ว่าเป็นยาสูบตรานั้นๆ อันเชื่อมโยงกับ หรือเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาของผลิตภัณฑ์สื่อบันเทิงใดก็ตาม

- กำหนดให้มีการแสดงประกาศที่ต่อต้านยาสูบตามที่กฎหมายกำหนดในตอนต้นของผลิตภัณฑ์สื่อบันเทิงใดที่แสดงข้อความหรือภาพของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การใช้ยาสูบ หรือภาพลักษณะของยาสูบ

- ดำเนินการให้มีระบบจำแนกประเภท (ratings system) ที่คำนึงถึงการแสดงข้อความหรือภาพของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การใช้ยาสูบ หรือภาพลักษณะของยาสูบในการจำแนกประเภทผลิตภัณฑ์สื่อบันเทิง (ตัวอย่าง เช่น การกำหนดให้มีประเภทสำหรับ

ผู้ใหญ่ซึ่งจำกัดไม่ให้ผู้เยาว์เข้าถึงสื่อบันเทิงประเภทนี้) และระบบจำแนกประเภทที่ประกันว่าสื่อบันเทิงสำหรับเด็ก (รวมทั้งการ์ตูน) จะไม่มีการแสดงข้อความ หรือภาพของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การใช้ยาสูบ หรือภาพหรือวัตถุจำลองของยาสูบ

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดทำคำแนะนำว่าประเทศสมาชิกควรกำหนดมาตรการเฉพาะเกี่ยวกับการแสดงข้อความ หรือภาพของยาสูบในผลิตภัณฑ์สื่อบันเทิงรวมทั้งการกำหนดให้ต้องมีคำรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรว่าไม่มีการรับผลประโยชน์จากการแสดงข้อความหรือภาพของยาสูบใดๆ การห้ามมิให้มีการใช้ตราสินค้ายาสูบหรือภาพหรือวัตถุจำลองของยาสูบอันสามารถระบุได้ว่าเป็นยาสูบตราบนั้นๆ การกำหนดให้มีประกาศต่อต้านยาสูบ และการดำเนินการให้มีระบบจำแนกประเภทที่คำนึงถึงการแสดงข้อความหรือภาพของยาสูบด้วย

การสื่อสารภายในวงการค้ายาสูบ

วัตถุประสงค์ของการห้ามมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ โดยปกติสามารถบรรลุได้โดยไม่ต้องมีการสื่อสารภายในวงการค้ายาสูบ

ข้อยกเว้นครอบคลุมทุกด้านโดยห้ามมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะจัดหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ ให้แก่ผู้ดำเนินการฝ่ายต่างๆ ในวงการค้ายาสูบนั้น ควรได้รับการนิยามและใช้อย่างเคร่งครัด การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารดังกล่าวควรจำกัดไว้เฉพาะกับบุคคลที่มีหน้าที่ตัดสินใจทางการค้าซึ่งจำเป็นต้องใช้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าว

จดหมายข่าวของผู้ผลิตยาสูบอาจจะได้รับยกเว้นจากการห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขายและการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ แต่ต้องเป็นในกรณีที่จดหมายข่าวดังกล่าวมุ่งเฉพาะผู้อ่านที่เป็นลูกจ้างผู้รับจ้างผู้ขาย ผู้ผลิตและหุ้นส่วนธุรกิจอื่นๆ ของผู้ผลิตเท่านั้น และเพียงเท่าที่การแจกจ่ายจดหมายข่าวดังกล่าวจำกัดเฉพาะบุคคลหรือห่วงโซ่ทางการตลาดดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดทำคำแนะนำว่าข้อยกเว้นใดจากกฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ เพื่อที่จะอนุญาตให้มีการสื่อสารภายในวงการค้ายาสูบ ควรได้รับการนิยามและใช้โดยเคร่งครัด

หลักการของรัฐธรรมนูญของประเทศสมาชิก

กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ครอบคลุมทุกด้าน ควรมีการใช้กฎหมายจำกัดที่ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ของรัฐธรรมนูญ ประเทศสมาชิกทั้งปวงมีข้อผูกพันที่จะต้องดำเนินการให้มีกฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้าน ยกเว้นในกรณีที่ไม่อยู่ในสถานะ” ที่จะทำเช่นนั้นได้ “เพราะเงื่อนไขของรัฐธรรมนูญหรือหลักการของรัฐธรรมนูญ” ข้อผูกพันนี้ต้องตีความในบริบทของ “การยอมรับว่ากฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ที่ครอบคลุมทุกด้าน จะทำให้การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบลดลง” และต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์โดยรวมของกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบที่มุ่ง “คุ้มครองคนรุ่นปัจจุบันและรุ่นหลังให้พ้นจากผลเสียอันร้ายแรงในด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจที่จะตามมาจากการบริโภคยาสูบและการสูดหรือสัมผัสควันยาสูบ” (ข้อ 3) เป็นที่ยอมรับว่าปัญหาว่าหลักการของรัฐธรรมนูญจะต้องปรับเปลี่ยนอย่างไรนั้น ให้เป็นไปตามระบบกฎหมายรัฐธรรมนูญของแต่ละประเทศสมาชิก

ประเทศสมาชิกมีพันธกรณีที่จะต้องริเริ่มให้มีกฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบที่ครอบคลุมทุกด้าน (หรือใช้กฎหมายจำกัดที่ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ภายใต้รัฐธรรมนูญ หรือหลักการของรัฐธรรมนูญของประเทศสมาชิก) สำหรับประเทศสมาชิกที่ยังไม่ได้ปฏิบัติตามพันธกรณีของกรอบอนุสัญญาฯ นั้น การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบคงจะดำรงอยู่ต่อไปในบางรูปแบบ นอกจากนี้ การสื่อสาร การแนะนำ หรือการกระทำในเชิงพาณิชย์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้อาจจะมีอยู่ต่อไปในบางรูปแบบที่มีลักษณะจำกัดอย่างมาก แม้ภายหลังการประกาศใช้กฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านแล้ว อีกทั้งบางรูปแบบของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ก็อาจจะดำรงอยู่ต่อไปในประเทศสมาชิก ที่รัฐธรรมนูญไม่เอื้ออำนวยให้สามารถตรากฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านได้

รูปแบบใดก็ตามของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบอันไม่ถูกห้าม ต้องดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนดกรอบอนุสัญญาฯ ได้แก่

- “การห้ามทุกรูปแบบของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบที่ส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบด้วยวิธีการใดก็ตามอันเป็นเท็จ ทำให้เข้าใจไขว้เขวหรือหลอกลวง หรือน่าจะก่อให้เกิดความประทับใจที่ผิดพลาดเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะผล

ต่อสุขภาพอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือสารที่ปล่อยออกมาจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว” (13.4 (a))

- “การกำหนดให้การโฆษณา ยาสูบทั้งปวงและในกรณีที่เหมาะสม การส่งเสริมการขายและการเป็นผู้อุปถัมภ์ทั้งปวงของยาสูบ ต้องมาพร้อมกับคำเตือนด้านสุขภาพ หรือคำเตือนสารอื่นๆ ที่เหมาะสม” (13.4 (b))

- “การกำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบต้องเปิดเผยรายจ่ายด้านการโฆษณา การส่งเสริมการขายและการเป็นผู้อุปถัมภ์ที่ยังไม่ถูกสั่งห้าม แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ประเทศสมาชิกไม่มีกฎหมายห้ามครอบคลุมทุกด้าน” (13.4 (d))

ประเทศสมาชิกควรห้ามมิให้มีการใช้ข้อความสำคัญ เครื่องหมายการค้า สัญลักษณ์ภาพทางการตลาดตราสัญลักษณ์ (logo) สีและเครื่องแสดงรูปลักษณะหรือเครื่องแสดงอื่นใด⁴ ที่ส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการชื้อยาสูบไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมด้วยวิธีอะไรก็ตามอันเป็นเท็จ ทำให้เข้าใจไขว้เขวหรือหลอกลวง หรือน่าจะก่อให้เกิดความประทับใจที่ผิดพลาดเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะผลต่อสุขภาพอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบใดๆ หรือสารที่ปล่อยออกมาจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว หรือผลต่อสุขภาพ หรืออันตรายของการชื้อยาสูบ การห้ามดังกล่าว นอกจากข้อความอื่นๆ แล้ว ควรครอบคลุมการห้ามใช้ข้อความว่า “low tar” (ทาร์ต่ำ) “light” (เบาบาง) “ultra – light” (เบาบาง – อย่างยิ่ง) “mild” (นุ่มละมุน) “extra” (พิเศษ) “ultra” (สุดพิเศษ) และข้อความอื่นในภาษาใดก็ตามที่อาจจะทำให้เข้าใจไขว้เขวหรือก่อให้เกิดความประทับใจที่ผิดพลาด

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาที่จะถือว่าความสำคัญของข้อกำหนดที่ว่า การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ใดๆ ของยาสูบต้องมาพร้อมกับคำเตือนและสารด้านสุขภาพ หรือด้านอื่นนั้น มีน้ำหนักอย่างน้อยก็เท่าเทียมกับความสำคัญของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ เนื้อหาของคำเตือนและสารที่ต้องมีนั้นควรได้รับการกำหนดโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้อง และควรสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพถึงภัยต่อสุขภาพและฤทธิ์เสพติดของการชื้อยาสูบ รวมทั้งปรามไม่ให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และส่งเสริมแรงจูงใจให้เลิกชื้อยาสูบ ในการดำเนินการให้คำเตือน

⁴ ถ้อยคำเหล่านี้อ้างมาจากข้อ 11.1 (a) โดยเพิ่ม คำว่า “สี” เข้ามาในที่นี้ ถ้อยคำดังกล่าวคณะทำงานได้ยอมรับว่าสามารถใช้สื่อความหมายถึงความประทับใจที่ผิดพลาดเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะ ผลต่อสุขภาพหรืออันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

หรือสารดังกล่าวมีประสิทธิภาพสูงสุด คำเตือนหรือสารนั้นๆ ที่ประเทศสมาชิกต้องกำหนดตามข้อ 13.4 (b) ของกรอบอนุสัญญาฯ ควรมีน้อยสอดคล้องกับคำเตือนหรือสารอื่นที่ปรากฏบนบรรจุภัณฑ์ที่ประเทศสมาชิกต้องกำหนดตามข้อ 11

ประเทศสมาชิกควรกำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบต้องเปิดเผยการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ใดๆ ที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้องกับ แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง การเปิดเผยดังกล่าวควรกระทำเป็นประจำตามที่กฎหมายกำหนดและเมื่อมีการร้องขอให้มีการเปิดเผย โดยการเปิดเผยทั้งของอุตสาหกรรมยาสูบโดยรวมและของผลิตภัณฑ์ยาสูบในแต่ละชื่อการค้า ควรครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ -

- ชนิดของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้อุปถัมภ์ รวมทั้งเนื้อหา รูปแบบ และประเภทของสื่อที่ใช้

- การวางตำแหน่งและขอบเขตหรือความถี่ของการโฆษณา การส่งเสริมการขายหรือการเป็นผู้อุปถัมภ์

- ชื่อและลักษณะเฉพาะของห่วงโซ่ทางการตลาดทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ รวมทั้งบริษัทรับทำการโฆษณาและบริษัทผู้สร้างชิ้นงานโฆษณา

- ในกรณีของการโฆษณา การส่งเสริมการขายหรือการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนที่มีต้นกำเนิดมาจากอาณาเขตของประเทศสมาชิกใดก็ตาม จะต้องมีการเปิดเผยว่าอาณาเขตใดบ้างที่เป็นหรืออาจจะเป็นเป้าหมายของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้อุปถัมภ์นั้นๆ

- จำนวนของทรัพยากรด้านการเงินหรือด้านอื่นๆ ที่ได้ใช้ไปในการโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้อุปถัมภ์นั้นๆ

ประเทศสมาชิกควรดำเนินการให้สาธารณชนสามารถใช้ประโยชน์ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นได้โดยง่ายดาย (เช่นผ่านทางอินเทอร์เน็ต) พร้อมๆ กับประกันการคุ้มครองความลับทางการค้าด้วย

แม้ว่าบรรดาพันธกรณีที่ระบุในข้อ 13.4 (d) เกี่ยวกับการกำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบต้องเปิดเผยรายจ่ายด้านการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ที่ยังไม่มีคำสั่งห้าม จะมีผลผูกพันเฉพาะประเทศสมาชิกที่ยังไม่กฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้าน แต่ทุกประเทศสมาชิกก็ควรนำมาตรการที่แนะนำไว้ไปปฏิบัติ การกำหนดให้

อุตสาหกรรมยาสูบต้องเปิดเผยรายจ่ายในการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้
อุปถัมภ์ทั้งปวงที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้องนั้นอาจช่วยให้ประเทศสมาชิกที่ถือว่าตนมีกฎหมาย
ห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านอยู่แล้ว สามารถบ่งชี้ได้ว่าการโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือ
การเป็นผู้อุปถัมภ์อันใดที่ไม่อยู่ในขอบข่ายถูกห้ามตามกฎหมายห้ามการโฆษณา การ
ส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์อันใดที่อุตสาหกรรมยาสูบได้เข้าไปเกี่ยวข้องโดยฝ่า
ฝืนกฎหมายห้ามที่ใช้บังคับอยู่ ข้อกำหนดให้ต้องเปิดเผยข้อมูลอาจจะมีประโยชน์เพิ่มเติม
ในการปรามมิให้อุตสาหกรรมยาสูบเข้าไปเกี่ยวข้องกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย
และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบอาจจะเข้าไป
เกี่ยวข้องก็ได้ หากไม่มีข้อกำหนดดังกล่าว

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดทำคำแนะนำว่าประเทศสมาชิกควรปฏิบัติตามข้อกำหนด
ที่ระบุเกี่ยวกับรูปแบบใดก็ตามของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์
ของยาสูบที่ไม่ถูกห้าม ประเทศสมาชิกควรห้ามการกระทำทั้งปวงที่ส่งเสริมการขาย
ผลิตภัณฑ์ยาสูบด้วยวิธีการใดก็ตามอันเป็นเท็จทำให้เข้าใจไขว้เขว หลอกลวง หรือน่าจะ
ก่อให้เกิดความประทับใจที่ผิดพลาด รวมทั้งควรกำหนดให้มีคำเตือนหรือสารด้านสุขภาพ
หรือด้านอื่นๆ ที่เหมาะสมและควรกำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบต้องเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับ
การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ใดก็ตามที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้อง โดย
ต้องเปิดเผยแก่เจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างสม่ำเสมอ ประเทศสมาชิกควรดำเนินการให้
สาธารณชนสามารถใช้ประโยชน์ข้อมูลที่เปิดเผยดังกล่าวได้โดยง่ายดาย

กฎหมายห้ามระดับประเทศและการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ
เป็นรากฐานที่ทำให้การห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย
และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบมีความหมายได้ในขอบเขตทั่วโลกพื้นที่ของสื่อในปัจจุบัน
เช่น อินเทอร์เน็ต ภาพยนตร์ และดาวเทียม แพร์สัญญาณโดยตรง สามารถข้ามเขตแดน
ของรัฐได้อย่างง่ายดาย และรูปแบบการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้
อุปถัมภ์หลายรูปแบบที่อยู่ภายใต้บังคับของกฎเกณฑ์ระดับประเทศ เช่น การเป็นผู้อุปถัมภ์
ให้แก่เหตุการณ์พิเศษ (การแข่งขันกีฬาการแสดงงานเลี้ยง ฯลฯ) ก็ได้รับการแพร์สัญญาณ
และเผยแพร่ไปยังรัฐอื่นๆ กันอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ก็มักจะมีการเชื่อมโยงการโฆษณา
การส่งเสริมการขายเข้ากับผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น เครื่องแต่งกายประเภทต่างๆ และอุปกรณ์
ทางเทคโนโลยี หรือมีการโฆษณา การส่งเสริมการขายปรากฏในสิ่งพิมพ์เผยแพร่ต่างๆ

ดังนั้นการโฆษณา การส่งเสริมการขายจึงเคลื่อนย้ายจากรัฐหนึ่งไปยังอีกรัฐหนึ่ง เมื่อผลิตภัณฑ์หรือสิ่งพิมพ์เผยแพร่เหล่านี้เคลื่อนย้ายไป

เป็นที่ประจักษ์ชัดว่าประสิทธิภาพของกฎหมายห้ามระดับประเทศอาจจะถูกบั่นทอนลงได้หากไม่มีความร่วมมือระหว่างประเทศ

การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนที่มีต้นกำเนิดมาจากอาณาเขตของประเทศสมาชิกตามข้อ 13.2 ของกรอบอนุสัญญาฯ ระบุว่า “ภายใต้เงื่อนไขของสภาพแวดล้อมทางกฎหมายและวิธีการทางเทคนิคที่ประเทศสมาชิกหนึ่งมีอยู่ กฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้าน ควรครอบคลุมการห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนที่มีต้นกำเนิดจากอาณาเขตของประเทศสมาชิกรั้งนั้น”

การบังคับใช้กฎหมายห้ามดังกล่าวควรครอบคลุมอาทิ เช่น สิ่งพิมพ์เผยแพร่และผลิตภัณฑ์ที่ทั้งปวงที่พิมพ์หรือผลิตภายในอาณาเขตของประเทศสมาชิกหนึ่ง ไม่ว่าจะบุคคลที่เป็นเป้าหมายของสิ่งพิมพ์เผยแพร่และผลิตภัณฑ์จะอยู่ในอาณาเขตของประเทศสมาชิกรั้งนั้น หรืออยู่ในอาณาเขตของรัฐอื่นก็ตาม ทั้งนี้เพราะโดยทั่วไปเป็นเรื่องยากที่จะจำแนกสิ่งพิมพ์เผยแพร่หรือผลิตภัณฑ์ที่มีกลุ่มเป้าหมายหรือถูกใช้ประโยชน์จริงๆ ภายในรัฐต้นกำเนิดออกจากสิ่งพิมพ์เผยแพร่หรือผลิตภัณฑ์ที่มีกลุ่มเป้าหมายหรือถูกใช้ประโยชน์ในรัฐอื่น

กฎหมายห้ามไปถึงการวางตำแหน่งการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือเทคโนโลยีทางการสื่อสารข้ามเขตแดนอื่นๆ ที่ดำเนินการโดยบุคคลหรือห่วงโซ่ทางการตลาดใดที่อยู่ภายในอาณาเขตของประเทศสมาชิกหนึ่ง ไม่ว่าจะสาระของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์นั้นจะมีเป้าหมายเป็นบุคคลที่อยู่ในหรือนอกอาณาเขตของประเทศสมาชิกรั้งนั้นก็ตาม

นอกจากนี้กฎหมายห้ามบังคับแก่บุคคลหรือห่วงโซ่ทางการตลาดใดที่แพร่สัญญาณการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ซึ่งสามารถรับสัญญาณได้ในรัฐอื่น

เช่นเดียวกัน กฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ที่มีต้นกำเนิดมาจากอาณาเขตของประเทศสมาชิกรั้งหนึ่งก็ควรประกันไม่ให้ชนชาติของประเทศสมาชิกรั้งหนึ่ง ไม่ว่าจะ เป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลก็ตามสามารถเข้าไปเกี่ยวข้องกับ การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์

ภายในอาณาเขตของรัฐหนึ่งได้ โดยมีต้องคำนึงว่าการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์นั้นถูกนำกลับเข้ารัฐต้นกำเนิดหรือไม่

การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ที่ข้ามเขตแดน ประเทศ

ข้อ 13.7 แห่งกรอบอนุสัญญาฯ ระบุว่า “บรรดาประเทศสมาชิกที่มีกฎหมายห้าม บางรูปแบบของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบมีสิทธิ อธิปไตยที่จะห้ามมิให้การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ในรูปแบบเหล่านั้นข้ามเขตแดนเข้ามาสู่อณาเขตของตน และมีสิทธิกำหนดบทลงโทษให้ เท่ากับบทลงโทษที่ใช้บังคับกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ที่มี ต้นกำเนิดมาจากอาณาเขตของตน โดยเป็นไปตามกฎหมายระดับชาติของตน”

การใช้บังคับกฎหมายควรบัญญัติห้ามครอบคลุม อาทิ เช่น สิ่งพิมพ์เผยแพร่และ ผลิตภัณฑ์ที่พิมพ์หรือผลิตในรัฐอื่นที่เข้ามาสู่อณาเขตของประเทศสมาชิกหนึ่ง หรือที่มี บุคคลในอาณาเขตของประเทศสมาชิคนั้นเป็นกลุ่มเป้าหมาย ประเทศสมาชิกควรพิจารณา ที่จะดำเนินการคุ้มครองอย่างตรวจการจัดส่งสิ่งพิมพ์เผยแพร่ที่นำเข้ามาเขตของตน ใน กรณีที่ผู้พิมพ์โฆษณา หรือผู้จัดจำหน่ายสิ่งพิมพ์เผยแพร่ต้องห้ามดังกล่าวเป็นชนชาติของ ประเทศสมาชิกอื่น หรือเป็นห่วงโซ่ทางการตลาดที่ก่อตั้งขึ้นในอาณาเขตของประเทศ สมาชิกอื่นบุคคล หรือห่วงโซ่ทางการตลาดเหล่านี้ควรเป็นผู้รับผิดชอบ และควรบังคับใช้ กฎหมายห้ามในเรื่องนี้ให้เต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ นอกจากนี้ กฎหมายควรบัญญัติห้ามถึง เนื้อหาทั้งปวงในอินเทอร์เน็ตที่สามารถเข้าถึงได้ภายในอาณาเขตของประเทศสมาชิกหนึ่ง รวมถึงใช้บังคับกับสาระอื่นใดที่แพร่สัญญาณทางเสียง ทางภาพ หรือทางเสียงและภาพ เข้ามาหรือสามารถรับสัญญาณได้ในอาณาเขตของประเทศสมาชิกหนึ่ง ทั้งนี้ไม่ว่าสาระ ดังกล่าวจะมีเป้าหมายเป็นบุคคลในอาณาเขตของประเทศสมาชิคนั้นหรือไม่ก็ตาม

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดคำแนะนำว่าประเทศสมาชิกควรมีกฎหมายห้าม ครอบคลุมทุกด้าน หรือมีกฎหมายจำกัดเกี่ยวกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการ เป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ควรดำเนินการห้ามหรือการจำกัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนของยาสูบที่มีต้นกำเนิดมาจากอาณาเขตของตน เป็นไปในลักษณะเดียวกับการห้าม หรือการจำกัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และ การเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบภายในประเทศตน ประเทศสมาชิกควรใช้สิทธิอธิปไตยของตน

เพื่อดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพให้มีการจำกัดหรือป้องกันการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ใดๆ ของยาสูบที่ข้ามเขตแดนเข้ามาในอาณาเขตของตน ไม่ว่าจะมาจากประเทศสมาชิกที่มีกฎหมายจำกัดในเรื่องนี้ หรือมาจากรัฐที่ไม่ได้เป็นประเทศสมาชิก (ของกรอบอนุสัญญาฯ ฉบับนี้) ก็ตาม ทั้งนี้ด้วยการยอมรับว่าในบางกรณีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพอาจจะต้องมีการกล่าวถึงโดยเฉพาะในพิธีสาร

3. การควบคุมห่วงโซ่ทางการตลาด

ห่วงโซ่ทางการตลาดตลอดทั้งสายที่ต้องรับผิดชอบการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ ซึ่งปรกติได้แก่ผู้ผลิตยาสูบผู้ค้าส่งผู้นำเข้าผู้ค้าปลีกยาสูบและตัวแทน และสมาคมของบุคคลเหล่านี้ นอกจากสิ่งอื่นๆ อีกมากก็มีส่วนเกี่ยวข้องในการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบจึงควรต้องรับผิดชอบต่อเรื่องนี้เช่นกัน

ความรับผิดชอบนี้ไม่อาจจะตกอยู่แก่ห่วงโซ่ทางการตลาดทุกฝ่ายในระดับที่เท่ากัน เพราะการเข้ามีส่วนเกี่ยวข้องของแต่ละห่วงโซ่ทางการตลาดในการผลิต การวางตำแหน่ง และการเผยแพร่ ซึ่งทำให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบมีความแตกต่างกันไป

- ในกรณีของการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบห่วงโซ่ทางการตลาดที่ต้องรับผิดชอบได้แก่ ผู้ให้การอุดหนุนในรูปแบบใดก็ตามที่เกี่ยวข้องผู้รับการอุดหนุนในรูปแบบใดก็ตามที่เกี่ยวข้อง และคนกลางทั้งปวงที่อำนวยความสะดวกในการให้หรือรับการอุดหนุนในรูปแบบใดก็ตามที่เกี่ยวข้อง

- ในกรณีที่การโฆษณา การส่งเสริมการขายยาสูบ เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร การจะพิจารณาว่าห่วงโซ่ทางการตลาดใดต้องรับผิดชอบ ขึ้นอยู่กับบทบาทของห่วงโซ่ทางการตลาดนั้นๆ ในการผลิตและการเผยแพร่เนื้อหาของการสื่อสารดังกล่าว และขึ้นอยู่กับความเป็นไปได้ที่ห่วงโซ่ทางการตลาดนั้นๆ จะสามารถควบคุมการผลิตและการเผยแพร่ดังกล่าวได้หรือไม่ ควรจะถือว่าผู้เผยแพร่ต้องรับผิดชอบเพียงเท่าที่ผู้เผยแพร่นั้นรู้หรืออยู่ในสถานะที่จะรู้ก่อนหน้าว่าเนื้อหาของการโฆษณา การส่งเสริมการขายนั้นเป็นอย่างไร ข้อพิจารณานี้ใช้ได้ในทุกกรณีไม่ว่าสื่อหรือเทคโนโลยีในการสื่อสารที่เกี่ยวข้องจะเป็นอะไรก็

ตาม แต่มุ่งที่จะใช้โดยเฉพาะกับการควบคุมเนื้อหาที่เผยแพร่ผ่านทางอินเทอร์เน็ตและดาวเทียมแพร่สัญญาณโดยตรง

รูปแบบของสื่อ และการสื่อสาร

- บรรดาบุคคลหรือห่วงโซ่ทางการตลาดที่ผลิตหรือพิมพ์โฆษณาเนื้อหา (เช่น สำนักงานรับทำการโฆษณาผู้ออกแบบผู้จัดพิมพ์ภาพยนตร์สื่อพิมพ์และสิ่งพิมพ์อื่นๆ ผู้แพร่สัญญาณและผู้ผลิตภาพยนตร์ รายการโทรทัศน์และวิทยุ เกมและการแสดงสดตลอดจน ผู้ผลิตเนื้อหาทางอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ ดาวเทียมและเกม) ควรถูกห้ามมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบเข้าไปในเนื้อหาที่ผลิตหรือพิมพ์โฆษณา

- บรรดาบุคคลหรือห่วงโซ่ทางการตลาด เช่น สื่อและผู้รับจัดเหตุการณ์พิเศษ (การแข่งขันกีฬาการแสดงงานเลี้ยง ฯลฯ) นักกีฬาผู้มีชื่อเสียงดาราดาราภาพยนตร์และศิลปินอื่นๆ เป็นต้น ควรถูกห้ามมิให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ

- ควรกำหนดให้ห่วงโซ่ทางการตลาดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสื่อและการสื่อสารในระบบ แอนะล็อก (analogue) หรือระบบ ดิจิทัล (digital) (เช่น เว็บไซต์เกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายทางสังคมผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตและบริษัทโทรคมนาคม) มีข้อมูลเฉพาะบางประการ (อาทิ เช่น ข้อมูลพื้นที่ที่จะต้องถอดถอนหรือปิดทางที่จะเข้าถึงเนื้อหา) ทั้งนี้ที่ได้รับแจ้งเกี่ยวกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ

ในกรณีของห่วงโซ่ทางการตลาดตามกฎหมาย (Legal entities) (สิ่งที่มีสภาพบุคคลตามกฎหมายนอกเหนือไปจากบุคคลธรรมดา เช่น บริษัทห้างหุ้นส่วนองค์การ หรือสมาคม) โดยปกติความรับผิดชอบควรตกอยู่กับบริษัท มิใช่ลูกจ้างคนใดคนหนึ่ง

สัญญาความตกลง หรือความตกลงว่าด้วยการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบที่ตกลงกันโดยฝ่าฝืนกฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้าน ควรถือว่าไม่สมบูรณ์

ในประเด็นรูปแบบของสื่อและการสื่อสารอย่างเช่น อินเทอร์เน็ต มีห่วงโซ่ทางการตลาดที่ต้องรับผิดชอบ 5 ประเภทสำคัญที่ควรอยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายห้ามหรือข้อมูลเฉพาะ

- ผู้ผลิตเนื้อหา คือผู้สร้างสรรค์เนื้อหา ผู้ผลิตเนื้อหา ได้แก่ บริษัทยาสูบ สำนักงานรับทำการโฆษณา และผู้ผลิตรายการโทรทัศน์ภาพยนตร์และเกมที่จัดจำหน่ายออนไลน์ ผู้ผลิตเนื้อหาควรโดนห้ามไม่ให้ใส่การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบเข้าไปในเนื้อหาที่ตนผลิต

- ผู้พิมพ์โฆษณาเนื้อหา ได้แก่ ผู้พิมพ์โฆษณาและห่วงโซ่ทางการตลาดที่คัดเลือกเนื้อหาก่อนที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตจะสามารถใช้ประโยชน์เนื้อหานั้นได้ (เช่น เว็บไซต์ของภาพยนตร์สื่อพิมพ์บนอินเทอร์เน็ต หรือผู้แพร่สัญญาณ) ผู้พิมพ์โฆษณาเนื้อหาต้องไม่ใส่การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบเข้าไปในเนื้อหาที่ตนทำเพื่อให้ใช้ประโยชน์ได้

- แม่ข่ายเนื้อหา คือห่วงโซ่ทางการตลาดที่ควบคุมเซิร์ฟเวอร์ของคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นแหล่งเก็บเนื้อหา รวมไปถึงห่วงโซ่ทางการตลาดที่รวมกลุ่มเนื้อหาที่ผู้อื่นผลิตโดยการรวมนี้ไม่มีการคัดเลือกเนื้อหา ก่อนที่ห่วงโซ่ทางการตลาดดังกล่าวจะทำให้ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตสามารถใช้ประโยชน์เนื้อหาได้ (เช่น เว็บไซต์บนอินเทอร์เน็ตเพื่อการสร้างเครือข่ายทางสังคม) แม่ข่ายเนื้อหาควรอยู่ภายใต้ข้อผูกพันที่จะต้องถอดถอนหรือปิดทางการเข้าถึงการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ทันทีที่ได้รับแจ้งเกี่ยวกับเนื้อหาดังกล่าว

- ผู้นำทางเนื้อหา (content navigators) หมายถึงห่วงโซ่ทางการตลาดที่อำนวยความสะดวกในการหาตำแหน่งของเนื้อหาให้แก่ผู้ใช้บริการการสื่อสาร เช่น โปรแกรมค้นหาค้นบนอินเทอร์เน็ต (Internet search engines) ผู้นำทางเนื้อหาควรอยู่ภายใต้ข้อผูกพันที่จะต้องปิดทางการเข้าถึง การโฆษณา การส่งเสริมการขายและการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ทันทีที่ได้รับแจ้งเกี่ยวกับเนื้อหาดังกล่าว

- ผู้ให้บริการการเข้าถึง หมายถึง ห่วงโซ่ทางการตลาดที่จัดการการเข้าถึงบริการการสื่อสารให้แก่ผู้ใช้ปลายทาง เช่น ผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตและบริษัทโทรศัพท์มือถือ ผู้ให้บริการการเข้าถึงควรอยู่ ภายใต้ข้อผูกพันที่จะต้องปิดทางการเข้าถึง การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ ทันทีที่ได้รับแจ้งเกี่ยวกับเนื้อหาดังกล่าว

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดทำคำแนะนำว่าบรรดาห่วงโซ่ทางการตลาดที่ต้องรับผิดชอบ ควรขึ้นอยู่กับบทบาทของแต่ละห่วงโซ่ทางการตลาด ดังนี้

- ความรับผิดชอบหลักควรตกอยู่กับผู้ริเริ่มการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ ซึ่งโดยปกติได้แก่ผู้ผลิตยาสูบผู้ค้าส่งผู้นำเข้าผู้ค้าปลีกยาสูบรวมทั้งตัวแทนและสมาคมของบุคคลเหล่านี้

- บุคคลหรือหน่วยงานทางการตลาดที่ผลิตหรือพิมพ์โฆษณาเนื้อหาของสื่อ ควรถูกห้ามมิให้ใส่การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบเข้าไปในเนื้อหาที่ตนผลิตหรือพิมพ์โฆษณา บุคคลหรือหน่วยงานทางการตลาด (เช่น ผู้รับจัดเหตุการณ์ พิเศษนักกีฬา และผู้มีชื่อเสียง) ควรถูกห้ามมิให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ

- ข้อผูกพันเฉพาะ (เช่น ข้อผูกพันให้ต้องถอดถอนเนื้อหา) ควรใช้บังคับกับหน่วยงานทางการตลาดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสื่อแอนะล็อกหรือสื่อดิจิทัล หลังจากที่หน่วยงานการตลาดเหล่านี้ได้รับแจ้งเกี่ยวกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ

4. การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการโฆษณา การส่งเสริมการขายและการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบภายในประเทศ

4.1 การบังคับใช้กฎหมาย

ประเทศสมาชิกควรริเริ่มและใช้บังคับการลงโทษตามสัดส่วนของความผิด และสนับสนุนให้ผู้กระทำผิดกลับใจ (เช่น ค่าปรับการโฆษณาแก้ไขผิดพลาด และการพักหรือการเพิกถอนใบอนุญาต) และเพื่อทำให้โทษที่กำหนดเป็นการป้องปรามให้โทษมีหลายระดับและเป็นสัดส่วนกับสภาพและความร้ายแรงของความผิดอันรวมถึงความผิดครั้งแรก อีกทั้งความหนักของโทษก็ควรเหนือกว่าผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่อาจจะได้รับจากการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์นั้นๆ

4.1.1 ประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมาย

ผู้ผลิตหรือหน่วยงานทางการตลาดที่ต้องรับผิดชอบที่ละเมิดกฎหมายอีกควรได้รับโทษที่หนักอย่างมีนัยสำคัญ ในกรณีของการละเมิดกฎหมายซ้ำซากหรือซึ่งหน้า ควรกำหนดบทลงโทษที่เฉียบขาดยิ่งขึ้น รวมทั้งโทษจำคุกหากเป็นไปได้ บทลงโทษควรครอบคลุมถึงข้อมูลผูกพันที่จะต้องแก้ไขการละเมิดที่กระทำไป ตัวอย่างเช่น

- การถอดถอนการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์นั้นๆ
- การพิมพ์โฆษณา คำวินิจฉัยของศาลตามแต่ศาลจะกำหนด โดยคู่กรณี
ศาลกำหนดเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย

- การให้เงินทุนสำหรับการโฆษณา แก่ข้อผิดพลาดหรือการโฆษณาตอบโต้

บทลงโทษควรใช้กับการดำเนินการของห่วงโซ่ทางการตลาดไม่ใช่ใช้กับบุคคลเพียงเท่านั้น (รวมไปถึงห่วงโซ่ทางการตลาดที่เป็นบริษัทที่สามารถถือได้ว่าต้องรับผิดชอบต่อการดำเนินการของห่วงโซ่ทางการตลาด บริษัทที่เกี่ยวข้องซึ่งอยู่นอกอาณาเขตนั้นแต่การดำเนินการมีผลภายในอาณาเขตดังกล่าว) นอกจากนี้ บทลงโทษควรใช้กับการดำเนินการโดยผู้จัดการกรรมการบริษัทเจ้าหน้าที่ และ/หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรมของห่วงโซ่ทางการตลาดบริษัท ในกรณีที่บุคคลเหล่านี้มีภาระรับผิดชอบต่อการดำเนินการของห่วงโซ่ทางการตลาดบริษัทนั้น

การออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ผลิตยาสูบผู้ค้าส่งผู้นำเข้าและผู้ค้าปลีกยาสูบอาจจะ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลในการควบคุมการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์การขอบริษัทหรือการขอต่ออายุใบอนุญาตจะกระทำได้ ต่อเมื่อผู้ขอสามารถรับรองได้ว่าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมาย ในกรณีที่ไม่มีปฏิบัติตามกฎหมาย ใบอนุญาตอาจจะถูกถอนเป็นระยะเวลาที่แน่นอนหรืออาจจะถูกเพิกถอน สำหรับห่วงโซ่ทางการตลาดที่ต้องรับผิดชอบซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการผลิตหรือขายยาสูบ เช่น ผู้แพร่สัญญาณ เมื่อมีการกำหนดว่าห่วงโซ่ทางการตลาดดังกล่าวต้องขอใบอนุญาต ควรมี การเพิ่มหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดว่าด้วยการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ เข้าไปในเกณฑ์การให้การต่ออายุการพัก หรือการเพิกถอน ใบอนุญาต

ถ้ามีบทลงโทษด้วยการป้องปราม เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายอาจจะประสบความสำเร็จในการยับยั้งการปฏิบัติที่ผิดกฎหมายโดยไม่ต้องมีการดำเนินคดีในชั้นศาล (เช่น การป้องปรามด้วยการติดต่อการประชุมการตักเตือนคำวินิจฉัยในทางปกครอง และการผ่อนชำระเบี้ยปรับ)

4.1.2 บัญชีรูปแบบต่างๆ ของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ

เงื่อนไขของกรอบอนุสัญญาฯ ฉบับนี้ได้กำหนดรายการบัญชีรูปแบบต่างๆ ของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบพอสังเขปไว้ในภาคผนวก ดังนี้

- การสื่อสารด้วยวิธีการที่เป็นเสียง ภาพ หรือเป็นเสียงและภาพ สิ่งพิมพ์ (เช่น ภาพยนตร์สิ่งพิมพ์ นิตยสาร จุลสาร แผ่นปลิว ใบปลิว จดหมาย ป้ายโฆษณา ใบปิด ประกาศ (poster) ป้ายโทรทัศน์และวิทยุ (รวมทั้งที่อยู่บนพื้นโลกและผ่านดาวเทียม) ภาพยนตร์ดีวีดี วิดิทัศน์ (video) และแผ่นซีดีเกม (เกมคอมพิวเตอร์ เกมวิดิทัศน์ หรือ เกมออนไลน์) และพื้นที่สื่อสารระบบดิจิทัลอื่นๆ (เช่น อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือ) ละคร หรือการแสดงสดอื่นๆ
- การสร้างเครื่องหมายเป็นตราสินค้า รวมทั้งที่ปรากฏในสถานบันเทิงและร้านค้าปลีก และที่ปรากฏบนยานพาหนะและเครื่องมือ (เช่น ด้วยการใช้สีต่างๆ ของตราสินค้า หรือการจัดวางสีตราสัญลักษณ์หรือ เครื่องหมายการค้า)
- การจัดแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย
- เครื่องจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบอัตโนมัติ
- การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทางอินเทอร์เน็ต
- การใช้ตราสินค้ากับสินค้าอื่น และการใช้ตราสินค้าร่วมกัน (การกระจายผลิตภัณฑ์)
- การโฆษณาแฝง (คือการใส่หรือการอ้างอิงถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ บริการเกี่ยวกับหรือเครื่องหมายการค้าของยาสูบเข้าไปในบริบทของการสื่อสาร เพื่อเป็นการตอบแทนการได้รับเงินหรือค่าตอบแทนอื่นๆ
- การจัดให้มีของขวัญหรือสินค้าลดราคาเมื่อมีการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบ (เช่น พวงกุญแจเสื้อที่เชิร์ตหมวกเบสบอลที่จุดบุหรี่)
- การจัดให้มีตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบแจกฟรี รวมถึงตัวอย่างแจกฟรี ขณะทำการสำรวจทางการตลาดและการทดลองสัมผัสรสชาติของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- การส่งเสริมการขายโดยใช้สิ่งจูงใจ หรือแผนสร้างความภักดีในสินค้า เช่น การมอบคูปองแลกของเมื่อซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบ

- การจัดการแข่งขันที่เชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์หรือตราสินค้ายาสูบ ไม่ว่าจะมีความเชื่อมโยงที่ต้องซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือไม่ก็ตาม

- การวางเป้าโดยตรงไปที่รายบุคคลโดยมีการให้วัสดุส่งเสริมการขาย (รวมทั้งวัสดุที่ให้ข้อมูลข่าวสาร) เช่นการขายทางไปรษณีย์ การเสนอขายทางโทรศัพท์ “การสำรวจผู้บริโภค” หรือ “การวิจัย”)

- การส่งเสริมการขายสินค้าลดราคา

- การขายหรือการจัดหาของเด็กเล่นหรือขนมที่มีลักษณะคล้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ

- การจ่ายเงินหรือการบริจาครูปแบบอื่นให้แก่ผู้ค้าปลีกเพื่อสนับสนุนหรือชักจูงผู้ค้าปลีกให้ขายผลิตภัณฑ์ รวมทั้งแผนให้สิ่งจูงใจแก่ผู้ค้าปลีก (เช่น การมอบรางวัลให้ผู้ค้าปลีก)

- บรรลุภัณฑ์และลักษณะเด่นของการออกแบบผลิตภัณฑ์

- การจ่ายเงินหรือค่าตอบแทนรูปแบบอื่น เพื่อแลกกับการขายผลิตภัณฑ์เฉพาะอย่าง หรือการขายผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิตเพียงรายเดียวในร้านค้าปลีกสถานที่เฉพาะ หรือสถานที่จัดเหตุการณ์พิเศษ (การแข่งขันกีฬา การแสดงงานเลี้ยง ฯลฯ) หรือการจัดแสดงผลิตภัณฑ์ให้สะดุดตา

- การขายการจัดหาการจัดวางและการจัดแสดงผลิตภัณฑ์ในสถาบันการศึกษา หรือในสถานที่จัดงานเลี้ยงรับรองการเล่นกีฬา กิจกรรมบันเทิงการแสดงดนตรีการเดินร่ำและงานสังคม หรือในสถานที่จัดเหตุการณ์พิเศษอื่นๆ

- การจัดหาการสนับสนุนด้านการเงินหรือด้านอื่นๆ ให้แก่การจัดเหตุการณ์พิเศษ กิจกรรมต่างๆ บุคคลหรือกลุ่มบุคคล (เช่นการจัดกีฬาหรือการจัดงานศิลปวัฒนธรรม นักกีฬาหรือทีมนักกีฬา ศิลปินรายบุคคลหรือกลุ่มทางศิลปะ องค์การด้านสวัสดิการนักการเมืองผู้สมัครเข้าชิงตำแหน่งทางการเมือง หรือพรรคการเมือง) ไม่ว่าจะเข้าไปเพื่อแลกกับการประกาศโฆษณา (ให้แก่ผู้ให้การสนับสนุน) หรือไม่ก็ตาม รวมถึงการจัดกิจกรรมรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัทด้วย

- การดำเนินการของอุตสาหกรรมยาสูบเพื่อจัดหาการสนับสนุนด้านการเงินหรือด้านอื่นๆ ให้แก่ผู้ประกอบการสถานบันเทิง เช่น ผับคลับ หรือสถานที่พักผ่อนหย่อนใจอื่นๆ เพื่อแลกกับการก่อสร้างหรือการบูรณะซ่อมแซมบริเวณสถานที่ของสถานบันเทิงดังกล่าว

ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือการใช้ยาสูบ หรือการจัดหาผ้าใบบังแดดและ
ม่านบังแดด

4.1.3 มาตรการอื่นที่ขจัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้ อุปถัมภ์ข้ามเขตแดน

ข้อเสนอแนะเรื่องมาตรการอื่นๆ ที่อาจจะสนับสนุนการจัดการโฆษณา การ
ส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดน

1. ในระหว่างการประชุมพิจารณา คณะทำงานตั้งข้อสังเกตว่าการร่วมมือระหว่าง
ประเทศเป็นปัจจัยจำเป็นแก่การกำจัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้
อุปถัมภ์ของยาสูบทั้งในประเทศและข้ามเขตแดน คณะทำงานได้รับมอบหมายจากที่
ประชุมร่วมประเทศสมาชิก (Conference of the Parties) ให้จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ
มาตรการอื่นๆ ที่อาจจะช่วยกำจัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์
ข้ามเขตแดนข้อเสนอแนะดังกล่าวจะนำเสนอแนบจากนี้

2. เมื่อได้พิจารณาข้อที่ว่าประสิทธิผลของความพยายามที่จะกำจัดการโฆษณา
การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนของยาสูบ ไม่เพียงขึ้นอยู่กับการ
ริเริ่มในส่วนของแต่ละประเทศสมาชิกเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับขอบเขตที่บรรดาประเทศ
สมาชิกร่วมมือกันในการแก้ปัญหาของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้
อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนของยาสูบอีกด้วย และได้พิจารณาข้อที่ว่าประเทศสมาชิกของ
กรอบอนุสัญญาฯ ฉบับนี้หลายประเทศสมาชิกได้รับที่จะปฏิบัติตามพันธกรณีเกี่ยวกับการ
ร่วมมือระหว่างประเทศ รวมทั้งพันธกรณีภายใต้ข้อ 13-6 (การร่วมมือกันในการพัฒนา
เทคโนโลยีและวิธีการอื่นๆ อันจำเป็นแก่การเฝ้าระวังให้มีการกำจัดการโฆษณาข้ามเขต
แดน) ข้อ 19 (ความรับผิดชอบ) ข้อ 20 (การวิจัย การเฝ้าระวัง และการแลกเปลี่ยนข้อมูล
ข่าวสาร) โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อ 20.4 (แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านวิทยาศาสตร์ เทคนิค
สังคม-เศรษฐกิจ การพาณิชย์ และกฎหมายที่สาธารณชนใช้ประโยชน์ได้ รวมทั้งข้อมูล
ข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจของอุตสาหกรรมยาสูบ) ข้อ 21 (การรายงานและการ
แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร) ข้อ 22 (ความร่วมมือด้านวิทยาศาสตร์ เทคนิคและกฎหมาย
และการจัดหาความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง) และข้อ 26 (ทรัพยากรด้านการเงิน) แล้ว

คณะทำงานมีข้อเสนอแนะว่า การจัดเตรียมและอำนวยความสะดวกให้มีเว็บไซต์
เว็บหนึ่งซึ่งสามารถใช้เป็นศูนย์กลางความรู้เกี่ยวกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และ

การเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนและเป็นช่องทางสำหรับการแจ้งเหตุเมื่อมีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดน สารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ควรอัปโหลด (upload) เข้าสู่เว็บไซต์นี้โดยสม่ำเสมอ และเว็บไซต์นี้ขณะที่ต้องให้การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและความลับทางการค้า (ของอุตสาหกรรมยาสูบ) ก็ควรประกอบด้วยส่วน (section) ดังต่อไปนี้

(1) ส่วนที่ประเทศสมาชิกของกรอบอนุสัญญาฯ ฉบับนี้เท่านั้นสามารถเข้าถึงได้ ประกอบด้วย

(ก) รายการแสดงจุดติดต่อของบรรดาประเทศสมาชิกที่ปรับให้เป็นปัจจุบันเสมอ

(ข) ทะเบียนผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคและจัดการฝึกอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้อง

(ค) ข้อมูลข่าวสารอื่นๆ ที่ประเทศสมาชิกหรือสำหรับงานเลขานุการของกรอบอนุสัญญาฯ จัดหาเพื่อใช้ร่วมกันเฉพาะในบรรดาประเทศสมาชิก

(2) ส่วนที่ประเทศสมาชิกและผู้สังเกตการณ์สามารถเข้าถึงได้ ประกอบด้วย

(ก) สิ่งอำนวยความสะดวกในการรายงานกรณีที่มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดน

(ข) ข้อมูลข่าวสารที่ประเทศสมาชิกหรือสำนักงานเลขานุการของกรอบอนุสัญญาฯ จัดหาเพื่อใช้ร่วมกันในบรรดาประเทศสมาชิก และผู้สังเกตการณ์ ยกเว้นสาธารณชน

(3) ส่วนที่สาธารณชนสามารถเข้าถึงได้ ประกอบด้วย

(ก) ข้อมูลข่าวสารที่ประเทศสมาชิกหรือสำนักงานเลขานุการฯ จัดหาอันอาจจะใช้ร่วมกับสาธารณชนได้

(ข) พยานหลักฐานของผลกระทบจากการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนของยาสูบ และพยานหลักฐานของประสิทธิผลของการห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ

(ค) ลิงค์ (link) ที่เชื่อมโยงกับเว็บไซต์ของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรอื่น การประกันให้มีการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและความลับทางการค้า

(ก) บรรดาประเทศสมาชิกควรระบุจุดติดต่อสำหรับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบให้สำนักงานเลขานุการของกรอบอนุสัญญาฯ ได้รับทราบ และควรแจ้งสำนักงานเลขานุการของกรอบอนุสัญญาฯ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดใดๆ เกี่ยวกับจุดติดต่อดังกล่าว

(ข) เมื่อได้รับแจ้งจากประเทศสมาชิกอื่นถึงการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนของยาสูบที่สงสัยว่าจะมีต้นกำเนิดมาจากหรือก่อนหน้านี้นี้มีต้นกำเนิดมาจากอาณาเขตของประเทศสมาชิกอื่นนั้น บรรดาประเทศสมาชิกควรตอบรับว่าได้รับแจ้งนั้นแล้ว และแจ้งแก่ประเทศสมาชิกผู้แจ้งภายในระยะเวลาอันสมควรให้ทราบถึงการสืบสวนหรือการกระทำอื่นใดที่ได้ดำเนินการไปอันเป็นการตอบสนองการแจ้งดังกล่าว

(ค) บรรดาประเทศสมาชิกควรใช้เว็บไซต์ที่กล่าวข้างต้นในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องให้แก่ประเทศสมาชิกอื่น และในกรณีที่เหมาะสมควรให้แก่ผู้สังเกตการณ์และสาธารณชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับรายละเอียด ดังนี้

- บุคคลหรือหน่วยงานทางการตลาดที่ต้องรับผิดชอบในการผลิตการวางตำแหน่ง และ/หรือ การเผยแพร่ที่ทำให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนของยาสูบ
- วิธีการและรูปแบบใหม่ๆ และเพิ่งเกิดใหม่ของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนของยาสูบ
- พัฒนาการล่าสุดด้านเทคโนโลยี
- บทเรียนที่ได้จากการรณรงค์ในเรื่องการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ข้ามเขตแดนของยาสูบ
- ความต้องการและโอกาสเกี่ยวกับการวิจัย
- บทบัญญัติของกฎหมายหรือข้อบังคับ รวมทั้งลิงค์เชื่อมโยงกับบทบัญญัติของกฎหมายหรือข้อบังคับดังกล่าว
- การฝ่าฝืนหรือการกระทำที่สงสัยว่าเป็นการฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมายหรือข้อบังคับและแหล่งที่มาของการแจ้งหรือคำร้องทุกข์
- ในกรณีที่สมควร การสืบสวนที่อยู่ในระหว่างดำเนินการหรือการดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย

- ในกรณีที่เหมาะสม ผลของการสืบสวนหรือผลของการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายใดๆ ที่เกี่ยวข้อง

- ประมวลคำพิพากษาที่เป็นบรรทัดฐาน รวมทั้งสิ่งอื่นที่เกี่ยวข้องกับประมวลคำพิพากษาดังกล่าว

- แผนงานให้การศึกษ ฝึกอบรมหรือปลูกฝังความตระหนักของสาธารณชนที่ได้วางแผนไว้หรือดำเนินการไปแล้ว

- บรรดาประเทศสมาชิกควรแจ้งให้สำนักงานเลขาธิการ ทราบเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญไม่ว่าจะอยู่ในภาครัฐหรือนอกภาครัฐ ซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคหรือจัดการฝึกอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องให้แก่ประเทศสมาชิกได้

กฎหมายห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายและการเป็นผู้สนับสนุนจะมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อได้บัญญัติให้มีขอบข่ายที่กว้างขวางหรือครอบคลุมทุกด้านตามนิยามที่ได้กำหนดไว้ในกรอบอนุสัญญา การโฆษณาและการส่งเสริมการขายยาสูบ (Tobacco advertising and promotion) หมายถึง “รูปแบบใดก็ตามของการสื่อสาร”

การแนะนำ หรือการกระทำเชิงพาณิชย์ โดยมีจุดหมาย ผล หรือผลที่น่าจะเกิดขึ้นเป็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการใช้ยาสูบไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม การเป็นผู้สนับสนุนของธุรกิจยาสูบ (Tobacco sponsorship) หมายถึง “รูปแบบใดก็ตามของการอุดหนุนแก่เหตุการณ์สำคัญ กิจกรรม หรือบุคคลใดๆ โดยมีจุดหมาย ผล หรือผลที่น่าจะเกิดขึ้นเป็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือการใช้ยาสูบ ไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม”

อย่างไรก็ตาม คำว่า “การโฆษณาและการส่งเสริมการขายยาสูบ” มีความหมายค่อนข้างกว้าง คือ มิได้จำกัดเพียง “การสื่อสาร” แต่หมายรวมถึง “การแนะนำ” และ “การกระทำ” ด้วย

ในทำนองเดียวกัน นิยามของ “การเป็นผู้สนับสนุนของธุรกิจยาสูบ (Tobacco sponsorship) จะครอบคลุมถึง “รูปแบบใดก็ตามของการอุดหนุน” ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงินหรือด้านอื่น โดยไม่คำนึงถึงว่าการอุดหนุนนั้นมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์หรือไม่ หรือมีการประชาสัมพันธ์อย่างไร

โดยสรุป ในการดำเนินการตามข้อ 13 แห่งกรอบอนุสัญญา การควบคุมยาสูบ ประเทศสมาชิกควรดำเนินการให้มีกฎหมายและบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณาการ

ส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้สนับสนุนของธุรกิจยาสูบ ซึ่งกฎหมายควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- การโฆษณา และการส่งเสริมการขาย ตลอดจนการเป็นผู้สนับสนุนทั้งปวงโดยไม่มีข้อยกเว้น การโฆษณา การส่งเสริมการขาย หรือการเป็นผู้สนับสนุนทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

- การกระทำที่มุ่งให้มีการส่งเสริมการขาย และการกระทำที่มีผลหรือน่าจะมีผลเป็นการส่งเสริมการขาย

- การส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบและการใช้ยาสูบ การสื่อสารเชิงพาณิชย์รวมทั้งการแนะนำและการกระทำเชิงพาณิชย์

- การอุดหนุนในรูปแบบใดก็ตามแก่เหตุการณ์พิเศษ (เช่น การแข่งขันกีฬา การแสดง งานเลี้ยง ฯลฯ) กิจกรรม หรือบุคคลใดๆ

- การโฆษณาและการส่งเสริมตราสินค้ายาสูบ รวมทั้งการส่งเสริมประชาสัมพันธ์บริษัททุกรูปแบบ สื่อโฆษณาตามปรกติ (สิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ และวิทยุ) รวมทั้งพื้นที่ของสื่อทั้งปวง ซึ่งรวมถึงอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ และเทคโนโลยีใหม่ประเภทอื่น รวมทั้งภาพยนตร์

นอกจากการห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายและการเป็นผู้สนับสนุนของธุรกิจยาสูบ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามพันธกรณีพื้นฐานแล้ว เพื่อให้การห้ามดังกล่าวเป็นไปอย่างครอบคลุมทุกด้าน ประเทศสมาชิกควรพิจารณาให้มีกฎหมายห้ามดำเนินการในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- การค้าปลีกและการจัดแสดงสินค้า

- การจัดแสดงและการกระทำให้เห็นผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดหมายถือเป็นการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย จึงควรมีกฎหมายห้ามโดยสิ้นเชิงมิให้มีการจัดแสดงใดๆ อีกทั้งห้ามการกระทำที่ทำให้สามารถมองเห็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จุดขาย ซึ่งรวมถึงร้านค้าปลีกที่ตั้งเป็นหลักแหล่งและผู้ขายข้างถนนด้วย นอกจากนี้ ควรห้ามมิให้มีเครื่องหมายผลิตภัณฑ์ยาสูบอัตโนมัติ เพราะเครื่องขายอัตโนมัติที่ปรากฏให้เห็นถือเป็นวิธีการหนึ่งของการโฆษณาและการส่งเสริมการขายบรรจุภัณฑ์และลักษณะเด่นของผลิตภัณฑ์บรรจุภัณฑ์ และการออกแบบผลิตภัณฑ์เป็นองค์ประกอบสำคัญของการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ดังนั้น ควรพิจารณาออกกฎหมายกำหนดให้บรรจุภัณฑ์มีความเรียบง่าย คือ มีสีดำ

และชาว หรือสีอื่นๆ ที่ตัดกันสองสี เพื่อขจัดผลของการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายที่ปรากฏบนบรรจุภัณฑ์ ไม่ควรอนุญาตให้หีบห่อของบุหรี่ปุหรือแต่ละมวน หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ มีลักษณะเด่นที่จะทำให้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นที่ดึงดูดใจ

- การขายทางอินเทอร์เน็ตควรมีการห้ามขายยาสูบทางอินเทอร์เน็ต เพราะโดยสภาวะแล้ว การขายดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการโฆษณาและการส่งเสริมการขายยาสูบ การใช้ตราสินค้าบุหรี่ปุกับสินค้าชนิดอื่นและการใช้ตราสินค้าร่วมกัน

- การใช้ตราสินค้ากับสินค้าชนิดอื่น (Brand stretching) เกิดขึ้นเมื่อมีการนำตราสินค้า สัญลักษณ์ เครื่องหมายการค้า ตราสัญลักษณ์หรือตราการค้า หรือลักษณะเด่นอื่นใด (รวมทั้งสีต่างๆ ที่รวมกันแล้วมีลักษณะเฉพาะ) ของผลิตภัณฑ์ยาสูบไปใช้กับสินค้าอื่นหรือบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบในลักษณะที่ว่า ผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้นน่าจะมีการเชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาสูบดังกล่าว

ส่วนคำว่า “การใช้ตราสินค้าร่วมกัน” เกิดขึ้นเมื่อมีการนำตราสินค้าสัญลักษณ์ เครื่องหมายการค้า ตราสัญลักษณ์หรือลักษณะเด่นอื่นใด (รวมทั้งสีต่างๆ ที่รวมกันแล้วมีลักษณะเฉพาะ) อันปรากฏบนผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาสูบ ไปเชื่อมโยงเข้ากับผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือบริษัทยาสูบในลักษณะที่ว่า ผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือธุรกิจยาสูบนั้นเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์หรือบริการอื่น

กรอบอนุสัญญาฯ ฉบับนี้ แนะนำว่าควร ห้ามมิให้มี “การใช้ตราสินค้ากับสินค้าชนิดอื่น” และ “การใช้ตราสินค้าร่วมกัน” เพราะการกระทำทั้งสองนี้เป็นวิธีการของการโฆษณาและการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ

4.1.4 การห้ามในลักษณะที่เป็นองค์กรเพื่อสังคม

การสร้างภาพให้บริษัทบุหรี่ปุหรือเป็นองค์กรที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมเริ่มมีให้เห็นมากขึ้นโดยการที่บริษัทเหล่านี้ออกมาให้ความช่วยเหลือหน่วยงานหรือชุมชนในรูปแบบต่างๆ ทั้งทางด้านการศึกษา การสาธารณสุข หรือแม้แต่การรักษาสิ่งแวดล้อม ประเทศสมาชิกควรห้ามการรับความช่วยเหลือจากบริษัทบุหรี่ปุหรือที่อ้างว่าเป็นการดำเนินการในลักษณะองค์กรเพื่อสังคม เนื่องจากแท้จริงแล้ว การกระทำในลักษณะดังกล่าวเป็นการให้การสนับสนุนอีกรูปแบบหนึ่ง นอกจากนี้ควรห้ามการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางธุรกิจเพื่อความปลอดภัยทางสังคมให้กับบริษัทบุหรี่ปุหรือเพราะถือเป็นการโฆษณาและส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

4.1.5 การห้ามอย่างเต็มรูปแบบ

การดำเนินการห้ามอย่างเต็มรูปแบบ มิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขายและการเป็นผู้สนับสนุนของธุรกิจยาสูบ จะต้องไม่ไปขัดขวางการแสดงออกประเภทต่างๆ โดยชอบด้วยกฎหมาย เช่น การแสดงออกในด้านการรายงานข่าว ด้านศิลปะหรือวิชาการ หรือการแสดงความคิดเห็นทางสังคม หรือการเมือง อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกควรกำหนดมาตรการป้องกันมิให้มีการใช้การแสดงออกประเภทต่างๆ ข้างต้นเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสูบหรือการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การแสดงข้อความหรือภาพของยาสูบในสื่อบันเทิง

การแสดงข้อความหรือภาพของยาสูบในผลิตภัณฑ์สื่อบันเทิงต่างๆ เช่นภาพยนตร์ ละคร และเกม สามารถมีอิทธิพลอย่างมากต่อการใช้ยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่เยาวชน ดังนั้นประเทศสมาชิกควรกำหนดมาตรการเฉพาะ ดังต่อไปนี้

- การกำหนดให้ต้องมีคำรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรว่าไม่มีการรับผลประโยชน์จากการแสดงข้อความหรือภาพของยาสูบใดๆ
- การห้ามมิให้มีการใช้ตราสินค้ายาสูบหรือภาพหรือวัตถุจำลองของยาสูบอันสามารถระบุได้ว่าเป็นยาสูบตรานั้นๆ
- การกำหนดให้มีประกาศต่อต้านยาสูบในตอนต้นของผลิตภัณฑ์สื่อบันเทิงใดที่แสดงข้อความหรือภาพของผลิตภัณฑ์ยาสูบการใช้ยาสูบหรือภาพลักษณะของยาสูบ
- การดำเนินการให้มีระบบจำแนกประเภทที่คำนึงถึงการแสดงข้อความหรือภาพของยาสูบด้วย เช่น สื่อบันเทิงสำหรับเด็ก (รวมทั้งการ์ตูน) จะไม่มีการแสดงข้อความ หรือภาพของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การใช้ยาสูบ หรือภาพหรือวัตถุจำลองของยาสูบ

4.2 การเฝ้าระวัง การบังคับใช้กฎหมาย และการเข้าถึงความยุติธรรม

ประเทศสมาชิกควรแต่งตั้งหน่วยงานที่มีอำนาจและเป็นอิสระที่จะทำหน้าที่เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในเรื่องนี้ และมอบหมายให้มีอำนาจและทรัพยากรที่จำเป็นองค์การตัวแทนนี้ควรมีอำนาจในการสืบสวนคำร้องทุกข์ ยึดการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายและชี้ขาดคำร้องทุกข์ และ/หรือ ริเริ่ม กระบวนพิจารณาตามกฎหมายตามความเหมาะสม

ภาคประชาสังคมและพลเมืองควรมีส่วนร่วมในการเฝ้าสังเกตและการบังคับใช้กฎหมายห้ามให้เกิดประสิทธิผล เป็นที่คาดหวังได้ว่าภาคประชาสังคม โดยเฉพาะห่วงโซ่ทางการตลาด เช่น องค์กรด้านสาธารณสุขการดูแลสุขภาพการป้องกันภัยการคุ้มครองเยาวชน หรือการคุ้มครองผู้บริโภค จะรับหน้าที่เฝ้าสังเกตอย่างละเอียดถี่ถ้วน และบทบาทของกฎหมายควรระบุไว้ว่าประชาชนมีสิทธิเริ่มการร้องทุกข์

นอกจากนี้ก็ควรเปิดให้มีทางเลือกภายใต้กฎหมายแพ่งที่จะคัดค้านการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ กฎหมายระดับชาติควรให้อำนาจบุคคลใดที่สนใจหรือองค์กรนอกภาครัฐใดๆ ที่จะริเริ่มการดำเนินการทางกฎหมายต่อการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบที่ผิดกฎหมาย

แผนงานการบังคับใช้กฎหมายอาจจะประกอบด้วยบริการโทรศัพท์สายด่วน ร้องเรียนฟรี เว็บไซต์ หรือระบบอื่นที่คล้ายคลึงกันเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนแจ้งเรื่องการละเมิดกฎหมายในเรื่องนี้

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดคำแนะนำว่าประเทศสมาชิกควรริเริ่มและใช้บังคับบทลงโทษที่มีประสิทธิผลเป็นสัดส่วนตามความผิด และสนับสนุนให้ผู้กระทำผิดกลับใจ ประเทศสมาชิกควรแต่งตั้งองค์การรัฐวิสาหกิจองค์การหนึ่งที่มีอำนาจและเป็นอิสระที่จะทำหน้าที่เฝ้าสังเกต และบังคับใช้กฎหมายในเรื่องนี้ และมอบหมายให้อำนาจและทรัพยากรที่จำเป็นภาคประชาสังคมควรมีส่วนร่วมในการเฝ้าสังเกตและการบังคับใช้กฎหมาย รวมทั้งมีโอกาสเข้าถึงความยุติธรรม

4.3 การให้การศึกษแก่สาธารณชน และความตระหนักของชุมชน

ตามเจตนารมณ์ของกรอบอนุสัญญาฯ นี้ประเทศสมาชิกควรส่งเสริมและเสริมสร้างความตระหนักของสาธารณชนในทุกภาคส่วนของสังคมต่อเรื่องการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบโดยใช้เครื่องมือในการสื่อสารทุกประเภทที่ใช้ประโยชน์ได้นอกจากมาตรการอื่นๆ ประเทศสมาชิกควรใช้มาตรการที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้ประชาชนในวงกว้างสามารถเข้าถึงแผนงานให้การศึกษาระดับสูงถึงความตระหนักแก่สาธารณชนที่ครอบคลุมทุกด้านและมีประสิทธิผลโดยเน้นความสำคัญของกฎหมายห้ามที่ครอบคลุมทุกด้านและให้การศึกษแก่สาธารณชนในเรื่องความจำเป็น

ที่ต้องมีกฎหมายนี้รวมทั้งชี้แจงให้สาธารณชนเข้าใจว่า “ทำไมการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของอุตสาหกรรมยาสูบจึงเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้”

การดึงชุมชนให้เข้ามาสนับสนุนด้วยการเฝ้าสังเกตการณ์ปฏิบัติตามกฎหมายและรายงานการฝ่าฝืนกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบ

กรอบอนุสัญญาฯ ได้จัดคำแนะนำว่าประเทศสมาชิกควรส่งเสริมและเสริมสร้างความตระหนักของสาธารณชนในทุกภาคส่วนของสังคมต่อความจำเป็นที่จะต้องกำจัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบกฎหมายต่างๆ ที่ห้ามเรื่องนี้และวิธีการต่างๆ ที่ประชาชนจะสามารถดำเนินการได้ เมื่อพบการฝ่าฝืนกฎหมายดังกล่าว

4.4 ความร่วมมือระหว่างประเทศ

ประสิทธิผลของความพยายามที่จะกำจัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบไม่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับการริเริ่มความพยายามดังกล่าว ในส่วนของแต่ละประเทศสมาชิกแต่ยังขึ้นอยู่กับขอบเขตที่บรรดาประเทศสมาชิกร่วมมือกันในการแก้ปัญหาของการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบอีกด้วย การร่วมมือกันระหว่างประเทศที่มีประสิทธิผลจะเป็นปัจจัยจำเป็นแก่การกำจัดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์ของยาสูบทั้งภายในประเทศและข้ามเขตแดน

สรุป

ประเทศสมาชิกมีข้อผูกพันที่จะต้องริเริ่มให้มีกฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนของธุรกิจยาสูบอย่างเต็มรูปแบบ การห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนของธุรกิจยาสูบในทุกรูปแบบที่จะส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดๆ การกำหนดให้มีค่าเตือนหรือข้อความด้านสุขภาพหรือด้านอื่นๆ ที่เหมาะสม เมื่อมีการโฆษณายาสูบ ทั้งนี้ ค่าเตือนดังกล่าวควรมีน้อยสอดคล้องกับค่าเตือนที่ปรากฏบนบรรจุภัณฑ์ซึ่งประเทศสมาชิกต้องกำหนดตามข้อ 11 ของกรอบอนุสัญญาฯ

นอกจากนี้ ควรกำหนดให้ธุรกิจยาสูบต้องเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนโดยธุรกิจยาสูบ เช่น เนื้อหา รูปแบบ ประเภท

ของสื่อที่ใช้ ชื่อบริษัทที่รับทำการโฆษณาและบริษัทผู้สร้างชิ้นงานโฆษณารวมทั้งตัวเลข
ค่าใช้จ่ายในการโฆษณา ฯลฯ โดยต้องเปิดเผยแก่หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องตามที่
กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ ควรดำเนินการให้สาธารณชนสามารถใช้ประโยชน์ข้อมูล
เปิดเผยดังกล่าวได้โดยง่ายดาย



บทที่ 5

นโยบายและมาตรการภาพคำเตือนผลิตภัณฑ์ยาสูบ

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. กรอบการควบคุมการบรรจุหีบห่อและการปิดฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ
2. พื้นที่โฆษณาเกี่ยวกับพื้นที่ภาพคำเตือน
3. คำเตือนบนซองบุหรี่ : การส่งข้อความสุขภาพถึงสาธารณะ
4. มาตรการภาพคำเตือนในระดับนานาชาติ
5. มาตรการภาพคำเตือนในประเทศไทย
6. ทิศทางภาพคำเตือนในอนาคต : บุหรี่ซองเรียบง่าย ปราศจากสีสັນ

1. กรอบการควบคุมการบรรจุหีบห่อและการปิดฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรา 11 แห่งกรอบการทำงานว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบ องค์การอนามัยโลก (การบรรจุหีบห่อและการปิดฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ) มีแนวทางการทำงานควบคุมยาสูบมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิกในการปฏิบัติตามภาระหน้าที่

1.1 เงื่อนไขเกี่ยวกับการบรรจุหีบห่อและการปิดฉลากที่มีประสิทธิภาพ

ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการออกแบบมาเป็นอย่างดีคือส่วนหนึ่งของมาตรการอันหลากหลายที่มีประสิทธิภาพในการประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพและลดการบริโภคยาสูบ หลักฐานที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการแสดงไว้อย่างเด่นชัดบนหีบ

ห่อ เมื่อเปรียบเทียบกับ การแสดงข้อความเตือนขนาดเล็กเพียงอย่างเดียว ข้อความเตือนขนาดใหญ่ที่มีภาพประกอบจะได้รับความสนใจมากกว่า สามารถสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพได้ดีกว่า กระตุ้นความรู้สึกและความต้องการของผู้สูบบุหรี่ที่จะเลิกสูบ และลดปริมาณการบริโภคยาสูบลงได้ ภาพเตือนขนาดใหญ่ยังจะมีประสิทธิผลมากกว่าในระยะยาว โดยเฉพาะจะเป็นช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากกว่าสำหรับกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดด้านการอ่านเขียน เด็ก และเยาวชน ส่วนประกอบอื่นๆ ที่จะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพรวมถึงการจัดวางตำแหน่งของข้อความและคำเตือนบนด้านหลักของหีบห่อ และส่วนบนของด้านที่มีขนาดใหญ่ของหีบห่อ การใช้สีสดใสแทนที่จะเป็นข้อความขาวดำ การบังคับให้แสดงข้อความคำเตือนมากกว่าหนึ่งด้านของหีบห่อ และการพิจารณาเปลี่ยนแปลงข้อความและคำเตือนเป็นระยะๆ

1) พื้นที่คำเตือน

มาตรา 11.1 (a) ของกรอบอนุสัญญา การควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO-FCTC) กล่าวว่า 'ภายใน 3 ปีหลังจากร่วมลงสัตยาบันรณ ประเทศสมาชิกนั้นจะดำเนินการบังคับใช้ภายใต้กฎหมายระดับชาติ' มาตรการที่มีประสิทธิผลเพื่อให้มั่นใจว่าหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบและฉลากข้อมูลจะไม่ส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบเพื่อให้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง ไม่ถูกต้อง หลอกลวง หรือสร้างความเข้าใจผิด เกี่ยวกับคุณสมบัติ ผลกระทบต่อสุขภาพ อันตรายหรือควั่นระเหย รวมทั้งข้อความ คำอธิบาย ฯลฯ สัญลักษณ์ ตัวเลข หรือเครื่องหมายอื่นๆ ซึ่งสร้างความเข้าใจผิดทั้งทางตรงและทางอ้อมว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้นมีอันตรายน้อยกว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ซึ่งอาจจะรวมถึงคำว่า "ปริมาณน้ำมันดินต่ำ (low tar)" "เบาบาง (light)" "เบาบางมาก (ultra-light)" หรือ "เจือจาง (mild)" (World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control, 2011)

บริษัทยาสูบต่างใช้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างกว้างขวาง เพื่อเป็นช่องทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุหรืตราสินค้าต่างๆ ก่อนทศวรรษ 1950s หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบมีน้อยมากที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับของน้ำมันดิน หรือข้อมูลอื่นๆ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุให้ผู้สูบบุหรี่นี้ถึงความเสี่ยงทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม หลังจากการเผยแพร่รายงานของสำนักแพทย์ใหญ่ของสหรัฐอเมริกา (Surgeon General's report) เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1964 บริษัทบุหรืต่างๆ

แสวงหาทางที่จะสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้บริโภคอย่างกระตือรือร้น เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ ยาสูบ แนวทางหลักของกลยุทธ์การตลาดคือ การขยายตราสินค้าผลิตภัณฑ์ต่างๆ ใน ขณะเดียวกัน การส่งเสริมความแตกต่างของอัตราเสี่ยงต่อสุขภาพของตราสินค้าต่างๆ และ บูรณาการกลยุทธ์การตลาดนี้เข้าไปในการออกแบบผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ โดยการสัญญา การพัฒนาถิ่นกรองและรายงานระดับที่ต่ำของน้ำมันดินและนิโคตินในไอระเหยและควัน ผู้บริโภคที่ติดนิโคตินยินดีต่อรับตราสินค้าบุหรี่ยี่ห้อนี้เป็นทางเลือกแทนที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Millar WJ, 1996; Market system Inc., 2011)

ในมาตรา 11.1 (b) ของกรอบอนุสัญญาฯ การควบคุมการบริโภคยาสูบของ องค์การอนามัยโลก กล่าวไว้ว่า “พื้นที่ค่าเตือนด้านสุขภาพจะต้องไม่น้อยกว่า 30% แต่ควร จะเป็น 50% หรือมากกว่าของพื้นที่บนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ และอาจจะมีภาพคำเตือน รวมอยู่ด้วย เมื่ออุตสาหกรรมยาสูบใช้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นช่องทางในการโฆษณา ประชาสัมพันธ์และการตลาด พื้นที่ดังกล่าวสามารถใช้เป็นช่องทางการสื่อสารโดยภาครัฐ ได้เช่นกัน ข้อความสุขภาพบนซอง/กล่องยาสูบต้องการสื่อสารถึงความเสี่ยงทางสุขภาพ จากการสูบบุหรี่ ข้อความสุขภาพมีประสิทธิผลในการลดการบริโภคยาสูบ โดยจูงใจให้ผู้สูบ บุหรี่พยายามเลิกสูบบุหรี่ หรือสูบให้น้อยลง คำเตือนสุขภาพช่วยลดความน่าสนใจของ ซอง/กล่องบุหรี่ยี่ห้อต่อกลุ่มเยาวชน (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2551)

2) ส่วนประกอบของการออกแบบในด้านตำแหน่ง

มาตรา 11.1 (b)(iii) ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดไว้ว่าแต่ละประเทศสมาชิก จะต้องยอมรับและดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นหลักประกันว่าข้อความและ ภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีขนาดใหญ่ ชัดเจนมองเห็นได้ชัด และอ่านง่าย ตำแหน่ง และการจัดวางข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนหีบห่อจะต้องสามารถ มองเห็นได้อย่างชัดเจนมากที่สุด การวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าข้อความและภาพคำเตือน เกี่ยวกับสุขภาพจะมองเห็นได้ชัดเจนกว่าเมื่อวางไว้ส่วนบนของด้านหน้าและด้านหลังของ หีบห่อ มากกว่าที่จะวางตำแหน่งไว้ด้านล่าง ประเทศสมาชิกควรกำหนดให้มีการจัดวาง ตำแหน่งของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพดังต่อไปนี้

- ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง (หรือบนด้านหลังๆ ทั้งหมด หากมีมากกว่าสอง ด้าน) ของซองหรือหีบห่อ แทนที่จะแสดงไว้เพียงด้านเดียว เพื่อเป็นหลักประกันว่าข้อความ และภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพจะสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนมากที่สุด และ

ตระหนักว่าด้านหน้าของช่องหรือกล่องเกือบทุกชนิดคือบริเวณที่มองเห็นได้ชัดเจนมากที่สุดสำหรับผู้สูบบุหรี่

- บนด้านหลังของช่องหรือหีบห่อ โดยเฉพาะส่วนบนของด้านหลัง แทนที่จะเป็นส่วนล่าง เพื่อให้สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนมากที่สุด

- ในรูปแบบที่การเปิดหีบห่อตามปกติจะไม่ทำลายหรือปกปิดข้อความหรือภาพคำเตือนอย่างถาวร

นอกเหนือจากข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพแล้ว ประเทศสมาชิกควรพิจารณาในการบังคับให้มีการแสดงข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนทุกด้านของหีบห่อ รวมไปถึงใบแทรกและใบปิดหีบห่อ

ประเทศสมาชิกควรดำเนินมาตรการเพื่อให้มั่นใจว่า ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพจะไม่ถูกปิดบังโดยลักษณะของการบรรจุหีบห่อหรือการปิดฉลาก การทำเครื่องหมาย หรือโดยใบปิด-ใบแทรก และนอกจากนี้ ในการกำหนดขนาดและตำแหน่งของการทำเครื่องหมายอื่นๆ เช่นอาการเสตมปี หรือการทำเครื่องหมายอื่นใดตามที่กำหนดไว้ในมาตราที่ 15 ของกรอบอนุสัญญาฯ เครื่องหมายดังกล่าวเหล่านั้นจะต้องไม่ปิดบังส่วนใดส่วนหนึ่งของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาเพิ่มเติมมาตรการใหม่ๆ เกี่ยวกับการจัดวางตำแหน่ง รวมไปถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ การกำหนดให้มีการพิมพ์ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนส่วนห่อหุ้มกันกรองของบุหรี่ และ/หรือวัสดุที่เกี่ยวข้องอื่นๆ อาทิ เช่น หีบห่อหลอดบรรจุบุหรี่ซิการ์เรต ซองกันกรอง ซองกระดาษมวนบุหรี่ หรืออุปกรณ์อื่นๆ เช่นเดียวกับที่ใช้กับเครื่องสูบบุหรี่ที่สูบผ่านน้ำ

3) ขนาด

มาตราที่ 11.1 (b)(iv) ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดไว้ว่า ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบควรมีขนาด 50% หรือมากกว่า แต่ไม่น้อยกว่า 30% ของพื้นที่บนด้านหลัง ทั้งนี้เนื่องจากหลักฐานที่ระบุว่าประสิทธิภาพของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามขนาด ประเทศสมาชิกควรพิจารณา กำหนดให้ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพมีขนาดมากกว่า 50% ของด้านหลัง และควรมีขนาดใหญ่มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้บนพื้นที่ของด้านหลัง ลักษณะตัวอักษรข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพควรเป็นตัวพิมพ์หนา มีขนาดที่สามารถ

อ่านได้ง่าย และใช้รูปแบบและสีของตัวอักษรโดยรวมที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนและอ่านง่าย

สำหรับกรอบข้อความ ประเทศสมาชิกควรพิจารณาไม่รวมพื้นที่ของกรอบข้อความกับพื้นที่ของตัวข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ ในการคำนวณสัดส่วนของพื้นที่แสดงข้อความเตือน นั่นก็คือ พื้นที่สำหรับกรอบข้อความควรเป็นส่วนเพิ่มเติมของพื้นที่ของข้อความเตือน และไม่นำมาคำนวณรวมกัน

4) การใช้ภาพประกอบ

มาตราที่ 11.1 (b)(v) ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดไว้ว่า ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนฉลากและหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบจะต้องมีรูปแบบที่รวมเอาภาพถ่ายหรือภาพประกอบเข้าไว้ด้วยกัน หลักฐานได้แสดงให้เห็นว่าข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่มีรูปภาพและข้อความประกอบจะมีประสิทธิภาพมากกว่าที่จะมีข้อความเพียงอย่างเดียวเป็นอย่างมาก นอกจากนี้แล้วยังจะมีโอกาสเข้าถึงประชากรกลุ่มที่ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ต่ำ รวมไปถึงผู้ที่ไม่สามารถอ่านภาษาที่ใช้พิมพ์ข้อความคำเตือนนั้นได้ ประเทศสมาชิกควรกำหนดให้มีการใช้ภาพถ่ายหรือภาพประกอบที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของประเทศ บนหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากนี้แล้วประเทศสมาชิกยังควรพิจารณาให้มีการแสดงภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนด้านหลักของหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งสองด้าน (หรือบนด้านหลักทุกด้านหากมีมากกว่าสองด้าน)

ข้อความคำเตือนที่มีภาพประกอบจะมีคุณสมบัติที่ดีกว่าคำเตือนข้อความกล่าวคือ

- ดึงดูดความสนใจได้มากกว่า
- มีประสิทธิภาพมากกว่า ตามความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่
- มีประสิทธิผลต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานกว่า
- สามารถสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพต่อผู้สูบบุหรี่ได้ดีกว่า
- กระตุ้นให้เกิดการยั้งคิดเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่ และกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่
- ยกกระดับความตื่นตัวและความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ และ
- มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่สูงกว่า

ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพแบบที่มีภาพประกอบยังอาจเป็นการยับยั้งผลของการแสดงภาพโฆษณาตราสินค้าบนหีบห่อ และลดความน่าสนใจโดยรวมของหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบลง

ในการออกแบบภาพที่จะใช้บนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ หากเป็นไปได้ ประเทศสมาชิกควรจัดให้มีกรรมสิทธิ์ หรือลิขสิทธิ์ แทนที่จะปล่อยให้หีบห่อออกแบบกราฟิก หรือบุคคลอื่นเป็นผู้ครอบครองกรรมสิทธิ์ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในระดับสูงสุดในการนำภาพดังกล่าวไปใช้ในมาตรการอื่นๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมไปถึงการรณรงค์สื่อสารมวลชน และการเผยแพร่ผ่านอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ ยังสามารถอนุญาตให้ประเทศสมาชิกได้มีสิทธิในการใช้ภาพดังกล่าว ได้

5) สี

การใช้ภาพสี แทนที่จะเป็นภาพขาวดำ จะทำให้ภาพที่เป็นส่วนประกอบของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพมีความโดดเด่นขึ้นเป็นอย่างมาก ดังนั้นประเทศสมาชิกควรกำหนดให้มีการใช้ภาพสี (พิมพ์สี) สำหรับภาพประกอบข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ แทนที่จะเป็นเพียงภาพขาวดำประเทศสมาชิกควรเลือกใช้สีของพื้นหลังและตัวอักษรที่ตัดกันเพื่อให้มีความเด่นชัด และทำให้ส่วนของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพสามารถมองเห็นและอ่านได้ชัดเจนมากที่สุด

6) การหมุนเวียนภาพ

มาตราที่ 11.1 (b)(ii) ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดไว้ว่า ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพควรมีการหมุนเวียนสลับเปลี่ยนเป็นระยะ การหมุนเวียนอาจดำเนินการได้โดยการใช้หลายข้อความและภาพคำเตือนพร้อมกัน หรือโดยการกำหนดวันที่ซึ่งข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพจะเปลี่ยนใหม่ ทั้งนี้ประเทศสมาชิกควรพิจารณาปรับใช้ทั้งสองวิธีการ

ผลของการหมุนเวียนสลับเปลี่ยนข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จากหลักฐานชี้ให้เห็นว่าผลกระทบในการลดการบริโภคยาสูบจะลดลงตามระยะเวลาของการใช้ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่ซ้ำๆ ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพได้มากขึ้น การหมุนเวียนเปลี่ยนข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพและเปลี่ยน

รูปแบบจึงมีความจำเป็นต่อการคงความโดดเด่น สะดุดตา และเพิ่มผลกระทบในการลด การบริโภคยาสูบได้เป็นอย่างดี

ประเทศสมาชิกควรกำหนดจำนวนข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่ จะต้องจัดให้มีบนหีบห่อในคราวเดียวกัน นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกยังควรมีการพิมพ์ ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพออกมาเป็นชุดเพื่อให้มีข้อความเตือนบนหีบห่อ จำนวนยี่สิบเป็นจำนวนเท่าๆ กัน ไม่เฉพาะสำหรับตราสินค้าใดตราสินค้าหนึ่งเท่านั้น แต่ ยังแยกออกเป็นผลิตภัณฑ์กลุ่มย่อยของแต่ละตราสินค้า สำหรับการบรรจุแต่ละชนิดและ แต่ละขนาดบรรจุด้วย

ประเทศสมาชิกควรพิจารณากำหนดให้มีข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับ สุขภาพอย่างน้อย 2 ชุด หรือมากกว่าเพื่อการหมุนเวียนสลับสับเปลี่ยนตามระยะเวลาที่ กำหนดไว้ ยกตัวอย่างเช่น ทุก 12 – 36 เดือน และในช่วงที่จะมีการหมุนเวียนสลับเปลี่ยนชุด ภาพคำเตือนและข้อความคำเตือนด้วยภาพชุดใหม่ ประเทศสมาชิกควรที่จะกำหนด ระยะเวลาเปลี่ยนภาพและข้อความชุดใหม่ โดยในระยะเวลาดังกล่าว อาจมีการใช้ข้อความ และภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพทั้งสองชุดไปพร้อมๆ กัน

7) เนื้อหาของข้อความคำเตือน

การใช้ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่หลากหลายมีโอกาที่จะเพิ่ม ประสิทธิภาพในการลดการบริโภคยาสูบ เนื่องจากข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับ สุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลแต่ละกลุ่มต่างกันออกไป นอกเหนือไปจากคำเตือนด้าน อันตรายต่อสุขภาพแล้ว ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพควรมีสาระที่ หลากหลายโดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ รวมถึงอันตรายและผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ได้รับ รวมทั้งผลกระทบจากควันบุหรี่ที่ได้รับ อาทิ เช่น

- คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่
- การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการเสพติด
- ผลเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม (ความสิ้นเปลืองค่าบุหรี่เป็นรายปี)
- ผลกระทบของการสูบบุหรี่ที่สำคัญในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (อาทิ การเจ็บป่วยก่อนวัยอันควรของพ่อเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ หรือการเสียชีวิตของบุคคลที่เรารัก เนื่องมาจากการสัมผัสควันบุหรี่ เป็นต้น)

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาสาระ ประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ยกตัวอย่างเช่น ผลเสียต่อสภาพแวดล้อมและการดำเนินธุรกิจของอุตสาหกรรมยาสูบ

สิ่งที่สำคัญก็คือการสื่อสารข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพออกไปด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่ในลักษณะที่เป็นทางการ ให้ข้อมูลความรู้ แต่ไม่ใช่เป็นการตัดสินผู้ใด ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพควรจะนำเสนอด้วยภาษาที่เรียบง่าย ชัดเจน และกระชับ มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพสามารถนำเสนอได้ในหลายรูปแบบ เช่น ประสิทธิภาพจริงและข้อมูลสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ เป็นต้น

มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากมีการเชื่อมโยงกับความรู้สึกในเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และเมื่อข้อความนั้นมุ่งเจาะจงไปที่ตัวบุคคล เพื่อให้ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพนั้นมีความน่าเชื่อถือและมีความเกี่ยวข้องกับตัวผู้สูบบุหรี่เอง ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ เช่น ความกลัว ก็ใช้ได้ผลเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้ร่วมกับข้อมูลที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อสร้างแรงกระตุ้นและความเชื่อมั่นให้กับผู้สูบบุหรี่ ว่าพวกเขามีความสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่

การกำหนดให้มีคำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ และข้อมูลสถานที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่บนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น เว็บไซต์ หรือหมายเลขโทรศัพท์แบบโทรฟรี “สายด่วนเลิกบุหรี่” ซึ่งจะมีความสำคัญต่อการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ ประเทศสมาชิกควรตระหนักว่าความต้องการเลิกสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้นจำเป็นต้องมีการจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติมไว้รองรับ

8) ภาษา

มาตราที่ 11.3 ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดไว้ว่าแต่ละประเทศสมาชิกจะต้องกำหนดให้คำเตือนและข้อความที่เป็นข้อมูลอื่นๆ ตามที่กำหนดไว้ในมาตราที่ 11.1(b) และมาตราที่ 11.2 ปรากฏอยู่บนแต่ละหีบห่อบรรจุภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมไปถึงฉลากและหีบห่อภายนอกอื่นใดก็ตาม ของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว โดยใช้ภาษาราชการของประเทศสมาชิก แต่ภายในประเทศที่ใช้ภาษาราชการมากกว่าหนึ่งภาษา ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่จัดให้มีบนแต่ละด้านหลักของหีบห่อสามารถมีได้มากกว่าหนึ่งภาษา หรืออีกทางเลือกหนึ่ง อาจมีการแสดงข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพหนึ่งภาษา

ต่อหนึ่งด้านหลักของหีบห่อ และในกรณีที่มีความเหมาะสม อาจใช้หลายภาษารวมกันได้ สำหรับภูมิภาคที่แตกต่างกัน

9) การอ้างอิงแหล่งข้อมูล

ข้อมูลที่มีการอ้างอิงแหล่งที่มาจะทำให้สามารถระบุแหล่งข้อมูลสำหรับข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีความเห็นหลายแนวทางว่าการอ้างอิงควรจะเป็นส่วนหนึ่งของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ บางประเทศมีการอ้างอิงแหล่งข้อมูลเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ ในขณะที่บางประเทศตัดสินใจไม่ระบุแหล่งข้อมูล เนื่องจากเกรงว่าจะดึงดูดความสนใจออกไปจากเนื้อหาของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ ในกรณีที่จำเป็นจะต้องระบุแหล่งข้อมูล ส่วนใหญ่แล้วจะจัดวางไว้ข้างท้ายคำเตือน โดยใช้ขนาดตัวอักษรที่เล็กกว่าข้อความคำเตือนส่วนอื่น และในบางกรณีจำเพาะของแต่ละประเทศ เช่น ความเชื่อและทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายย่อย จะเป็นตัวตัดสินว่าการอ้างอิงแหล่งข้อมูลจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือ หรือจะเป็นตัวถ่วงต่อการลดการบริโภคยาสูบโดยรวม

ในกรณีที่มีความจำเป็น การอ้างอิงแหล่งข้อมูลควรระบุแหล่งข้อมูลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีความน่าเชื่อถือ ยกตัวอย่างเช่น หน่วยงานด้านสาธารณสุขของประเทศ ข้อความควรมีขนาดเล็กพอที่จะไม่ดึงดูดความสนใจโดยรวมไปและบั่นทอนประสิทธิผลของคำเตือน แต่ก็ควรมีขนาดใหญ่พอที่จะอ่านได้อย่างชัดเจน

10) ข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบและควันบุหรี่

มาตราที่ 11.2 ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดไว้ว่า นอกเหนือไปจากคำเตือนที่กำหนดไว้ในมาตราที่ 11.1 (b) แล้ว หีบห่อบรรจุภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมด รวมไปถึงฉลากและหีบห่อภายนอกอื่นใดก็ตามของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวยังคงควรมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับส่วนประกอบและควันบุหรี่ ตามที่หน่วยงานราชการกำหนดไว้

ในการปฏิบัติตามภาระหน้าที่ในข้อนี้ ประเทศสมาชิกควรกำหนดให้มีการแสดงข้อความลักษณะของสารพิษในควันบุหรี่ บนหีบห่อบรรจุภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ตัวอย่างของข้อความ อาทิ เช่น “ควันบุหรี่มีสารเบนซิน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง” และ “การสูบบุหรี่จะได้รับสารก่อมะเร็งมากกว่า 60 ชนิด” ประเทศสมาชิกควรกำหนดให้ข้อความเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของด้านหลักของหีบห่อบรรจุภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือบนด้านรอง (เช่น

ด้านข้างของซองบุหรี่) ซึ่งไม่ใช่พื้นที่ซึ่งกำหนดไว้สำหรับข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ

ประเทศสมาชิกควรหลีกเลี่ยงการกำหนดให้มีข้อความแสดงปริมาณหรือลักษณะของส่วนประกอบหรือควีนนูหรือบนหีบห่อบรรจุภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในลักษณะที่จะชี้แนะว่าบุหรี่ตราสินค้าหนึ่งมีอันตรายน้อยกว่าตราสินค้าอื่นๆ เช่น ปริมาณน้ำมันดิน นิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ หรือข้อความเช่น “นูหรือเหล่านี้มีปริมาณไนโตรซามีนในปริมาณที่ต่ำ”

1.2 กระบวนการพัฒนาเงื่อนไขเกี่ยวกับหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ การพิจารณาจำแนกประเภทผลิตภัณฑ์

มาตราที่ 11.1 (b) ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดไว้ว่าประเทศสมาชิกจะต้องยอมรับและดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ หีบห่อบรรจุภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมไปถึงฉลากและหีบห่อภายนอกอื่นใดต้องมีข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ควรมีข้อยกเว้นสำหรับบริษัท หรือตราสินค้า ที่มีปริมาณการผลิตต่ำ หรือสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดที่ต่างกันออกไป ประเทศสมาชิกควรพิจารณากำหนดให้มีข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกันสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่างๆ เช่น บุหรี่ซิการ์ แรต ชิการ์ บุหรี่ไร้ควัน ยาเส้น บุหรี่พื้นเมือง ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ เพื่อให้มีความสำคัญเกี่ยวกับผลกระทบจำเพาะต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากผลิตภัณฑ์เหล่านั้น

1) บรรจุภัณฑ์ชนิดต่างๆ

ประเทศสมาชิกควรทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีอย่างหลากหลาย ลักษณะการบรรจุหีบห่อที่พบในประเทศ และควรพิจารณาว่าจะใช้ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนหีบห่อบรรจุภัณฑ์แต่ละชนิดอย่างไร เช่น กระจังดีบุกเคลือบ กล่องชนิดอื่นๆ กล่องกระดาษ (ห่อ) ของกระดาษ กล่องชนิดเปิด ด้านบน กล่องแบบเลื่อนเปิด วัสดุห่อหุ้มบรรจุภัณฑ์ กล่องขนาดใหญ่ พลาสติกใสห่อหุ้มบรรจุภัณฑ์ หรือวัสดุใสห่อหุ้มผลิตภัณฑ์หนึ่งมวน เป็นต้น

2) กลุ่มเป้าหมายย่อย

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาออกแบบคำเตือนสำหรับกลุ่มย่อย เช่น กลุ่มเยาวชน และปรับเปลี่ยนจำนวนของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ ให้มีการหมุนเวียนตามความเหมาะสม

3) การทดสอบก่อนวางตลาด

ขึ้นอยู่กับงบประมาณและเวลาที่มีอยู่ ประเทศสมาชิกควรพิจารณาให้มีการทดสอบก่อนวางตลาด เพื่อประเมินประสิทธิภาพของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพในกลุ่มประชากรเป้าหมาย การทดสอบก่อนวางตลาดจะช่วยให้ทราบผลลัพธ์ที่อยู่นอกเหนือความคาดหมาย ยกตัวอย่างเช่น ผลในทางลบที่ชักจูงให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ รวมไปถึงการประเมินความเหมาะสมในเชิงวัฒนธรรม ทั้งนี้อาจมีการเชิญองค์การภาคประชาสังคมที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ และสิ่งที่สำคัญก็คือการทดสอบก่อนวางตลาดเป็นมาตรการที่สิ้นเปลืองน้อยกว่าการที่จะต้องมาแก้ไขมาตรการทางกฎหมายในภายหลัง

ประเทศสมาชิกควรตระหนักว่า การทดสอบก่อนวางตลาดไม่จำเป็นต้องใช้เวลานาน ซับซ้อน หรือสิ้นเปลืองงบประมาณจำนวนมาก ข้อมูลที่มีค่าสามารถหาได้จากตัวอย่างของกลุ่มประชากรเป้าหมาย และการให้การปรึกษาผ่านระบบอินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพใช้ง่าย นอกจากนี้ การทดสอบก่อนวางตลาดยังสามารถดำเนินการควบคู่ไปกับการร่างมาตรการทางกฎหมาย เพื่อหลีกเลี่ยงความล่าช้าโดยไม่จำเป็น

4) การประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของสาธารณชน

ประเทศสมาชิกควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อเสนอที่จะมีการบังคับใช้ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพใหม่ๆ การสนับสนุนจากสาธารณชนจะช่วยให้ประเทศสมาชิกนำข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพมาใช้ได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกควรดำเนินการเพื่อให้แน่ใจว่ากระบวนการประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของสาธารณชนจะไม่ก่อให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินการตามเงื่อนไขของกรอบอนุสัญญาฯ โดยไม่จำเป็น

5) กิจกรรมสนับสนุนการประชาสัมพันธ์

การนำข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพใหม่ๆ มาปรับใช้จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการนำเสนอผ่านโครงการรณรงค์ให้ข้อมูลความรู้แก่สาธารณชนในวงกว้าง ควรมีการนำเสนอข้อมูลที่เป็นปัจจุบันผ่านสื่อต่างๆ เนื่องจากสื่อที่มีความครอบคลุมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

6) การกำหนดเงื่อนไขข้อจำกัดเกี่ยวกับการบรรจุหีบห่อและฉลาก

มาตราที่ 11.1 (a) ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดไว้ว่าประเทศสมาชิกจะต้องยอมรับและกำหนดให้มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามกฎหมายของประเทศ กล่าวคือ หีบห่อและฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบจะต้องไม่เป็นการประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ ยาสูบไปในทางที่เป็นข้อมูลเท็จ ชักชวนให้เข้าใจผิด บิดเบือน หรืออาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับรายละเอียดของผลิตภัณฑ์ ผลกระทบต่อสุขภาพ อันตรายหรือสารพิษใน ควันบุหรี รวมไปถึงการใช้คำศัพท์ คำอธิบาย เครื่องหมายการค้า หรือภาพประกอบ หรือ เครื่องหมายอื่นใดซึ่งสร้างความเข้าใจผิด ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อมว่าผลิตภัณฑ์ ยาสูบดังกล่าวมีอันตรายน้อยกว่าผลิตภัณฑ์อื่นๆ ซึ่งอาจรวมไปถึงการใช้คำ อาทิ เช่น “ปริมาณน้ำมันดินปริมาณต่ำ” “ไลท์” “อัลตราไลท์” หรือ “ไมลด์” คำเหล่านี้บ่งชี้ลักษณะ แต่ไม่ก่อให้เกิดความต้องการเลิกบุหรี ในการปฏิบัติตามภาระหน้าที่ภายใต้มาตราที่ 11.1(a) ไม่เพียงแต่ประเทศสมาชิกควรห้ามการใช้คำดังกล่าวข้างต้น แต่ยังคงควรห้ามการใช้ คำอื่นๆ เช่น “เอ็กซ์ตรา” และ “อัลตรา” หรือคำอื่นๆ ในลักษณะใกล้เคียงกันที่อาจชักจูงให้ ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจผิด

ประเทศสมาชิกควรห้ามแสดงจำนวนตัวเลขปริมาณสารพิษในควันบุหรี (ยกตัวอย่างเช่น น้ำมันดิน นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์) บนหีบห่อและฉลาก รวมไปถึง ในการใช้เป็นส่วนหนึ่งของชื่อหรือเครื่องหมายทางการค้า ปริมาณน้ำมันดิน นิโคติน และ สารพิษอื่นๆ ในควันบุหรี ที่ได้จากเครื่องตรวจวัดควันบุหรีไม่สามารถนำมาเป็นปัจจัยบ่งชี้ เฉพาะปริมาณสารพิษที่คนจะได้รับจากควันบุหรีได้ นอกจากนี้แล้ว ยังไม่มีหลักฐานทาง การแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์บ่งชี้ว่าผลจากเครื่องทดสอบควันบุหรีที่ได้ค่าต่ำจะเป็น อันตรายน้อยกว่าบุหรีที่ผลจากเครื่องทดสอบควันบุหรีที่ได้ค่าในปริมาณสูง การทำ การตลาดบุหรีโดยระบุปริมาณน้ำมันดินและนิโคตินส่งผลให้เกิดความเชื่อผิดๆ ว่าบุหรี เหล่านี้เป็นอันตรายน้อยกว่า

7) บรรจุภัณฑ์ที่เรียบง่าย

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาจัดทำมาตรการเพื่อจำกัดหรือห้ามการใช้ภาพโลโก้ สี หรือตราตราสินค้า หรือข้อมูลเพื่อการโฆษณาบนหีบห่อ นอกเหนือไปจากชื่อตราสินค้าและ ชื่อผลิตภัณฑ์ซึ่งแสดงไว้ตามรูปแบบ สี และตัวอักษรมาตรฐาน (หีบห่อที่ออกแบบอย่าง เรียบง่าย) ทั้งนี้อาจช่วยส่งผลดีต่อความเด่นชัดและประสิทธิภาพของข้อความและภาพคำ

เตือนเกี่ยวกับสุขภาพ ป้องกันมิให้หีบห่อดึงความสนใจออกไปจากข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ และยังเป็นการแก้ไขปัญหาด้านการออกแบบหีบห่อที่อาจชี้้นำให้เข้าใจผิดว่าผลิตภัณฑ์นั้นเป็นอันตรายน้อยกว่า

8) มาตรการทางกฎหมาย

ในการร่างมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประเทศสมาชิกควรพิจารณาถึงประเด็นต่างๆ เช่น หน่วยงานใดจะเป็นผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแล แนวทางการทำงานที่เป็นไปได้เพื่อการกำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมาย ระดับความเกี่ยวข้องของหน่วยงานราชการแห่งต่างๆ

เงื่อนไขจำเพาะประเทศสมาชิกควรดำเนินมาตรการให้แน่ใจว่า ได้มีการลงรายละเอียดมาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจนเพื่อเป็นการจำกัดโอกาสของบริษัทผู้ผลิตยาสูบหรือผู้นำเข้าที่อาจบายเบี่ยงการแสดงข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงไปถึงป้องกันความไม่สอดคล้องระหว่างผลิตภัณฑ์ชนิดต่างๆ ในการร่างมาตรการดังกล่าว นอกเหนือไปจากเงื่อนไขอื่นๆ แล้ว ประเทศสมาชิกควรพิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้

- บรรจุภัณฑ์และผลิตภัณฑ์

- ภาษา (หรือหลายภาษา) ที่จะใช้ในข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่บังคับให้ใช้ และในส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบและสารพิษในควันบุหรี่ รวมถึงไปถึงวิธีการแสดงภาษาต่างๆ หากกำหนดให้มีมากกว่าหนึ่งภาษา

- ระยะเวลาและข้อกำหนดในการสลับสับเปลี่ยนข้อความ รวมถึงไปถึงจำนวนของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่จะปรากฏขึ้นพร้อมกัน รายละเอียดจำเพาะเกี่ยวกับช่วงระยะเวลาสลับเปลี่ยน และกำหนดวันที่ซึ่งข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพชุดใหม่จะต้องปรากฏขึ้น

- ข้อกำหนดเกี่ยวกับจำนวนที่จะกระจายออกไป เพื่อให้มีข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนหีบห่อจำนวนเท่าๆ กัน ไม่เพียงแต่สำหรับกลุ่มตราสินค้าเท่านั้น แต่ให้ครอบคลุมไปถึงแต่ละตราสินค้าภายใต้กลุ่มตราสินค้า สำหรับบรรจุภัณฑ์แต่ละขนาดและแต่ละชนิดอีกด้วย

- กำหนดข้อบังคับที่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อความ ภาพถ่าย และภาพประกอบในข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่จะปรากฏบนหีบห่อ (รวมถึงไปถึงรายละเอียด

เกี่ยวกับการจัดวางตำแหน่ง การเลือกใช้คำ รูปแบบ สี และขนาดของตัวอักษร การจัดวางรูปแบบ คุณภาพการพิมพ์) รวมไปถึงใบปิด ใบแทรก และข้อความภายในบรรจุภัณฑ์

- ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่างๆ ตามความเหมาะสม

- การอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูล ตามความเหมาะสม รวมไปถึงตำแหน่งการจัดวาง ข้อความ และตัวอักษร (โดยมีรายละเอียดที่คล้ายคลึงกับเนื้อหาของข้อความ และภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ) และ

- การห้ามโฆษณาด้วยข้อความอันเป็นเท็จ เบี่ยงเบน ชักจูงให้เกิดความเข้าใจผิด หรือการสร้างภาพลักษณ์ในทางที่ผิด ตามมาตรา 11.1(a) ของกรอบอนุสัญญาฯ

9) เอกสารอ้างอิง

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาจัดให้มี “เอกสารอ้างอิง” ซึ่งมีภาพตัวอย่างคุณภาพสูงที่แสดงให้เห็นว่าข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพควรจะปรากฏอยู่บนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างไร เอกสารอ้างอิงยังจะเป็นประโยชน์อย่างมากในกรณีที่ภาษาที่ใช้ในมาตรการทางกฎหมายยังไม่ชัดเจนเพียงพอ

10) ฉลากแถบขาวและวัสดุห่อหุ้ม

ประเทศสมาชิกควรดำเนินมาตรการให้มั่นใจได้ว่า ฉลากแถบขาว สติกเกอร์กล่อง วัสดุห่อหุ้ม ของ พลาสติกหุ้ม รวมไปถึงใบแทรกและใบปิดของผู้ผลิตยาสูบ ไม่ปิดบัง ลบล้าง หรือบ่อนทำลายข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ อาทิ เช่น ฉลากแถบขาวจะอนุญาตให้ใช้ได้ ในกรณีที่ไม่สามารถแกะออกได้ และจะใช้เฉพาะกล่องไม้หรือโลหะซึ่งบรรจุผลิตภัณฑ์อื่นๆ นอกเหนือไปจากบุหรี่ซิการ์เรต

11) ภาระหน้าที่ในการบังคับใช้ตามกฎหมาย

ประเทศสมาชิกควรกำหนดให้ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้นำเข้า ผู้ค้าส่ง และผู้ค้าปลีก ต้องมีภาระหน้าที่ใน และการปฏิบัติตามกฎหมายตามมาตรการด้านหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

เพื่อป้องปรามการละเว้นการปฏิบัติตามกฎหมาย ประเทศสมาชิกควรกำหนดให้มีอัตราระวางโทษปรับ หรือโทษอื่นๆ ตามระดับความร้ายแรงของการละเมิด รวมไปถึงการพิจารณาว่าเป็นการละเมิดซ้ำซ้อนหรือไม่

ประเทศสมาชิกควรพิจารณากำหนดให้มีระวางโทษแบบใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับระบบกฎหมายและวัฒนธรรม ซึ่งอาจรวมถึงการกำหนดฐานความผิดและการบังคับใช้กฎหมาย การระงับ การสร้างข้อจำกัด หรือการยกเลิกใบอนุญาตธุรกิจหรือใบอนุญาตนำเข้า

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาให้อำนาจแก่หน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมาย ในการออกคำสั่งให้ผู้ละเมิดเรียกคืนผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ไม่เป็นไปตามข้อบังคับ และเรียกเก็บค่าใช้จ่ายทั้งหมดอันเนื่องมาจากการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ รวมไปถึงอำนาจในการดำเนินมาตรการแทรกแซงใดๆ ตามที่เห็นสมควร รวมไปถึงการริบและทำลายผลิตภัณฑ์ที่ไม่เป็นไปตามข้อบังคับ นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกยังควรพิจารณาประกาศชื่อผู้ละเมิดและลักษณะของการกระทำผิดต่อสาธารณชน

เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการเริ่มใช้ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพอย่างทันท่วงที ควรใช้มาตรการทางกฎหมายกำหนดให้มี “วันที่” ตายตัวเพื่อให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้ค้าส่ง และผู้ค้าปลีกจะต้องจำหน่ายเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่เป็นไปตามเงื่อนไขใหม่เท่านั้น ระยะเวลาที่กำหนดให้ควรเพียงพอสำหรับผู้ผลิตและผู้นำเข้าสามารถดำเนินการพิมพ์บรรจุภัณฑ์แบบใหม่เท่านั้น ทั้งนี้ ได้มีการพิจารณาแล้วว่า ระยะเวลาสูงสุด 12 เดือนนับตั้งแต่วันที่ประกาศใช้มาตรการทางกฎหมายใหม่ เป็นเวลาที่เพียงพอสำหรับเกือบทุกกรณี

12) การทบทวนแก้ไข

มาตรการทางกฎหมายควรได้รับการพิจารณาทบทวนแก้ไขเป็นระยะ และปรับปรุงแก้ไขตามหลักฐานใหม่ๆ ซึ่งปรากฏขึ้น และเมื่อข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่ใช้เริ่มล้าสมัย ในการทบทวนหรือแก้ไขตามระยะเวลานั้น ประเทศสมาชิกควรนำประสบการณ์ในการบังคับใช้มาตรการเกี่ยวกับหีบห่อและฉลากของตน ประสบการณ์จากประเทศอื่นๆ รวมไปถึงแนวทางการดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับยาสูบในพื้นที่เข้ามาประกอบการพิจารณา การทบทวนแก้ไขดังกล่าวจะช่วยให้ค้นพบจุดอ่อนและช่องโหว่ รวมไปถึงชี้ให้เห็นลักษณะการใช้ภาษาในระเบียบข้อบังคับ ที่ควรได้รับการแก้ไขให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ประเทศสมาชิกควรจัดให้มีโครงสร้างการทำงานที่มีความจำเป็นต่อกิจกรรมการกำกับดูแลและบังคับใช้มาตรการอย่างเพียงพอ และควรพิจารณาจัดหางบประมาณสำหรับกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวด้วย

กลยุทธ์ เพื่อให้การปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ประเทศสมาชิกควรแจ้งให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายทราบถึงข้อบังคับตามกฎหมายก่อนที่ระเบียบต่างๆ จะเริ่มมีผลบังคับใช้ โดยอาจต้องใช้กลยุทธ์ที่แตกต่างกัน สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของฝ่ายต่างๆ เช่นผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้นำเข้า และผู้ค้าปลีก

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาใช้ระบบผู้ตรวจสอบ หรือหน่วยงานกำกับดูแล เพื่อทำการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานที่ผลิต หรือสถานที่นำเข้า รวมไปถึงจุดจำหน่าย เพื่อให้แน่ใจว่าหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้อาจไม่จำเป็นต้องก่อตั้งระบบตรวจสอบขึ้นมาใหม่ หากว่ามีระบบตรวจสอบเดิมอยู่แล้ว และสามารถขยายอำนาจหน้าที่ในการตรวจสอบสถานประกอบการตามความจำเป็น และหากมีความเหมาะสม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรได้รับการแจ้งให้ทราบว่าจะมีการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ ณ จุดจำหน่ายอย่างเป็นทางการเป็นประจำ

13) มาตรการตอบโต้การละเมิด

ประเทศสมาชิกควรดำเนินมาตรการเพื่อให้แน่ใจว่าหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมที่จะตอบโต้การละเมิดได้อย่างรวดเร็วและเด็ดขาด การตอบโต้อย่างรวดเร็วและเฉียบขาดต่อการละเมิดในกรณีแรกๆ จะเป็นการสร้างตัวอย่างให้เห็นว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับความคาดหวังที่จะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่วางเอาไว้ และยังคงมีส่วนสนับสนุนการบังคับใช้ระเบียบต่อไปในอนาคต ประเทศสมาชิกควรพิจารณาเผยแพร่ผลการดำเนินการต่อสาธารณชนเพื่อส่งข้อความที่แข็งแกร่งออกไปว่าการละเมิดใดๆ ก็ตามจะได้รับการสืบสวนและดำเนินการขั้นเด็ดขาด

14) การร้องเรียน

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาส่งเสริมให้ภาคสาธารณสุขร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิด เพื่อเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎระเบียบอีกทางหนึ่ง ทางหนึ่งที่สามารถกระทำได้คือ การก่อตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการละเมิดกฎหมายข้อบังคับ ประเทศสมาชิกควรดำเนินมาตรการเพื่อให้แน่ใจได้ว่าเรื่องร้องเรียนได้รับการสืบสวนและดำเนินการอย่างรวดเร็วและละเอียดครบถ้วน

1.3 การเฝ้าระวังและประเมินผลมาตรการควบคุมหีบห่อและฉลาก

ประเทศสมาชิกควรพิจารณาจัดให้มีกระบวนการเฝ้าระวังและประเมินผล มาตรการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อการวัดประสิทธิผล รวมไปถึงค้นหา ส่วนที่ควรมีการปรับปรุง การเฝ้าระวังและการประเมินผลยังมีส่วนช่วยรวบรวมหลักฐานที่ จะสนับสนุนการดำเนินงานของประเทศสมาชิกในการบังคับใช้มาตรการควบคุมหีบห่อและ ฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมายข้อบังคับของอุตสาหกรรมยาสูบควรที่จะเริ่ม ดำเนินการทันทีที่มาตรการทางกฎหมายเริ่มมีผลบังคับใช้ และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ต่อเนื่องภายหลังจากนั้น

การประเมินผลของมาตรการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อกลุ่ม ประชากรเป้าหมายก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ประเทศสมาชิกควรพิจารณาประเมินด้าน ต่างๆ เช่น ความเด่นชัด ความเข้าใจรับรู้ ความน่าเชื่อถือ การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การ สำคัญรู้และการเชื่อมโยงตัวบุคคลเข้ากับข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้ ด้านสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยง ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

ประเทศสมาชิกควรจัดให้มีแผนการประเมินประสิทธิผลของมาตรการควบคุมหีบ ห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทั้งก่อนเริ่มดำเนินมาตรการ และหลังดำเนินมาตรการเป็น ประจำอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตและความซับซ้อนของกระบวนการประเมินผลมาตรการควบคุมหีบห่อ และฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ โดยขึ้นอยู่กับ วัตถุประสงค์ ทรัพยากร และความรู้ความชำนาญ

ความร่วมมือระหว่างประเทศมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความคืบหน้าของประเด็น ที่มีความสำคัญและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อาทิ เช่น การควบคุมการบริโภค ยาสูบ หลายมาตราในกรอบอนุสัญญาฯ ได้กำหนดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ เพื่อส่งเสริมความคืบหน้าของการดำเนินการ

ประเทศสมาชิกควรพยายามแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ในการรับมือกับการ แก่ต่างมาตรการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์จากอุตสาหกรรมยาสูบ ประเทศ

สมาชิกควรพิจารณาบททวนรายงานจากประเทศสมาชิกอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้จากประสบการณ์ของประเทศอื่นๆ ในการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

2. พื้นที่โฆษณากับพื้นที่ภาพคำเตือนสุขภาพ

หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบบีบคั้นที่สําคัญเป็นอย่างมากสำหรับการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ เมื่อการโฆษณาและส่งเสริมการขายถูกจำกัดด้วยกฎหมายในประเทศต่างๆ ทั่วโลก และผู้บริหารของอุตสาหกรรมยาสูบต่างมองเห็นอนาคตว่าวันหนึ่งหีบห่อผลิตภัณฑ์จะเป็นช่องทางเดียวสำหรับการส่งเสริมการขาย กรอบกรอบอนุสัญญาฯ การควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก เสนอว่าพื้นที่คำเตือนด้านสุขภาพประเทศไทยเป็นประเทศที่สี่ของโลกที่พิมพ์คำเตือนพร้อมภาพสี่สี และพบว่าผลทำให้ผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงค่านิยมโดยกระตุ้นเตือนใจและความจำของผู้สูบบุหรี่ รวมทั้งทำให้เริ่มคิดถึงการเลิกสูบบุหรี่ มาตรการการใช้หีบห่อปราศสี่สีแบบเรียบง่าย ซึ่งหมายถึงการทำให้พื้นที่ส่วนที่ไม่ใช่คำเตือนเป็นสีเดียวกันทุกตราสินค้า ชื่อของตราสินค้าพิมพ์เป็นมาตรฐานเดียวกันหมดทั้งขนาดและรูปร่างตัวอักษร พื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นคำเตือนด้านสุขภาพซึ่งกำหนดโดยรัฐบาล ความเคลื่อนไหวที่มุ่งสู่อหีบห่อปราศสี่สีแบบเรียบง่ายได้เริ่มขึ้นในประเทศออสเตรเลีย และงานวิจัยหลายชิ้นสำรวจผลกระทบของหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบง่าย พบว่า ไม่เป็นที่ดึงดูดความสนใจ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบปราศสี่สีแบบเรียบง่ายเป็นการแก้ไขปัญหาย่างครอบคลุมเพื่อไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบใช้เป็นช่องทางการสื่อสารที่ทำให้ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจผิด ของ/กล่องบุหรี่ปราศจากสี่สีจะทำให้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นมาตรฐานเดียวกันหมด ซึ่งจะลดสถานะและบทบาทของหีบห่อผลิตภัณฑ์ในการสื่อสารและดึงดูดความสนใจ

รายงานการวิจัย รวมทั้งหลักฐานต่างๆ จากเอกสารลับภายในของอุตสาหกรรมยาสูบบ่งชี้ว่า หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบสื่อสารภาพลักษณ์ของตราสินค้าผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นสิ่งสําคัญในการบ่งชี้เอกลักษณ์ของผู้ที่สูบบุหรี่ ดังนั้น ตัวหีบห่อผลิตภัณฑ์เป็นสิ่งที่สร้างจุดขายให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านการตลาดยอมรับว่า หีบห่อผลิตภัณฑ์เป็นหนึ่งในห้าองค์ประกอบที่สําคัญของความสำเร็จในการทำการตลาด นอกเหนือจากผลิตภัณฑ์ ราคา สถานที่ และการส่งเสริมการขาย ทั้งนี้หีบห่ออาจจะเป็นช่องทางการสื่อสารที่สําคัญที่สุด (Rettie R. and Brewer C, 2000)

สิ่งที่บริษัทยาสูบขาย นอกจากนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดแล้ว ยังเป็นเอกลักษณ์ของตราสินค้า ซึ่งการสร้างและเน้นย้ำภาพลักษณ์ของตราสินค้าเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับยอดขายบุหรี่ ในอุตสาหกรรมยาสูบ ภาพลักษณ์ของตราสินค้าเป็นทุกสิ่งทุกอย่าง ตราสินค้าของบุหรี่ ที่ผู้บริโภคชอบเป็นเสมือนเอกลักษณ์ของตัวเอง ตราสินค้าของบุหรี่ สื่อสารให้ผู้อื่นทราบว่า ผู้สูบบุหรี่มีเอกลักษณ์อย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างตราสินค้าและอารมณ์ ความรู้สึก มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะสื่อให้ผู้อื่นได้ทราบถึงตัวตนของผู้สูบ (Pollay R, 2000)

อิทธิพลของหีบห่อ สิ่งที่หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบสื่อสารคือภาพลักษณ์ของตราสินค้า เนื่องจากใบยาสูบที่ใช้ผลิตบุหรี่ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่เมื่ออยู่ในหีบห่อที่มีชื่อตราสินค้าอยู่ด้วยจะทำให้ผลิตภัณฑ์มีเอกลักษณ์ หรือความแตกต่างกันมากมาย (Cunningham R, 1996)

ในปัจจุบันหีบห่อผลิตภัณฑ์ได้รับการมุ่งเน้นเพื่อการโฆษณาและการตลาด เพราะผลิตภัณฑ์ยาสูบถูกจำกัดการโฆษณามากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น หีบห่อผลิตภัณฑ์เป็นช่องทางเดียวที่เหลือสำหรับการสื่อสารกับผู้บริโภค ในปัจจุบันของบุหรี่ถูกออกแบบให้ดูหรูหราและน่าสนใจจนต้องเหลียวหลังกลับมามองด้วยองค์ประกอบต่างๆ รวมทั้งการพิมพ์ตัวนูนซึ่งทำให้อยากสัมผัส (Brinson B, 2008)

ผู้บริหารของบริษัท ฟิลิป มอริส กล่าวถึงข้อจำกัดในการโฆษณามีเพิ่มมากขึ้น 'ช่องทางสุดท้ายในการสื่อสารคือการตลาดผ่านทางหีบห่อผลิตภัณฑ์' เอกสารภายในจากบริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก บ่งชี้ว่า 'กล่องหรือซอง สามารถออกแบบให้สะดุดตากว่าคู่แข่ง เมื่อวางอยู่ที่จุดขาย' ในประเทศฝรั่งเศส กลุ่มองค์กรภาคประชาสังคมฟ้องบริษัทยาสูบที่ผลิตหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบที่แตกต่างไปจากปกติด้วยรูปร่าง สี สัน และการออกแบบ บริษัทยาสูบเรียกว่า 'รุ่นพิเศษ' (limited series) เพื่อให้ นักสูบสะสม แต่เห็นได้ชัดเจนว่า การออกแบบผลิตภัณฑ์ประเภทนี้มุ่งเป้าไปยังเยาวชน ศาลในประเทศฝรั่งเศสตัดสินว่า ซอง / กล่องบุหรี่ 'รุ่นพิเศษ' นี้เป็นการโฆษณาอย่างหนึ่งซึ่งผิดกฎหมายของฝรั่งเศส (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2554)

3. คำเตือนบนซองบุหรี่ : การส่งข้อความสุขภาพถึงสาธารณะ

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ทั่วโลกไม่ทราบถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสูบบุหรี่ แม้กระทั่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Slovic P, 2001) บริษัทยาสูบอ้างว่าผู้สูบบุหรี่ต่างได้รับการเตือนอย่างเพียงพอเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ แต่ไม่เป็นความจริง ในบางระบบทางกฎหมายอุตสาหกรรมยาสูบมีหน้าที่ที่จะต้องเตือนโดยมีรายละเอียด (Mahood G, 1999) อาทิ เช่น

- ความเสี่ยงเฉพาะจากการสูบบุหรี่ (เช่น มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองแตก การเสพติด)
- ความเสี่ยงมากหรือน้อย (โอกาสของผู้สูบบุหรี่ 1 ซองต่อวันจะเป็นโรคมาน้อยเพียงใด?)
- ผลของความเสียหาย (ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของมะเร็งปอด และโอกาสรอด)
- ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ถ้าผู้สูบบุหรี่เลิกสูบจะลดความเสี่ยงได้มากน้อยเพียงใด?)

ภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นสิ่งจำเป็น เพราะผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หนึ่งในสองเสียชีวิตมีสิทธิอย่างชัดเจนที่จะได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยง (World Health Organization, 2011) ดังนั้น คำเตือนที่มีข้อมูลรายละเอียดเป็นรูปแบบพื้นฐานสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จะได้รับ แต่ในอดีตที่ผ่านมา คำเตือนมีความคลุมเครือ ไม่หนักแน่น และแทบมองไม่เห็น แต่บางประเทศเป็นผู้นำโดยการบังคับให้มีคำเตือนที่ตรงไปตรงมา ชัดเจน และมองเห็นได้ง่าย ระบบที่ดีที่สุดสำหรับคำเตือนจะต้องมีภาพสีที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนักและให้ข้อมูลอย่างละเอียด

ภาพคำเตือนดังกล่าวได้รับการอธิบายจากผู้ชี้แนะที่สำคัญชาวแคนาดาชื่อ Garfield Mahood ว่า เปรียบเสมือน 'ป้ายโฆษณาเคลื่อนที่' ซึ่งจะสามารถดึงดูดความสนใจได้มากกว่าข้อความคำเตือนที่เห็นทั่วไป ภาพคำเตือนดังกล่าวช่วยลดความน่าสนใจของซองบุหรี่ ซึ่งกลายเป็นแหล่งข้อมูลส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบหลัก หลังจากที่มีการห้ามโฆษณายาสูบได้แพร่กระจายไปทั่วโลก นอกจากนี้ ถึงแม้ข้อความคำเตือนยังเป็นสิ่งที่สำคัญในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การศึกษาวิจัยยังพบว่า คำเตือนสุขภาพที่ครอบคลุม รวมทั้งภาพคำเตือนที่ใหญ่มากขึ้น มีประสิทธิภาพ

มากกว่าในการสื่อถึงความรุนแรงของความเสี่ยงทางสุขภาพต่างๆ อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ (Hammond D, et al, 2007)

โดยข้อเท็จจริงภาพคำเตือนช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่ หรือเพิ่มความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งในการสำรวจของประเทศแคนาดาพบว่า 38% ของผู้สูบบุหรี่ หรือผู้ที่เคยสูบบุหรี่ยอมรับว่าภาพคำเตือนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการเลิกสูบบุหรี่ (Canadian Cancer Society, 2008)

- ภาพคำเตือนเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่เข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูบบุหรี่

- ภาพคำเตือนเป็นวิธีการที่ไม่แพงสำหรับรัฐบาลที่จะสื่อสารถึงความรุนแรงของความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการสูบบุหรี่

- ภาพคำเตือนช่วยในการสนับสนุนให้เลิก หรือพยายามที่จะเลิก และไม่สนับสนุนให้ริเริ่มสูบบุหรี่

อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมสมัชชาภาคีกรอบอนุสัญญาฯ ได้เห็นชอบให้กำหนดแนวทางดำเนินการเกี่ยวกับการบรรจุหีบห่อและบรรจุภัณฑ์ ซึ่งมีสาระสังเขป ดังนี้

1. ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพควรมีขนาดใหญ่ ชัดเจนมองเห็นได้ชัด และอ่านง่าย ดังนั้นการจัดวางตำแหน่งของข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพควรจัดวางในตำแหน่งด้านหน้าและด้านหลังของซองหรือหีบห่อ ตำแหน่งบนด้านหลังของซองหรือหีบห่อ โดยเฉพาะส่วนบนของด้านหลังเพื่อให้สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนมากที่สุด ตำแหน่งการเปิดหีบห่อตามปกติจะต้องไม่ทำลายหรือปกปิดข้อความหรือภาพคำเตือนอย่างถาวร

2. ควรพิจารณาให้มีการแสดงข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนทุกด้านของหีบห่อ รวมไปถึงใบแทรกและใบปิดหีบห่อ

3. การแสดงข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบจะไม่ถูกปิดบังโดยลักษณะของการบรรจุหีบห่อหรือการปิดฉลากและการทำเครื่องหมายต่างๆ เช่น อักษรแถมปี ฯลฯ เป็นต้น

4. ควรพิจารณาเพิ่มมาตรการใหม่เกี่ยวกับการจัดวางตำแหน่งข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ อาทิ การพิมพ์ข้อความและภาพคำเตือนบนส่วนห่อหุ้มก้นกรองของบุหรี่

5. ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบควรมีขนาด 50% หรือมากกว่า แต่ไม่น้อยกว่า 30% ของพื้นที่บนด้านหลัก ทั้งนี้ ควรมีขนาดใหญ่มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้บนพื้นที่ของด้านหลัก

6. ควรกำหนดให้มีการใช้ภาพถ่ายสีหรือภาพประกอบที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของประเทศ บนหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากนี้ควรพิจารณาให้มีการแสดงภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนด้านหลักของหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งสองด้าน

7. หากเป็นไปได้ ประเทศสมาชิกควรเป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ หรือลิขสิทธิ์ในภาพคำเตือนบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในระดับสูงสุดในการนำภาพดังกล่าวไปใช้กับมาตรการควบคุมยาสูบอื่นๆ รวมไปถึงการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชน และการเผยแพร่ผ่านอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกยังสามารถอนุญาตให้หน่วยงานอื่นมีสิทธิในการใช้ภาพดังกล่าวได้

8. ควรกำหนดให้มีการใช้ภาพสี (พิมพ์สี) สำหรับภาพประกอบข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ แทนที่จะเป็นเพียงภาพขาวดำ

9. ควรมีการหมุนเวียนสลับเปลี่ยนข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพเป็นระยะ นอกจากนี้ควรกำหนดให้มีข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพอย่างน้อย 2 ชุด หรือมากกว่าเพื่อการหมุนเวียนสลับเปลี่ยนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาทิ เช่น ทุก 12 - 36 เดือน

10. นอกจากคำเตือนด้านอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ควรพิจารณากำหนดให้ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพมีสาระที่หลากหลายโดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ รวมทั้งผลกระทบจากควันบุหรี่ที่ได้รับ เช่น คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ ผลเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม ฯลฯ เป็นต้น

11. กำหนดให้มีคำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่และข้อมูลสถานที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่บนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ อาทิ เว็บไซต์ หรือหมายเลขโทรศัพท์แบบโทรฟรี “สายด่วนเลิกบุหรี่”

12. บนหีบห่อบรรจุภัณฑ์ฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ควรกำหนดให้แสดงข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของสารพิษในควันบุหรี่ ตัวอย่างของข้อความดังกล่าวได้แก่ “ควันบุหรี่มีสารเบนซินซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง” และ “การสูบบุหรี่จะได้รับสารก่อมะเร็งมากกว่า 60 ชนิด”

แต่ควรหลีกเลี่ยงข้อความในลักษณะที่จะชี้แนะว่าบุหรี่ปริมาณหนึ่งมีอันตรายน้อยกว่าตราสินค้าอื่นๆ อาทิ “บุหรี่ปริมาณนี้มีปริมาณไนโตรซามีนในปริมาณที่ต่ำ”

การป้องกันบรรจุภัณฑ์หรือฉลากที่ให้ข้อมูลเท็จหรือชักจูงให้เข้าใจผิด ประเทศสมาชิกต้องกำหนดมาตรการ มิให้หีบห่อและฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบแสดงข้อความในทางที่เป็นข้อมูลเท็จ ชักชวนให้เข้าใจผิด บิดเบือน หรืออาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับรายละเอียดของผลิตภัณฑ์ ผลกระทบต่อสุขภาพอันตรายหรือสารพิษในควันบุหรี่ปริมาณทั้งหมดทั้งห้ามการใช้คำศัพท์ คำอธิบาย เครื่องหมายการค้า ภาพประกอบ หรือเครื่องหมายอื่นใดซึ่งสร้างความเข้าใจผิด ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อมว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบดังกล่าวมีอันตรายน้อยกว่าผลิตภัณฑ์อื่นๆ เช่น คำว่า “น้ำมันดินปริมาณต่ำ” “ไลท์” “อัลตราไลท์” หรือ “ไมลด์” และควรห้ามการใช้คำอื่นๆ เช่น “เอกซ์ตรา” และ “อัลตรา” หรือคำอื่นๆ ในลักษณะใกล้เคียงกันที่อาจชักจูงให้ผู้บริโภค เกิดความเข้าใจผิด ควรห้ามแสดงจำนวนตัวเลขปริมาณสารพิษในควันบุหรี่ปริมาณ (เช่น น้ำมันดินนิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ ฯลฯ เป็นต้น) บนหีบห่อและฉลาก รวมทั้ง ห้ามการแสดงวันหมดอายุบนหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ เนื่องจากจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดกับผู้บริโภคว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบสามารถบริโภคได้อย่างปลอดภัยตลอดเวลา

4. มาตรการภาพคำเตือนในระดับนานาชาติ

ในปี ค.ศ. 2008 มีข้อมูลจากการรวบรวมสถิติรายชื่อประเทศที่มีมาตรการสำหรับภาพคำเตือน ซึ่งมีมากกว่า 25 ประเทศ มอริเชียส (Mauritius) มีขนาดคำเตือนที่ใหญ่ที่สุดในโลกคือ 65% ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ซึ่งจะมีการบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ปี ค.ศ. 2009 ขนาดคำเตือนที่ใหญ่รองลงมาคือของประเทศ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และหมู่เกาะคุก ซึ่งมีขนาด 60% ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง (30% ด้านหน้า 90% ด้านหลัง) ประเทศเม็กซิโกมีแนวทางการพัฒนาคำเตือนด้วยขนาด 65% (30% ด้านหน้าและ 100% ด้านหลัง) ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2008 ในขณะที่ประเทศ เคอร์เจิสถาน (Kyrgyzstan) มีขนาดพื้นที่คำเตือนด้านหน้าที่ใหญ่ที่สุดคือ 52% รวมทั้งขอบซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2009 ในขณะที่บราซิล ปานามา และเวเนซุเอล่า มีกฎหมายบังคับให้ใช้ 100% ของพื้นที่คำเตือนด้านหน้า หรือด้านหลังของหีบห่อผลิตภัณฑ์

ประเทศแคนาดาเป็นที่ยอมรับว่าเป็นผู้นำในการใช้ค่าเตือนสุขภาพบนผลิตภัณฑ์ยาสูบ เริ่มต้นด้วยการดำเนินการบังคับใช้ค่าเตือนสุขภาพแบบหมุนเวียนที่ใหญ่ที่สุดในโลกเมื่อปี ค.ศ. 1994 ในปี ค.ศ. 2001 แคนาดาเป็นประเทศแรกที่เริ่มใช้ภาพคำเตือน 16 แบบที่หมุนเวียน ซึ่งนับว่าเป็นผู้นำทั้งขนาดและเนื้อหาของคำเตือน (50% ครึ่งบนของหีบห่อทั้งด้านหน้าและด้านหลัง) (Mahood G, 2011) หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบในประเทศแคนาดามีทั้งใบสอดแทรกคำเตือน แผ่นพับที่มีข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่

ประสบการณ์ที่ประเทศแคนาดาต่อสู้กับอุตสาหกรรมยาสูบในการผลักดันการใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ซึ่งสามารถใช้เป็นกรณีศึกษาแก่ประเทศอื่นๆ ได้ (Cunningham R, 1996) ในเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลทบทวนแก้ไขกฎระเบียบและดำเนินการบังคับใช้ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1991 ซึ่งจะมีคำเตือน 8 แบบ รวมทั้งคำเตือนเกี่ยวกับการเสพติด 1 แบบ และคำเตือนเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง การทบทวนแก้ไขกฎระเบียบใหม่นี้มีสิ่งที่น่าสนใจแบบระดับโลกหลายอย่าง อาทิ เช่น สีที่ใช้สำหรับคำเตือนมีเพียง 2 สีคืออักษรสีดำบนพื้นสีขาว หรืออักษรสีขาวบนพื้นสีดำ คำเตือนเกี่ยวกับการเสพติด นับเป็นครั้งแรกที่มีคำเตือนนี้ และใบสอดแทรกเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจะต้องมีอยู่ในทุกซอง / กล่องยาสูบ

นอกจากจะมีการรณรงค์อย่างกว้างขวางเพื่อให้ประชากรได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับคำเตือนบนซองบุหรี่แล้ว กลุ่มสุขภาพได้พบกับรัฐมนตรีกระทรวงต่างๆ หรือเจ้าหน้าที่ในกระทรวงต่างๆ เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากคณะรัฐมนตรี การทำการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มสุขภาพพบว่าร้อยละ 89 ของชาวแคนาดาสนับสนุนคำเตือนของการเสพติด และร้อยละ 83 สนับสนุนการมีใบสอดแทรก (inserts) ในซอง / กล่องบุหรี่ ในบรรดา 12 รูปแบบคำเตือน คำเตือนของการเสพติดได้รับการจัดอันดับให้เป็นคำเตือนที่มีประสิทธิผลมากที่สุด (Insight Canada Research, 1992)

กรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานข่าวจากกรุงนิวยอร์กแจ้งว่าบริษัทยาสูบยักษ์ใหญ่ 4 แห่งในสหรัฐอเมริกายื่นฟ้องสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา (US Food and Drug Administration: FDA) เพื่อให้ยกเลิกกฎระเบียบ ที่ไม่ถูกต้องตามรัฐธรรมนูญ กฎ ระเบียบ ที่เป็นข้อถกเถียง คือการบังคับใช้ภาพสี

สีค่าเตือนบนซองบุหรี่ที่ให้ข้อมูลแก่ผู้สูบบุหรี่ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ และแนะนำให้เลิกสูบ (Stemple J, 2011)

การยื่นฟ้องต่อศาลโดยบริษัท Reynolds American Inc. ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบริษัท R. J. Reynolds บริษัท Lorillard Inc. บริษัท Liggett Group LLC และบริษัท Commonwealth Brands Inc. ซึ่งเป็นของบริษัท Imperial Tobacco Group PLC อ้างว่าการบังคับใช้ภาพสีค่าเตือนดังกล่าวละเมิดสิทธิทางเสรีภาพทางการพูด ภายใต้มาตราแรกของรัฐธรรมนูญ (First Amendment) ต่อศาลในกรุงวอชิงตัน (US District Court in Washington) เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2554

โฆษกของคณะกรรมการอาหารและยาปฏิเสธที่จะให้ข้อคิดเห็น โดยอ้างนโยบายของหน่วยงานที่จะไม่พูดถึงคดีความที่กำลังมีการฟ้องร้อง ในประเทศสหรัฐอเมริกา กฎหมายการห้ามสูบบุหรี่ในครอบครัวและการควบคุมยาสูบปี ค.ศ. 2009 บังคับให้พิมพ์ภาพสีค่าเตือนบนพื้นที่ครึ่งบนทั้งด้านหน้าและด้านหลังของซองบุหรี่ และพื้นที่ร้อยละ 20 ด้านบนของการพิมพ์โฆษณา กฎ ระเบียบนี้คล้ายกับ กฎ ระเบียบ ที่มีการบังคับใช้ในประเทศไทย นับเป็นครั้งแรกในระยะ 25 ปีที่ค่าเตือนบนซองบุหรี่ในสหรัฐอเมริกาจะมีการเปลี่ยนแปลง เพราะมีภาพสีค่าเตือนของร่างกายที่เสียชีวิต โรคปอด และโรคฟันเป็นภาพชุดแรกที่จะถูกพิมพ์บนซองบุหรี่

การสนับสนุนให้ข้อความบนซองบุหรี่มีความดึงดูดอารมณ์เชิงลบเป็น วิธีการทั่วไปที่จะสื่อสารความเสี่ยงต่อสุขภาพ ค่าเตือนประเภทนี้ปรากฏบนภาพค่าเตือนด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นภาพที่สดใสและคำอธิบายที่อาจเป็นที่น่าตกใจ ช่มชู้ หรือมีความหมายในลักษณะไม่เพียงประสงค์ที่จะได้รับผลเช่นนั้น มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่าภาพค่าเตือนบนซองบุหรี่ เป็นสิ่งเร้ากระตุ้นเตือนเรียกอารมณ์เชิงลบอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้พบเห็น

ภาพค่าเตือนต่างๆ ที่น่าสยดสยองในสหราชอาณาจักร พบว่า มีการโน้มน้าวใจและสร้างความน่าเชื่อถือสำหรับทั้งวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ทดลองสูบ การศึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลูกตา ทั่วภาพค่าเตือนพบว่าองค์ประกอบในภาพที่เป็นค่าเตือนมีส่วน ความหรือปลุกใจให้มีความกลัวเด่นชัดในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีผลในเชิงลบ เช่นโรคปากหรือ ความชราวิธวอย ของผิวอาจช่วยยับยั้งการสูบบุหรี่ในหมู่เยาวชนหญิง บางรูปกระตุ้นอารมณ์อาจแสดงถึงความรู้สึกของความโศกเศร้าหรือความ

ทุกซ์ทรมานในการใช้บุหรื มีข้อความที่แสดงให้เห้นถึงความเสีงของการใช้ยาสูบมีผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ มีความหมายเพื่อดีงดูความหวาดกลัว หรืออารมณ์ความรู้สึกและความสนใจของผู้ชมจนเข้าถึง ข้อความที่ดีงดูความสนใจ ดีงดูอารมณ์เชิงลบเป็นวิธีการทั่วไปที่จะสื่อสารความเสีงต่อสุขภาพ คำเตือนประเภทนี้ได้ปรากฏอยู่บนภาพคำเตือนด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบคำอธิบายที่อาจเป็นข้อความในฉลากมีความตั้งใจที่จะอธิบายถึงผลกระทบทางกายภาพและทางจิตสังคมที่เป็นอันตรายของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีหลักฐานมากมายแสดงให้เห้นว่าภาพคำเตือนสุขภาพ เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบ ป้องกันการเกิดโรคในวัยหนุ่มสาว พวกเขาควรมีความตั้งใจที่ไม่สูบบุหรืและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรื ชุดของข้อความสุขภาพ บนซองบุหรื มีผลกระทบต่อความรู้และพฤติกรรมอย่างชัดเจน แต่ขอบเขตที่ผู้สูบบุหรือ่านและคิดเกี่ยวกับและปฏิบัติตามคำเตือนจะขึ้นอยู่กั ขนาดของรูปภาพ ตำแหน่งและการออกแบบภาพคำเตือนขนาดใหญ่ที่มีความสำคัญ

ผลกระทบของมาตรการการใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรืในต่างประเทศ เช่น ประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และได้หวัน มีการศึกษาถึงผลของการบังคับใช้ภาพคำเตือนที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืมากมาย โดยผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าภาพคำเตือนช่วยลดอัตราการสูบบุหรืลง โดยยิ่งถ้าขนาดภาพคำเตือนที่ใหญ่ขึ้นก็จะได้ผลดีขึ้นเท่านั้น แต่การเพิ่มขนาดจะได้ผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืถึงแค่ขนาดรูปภาพขนาดหนึ่งเท่านั้น

นอกจากนั้น การศึกษาของ Hammond (2011) ยังพบว่า ภาพคำเตือนมักได้ผลต่อผู้สูบบุหรื หรือผู้ที่คิดสูบบุหรืที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางและพบว่าการใช้นโยบายภาพคำเตือนได้ผลที่ชัดเจนกว่าในกลุ่มผู้สูบบุหรืวัยรุ่นที่มีอายุน้อยและกลุ่มผู้สูงอายุ ในขณะที่การศึกษาของ Chang และคณะ (2011) และ Cantrell และคณะ (2013) ยังพบว่าความแตกต่างทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษามีผลอย่างมากต่อประสิทธิผลของการใช้ภาพคำเตือนในประเทศได้หวัน กล่าวคือ นโยบายดังกล่าวได้ผลดีกับกลุ่มคนที่มีอัตราการอ่านออกและเขียนได้ค่อนข้างต่ำ เนื่องจากผู้สูบไม่จำเป็นต้องอ่านและเข้าใจประโยคคำเตือนบนซองบุหรื แต่สามารถเข้าใจการสื่อสารจากรูปได้โดยตรง ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวสามารถพบเห้นได้ทั่วไปในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

อย่างไรก็ดี มีงานศึกษาบางส่วนที่พบว่าการใช้ภาพคำเตือนนั้นมีผลน้อย หรือไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ เช่น Cecil และคณะ (2006) พบว่าภาพคำเตือนมีผลค่อนข้างน้อยต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่นในมลรัฐแมริแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในขณะที่ Siahpush และคณะ (2009) พบว่ามาตรการดังกล่าวไม่ได้ผลในประเทศออสเตรเลียและ Arora และคณะ (2012) และ Sansone และคณะ (2012) พบว่าการใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ในประเทศอินเดียยังไม่ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการสูบบุหรี่เท่าที่ควร

เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่า ซองปราศสีสันทำให้อุตสาหกรรมยาสูบไม่สามารถใช้ซองบุหรี่เป็นช่องทางในการสื่อสารการตลาดกับผู้บริโภคได้อีกต่อไป อาทิ เช่น การสำรวจในโรงเรียนกับเด็กนักเรียนอายุ 12-17 ปี ในปี ค.ศ. 2011 และ 2013 บ่งชี้ว่าการนำตราสินค้าออกไปและเป็นซองบุหรี่แบบปราศสีสัน ได้เพิ่มผลทางลบต่อซองบุหรี่และลดผลทางบวกของซองบุหรี่ และมีผลบ่งชี้ว่า ภาพลักษณ์ของซองบุหรี่เป็นส่วนสำคัญต่อวัยรุ่น/เยาวชนมากกว่าภาพคำเตือนสุขภาพ (Victoria White, et al 2015; White, et al. 2015; นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2554)

ภายใต้เงื่อนไขของการห้ามโฆษณาอย่างสิ้นเชิง การออกแบบหีบห่อผลิตภัณฑ์ที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้น สิ่งที่มีประสิทธิผลมากที่สุด ทั้งสัญญาณลักษณะต่างๆ การออกแบบ สีสัน รูปภาพ และสิ่งที่บ่งชี้อื่นๆ ของตราสินค้า ควรจะมีการวิจัยอย่างละเอียดด้วยเป้าประสงค์เพื่อให้หีบห่อของผลิตภัณฑ์โดยตัวมันเอง สื่อสารทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ได้ (British-American Tobacco Company, 1979)

การบรรจุหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ในส่วนนี้จะนำเสนอสาระสำคัญโดยสังเขปของแนวทางเพื่อการดำเนินงานตามข้อ 11 แห่งกรอบอนุสัญญาฯ ว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ เรื่อง การบรรจุหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากภาคีสมาชิกในสมัยประชุมสมัชชาภาคีกรอบอนุสัญญาฯ ครั้งที่ 3 (The Conference of the Parties III) ณ กรุงเดอรัม (Durban) ประเทศสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ ระหว่างวันที่ 17-22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 (World Health Organization, 2005)

แนวทางในการดำเนินงานฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1)สนับสนุนให้ภาคีสมาชิกได้สามารถปฏิบัติตามพันธกรณีภายใต้ข้อ 11 (Article 11) แห่งกรอบ

อนุสัญญา ว่าด้วยการควบคุมยาสูบ เกี่ยวกับการบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ (2) เพื่อเสนอมาตรการที่ประเทศสมาชิกสามารถนำไปใช้เพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมการบรรจุหีบห่อและการปิดฉลาก ทั้งนี้กรอบอนุสัญญา ได้กำหนดไว้ว่า ประเทศสมาชิกจะต้องยอมรับและดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการบรรจุหีบห่อและการปิดฉลากภายในระยะเวลาสามปี นับจากวันที่กรอบอนุสัญญา ฉบับนี้มีผลบังคับใช้กับประเทศสมาชิก

โดยเหตุที่กรอบอนุสัญญา ว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ได้กำหนดไว้ประการหนึ่งว่าภาคีสมาชิกจะต้องดำเนินการตามหลักการที่ว่า “ประชากรทุกคนจะต้องได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ การเสพติด และอันตรายต่อชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคยาสูบและการได้รับควันบุหรี่” ประกอบกับหลักฐานทางวิชาการได้ระบุชัดเจนว่า ข้อมูลและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการออกแบบมาเป็นอย่างดีบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นมาตรการที่คุ้มค่าใช้จ่ายในการประชาสัมพันธ์ถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบ อีกทั้งยังเป็นมาตรการที่ได้ผลในการลดการบริโภคยาสูบของประชากรประเทศสมาชิกควรพิจารณาแบบอย่างและประสบการณ์ของประเทศอื่นๆ ในการกำหนดมาตรการใหม่ๆ เพื่อควบคุมการบรรจุหีบห่อและการปิดฉลาก และวางเป้าหมายเพื่อการบังคับใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้ ความร่วมมือระหว่างประเทศและการสนับสนุนซึ่งกันและกันเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเสริมสร้างศักยภาพของประเทศสมาชิกในการบังคับใช้และเพิ่มประสิทธิภาพของ Article 11 แห่งกรอบอนุสัญญา ได้อย่างเต็มที่

5. มาตรการภาพคำเตือนของประเทศไทย

ข้อมูลบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งควรดำเนินการนโยบายนี้ด้วยค่าใช้จ่ายที่น้อยมาก นอกจากนี้ควรเปลี่ยนคำเตือนเป็นระยะอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา และควรมีการพัฒนาคำเตือนอย่างสม่ำเสมอ (Chitanondh H, 2011) คำแนะนำอื่นๆ มีดังต่อไปนี้

- ควรจะเลือกคำเตือนที่มีประสิทธิผลมากที่สุด แทนที่จะให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจมีอิสระในการเลือกคำเตือนที่หลากหลายแต่ด้อยประสิทธิผล

- คำเตือนควรจะมีการเปลี่ยนแปลงให้ทันสถานการณ์เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เพราะผู้สูบบุหรี่จะเกิดความเคยชินเมื่อเวลาผ่านไป
- ควรใช้ความระมัดระวังและละเอียดถี่ถ้วนในการบ่งบอกอย่างเฉพาะเจาะจง ว่าคำเตือนควรจะปรากฏอย่างไร เพื่อไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบทำให้ผิดเพี้ยนไปจากสิ่งที่ควรจะเป็น
- มาตรการทางกฎหมายควรจะต้องเตรียมพร้อมสำหรับการบังคับใช้คำเตือนตามที่กรอบอนุสัญญาฯ ควบคุมยาสูบได้บัญญัติขึ้น ประเทศไทยมีนโยบายและภาพคำเตือนมาเป็นเวลานานแล้ว และได้เพิ่มมาตรการที่มีประสิทธิภาพในเรื่องฉลากและคำเตือน ดังนี้ (ฉัตรสุนทร พุทธิพิชญ์ 2558: 264)

(1) การบรรจุหีบห่อและติดฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบมิได้ส่งเสริมให้มีการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ด้วยวิธีการใดๆ อันให้เข้าใจผิด หลอกกลวง หรือเกิดความรู้สึกผิดๆ เกี่ยวกับลักษณะของผลิตภัณฑ์ และกระทบต่อสุขภาพอันตราย หรือสารที่ปล่อยออกมาจากการบริโภค ความดังกล่าวนี้ให้รวมถึงข้อความ คำอธิบาย เครื่องหมายการค้า รูปภาพ หรือสัญลักษณ์อื่นใด ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือโดยอ้อม

(2) ผลิตภัณฑ์ยาสูบแต่ละซองและแต่ละกล่อง และหีบห่อหรือบรรจุภัณฑ์หรือฉลากภายนอกของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ต้องแสดงคำเตือนด้านสุขภาพมีขนาดใหญ่ชัดเจน เห็นและอ่านได้ง่าย ควรจะมีขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่แสดงหลัก แต่ทั้งนี้ ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของพื้นที่แสดงหลัก และอาจจะอยู่ในรูปแบบภาพหรือภาพสัญลักษณ์ หรือรวมอยู่ในรูปแบบต่างๆ

การวิจัยในต่างประเทศพบว่า ฉลากคำเตือนชนิดรูปภาพมีผลในการลดอัตราการสูบบุหรี่ในประเทศอย่างเห็นได้ชัด ประเทศแคนาดาเป็นประเทศแรกที่มีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรูปภาพประเทศไทยเป็นประเทศลำดับที่ 4 ที่มีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ชนิดรูปภาพต่อจากแคนาดา บราซิลและสิงคโปร์ เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษากำหนดให้ผู้ผลิตและผู้นำเข้าบุหรี่ต่างประเทศจะต้องดำเนินการพิมพ์ฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ชนิดรูปภาพ 4 สี โดยคำเตือนมีทั้งหมด 6 ภาพมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2548 ต่อมาในปี 2549

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเพิ่มจำนวนภาพคำเตือนบนซองบุหรี่จาก 6 ภาพเป็น 9 ภาพ และให้ใช้มาจนถึง ปี พ.ศ. 2553

อย่างไรก็ตาม ก่อนหน้าที่จะมีกฎหมายออกมาบังคับใช้ ประเทศไทยมีการสนับสนุนเรื่องคำเตือนเพื่อสุขภาพมานานพอสมควรก่อนที่จะรอบอนุสัญญาฯ การควบคุมยาสูบจะถือกำเนิดขึ้น ดังนี้

พ.ศ. 2517 แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ได้ผลักดันให้กระทรวงการคลังสั่งการให้โรงงานยาสูบต้องพิมพ์คำเตือนข้างซองบุหรี่ว่า “บุหรือน่าจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ”

พ.ศ. 2519 กรุงเทพมหานครได้ออกข้อบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์ และรถโดยสารประจำทางในกรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2521 ได้มีการจัดตั้งกลุ่มมัชชวรีต ซึ่งมีพระเป็นแกนนำเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ โดยมีการรณรงค์ไม่ให้นำบุหรี่ไปถวายให้แก่พระภิกษุ

พ.ศ. 2523 สมาคมอุรเวชช์ได้มีการผลักดันให้เปลี่ยนแปลงคำเตือนข้างซองบุหรี่ เพื่อให้ดูรุนแรงมากขึ้น

พ.ศ. 2532 รัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในปีเดียวกันนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้หน่วยงานในสังกัดทุกแห่งเป็นเขตปลอดบุหรี่และไม่ให้เจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ในขณะที่ปฏิบัติงาน รวมถึงห้ามมีการจำหน่ายบุหรี่ในร้านค้าของหน่วยงานในสังกัด นอกจากนี้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ได้ห้ามการโฆษณาเพื่อส่งเสริมการขายบุหรี่ทุกรูปแบบ

คบยช. ได้ประกาศให้มีการพิมพ์ฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ ชนิดที่เป็นข้อความเพียงอย่างเดียว 6 แบบ ได้แก่ สูบแล้วแก่เร็ว ควันบุหรี่จะทำร้ายลูกสูบแล้วจะมีกลิ่นปาก สูบแล้วถุงลมพองตาย ควันบุหรี่ฆ่าคนตายได้ และควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ต่อมา รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมข้อความเป็น 10 แบบ ได้แก่ บุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด บุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว บุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมพอง บุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก บุหรี่นำไปสู่สิ่งเสพติดอื่น บุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม บุหรี่ทำให้แก่เร็ว ควันบุหรี่ฆ่าคุณให้ตายได้ ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิดและควันบุหรี่ทำร้ายลูกในครรภ์

พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสาร กฎระเบียบ ที่เกี่ยวข้องกับ การบริโภคยาสูบ รวมทั้งวางแผน และให้ความรู้เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่

พ.ศ. 2535 จนพระราชบัญญัติจำนวน 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้ผ่านรัฐสภา

พ.ศ. 2547 รัฐบาลลงสัตยาบันกรอบอนุสัญญาฯ ควบคุมการบริโภคยาสูบของ องค์การอนามัยโลก (Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)

พ.ศ. 2548 คณะรัฐมนตรีมีมติให้มีการเปลี่ยนแปลงฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่มาเป็นรูปภาพมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2548 กำหนดหลักเกณฑ์แสดงฉลาก และข้อความบนซองบุหรี่โดยเปลี่ยนแปลงฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่จากชนิดข้อความเพียงอย่างเดียวมาเป็นชนิดรูปภาพคำเตือน 4 สี พร้อมข้อความบรรยาย มีทั้งหมด 6 ภาพ และเพิ่มพื้นที่จาก 1 ใน 3 เป็นร้อยละ 50 ของพื้นที่บนซองบุหรี่

ต่อมาในวันที่ 24 กันยายน 2548 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวง บังคับห้ามวางบุหรี่ ณ จุดขาย โดยห้ามไม่ให้ร้านค้าโชว์บุหรี่ แต่สามารถเขียนด้วยตัวอักษร สีดำในกระดาษ A 4 ได้ว่า “ที่นี่มีบุหรี่ขาย” หรือ “ที่นี่มีบุหรี่จำหน่าย” และในวันที่ 30 ธันวาคม 2548 ได้มีกฎกระทรวงกำหนดเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวง 4 ฉบับได้แก่

1. การบังคับให้บุหรี่ซิการ์ แรต พิมพ์ฉลากแสดงชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็งที่อยู่ใน ควันบุหรี่ที่ข้างซองทั้ง 2 ข้าง โดยกำหนดสารพิษ 2 ชนิด ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์และ ไฮโดรเจนไซยาไนด์และสารก่อมะเร็ง 3 ชนิด ได้แก่ นิโคติน ทาร์ และฟอร์มาลดีไฮด์

2. การเพิ่มจำนวนภาพคำเตือน 4 สี พร้อมข้อความแสดงพิษภัยของบุหรี่ในบุหรี่ซิการ์ แรตและบุหรี่ซิการ์ อาทิเช่น ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด สูบแล้วปากเหม็นกลิ่นบุหรี่ สูบ แล้วถูกลมพองตาย ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด เป็นต้น

3. ห้ามพิมพ์สรรพคุณบุหรี่ว่า รสอ่อน รสเบา ในบุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ และยาเส้น

4. ประกาศเพิ่มพื้นที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยได้ประกาศให้สถานที่หลายแห่งเป็น เขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด เช่น โรงเรียน หรือสถาบันการศึกษาระดับที่ต่ำกว่าอุดมศึกษา ศาสนสถาน หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในนิกาย หรือศาสนาต่างๆ เป็นต้น

พ.ศ. 2550 ประกาศให้ร้านจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ (รวมถึง ผับ บาร์ และสถานบริการอื่นๆ) เป็นเขตปลอดบุหรี่ร้อยเปอร์เซ็นต์ (เขตปลอดบุหรี่ประเภทที่ 1) ส่วนร้านจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มบริเวณที่ไม่มีระบบปรับอากาศ เป็นเขตปลอดบุหรี่เช่นเดียวกัน แต่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ให้กับผู้ใช้บริการได้ (เขตปลอดบุหรี่ประเภทที่ 2) นอกจากนี้ได้เพิ่มตลาดเป็นสถานที่สาธารณะแห่งใหม่ที่ถูกกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ประเภทที่ 2 ด้วย

พ.ศ. 2551 มีพระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ วันที่ 23 มกราคม 2551

วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2551 ได้มีพระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. 2551 เพื่อควบคุมการใช้สื่อโทรทัศน์ในการโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่

1. ประกาศให้แก้ไขรูปภาพบนฉลากคำเตือนพิษภัยของบุหรี่ซิการ์เรต ให้สื่อความหมายชัดเจนยิ่งขึ้น และกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่

2. วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2551 ได้มีพระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. 2551 เพื่อควบคุมการใช้สื่อโทรทัศน์ในการโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่ โดยกำหนดให้มีการตรวจพิจารณาภาพยนตร์โดยให้คณะกรรมการพิจารณาภาพยนตร์และวีดิทัศน์กำหนดด้วยว่า ภาพยนตร์ดังกล่าวจัดอยู่ในภาพยนตร์ประเภทใด (พระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. 2551 และ 2552) และใช้การแสดงเครื่องหมายกำกับความเหมาะสมของผู้ชมภาพยนตร์ ในกรณีที่มีความเกี่ยวข้องกับบุหรี่ มีรายละเอียดดังนี้ (ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูญ 2558: 265-266)

กลุ่มภาพยนตร์ในระดับทุกวัย หรือ “ท” ไม่สามารถปรากฏภาพของบุหรี่ได้เลย

กลุ่ม 13 ปีขึ้นไป สามารถปรากฏภาพบุหรี่ได้ในระดับน้อย โดยจะต้องพิจารณาจากบริบทของเรื่องที่ไม่สามารถเลี่ยงได้ ภาพบุหรี่ปรากฏได้ในจำนวนความถี่น้อยมาก และการปรากฏภาพนั้นต้องนำเสนอให้เห็นผลหรือโทษจากการสูบบุหรี่ที่ชัดเจน โดยต้องไม่เป็นการชี้แนะ ชักจูง หรือสร้างค่านิยม และทัศนคติเชิงบวกในการสูบบุหรี่

กลุ่ม 15 ปีขึ้นไป สามารถปรากฏภาพบุหรี่ได้ในระดับปานกลางโดยจะต้องพิจารณาจากบริบทของเรื่องที่ไม่สามารถเลี่ยงได้ และการปรากฏภาพนั้นควรนำเสนอให้

เห็นผลหรือโทษจากการสูบบุหรี่ที่ชัดเจน ไม่เป็นเนื้อหาหลักของเรื่อง บุคคลที่ปรากฏในภาพกับบุหรี่อาจเป็นตัวเอกของเรื่องโดยต้องไม่เป็นการชี้หน้า ชักจูง หรือสร้างค่านิยม และทัศนคติเชิงบวกในการสูบบุหรี่

กลุ่ม 18 ปีขึ้นไป และ กลุ่ม 20 ปีขึ้นไป สามารถปรากฏภาพบุหรี่ได้ในระดับมาก แต่ต้องไม่เป็นการชี้หน้า ชักจูง หรือสร้างค่านิยม และทัศนคติเชิงบวกในการสูบบุหรี่ (พระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ.2551)

พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2552 เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการแสดงฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต โดยปรับปรุงภาพคำเตือนจาก 9 ภาพ เป็น 10 ภาพ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2553

พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยและช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต พ.ศ. 2556 กรณีของหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัย โดยกำหนดให้บริษัทผู้ผลิตบุหรี่ต้องพิมพ์ภาพคำเตือนพิษภัยบุหรี่ เพิ่มจากขนาดเดิมคือร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 85 บนพื้นที่ของบุหรี่ ซึ่งเป็นขนาดใหญ่ที่สุดในโลก มีทั้งหมด 10 ภาพ และช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต

อย่างไรก็ตาม บริษัทได้ฟ้องผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ต่อศาลปกครองชั้นต้น ให้ทุเลาการบังคับตามประกาศฉบับนี้ ศาลปกครองสูงสุดมีคำสั่งให้ยกเลิกการคุ้มครองชั่วคราวของศาลปกครองชั้นต้นพร้อมระบุว่า กระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานถูกต้องตามขั้นตอน ยึดประโยชน์ปกป้องคุ้มครองสุขภาพประชากรเป็นสำคัญ และเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบถือปฏิบัติได้ (คำสั่งที่ 269/2557 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2557) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้มีข้อกำหนด 11 ข้อ และมีผลบังคับใช้ทันที ตั้งแต่วันที่ศาลปกครองสั่ง ดังนั้น ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าบุหรี่ซิการ์เรตทุกราย ต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังนี้ (ฉัตรสุมน พุทธิภิญโญ 2558)

1. ต้องจัดพิมพ์ฉลากรูปภาพข้อความคำเตือนที่ซอง หรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิการ์เรตที่จะจำหน่ายในราชอาณาจักรไทย ให้มีขนาดร้อยละ 85 ของด้านที่มีพื้นที่มากที่สุดอย่างน้อย 2 ด้าน โดยกำหนดให้บุหรี่ซิการ์เรตที่บรรจุอยู่ในกล่อง หรือกระดาษหุ้มห่อซอง

หรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซีกาเรต (Carton) ต้องแสดงฉลากรูปภาพและข้อความคำเตือน จำนวน 10 แบบต่อ 1 คาร์ตัน (Carton) โดยจัดพิมพ์ 10 แบบละกันในอัตรา 1 แบบต่อ 5,000 ของหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซีกาเรต รวมทั้งพิมพ์ช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบคือ หมายเลขโทรศัพท์ 1600

2. เงื่อนไขต่างๆ ตามประกาศฯ กล่าวคือ การผ่อนผันให้ผู้ผลิตหรือนำเข้ามา ก่อนประกาศมีผลใช้เป็นเวลา 90 วัน ตามข้อ 9 และ 180 วันสำหรับผู้นำเข้าหลังประกาศมี ผลใช้ ตามข้อ 11 ซึ่งเป็นประโยชน์แก่ผู้ผลิตและนำเข้าบุหรี่ซีกาเรตได้ล่วงหน้าไปแล้ว จึงไม่ สามารถนำกลับมาใช้เพื่อประโยชน์แก่บริษัทใดบริษัทหนึ่งได้อีก

ประเทศแคนาดาเป็นประเทศแรกของโลกที่พิมพ์ภาพสีสี่พร้อมคำเตือนสุขภาพบน หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2543 หลังจากนั้น ประเทศบราซิล เป็นประเทศที่สองของโลกที่พิมพ์ภาพสีสี่และคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ในเดือน กุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2545 ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่สามของโลกที่พิมพ์ภาพสี พร้อมคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2546 ส่วนประเทศไทยมี ความพยายามมาโดยตลอดในการที่จะพิมพ์ภาพสีคำเตือนสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ ยาสูบนับตั้งแต่ ประเทศแคนาดาพิมพ์ภาพสีคำเตือนสุขภาพ แต่การผลักดันให้เกิด นโยบายและการดำเนินการดังกล่าวได้รับ แรงต่อต้านจากอุตสาหกรรมยาสูบมาโดยตลอด จนกระทั่งวันที่ 25 มีนาคม ปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยจึงเป็นประเทศที่สี่ของโลกในการ พิมพ์ภาพสีคำเตือนสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ (हत्य चितानन्त, 2554; ประกิจ วาที สาธกกิจ 2551)

งานวิจัยบ่งชี้ประสิทธิผลของภาพคำเตือน

ผลการวิจัยคำเตือนและภาพคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ โดยคณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการ ควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า 60.6% ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ และผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ยอมรับว่าคำเตือนบนซอง บุหรี่กระตุ้นให้ทราบถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ (Silpasuwan P et al, 2005) หลังจากที่มี การพิมพ์ภาพสีคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ในประเทศไทย ที่มีวิจัยพบว่า ความตั้งใจที่จะ เลิกสูบบุหรี่เมื่อเห็นภาพคำเตือนสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 44.6% เป็น 58.2% และพบว่าผู้เลิก

สูบบุหรี่ได้ระยะหนึ่งแล้วกลับไปสูบบุหรี่ใหม่มีจำนวนลดลงจาก 20% เป็น 5.9% (Sujirarat D et al, 2011; นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2558)

เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2556 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามในประกาศกระทรวงฯ ว่าด้วยหลัก เกณฑ์เพิ่มขนาดภาพคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่จาก 55% เป็น 85% และประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 5 เมษายน 2556 ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 2 ตุลาคม 2556 มีผลให้อุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติยื่นฟ้องต่อศาลปกครองเพื่อให้ยกเลิกประกาศกระทรวงฯ และคุ้มครองชั่วคราว ต่อมาในวันที่ 26 มิถุนายน 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้รับหนังสือจากศาลปกครองสูงสุดลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2557 มีคำสั่งให้ยกเลิกการ คุ้มครองชั่วคราวของศาลปกครองชั้นต้น และระบุว่ากระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานถูกต้อง โดยยึดประโยชน์ ปกป้องคุ้มครองสุขภาพประชาชนเป็นสำคัญ

ความพยายามเหล่านี้ส่งผลให้ไทยเป็นประเทศในเอเชียที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ว่าเป็นประเทศที่มีพัฒนาการในการต่อสู้กับการเพิ่มขึ้นของการบริโภคยาสูบมากที่สุดในเอเชียแปซิฟิก แต่ระยะหลังบริษัทยาสูบพยายามใช้กลยุทธ์ใหม่ทางการตลาดและโฆษณาแฝง โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้หญิง วัยทำงานและวัยรุ่น

6. ทิศทางภาพคำเตือนในอนาคต : บุหรี่ซองเรียบง่าย ปราศจากสีสັນ

ทีมวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รับทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการ ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) พบว่าการขยายภาพคำเตือนสุขภาพเป็น 85% ทำให้กลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่ที่มีความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าภาพคำเตือน 55% (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณและคณะ 2559) ซึ่งสอดคล้องและสนับสนุนประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

ในขณะที่ภาพสีคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเป็นรอบที่สามเมื่อต้นปี พ.ศ. 2554 นายแพทย์ หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยพยายามผลักดันนโยบายซองบุหรี่แบบเรียบและปราศจากสีสັນ(plain packaging and standardized) มาโดยตลอด โดยครั้งแรกเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2552 หลังจากนั้น มีการประชุมร่างประกาศกฎกระทรวง

สาธารณสุขเกี่ยวกับของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสัน 3 ครั้ง ในเดือนสิงหาคมและตุลาคม พ.ศ. 2552 และวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2553 นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ได้เข้าพบรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อมอบหนังสือเสนอเรื่องนโยบายของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสัน ต่อมามีการประชุมของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2554 แต่ไม่มีการบรรจุเรื่องของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันเข้าระเบียบวาระ (หทัย ชิตานนท์ 2554; นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2554)

หลังจากที่รัฐบาลของประเทศออสเตรเลียประกาศบังคับใช้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันเป็นประเทศแรกของโลกมาตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา มีงานวิจัยเกี่ยวกับผลของของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันพบว่า ของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันลด ความดึงดูดใจ (Stead M et al, 2013; Hammond D et al, 2004; Gallopel-Morvan K Gallopel-Morvan Ket al, 2014) และผลเชิงลบที่เพิ่มขึ้นของของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสัน (Dunlop SM et al 2014) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มวัยหนุ่มสาวมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และสิ่งที่สำคัญคือ ประสิทธิภาพของภาพคำเตือนสุขภาพ พบว่ามีผลในทางบวกเพิ่มขึ้น (Wakefield M, 2015) คือ การมองเห็นภาพคำเตือนที่ชัดเจนมากขึ้น มีแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมที่ตอบสนองที่จะหลีกเลี่ยง

ที่มวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าภาพสีคำเตือนสุขภาพบนของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันจะมีความโดดเด่นมากยิ่งขึ้น และภาพสีคำเตือนสุขภาพบนของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันที่มีพื้นสีของบุหรี่เป็นสีดำ น้ำตาล หรือขาว เป็นการสื่อสารทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดความเกรงกลัวมากที่สุดในกลุ่มวัยรุ่น (พิมพ์พรพรรณ ศิลปะสุวรรณและคณะ 2556; Auemaneekul et al, 2015)

งานวิจัยชิ้นนี้บ่งชี้ว่า ภาพสีคำเตือนสุขภาพบนของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันสื่อสารให้เกิดความกลัวพิษภัยของการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน ตรงประเด็น และมีความหมายต่อกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้น ประเทศไทยควรดำเนินการผลักดันนโยบายของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันอย่างเร่งด่วนเพื่อปกป้องสุขภาพของเยาวชนไทยจากอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งในปีนี้ (พ.ศ. 2560) มีหลายประเทศที่ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันไปแล้ว

1. ประเทศฝรั่งเศส ของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันปรากฏในท้องตลาดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 เป็นต้นไป

2. ประเทศอังกฤษ ของบุหรี่ปแบบเรียบและปราศสีสันจะปรากฏในท้องตลาดตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2560 เป็นต้นไป
3. ประเทศยัการ์รี ของบุหรี่ปแบบเรียบและปราศสีสันปรากฏในท้องตลาดตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม 2559 เป็นต้นไป และตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2562 บุหรี่ปทุกลวดสีสันจะต้องเป็นของแบบเรียบและปราศสีสัน
4. ไอร์แลนด์ ของบุหรี่ปแบบเรียบและปราศสีสันจะปรากฏในท้องตลาดตั้งแต่วันที่ 30 กันยายน 2560 เป็นต้นไป

สรุป ประเทศไทยมีความพยายามมาโดยตลอดในการที่จะพิมพ์ภาพสีค่าเตือนสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ นับตั้งแต่ประเทศแคนาดาพิมพ์ภาพสีค่าเตือนสุขภาพ แต่การผลักดันให้เกิดนโยบายและการดำเนินการดังกล่าวได้รับแรงต่อต้านจากอุตสาหกรรมยาสูบมาโดยตลอดแม้ว่าภาพค่าเตือนบนซองบุหรี่ปจะไม่สามารถทำให้ผู้สูบบุหรี่ปเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ปโดยการเลิกสูบบุหรี่ปทันที แต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ปอย่างมีนัยสำคัญ (Silpasuwan P, et al., 2008) ภาพค่าเตือนด้านสุขภาพของประเทศไทยควรจะสื่อสารถึงประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ปรวมทั้งคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ปด้วย ซึ่งเป็นกรให้ความรู้เชิงบวก แทนที่จะมุ่งเน้นแต่เฉพาะผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ



บทที่ 6

นโยบายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. การคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง
2. แนวทางเพื่อการดำเนินงานคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง
3. สถานที่ห้ามสูบบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์
4. งานวิจัยเกี่ยวกับสถานที่ปลอดบุหรี่

ตามกรอบกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกและข้อชี้แนะ (World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Article 11; Article 13. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland; 2009) เสนอให้มีการให้การศึกษ การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน โดยใช้เครื่องมือสื่อสารทุกชนิดที่มีความเหมาะสม

ประเทศสมาชิกสามารถใช้มาตรการต่างๆ ดำเนินการเพื่อส่งเสริมจิตสำนึกของประชาชนและให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันยาสูบรวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการเลิกใช้ยาสูบ (ข้อ 12 แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ และแนวทางในการดำเนินงานตามข้อ 8 แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ เรื่องการคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่ (Guideline for implementation of Article 8 of WHO FCTC: Protection from

exposure of tobacco smoke) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากประเทศสมาชิกในสมัยประชุม สมัชชาภาคีกรอบอนุสัญญาฯ ครั้งที่ 2 (the Conference of the Parties II) ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน ถึงวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

แนวทางในการดำเนินงานตามข้อ 8 นี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

(1) สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกได้สามารถปฏิบัติตามพันธกรณีในกรอบอนุสัญญาฯ ว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ เกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนจากอันตรายของควันบุหรี่มือสอง และ

(2) กำหนดสาระหลักที่จำเป็นในการออกกฎหมายคุ้มครองสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง

การคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (Second-hand tobacco smoke หรือใช้อักษรย่อว่า SHS) หมายถึง “ควันที่เกิดจากการเผาไหม้ที่ปลายบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นๆ ซึ่งมักเกิดร่วมกับควันที่ถูกพ่นออกมาจากผู้สูบ”

การคุ้มครองพื้นที่หรือสถานที่สาธารณะ (Public places) ประเทศสมาชิกควรออกกฎหมายให้ครอบคลุม กว้างขวางที่สุดที่จะทำได้ โดยควรครอบคลุมสถานที่ทุกแห่งที่สาธารณชนสามารถเข้าถึงได้ หรือสถานที่ใช้ร่วมกัน ไม่ว่าใครจะเป็นเจ้าของหรือใครจะมีสิทธิใช้ก็ตามภายในอาคาร (Indoor or enclosed) หมายถึง พื้นที่ใดๆ ที่มีหลังคาปกคลุมหรือมีผนังอย่างน้อย 1 ด้าน โดยไม่คำนึงถึงวัสดุที่ใช้มุงหลังคา หรือวัสดุสร้างผนังและไม่ว่าอาคารนั้นจะเป็นอาคารถาวรหรือชั่วคราว

กรอบอนุสัญญาฯ ยังเสนอว่า ภาคีควรให้ความสำคัญกับสถานประกอบการสำหรับบุคคลบางกลุ่ม เช่น เรือนจำ สถานรักษาพยาบาลทางจิต ยานพาหนะสาธารณะ (Public transport) หมายถึง ยานพาหนะทุกชนิดที่ใช้ในการรับส่งบุคคลในภาคขนส่งทั่วไป รวมถึงรถรับจ้างส่วนบุคคล หรือแท็กซี่ด้วย

ขอบเขตของกฎหมายที่ใช้บังคับ

สถานประกอบการ (Workplace) หมายถึง สถานที่ใดๆ ที่บุคคลใช้ทำงานหรือถูกว่าจ้างให้ทำงาน ควรรวมถึงสถานที่ทุกแห่งที่มีคนทำงาน ไม่ว่าจะได้รับค่าจ้างหรือไม่ก็ตาม คำนิยามควรรวมถึงสถานที่อื่นๆ ที่คนงานใช้ระหว่างทำงานด้วย อาทิ ระเบียง ลิฟต์ บันได

สถานที่รับประทานอาหาร ร้านอาหาร ห้องน้ำ ยานพาหนะที่ใช้ในการทำงาน หรือภายนอกอาคาร (อาทิ เช่น ชายคา)

กรอบอนุสัญญาฯ มาตรา 8 เรียกร้องให้มีการใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองสุขภาพจากการได้รับควันบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ (1) ภายในอาคารและสถานประกอบการ (2) อาคารสถานที่สาธารณะ (3) ยานพาหนะสาธารณะ และ (4) สถานที่อื่นๆ ตามความเหมาะสม

การจัดให้มีการคุ้มครองสุขภาพจากการได้รับควันบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ต้องดำเนินการโดยทั่วถึงภายใน 5 ปี นับจากที่ภาคีสมาชิกให้สัตยาบันต่อกรอบอนุสัญญาฯ การปกป้องคุ้มครองประชาชนต้องมีในสถานประกอบการทุกแห่ง ภายในอาคารสาธารณะ รวมทั้งยานพาหนะที่ใช้ในการทำงาน เช่น รถแท็กซี่ รถพยาบาลรถยนต์ขนส่งหรือรถส่งสินค้า และสถานที่อื่นๆ ด้วย หากเหมาะสม การแจ้งข่าวและการมีส่วนร่วมของสาธารณชนเพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนและผู้กำหนดนโยบายเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงในการได้รับควันบุหรี่มือสอง

เนื้อหาสำคัญของการให้ความรู้ควรเน้นอันตรายที่เกิดขึ้นจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และประเด็นที่ว่า การกำจัดควันบุหรี่ในอาคารเป็นวิธีเดียวที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ว่าจะปกป้องประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่ รวมทั้งสิทธิของประชาชนทั่วไปและพนักงานที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองโดยกฎหมาย

นอกจากนี้ควรทำความเข้าใจ ให้ความรู้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย อาทิ เจ้าของธุรกิจ ผู้รับผิดชอบอาคาร เพื่อให้เกิดแรงสนับสนุนให้การออกกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างราบรื่น

การบังคับใช้กฎหมาย

กฎหมายคุ้มครองสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองควรกำหนดความรับผิดชอบของเจ้าของสถานที่ ผู้ประกอบการ หรือผู้ทำหน้าที่ดูแลสถานที่ และระบุน้ำที่และการปฏิบัติอย่างชัดเจน ดังนี้

1. จัดให้มีเครื่องหมาย “ห้ามสูบบุหรี่” บริเวณทางเข้า หรือสถานที่อื่นๆ อย่างชัดเจน เครื่องหมายดังกล่าวควรกำหนดโดยหน่วยงานสาธารณสุขหรือองค์การอื่นของรัฐ

และอาจระบุหมายเลขโทรศัพท์ หรือช่องทางสำหรับประชาชนที่จะร้องเรียน หากมีกรณีไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

2. ต้องขจัดอุปสรรคที่ใช้เชี่ย/ดับบุหรี่ ออกจากบริเวณพื้นที่ ที่กฎหมายกำหนดออกให้หมด

3. หน้าที่ในการห้ามปรามผู้ที่สูบบุหรี่ในสถานที่ที่ตนรับผิดชอบ เช่น การขอความร่วมมือไม่สูบบุหรี่ การขอให้ไปสูบนอกสถานที่หรือสถานที่สูบที่จัดไว้ ตลอดจนการแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย หากยังมีการฝ่าฝืนโครงสร้างพื้นฐานที่จะสนับสนุนให้มีการบังคับใช้กฎหมาย

- กฎหมายควรระบุหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการบังคับใช้ และควรมีระบบติดตามควบคุมกำกับ ตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายและการลงโทษ

- การติดตาม ควบคุม สอดส่องการปฏิบัติตามกฎหมาย ควรใช้กลไกหรือวิธีการที่มีอยู่แล้วในการตรวจสอบสถานประกอบการ โดยอาจมีการสุ่มตรวจโดยที่ไม่แจ้งล่วงหน้าและตรวจสอบกรณีมีข้อร้องเรียน

- การตรวจตราการบังคับใช้กฎหมาย อาจไม่จำเป็นต้องจ้างเจ้าหน้าที่จำนวนมาก ควรใช้เจ้าหน้าที่ตามโครงสร้างที่มีอยู่ อนึ่ง จากประสบการณ์ในหลายประเทศ พบว่ากฎหมายห้ามสูบบุหรี่มักจะได้รับปฏิบัติไปในตัว ตัวอย่างเช่น หากมีป้ายห้ามสูบบุหรี่ในอาคาร ก็จะไม่มีการสูบบุหรี่ไปเอง นั่นคือ การควบคุมดูแลบังคับใช้โดยประชาชน

- การลงโทษผู้กระทำผิดอาจมีความจำเป็นน้อย หากมีการวางแผนในการออกกฎหมายเป็นอย่างดีและให้ความรู้แก่ประชาชนผู้ประกอบการและเจ้าของสถานที่สาธารณะอย่างทั่วถึง

- การจัดสรรงบประมาณสำหรับการให้ความรู้กับภาคธุรกิจ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ การประสานงานในการตรวจสอบ รวมถึงค่าล่วงเวลาสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา การขับเคลื่อนสังคมและการให้สังคมมีส่วนร่วม

- การทำให้ประชาชน ชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามกำกับและรายงานการฝ่าฝืนกฎหมายจะช่วยทำให้ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายเพิ่มขึ้น

อีกทั้งยังช่วยลดทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการกำกับติดตาม ดังนั้น กฎหมายปลอดบุหรี่ควรระบุด้วยว่า สาธารณชนสามารถร้องเรียนได้

- การตั้งผู้รับผิดชอบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือองค์กรเอกชนให้ทำหน้าที่ควบคุมกำกับ การปฏิบัติตามกฎหมาย ควรจัดให้มีเบอร์โทรศัพท์ (โดยผู้โทรไม่ต้องจ่ายค่าโทรศัพท์) หรือมีระบบอื่นๆ ที่สนับสนุนให้ประชาชนร้องเรียนกรณีมีผู้ฝ่าฝืนกฎหมาย และติดตามกำกับและประเมินผลมาตรการต่างๆ

- การติดตามกำกับและประเมินผลมาตรการต่างๆ มีความสำคัญเนื่องจาก ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นหลักฐานแสดงความสำเร็จที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นแบบอย่างต่อประเทศอื่น รวมทั้งเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนภาคการเมืองและประชาชนในการออกกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดำเนินการคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่ ได้เสนอแนะ แบ่งออกเป็น ตัวชี้วัดด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ดังนี้

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ

ความรู้ ทักษะและการสนับสนุนต่อนโยบายปลอดบุหรี่ของกลุ่มประชาชนทั่วไป รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น พนักงานที่ทำงานในสถานบันเทิง

การบังคับใช้กฎหมายและระดับการปฏิบัติตามกฎหมาย

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์

การลดการได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้ทำงานในสถานประกอบการและสถานที่สาธารณะ

การลดปริมาณควันบุหรี่ในอากาศในสถานประกอบการและสถานที่สาธารณะ โดยเฉพาะในภัตตาคาร

การลดปริมาณการเจ็บป่วยและการตายอันเนื่องจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

การลดการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน

การลดอัตราการสูบบุหรี่และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่

2. แนวทางเพื่อการดำเนินงานคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

การคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่มือสองตามมาตรา 8 แห่งกรอบอนุสัญญาฯ

สถานที่สาธารณะ หมายถึง ที่ที่ประชาชนใช้ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ของราชการ หรือของเอกชน ซึ่งรวมถึงที่ทำงานภายในและภายนอกอาคารสาธารณะ สถานที่สาธารณะทั้งในและนอกอาคาร

ควันบุหรี่มือสอง คือ ควันบุหรี่ที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ ระหว่างการสูบ และควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่หายใจออกมา

ปลอดควันบุหรี่ 100% หมายถึง การที่ไม่มีควันบุหรี่ 100% รวมถึงการไม่มีกลิ่นหรือตรวจวัดไม่พบว่า มีสารเคมีที่มีในควันบุหรี่

พันธกรณี ประเทศภาคีกรอบอนุสัญญาฯ ต้องดำเนินการให้มี การคุ้มครองประชาชน จากการได้รับควันบุหรี่มือสอง 100% ภายใน เวลา 5 ปี นับแต่วันที่ลงสัตยาบัน

ระดับที่จะยอมรับได้

สถานที่สาธารณะต้องปลอดบุหรี่ 100% ไม่สามารถทดแทนได้ด้วยการใช้เครื่องระบายอากาศ เครื่องฟอกอากาศ หรือการจัดที่สูบบุหรี่อย่างเป็นทางการ พื้นที่ที่จะต้องให้การคุ้มครองสุขภาพ สถานที่สาธารณะที่กฎหมายกำหนด

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญในการที่จะทำให้การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพ สิ่งที่จะต้องดำเนินการ คือ

1. สร้างความตระหนักถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองแก่ ประชาชน และผู้กำหนดนโยบายอย่างต่อเนื่อง โดยการดำเนินการ ร่วมกันของหน่วยงานราชการกับองค์กรภาคประชาชน

2. ทำความเข้าใจถึงรายละเอียดของกฎหมาย ทั้งเจ้าของสถานที่ เจ้าของกิจการ สื่อมวลชน กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายนี้

3. ประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงสิทธิของประชาชนทั่วไป และพนักงานที่จะได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ จากควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะและที่ทำงาน ข้อมูลวิจัยที่พบว่า สถานที่ปลอดบุหรี่ส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพและธุรกิจ

4. ภายหลังจากที่กฎหมายมีผลบังคับใช้ ควรจะมีการรณรงค์ให้ความรู้ ถึงรายละเอียดข้อกำหนดของกฎหมายให้แก่ เจ้าของกิจการ เจ้าของสถานที่สาธารณะที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมาย รวมถึงการสนับสนุนสัญลักษณ์ป้าย หรือสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ เพื่อให้เจ้าของสถานที่สาธารณะนำไปติดตามที่กฎหมายกำหนด

5. การดำเนินการในข้อ 4 จะทำให้การบังคับใช้กฎหมายได้ ได้รับความร่วมมือและมี การปฏิบัติตามกฎหมายด้วยความสมัครใจ

การบังคับใช้กฎหมาย

การบังคับใช้กฎหมายควรเน้นที่การทำความเข้าใจและการตรวจตราให้เจ้าของ กิจการ เจ้าของสถานที่สาธารณะ ผู้จัดการ หรือผู้รับผิดชอบสถานที่ สาธารณะที่จะต้อง ดำเนินการตามกฎหมาย

ความรับผิดชอบของเจ้าของสถานที่

1. ต้องติดเครื่องหมายที่ทางเข้าสถานที่สาธารณะ และตำแหน่งที่อื่นที่สื่อว่าห้าม สูบบุหรี่และ เครื่องหมายนี้ควรกำหนดโดยหน่วยงาน ราชการที่รับผิดชอบ และอาจระบุ หมายเลขโทรศัพท์ สำหรับประชาชนที่จะร้องเรียนกรณีที่มีการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

2. ต้องขจัดที่เขี่ยบุหรี่ภายในบริเวณพื้นที่ ที่กฎหมายกำหนดออกทั้งหมด

3. เจ้าของสถานที่มีหน้าที่ที่จะต้องดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย

4. เจ้าของสถานที่มีหน้าที่ที่จะห้ามปรามผู้ที่สูบบุหรี่ในสถานที่ที่ตนรับผิดชอบ อย่างเป็นทางการ ตั้งแต่การขอความร่วมมือ ไม่ให้สูบ การขอให้ไปสูบนอกสถานที่หรือ สถานที่ที่จัดไว้ จนถึงการใช้เจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายคุ้มครอง สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ หรือศูนย์ร้องเรียนการฝ่าฝืนกฎหมาย หากยังมีการฝ่าฝืน

การเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย

1. กำหนดขั้นตอนการตรวจตราการปฏิบัติตามกฎหมายของเจ้าของสถานที่ สาธารณะ

2. การดำเนินการควรใช้กลไก การตรวจตราสถานที่ประกอบการและที่ทำงานที่มี อยู่แล้วในแต่ละท้องที่ อาจกำหนดเป็นเงื่อนไขให้อยู่ในระบบการตรวจสถานที่เพื่อต่อ ใบอนุญาต ธุรกิจใบอนุญาต อนามัยสถานที่ และใบอนุญาตความปลอดภัยของสถานที่ ประกอบการหรือที่ทำงาน

3. ควรกระจายอำนาจการตรวจตราให้แก่ฝ่ายปกครองท้องถิ่น อันจะเป็นการเพิ่ม ทรัพยากรในการบังคับใช้กฎหมาย และเพิ่มระดับความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย ควรจะมีหน่วยงานระดับประเทศทำหน้าที่รับผิดชอบการประสานงานให้กฎหมายมีผล บังคับใช้อย่างทั่วถึงทั่วประเทศ

แผนการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย

1. มีการฝึกอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ที่จะตรวจตราให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การตรวจตรากฎหมาย ควรทำทั้งการตรวจตราอย่างเป็นทางการตามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า การสุ่มตรวจ และการตรวจกรณีที่มีการร้องเรียน

3. การตรวจเยี่ยมแนะนำการปฏิบัติตามกฎหมายเป็นโอกาสที่ดีในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่เจ้าของสถานที่สาธารณะ เพราะส่วนใหญ่ผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามกฎหมายเกิดจากความไม่เข้าใจสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ

4. การตรวจตราบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพไม่จำเป็นต้องจ้างผู้ตรวจตราจำนวนมาก ควรใช้บุคลากรจากโครงสร้างที่มีอยู่ตามที่ระบุไว้ ในส่วนการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย ประสบการณ์พบว่า กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะส่วนใหญ่จะบังคับใช้กันเอง โดยประชาชนในเวลาอันรวดเร็ว (self enforcing)

5. การลงโทษผู้กระทำผิดมีความจำเป็นน้อย ถ้าหากมีแผน การบังคับใช้กฎหมายเชิงรุกและให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ เจ้าของสถานที่สาธารณะ และประชาชนทั่วไปอย่างทั่วถึง

6. ควรจะมีการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนการให้ความรู้แก่ เจ้าของสถานที่สาธารณะการฝึกอบรมผู้บังคับใช้กฎหมาย การประสานงานการตรวจเยี่ยมสถานที่ รวมถึงการให้ค่าล่วงเวลาแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเยี่ยมนอกเวลาราชการ

กลยุทธ์การบังคับใช้กฎหมายได้แก่

1. การวางแผนการบังคับใช้กฎหมายที่ดีจะทำให้เกิดความร่วมมือปฏิบัติตามกฎหมายที่สูงที่สุด ง่ายแก่การนำไปปฏิบัติ และลดค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย

2. การติดตามตรวจตรามีความสำคัญที่สุดในช่วงเวลาที่กฎหมายเริ่มมีผลบังคับใช้ โดยจะทำให้เกิดความตื่นตัวในการปฏิบัติตามกฎหมาย และง่ายต่อการเฝ้าระวังการปฏิบัติ ตามกฎหมายในอนาคต

3. ในช่วงเวลาระยะแรกของการที่กฎหมายมีผลบังคับใช้ ควรจะใช้เป็นโอกาสในการให้ความรู้และตักเตือน (โดยอาจจะยังไม่มีบทลงโทษ) ด้วยการให้ความรู้เจ้าของ

สถานที่สาธารณะ ถึงความรับผิดชอบที่จะต้องปฏิบัติภายใต้กฎหมายและประกาศ ให้รู้ทั่วถึงกันว่า หากพ้นระยะเวลาหนึ่งจะมีการดำเนินการตามกฎหมายอย่างจริงจัง

4. เมื่อถึงเวลาบังคับใช้กฎหมาย ควรมีการลงโทษอย่างจริงจัง ผู้ใจไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย และทำการประชาสัมพันธ์ให้เป็นการชั่วคราว เพื่อแสดงให้เห็นว่าทางราชการเอาใจจริงเอาใจกับกฎหมายนี้ การทำเช่นนี้จะเพิ่มการปฏิบัติตามกฎหมายด้วยความสมัครใจ และลดภาระในการเฝ้าระวังตรวจตรากฎหมายในอนาคต

5. การดำเนินการอย่างจริงจังกับผู้ที่ทำทลาย ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างโจ่งแจ้ง การปฏิบัติอย่างจริงจังกับผู้ฝ่าฝืนโดยเฉพาะในช่วงแรกที่กฎหมายบังคับใช้จะทำให้การปฏิบัติตามกฎหมายเป็นไปด้วยดี แต่หากไม่เข้มงวดจะนำไปสู่การฝ่าฝืนกฎหมายอย่างกว้างขวาง

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน

ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก รวมทั้งลดทรัพยากรที่ต้องใช้เพื่อให้ได้มา ซึ่งการปฏิบัติตามกฎหมาย หากทำให้ประชาชนชุมชนมีส่วนร่วม โดยการให้ประชาชน ชุมชนรายงานหรือแจ้งผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายต่อหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ควรจะมีเบอร์โทรศัพท์ที่จะให้ประชาชนร้องเรียน กรณีที่มีผู้ฝ่าฝืนกฎหมาย (โดยผู้โทรไม่ต้องเสียค่าโทรศัพท์)

การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายมีความสำคัญ คือ

1. จะเพิ่มการสนับสนุนของฝ่ายการเมือง และประชาชนในการที่จะเพิ่มความเข้มงวดและการเพิ่มสถานที่สาธารณะที่จะห้ามสูบบุหรี่ตามกฎหมาย

2. เพื่อเผยแพร่หลักฐานประจักษ์ในพื้นที่ที่ทำได้ดีสามารถนำไปเป็นแบบอย่างของพื้นที่อื่น การประเมินผลควรเน้นที่ตัวชี้วัด การได้รับควันบุหรี่มือสองในที่ทำงานและที่สาธารณะ

3. สถานที่ห้ามสูบบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์

จากการเปรียบเทียบผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey: GATS) พบว่าอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองจากปี พ.ศ. 2552 และ 2554 ในบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.2 เป็นร้อยละ 36.6 การได้รับควันบุหรี่มือสองในที่ทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.2 เป็นร้อยละ 30.0 การได้รับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ

เช่น สถานีขนส่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.6 เป็นร้อยละ 25.5 สถานบันเทิง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.6 เป็น 68.4 (GATS, 2009 - 2011) นอกจากนี้จากการทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในประเทศไทยพบว่าการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในปี พ.ศ. 2552 คนไทยสัมผัสควันบุหรี่นอกร้านถึงร้อยละ 65.6 คือตลาด/ตลาดนัดร้อยละ 69.3 อาคารของสถานบันเทิง 55.4 ร้านอาหารที่อยู่ในอาคารร้อยละ 34.3 โรงเรียนร้อยละ 33.4 อาคารของมหาวิทยาลัยร้อยละ 31.0 สถานีขนส่งสาธารณะร้อยละ 27.1 ภายในอาคารของสถานีราชการร้อยละ 21.6 และภายในอาคารของสถานพยาบาลร้อยละ 4.9 ตามลำดับ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

จากการสำรวจแสดงให้เห็นว่ายังคงมีการสัมผัสควันบุหรี่อยู่อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันการได้รับควันบุหรี่อยู่อย่างกว้างขวาง อาทิ มีการประกาศเพิ่มพื้นที่สาธารณะเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซนต์และมีการประกาศนโยบายสถานที่ปลอดบุหรี่ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การกำหนดสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ 100 เปอร์เซนต์ มี 5 กลุ่ม ดังนี้ที่ต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ. 2550 เรื่องสภาพและลักษณะของเขตปลอดบุหรี่)

1. สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ
2. สถานศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา
3. สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ได้แก่ สถานที่ออกกำลังกาย สถานกีฬา ร้านค้า สถานบริการและบันเทิง บริเวณโรงพักคอย และบริเวณทางเดินทั้งหมดภายในอาคาร สถานบริการทั่วไป สถานที่ทำงาน สถานที่สาธารณะทั่วไป
4. ยานพาหนะสาธารณะทุกประเภท ได้แก่ ยานพาหนะสาธารณะ ในขณะที่ให้บริการไม่ว่าจะมีผู้โดยสารหรือไม่ก็ตาม และสถานีขนส่งสาธารณะทุกประเภท และ
5. ศาสนสถาน และสถานปฏิบัติธรรมในศาสนาและนิกายต่างๆ ต่อไปนี้ จะมีกลุ่มพื้นที่ที่ห้ามสูบบุหรี่ 3 กลุ่มใหญ่ คือ

กลุ่ม 1. สถานที่ที่ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ทุกพื้นที่ในอาคารหรือห้องทำงานส่วนตัว ห้ามสูบบุหรี่ในพื้นที่ไม่มีชื่อยกเว้น ซึ่งเดิมกลุ่มนี้เคยอนุญาตให้สูบบุหรี่ในอาคารบริเวณพื้นที่ที่จัดไว้หรือพื้นที่ส่วนตัวได้ ประกอบด้วย

1) อุทยานหรือศูนย์การเรียนรู้ สถานฝึกอาชีพ สถานกวดวิชา สถานที่สอนภาษาสอนดนตรี - ฆ้องร้อง สอนการแสดง สอนศิลปะ สอนกีฬา สอนศิลปะป้องกันตัว และอื่นๆ

2) ธนาคาร สถาบันการเงิน

3) ศาสนสถาน

4) สถานที่ออกกำลังกายกลางแจ้งหรือสนามกีฬา

5) โรงพยาบาล หรือสถานรักษาพยาบาลทั้งคนและสัตว์ ที่รับผู้ป่วยหรือสัตว์ไว้

ค้างคืน

กลุ่มที่ 2 ห้ามสูบบุหรี่ในอาคารและสิ่งก่อสร้าง ได้แก่

1) สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือ หน่วยงานอื่นของรัฐ

2) สถานที่ให้บริการน้ำมันเชื้อเพลิง หรือแก๊สเชื้อเพลิง

3) มหาวิทยาลัย สถานศึกษา สถาบันการศึกษา ตั้งแต่ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป

กลุ่มที่ 3 ห้ามสูบบุหรี่ในอาคารและสิ่งก่อสร้าง แต่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในอาคารได้เฉพาะพื้นที่ที่จัดไว้ สถานที่เดียวที่ยังอนุญาตให้สูบบุหรี่ในอาคารและสิ่งปลูกสร้างได้ คือ ท่าอากาศยานนานาชาติ สุวรรณภูมิเฉพาะส่วนนานาชาติเท่านั้น ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 นี้ ได้ยกเลิกประกาศฉบับที่ 17 และ 18 เดิม ซึ่งกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ส่วนที่มีการแก้ไขบังคับเพิ่มในฉบับที่ 19 มีดังนี้

ประการแรก ได้แก่

1. ประเภทของยานพาหนะที่ห้ามสูบบุหรี่ บังคับถึงยานพาหนะสาธารณะทุกชนิด ในขณะที่ให้บริการไม่ว่าจะมีผู้โดยสารหรือไม่ก็ตาม ได้แก่ รถแท็กซี่ รถไฟ รถราง รถตู้โดยสาร กระเช้าโดยสาร เรือโดยสาร เครื่องบิน ยานพาหนะโดยสารอื่นๆ ทั้งประเภทประจำทางและไม่ประจำทาง

2. ประเภทสถานีขนส่งสาธารณะ ได้แก่ ที่พักรถโดยสาร ป้ายรถเมล์ บริเวณที่จอดรถก่อนหรือหลังการใช้บริการยานพาหนะโดยสารทุกประเภท บริเวณอาคาร ชานชาลา และพื้นที่ภายใต้หลังคาของสถานีขนส่งผู้โดยสารทางบกทั้งรถยนต์ รถไฟ และท่าเรือโดยสาร ส่วนท่าอากาศยานภายในประเทศ บังคับเฉพาะบริเวณในอาคารและพื้นที่ภายใต้หลังคา

3 สถานประกอบการ (Workplace) สถานที่ที่บุคคลใช้ทำงานหรือถูกว่าจ้างให้ทำงาน ควรรวมถึงสถานที่ทุกแห่งที่มีคนทำงาน ไม่ว่าจะได้รับค่าจ้างหรือไม่ก็ตาม สถานที่ที่ใช้จัดประชุม อบรม สัมมนาหรือสนทนากัน บังคับทั้งอาคารค่านิยามควรรวมถึงสถานที่อื่นๆ ที่คนงานใช้ระหว่างทำงานด้วย เช่นระเบียง ลิฟต์ บันได สถานที่รับประทานอาหาร ร้านอาหาร ห้องน้ำ ยานพาหนะที่ใช้ในการทำงาน หรือภายนอกอาคาร (เช่น ชายคา)

ประการที่ 2 สถานที่ห้ามสูบ 100 เปอร์เซ็นต์ ได้แก่

- 1) สถานที่จัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์
- 2) ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานที่แสดงสินค้าหรือนิทรรศการ
- 3) ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อ สถานเสริมความงาม
- 4) สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ตู้เกมส์ ตู้คาราโอเกะ
- 5) อุทยานหรือศูนย์การเรียนรู้ สถานฝึกอาชีพ สถานกวดวิชา สถานที่สอนภาษาสอนดนตรี - ขับร้อง สอนการแสดง สอนศิลปะ สอนกีฬา สอนศิลปะป้องกันตัว และอื่นๆ
- 6) ธนาคาร สถาบันการเงิน
- 7) ศาสนสถาน หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในนิกาย หรือศาสนาต่างๆ ในส่วนอื่นทั้งหมด นอกเหนือจากบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ
- 8) สถานที่ออกกำลังกายกลางแจ้ง หรือสนามกีฬา
- 9) โรงพยาบาล หรือสถานรักษาพยาบาลทั้งคนและสัตว์ ประเภทที่รับผู้ป่วยหรือสัตว์ไว้ค้างคืน
- 10) สวนสาธารณะ สวนสัตว์ สวนพฤกษศาสตร์ โดยอนุญาตให้จัดเขตสูบบุหรี่ได้เฉพาะส่วนที่เป็นอาคารหรือสิ่งปลูกสร้าง ที่อยู่ในอุทยานประวัติศาสตร์ โบราณสถาน อุทยานหรือวนอุทยานแห่งชาติ

ประการที่ 3 สถานที่ที่อนุโลมให้จัดเขตสูบบุหรี่นอกอาคารและสิ่งก่อสร้างได้ ได้แก่ สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงหรือแก๊สเชื้อเพลิง มหาวิทยาลัย สถานศึกษา สถาบันการศึกษา ตั้งแต่ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป

ประการที่ 4 สถานที่ห้ามสูบเป็นบางส่วน ได้แก่ สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีระบบปรับอากาศ ห้ามสูบบุหรี่เฉพาะบริเวณที่มีการขาย และโต๊ะรับประทานอาหาร

ประการที่ 5 สถานที่ดังต่อไปนี้ ได้แก่ โรงแรม รีสอร์ท สถานที่พักตากอากาศ ห้องเช่า หอพัก คอนโด อพาร์ทเมนต์ หรือสถานที่ที่ให้บริการในลักษณะเดียวกัน และอาคารชุดหรือคอนโดมิเนียม ให้สูบบุหรี่เฉพาะห้องส่วนตัวเท่านั้น และประการสุดท้าย สถานที่ที่อนุญาตให้จัดสถานที่สูบบุหรี่ภายในอาคารและสิ่งปลูกสร้างได้ คือ ท่าอากาศยานนานาชาติ

การกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 ได้กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งโรงแรมทุกขนาด รีสอร์ท หรือ สถานที่พักตากอากาศ ห้องเช่า หอพัก อพาร์ทเมนต์ คอนโด อาคารชุด หรือคอนโดมิเนียม หรือสถานที่ที่ให้บริการในลักษณะเดียวกัน ได้ถูกกำหนดให้เป็นสถานที่สาธารณะ ในหมวด สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ผู้ประกอบการและผู้อาศัยจะต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยจะต้องจัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด

ตัวอย่างสถานที่ที่จะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง ได้แก่ กรณีสถานที่ปลอดบุหรี่ 100% เจ้าของหรือผู้รับผิดชอบสถานที่จะต้องจัดให้เป็นปลอดบุหรี่ทั้งหมด โดยจะต้องมีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ให้ถูกต้องในสถานที่ที่กฎหมายกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ รวมถึงจะต้องไม่มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ไฟแช็ค เป็นต้น ทั้งนี้ ร้านค้าหรือหน่วยงานทุกประเภทที่อยู่ในบริเวณอาคารภายในสถานที่ดังกล่าวทั้งหมด และร้านค้าของผู้ประกอบการที่มาเช่าสถานที่เพื่อประกอบธุรกิจ สามารถแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ได้ภายในสถานที่ดังกล่าว โดยที่เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ จะต้องอยู่ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้อย่างเด่นชัด

ตาราง สถานที่ปลอดบุหรี่และการจัดเขตสูบบุหรี่

สถานที่	ปลอด บุหรี่	จัดเขต สูบบุหรี่	สถานที่	ปลอด บุหรี่	จัดเขต สูบบุหรี่
	100%	ได้		100%	ได้
1.ทางเข้า-ออกของ อาคารและป้อมยาม	/	-	12.สุขา	/	-

สถานที่	ปลอด	จัดเขต	สถานที่	ปลอด	จัดเขต
	บูหรี 100%	สูบบูหรี ได้		บูหรี 100%	สูบบูหรี ได้
2.บริเวณโถงพักคอย ภายในอาคาร	/	-	13.สถานที่ให้บริการ คาราโอเกะหรือสถาน บันเทิงอื่น	/	-
3.บริเวณทางเดิน ทั้งหมดภายในอาคาร	/	-	14.สถานที่จำหน่าย อาหาร เครื่องดื่มที่มี ระบบปรับอากาศ	/	-
4.ร้านขายยา/ร้าน ขายของในสถานที่ ดังกล่าว	/	-	15.บริเวณที่ ให้บริการอาหารใน สถานที่จำหน่าย อาหาร เครื่องดื่มที่ไม่มี ระบบปรับอากาศ	/	-
5.สถานบริการนวด แผนไทย/นวดแผน โบราณ ในสถานที่ ดังกล่าว	/	-	16. คลินิก หรือห้อง พยาบาล	/	-
6.สถานบริการอบ ความร้อน/ อบไอน้ำ/ อบสมุนไพร	/	-	17.สถานที่จัดประชุม อบรมสัมมนา หรือ สัมมนาการ	/	-
7.สถานบริการ สปา/ นวดเพื่อความ งาม	/	-	18.ร้านตัดผม/สถาน เสริมความงาม	/	-
8.สถานที่ออกกำลังกาย เล่นกีฬาในร่ม	/	-	19.ร้านตัดเสื้อผ้า	/	-
9.สระว่ายน้ำ	/	-	20.ลานจอดรถใน อาคาร	/	-

สถานที่	ปลอด	จัดเขต	สถานที่	ปลอด	จัดเขต
	บุรี	สูบบุหรี่		บุรี	สูบบุหรี่
	100%	ได้		100%	ได้
10. สถานที่จัดเลี้ยง ทั้งในร่ม-กลางแจ้ง	/	-	21. ลานจอดรถนอก อาคาร	-	/
11. โรงมหรสพ/ โรง ละคร/ โรงภาพยนตร์ ภายในบริเวณ ดังกล่าว	/	-	22. สถานที่สาธารณะ อื่นๆ ที่ใช้ประโยชน์ ร่วมกัน	/	-

ที่มา ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 127 ตอนพิเศษ 40 ง 30 มีนาคม 2553

4. งานวิจัยเกี่ยวกับสถานที่ปลอดบุหรี่

4.1 สนามบินปลอดบุหรี่

ผลงานวิจัยของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค หรือ ซีดีซี (CDC) สหรัฐอเมริกา ที่ระบุว่าได้ทำการศึกษาคุณภาพอากาศในท่าอากาศยานนานาชาติขนาดใหญ่ของสหรัฐจำนวน 9 แห่ง จากทั้งหมด 29 แห่ง เมื่อปี 2555 พบว่า มีเพียง 4 แห่ง ที่ปลอดบุหรี่ แต่ยังมี 5 แห่ง ที่จัดห้องสูบบุหรี่เฉพาะ คือ 1. Denver International 2. Hartsfield-Jackson Atlanta International 3. McCarran International in Las Vegas 4. Salt Lake City International และ 5. Washington Dulles International ซึ่งแม้จะจัดโซนไว้ให้นักสูบแล้วก็ตาม แต่ผู้โดยสารที่ใช้บริการจากสนามบินทั้ง 5 แห่ง ประมาณ 110 ล้านคน ทั้งหมดล้วนเสี่ยงรับอันตรายจากควันบุหรี่ทั้งสิ้นเนื่องจากเครื่องกรองอากาศไม่สามารถช่วยได้ เพราะควันบุหรี่เป็นไอระเหย

ข้อมูลดังกล่าว ยืนยันได้จากที่คณะวิจัยของซีดีซีได้วัดอนุภาคของควันที่ถูกปล่อยมาเป็นจำนวนมากจากบุหรี่ที่ระดับ 2.5 ไมครอน (pm) พบว่ามีการกระจายไปทั่วบริเวณทั้งภายในเขตที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ หรือประมาณ 1 เมตร ถัดจากเขตอนุญาตให้สูบบุหรี่ รวมไปถึงบริเวณที่นั่งหน้าประตูขึ้นเครื่อง และบริเวณต่างๆ เนื่องจากหากใครคนหนึ่งเดินผ่านควันบุหรี่ ก็จะติดเสื้อผ้า ติดผม ซึ่งหากไปสัมผัสผิวก็จะได้รับควันบุหรี่มือสามอีก โดยควันบุหรี่

เหล่านี้จะมีอายุยืนยาวถึง 48 ชั่วโมง จึงจะจางหาย และยังทำให้รู้ว่ามีควันบุหรี่ปริมาณเท่าใด ก็ย่อมเป็นอันตรายทั้งสิ้น

ในปี 2553 ประเทศไทยมีเพียงประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยได้จัดแบ่งพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ต่างๆ ซึ่งท่าอากาศยานในประเทศไทยจัดเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่โดยเด็ดขาด ยกเว้นที่เดียวในประเทศไทยคือ สนามบินสุวรรณภูมิเฉพาะในส่วนต่างประเทศ อนุญาตให้นักสูบบุหรี่เข้าไปสูบบุหรี่ในห้องที่จัดให้ แต่จากผลการวิจัยของสหรัฐอเมริกาสมควรยกเลิกให้หมด

ห้องสูบบุหรี่ (Smoking Room) ที่ทางสนามบินนานาชาติในเมืองไทย สำหรับสูบบุหรี่ในสนามบินนานาชาติทุกแห่งในไทย ซึ่งมีทั้งสิ้นรวม 12 แห่ง ผลวิจัยสำรวจสภาพอากาศในท่าอากาศยานในประเทศไทย 4 แห่ง ได้แก่ ท่าอากาศยานนานาชาติสุวรรณภูมิ ดอนเมือง ภูเก็ต และเชียงใหม่ โดยเก็บตัวอย่างในห้องพักสูบบุหรี่ บริเวณใกล้ประตูห้องพักสูบบุหรี่ และบริเวณปลอดบุหรี่ 112 ตัวอย่าง พบว่า ในห้องพักสูบบุหรี่มีควันบุหรี่มือ 2 ในปริมาณ 773.4 ไมครอนสูงกว่าท่าอากาศยานในสหรัฐ ซึ่งอยู่ในระดับ 188.7 ถึง 4 เท่า ส่วนบริเวณใกล้ประตูห้องพักสูบบุหรี่มีควันบุหรี่มือ 2 ในปริมาณ 54.6 ไมครอน สูงกว่าค่ามาตรฐานที่ประเทศไทยกำหนดไว้ไม่เกิน 50 ไมครอน และบริเวณปลอดบุหรี่ยังพบควันบุหรี่มือ 2 ในปริมาณ 14.3 ไมครอน (นิภาพรรณ กังสกุลนิติ และ เนาวรัตน์ เจริญคำ 2556)

งานวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าควันบุหรี่มือสองมีเต็มสนามบิน สูงกว่าอเมริกา 4 เท่า การสำรวจพบว่านักท่องเที่ยวบนสนามบินปลอดบุหรี่ ณะรัฐสภายุโรปประกาศกระทรวง และบังคับใช้กฎหมายควบคุมควันนักวิชาการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดเผย ผลสำรวจควันบุหรี่มือสองในท่าอากาศยานนานาชาติของประเทศไทย ปี พ.ศ.2556 โดยได้ทำการศึกษาที่สนามบิน 4 แห่ง คือ สุวรรณภูมิ ดอนเมือง ภูเก็ต และเชียงใหม่ ได้เก็บตัวอย่าง 3 จุด คือ 1) ในห้องพักสูบบุหรี่ 2) ใกล้ประตูห้องพักสูบบุหรี่ 3) บริเวณที่ปลอดบุหรี่ แล้วทำการตรวจวัดฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน เพื่อเป็นตัวชี้วัดถึงปริมาณควันบุหรี่มือสอง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสนามบินของสหรัฐอเมริกา พบว่า ในห้องพักสูบบุหรี่ของประเทศไทยนั้น ระดับค่าเฉลี่ยมีค่าสูงกว่าถึง 4 เท่า หรือ ปริมาณ 773.4 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ส่วนที่ใกล้ประตูห้องพักสูบบุหรี่นั้น ระดับค่าเฉลี่ยของประเทศไทยก็มีค่าสูงกว่าเช่นกัน

จากงานวิจัย ความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวดังชาติต่อนโยบายปลอดบุหรี่ที่ทำ อากาศยานสุวรรณภูมิ จำนวน 200 คน ปี พ.ศ. 2555 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ ครึ่งหนึ่ง โดย 58% ของนักท่องเที่ยวดังชาติที่สูบบุหรี่สนับสนุนให้สนามบินปลอดบุหรี่ และ 65.8% ตั้งใจจะมาเที่ยวที่ประเทศไทยอีกถึงแม้จะมีกฎหมายปลอดบุหรี่ที่สนามบิน แต่การรับรู้ของนักท่องเที่ยวดังชาติเกี่ยวกับนโยบายสนามบินปลอดบุหรี่ยังไม่อยู่ในระดับ ที่ดีเท่าที่ควร (Sirichotiratana et al., 2013) มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะมีมาตรการให้ทำอากาศยานนานาชาติ ยกเลิกการใช้ห้องพักสูบบุหรี่ภายในอาคาร และ กำหนดให้เป็นสนามบินปลอดบุหรี่ ซึ่งไม่เพียงแต่จะปกป้องสุขภาพของผู้ใช้บริการและ ผู้ปฏิบัติงานประจำที่สนามบิน ในการลดความเสี่ยงจากการรับพิษภัยจากควันบุหรี่มือสอง และสร้างสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศสะอาดเท่านั้น แต่ยังเป็นการยกระดับบรรทัดฐานทาง สังคมไม่ให้เยาวชนได้เห็นต้นแบบการสูบบุหรี่ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ต้องการเลิก บุหรี่อีกด้วย สรุปได้ว่า ควันบุหรี่มือสองเป็นสารอันตรายที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ซึ่งเกิดจาก บุหรี่ ควันนี้ไม่มีระดับปลอดภัย จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องปกป้องสุขภาพของผู้เดินทาง ทุกชาติทุกภาษา และผู้ปฏิบัติงานทุกคนในทำอากาศยานนานาชาติทุกแห่งของประเทศ

4.2 สถานประกอบการปลอดบุหรี่

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของพนักงานในสถาน ประกอบการ ประมาณการตัวเลขความสูญเสียจากการที่สถานประกอบการแต่ละแห่งมี พนักงาน 1 คนสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง รายงานวิจัยระบุว่า จะทำให้นายจ้างต้องเสียค่าใช้จ่าย บางอย่างเพิ่มขึ้นถึง 600 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี โดยค่าสูญเสียเหล่านั้นเกิดจาก (กอง บรรณาธิการ นิตยสารหมอชาวบ้าน 2553)

1) การขาดงานของพนักงาน เพราะโดยทั่วไปแล้วพนักงานที่สูบบุหรี่มีแนวโน้ม เจ็บป่วยและเข้าโรงพยาบาลมากกว่าพนักงานที่ไม่สูบบุหรี่ และมีอัตราการลางานสูงกว่า พนักงานที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 25-30 นอกจากนี้ยังพบว่า พนักงานที่สูบบุหรี่ มากกว่าวันละ 15 มวน จะมีอัตราการลาป่วยเป็น 2 เท่าของพนักงานทั่วไป

2) โอกาสในการเกิดอุบัติเหตุ พนักงานที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติเหตุจาก การทำงานได้มากกว่าพนักงานที่ไม่สูบบุหรี่ อาจขาดสมาธิในการทำงานเพราะมือข้างหนึ่ง

ต้องคอยคืบบุหรี หรือคว้นบุหรีอาจทำให้เสปตา จึงมีส่วนทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ โดยเฉพาะพนักงานที่ต้องทำงานก่อสร้างปีนขึ้น-ลงในที่สูง และพนักงานขับรถ เป็นต้น

3) เพิ่มโอกาสในการเกิดเพลิงไหม้ การทึงกันบุหรี อาจเป็นต้นเหตุให้เกิดเพลิงไหม้สถานประกอบการโดยไม่เจตนา นำมาซึ่งความสูญเสียมหาศาล โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาพบว่า การเกิดเพลิงไหม้ 1 ใน 5 ครั้ง ล้วนมีสาเหตุมาจากบุหรี

4) ค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาด และบำรุงรักษาสถานที่ ทึงกันบุหรีและคว้นบุหรี มีส่วนทำให้เกิดความเสียหายต่อเฟอร์นิเจอร์ สำนักงาน และอุปกรณ์เครื่องใช้บางอย่าง เช่น พรม โต๊ะ เครื่องหนัง ผนัง ฝ้ามา่น ยิ่งกรณีมีการสูบบุหรีในห้องแอร์ กลิ่นอับของบุหรีที่เข้าไปอยู่ในระบบปรับอากาศ ทำให้ต้องเพิ่มค่าบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศถึง 6 เท่า

นอกจากความสูญเสีและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น งานวิจัยชิ้นเดียวกัน ยังระบุว่าข้อดีของการเป็นสถานประกอบการปลอดบุหรี นอกจากช่วยเพิ่มผลผลิตให้หน่วยงาน โดยได้เวลาในการทำงานเพิ่มขึ้น ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายเรื่องค่ารักษาพยาบาล และค่าเสียโอกาสที่เกิดจากการขาดงานของพนักงาน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอุปกรณ์และทำความสะอาดสำนักงาน ลดรายจ่ายในส่วนขอระบบปรับอากาศ ลดค่าใช้จ่ายในการประกันอัคคีภัย ลดความขัดแย้งระหว่างพนักงานที่สูบและไม่สูบบุหรี และที่สำคัญ ช่วยสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่หน่วยงาน

ด้วยเหตุนี้ ปัจจุบันจึงมีหลายองค์กรหรือสถานประกอบการที่หันมาให้ความสำคัญกับการทำพื้นที่ของตนให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี 100 เปอร์เซนต์ แต่ปัญหาอยู่ที่การจะทำให้ทุกคนในสถานประกอบการเลิกสูบบุหรีอย่างพร้อมเพรียงและโดยสมัครใจไม่ใช่เรื่องง่าย ดังนั้น ในอนาคตอาจจะมีสถานที่สาธารณะเหลือสำหรับการสูบบุหรี

4.3 สถานีนชนส่งปลอดบุหรี

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 พ.ศ.2550 ระบุไว้ชัดเจนว่า สถานีนชนส่งผู้โดยสารถูกประเภท รวมถึงป้ายรถเมล์ สถานีนรถไฟ ท่าเรือโดยสาร ท่าอากาศยานต้องเป็นเขตปลอดบุหรีตามกฎหมาย ยกเว้นในสถานที่ที่จัดไว้เป็นเขตสูบบุหรี

“สถานีนชนส่ง ถือเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญ เพราะมีประชาชนทั้งชาวไทยและต่างประเทศมาใช้บริการจำนวนมาก จึงต้องมีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่มาใช้บริการ ให้

พันพิษภัยและอันตรายของควันบุหรี่มือสอง พร้อมทั้งมีการรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานี่ขนส่ง เพื่อแสดงถึงการเคารพสิทธิของผู้อื่นในที่สาธารณะ “หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านคมนาคมต้องดำเนินการตามนโยบาย 4 ด้าน คือ

1. การติดป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ที่เห็นชัดเจนบริเวณภายในพื้นที่ที่มีผู้โดยสารมาใช้บริการ

2. การประกาศให้ประชาชนทราบทางเสียงตามสายเป็นระยะ

3. การจัดระบบการเตือนหรือดำเนินคดีกับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่

4. การจัดเขตสูบบุหรี่ก็ต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดไว้ว่า เขตสูบบุหรี่ต้องไม่อยู่ในที่ที่ก่อความเดือดร้อน รำคาญ แก่ประชาชนที่อยู่บริเวณข้างเคียง ต้องไม่อยู่ในบริเวณทางเข้าออกเขตปลอดบุหรี่ และต้องไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผยให้เห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น”

การดำเนินการให้ประเทศไทยปลอดบุหรี่ 100% มีแนวทางสำคัญในโครงการแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1) การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายรณรงค์ไม่สูบบุหรี่

2) การเสริมสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนให้ร่วมกันปรับปรุง ดูแล เพื่อให้ไม่มีการสูบบุหรี่ในทุกสถานที่สาธารณะและที่ทำงานทุกแห่ง โดยเฉพาะในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด

3) การทบทวนปรับปรุงกฎหมายให้เข้มแข็ง เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็นประเทศสิ่งแวดล้อมที่ปลอดควันบุหรี่ 100% ได้จริงต่อไป

การดำเนินการตามโครงการสร้างต้นแบบสถานีขนส่งโดยสาร บขส.ปลอดบุหรี่ เริ่มจากสถานีหมอชิตและสถานีสุพรรณบุรีเป็นแห่งแรก และขยายผลไปยังสถานีอื่นๆ ที่เหลือ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และคณะ 2553)

4.4 รถโดยสารสาธารณะ

สถานีต้นแบบปลอดบุหรี่แห่งแรก “หมอชิต” อาคารขาออกเป็นส่วนที่รองรับคนที่ จะเดินทาง ส่วนนี้เป็นพื้นที่ติดเครื่องปรับอากาศ ลักษณะเป็นอาคารสูงโปร่ง มีพื้นที่ให้บริการอย่างร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหาร รวมถึงร้านค้าต่างๆ โดยการออกแบบแล้ว แบ่งเป็น 3 ชั้นแรกคือ ชั้นแรกรองรับผู้โดยสารโซนเหนือและภาคกลางตอนบน ชั้นสองคือ

ส่วนสำนักงานและ service และชั้นที่สามคือ พื้นที่รองรับผู้โดยสารในภาคอีสาน ส่วนขาออกมีการเชื่อมต่อกับส่วนที่เป็นนานาชาติ (ที่มีส่วนหนึ่งติดอยู่กับอาคารขาออกด้วย) ด้วยการสร้างทางเดินมีหลังคาคลุมจากชั้น 3 เพื่อไม่ให้เส้นทางเดินคนไปขวาง เส้นทางเดินรถ แต่ปรากฏว่า ผู้โดยสารจำนวนมากก็ยังเดินตัดผ่านเส้นทางรถอยู่ดี บริเวณชานชาลานั้นเป็นอาคารโถงโล่งมีหลังคาคลุม ส่วนอาคารขาเข้านั้น ถือเป็นพื้นที่ถูกให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ มีส่วนที่เป็นเพียงชานชาลาเพื่อระบายคนออกจากรถ พื้นที่นั่งรอและต้อนรับแบบตามมีตามเกิด ด้วยตำแหน่งของหมอบขีต 2 ที่อยู่ลึกเข้ามาตอนใน ทำให้ผู้โดยสารไม่สามารถช่วยตัวเองโดยการเดินเท้าออกไปโบกรถเมล์ได้ ทางเลือกที่เกิดขึ้นก็คือ ต้องต่อรถเมล์และแท็กซี่ออกไป จุดจอดรถประจำทางนั้นอยู่ไกลจากอาคารขาเข้า และไม่มีระบบป้ายสัญลักษณ์ที่ทำให้คนธรรมดาเข้าใจได้ง่าย เช่นเดียวกับการเชื่อมทางเดินไปกับอาคารขาเข้า จะมีเพียงแต่จุดจอดรถแท็กซี่ที่หมุนเวียนกันมาเป็นสายที่เข้าถึงได้

กรมการขนส่งทางบกเป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลสถานีขนส่งผู้โดยสาร และรถโดยสารสาธารณะทั่วประเทศ มีรถโดยสารที่จดทะเบียนแล้ว 139,847 คัน แยกเป็นประจำทาง 87,514 คัน ไม่ประจำทาง 40,843 คัน และรถส่วนบุคคล 11,490 คัน มีสถานีขนส่งผู้โดยสารรวมทั้ง ขสมก. และสถานีเดินรถ บขส. เกือบ 200 แห่งทั่วประเทศ ในส่วนของรถโดยสารสาธารณะกรมการขนส่งทางบกได้ออกประกาศเรื่องกำหนดแสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่พ.ศ. 2554 ให้รถโดยสารทุกคันต้องติดเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่และข้อความฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 5,000 บาท ไว้บนรถโดยสารสาธารณะทุกคัน

ความร่วมมือระหว่างกรมการขนส่งทางบก สำนักควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และบริษัท ขนส่ง จำกัด (บขส.) และผู้แทนองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ (ขสมก.) ร่วมสนับสนุนให้สถานีขนส่งผู้โดยสารรถโดยสารสาธารณะทั่วประเทศ ติดป้ายประกาศ เขตปลอดบุหรี่ เพื่อกำหนดขอบเขตความปลอดภัยในพื้นที่สาธารณะ 100% ภายใต้ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ส่วนการกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่จะต้องจัดไว้ในอาคาร และไม่ให้อยู่ใกล้ทางเข้าออกอาคาร หรือบริเวณที่มีคนผ่านไปมา บทลงโทษผู้ละเมิด มีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท ส่วนผู้ประกอบการที่ไม่จัดสถานที่ปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด จะมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท อย่างไรก็ตาม การติดเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ทั้งสติ๊กเกอร์หรือป้ายจะเป็นปัจจัยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น เพราะมีสถานที่สูบบุหรี่จำกัด

“การผลิตสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ กว่าสามแสนชิ้นได้รับการสนับสนุนจาก สสส. และได้ส่งมอบให้สำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศแล้ว เพื่อให้รถโดยสารสาธารณะทุกคัน ติดสติ๊กเกอร์ตามกฎหมาย ส่วนสถานีขนส่งผู้โดยสาร ก็ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. เป็นป้ายถาวร จำนวนกว่า 600 แผ่น และสติ๊กเกอร์ 10,000 ชิ้น และได้จัดส่งให้กับสถานีขนส่งผู้โดยสารทั้ง บขส. และ ขสมก. แล้วเช่นเดียวกัน หวังว่าโครงการนี้จะเกิดประโยชน์คุ้มครองสุขภาพผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ที่สำคัญ ผู้มาใช้บริการในสถานีขนส่งผู้โดยสารทุกแห่ง พนักงานเจ้าหน้าที่ พ่อค้าแม่ค้า ได้ปฏิบัติตามกฎหมาย และเกิดการเคารพสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่” (จิรุตม์ วิศาลจิตรและคณะ, 2557)

ข้อมูลการลงพื้นที่ของภาคีเครือข่าย พบว่า ปัญหาการสูบบุหรี่บนรถโดยสารสาธารณะลดลงไปมาก มีเพียงส่วนน้อยที่ยังพบเห็นอยู่บ้าง อาทิ รถสองแถวเล็ก หรือรถโดยสารในท้องถิ่น และจากการสำรวจความคิดเห็นประชาชนต่อการสูบบุหรี่ในพื้นที่ห้ามตามกฎหมาย ช่วงต้นเดือนสิงหาคม 2557 ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 1,100 ตัวอย่าง พบว่า เกือบครึ่งหรือร้อยละ 47 ยังไม่ทราบว่ามียกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานีขนส่งผู้โดยสาร และบริเวณที่พบการสูบบุหรี่ร้อยละ 19.28 พบหน้าร้านสะดวกซื้อร้านขายของชำในสถานี ร้อยละ 16.84 พบในห้องน้ำ ร้อยละ 14.57 ลานจอดรถ และร้อยละ 11.31 พบในสวนหย่อม โดยพบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานที่ที่สถานีขนส่งจัดไว้ให้เป็นการเฉพาะเพียงร้อยละ 21.71

ผลการนำร่องนำไปสู่การมีนโยบายที่จะปรับปรุงกฎหมายให้มีผลกว้างขวางยิ่งขึ้น ได้แก่ การเพิ่มสถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% ให้มากขึ้น เช่น โรงพยาบาล บั๊มน้ำมัน สถานีขนส่งทุกประเภท



บทที่ 7

นโยบายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบทางเลือก

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. บุหรี่เมนทอล
2. บุหรี่ชูรส
3. บาระกู๋

สถานการณ์ปัจจุบัน เช่น การขยายตัวของผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ กลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบในการเพิ่มจำนวนผู้บริโภคยาสูบ จึงจำเป็นต้องยกระดับการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยเฉพาะเด็กและเยาวชนเพื่อไม่ให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้โดยง่าย ซึ่งจะเป็นการลดจำนวนนักสูบบุหรี่ใหม่่อีกทางหนึ่ง รวมทั้งจะเป็นการลดภาระงบประมาณในด้านการช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ประชาชน อันเนื่องมาจากโรคที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบด้วย

ผลิตภัณฑ์ยาสูบทางเลือกได้รับการแปลงโฉม เพื่อให้ผู้สูบเข้าใจว่าไม่อันตรายต่อสุขภาพ ตัวอย่าง บุหรี่ชูรส บุหรี่เมนทอล และบารากู๋ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ได้บูรณาการในการออกมาตรการควบคุมยาสูบจากกฎหมายทุกฉบับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 รวมเป็นกฎหมายฉบับเดียว เพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยรวบรวมหลักเกณฑ์ต่างๆ ทั้งหมดด้วยการออกมาตรการให้การเข้าถึงบุหรี่มีความยากลำบากยิ่งขึ้น

1. บุหรี่เมนทอล

บุหรี่เมนทอลได้ถูกเชื่อมโยงโดยตรงเข้ากับการเสพติดนิโคตินที่มากขึ้นในหมู่วัยรุ่นที่แคนาดา “ความน่าดึงดูดของบุหรี่เมนทอลในหมู่วัยรุ่นนั้นเกิดขึ้นจากความเข้าใจที่ว่ามันมีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ปกติ รสมีมันนั้นเป็นตัวปกปิดความอันตราย แต่ในความจริงแล้วมันก็มีอันตรายไม่ต่างกับบุหรี่ที่ไม่แต่งกลิ่นอื่นๆเลย” Sunday Azagba, นักวิทยาศาสตร์ผู้นำการวิจัยกล่าว (Azagba, S et al, 2014: 1093-1099)

การศึกษาการแพร่ของเมนทอลในบุหรี่ บรอสชเก (Borschke. 1993: 47-70) กล่าวว่าเมนทอลเริ่มใช้กับผลิตภัณฑ์ยาสูบในช่วง ค.ศ.1920-1929 แต่มาพัฒนาและแพร่หลายกันมากในช่วง ค.ศ.1960-1969 เทคนิคในการเติมเมนทอลลงในผลิตภัณฑ์บุหรี่มีด้วยกันหลายวิธีเช่นการฉีดสารละลายเมนทอลลงบนยาเส้นก่อน มวนเป็นบุหรี่ การฉีดเมนทอลในกระดาษมวนหรือกระดาษพันกันกรอง การฉีดเมนทอลลงบนกระดาษห่อของการฉีดเมนทอลลงในกันกรองในกระบวนการผลิตกันกรองและการใช้เส้นด้ายที่มีเมนทอลใส่ในกันกรอง เป็นต้น ความสม่ำเสมอของเมนทอลในผลิตภัณฑ์บุหรี่ขึ้นอยู่กับ การแพร่ของเมนทอลสู่บุหรี่กันกรองและยาเส้น ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาวิธีการเติมเมนทอลเพื่อให้เมนทอลอยู่ในบุหรี่ให้นานจนถึงมือผู้บริโภค เคอร์เรน (Curran. 1975: 69-70) ศึกษาการแพร่ของเมนทอลสู่กันกรองโดยการเติมสาร คือ ไตรอะซิเตน (Triacetin) ไตรเอทิลีน ไกลคอล ไดอะซิเตต (Triethylene Glycol Diacetate) ไตรอะซิเตน กับกลีเซอรอล (Glycerol) และไตรอะซิเตน กับ 1,2 โพรเพนไดออล (1,2-Propanediol) ในปริมาณต่างๆ กัน พบว่าประสิทธิภาพการแพร่ดีที่สุดเมื่อเติมไตรอะซิเตน 5 เปอร์เซ็นต์

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการแพร่ของเมนทอลในลักษณะต่างๆ ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 รูปแบบคือการแพร่ระหว่างกันกรองกับยาเส้นเพื่อให้เกิดความสมดุลของสาร ดังนั้น สารจึงมีการแพร่อยู่ตลอดเวลาจนกว่าจะเกิดความสมดุล เคอร์เรน (Curran. 1972: 40-42) ได้มีการศึกษาการแพร่ของเมนทอลจากกันกรอง ไปยังยาเส้นและอิทธิพลที่มีผลต่อปริมาณเมนทอลเมื่อเวลาผ่านไปโดยศึกษา 2 กรณีคือการเติมเมนทอลลงในยาเส้นในปริมาณ 26 เปอร์เซ็นต์โดยน้ำหนักและเติมเมนทอลในกันกรองเซลล์ลูโลสอะซิเตตในปริมาณเดียวกัน ศึกษาการแพร่ของเมนทอลในส่วนต่างๆ เป็นเวลา 28 วัน

ผลการศึกษาพบว่าหลังจากเมนทอลอยู่ในบุหรี่ 28 วันเมนทอลจะแพร่จากยาเส้นไปกันกรอง 20 เปอร์เซ็นต์และ จากกันกรองไปยังยาเส้น 41 เปอร์เซ็นต์และปริมาณ

เม้นทอลในบุหรี่จะสมดุลเมื่อเวลาผ่านไป 50 ถึง 60 วันโดยจะพบเม้นทอลในยาเส้น 70 เปอร์เซ็นต์และก้นกรอง 30 เปอร์เซ็นต์นอกจากนี้เรียว ซอคเลย์และเรย์โนลด์ส์ (Riehl; Shockley; & Reynolds. 1973: 10-11) ได้ศึกษาการกระจายของเม้นทอลระหว่างยาเส้นกับก้นกรองและการแพร่ของเม้นทอลไปสู่ควันบุหรี่โดยศึกษา 2 กรณีคือการเติมเม้นทอลลงในยาเส้นและในก้นกรองเซลลูโลสอะซิเตทปริมาณ 2.7 มิลลิกรัมต่อมวน ศึกษาการแพร่ของเม้นทอลในส่วนต่างๆ เป็นเวลา 7 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 กรณีปริมาณเม้นทอลจะคงที่ทั้งหมด เมื่อเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์และพบปริมาณเม้นทอลในยาเส้น กรณีที่เติมเม้นทอลในยาเส้นและก้นกรอง 70 เปอร์เซ็นต์และ 40 เปอร์เซ็นต์ตามลำดับ

ยาเส้นในบุหรี่แต่ละตราใช้ใบยาที่มีโครงสร้างและคุณสมบัติเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน ดังนั้น การแพร่ของเม้นทอลจากยาเส้นไปยังก้นกรองก็แตกต่างกันแบบ ชินและคณะ (Baek Shin; et al. 2005) ได้ศึกษาการแพร่กระจายของเม้นทอลในยาเส้นไปยังก้นกรองโดยศึกษาใบยาเวอร์จิเนียล่าง (KFL) ใบยาเวอร์จิเนียบน (KFU) ใบยาเบอร์เลย์ (B) และเส้นยาพอง (Expanded tobacco, EX) ใช้ก้นกรองเซลลูโลสอะซิเตทที่มีไตรอะซิทีน 6 เปอร์เซ็นต์ซึ่งมีเม้นทอล 0.8 % ลงในยาเส้นแต่ละชนิดเก็บที่สภาวะคงที่วัดทุก 15 วันเป็นเวลา 2 เดือนผลการทดลอง พบว่าการแพร่ของเม้นทอลในยาเส้นชนิดต่างๆไปยังก้นกรองได้ผล ดังนี้ KFL การแพร่ร้อยละ 59, B การแพร่ร้อยละ 53, EX การแพร่ร้อยละ 48, และ KFU การแพร่ร้อยละ 36

การแพร่ของเม้นทอลไปกับควันบุหรี่เมื่อมีการสูบ

เมื่อทำการสูบบุหรี่เม้นทอลจะแพร่ไปตามควันบุหรี่ซึ่งเกิดจากแรงในการสูบลักษณะการแพร่แตกต่างกันไปตามปริมาณความเข้มข้นชนิดก้นกรองชนิดใบยาวิธีการเติมเม้นทอล เป็นต้น เรียว ซอคเลย์ และเรย์โนลด์ส์ (Riehl; Shockley; & Reynolds. 1973: 10-11) ได้ศึกษาการแพร่ของเม้นทอลไปสู่ควันบุหรี่โดยศึกษา 2 กรณีคือการเติมเม้นทอลลงในยาเส้นและในก้นกรองเซลลูโลสอะซิเตทปริมาณ 2.7 มิลลิกรัมต่อมวนศึกษาการแพร่ของเม้นทอลในส่วนต่างๆเป็นเวลา 7 สัปดาห์ พบว่า ปริมาณเม้นทอลในควันทั้ง 2 กรณีจะมีการส่งผ่านได้ 16 เปอร์เซ็นต์ของเม้นทอลทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าที่เวลา 7 สัปดาห์เม้นทอลจะสมดุลกันระหว่างยาเส้นกับก้นกรอง ทำให้การส่งผ่านไปยังควันเท่ากันแต่เนื่องจากยา

เส้นในบุหรี่แต่ละตราใช้ใบยา ที่มีโครงสร้างและคุณสมบัติเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน การแพร่ของเมททอลจึงอาจแตกต่างกัน โดยเบค ซินและคณะ (Baek Shin; et al. 2005) ได้ศึกษาการแพร่กระจายของเมททอลในใบยาหลายชนิดที่ผ่านไปในวันบุหรี่ที่สูบเข้าไปโดยศึกษาใบยาเวอร์ยีนีเยล่าง (KFL) ใบยาเวอร์ยีนีเยบน (KFU) ใบยา เบอร์เลย์ (B) และเส้นยาพอง (Expanded tobacco, EX) ใช้ก้นกรองเซลลูโลสอะซิเตทที่มีไตรอะซิเตน 6 เปอร์เซ็นต์ฉีดเมททอล 0.8 เปอร์เซ็นต์ลงในยาเส้นแต่ละชนิดเก็บที่สภาวะคงที่ทำการวัดทุก 15 วันเป็นเวลา 2 เดือน ผลการทดลองพบว่าการเคลื่อนที่ของเมททอลไปยังควันบุหรี่ได้ผลดังนี้ KFL การเคลื่อนที่ร้อยละ 14.7, B การเคลื่อนที่ร้อยละ 11.8, EX การเคลื่อนที่ร้อยละ 10.8, และ KFU การเคลื่อนที่ร้อยละ 10.2

การแพร่กระจายของเมททอลออกจากซองบุหรี่

บุหรี่ที่บรรจุอยู่ในซองที่ปิดสนิทเมททอลจะมีการแพร่ออกนอกซองน้อยมากเพราะต้องแพร่ผ่านกระดาษห่อซองและฟิล์มห่อซองออกมา มิยาชิและนาคานิชิ (Miyachi; & Nakanishi. 2006) ศึกษาการแพร่ของเมททอลในบุหรี่ที่บรรจุในซองปิดสนิท โดยใช้หลักการของความดันไอมาใช้ในการวิเคราะห์ ซึ่งพบว่าความดันไอในซองจะมีค่าเท่ากับ ความดันไอ อิมิตัวและความดันไอยังคงที่ จนกระทั่งเมททอลในรูปของแข็งหมดไปจากซอง หลังจากนั้นความดันไอก็จะค่อยๆ ลดลงความดันไอนี้จะวัดโดยเครื่อง Differential Scanning Calorimeter (DSC) และใช้โมเดลทางคณิตศาสตร์หาความสัมพันธ์ การแพร่ผ่านซองบุหรี่การซึมผ่านวัสดุห่อหุ้มซอง การแพร่ผ่านซองจะสมมุติว่าขึ้นของใบยาสูบในซองบุหรี่มีขนาดเท่ากันการซึมผ่านสมมุติว่าเป็นการซึมผ่านแบบคงตัว (Steady-state transfer) พบว่าเมื่อเทียบผลการทดลองกับโมเดลทางคณิตศาสตร์เป็นจริงและปริมาณเมททอลที่หายไปจากห่อซองที่ปิดสนิทสามารถประมาณค่าได้จากค่าสัมประสิทธิ์การซึมผ่าน (บุญธิดา แสงบรรดิษฐ์ 2551)

ผลการวิจัยของ Azagba และคณะ (2014) ชี้ว่า เกือบหนึ่งใน 10 ของนักเรียนมัธยมปลายชั้นปีที่ 4 ถึง 6 ในแคนาดานั้นเป็นผู้สูบบุหรี่ และงานวิจัยก็แสดงให้เห็นว่าประชากรส่วนใหญ่ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาอนันนั้นได้เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยหนุ่มสาวเช่นกัน ซึ่งการสำรวจวิจัยกับผู้สูบบุหรี่นั้นพบว่า 32% ของผู้สูบบุหรี่ในชั้นมัธยมนั้น

สูบบุหรี่เมนทอลอยู่เมื่อเดือนมิถุนายนปี 2010 นั้น แคนาดาให้เริ่มการห้ามขายบุหรี่แต่งกลิ่นส่วนใหญ่ ซิกาไรต์ขนาดเล็กและกระดาษมวนต่างๆ แล้ว แต่ยังไม่มีการห้ามขายบุหรี่เมนทอล ผู้ใช้บุหรี่เมนทอลนั้นสูบบุหรี่ 43 มวนต่อสัปดาห์โดยประมาณ เกือบจะเป็นสองเท่าของ 26 มวนต่อสัปดาห์ซึ่งเป็นตัวเลขของผู้สูบบุหรี่ปกติ งานวิจัยยังได้พบด้วยว่าผู้สูบบุหรี่เมนทอลนั้นมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ต่อไปในปีถัดไปมากเป็นสามเท่าด้วยเช่นกันงานวิจัยนี้ ที่มิจัยเสนอให้มีความหมายควบคุมบุหรี่เมนทอลในแคนาดา ซึ่ง Alberta นั้นเป็นเพียงเมืองเดียวที่ได้รวบรวมบุหรี่เมนทอลลงไปในประเภทบุหรี่ที่ห้ามขาย แม้จะยังไม่มีการบังคับใช้ก็ตามในเดือนเมษายนปี 2014 นั้น สหภาพยุโรป หรือ EU ได้เริ่มปรับใช้กฎหมายใหม่ซึ่งจะทำให้ 28 ประเทศในยุโรปห้ามขายบุหรี่เมนทอลได้ (Azagba, S et al, 2014: 1093-1099)

2. บุหรี่ชูรส

บุหรี่ชูรส (Flavored cigarettes) หรือบุหรี่ผลไม้ เป็นที่นิยมในหมู่วัยรุ่นหญิง จากสถิติจะเห็นว่าผู้หญิงที่อายุไม่เกิน 20 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ชายในช่วงอายุเดียวกัน เนื่องจากบุหรี่ชูรสเป็นของใหม่ ทำให้กระตุ้นให้เยาวชนที่ไม่รู้เท่าทันเกิดการอยากทดลอง สีสันของรูปภาพที่มีลวดลายแปลกใหม่บนหน้าซองผลิตภัณฑ์ก่อกมะเร็งนี้ ถือเป็นกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบอย่างหนึ่ง ที่จะเพิ่มกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นเยาวชนกลุ่มผู้หญิง ที่รู้ไม่เท่าทันและหลงตามโฆษณาชวนเชื่อที่แพร่กระจายในอินเทอร์เน็ตอยู่ขณะนี้ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่ายและยากที่จะควบคุมด้วยกฎหมาย

งานวิจัยของศรีรัช ลาภาใหญ่ (2554) ได้นำเสนอบุหรี่ชูรส ผู้หญิงถือเป็นผู้บริโภครายใหญ่ในธุรกิจนี้ ด้วยรสชาติ และกลิ่นที่มีให้เลือกหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นกลิ่นสตอเบอรี่ ช็อกโกแลต เชอรี่ บลูเบอรี่ มินท์ เมนทอล วานิลลา ส้ม กลัวย มะนาว แม้กระทั่งมะพร้าว ดึงดูดใจให้อยากลอง และรสชาติที่ไม่หนักเกินไปทำให้ไม่ยากที่จะติดได้ง่าย จำหน่ายกระจายอยู่ทั่วทุกมุมเมืองการหาซื้อได้ไม่ยากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นแหล่งซื้อ แหล่งรับประทานอาหารและท่องเที่ยวแถบย่านเยาวราช มาบุญครอง พัฒน์พงษ์ จตุจักร สะพานพุทธ รวมถึงเซตรอบรั้วการศึกษา การตั้งโต๊ะขายบุหรี่ชูรสรอบๆ รั้วมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ ราคาต่อซองจะแพงกว่าบุหรี่ทั่วไป ซึ่งแล้วแต่ชนิดบุหรี่ที่นำมาขาย ส่วนใหญ่ราคาอยู่ที่ 70-90-120 บาท (20 มวน) แต่วัยรุ่นจะซื้อปลีกมากกว่า ถือเป็นกลยุทธ์อย่าง

หนึ่งในการกระจายสินค้า ลูกค้าก็เป็นเยาวชน นักเรียน นักศึกษาที่เรียนและอาศัยอยู่บริเวณนั้น ได้ซื้อขายกันอย่างปกติ

ผู้ขายบุหรี่แผงลอยย่านมาบุญครองรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า ตราสินค้าที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ SKL รสสตรอบเบอร์ เม็นทอล มาจากประเทศมาเลเซีย ราคา 120 บาท/ซอง ส่วนบุหรี่ตราสินค้าอื่นๆ แม้ว่าจะเป็นบุหรี่นอก แต่ราคาขายก็ไม่ได้แตกต่างจากบุหรี่ทั่วไปที่มีให้เห็นในไทยมากนัก ส่วนใหญ่ราคาอยู่ที่ 90 บาท/ซอง แต่จะเอามาแกะกล่องขายปลีกเพราะทำให้ขายได้ง่ายกว่า ในขณะนี้ตราสินค้าบุหรี่ซุกรสนำเข้ามาอย่างผิดกฎหมายเป็นจำนวนมากกว่า 30 ตราสินค้า เช่น JB (Just Black), DJ Mix, Vogue, vives, Peel, Captain Black, Garam, Sampoena, June, Rave, Capri, Esse, Apache เป็นต้น

รูปแบบของบุหรี่ซุกรสที่ออกมาขายกันเกลื่อน มีรูปลักษณะแบบใหม่พาให้สะดุดตาลวงเยาวชน น่าจะเป็นของกินเล่นน่ารักรับประทานมากกว่าจะเป็นบุหรี่ที่มีพิษที่สามารถคร่าชีวิตคนได้ ก็ด้วยรูปแบบแพ็คเกจที่สดใสสวยงาม ก่อความเข้าใจผิด ไม่ว่าจะป็นรูปผลไม้ นานาชนิด สตรอบเบอร์ แอบเปิ้ล เซอร์รี่ ส้ม ฯ ที่พิมพ์ไว้บนหน้าซองแต่ละอย่างก็มีสีสันฉูดฉาด เมื่อเดินผ่านต้องเหลียวกลับมามองอีกที อย่างไรก็ตาม บุหรี่ก็ยังคงเป็นบุหรี่ พิษภัยก็ยังคงมีอยู่ แต่หลอกล่อให้หลงติดและตกเป็นทาสของมันอย่างไม่รู้ตัว เพราะบนหน้าซองของบุหรี่ซุกรสไม่มีคำเตือนเหมือนบุหรี่ทั่วไป การที่ไม่มีคำเตือนทางสุขภาพให้เกิดความสะเทือนใจหรือการแสดงภาพที่น่าหวาดกลัว ทำให้เด็กเข้าใจผิดว่าการสูบบุหรี่ก็เหมือนกับอมลูกกวาดหวานๆ คนที่หลงง่ายตามหมู่เพื่อน เมื่อเพื่อนลองก็ชักชวนกันลอง เด็กวัยรุ่นหญิงหลายคนก็เริ่มต้นสูบบุหรี่ซุกรสแล้วเกิดเสพติดเป็นประจำ ด้วยคิดว่าลองสักม้วนสองม้วนไม่น่าจะติด มารู้ตัวอีกทีก็เลิกไม่ได้เสียแล้ว

ลักษณะเด่นของบุหรี่ซุกรสจะเป็นแท่งเล็ก และยาวกว่าบุหรี่ปกติ อาจมีลวดลายที่ตัวบุหรี่ซึ่งแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับกลิ่นแต่ละชนิดที่เลือก เพื่อให้เกิดความหลากหลายและแตกต่างกว่าบุหรี่ทั่วไป กลยุทธ์หนึ่งคือการใส่สารปรุงแต่งภายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือมวนยาสูบ จำพวกสารชูกำลัง คาเฟอีน วิตามินแต่งกลิ่นเลียนสีตามธรรมชาติ และประกอบด้วยสารอื่นๆอีกเป็นจำนวนมาก สินค้าบรรจุในแพ็คเกจสวยงาม น่ารัก ในบุหรี่บางรุ่นนอกจากรูปลักษณะของที่สวยงามแล้ว ด้านในก้นกรองของตัวมวนบุหรี่ยังเขียนตกแต่งรูปหัวใจ และให้กลิ่นต่างๆ กันออกไป แล้วแต่ลูกค้าเลือกตามความพึงพอใจจึงเป็นตัวเลือกลงตัดสินใจให้ลูกค้าซื้อไปลอง

เนื่องจากบุหรี่ยุคใหม่มีรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่สวยงาม ยิ่งทำให้ลูกค้าเกิดความสนใจ และเข้าใจผิดว่าสินค้าชนิดนั้นอาจไม่มีอันตรายได้ร้ายแรงมากนัก ถือเป็นความเข้าใจผิดอย่างมาก สิ่งนี้เป็นกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบที่หลอกลวงเยาวชนไทย จึงทำผลิตภัณฑ์มาสนองต่อความต้องการของวัยรุ่น หลอกล่อด้วยการออกแบบตัวบรรจุภัณฑ์ และตัวผลิตภัณฑ์ที่แปลกใหม่ บางรุ่นมีแบบให้เลือกสะสม แต่เป้าหมายสูงสุดของกลุ่มธุรกิจยาสูบนี้คือการซื้อไปใช้เพื่อสูบให้เกิดเสพติดและเพิ่มปริมาณความต้องการสูบมากขึ้นเรื่อยๆ

เป้าหมายของการจำหน่ายบุหรี่ยุคใหม่คือกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง เพราะยังไม่เคยมีฐานเป้าหมายกลุ่มนี้มาก่อนจึงไม่ยากที่จะขยายกลุ่มตลาดใหม่เพื่อเพิ่มการค้า บริษัทผู้ผลิตบุหรี่ยุคใหม่คาดหวังว่าจะสามารถกระจายสินค้าในตลาดที่ใหญ่ขึ้นในกลุ่มสตรี บุหรี่ยุคใหม่หลุดพ้นจากการเสียภาษีและการควบคุมโดยกระทรวงสาธารณสุข และแพร่หลายกระจายขายตามแหล่งร้านค้าย่อยจำนวนมากซึ่งยากต่อการควบคุมดูแล

ปี ค.ศ. 2000 ทั่วโลกมีผู้หญิงสูบบุหรี่ประมาณ 200 ล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 12 ของผู้หญิงทั่วโลก ผู้หญิงในประเทศพัฒนาแล้วสูบบุหรี่ร้อยละ 15 ผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนาสูบบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 8 ประมาณการปี ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) จำนวนผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนาจะเพิ่มจาก 2.1 พันล้านคนในปัจจุบัน เป็น 3.5 พันล้านคน และอัตราการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนาจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ดังนั้นการเข้ามาของบุหรี่ยุคใหม่จึงสามารถตอบสนองผู้หญิงได้ในอนาคต

สาเหตุที่สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่แล้วมีโอกาสติดได้ง่ายกว่าบุหรี่ยุคใหม่ เนื่องจากให้รสอ่อนละมุนจึงสูบได้ง่ายกว่า โดยที่อัตราส่วนของสารพิษในบุหรี่ยุคใหม่มีพิษภัยไม่ต่างจากบุหรี่ยุคเก่า แต่การสูบบุหรี่ทำให้เด็กและผู้หญิงหัดสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น เนื่องจากธรรมชาติของใบยาสูบจะมีรสเผ็ด และระคายเคือง การปรุงรสทำให้ระคายเคืองน้อยลง สำหรับเทคนิคการแต่งกลิ่นรส โดยการอบสารชูรสไว้ที่กระดาษมวนบุหรี่ยุคใหม่ หรือผสมสารชูรสไปกับใบยาสูบ หรือ สอดไส้เม็ดบรรจุสารชูรสไว้ตรงกันกรอง มีการตรวจสอบจากเม็ดชูรส พบว่ามีสารที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้บริโภคเพิ่มขึ้นอีกกว่า 10 ชนิด (ศิริรัช ลาภใหญ่, 2554)

เว็บไซต์เป็นอีกช่องทางหนึ่งมาจากพฤติกรรมเด็กวัยรุ่นที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการท่องในโลกอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นแหล่งซื้อ-ขายได้สะดวก และรวดเร็ว เยาวชนเข้าถึงได้ง่ายแค่คลิกซื้อรายการสินค้าก็เรียงขึ้นมาบนหน้าจอให้เลือกมากมาย อย่างเช่นในเว็บไซต์ของกูเกิลที่พบว่ามียาคันและขายบุหรี่ยุคใหม่ถึงกว่า 6 พันเว็บไซต์

อย่างไรก็ตาม ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข ได้ชี้แจงในงานประชุมวิชาการ “บุหรี่และสุขภาพ” (2554) ว่าได้ดำเนินการไปยังกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อขอให้สั่งปิดเว็บไซต์ที่เป็นอันตรายต่อเด็กและเยาวชนของไทย รวมทั้งเว็บไซต์ในการจำหน่ายบุหรี่ที่ผิดกฎหมาย อนาคตจึงต้องปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อดำเนินการบล็อกเว็บไซต์ดังกล่าว “ที่ผ่านมามีการดำเนินการตรวจพบสั่งแจ้งปิดตามเว็บมาสเตอร์ที่ผิดกฎหมาย โดยสอบถามไปยังเบอร์ติดต่อที่ระบุไว้ แต่ที่ตั้งเว็บไซต์บางแห่งอยู่ในต่างประเทศ เพื่อให้สาวถึงตัวผู้บงการจึงเป็นเรื่องยากที่จะตามจับกุม”

จากสถิติอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ถือเป็นตัวเลขที่สูงเลยทีเดียว บุหรี่ซุสทุกชนิดที่จำหน่ายในประเทศไทย ถือว่าเป็นสินค้าผิดกฎหมายเนื่องจากการลักลอบนำเข้ามาจำหน่าย (ผู้จัดการรายวัน 14 มกราคม 2554)

จากการวิจัยสำรวจวัยรุ่นอเมริกันของคิงส์และคณะ (2014) ที่ตีพิมพ์โดยวารสาร The Journal of Adolescent Health พบว่า มากกว่า 1 ใน 3 หรือร้อยละ 35.4 ของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันกล่าวว่า เขาใช้บุหรี่ที่มีรสชาติ (Flavored cigarettes) ซึ่งรวมถึงรสเมนทอลหรือชิการ์น้อยที่วัยรุ่นคิดว่าเป็นบุหรี่ และเมื่อรวมกับจำนวนผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันแล้วยอดดังกล่าวได้เพิ่มเป็นร้อยละ 42.4 ในปี พ.ศ.2552 องค์การอาหารและยาของอเมริกา (The U.S. Food and Drug Administration: FDA) ได้สั่งห้ามบุหรี่ที่มีรสลูกกวาดและผลไม้ แต่ไม่ได้ห้ามบุหรี่รสเมนทอล ในเดือนกรกฎาคม FDA ได้ระบุว่าบุหรี่รสเมนทอลเป็นสาเหตุให้วัยรุ่นเริ่มหัดสูบบุหรี่ ติดบุหรี่ และเลิกบุหรี่ได้ยากแต่ชิการ์น้อยที่มีรสลูกกวาดกลับไม่ได้รับคำสั่งห้าม ดังนั้นจึงกลายเป็นสิ่งที่นิยมไม่เพียงแต่ในหมู่วัยรุ่นเท่านั้นยังรวมถึงผู้ใหญ่ด้วย จากการสำรวจของรัฐบาลอเมริกันพบว่า 2 ใน 5 คน ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ใช้ชิการ์ที่มีรสในระหว่างปี พ.ศ.2552-2553 ดังนั้นเพื่อเป็นการปิดช่องโหว่รัฐบาลจึงควรสั่งห้ามชิการ์ชนิดนี้ด้วย (King BA, et al, 2014: 40-46)

3. บาระกู่

บาระกู่ (Baragu) หมายถึง ยาสูบที่นำมาใช้กับอุปกรณ์ที่ใช้เสฟที่มีชื่อเรียกว่า ฮุกคา (hookah) ซึ่งตัวยาที่ใช้ในการสูบนั้นมีชื่อเรียกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น เช่น ในอียิปต์และแถบเปอร์เซียจะเรียกยาสูบชนิดนี้ว่า ชิชา (shisha, shesha, shishah, sheesha)

อุปกรณ์ที่ใช้ควบคู่กับบุหรี่น้ำ ประเทศไทยเรียกว่า “เตาบาราอู” หรือ “มอระกู่” ก่อนที่จะเพี้ยนไปตามสำเนียงของแต่ละภาษา เป็นภาชนะโลหะทรงสูงปากแคบ ด้านล่างเป็นกระเปาะใส่น้ำคล้ายตะเกียงแบบอาหรับ จะมีการทำความร้อนกับยาสูบทำให้เกิดควันและส่งผ่านควันออกมายังน้ำเพื่อกรองฝุ่นขี้เถ้าและลดความร้อน และมีสายยางต่อออกมาเพื่อดูควันอีกที พบได้ในร้านอาหาร ภัตตาคารทั่วไป ใช้สูบหลังอาหารแทนบุหรี่ บางแห่งสูบกันในแหล่งที่ใช้เป็นที่สังสรรค์ ดุรายการยอदनิยม หรือดูกีฬาระดับชาติร่วมกัน ปัจจุบันแพร่หลายในแถบโลกตะวันตกด้วย

ชาวปากีสถาน เรียกว่า “ฮุกกาห์” (hookah, hooka, huka) หรือชีซ่า (Sheesha) นอกจากนี้ยังมีชื่อเรียกอื่นอีก เช่น นาโกล์/นากายล์ (nargile, narghile, nargila) หรือ วอเตอร์ไปป์ (Water pipe) เป็นต้น หมายถึงอุปกรณ์สำหรับการสูบยาเส้นชนิดหนึ่ง ซึ่งนำเข้าจากประเทศอียิปต์หรืออินเดีย บาราอูได้รับความนิยมจากกลุ่มวัยรุ่นทั้งชายและหญิงเป็นจำนวนมาก

การสูบบาราอูเป็นประเพณีอย่างหนึ่งของชาวอาหรับ ตุรกี ในแถบตะวันออกกลาง สามารถพบได้ในร้านอาหารและ ภัตตาคารทั่วไป การสูบบาราอูเป็นการใช้แทนการสูบบุหรี่ โดยจะเป็นการร่วมสังสรรค์ระหว่างเพื่อนฝูงและญาติมิตร ซึ่งนอกจากชาวอาหรับแล้ว ชาวมุสลิมในบางประเทศ เช่น มาเลเซีย ก็นิยมสูบบาราอูด้วยเช่นกัน ใช้สูบหลังอาหารแทนบุหรี่ บางแห่งสูบกันในแหล่งที่ใช้เป็นที่สังสรรค์ ดุรายการยอदनิยมหรือดูกีฬาระดับชาติร่วมกัน เมื่อไม่นานมานี้หลายรัฐในอเมริกาและแคนาดา ได้ห้ามการสูบในที่สาธารณะ ที่สกอตแลนด์และอังกฤษก็ห้ามเช่นกัน ในขณะที่เดี่ยวกั้ก็เริ่มเป็นที่นิยมในบางแห่ง เช่น สเปนและรัสเซีย

ในเอเชียโดยเฉพาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เริ่มรู้จักกันมากขึ้น เริ่มเป็นที่นิยมในหมู่วัยรุ่นในปากีสถานและอัฟกานิสถาน ที่อินเดีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ก็มีความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนในประเทศไทยบาราอูพบแพร่หลายในสถานที่เที่ยวทั่วไป โดยเฉพาะที่มีชาวต่างชาติ เช่น ถนนข้าวสาร บางลำพู (Prutipinyo et al, 2013)

แม้ว่าตั้งแต่เริ่มมีข่าวเรื่องวัยรุ่นกับการใช้บาราอูตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำเรื่องเสนอไปยังรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเพื่อ พิจารณาประกาศห้ามจำหน่ายและนำเข้าผลิตภัณฑ์นี้และได้รับการตอบรับแล้วก็ตาม

ใบยาสูบเมืองค้ประกอบคาร์โบไฮเดรตที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของควันบารา กู่มากที่สุด คือ น้ำตาล ในใบยาไม่ได้เกิดขึ้นในใบยาสดทั้งหมด แต่มีเพิ่มขึ้นจากการ เปลี่ยนแปลงของแป้งระหว่างกรรมวิธีการบ่มใบยาในโรงบ่ม แป้งจะถูกย่อยโดยเอนไซม์ เป็นน้ำตาล น้ำตาลในใบยาสูบแบ่งตามปฏิกิริยาเคมีได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนอนรีดิวซ์ซึ่ง (Non reducing sugar) ส่วนใหญ่หมายถึงน้ำตาลซูโครส ซึ่งถูกย่อยเป็นกลูโคสได้ และ กลุ่มรีดิวซ์ซึ่ง (reducing sugar) ซึ่งน้ำตาลส่วนใหญ่ ได้แก่ กลูโคส (น้ำตาลรีดิวซ์ซึ่ง ทั้งหมดหรือน้ำตาลทั้งหมด)

ปริมาณน้ำตาลในใบยามีความสัมพันธ์กับกลิ่นรสของควันบารา กู กล่าวคือ ใน การเผาไหม้ของบารา กู สารประกอบน้ำตาลจะให้ควันเป็นกรดระเหย ไปลดความต่างของ บารา กู ที่เกิดการเผาไหม้ของนิโคตินและแอมโมเนีย ควันบารา กู ที่ดีควรมีสภาพเป็นกรด อ่อนจึงจะมีกลิ่นรสนุ่มนวล ไม่ระคายคอ ใบยาที่มีน้ำตาลน้อย ควันจะเป็นต่างมาก ทำให้ บารา กู มีรสชาติขม ระคายคอ ดังนั้นความสมดุลระหว่างปริมาณน้ำตาลกับปริมาณนิโคติน จึงมีความสำคัญต่อคุณภาพใบยาสูบ

สำหรับการสูบบารา กู นิยมใช้อุปกรณ์ขึ้นเดียว ล้อมวงกันสูบหลายๆ คน เตาบารา กู ประกอบด้วยส่วนบนสุดใช้วางยาเส้นที่เรียกว่า “โทบาเมล” หรือ “มาแอสเซล” มาแอส เซล (MU'ASSEL) ซึ่งเป็นส่วนผสมของใบยาสูบ (tobacco) กับสารที่มีความหวาน เช่น น้ำผึ้งหรือกากน้ำตาล (molasses) หรือผลไม้ตากแห้ง อาทิ แอปเปิ้ล สตรอว์เบอร์รี่ มะม่วง เมล็ดกาแฟ วานิลลา เซอร์รี่ องุ่น มะนาว มินต์ แม้กระทั่ง กูหลาบ หมากฝรั่งหรือสมุนไพร บางชนิด ทำให้เกิดกลิ่นหอม ซึ่งมักจะห่อไว้ในกระดาษฟอยล์ โดยจะใช้ถ่านหรือความร้อน จากไฟฟ้าในการเผายาเส้น ควันจากการเผาไหม้จะผ่านน้ำมายังส่วนล่างสุด ซึ่งเป็นภาชนะ ที่ทำด้วยแก้วสวยงามที่บรรจุน้ำไว้ ซึ่งผู้สูบเชื่อว่าจะสามารถกรองเอาของเสียต่างๆ เอาไว้ และผ่านไปยังท่อที่ต่อกับส่วนปากดูดเพื่อใช้ในการดูดควัน

วิธีการสูบบารา กู นั้น สามารถทำได้โดยเอาตัวยายไปใส่ในเตาตรงกลาง เอาฟอยล์ หุ้มด้านบนแล้วเจาะรู จากนั้นเอาถ่านร้อนๆ จุดไฟข้างบนฟอยล์ และจะต้องมีการรดน้ำ ด้วย จากนั้นก็ใส่ตัวยาด้านบนที่มีถ่านรองอยู่ พอเกิดควันก็ค่อยสูบผ่านท่อ โดยควันที่สูบ นั้นจะลงไปผ่านน้ำก่อนที่จะเข้าปาก ซึ่งต่างจากการสูบบุหรี่ทั่วไปตรงที่บุหรี่จะสูบบุหรี่เข้า ไปโดยตรง แต่สำหรับการสูบบารา กู จะสูบจากกลิ่นควันที่ผ่านน้ำแทน

ในช่วง พ.ศ. 2550-2554 ที่ผ่านมา ได้เริ่มมีการนำเข้าเตาบาราอูเข้ามาในประเทศไทยกันอย่างแพร่หลาย โดยราคาของเตาบาราอูนั้นจะแตกต่างกันไปตามลวดลายและขนาดโดยมีราคาตั้งแต่หลักร้อยจนถึงหลักพัน ซึ่งตอนแรกจะมีขายเตาบาราอูในสถานที่เฉพาะเท่านั้น เช่น ถนนข้าวสาร ซอยนานา หรือตามร้านอาหารของชาวอาหรับ (Prutipinyo et al, 2013) แต่ต่อมาการสูบบาราอูก็ได้รับความนิยมถึงขนาดเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในผับ บาร์ ทั่วไปจนมาถึงในปัจจุบันนี้ จากที่มีการนำเข้าเตาบาราอูมาเป็นจำนวนมาก ประจวบกับตัวยาสูบที่หาได้ง่ายขึ้น ทำให้ค่านิยมการสูบบาราอูของกลุ่มคนที่สนใจนั้นเริ่มเปลี่ยนไปจากที่เคยออกไปสูบตามสถานเริงรมย์ต่างๆ ก็กลับกลายเป็นการซื้อเตามาไว้ในครอบครอง และหาสูบเองที่บ้าน

การนำชิ้นส่วนบาราอูมาให้ตรวจพิสูจน์นั้น มีลักษณะคล้ายสมุนไพร จากการตรวจสอบพบว่าในบาราอูนั้นมีส่วนผสมของสารนิโคตินคล้ายกับ ยาสูบและยังพบสารคูมารินที่เป็นผลิตภัณฑ์ทางธรรมชาติที่ทำให้เกิดกลิ่นหอม พร้อมกับกากผลไม้ต่างๆ จำนวนหนึ่ง และจากองค์ประกอบที่ตรวจพบนี้ ก็ไม่ได้มีการระบุในพระราชบัญญัติใดๆ เลยว่า บาราอูเป็นสิ่งผิดกฎหมาย เพราะสิ่งที่พิสูจน์ไปนั้นไม่มีสารเสพติดใด ๆ ผสมอยู่ อย่างไรก็ตาม การที่พบสารนิโคตินในบาราอู ก็น่าจะสันนิษฐานได้ว่า การสูบบาราอูอาจจะทำให้เกิดอาการติดยาได้ ซึ่งมีผลไม่ต่างอะไรกับยาเสพติดเลยแต่ด้วยการที่มันไม่เป็นของผิดทำให้การสูบบาราอูในหมู่วัยรุ่นได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ และด้วยความเข้าใจผิดของกลุ่มวัยรุ่นที่มองว่าการสูบบาราอูให้โทษน้อยกว่าการสูบบุหรี่ทั่วไปหลายเท่า บาราอูมีสารนิโคติน

แม้ว่าบาราอูจะเป็นแค่วิธีการหรือเครื่องมือในการสูบ แต่ถ้าตัวยาสูบที่สูบนั้นเปลี่ยนไปเป็นยาเสพติดให้โทษชนิดอื่นๆ ก็ไม่อาจคาดเดาได้ว่าจะส่งผลเสียต่อกลุ่มวัยรุ่นมากมายขนาดไหนสิ่งที่น่ากลัวของการสูบบาราอูในประเทศไทยนั้น ไม่ใช่การสูบบาราอู แต่เป็นผู้สูบบาราอู ที่จะเห็นได้ว่าเป็นกลุ่มวัยรุ่น และมีแนวโน้มว่าจะเป็นวัยเด็กลงเรื่อยๆ ทั้งไม่ผิดกฎหมาย ปลอดภัยกว่าและหาซื้อได้ง่าย สามข้อนี้ก็อาจจูงใจวัยรุ่นให้ทดลองเสพบาราอูได้แล้ว กฎหมายเดิม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ยังไม่ครอบคลุมความหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ฉัตรสุมน พุฒิภิณูญ 2558) ปัจจุบันบาราอูจึงถือเป็นยาสูบที่อยู่ภายใต้การควบคุมของ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 แล้ว (ฉัตรสุมน พุฒิภิณูญ 2558;267)

อันตรายของบารากู่

มีงานศึกษาเกี่ยวกับการใช้ฮุคคานัน ถ้าใช้เวลาสูบนาน 45 นาที จะได้รับสารทาร์ เป็น 36 เท่า คาร์บอนมอนนอกไซด์เป็น 15 เท่า และนิโคตินเป็น 70 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การใช้บุหรี่ 9 มวน (ซึ่งคำนวณว่า 1 มวนใช้เวลา 5 นาที) และอีกการศึกษาหนึ่งพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แล้ว มีโอกาสเป็นโรคหืดมากกว่าถึง 5 เท่า (กองควบคุม วัตถุเสพติด, 2549)

ยาเส้นประเภทสูปผ่านน้ำมีอันตรายมากกว่าการสูบบุหรี่ตามปกติ เพราะ สารพิษ นิโคตินและสารทาร์มีมากกว่าบุหรี่ทั่วไป ผิดกับวิธีการสูปผ่านน้ำ และการปรุงแต่งรส ส่วนผสมของยาเส้นกับผลไม้ หรือสารอื่นๆ ทำให้ความเข้มข้นของควันจางลง ส่งผลให้ สามารถสูปได้ลึกมากขึ้น และสูปจำนวนมากนั้น ก็ถือว่าการสูปที่เป็นอันตรายต่อ ร่างกาย (हत्य चितानन्त, 2556)

ในขณะที่สูปบารากู่ จะได้รับสารพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกายมาก โดยเมื่อ ตรวจสอบปัสสาวะในอาสาสมัครที่เป็นผู้ทดสอบ พบว่า มีปริมาณสาร เบนซีน มากกว่าใน การสูบบุหรี่แบบทั่วไปและสารดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และมะเร็งปอด

นอกจากนี้ยังพบสารพิษอีกหลายชนิดเช่น ไพรีน โพลีไซคลิกอะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (PAH) เมื่อสูปบารากู่ และยังตรวจพบอะคริลาไมด์อีกด้วย การวิจัยในกลุ่ม เยาวชน พบว่าเริ่มสูปบารากู่ตั้งแต่อายุน้อย แม้เพียง 12 ปี การสูปบารากู่ นับว่าเป็นที่ นิยมในกลุ่มชุมชนมุสลิมในตะวันออกกลาง และโดยเฉพาะในสามจังหวัดชายแดนใต้ก็พบ การสูปบารากู่มากขึ้น อาจเป็นเพราะมีการนำเอาวิธีการสูปบารากู่ มาจากอาหรับ โดย ผู้คนที่เดินทางไป-กลับด้วยกิจการศาสนา การเรียน การติดต่อค้าขาย ฯลฯ อีกทั้งมีการสูป ในประเทศเพื่อนบ้านเช่นมาเลเซียมากเช่นกัน (हत्य चितानन्त, 2557)

วิธีการที่สูปยาเส้นผ่านน้ำนี้เอง ทำให้ผู้สูปเข้าใจผิดว่า จะทำให้ปลอดภัยมากขึ้น แต่ผลการวิจัยได้พิสูจน์ให้เห็นว่า ยาเส้นประเภทสูปผ่านน้ำอย่างบารากู่นั้น มีอันตราย มากกว่าการสูบบุหรี่ทั่วไป เพราะมีสารนิโคติน และสารทาร์จำนวนมากว่า อีกทั้งการสูป ผ่านน้ำและการผสมกับผลไม้กลิ่นต่างๆ จะทำให้ความเข้มข้นของควันจางลง ทำให้ผู้สูป สูปได้ลึกมากขึ้น และจำนวนมากขึ้นซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายอย่างมาก การสูปบารากู่ ผู้ สูปจะได้รับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ซึ่งเป็นสารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาด

เลือดโรคหลอดเลือดแข็งตัว และโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ ผู้สูบบุหรี่จะมีอาการปวดศีรษะ ตามองเห็นภาพไม่ชัด ใจสั่น เวียนศีรษะ และมีระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือดมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ทั่วไป อีกทั้งยังอาจกระตุ้นให้เกิดหลอดเลือดตีบตัวในผู้ป่วยโรคหอบหืด และเพิ่มการหลังกรดในกระเพาะอาหารจึงเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ ยังพบว่าทำให้เกิดการเจริญเติบโตผิดปกติของทารกในครรภ์อีกด้วย

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า คาร์บอนที่สูบผ่านน้ำแล้ว ยังคงประกอบด้วยสารพิษในระดับสูง ทั้งคาร์บอนมอนอกไซด์ นิโคติน และสารก่อมะเร็งชนิดต่างๆ การสูบผลิตภัณฑ์ยาสูบซิชา หรือการสูบบารากู ด้วยอุปกรณ์ที่ทำให้ควันยาสูบผ่านไต้น้ำก่อนสูดเข้าสู่ปอด มีระดับสารพิษสูงกว่าการสูบบุหรี่ธรรมดา โดยพบว่าการสูบซิชาจำนวน 25 กรัม จะทำให้ร่างกายได้รับนิโคตินเทียบเท่ากับการสูบบุหรี่ 60 มวน หรือเท่ากับบุหรี่ 3 ของ

ปัจจุบันนี้การสูบบารากูได้แพร่หลายในหมู่นักสูบวัยรุ่นไทย โดยมีการนำเข้าบารากูอย่างผิดกฎหมายจากประเทศอียิปต์ และส่วนมากสูบในฝับ บาร์ หรือไนต์คลับ โดยผู้สูบสามารถสูบพร้อมๆ กันจากอุปกรณ์ที่มีหลอดดูดหลายอัน และผู้สูบมีความเข้าใจผิดว่าการสูบควันที่ผ่านน้ำขึ้นมาจะปลอดภัยกว่าการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิดมีงานศึกษาเกี่ยวกับการใช้สุคคาหรือบารากูนั้น ถ้าใช้เวลาสูบนาน 45 นาที จะได้รับสารทาร์เป็น 36 เท่า คาร์บอนมอนอกไซด์เป็น 15 เท่า และนิโคติน เท่ากับ การสูบบุหรี่ 9 มวน (ซึ่งคำนวณว่า 1 มวนใช้เวลา 5 นาที) และอีกการศึกษาหนึ่งเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบ มีโอกาสเป็นโรคเหงือกมากกว่าถึง 5 เท่า (กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2549)

เนื่องจากบารากูมีอันตรายต่อผู้สูบโดยไม่รู้ตัว ซึ่งสามารถจำแนกได้ ดังนี้

- เมื่อสูบ บารากู ประมาณหนึ่งเดือน ผู้สูบจะเริ่มติดจะรู้สึกกระสับกระส่ายเล็กน้อย คิดอะไรไม่ออก
- บารากู มีโทษมากกว่าบุหรี่ถึง 6 เท่า
- สูบบารากู 1 ห่อ เท่ากับ การสูบบุหรี่ถึง 20 มวน
- เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งไม่น้อยไปกว่าการสูบบุหรี่
- ในบารากู ประกอบด้วยสารอันตรายต่อร่างกาย เช่น สารนิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ และสารก่อมะเร็งอื่นๆ ในระดับสูง
- การสูบบารากู นาน 45 นาที จะผลิตสารน้ำมันดิน (ทาร์) มากกว่าการสูบบุหรี่ 5 นาที ถึง 36 เท่า

- อาจก่อให้เกิดโรคติดต่อ หากใช้อุปกรณ์ร่วมกัน อาทิ เช่น วัณโรค

จากโทษที่อันตรายของบาราเก้นั้น จึงส่งผลให้เกิดการผลักดันออกกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดนี้ในไทย หากผู้ใดฝ่าฝืนจะต้องรับโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท แต่จากการสำรวจ กลับพบว่า บาราเก้นี้ยังมีขายตามสถานที่ท่องเที่ยวตามร้านค้ากันอย่างเปิดเผย (กระทรวงสาธารณสุข 2557)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในกลุ่มวัยรุ่นตั้งแต่ระดับมัธยมต้นถึงระดับอุดมศึกษา (ศิริรัช ลอยสมุทร, 2557) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบหลายประเภทในเวลาเดียวกันหรือสูบหลายอย่าง นอกเหนือจากการสูบบุหรี่ธรรมดา ได้แก่ บาราเก้น์ ซึ่งวัยรุ่นสูบมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ บุหรี่ซูลต ยาเส้น/ยาเส้นซูลต บุหรี่มวนเอง บุหรี่ไฟฟ้า โดยส่วนใหญ่เพื่อนเป็นผู้แนะนำให้สูบ และผลิตภัณฑ์ที่เพื่อนแนะนำให้สูบมากที่สุดคือ บุหรี่ซูลตและบาราเก้น์ เหตุผลในการสูบคือ ความแปลกใหม่ของผลิตภัณฑ์และเพื่อนยังแนะนำว่าปลอดภัยกว่าบุหรี่ยธรรมดา ส่วนช่วงเวลาสูบคือ ช่วงเวลาว่างที่ไปเที่ยวกลางคืนกับเพื่อน โดยเฉพาะเยาวชนที่อยู่ในกรุงเทพมหานครนิยมสูบบุหรี่ที่สูบผ่านน้ำ เช่น บาราเก้น์/สุกก้า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ของเยาวชนเป็นพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในของตัวเยาวชนเอง และปัจจัยภายนอกจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน แล้วส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเยาวชนนำไปสู่การสูบบุหรี่ และยังพบประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ 1) ค่านิยมของสังคมที่มองว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่สิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย การสูบบุหรี่จึงถือเป็นเรื่องธรรมดาที่พบเห็นได้ทั่วไป ประกอบกับลักษณะวัยของเด็กและเยาวชนที่มีความต้องการอยากรู้อยากลองและเลียนแบบพฤติกรรมต่างๆ จากบุคคลที่ชื่นชอบได้ง่าย จึงทำให้มีเจตคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ 2) ประชาชนทั่วไปและเยาวชนยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และมักจะเพิกเฉยหรือไม่ให้ความสำคัญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงโทษพิษภัยของบุหรี่อย่างแท้จริง รู้แต่ก็ไม่เชื่อว่าปัญหาจะเกิดขึ้นกับตนเอง และ 3) การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหานั้นผ่านมายังมีจุดอ่อน เนื่องจากเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ตัวเด็กเท่านั้น ยังขาดการมีส่วนร่วมระหว่างฝ่ายต่างๆ ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (จรัญ อุสาหะ และคณะ, 2558)

บาราเก้เป็นยาสูบที่ได้รับความนิยมในกลุ่มวัยรุ่น ที่กระจายตัวจากสถานบันเทิงมาสู่อาคารตามตลาดนัด รวมถึงอินเทอร์เน็ต ด้วยกลิ่นที่หอม และการโฆษณาที่ไม่มีพิษภัย ไม่มีนิโคตินเหมือนบุหรี่ยิ่ง ทำให้สูบแล้วไม่ติด จึงนำมาสู่การแพร่กระจายของบาราเก้ในกลุ่มนักสูบ เป็นปัญหาใหม่ที่ท้าทายความพยายามของภาครัฐในการลดและควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผลการศึกษาของศรีรัช ลาภใหญ่และคณะ (2551) พบว่า ผู้ที่สูบบาราเก้ส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อน และสามารถเข้าถึงบาราเก้การแพร่ระบาดของบาราเก้คือความเชื่อลวงที่เช่น บาราเก้เป็นผลไม้ ไม่มีนิโคติน ปัจจัยที่เอื้อต่อการสูบบาราเก้ คือ สถานบันเทิง โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาที่ดื่มและเที่ยว

ภาพลักษณ์ที่ดึงดูด

กลุ่มผู้สูบต่างเพศ ต่างศาสนา มีการให้ความหมายและทัศนคติเกี่ยวกับบาราเก้ต่างกัน คือ ผู้ชายมีความเห็นว่า บาราเก้เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบเพื่อสันทนาการ คือ ใช้สูบเมื่อรวมกลุ่มกับเพื่อน สูบเมื่อไปรวมกลุ่มกันที่ร้านสุรา มุสลิมชายมีความเห็นว่าเป็นวัฒนธรรมชุมชน ที่อยู่คู่ชุมชนมุสลิมในประเทศไทยมานาน ที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดในการเป็นผู้สูบหนักผู้หญิงมีความเห็นว่า บาราเก้เป็นผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับเพศหญิง เนื่องจากอุปกรณ์สวยงาม ราคาแพง ส่งเสริมภาพลักษณ์ว่าน่าสมัย มีเสน่ห์อย่างเดียว ให้เหตุผลในการสูบว่า “ไม่ต้องการมีภาพลักษณ์ของผู้หญิงสูบบุหรี่”

งานวิจัยในประเทศไทยเรื่อง “กลยุทธ์การตลาดของยาสูบประเภทบาราเก้และพฤติกรรมการบริโภคบาราเก้ในกลุ่มเยาวชน” (ศรีรัช ลาภใหญ่และคณะ, 2557) งานวิจัยนี้ศึกษาถึงปัญหาการสูบบาราเก้ประเภทบาราเก้ในกลุ่มผู้บริโภควัยรุ่นในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล โดยศึกษาพฤติกรรมการบริโภค ความเชื่อและอื่นๆ ที่สนับสนุนการบริโภค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่รู้จักบาราเก้จากร้านสุรา 46.5 % รู้จักจากเพื่อน 20.1 % และรู้จักจากร้านค้าทั่วไป 15 % เมื่อสอบถามถึงเหตุผลในการสูบ เหตุผลส่วนใหญ่เกิดจากความอยากรู้ อยากทดลอง อยากรู้ว่าเป็นอย่างไร 89.6 % และพบว่าวัยรุ่นสามารถเข้าถึงบาราเก้ได้ง่าย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูบบาราเก้แพร่หลายมากขึ้น

อีกการศึกษาหนึ่ง พบว่าจากการศึกษาความรู้ทัศนคติ และการการปฏิบัติการสูบบาราเก้ ของนิสิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่านิสิตร้อยละ 38 เคยสูบบาราเก้ ผู้สูบบัร้อยละ 74 มีเจตคติเฉยๆ ต่อการสูบบาราเก้ (พรพิมล นามวงศา, 2558)

โดยช่องทางการจำหน่ายบาราเก้ พบ 8 ช่องทาง ได้แก่ ช่องทางค้าปลีก อินเทอร์เน็ต ร้านสุรา หรือสถานบันเทิงที่ให้บริการสูบ ณ จุดขาย การให้บริการส่งถึงที่พัก การขายส่ง แผงลอยไม่ถาวร การขายในบ้านของตัวเอง และร้านจำหน่ายอุปกรณ์แบบร้านถาวร ราคาจะแตกต่างกันไปตั้งแต่หลักร้อยจนถึงหลายพัน

วัยรุ่นมีทัศนคติและความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับบาราเก้ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดจากข้อเท็จจริง คือมีความเชื่อว่าบาราเก้เป็นสิ่งที่ไม่อันตราย เนื่องจากเป็นวัฒนธรรมอินเดียและตะวันออกเฉียงที่เก่าแก่ และเชื่อว่าบาราเก้ทำมาจากผลไม้ หรือสมุนไพร บาราเก้จึงปลอดภัยกว่าบุหรี่ เพราะไม่มีนิโคติน ไม่ทำให้เกิดอาการติดเหมือนบุหรี่ สูบแล้วทำให้รู้สึกผ่อนคลาย นอกจากนี้บาราเก้ยังมีกลิ่นหอมหวาน ซึ่งทำให้ผู้หญิงสนใจที่จะสูบบากกว่า บุหรี่ และส่วนใหญ่เชื่อว่าบาราเก้ไม่ใช่สิ่งที่มีผิดกฎหมาย ทัศนคติดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการใช้บาราเก้มากขึ้น

กลยุทธ์การตลาดของยาสูบประเภทบาราเก้ และพฤติกรรมการบริโภคบาราเก้ ในกลุ่มเยาวชน จากการศึกษากฎการกรมกลุ่มตัวอย่างระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย-อุดมศึกษา จำนวน 783 ราย พบว่า เยาวชนร้อยละ 81 รู้จักว่าบาราเก้ คืออะไร โดยร้อยละ 34 สูบบาราเก้เป็นประจำและเป็นผู้ที่เคยสูบบุหรี่มาก่อน เยาวชนร้อยละ 57 รู้จักบาราเก้จากร้านสุรา สอดคล้องกับผลการสำรวจที่ชี้ว่า สถานที่ที่วัยรุ่นนิยมสูบบาราเก้มากที่สุดคือร้านเหล้า รองลงมา คือ ร้านเหล้าบ้าน และหอพัก นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มเยาวชนที่นับถือศาสนาอิสลามมีการสูบบาราเก้เช่นกัน และเริ่มสูบตั้งแต่อายุยังน้อยคือ พบว่า เริ่มที่อายุ 12 ปี เยาวชนมุสลิมมีอัตราการสูบบาราเก้มากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งต้องเร่งทำความเข้าใจถึงอันตรายต่อไปกับกลุ่มเสี่ยงนี้พบว่าบาราเก้ และบุหรี่ปรั่งรส หาซื้อได้ง่าย เยาวชนอายุน้อยจากการสำรวจ กว่าครึ่งหนึ่งยังสามารถซื้อได้ โดยร้อยละ 90 ยอมรับว่าบาราเก้เป็นสารที่วัยรุ่นชอบลอง มีเพื่อนเป็นผู้ชักชวน โดยเฉพาะวัยรุ่นที่สูบบาราเก้จะสูบสัปดาห์ละครั้ง มีร้อยละ 32.3 ที่มีอุปกรณ์ประกอบการสูบเป็นของตนเอง สามารถหาซื้ออุปกรณ์ได้ง่าย ไม่ว่าจะ เป็นในตลาดนัดกลางคืน แหล่ง ซ้อปิ้งซื้อดังหลายแห่ง แผงลอย ร้านตามตลาดนัดสุด สัปดาห์ ร้านขายส่ง และอินเทอร์เน็ต ที่น่าเป็นห่วงคือ หอพักที่อยู่ใกล้สถานศึกษา จะมีบริการส่งชุดสูบบาราเก้ถึงห้องพัก และยังพบว่า การขายเตาบาราเก้ได้ระบาดไปถึงใน

ห้างสรรพสินค้าประเภทดีสคานส์ไตร์ที่เปิดแผงลอยให้ผู้ค้าภายนอกเข้ามาทำการค้าด้วย" (ศรีรัช ลาภใหญ่ 2557)

ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบาราเก้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47 เห็นว่าการสูบบาราเก้ นั้น จะไม่ทำให้เสพติด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 เชื่อว่าการสูบทำให้เกิดความสุข ไม่ทำให้ใครเดือดร้อน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 เชื่อว่าบาราเก้เป็นสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56 เชื่อว่ามีพิษน้อยมากหากเทียบกับบุหรี่ปริ่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66 เชื่อว่า บาราเก้ เป็นวัฒนธรรมอาหารเก่าแก่ที่ไม่มีอันตราย ที่สำคัญ คือ ผู้หญิง จะมีทัศนคติด้านบวกและไม่กลัวที่จะลองสูบ เนื่องจากมีรสผลไม้ กลิ่นหอม รสหวาน และเชื่อว่าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ปริ่ รวมทั้งผู้หญิงเชื่อว่าการสูบบาราเก้จะทำให้ผู้หญิงมีภาพลักษณ์ดีกว่าผู้หญิงสูบบุหรี่ปริ่ ซึ่งถือเป็นความเข้าใจผิด เพราะยาสูบบาราเก้มีพิษภัยกว่าบุหรี่ปริ่ถึง 6 เท่า หากสูบทุกวันจะเท่ากับสูบบุหรี่ปริ่วันละ 10 มวน หากสูบเป็นครั้งคราวจะเท่ากับสูบครั้งละ 2 มวน ซึ่งบาราเก้ คือ ยาสูบชนิดหนึ่งซึ่งทำให้เกิดการเสพติดได้ (ศรีรัช ลาภใหญ่ 2557)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เปิดเผยผลจากการศึกษาสถานการณ์ทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ “แปลงร่าง” จากกลุ่มตัวอย่างอายุ 13-18 ปี จำนวน 2,426 ราย พบว่าเยาวชนร้อยละ 78 รู้จักบาราเก้เป็นอย่างดีร้อยละ 44 สูบบาราเก้ และร้อยละ 12 สูบบาราเก้ ขณะเดียวกันร้อยละ 42 ก็สูบบาราเก้ธรรมดาด้วย โดยร้อยละ 32 รู้จักบาราเก้จากสื่อทางสังคม (social network) ร้อยละ 67 ซื้อบาราเก้ไฟฟ้าด้วย และร้อยละ 18 ซื้อจากช่องทางสื่อทางสังคมเหตุผลของนักสูบบาราเก้ส่วนใหญ่ร้อยละ 83 มาจากความเชื่อผิดๆ และรูปลักษณ์ผลิตภัณฑ์ที่ หลอกหลอนคือ เห็นว่าเป็นสิ่งน่าสนใจแปลกใหม่ เชื่อว่าสูบง่ายกว่าบาราเก้ ปลอดภัย ลองได้ไม่เสพติด และยังมีบทความหลายบทความกล่าวว่าการสูบบาราเก้ นั้นไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรืออันตรายน้อยกว่าการสูบบาราเก้ เพราะไม่มีนิโคติน และมีกลิ่นหอม ทำมาจากผลไม้ และยังมีเชื่อว่า การสูบบาราเก้ จะสามารถทำให้เลิกบุหรี่ปริ่ได้ และยังเป็นการช่วยเพิ่มพลังทางเพศ ซึ่งแท้ที่จริงแล้วนั้น การที่เรานำเสนอที่มีการเผาไหม้เข้าสู่ร่างกาย ล้วนแล้วแต่มีอันตรายทั้งสิ้น แม้ว่าผลไม้จะมีประโยชน์ต่อร่างกายก็จริง แต่เมื่อมันเปลี่ยนรูปไปเป็นก้อนถ่านที่ถูกเผาไหม้แล้วย่อมมีอันตราย และการสูบผ่านน้ำ และการปรุงแต่งรสของยาเส้นกับผลไม้หรือกลิ่นต่าง ๆ นั้น ทำ

ให้ความเข้มข้นของควินจางลง ซึ่งส่งผลให้สามารถสูบได้ลึกมากขึ้น และสูบจำนวนมากนั้นก็ถือว่าเป็นการสูบที่เป็นอันตรายต่อร่างกายอย่างมาก (พรพิมล นามวงศา, 2558)

ปัจจุบันยังไม่มีใบอนุญาตให้นำเข้ายาเส้นปรุงที่ใช้สูบกับบารากู๋ ยาเส้นปรุงที่ขายอยู่จึงเป็นสินค้าผิดกฎหมาย การสูบบารากู๋ตามสถานบริการ ผับ บาร์ ไนท์คลับ และโรงแรม เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย เนื่องจากมีกฎหมายห้าม จึงถือเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย ต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจัง ในการที่จะป้องกันและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดนี้ให้ได้

นอกจากบารากู๋จะเป็นสินค้าที่ผิดกฎหมายไทย เพราะกรมสรรพสามิตไม่อนุญาตให้มีการนำเข้าตามข้อเสนขอของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว การสูบบารากู๋ในผับ บาร์ หรือ ไนท์คลับ ยังจะเป็นการทำผิดต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ที่ห้ามสูบผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดในผับ บาร์ และไนต์คลับ ซึ่งรวมถึงการสูบบารากู๋ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

สำหรับกรณีสินค้าประเภทบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์บารากู๋อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งไม่มีส่วนประกอบของใบยาสูบ ที่ต้องอาศัยกฎหมายอื่นในการควบคุม เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 หรือพระราชบัญญัติการส่งออกและนำเข้าในราชอาณาจักร พ.ศ. 2522 เป็นต้น

อย่างไรก็ดี บารากู๋ บารากู๋อิเล็กทรอนิกส์ หรือบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงตัวยา ลักษณะต่างๆ ที่ใช้กับผลิตภัณฑ์ไม่ว่าจะมีใบยาสูบผสมอยู่หรือไม่ก็ตาม มีความผิดดังนี้

- ห้ามส่งออกหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักร ตามประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากู๋ และบารากู๋อิเล็กทรอนิกส์หรือบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์เป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 ออกตามความในพระราชบัญญัติการส่งออกและนำเข้าในราชอาณาจักร พ.ศ. 2522 มาตรา 5 (1) หากฝ่าฝืน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปีหรือปรับเป็นเงินห้าเท่าของสินค้าที่ส่งออกหรือนำเข้า หรือทั้งจำทั้งปรับ ตาม มาตรา 20

ใบยาสูบบารากู๋ถือว่ามีความผิดตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509 มาตรา 24 ข้อหาขายหรือมีไว้เพื่อขายยาเส้นหรือยาสูบที่มีได้ปิดแสตมป์ยาสูบ ซึ่งหมายถึงการที่ไม่ได้แสดงฉลากเตือน เช่น ต้องระบุชื่อผู้นำเข้าและมีการติดคำเตือน นอกจากนี้ยังผิด

พระราชบัญญัติศุลกากร ซึ่งเป็นสินค้าที่นำเข้ามาโดยไม่ขออนุญาตเสียภาษีการนำเข้า ไบยาสูบจึงต้องมีการขออนุญาตอย่างถูกต้องผ่านกระทรวงการคลังก่อน แต่ก็ยังไม่ได้ขออนุญาตให้นำเข้า สำหรับเตาบาราอู่นั้นไม่ผิดกฎหมาย ยังไม่ได้อยู่ในการควบคุมของกฎหมายใดๆ ดังนั้นไบยาสูบบาราอูจึงเป็นสินค้าที่ผิดกฎหมายเท่านั้น ผู้สูบจึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการใช้ไบยาสูบ แต่ใช้เป็นสารสกัดนิโคตินในรูปแบบของเหลวมาผสมกับผลไม้แห้งแทน ทำให้กฎหมายอาจจะไม่ครอบคลุมได้หมด ในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ได้บัญญัติเพิ่มการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ และไบยาสูบบาราอูก็เป็นสินค้าที่ผิดกฎหมาย



บทที่ 8

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. ความเป็นมาของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์
2. พัฒนาการของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์
3. ผลกระทบต่อสุขภาพของผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์
4. ประสิทธิภาพในการเป็นนิโคตินทดแทนเพื่อการรักษา
5. การวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์
6. ธุรกิจและการตลาดของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์
7. มาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในต่างประเทศ

1. ความเป็นมาของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

บุหรี่รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า “บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์” หรือ อี-ซิการ์เรต (e-cigarette) ได้ คืบคลานเข้าสู่ตลาดทั่วโลกเพื่อชักจูงให้คนที่ติดบุหรี่หันมาสูบบุหรี่รูปแบบใหม่โดยสร้างความเชื่อว่าเป็นอันตรายจากโรคมะเร็ง การเกิดขึ้นของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์อาจจะมาจากสามสาเหตุ หนึ่ง-ปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ เนื่องจากความตื่นตัวถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสอง จึงมีผู้คิดค้นบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ขึ้นซึ่งไม่มีการเผาไหม้เหมือนการสูบบุหรี่ธรรมดา ผู้ผลิตหวังว่าผู้ที่ติดบุหรี่สามารถที่จะสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในที่ที่กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ได้ สอง-การสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นวิธีการนำสารนิโคตินเข้าสู่ร่างกายที่สะอาดกว่าการสูบบุหรี่ธรรมดา ซึ่งการสูบบุหรี่ธรรมดาเป็น

วิธีการนำสารนิโคตินเข้าสู่ร่างกายที่กล่าวได้ว่า 'สกปรก' เนื่องจากมีการเผาไหม้ใบยาสูบ และกระดาษที่ใช้มวนทำให้เกิดเขม่าและมีกลิ่นเหม็นเป็นที่น่ารังเกียจ สาม-เพื่อลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ (Harm reduction)

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์นี้ได้รับการพัฒนาเป็นรูปแบบใหม่ในปี ค.ศ. 2003 ในประเทศจีนโดย Hon Lik ซึ่งเป็นเภสัชกรและเป็นนักสูบบุหรี่ เขาสร้างโมเดลนวัตกรรมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และนำเสนอเครื่องมือการสูบบุหรี่ดังกล่าวให้แก่บริษัท Golden Dragon Holdings ซึ่งเขาทำงานอยู่ที่บริษัทแห่งนี้บริษัทมองเห็นคุณค่าของผลิตภัณฑ์จึงพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวอย่างเร่งด่วนและไม่นานหลังจากนั้นบริษัทดังกล่าวเปลี่ยนชื่อเป็น Ruyan ซึ่งมีความหมายในภาษาจีนว่า 'เหมือนสูบ' ปัจจุบันบริษัท Ruyan เป็นผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์รายใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2555)

ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มี 3 ประเภท คือ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ บารากูอิเล็กทรอนิกส์ และชิการ์อิเล็กทรอนิกส์ หน้าตาสวยงามไม่เหมือนบุหรี่ และผู้ชายทุกรายจะระบุว่าไม่มีนิโคติน แต่ที่ตัวผลิตภัณฑ์บางตราสินค้าก็ระบุไว้ว่ามีนิโคตินปัจจุบันผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้ง่ายมาก เพราะมีช่องทางการจำหน่ายที่แพร่หลาย ทั้งในห้างหรือในอินเทอร์เน็ต เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ อินสตาแกรม มีการโฆษณาชวนเชื่อที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าไม่ใช่สินค้าอันตราย สูบได้ทุกที่ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง อีกทั้งยังมีการส่งเสริมการขาย โปรโมตด้วยราคา ลด แลก แจก แถม และเป็นแพ็คเกจที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเพราะเหตุผลเรื่องราคา ความสะดวก การขาย ความหอมของกลิ่นและรสชาติ

เนื่องจากการซื้อขายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ จึงเป็นการยากที่จะควบคุมไม่ให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อมาได้โดยง่ายหนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวันฉบับวันที่ 10 มีนาคม 2553 มีรายงานข่าวว่า รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่าปริมาณนิโคตินในบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (e-cigarette) สูงกว่าบุหรี่ทั่วไปหลายเท่า โดยการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ 1 มวนจะเท่ากับสูบบุหรี่ทั่วไปถึง 15 มวน วารสาร SMART ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ฉบับเดือนพฤษภาคม 2553 มีรายงานข่าวจากรองอธิบดี กรมควบคุมโรคว่ามีการเตรียมปรับปรุงกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้มีความเป็นปัจจุบัน เพราะมีการโฆษณาบุหรี่ในรูปแบบใหม่ๆ เช่น โฆษณาผ่านทางอินเทอร์เน็ตรวมทั้งมีผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ เช่น บุหรี่

อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งยังไม่มีกฎหมายควบคุมในขณะที่วารสาร สร้างสุข ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีรายงานข่าวว่า บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์เป็นสินค้าเลียนแบบที่ผู้ผลิตและผู้จำหน่ายโฆษณาว่าเป็นผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกการสูบบุหรี่ แต่กลับพบว่าปริมาณนิโคตินสูงกว่าบุหรี่ทั่วไปหลายเท่า กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้ประกาศมาตรการห้ามนำบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์เข้ามาจำหน่ายในประเทศ โดยใช้กฎหมาย 3 ฉบับ คือ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มาตรา 10 พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510 มาตรา 12 และ พ.ร.บ. ศุลกากร พ.ศ. 2469 มาตรา 27

งานวิจัยต่างๆ ชี้ให้เห็นชัดว่าบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ เช่นเดียวกับบุหรี่ยาสูบธรรมดา ซึ่งพบสารก่อมะเร็งหลายชนิด เช่น ไดเอทิลีนไกลคอล ตะกั่ว แมงกานีส สังกะสี ปะออง สารหนู แคดเมียม ในปริมาณที่สามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายได้ หากใช้อย่างต่อเนื่อง งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาชี้ชัดว่า บุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์ลดสมรรถภาพปอดและการหายใจเหมือนบุหรี่ทั่วไป และทำให้เซลล์ของมนุษย์เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมและกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ เมื่อสัมผัสควันบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์เพียง 5 นาที สารนิโคตินในบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์มีความเข้มข้นไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับการเติมนิโคตินแบบน้ำโดยผู้ใช้เอง บางตราสินค้าเข้มข้นถึง 24 มก.ต่อมวน มีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต หลอดเลือดตีบ ผังหลอดเลือดแข็งเปราะง่าย ข้อมูลเบื้องต้นบอกว่าการเสพไอของบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์มีผลให้หลอดเลือดตีบแคบและบวมมากขึ้น ข้อมูลสำคัญจากผลการวิจัยบอกว่าผู้ที่สูบบุหรี่อยู่แล้วจำนวนไม่น้อยใช้บุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์ควบคู่กันไป โดยติดทั้งบุหรี่ยาสูบธรรมดาและบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์

โดยปกติ บุหรี่ทั่วไปมีสารพิษกว่า 6,000 ชนิด ในขณะที่บุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์มีแค่นิโคติน แต่การศึกษายังพบว่าในบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์จะมีปริมาณนิโคตินที่เข้มข้นสูงกว่าใบยาสูบทั่วไป และไม่สามารถควบคุมปริมาณนิโคตินได้ สิ่งอันตรายคือนิโคตินจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูง และอาจส่งผลกระทบต่อความดันโลหิต และเมื่อมีการเผาไหม้ สารโพรไพลีน ไกลคอล (propylene glycol) ที่ใช้ในบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์จะเกิดสารตกค้างที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งได้ และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังพบว่าบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์ช่วยเลิกบุหรี่ได้ต่ำและงานวิจัยไม่ชัดเจน เพราะกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป อีกทั้งยังพบว่าแม้จะหยุดสูบบุหรี่ยาสูบธรรมดาได้แต่ผู้สูบกลับต้องการบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น หมายถึงทำให้ติดบุหรี่ยาสูบหรืออิเล็กทรอนิกส์แทน

2. พัฒนาการของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (C Bullen, et al. 2010.)

องค์การอนามัยโลกประกาศในเดือนกันยายนปี ค.ศ. 2008 ว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่ใช่อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ และเรียกร้องให้ผู้ทำการโฆษณาและการตลาดห้ามเสนอแนะว่าองค์การอนามัยโลกพิจารณาแล้วว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่มีอันตรายและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่

ในเดือนตุลาคมปี ค.ศ. 2006 กระทรวงสาธารณสุขของประเทศนิวซีแลนด์ที่ได้รับทุนจากบริษัท Ruyan เพื่อการศึกษาวิจัยผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ทำการวิเคราะห์เชิงปริมาณอย่างละเอียดและสรุปว่าสารก่อมะเร็งและสารพิษปรากฏอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าจะก่อให้เกิดอันตราย โดยภาพรวมผลิตภัณฑ์ที่ได้ทำการทดสอบมีความปลอดภัยและเป็นทางเลือกแทนการสูบบุหรี่ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2555) ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียห้ามการครอบครองและการขายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ซึ่งมีสารนิโคตินในเดือนมกราคมปี ค.ศ. 2009 โดยแจ้งว่า ‘ทุกรูปแบบของนิโคตินถูกจำแนกว่าเป็นสารพิษ ยกเว้นการรักษาด้วยการทดแทนและบุหรี่ปกติ’

มีนาคมปี ค.ศ. 2009 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (FDA ของประเทศสหรัฐอเมริกา) เพิ่มบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในรายการ ‘ผลิตภัณฑ์นำเข้าที่ต้องระวัง’ 66-41) และเสนอแนะให้หน่วยงาน USCBP ห้ามการนำเข้าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เข้ามาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแจ้งแก่บริษัท Smoking Everywhere ว่าสินค้าถูกห้ามไม่ให้เข้ามาในประเทศสหรัฐอเมริกาเพราะ ‘บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีส่วนผสมของผลิตภัณฑ์กลไกส่งยา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการอนุญาตล่วงหน้า ต้องลงทะเบียน และอยู่ในบัญชีของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในเดือนเมษายนปี ค.ศ. 2009 บริษัท Smoking Everywhere ยื่นคำร้องต่อรัฐบาลกลางของประเทศสหรัฐอเมริกาโดยให้ชะลอการห้ามของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่พยายามห้ามการนำเข้าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ โดยบริษัทให้เหตุผลว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เสมือน ‘ผลิตภัณฑ์ยาสูบและการพยายามกระทำดังกล่าวที่จะควบคุมกำกับดูแลเป็นการละเมิดความตั้งใจของรัฐบาลที่จะไม่ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีอำนาจหน้าที่ควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ยาสูบ บริษัทอ้างว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่ใช่ ‘ยา’ ระบบการให้ยา’ หรือ ‘กลไกส่งยาภายใต้กฎ 21 U.S.C. 321 (g)

พฤษภาคมปี ค.ศ. 2009 องค์การ Action on Smoking and Health (ASH) ยื่นคำร้องต่อ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้ควบคุมออกกฏระเบียบเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (e-cig petition) ในขณะเดียวกันบริษัท Njoy ร่วมกับบริษัท Smoking Everywhere ฟ้องร้องสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต่อศาล และสมาคมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (The Electronic Cigarette Association) ก่อตั้งขึ้นเป็นสมาคมทางการค้าและธุรกิจ โดยสมาชิกประกอบด้วยผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ผู้จัดจำหน่ายและผู้ค้าปลีกด้วยจุดประสงค์เพื่อเป็นกระบอกเสียงและตัวแทนของอุตสาหกรรมยาสูบอิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะเพื่อตอบโต้ความกังวลด้านสุขภาพ และเพื่อจัดทำมาตรฐานของอุตสาหกรรมสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่กรุงวอชิงตัน ดี ซี ประธานและโฆษกของสมาคมคือ Matt Salmon ซึ่งเป็นอดีตนายกเทศมนตรีของสหรัฐอเมริกา ในเดือนพฤษภาคม ปีค.ศ. 2009 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทดสอบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ 2 ยี่ห้อ คือ Njoy และ Smoking Everywhere หลอดบรรจุ (cartridge) 18 หลอดถูกนำมาทดสอบพบว่าปริมาณเล็กน้อยของสารก่อมะเร็ง ไนโตรซามีน หลอดบรรจุ 1 หลอดพบว่ามี diethylene glycol 1% ซึ่งเป็นสารพิษ ส่วนหลอดบรรจุที่แจ้งว่ามีนิโคติน 0% พบว่ามีสารนิโคตินอยู่ด้วย

มิถุนายนปี ค.ศ. 2009 ประธานาธิบดี โอบามาลงนามอนุมัติรับรองกฎหมายการป้องกันการสูบบุหรี่ในครอบครัวและการควบคุมยาสูบ (The Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act 18) มอบอำนาจให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควบคุม กำกับ อุตสาหกรรมยาสูบถึงแม้ว่านิโคตินและยาสูบจะไม่ถูกห้ามในทันที แต่สารปรุงรส เช่น รสผลไม้และมินท์ ถูกห้ามไม่ให้ใส่ลงในผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากนี้ ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ ที่จะเข้ามาสู่ตลาดจะถูกบังคับให้เป็นไปตามมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อนเข้าสู่ตลาดซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อการควบคุมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

ในเดือนกรกฎาคมปี ค.ศ. 2009 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาขึ้นเอกสารสรุปเพิ่มเติมในคดีฟ้องร้องของบริษัท Smoking Everywhere โดยอ้างถึงกฎหมายการป้องกันการสูบบุหรี่ในครอบครัวและการควบคุมยาสูบโดยกล่าวว่าสำนักงานฯ มีอำนาจหน้าที่ควบคุม กำกับผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และเห็นด้วยกับการลงมติตัดสินให้มีฉลากแจ้งว่าเป็นเครื่องมือสำหรับเวชภัณฑ์ ‘สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่าหลังจากการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ชื่อกล่าวอ้างที่แจ้งในฉลากของผลิตภัณฑ์ และ

ข้อมูลของบริษัท Smoking Everywhere ส่งมอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าผลิตภัณฑ์บุหรี่ยีเล็กทรอนิกส์มีคุณสมบัติตามความหมายของทั้งเวกซ์ภัณฑ์ และเครื่องมือภายใต้ FDCA' (นิเทศน์ ศิริโชติรัตน์ 2555) สองเดือนหลังจากการทดสอบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาออกแถลงข่าวกับสื่อสารมวลชนเพื่อให้เลิกใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ยีเล็กทรอนิกส์ และเน้นย้ำข้อกังวลที่กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ว่าผลิตภัณฑ์บุหรี่ยีเล็กทรอนิกส์อาจทำการตลาดโดยมุ่งไปยังเยาวชนไม่มีฉลากคำเตือนด้านสุขภาพที่เหมาะสม และผลิตภัณฑ์มีสารก่อมะเร็งและสารเคมีที่เป็นอันตราย เช่น diethyl glycol ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่ใช้ในการป้องกันจุดเยือกแข็ง (antifreeze)

ในช่วงระยะเวลาเดียวกันนั้น บริษัทที่ปรึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์คือ Exponent, Inc. ซึ่งได้รับการจ้างโดยบริษัท Njoy ให้ทำการทบทวนรายงานการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เมื่อเดือนพฤษภาคม พบว่ามีข้อตำหนิในรายงานว่ามีมาตรฐานของการเก็บหลักฐานทางเอกสารที่ไม่ดี รวมทั้งการวิเคราะห์ และไม่มีการทดสอบที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอนุมัติ เพื่อเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์การรักษาด้วยการทดแทนนิโคติน ซึ่งบริษัท Exponent อ้างว่ามีระดับของ TSNA เท่ากับระดับในบุหรี่ยีเล็กทรอนิกส์ การศึกษานี้สรุปว่าข้อกล่าวอ้างของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเกี่ยวกับผลเสียทางสุขภาพไม่มีหลักฐานรองรับในการศึกษานี้ ในขณะที่ช่วงระยะเวลาเดียวกันนั้นประเทศแคนาดาห้ามการขาย การโฆษณา และการนำเข้ามาหรือผลิตภัณฑ์และกระทรวงสาธารณสุขแคนาดาแนะนำไม่ให้ชาวแคนาดาซื้อ หรือใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ยีเล็กทรอนิกส์ โดยแจ้งว่ามี 'สารก่อความระคายเคือง (propylene glycol)'

กลไกการทำงานของบุหรี่ยีเล็กทรอนิกส์

เมื่อผู้สูบบุหรี่หายใจเข้าผ่านทางส่วนที่ติดกับริมฝีปาก (mouth-piece) หรือเป็นที่รู้จักในนามของหลอดบรรจุ (cartridge) อากาศที่ไหลผ่านจะกระตุ้นการทำงานของส่วนที่ทำให้เกิดความร้อนที่มีชื่อว่า atomizer ซึ่งส่วนนี้จะทำให้ของเหลวที่มีสารนิโคตินผสมระเหยเป็นไอ (vapourized) และผู้สูบบุหรี่จะสูดไอระเหยที่มีนิโคตินเข้าสู่ร่างกาย ส่วนปลายอีกด้านหนึ่งของบุหรี่ยีเล็กทรอนิกส์มีหลอดไฟเล็ก ๆ (LED) ซึ่งจะมีแสงไฟสว่างเกิดขึ้นเมื่อผู้สูบบุหรี่สูดอากาศผ่านบุหรี่ยีเล็กทรอนิกส์เข้าสู่ร่างกาย

ส่วนประกอบและส่วนผสมของของเหลว

ในขณะที่รูปร่างของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์อาจจะแตกต่างกันออกไป แต่ทุกตราสินค้ามีส่วนประกอบเหมือนกันคือ ชิ้นส่วนสำหรับริมฝีปาก (mouth-piece) หรือหลอดบรรจุ (cartridge) ส่วนที่ทำให้เกิดความร้อนหรือเรียกว่าทำให้เกิดอะตอม (heating element or atomizer) และส่วนที่เป็นแบตเตอรี่

ส่วนที่เป็นหลอดบรรจุ (Cartridge)

- ชิ้นส่วนพลาสติกที่ใช้แล้วทิ้ง อยู่ที่ปลายท่อ หรือหลอด (tube)
- บรรจุนิโคติน หรือสารปรุงแต่งรสชาติ (flavoring)
- เมื่อของเหลวในหลอดถูกใช้หมดไปสามารถเติมของเหลวในหลอดได้ หรือซื้อหลอดใหม่ที่มีของเหลวบรรจุอยู่แล้ว (ขึ้นอยู่กับตราสินค้า)

ส่วนที่ทำให้เกิดอะตอม (Atomizer)

- ส่วนที่ทำให้เกิดความร้อน (heating element)
- ทำให้อะตอมของเหลวในหลอดบรรจุ (cartridge) กลายเป็นไอระเหย เมื่อมีการหายใจเข้าโดยผู้สูบ
- ทำให้อไอระเหยกลายเป็นละอองน้ำเมื่อหายใจออก

แบตเตอรี่

- ตราสินค้าต่างๆส่วนมากบรรจุลิเธียมแบตเตอรี่ ซึ่งให้พลังงานแก่ส่วนที่ทำให้เกิดอะตอม
- ส่วนที่ชาร์จแบตเตอรี่ แบบที่ใช้ในบ้านหรือในรถยนต์
- อายุการใช้งานของแบตเตอรี่แตกต่างกันตามรุ่น และตราสินค้า

ของเหลวที่มีสารนิโคตินผสม

- ของเหลวที่มีสารนิโคตินผสม มาในรสชาติที่หลากหลาย ซึ่งถูกห้ามในบุหรี่ทั่วไปในประเทศสหรัฐฯ (US Food and Drug Administration, 2010) และองค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ห้ามขายบุหรี่ชูรสต่างๆ (World Health Organization, 2007) และความเข้มข้นระดับต่างๆ
- ระดับความเข้มข้นของนิโคติน มีตั้งแต่ 24 มิลลิกรัม (สูงสุด) จนถึง 4 มิลลิกรัม (ต่ำ) และ 0 มิลลิกรัม

- มาในรสชาติที่หลากหลาย เช่น ยาสูบอย่างเดี่ยว เม็นทอลเย็น มอคค่า ช็อกโกแลต วานิลลา ฯลฯ

3. ผลกระทบต่อสุขภาพของผลิตภัณฑ์บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์

รายงานข่าวจาก บีบีซี (BBC News) เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2554 แจ้งว่าแพทย์จากโรงพยาบาล Queen Elizabeth Hospital เรียกร้องให้มีการวิจัยบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์มากขึ้นหลังจากที่คนใช้รายหนึ่งเสียชีวิต (BBC News, 2012) นายแพทย์ Rob Allcock กล่าวว่า คนใช้รายนี้ใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ตราสินค้าหนึ่งซึ่งมีส่วนผสมของนิโคตินและน้ำมันในนิโคตินเหลว (liquid nicotine) ซึ่งการสูดหายใจน้ำมันดังกล่าวจะทำลายเนื้อเยื่อของปอดได้ ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคปอดชนิดที่มีชื่อว่า severe lipoid pneumonia

แม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์อยู่บ้างแต่ก็จำกัดอยู่แต่เฉพาะว่าส่วนผสมทางเคมีของบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์มีส่วนประกอบอะไรบ้าง (Laugesen M, 2010) แต่ยังไม่มีการวิจัยอย่างเป็นระบบ (Etter J-F, 2010) เพื่อประเมินถึงความปลอดภัยหรืออันตรายของสารเคมีเหล่านี้ต่อเนื้อเยื่อของปอดเมื่อสูดหายใจสารเคมีเหล่านี้เป็นระยะเวลานาน

ศูนย์การประเมินสารเสพติด แผนกวิเคราะห์เวชภัณฑ์ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ทำการวิเคราะห์ของเหลวที่อยู่ในหลอดสำหรับใช้กับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์จำนวน 2 ตัวอย่างจาก 2 ยี่ห้อชั้นนำเพื่อตรวจสอบปริมาณของนิโคตินและสารประกอบอื่นๆ ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อมนุษย์ รวมถึงสารที่อาจจะก่อมะเร็งได้ (FDA, 2012) จากการวิเคราะห์ส่วนประกอบของเหลวที่ใช้กับบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ดังกล่าวพบว่ามีสารก่อมะเร็ง และสารที่ก่ออันตราย (toxic chemicals)

- ไดเอทิลีน ไกลคอล (diethylene glycol) ในหลอดหนึ่งอยู่ที่ระดับ 1% ซึ่งสารเคมีที่ใช้เป็นส่วนประกอบของสารต้านจุดเยือกแข็ง (anti-freeze) และเป็นสารพิษสำหรับมนุษย์ (Westenberger BJ, 2009)

- มีสารไนโตรซามีนที่เฉพาะสำหรับยาสูบ (tobacco-specific nitrosamines) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งสำหรับมนุษย์

- สารปนเปื้อนเฉพาะสำหรับยาสูบ (Tobacco-specific impurities) ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อมนุษย์ คือ anabasine, myosmine และ beta-nicotyrine มีอยู่ในตัวอย่างส่วนใหญ่
- แต่ละตัวอย่างให้ปริมาณนิโคตินไม่เท่ากัน ทั้ๆ ที่ฉลากบ่งชี้ข้อมูลอย่างเดียวกัน
- หลอดหนึ่งซึ่งมีปริมาณนิโคตินสูง ให้ปริมาณนิโคตินเป็นสองเท่าจากไอระเหยมากกว่าที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอนุญาตให้ใช้เป็นสิ่งที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่

4. ประสิทธิภาพในการเป็นนิโคตินทดแทนเพื่อการรักษา

รายงานข่าวจากประเทศสวิสเซอร์แลนด์เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม ค.ศ.2010 ว่า นักวิจัยของสวิสรายงานว่าผู้ที่ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์กล่าวว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ (Zezipa K, 2009) แต่อุปกรณ์ดังกล่าวไม่ได้มาตรฐาน (unreliable) (World Health Organization 2008; US Food and Drug Administration 2009)

นักวิจัยชื่อ Jean-Francois Etter จากมหาวิทยาลัยแห่งเจนีวาในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ กล่าวว่า การวิจัยดังกล่าวเป็นการสำรวจทั้งผู้ที่เคยใช้และผู้ที่ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์จำนวน 81 คน โดย 95% กล่าวว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีส่วนช่วยในการเลิกสูบบุหรี่อยู่บ้าง อย่างไรก็ตาม บางคนกล่าวว่ามีความกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่อาจเป็นพิษ (toxicity) และบางคนกล่าวว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ “มีคุณภาพต่ำ” “ไม่มีมาตรฐาน” และ “ล้มเหลวบ่อยๆ” (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2555)

ผู้ที่ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์หลายคนแสดงความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและสิ่งที่อาจเป็นพิษและเหตุใดจึงไม่มีการศึกษาวิจัยในความปลอดภัยและสารพิษ รวมทั้งตั้งคำถามเกี่ยวกับสถานะทางกฎหมายของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในอนาคตซึ่งอาจจะถูกห้ามจำหน่าย มีงานวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์น้อยมาก ซึ่งจำเป็นต้องมีงานวิจัยเกี่ยวกับอุปกรณ์นี้ถึงอันตราย ประสิทธิภาพและผลกระทบทางด้านสาธารณสุขของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (Cobb C et al, 2010)

การใช้นิโคตินทดแทนเพื่อการรักษา (Nicotine Replacement Therapy: NRT) เป็นสิ่งที่ช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (Stead LF, et al, 2010) แต่ยังไม่มีการนำมาใช้เท่าที่ควร (Mooney ME, et al, 2006) ดังนั้น เพื่อขยายและเผยแพร่

ความนิยมในการใช้นิโคตินทดแทนเพื่อการรักษาให้กว้างขวางขึ้น รูปแบบที่หลากหลายของการใช้นิโคตินทดแทนเพื่อการรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในปี ค.ศ. 2004 บริษัท Ruyan Group (Holdings) LTD ซึ่งจัดตั้งอยู่ที่กรุงปักกิ่ง ประเทศจีนทำการจดลิขสิทธิ์และผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เมื่อบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้รับการเผยแพร่ทั่วไป มีรายงานว่าผู้บริโภคซื้อผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายและลดการสูบบุหรี่ อีกทั้งเพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่และลดอาการข้างเคียงจากการเลิกสูบบุหรี่ หรือใช้ทดแทนการสูบบุหรี่ทั่วไป (Zezima K, 2009) แต่ความไม่บริสุทธิ์และมีสารปนเปื้อนในของเหลวที่อยู่ในผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นสิ่งที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีความกังวล (Westenberger BJ, 2009) เนื่องจากยังไม่มีผลการศึกษาวินิจฉัยเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ จึงมีงานวิจัยชิ้นหนึ่งเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์ 2 ตราสินค้า ที่มีสวามบรรจุ (cartridge) ปริมาณ 16 มิลลิกรัมของนิโคตินเหลว และผลของการวิจัยพบว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่สามารถส่งนิโคตินเข้าสู่ร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Eissenberg T, 2010; Bullen C, et al. 2010) โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์นิโคตินอื่นๆ ที่มีการควบคุม เช่น หมากฝรั่งนิโคติน และแผ่นแปะนิโคติน (Heishman S, & Henningfield J, 2000; Kleykamp et al, 2008) ดังนั้น บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และของเหลวที่มีนิโคตินผสม ควรจะต้องได้รับการประเมิน ได้รับการกำกับ และควบคุม ควรจะมีฉลากแจ้งรายละเอียดให้ตรงกับสิ่งที่บรรจุและผลของผลิตภัณฑ์ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่มีข้อมูลสนับสนุนคำกล่าวอ้างของผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ว่าสามารถช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ได้ องค์การอนามัยโลกเรียกร้องให้บริษัทต่างๆ ที่ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เลิกอ้างคุณสมบัติในการทดแทนนิโคตินเพื่อการรักษา (WHO, 2008; 2009)

5. งานวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (Breland A et al, 2005; Shiffman S et al, 2004; Thornley S et al, 2009)

หน่วยงานต่างๆ ด้านสาธารณสุขมีความกังวลว่า ความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (FDA, 2008; 2009) จะไม่คุ้มค่ากับประโยชน์ต่างๆ ที่จะได้รับจากบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัย หรือการศึกษาที่เพียงพอรองรับ (Flouris AD, Oikonomou DN, 2010) ที่จะให้ความมั่นใจ บางประเทศ เช่น บราซิล แคนาดา อูรุกวัย

สิงคโปร์ ออสเตรเลีย เดนมาร์ก สวิตเซอร์แลนด์ และตุรกี รัฐบาลมีคำสั่งห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์จนกว่าจะมีการศึกษาวิจัยที่ทำให้มั่นใจว่าไม่มีอันตราย (World Health Organization, 2009) แต่ประเทศจีนและนิวซีแลนด์อนุญาตให้จำหน่ายได้ (American-Legacy-Foundation, 2009; Etter JF, 2010; Laugesen M, 2010)

งานวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังไม่มีผลงานวิจัยตีพิมพ์เกี่ยวกับ ส่วนประกอบของสารเคมีของเสีย และผลกระทบต่อผลิตภัณฑ์ (emissions and effects of the products) เป็นหน้าที่ของผู้ผลิตที่จะต้องศึกษา วิจัย ถึงความปลอดภัยและ ประสิทธิภาพ (safety and efficacy) ของผลิตภัณฑ์ก่อนจะนำออกจำหน่ายแม้กระทั่งยา และอาหาร ผู้ผลิตต้องดำเนินการศึกษาวิจัยก่อนผลิตออกจำหน่าย แต่ผลิตภัณฑ์ บุหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ มีข้อมูลจากการวิจัยสนับสนุนน้อยมาก ถึงแม้หน่วยงานเครือข่าย ห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2004) อาจจะสามารถดำเนินการศึกษาวิจัยผลิตภัณฑ์ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้ แต่ผู้ผลิตเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการทดสอบผลิตภัณฑ์

ข้อมูลเบื้องต้นสนับสนุนความกังวลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา (US Food and Drug Administration: FDA) ได้ดำเนินการทดสอบเบื้องต้นพบว่าตราสินค้าและรุ่นต่างๆ ของ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ มีระดับนิโคตินที่แตกต่างกัน รวมทั้งสารก่อมะเร็งและสาร diethylene glycol “ซึ่งเป็นสารพิษต่อร่างกาย” (United States Food and Drug Administration, 2012) ข้อสรุปของ FDA คือ “กระบวนการควบคุมคุณภาพในการผลิต บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ไม่มีมาตรฐาน เพราะมีความแตกต่างกัน ทั้งสารที่เป็นส่วนประกอบ/ส่วนผสม และของเสีย (emissions) ที่เกิดขึ้น” (Henningfield JE, Zaatar GS. 2010.)

งานวิจัยชิ้นหนึ่ง (Bullen C et al, 2010) ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทใหญ่ที่ทำการตลาดให้กับ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ในขณะที่งานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูดซึมสารนิโคตินและการลดความอยาก (craving relief) ของผลิตภัณฑ์ บุหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ข้อจำกัด 2 อย่างที่น่าสังเกตของงานวิจัยดังกล่าว มีดังนี้

ประการแรก บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีเป็นร้อยตราสินค้า และหลายรูปแบบ (models) (นิทสัน ศิริโชติรัตน์ 2555) ที่มีข้อกล่าวอ้างหลากหลายว่า มีกระบวนการทำงานที่เป็นเอกลักษณ์ (unique modes of operation) ส่วนประกอบของสารเคมีและปริมาณของ

นิโคตินที่หลากหลาย ซึ่งดูเหมือนจะเสนอแนะว่ามีความแตกต่างจากการทดสอบในปัจจุบัน (Westenberger BJ, 2010)

ประการที่สอง การทดสอบระยะสั้นเหล่านี้ในห้องปฏิบัติการให้ข้อมูลพื้นฐานน้อยมากที่เกี่ยวกับการประเมินความปลอดภัยของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เมื่อใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะต้องใช้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันเป็นระยะเวลาหลายปี (Breland A et al, 2005)

ด้วยข้อจำกัดเหล่านี้ การศึกษาวิจัยให้ข้อมูลที่ตรงกันว่าการดูดซึมของนิโคตินไม่เหมือนกันไม่ได้เลียนแบบบุหรี่ การวิจัยของ Eissenberg ไม่พบการเพิ่มขึ้นของสารนิโคตินในพลาสมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์สองยี่ห้อ

งานวิจัยของ Bullen และทีมพบว่า มีระดับปริมาณนิโคตินสูงกว่าที่ Eissenberg บ่งชี้ แต่ก็ยังต่ำกว่าระดับของนิโคตินจากการสูบบุหรี่ และต่ำกว่าผลิตภัณฑ์ยาที่ใช้ในการทดแทนนิโคตินเพื่อการรักษา (Henningfield JE et al, et al. 2009) Bullen และคณะไม่พบว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ช่วยลดความอยากในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การวิจัยของทั้งสองทีมพบว่าผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ช่วยลดความอยากได้บ้าง (Sayette MA, et al. 2000; Hajek P, et al. 1989; Fagerstrom K, Furberg H. 2008)

ระดับที่ต่ำของนิโคตินในพลาสมา (เลือด) ไม่ได้แปลว่าปลอดภัยไม่ได้รับผลกระทบ แต่การโฆษณาไม่ตรงกับความเป็นจริง การสะสมของสารตกค้างในปอดแปรเปลี่ยนไปตามปัจจัยต่างๆ รวมทั้งความเข้มข้นของนิโคตินที่ถูกขับออกมา (emission) คุณลักษณะของอนุภาค (particles) และวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์ ดังนั้น จึงมีความแตกต่างกันระหว่างผลิตภัณฑ์และบริบท เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นถึงการสะสมตกค้างของนิโคตินและสารอื่นๆ ในปอด (Wayne FE et al, 2008) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทำปฏิกิริยาของสารเคมี (pharmacokinetics) และการศึกษาโดยภาพ (imaging studies) จึงมีความจำเป็นเหมือนอย่างเช่น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือ / อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยในการสูดหายใจเอาสารนิโคติน (medicinal nicotine inhaler) ซึ่งนำไปสู่ข้อสรุปว่าน้อยกว่า 5% ของนิโคตินที่สูดหายใจเข้าไปจะไปถึงปอด (Lunell E et al, 2000)

การพิจารณาถึงการสะสมของอนุภาคที่ถูกปล่อยออกมาจากบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ มีผลสำคัญต่อความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และการเสพติด ทั้งนี้เพราะผลของการเสพติดและปฏิกิริยาอื่นๆ (physiological effects) ของนิโคตินและสารพิษต่อปอด (lung intoxicants)

เช่น propylene glycol อาจเพิ่มขึ้นได้โดยการเข้าไปในส่วนลึกของปอด (deeper lung penetration) โอกาสในการใช้อย่างไม่เหมาะสม (abuse liability) ควรจะมีการประเมินโดยตรง เหมือนกับผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่ส่งนิโคตินเข้าสู่ร่างกาย (Carter LP et al, 2009; Schuster CR, Henningfield JE, 2003; United States Food and Drug Administration, 2010)

ผลิตภัณฑ์บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งทำให้ปริมาณนิโคตินในระดับที่ต่ำอาจจะอยู่ในฐานะผลิตภัณฑ์เริ่มต้นที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ที่ไม่ใช้ยาสูบ การให้นิโคตินด้วยตนเองโดยสูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ อาจจะเป็นการเริ่มต้นกระบวนการปรับระดับการได้รับนิโคตินเข้าสู่ร่างกาย (เหมือนกับที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อใช้ยาสูบสำหรับเคี้ยว ซึ่งอุตสาหกรรมยาสูบเรียกว่าผลิตภัณฑ์ “เริ่มต้น”) (Connolly GN, et al, 1986) ความเสี่ยงดังกล่าวอาจจะลดลง/ป้องกันได้และตรวจสอบโดยแนวทางด้านกฎ ระเบียบ เพื่อควบคุมที่เรียกว่า การจัดการความเสี่ยง ซึ่งมีความต้องการให้ดำเนินการเพิ่มมากขึ้นโดยหน่วยงานที่มีอำนาจควบคุม เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานการแพทย์แห่งยุโรป และกระทรวงสุขภาพของแคนาดา (Schuster CR et al, 2009)

ความสลับซับซ้อนที่เพิ่มมากขึ้นคือผลิตภัณฑ์บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ อาจจะทำให้เกิดระดับนิโคตินที่พุ่งขึ้นสูงอย่างรวดเร็ว (spiked) ด้วยนิโคตินน้ำที่ใช้เติมในหลอดบรรจุผลิตภัณฑ์นิโคตินน้ำที่ใช้เติมในบุหรี่ (นิทส์นั ซีริโซติร์ตัน 2555) อิเล็กทรอนิกส์ทำให้เกิดคำถามมากมายเกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิผล การทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์นิโคตินน้ำทางอินเทอร์เน็ตพบว่า มีความแตกต่างอย่างมาก ทั้งการกล่าวอ้างและคำเตือนและบางผลิตภัณฑ์ยอมรับว่ามีสารก่อมะเร็ง และอาจมีผลคือ นิโคตินเป็นพิษ (nicotine poisoning) บางตราสินค้าดูเหมือนจะมีปริมาณนิโคตินเพียงพอที่จะทำให้คนเสียชีวิตหลายคนแม้เพียงแค่นิโคตินน้ำหกรดบนผิวหนัง ดูเหมือนว่าเมื่อนิโคตินมีจุดประสงค์เพื่อใช้สำหรับการบริโภคโดยมนุษย์ มันควรจะถูกรักษาความปลอดภัยและประสิทธิผลเหมือนเวชภัณฑ์/ยา รวมทั้งมาตรฐานหีบห่อเพื่อป้องกันเด็กมาเปิด และฉลากคำเตือนเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากสารพิษ

ประเด็นหลักสำหรับบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อนำนิโคตินเข้าสู่ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อแทนที่การสูบบุหรี่ยังไม่มีข้อสรุป หรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์โดยผลิตภัณฑ์บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ใดๆ กล่าวอ้างเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อผู้ใช้บุหรี่

อิเล็กทรอนิกส์ และการได้รับควันบุหรี่มือสองยังไม่มีที่ยืนยัน ความสลับซับซ้อนที่เกี่ยวกับการประเมินความปลอดภัยคือความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์จะได้รับการประเมินส่วนใหญ่ในบริบทของการประเมินผลประโยชน์ต่อผลเสีย (benefit-to-risk assessment) และผลประโยชน์หลักที่กล่าวอ้างโดยผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังต้องการพิสูจน์

ประเด็นด้านสาธารณสุขอื่นๆ อีกมากมายที่อ้างโดยบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังไม่ได้ถูกกล่าวถึงในงานวิจัยของ Eissenberg และ Bullen และคณะ การห้ามสูบบุหรี่และการชี้แนะสนับสนุนเกี่ยวกับอากาศปลอดควันบุหรี่ถูกรวบรวมให้สนับสนุนบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่อ้างในการทำการตลาดว่าของเสียที่จะถูกพ่นออกมา (emissions) ไม่มีอันตรายและควรได้รับการยกเว้นจากข้อจำกัด/กฎระเบียบต่างๆ

ผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์รายหนึ่งประกาศว่า “ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เหล่านี้นำเสนอโอกาสใหม่แก่ร้านค้าปลีก บาร์ ภัตตาคาร และธุรกิจอื่นๆ ให้ได้รับผลประโยชน์จากกฎใหม่ในการห้ามสูบบุหรี่” (Ruyan 2010) การส่งเสริมการขายเช่นนี้เป็น การบ่อนทำลายผลประโยชน์ต่างๆ ของกฎหมายอากาศปลอดควันพิษ ในการโน้มน้าวใจให้เลิกสูบบุหรี่ และการช่วยเหลือผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วให้หลีกเลี่ยงการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (relapse) ยิ่งไปกว่านั้น บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ผลิตของเสีย (emissions) ซึ่งมองเห็นได้และมีกลิ่น อาจจะมีนิโคติน propylene glycol และสารก่อมะเร็งที่มีอยู่ในของเหลวที่สกัดจากยาสูบรวมทั้งสารอื่นๆ อีกมากมาย แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบของสารที่ถูกปล่อยออกมา นี่คือเหตุผลว่าทำไมองค์การอนามัยโลกเสนอแนะว่าการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะควรจะอยู่ในกรอบของกฎ ระเบียบ เช่นเดียวกับที่ใช้ในการลดควันบุหรี่มือสอง ภายใต้มาตรา 8 ของกรอบอนุสัญญาฯ (World Health Organization-FCTC, 2005)

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ทำให้เกิดคำถามอีกมากมาย คำกล่าวอ้าง และคำขยายความ (descriptors) เช่น “ไม่มีน้ำมันดิน” และ “ไม่มีควันบุหรี่มือสอง” ควรจะได้รับอนุญาตให้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ใช้หรือไม่ ซึ่งมีการปล่อยของเสีย รวมทั้งมีสารก่อมะเร็งที่มีอยู่ใน “น้ำมันดิน” (tar) สารที่เป็นพิษต่อปอด เช่น propylene glycol และนิโคติน

คำกล่าวที่ว่า propylene glycol เป็นสารเสริมอาหาร (food additive) ที่ปลอดภัย ควรได้รับอนุญาตหรือไม่ เมื่อเป็นสารพิษจากการสูดหายใจ หรือโดนผิวหนัง (Henningfield JE, Zaatari GS 2010) ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ควรจะเป็นตัวอย่างของสิ่งที่จะส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่หรือไม่ (Henningfield JE, et al, 2009)

ถึงแม้จะมีความพยายามที่จะควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์บุหรี่ยีหรืออิเล็กทรอนิกส์ แต่ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ยังมีการขายอย่างกว้างขวางไปทั่วโลกโดยผ่านทางอินเทอร์เน็ต และในร้านค้าปลีกทั่วไปในประเทศต่างๆ การที่ศาลในประเทศสหรัฐอเมริกาสั่งห้ามสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ไม่ให้ออกกฎหมายให้นำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรี่ยีหรืออิเล็กทรอนิกส์ ทำให้เกิดความสับสนซับซ้อนมากยิ่งขึ้นในการที่จะควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่ยีหรืออิเล็กทรอนิกส์ แต่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีกฎระเบียบอีก นอกเหนือจากอำนาจหน้าที่ในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (US Food and Drug Administration, 2010; Wellscheid KA, Kremzner ME, 2009)

การศึกษาวิจัยที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงการประเมินเบื้องต้นโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นขั้นตอนที่เป็นไปในทิศทางของรากฐานทางวิทยาศาสตร์ที่กำลังเกิดใหม่ (emerging) อย่างไรก็ตาม ยังมีความต้องการงานวิจัยที่จำเป็นอีกมาก นักวิจัยชื่อ J. Henningfield และ G. Zaatari เสนอแนะว่า จะต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อพิจารณารูปแบบและทิศทางในการตลาด การขาย การใช้ และผลที่เกิดขึ้น ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพควรจะได้รับแจ้งให้ทราบสำหรับโรคทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ยีหรืออิเล็กทรอนิกส์ และควรรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ในขณะที่ผู้ผลิตและผู้ค้าปลีกจะต้องมีหลักฐานที่จะอธิบายถึงการใช้อย่างเหมาะสม การได้รับสิ่งที่ถูกขับออกมา (emissions) และความปลอดภัยของบุหรี่ยีหรืออิเล็กทรอนิกส์ นอกจากนี้ หน่วยงานที่ควบคุม กำกับ ดูแล ควรจะยืนยันความถูกต้อง (accuracy) แม่นยำของหลักฐานก่อนจะอนุญาตให้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ทำการตลาดและการจำหน่าย

ในการวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ยีหรืออิเล็กทรอนิกส์ ผู้ผลิตบุหรี่ยีหรืออิเล็กทรอนิกส์ ทำการตลาดว่าเป็นเครื่องมือบำบัดนิโคติน (และสารอื่นๆ) เข้าสู่ร่างกายโดยการสูดหายใจเข้า ผู้สูบบุหรี่บางคนรายงานว่าใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์นี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation aid) ไม่ว่าจะจำหน่ายเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเครื่องมือบำบัดเข้าสู่ร่างกาย ผลิตภัณฑ์เหล่านี้จำเป็นต้องถูกควบคุมกำกับ ซึ่งตลอดเวลาที่ผ่านมาในประเทศและรัฐต่างๆ มีการใช้กฎระเบียบต่างๆ ที่หลากหลาย ตั้งแต่ไม่มีกฎระเบียบใดๆ ในการควบคุมจนถึงการห้ามอย่างสิ้นเชิง (complete bans) (Etter J-F et al., 2011)

หลักการพื้นฐานของกฎระเบียบในการควบคุมผลิตภัณฑ์นี้ไม่มีเกณฑ์อะไรที่แน่นอน ดังนั้น ควรมีการวิจัยต่างๆ ที่จะพิสูจน์ให้เกิดความมั่นใจต่อการตัดสินใจของผู้

กำหนดนโยบาย กฎ ระเบียบ นอกจากนี้ หลักฐานจากการวิจัยจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในกลุ่มวิชาชีพผู้ให้บริการทางสุขภาพและในกลุ่มผู้บริโภค อย่างไรก็ตามมีข้อมูลจากการวิจัยน้อยมากเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เหล่านี้ รวมทั้งความปลอดภัยของอุปกรณ์ ความเสียหายที่เกิดจากการใช้ที่เหมาะสม และประสิทธิผลสำหรับการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ดังนั้น คณะผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์วิจัยอย่างครอบคลุมตั้งแต่วิทยาศาสตร์พื้นฐานไปจนถึงสาธารณสุข ขอเสนอลำดับความสำคัญของงานวิจัยสำหรับงานวิจัยที่ไม่ใช่ด้านคลินิก งานวิจัยคลินิก และงานวิจัยด้านสาธารณสุข

ข้อสรุปของทีมวิจัยคือ ความสำคัญลำดับแรกต้องตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เหล่านี้ รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ในระยะยาว ถ้าหากผลิตภัณฑ์เหล่านี้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าปลอดภัย สิ่งต่อมาที่จะต้องพิสูจน์คือ ประสิทธิภาพในการเป็นอุปกรณ์ช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งต้องมีการออกแบบการวิจัยที่เหมาะสม ถ้าหากยังไม่มี การศึกษาวิจัยเหล่านี้ แต่มีการทำการตลาดอย่างต่อเนื่อง เท่ากับเป็นการทดลองที่ไม่มีการควบคุม และผลที่ได้เป็นการประเมินอย่างหยาบซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของผู้บริโภค

ข้อเสนอแนะงานวิจัยเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บุหรี่หรือเลิกทอริกส์ มีดังต่อไปนี้

1. งานศึกษาวิจัยที่ไม่ใช่ทางด้านคลินิก

- ส่วนประกอบ (composition) ของของเหลวที่ใช้เติม (refill) ในบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์
- ส่วนประกอบของไอระเหย (vapour)
- คุณภาพของผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ คำอธิบายของความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ และการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์เมื่อเวลาผ่านไป

การวิจัยโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ 2 ยี่ห้อที่มีสารก่อมะเร็งคือไนโตรซามีน มีเฉพาะในใบยาสูบ (tobacco specific nitrosamine: TSNA) และมีสารพิษคือ ไดเอทิลีน ไกลคอล (diethylene glycol)

ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ติดฉลากที่ไม่ชัดเจน และไม่มีฉลากคำเตือนเกี่ยวกับความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ดังนั้น ควรมีการประเมินมาตรฐานการผลิตเพื่อพัฒนาคุณภาพของผลิตภัณฑ์ และเพื่อลดสารปนเปื้อนที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

2. งานวิจัยในสัตว์ทดลอง

- ผลกระทบต่างๆ ทางด้านเภสัชเคมี (pharmacodynamics, pharmacokinetics) และการเกิดสารพิษ (toxicokinetics)
- พิษวิทยา (toxicology) การเกิดสารก่อมะเร็ง (carcinogenicity)
- ผลกระทบระยะยาว (long-term exposure)

3. การศึกษาวิจัยทางคลินิกการสะสมของหยดของเหลว (deposition of droplets) ผลกระทบจากนิโคตินโพรไพลีน ไกลคอล (propylene glycol) และสารปรุงรส

- ผลกระทบทางเภสัชเคมี พิษวิทยา การเกิดสารก่อมะเร็ง และการติดเชื้อ (infectivity)
 - ความยาก-ง่าย ในการเสพติด (addictive potential) ผลเสียจากการใช้อย่างไม่เหมาะสม (abuse liability) ความเสี่ยงจากการใช้ขวดสำหรับเติมนิโคติน
 - ขนาดของปริมาณ (dosage) ระยะเวลาในการใช้ (duration) เหตุผลต่างๆ ในการใช้ การเปลี่ยนตราสินค้า (brand switching)
 - ขนาดของปริมาณที่เหมาะสม (optimal dosage) ความถี่ของปริมาณการใช้ (dosage regimen) ประสิทธิภาพ ผลกระทบของผู้ใช้ อุปกรณ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์
 - ผลต่ออาการถอนตัวจากยาสูบ (effect on tobacco withdrawal symptoms) ผลเสียที่เกิดขึ้น (adverse effects)
 - ประสิทธิภาพต่อพฤติกรรมกาสูบหรือ (การเลิกสูบและการลดปริมาณ – cessation and reduction) การเปรียบเทียบกับ การรักษาโดยใช้นิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy)
 - ประสิทธิภาพ หรือผลต่อการใช้ยาอื่นๆ (efficacy for administering other medications) ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์จะต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงทางด้านสุขภาพและความปลอดภัย โดยเฉพาะในขวดบรรจุนิโคตินเหลว ซึ่งอาจจะมีปริมาณของนิโคตินที่ทำให้เสียชีวิตได้ อย่างน้อยที่สุดต้องมีการประเมินผลกระทบทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการเข้าถึงผลิตภัณฑ์อย่างง่ายดาย และมีการปรุงแต่งรสที่หลากหลาย
- สารโพรไพลีน ไกลคอล ที่มีปริมาณมากเกินไปขนาดจะทำให้เสียชีวิตได้จากสภาวะ lactic acidosis การดูดซึมไอระเหยเข้าสู่ปอดยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่แน่ชัดเกี่ยวกับขนาด

ของไอระเหย (droplet size) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ ปริมาณของนิโคติน (nicotine dosing) และความเสี่ยงทางสุขภาพจากการใช้อย่างไม่เหมาะสม (abuse liability) ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาวิจัย

4. การศึกษาวิจัยด้านสาธารณสุข

- การใช้ในกลุ่มประชากรกลุ่มย่อยต่างๆ (prevalence of use in population subgroups)
- รูปแบบการใช้ (utilization patterns) ระยะเวลา ยี่ห้อที่เลือกใช้ (preferred brands) และความพึงพอใจของผู้ใช้ (satisfaction of users)
- ใช้ร่วมกับสารเสพติดหรือยาอื่นๆ (use to administer illicit drugs or medications)
- การติดตามเฝ้าระวัง (surveillance) การตรวจสอบติดตามอย่างใกล้ชิด ด้านมิติด้านเภสัชเคมี (pharmacovigilance) ข้อมูลการจำหน่าย (sales data)
- ผลกระทบจากการหายใจออก (effects of exhaled 'secondhand' vapour) การเกิดอหิวาต์และไอระเหยเนื่องจากสูบน้อยลง
- ผลจากการผลิตที่มีมาตรฐานดีต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์
- การศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ ความคุ้มค่า คำนวณผลกระทบต่อต้นทุนในการให้บริการด้านสุขภาพ (impact on healthcare costs)
- ผลกระทบต่อความพยายามเลิกบุหรี่ (impact on prevalences of quit attempts) อัตราการเลิกและการสูบบุหรี่ในประชากร
- การวิเคราะห์นโยบาย (policy analysis) ประสิทธิภาพและผลกระทบต่อกฎระเบียบ (efficacy and impact of regulations) การสำรวจความคิดเห็นสาธารณะ (public opinion surveys)

ความปลอดภัย การเกิดเป็นพิษ (toxicity) และประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ขึ้นอยู่กับการใช้ผลิตภัณฑ์อย่างไร บ่อยครั้ง มาก น้อย ขนาดไหน ทำยที่สุด การศึกษาด้านเภสัชศาสตร์จะต้องประเมินความคุ้มค่าต้นทุนของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้นิโคตินทดแทนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ และประเมินผลกระทบต่อรายจ่ายบุหรี่ รวมทั้งต้นทุนของการให้บริการทางสุขภาพ (health care costs)

โดยสรุป ยังมีคำถามอีกมากมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ความสำคัญลำดับต้นๆ คือความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เมื่อใช้ในระยะเวลา และถ้าหากพิสูจน์แล้วว่ามีความปลอดภัย ประสิทธิภาพของการช่วยเลิกการสูบบุหรี่ ควรจะต้องมีการทดสอบด้วยการวิจัยที่มีระเบียบวิธีออกแบบอย่างเหมาะสมทางคลินิก

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการพัฒนาทรัพยากรและกรอบแนวคิดทางด้านกฎหมายเพื่อพิสูจน์ความปลอดภัยและประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งการดำเนินการพิสูจน์ถึงความปลอดภัยควรจะมีการดำเนินการก่อนการทำการตลาด

เนื่องจากผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น กลุ่มนักวิทยาศาสตร์หลายกลุ่มได้ทำการศึกษาวัยผลิตภัณฑ์ดังกล่าว บางกลุ่มวิเคราะห์ถึงผลกระทบต่อสุขภาพของการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ อัตราความสำเร็จของผลิตภัณฑ์ต่อการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

ทีมวิชาการทีมหนึ่งจากมหาวิทยาลัยวอชิงตันในรัฐมิสซูรี (Missouri) ตีพิมพ์รายงานในเดือนเมษายน ค.ศ. 2011 ในวารสารวิจัยนิโคตินและยาสูบ (Journal of Nicotine and Tobacco Research) การศึกษานี้รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ “สูบ” บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับทางเลือกในการสูบบุหรี่ ข้อมูลบางอย่างที่ได้รับคือ คนชอบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เพราะว่าความเพลิดเพลินที่ได้รับซึ่งเกือบเหมือนกับบุหรี่ยธรรมดา ผู้ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์รายงานว่า ประสาทสัมผัสที่รับรสชาติและกลิ่น กลับคืนมาหลังจากใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ อีกทั้งคุณภาพของการหายใจดีขึ้นมาก (Research on Electronic Cigarette Still Ongoing, 2011)

Jean-Francois Etter เป็นนักวิจัยผู้ทำงานเป็นที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลก และได้ตีพิมพ์รายงานการวิจัยหลายชิ้นเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และประสิทธิผลในการเป็นเครื่องมือสำหรับการเลิกสูบบุหรี่ งานบางชิ้นของเขาสนับสนุนข้ออ้างของผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในการช่วยลดความอยากสูบบุหรี่ และบางคนประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ข้อสังเกตอื่นๆ พบว่าผู้คนที่ชอบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เพราะว่าราคาถูกกว่า ส่งกลิ่นน้อยกว่า และช่วยให้สุขภาพทางการหายใจดีขึ้น

แม้กระทั่งพฤติกรรมของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตต่อบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ถูกติดตามโดยกลุ่มวิจัย (monitored) วารสาร American Journal of Preventive Medicine ตีพิมพ์เมื่อต้นปี ค.ศ. 2011 เกี่ยวกับการสอบถามและค้นหาทางเว็บไซต์ที่เกิดเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นจำนวนมากในสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลีย เป็นช่วงระยะเวลาอันยาวนาน ทั้งนี้เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายการห้ามสูบบุหรี่ในหลายประเทศ และความจำเป็นสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการหาทางเลือกอื่น ๆ การศึกษาวิจัยนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ที่สูงของการสืบค้นทางเว็บไซต์ที่เกิดเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์จากผู้ที่ต้องการซื้อผลิตภัณฑ์ การค้นหาอื่น ๆ เกี่ยวกับประโยชน์ของผลิตภัณฑ์และเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ๆ เช่น แผ่นนิโคตินสำหรับแปะ และหมากฝรั่งนิโคติน

6. ธุรกิจและการตลาดของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

นักธุรกิจชื่อ Greg Carson ได้รับเครดิตด้วยการนำเสนอไอระเหยส่วนตัวและบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (personal vaporizers and e-cigs) แก่โลกตะวันตกหลังจากที่บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ประสบความสำเร็จในเอเชีย ในปี ค.ศ. 2006 บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มาถึงทวีปยุโรปและได้รับความนิยมอย่างรวดเร็วในประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศอื่น ๆ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นที่นิยมเป็นอย่างมากจนกระทั่งรัฐสภาอังกฤษออกกฎหมายอนุญาตให้สูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในสถานที่สาธารณะได้อย่างถูกกฎหมาย

ในระยะไม่กี่ปีที่ผ่านมา บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีจำหน่ายในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยผ่านทางออนไลน์ และร้านจำหน่าย การประสบความสำเร็จอย่างมากในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ดังกล่าวทางเว็บไซต์ ซึ่งมาจากการได้ทราบจากปากต่อปาก และการยอมรับอย่างกว้างขวางของดารา นักร้อง หรือผู้มีชื่อเสียงในสังคม ทำให้ได้รับความนิยมอย่างรวดเร็วในประเทศสหรัฐอเมริกา

กลยุทธ์ทางการตลาดที่ต่างออกไปจากเดิมในการทำการตลาดของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ มีข้อสังเกตดังต่อไปนี้ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2555)

1. การตลาดของบุหรี่ยุคใหม่ผ่านเครือข่ายการสื่อสารเว็บไซต์และสมาร์ทโฟน และสื่อโซเชียลมีเดียที่เรียกว่า e-cigarette Network ซึ่งผู้ใช้สินค้าสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้สูบบุหรี่รายอื่น ๆ ได้ และสามารถส่งข่าวให้ทราบว่าผู้สูบบุหรี่ตราสินค้าเดียวกันภายในรัศมี 50 ฟุตจากที่อยู่ของผู้ที่ค้นหาข้อมูล

2. รูปแบบของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ หรือ อี-ซิการ์เรต (e-cigarettes) มีการพัฒนา รูปแบบใหม่ๆ ที่ดูดีขึ้นกว่าเดิม ในราคาประมาณ 80 ดอลลาร์ต่อ 5 มวนพร้อมเครื่องชาร์จ ไฟ

3. ในอนาคตผู้ประกอบการบางรายมีแผนการในการจำหน่ายและทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของลูกค้าแต่ละรายทาง สมาร์ทโฟนเพื่อทำหน้าที่ติดตามการสูบบุหรี่ของตนและสามารถเสนอเป็นรายงานต่อ แพทย์ของลูกค้าได้หากมีความต้องการ

4. บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ หรือ อี-ซิการ์เรต ปรับภาพลักษณ์เป็นสินค้าที่มีคุณค่ามากขึ้น ในด้านของสุขภาพ ราคาไม่แพงเพราะใช้ซ้ำได้และไม่พ่นควันที่ทำให้ผู้คนรอบข้าง รังเกียจ แต่ยังมีรูปร่างเหมือนบุหรี่แบบเดิม

เมื่อปีค.ศ. 2009 สมาคมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ก่อตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นกระบอกเสียง สำหรับอุตสาหกรรมยาสูบอิเล็กทรอนิกส์โดยมีสำนักงานใหญ่อยู่ที่กรุงวอชิงตัน ดี ซี สมาคมธุรกิจนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบอิเล็กทรอนิกส์และเงิน บริจาค โดยมุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ การตอบคำถาม และการให้ข้อมูลที่ เกี่ยวเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (The Electronic Cigarette Association, 2012)

พันธกิจของสมาคมคือการเป็นกระบอกเสียงให้แก่องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเครื่องมือที่จำเป็นแก่สื่อมวลชน ผู้ กำหนดนโยบาย และผู้นำทางความคิดเห็นในประเทศสหรัฐอเมริกา สมาคมมีเป้าประสงค์ ในการวางมาตรฐาน และกฎระเบียบในทางปฏิบัติแก่อุตสาหกรรมยาสูบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่ง จะให้ความรู้และความมั่นใจแก่สาธารณชน และผู้ร่างกฎหมายในทุกระดับของรัฐบาล เกี่ยวกับการใช้และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

จุดมุ่งหมายของสมาคมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในการให้ข้อมูลคือ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ปลอดภัยและราคาถูกกว่าบุหรี่ทั่วไป วิธีการดำเนินการเพื่อเผยแพร่ข้อมูลคือ สมาคมบุหรื อีอิเล็กทรอนิกส์เชื้ออำนาจให้ผู้สูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้แบ่งปันประสบการณ์ด้วยการเล่าสู่ กันฟัง

ในประเทศสหรัฐอเมริกา บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นผลิตภัณฑ์ที่ถูกกฎหมาย แต่ ขึ้นอยู่กับกฎหมายของมลรัฐต่างๆ ด้วย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแพ้คดีใน ศาลเมื่อเดือนมกราคมปี ค.ศ. 2010 ที่พยายามจะนำผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ให้อยู่

ภายใต้การควบคุม กำกับ ของกฎหมาย อาหาร ยา และเครื่องสำอาง(Food, Drug, and Cosmetic Act: FDCA) ในเดือนกันยายนปี ค.ศ. 2010 สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยาอุทธรณ์ และประกาศว่าจะเริ่มควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ บนพื้นฐานของ ยาและเครื่องมือการให้ยาเข้าสู่ร่างกาย (FDA News & Events, 2010) สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยาเริ่มดำเนินการต่อ 5 บริษัทในอเมริกา 'เนื่องจากละเมิด กฎหมาย อาหาร ยาและเครื่องสำอาง ของรัฐบาลกลาง รวมทั้งการกล่าวอ้างที่ไม่มีข้อมูล สนับสนุน และการผลิตที่ไม่มีมาตรฐาน' วันที่ 7 ธันวาคม ค.ศ. 2010 ศาลอุทธรณ์ตัดสิน เป็นเอกฉันท์ 3-0 ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแพ้ ทำให้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ สามารถทำการตลาดได้

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์หาซื้อไม่ได้ง่ายนักในสหรัฐอเมริกาจนกระทั่งปลายปี ค.ศ. 2006 ในปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์หลายล้านคนทั่วโลก และผู้สูบบุหรี่ใหม่เป็นหมื่น คนทุกสัปดาห์ ดังนั้น เมื่อวันที่ 25 เมษายน ค.ศ. 2011 สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยาควบคุมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบแทนที่จะควบคุมด้วยกฎระเบียบที่ เข้มงวดกว่าสำหรับเครื่องมือการให้ยาเข้าสู่ร่างกาย

ในเดือนเมษายน ค.ศ. 2006 บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ถูกนำมาที่ยุโรปและเปิดตัวอย่างเป็นทางการที่ 'RUYAN' Overseas Promotion Conferenceประเทศออสเตรเลีย (Ruyan official website, 2012) ในปี ค.ศ. 2007 สำนักข่าว Reuters ได้ไปเยี่ยมชม SBT RUYAN ที่ กรุงปักกิ่ง ซึ่งทำให้สื่อสารมวลชนสนใจในเทคโนโลยีนี้ ในเดือนตุลาคมปี ค.ศ. 2009 ตามการประมาณการของ Matt Salmon ประธานของสมาคมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่เพิ่ง ก่อตั้ง มีผู้ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ 300,000 คน (Scherer R. 2009.)

John Kroger อัยการของรัฐโอเรกอน ยื่นฟ้องบริษัท Smoking Everywhere โดย กล่าวหาว่าบริษัทผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ กล่าวอ้างคุณประโยชน์ทางสุขภาพซึ่งไม่เป็น ความจริง และมุ่งโฆษณาไปยังกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยทำรสชาติหวานสำหรับบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ เช่น รสหมากฝรั่ง รสช็อกโกแลต และรสคุกกี้และครีม (นิทส์นั ซีริโซติวัลด์ 2555)

โอเรกอนเป็นเพียงรัฐเดียวที่ดำเนินการฟ้องร้องทางกฎหมายกับบริษัทที่นำเข้า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และร้านค้าปลีก และเมื่อไม่นานมานี้รัฐโอเรกอนได้ขอยุติและทำความ ตกลงกับสามบริษัทค้าปลีกไม่ให้ขายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในรัฐโอเรกอนจนกว่าจะได้

มาตรฐานตามที่รัฐและรัฐบาลกลางกำหนด นอกจากนี้ รัฐโอเรกอนยังทำความตกลงกับ บริษัทบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ Sottera, Inc. ซึ่งเป็นผู้จัดจำหน่าย NJOY โดยห้ามไม่ให้ทำ ธุรกิจของรัฐโอเรกอนจนกว่ามาตรฐานในระดับท้องถิ่นและระดับชาติจะเป็นที่ยอมรับโดย บริษัทบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

บริษัท Smoking Everywhere ไม่ได้ดำเนินการขออนุญาตจากสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา โดยมองเห็นช่องโหว่ทางกฎหมายที่ยอมให้ขายผลิตภัณฑ์ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้ ตราบใดที่ไม่ได้ทำการตลาดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ แต่บุหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ไม่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ในปี ค.ศ. 2009 มีการสำรวจทางอินเทอร์เน็ต ผู้เคยใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์จำนวน 81 ราย เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และความคิดเห็น ทั้งนี้ เพราะมีข้อมูลน้อยมากเกี่ยวกับผู้ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ หรือความคิดเห็น ความพึงพอใจ หรือเหตุใดเขาจึงใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และใช้อย่างไร (Etter J-F, 2010) ผลการสำรวจ พบว่า มี 73 คนที่เป็นผู้ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์อยู่ในปัจจุบัน และ 8 คนเป็นผู้ที่เคยใช้บุหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ ผู้ตอบแบบสอบถามอาศัยอยู่ในประเทศ ฝรั่งเศส แคนาดา เบลเยียม และ สวิสเซอร์แลนด์ จำนวน 3 ใน 4 ของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ชาย โดยผู้ตอบ แบบสอบถามใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เพื่อเลิกสูบบุหรี่ เพื่อลดการบริโภคยาสูบ ทั้งนี้เพื่อให้ ครอบคลุมผู้อื่น หรือใช้ในสถานที่ปลอดบุหรี่

ผลทางบวกในการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์คือ ใช้เพื่อเลิกสูบบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้รับ จากการเลิกสูบบุหรี่คือ ใจน้อยลง การหายใจดีขึ้น ความฟิตของร่างกายดีขึ้น ผลข้างเคียงคือ ปากและคอแห้ง ผู้ตอบแบบสอบถามบ่นเกี่ยวกับปัญหาความบกพร่องของบุหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ทำงาน หรือชดช้อย่อยๆ และมีความกังวลเกี่ยวกับสารพิษจากบุหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ และสถานภาพทางกฎหมายในอนาคต แต่ผู้ตอบแบบสอบถามหลายคนมี ความกังวลเกี่ยวกับสารพิษ มีงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์น้อยมาก และ จำเป็นต้องมียานวิจัยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเกี่ยวกับประสิทธิผลและสารพิษจาก ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

ในระยะสองทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลและกลุ่มต่อต้านการสูบบุหรี่เผยแพร่ข้อมูล หลักฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ว่าอันตรายทางสุขภาพของการสูบบุหรี่มีมากเพียงใด

ผู้สูบบุหรี่ต้องเผชิญกับข้อเท็จจริงเหล่านี้ ทำให้บางคนเลิกสูบบุหรี่ บางคนลดการสูบบุหรี่ และหลายคนเปลี่ยนมาสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์แทน (นิทส์นั ศิริโชติรัตน์ 2555)

ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ออกสู่ตลาดในปี ค.ศ. 2005 และได้รับความนิยมอย่างรวดเร็ว เนื่องจากสามารถสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้ทุกหนทุกแห่ง เนื่องจากบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่มีกลิ่น หรือควัน ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์สามารถสูบบุหรี่ดังกล่าวได้ในบาร์ ร้านอาหาร โรงภาพยนตร์ และทุกหนทุกแห่งที่มีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ปกติ บริษัทผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทางอินเทอร์เน็ต บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ปกติ ทำให้ประหยัดเงินนับพันเหรียญดอลลาร์สหรัฐในแต่ละปี บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นที่นิยมมากขึ้นทุกวัน และด้วยเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าจึงมั่นใจได้ว่าผู้สูบบุหรี่จะหันมาสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น

7. มาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในต่างประเทศ

เนื่องจากการเป็นนวัตกรรมใหม่ทางเทคโนโลยี ความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายควบคุมยาสูบและนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับเวชภัณฑ์ กฎหมายควบคุมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และการทดสอบต่างๆ ทางด้านสาธารณสุขทำให้หลายประเทศชะลอการออกกฎหมาย ในสหภาพยุโรปมีกฎระเบียบเกี่ยวกับความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ แต่บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังไม่ถูกกำหนดว่าเป็นเครื่องมือ / เวชภัณฑ์ ทางกายภาพหรือไม่ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศว่าจะพิจารณาข้ออ้างการใช้งานของผลิตภัณฑ์อย่างไร (นิทส์นั ศิริโชติรัตน์ 2555) เนื่องจากความแตกต่างกันของประเทศสมาชิกในสหภาพยุโรป จึงมีกฎ ระเบียบที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ดังต่อไปนี้

ในประเทศเดนมาร์ก หน่วยงาน Danish Medicines Agency กำหนดให้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ซึ่งมี นิโคตินเป็นผลิตภัณฑ์ทางยา ดังนั้น จำเป็นจะต้องมีการได้รับอนุญาตก่อนที่ผลิตภัณฑ์นั้นจะเข้าสู่ตลาดและจำหน่ายได้ แต่ยังไม่มีการอนุญาตในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม หน่วยงานด้านการแพทย์แห่งนี้ได้กำหนดว่า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ได้นำนิโคตินเข้าสู่ร่างกาย และไม่ได้ใช้เพื่อการป้องกันและรักษาโรค ไม่ใช่เครื่องมือทางการแพทย์ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่ได้ถูกห้ามในสนามบินโคเปนเฮเกน แต่สายการบินสแกนดิเนเวียนห้ามสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์บนเครื่อง

ในประเทศฟินแลนด์ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีนิโคตินในหลอดบรรจุ (nicotine-free cartridge) ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายได้ หลอดบรรจุที่มีนิโคตินถูกห้ามจำหน่ายในปัจจุบันเพราะนิโคตินเป็นยาที่จะต้องมีใบสั่งแพทย์ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลฟินแลนด์อนุญาตให้นำเข้ามาจากประเทศอื่นเพื่อใช้ส่วนตัวได้ แต่ต้องมีนิโคตินน้อยกว่า 10 มิลลิกรัมในหลอดบรรจุ และ e-liquid ที่มีนิโคตินน้อยกว่า 0.42 กรัมต่อขวด ถ้าหากมีปริมาณนิโคตินมากกว่าที่กำหนด จะต้องมีใบสั่งจากแพทย์ชาวฟินแลนด์ นอกจากนี้สามารถนำปริมาณที่ใช้สำหรับส่วนตัวได้เป็นเวลา 1 ปี ถ้าเดินทางมาจากประเทศในเขต European Economic Area แต่ถ้าหากมาจากนอกเขต European Economic Area สามารถนำเข้าในปริมาณที่ใช้ส่วนตัวได้เป็นเวลา 3 เดือน ทั้งนี้ สามารถส่งซื้อทางไปรษณีย์จากประเทศในเขต European Economic Area

ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ กระทรวงสาธารณสุขประกาศเตือนว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์อาจจะมีอันตรายต่อระบบทางเดินโลหิตหัวใจ ระบบของตับ และระบบของไต อย่างไรก็ตาม บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้รับอนุญาตให้ขายทางอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ที่มีอายุอย่างน้อย 18 ปี

ในประเทศฮอลแลนด์ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์อนุญาตให้จำหน่ายได้ แต่ห้ามโฆษณาขึ้นอยู่กับกฎการเปลี่ยนแปลงกฎหมายของสหภาพยุโรป

ในประเทศนอร์เวย์ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และนิโคตินได้รับอนุญาตให้นำเข้ามาจากประเทศในเขต European Economic Area เพื่อใช้ส่วนตัวได้

ในประเทศสวีเดน ใ้กฎ ระเบียบเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เหมือนในเดนมาร์ก นอร์เวย์ และฟินแลนด์ คือ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และหลอดบรรจุที่ปราศจากนิโคตินได้รับอนุญาตให้จำหน่ายได้ แต่ห้ามจำหน่ายหลอดบรรจุที่มีนิโคติน ขึ้นอยู่กับกฎการเปลี่ยนแปลงกฎหมายของสหภาพยุโรป

ในประเทศอังกฤษ การใช้และจำหน่ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย และมีขายในผับหลายแห่ง และสามารถสูบได้ในตัวอาคาร

ในประเทศออสเตรเลีย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่านิโคตินเป็นสารพิษ เว้นแต่ใช้ในการรักษาด้วยการทดแทน หรือที่มีอยู่ในบุหรี่

ในประเทศบราซิล การจำหน่าย การนำเข้า และการโฆษณาบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ผิดกฎหมาย หน่วยงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพ Anvisa พบว่าการประเมินเกี่ยวกับ

ความปลอดภัยด้านสุขภาพของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังไม่เป็นที่พอใจสำหรับการจำหน่ายเชิงพาณิชย์

ในประเทศแคนาดา จนถึงเมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2009 การนำเข้า การจำหน่าย และการโฆษณาบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นสิ่งผิดกฎหมาย ยกเว้นบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่ปราศจากนิโคติน (Health Canada, 2012)

ในประเทศจีน บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นสิ่งผิดกฎหมาย แต่ราคามันที่ปกติถูกกว่ามาก

ในประเทศนิวซีแลนด์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์อยู่ภายใต้กฎหมายเวชภัณฑ์ยา ไม่สามารถขายได้นอกจากจะอยู่ในบัญชียา บริษัท Ruyan จึงลงทะเบียนขึ้นบัญชียาและจำหน่ายในร้านขายยา (Health New Zealand, 2012)

ในประเทศปานามา การนำเข้า การจัดจำหน่าย และการขาย บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นสิ่งผิดกฎหมายตั้งแต่เดือนมิถุนายน ค.ศ. 2009 โดยกระทรวงสาธารณสุขปานามาอ้างข้อพิสูจน์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (FDA) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นเหตุผลในการสั่งห้าม

ในประเทศสิงคโปร์ การขายและนำเข้าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ แม้เพื่อเป็นการใช้ส่วนตัวเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ตามความเห็นของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข Khaw Boon Wan บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นความพยายามของอุตสาหกรรมยาสูบที่จะดึงดูดผู้ใช้หน้าใหม่ และทำการตลาดให้ผู้บริโภควัยรุ่น รวมทั้งผู้หญิง หันมาสนใจลองใช้ (Heng J, 2010)

ในประเทศเกาหลีใต้ การขายและการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นสิ่งผิดกฎหมายอนุญาต แต่เก็บภาษีแพงมาก

ในประเทศสวีเดน กฎหมายอนุญาตการจำหน่ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่ปราศจากนิโคติน การใช้และนำเข้าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่มีนิโคตินก็ได้รับอนุญาต แต่ไม่สามารถจำหน่ายได้ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ถูกเก็บภาษีเช่นเดียวกับบุหรี่ปกติ

รัฐบาลของประเทศอาร์เจนตินาสั่งห้ามการนำเข้า การจำหน่ายและการส่งเสริม บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานพิสูจน์ว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์สามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ หน่วยงานของรัฐบาลซึ่งควบคุมเวชภัณฑ์ ยา และอาหาร ประกาศห้ามผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์อย่างครอบคลุม

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ทำหน้าที่ผลิตไอระเหยซึ่งปล่อยควันเทียมที่มีนิโคตินหรือไม่มีนิโคติน ผู้ผลิตกล่าวอ้างว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่มีอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่หรือผู้คนที่อยู่รอบข้าง – ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพปฏิเสธผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ถูกใช้เพื่อกระตุ้นประสบการณ์ในการสูบบุหรี่ ไม่มีประสิทธิผลในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้

“ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ยืนยัน หรือบ่งชี้ว่า ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เป็นสิ่งที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ และไม่มีหลักฐานของความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์” โรแบร์โต เลเด (Roberto Lede) เจ้าหน้าที่อาวุโสของหน่วยงานรัฐที่ควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์อาหารและยาของประเทศอาร์เจนตินากล่าว ในแถลงการณ์ดังกล่าวได้อ้างถึงคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกซึ่งกล่าวว่าระดับของความปลอดภัยและการดูดซึมของสารนิโคตินจากการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังไม่มีปรากฏ

เอ็ดเวิร์ด เบียงโค ผู้เชี่ยวชาญการควบคุมยาสูบชั้นนำกล่าวในการประชุมขององค์การอนามัยโลกที่ประเทศอูรุกวัยเมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2008 ว่าผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ “บ่อนทำลายความพยายามในการป้องกันการสูบบุหรี่” ที่มีรูปแบบในการสนับสนุนให้คนเลิกสูบบุหรี่

อาร์เจนตินาร่วมกับอูรุกวัย โคลัมเบีย และปานามา ในการห้ามผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ แต่สหรัฐอเมริกาและสหภาพยุโรปยังไม่ได้ห้ามผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศมาเลเซียไม่เชื่อคำกล่าวอ้างของผู้ผลิต หรือผู้ค้าปลีกบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ว่าปลอดภัยกว่าบุหรี่ทั่วไป รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข Datuk Rosnah Abd. Rashid Shirlin กล่าวว่ารายงานขององค์การอนามัยโลกสรุปว่าความปลอดภัยของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังไม่มีข้อพิสูจน์ที่ชัดเจน ทั้งนี้เพราะยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับการได้รับนิโคตินเข้าสู่ปอดอาจมีผลทำให้เป็นพิษที่เข้มข้นขึ้น (stronger toxicological) ทางด้านปฏิกิริยาภายในร่างกาย (physiological) และการติดสารเสพติด (addictive effects) และสิ่งเหล่านี้จะต้องทดสอบและวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Marwari R, 2010)

ในประเทศมาเลเซีย นิโคตินถูกจัดให้อยู่ในสารพิษกลุ่ม C ซึ่งจะต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข ก่อนจะทำการตลาด หรือจำหน่ายได้ แต่ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังไม่เคยได้รับอนุญาตใดๆ ดังนั้น สาธารณชนไม่ควรซื้อบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

เพราะผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย และยังไม่มีความมั่นใจใดๆในความปลอดภัยและประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขของประเทศมาเลเซีย โดยหน่วยงานด้านบริการเวชภัณฑ์ (Pharmaceutical Services) กำลังวางแผนดำเนินการฟ้องร้องเพื่อไม่ให้มีการจำหน่ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่ใช่การรักษาด้วยการทดแทนนิโคตินเพื่อช่วยให้ผู้ติดยาสูบสามารถเลิกสูบบุหรี่ แต่บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์อาจจะทำให้สูบบุหรี่บ่อยขึ้น ด้วยการทำให้ต้องพึ่งนิโคตินในสิ่งแวดล้อมที่ห้ามสูบบุหรี่

ประเทศไทยฝ่ายกฎหมายกรมสรรพสามิตมีความเห็นว่า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่อยู่ภายใต้คำจำกัดความว่าเป็นบุหรี่ภายใต้ พ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ. 2509 กรมสรรพสามิตจึงไม่มีอำนาจควบคุมสินค้านี้ขณะที่ฝ่ายกฎหมายกรมควบคุมโรคมีความเห็นว่า แม้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ยาสูบตามคำนิยามยาสูบ ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 แต่การมีลักษณะเป็นแท่งเหมือนบุหรี่ จึงถือเป็น 'ผลิตภัณฑ์เลียนแบบยาสูบ' ตามมาตรา 10 ของ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ผู้ขายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์จึงมีโทษปรับตามกฎหมาย แต่หากเป็นบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ได้มีลักษณะเป็นแท่งเหมือนมวนบุหรี่ก็ไม่เข้าข่ายกฎหมายนี้ ปัจจุบันจึงยังไม่มีความชัดเจนในการที่จะควบคุมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

กฎหมายไทยยังไม่มีการห้ามสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ผู้สูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์จึงไม่มีความผิด เว้นแต่ว่าผสมสิ่งเสพติดชนิดอื่นๆ ในบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ แต่เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขก็สามารถห้ามสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะได้ โดยใช้ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ข้อหาเป็นการกระทำที่รบกวนผู้อื่น ปัจจุบันนี้สายการบินส่วนใหญ่รวมทั้งการบินไทย บางกอกแอร์เวย์ ก็ห้ามสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์บนเครื่องบินแล้ว ส่วนโรงเรียนก็ไม่อนุญาตให้นักเรียนสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เพราะ 1) การสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นการติดสิ่งเสพติด กรณีนี้คือการติดสารนิโคตินเหลวที่อยู่ในบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ 2) นักเรียนอาจจะสูบทั้งบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และบุหรี่ธรรมดา โดยเวลาอยู่ในโรงเรียนอาจจะสูบเฉพาะบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ แต่เวลาไปอยู่ที่อื่นก็กลับไปสูบบุหรี่ธรรมดา 3) การสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์อาจเปิดโอกาสให้มีการผสมสารเสพติดชนิดอื่นๆ ในนิโคตินเหลวที่ใช้กับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้ 4) บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังมีราคาแพงพอสมควร เป็นการสูญเปล่านั้น โดยเฉพาะสำหรับเยาวชน

การเป็นคดีความ

โอเรกอนเป็นเพียงรัฐเดียวที่ดำเนินการฟ้องร้องทางกฎหมายกับบริษัทที่นำเข้า บุหรี่หรือเล็ททอนิกส์และร้านค้าปลีก เนื่องจากบุหรี่ยี่ห้อเล็ททอนิกส์ไม่ได้รับการอนุมัติจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ไม่ว่าจะด้วยวัตถุประสงค์ใดๆ สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยาปฏิเสธข้อโต้แย้งของจำเลย และทำการยึดบุหรี่ยี่ห้อเล็ททอนิกส์ ที่นำเข้ามาจากประเทศจีน บริษัท Smoking Everywhere ได้ตอบโดยฟ้องสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา และมีบริษัท Sottera, Inc.ร่วมเป็นโจทก์

ถึงแม้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่เคยแถลงว่าบุหรี่ยี่ห้อเล็ททอนิกส์ ปลอดภัย สำหรับสาธารณะ แต่บุหรี่ยี่ห้อเล็ททอนิกส์สามารถหาซื้อได้ทั่วไปในประเทศ สหรัฐอเมริกา ยกเว้นใน รัฐโอเรกอน ซึ่งหน่วยงานแผนกยุติธรรมได้ทำความตกลงเมื่อเดือน กรกฎาคม ค.ศ. 2009 กับร้านค้าปลีกต่างๆ เพื่อยุติการจำหน่ายชั่วคราวในระหว่างที่ แผนกยุติธรรมดำเนินการสอบสวน รัฐโอเรกอนกล่าวหาว่าบริษัท Smoking Everywhere ทำการตลาดสำหรับผลิตภัณฑ์บุหรี่ยี่ห้อเล็ททอนิกส์ว่าปลอดภัยโดยทั่วไป และปลอดภัย กว่า / ดีกว่าบุหรี่ยี่ห้ออื่น แต่ไม่มีหลักฐานทาง วิทยาศาสตร์ใดๆ ที่บริษัทนำมาอ้างอิง หรือ สนับสนุนข้ออ้างเหล่านี้ บริษัท Smoking Everywhere อ้างว่าบุหรี่ยี่ห้อเล็ททอนิกส์ไม่มีสาร ส่วนประกอบใดๆ ที่เป็นสารก่อมะเร็งรวมทั้งไม่มีนิโคตินและสารเคมีอื่นๆ ที่มีอยู่ในบุหรี่ยี่ห้ออื่น แต่จากการทดสอบโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่าไม่มีสารไนโตรซามีนที่มี เฉพาะในใบยาสูบซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งใน มนุษย์ และยังมีสาร ไดเอทิลีน ไกลคอล (diethylene glycol) ซึ่งเป็นสารประกอบที่ใช้ในการป้องกันการจับตัวเป็นน้ำแข็ง (anti freeze) ซึ่งเป็นสารพิษร้ายแรงสำหรับมนุษย์ บุหรี่ยี่ห้อเล็ททอนิกส์บางยี่ห้ออ้างว่าไม่มี นิโคติน แต่ จากการทดสอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่ามีนิโคตินอยู่

รัฐโอเรกอนฟ้องต่อศาลว่าบริษัท Smoking Everywhere พยายามส่งเสริมการ ขายโดยมีกลุ่มเป้าหมายคือเยาวชนที่ยังไม่ติดสารนิโคติน ถึงแม้บริษัท Smoking Everywhere จะอ้างว่าบุหรี่ยี่ห้อเล็ททอนิกส์ผลิตมาเพื่อให้ผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ใช้เท่านั้น แต่รัฐโอ เรกอนกล่าวหาว่า การโฆษณาถูกออกแบบมาเพื่อดึงดูดเยาวชน เช่น ใช้นางแบบที่ดู เหมือนเด็กวัยรุ่น การใช้รสชาติหวาน เช่น รสหมากฝรั่ง หรือรสคุกกี้และครีม เป็นสิ่งที่ดึงดูด เยาวชนและเด็ก แม้กระทั่งนักจัดรายการทางวิทยุชื่อดังของสหรัฐอเมริกา Howard Stern

บอกกับผู้ฟังว่า “สำหรับเด็กๆ ที่ ฟังอยู่คุณก็ยังคงดูเฝ้าเพราะบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังคงเหมือน บุหรี่ปกติทั่วไป”

บริษัท Smoking Everywhere รัฐฟลอริดา ซึ่งขายผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ในรัฐโอเรกอน ถูกปรับ 95,000 เหรียญสหรัฐ และถูกสั่งห้ามขายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในรัฐโอเรกอน John Kroger ซึ่งเป็นอัยการ (Attorney General) ของรัฐโอเรกอน ได้แถลงข่าวนี้ ด้วยจุดประสงค์เพื่อปกป้องเยาวชนจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย (นิตินันท์ คิริโชติรัตน์ 2555)

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ถูกออกแบบมาเพื่อให้ดูและรู้สึกเหมือนบุหรี่ทั่วไป แต่ใช้ แบตเตอรี่เพื่อทำความร้อน และส่วนบรรจุของเหลวที่เปลี่ยนหรือเติมของเหลวได้ใน ของเหลวดังกล่าวมีสารเคมีหลายชนิดซึ่งรวมทั้งนิโคตินเหลว ความร้อนจากแบตเตอรี่จะทำให้ของเหลวดังกล่าวระเหยเป็นไอเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ไอระเหยที่มีนิโคติน

ศาลแขวงของมณฑล Marion (Marion County Circuit Court) สั่งห้ามบริษัท Smoking Everywhere ทำธุรกิจจำหน่ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในรัฐโอเรกอน ทั้งนี้เพราะ บริษัทได้ละเมิดกฎหมายของรัฐโอเรกอน บริษัทถูกฟ้องโดยแผนกยุติธรรมของรัฐโอเรกอน (Oregon Department of Justice) ในข้อกล่าวหาว่าหลอกลวงถึงความปลอดภัยของบุหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ การดำเนินการค้าที่ผิดกฎหมายซึ่งเป็นกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคของรัฐโอเรกอนบริษัทดังกล่าวไม่ได้ขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อนจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในรัฐโอเรกอน และอ้างว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็น ทางเลือกจากการสูบบุหรี่ที่ปลอดภัย แต่จากการศึกษาวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีสารก่อมะเร็งและสารเคมีที่เป็นพิษต่อมนุษย์

ผู้พิพากษา Richard J. Leon ศาลของรัฐบาลกลางกรุงวอชิงตัน ดี ซี (Federal District Court) ได้สั่งห้าม (preliminary injunction) ในคดีความระหว่างผู้จำหน่ายบุหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งอ้างว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่ ปลอดภัยผู้พิพากษากล่าวว่า “กรณีนี้ดูเหมือนเป็นตัวอย่างหนึ่งของความพยายามที่ เข้มงวดโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่จะควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นสาร เสพติด หรือเครื่องมือทางการแพทย์” หลังจากที่มีการผ่านร่างกฎหมายที่สำคัญในการ ควบคุมยาสูบเมื่อปี 2551 แผนกยาสูบซึ่งเป็นแผนกที่จัดตั้งขึ้นใหม่ของสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา มีอำนาจหน้าที่ที่สามารถที่จะควบคุมสารประกอบ (contents)

และการอ้างทางการตลาดของบุนหรือเล็กทรอนิกส์ ในวิธีการเดียวกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบทั่วไป แต่ไม่สามารถสั่งห้ามจำหน่ายบุนหรือเล็กทรอนิกส์ได้ เนื่องจากผู้จำหน่าย ไม่ได้ทำการตลาดว่าบุนหรือเล็กทรอนิกส์เป็นเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุนหรือ เล็กสูบ อย่างที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากล่าวอ้าง แต่เป็นสิ่งทดแทนที่ ปลอดภัยกว่าสำหรับผู้ติดบุนหรือ

เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2552 ผู้พิพากษาของรัฐบาลกลางประเทศสหรัฐอเมริกา ตัดสินว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่สามารถควบคุมกำกับบุนหรือ อิเล็กทรอนิกส์ เป็นยาหรือเครื่องมือทางการแพทย์ คำตัดสินนี้ทำให้เกิดช่องโหว่ในการที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะปกป้องคุ้มครองผู้บริโภคจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช่ ยาสูบ ซึ่งผู้ผลิตใส่ปริมาณนิโคตินที่ไม่มีารควบคุมตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ควบคุมผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่มีนิโคตินอย่างเข้มงวด เพราะเป็นสารเสพติดที่มีผลกระทบซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Myers M, 2010) บุนหรือ อิเล็กทรอนิกส์ยังไม่ได้รับการทดสอบว่าปลอดภัยสำหรับผู้บริโภคหรือไม่ และยังไม่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานใดๆ ของรัฐที่อนุญาตให้จำหน่ายได้ในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ ผู้ผลิตได้ทำการตลาดและขายบุนหรือเล็กทรอนิกส์ทั่วประเทศสหรัฐ รวมทั้งขายทาง อินเทอร์เน็ต

ส่วนใหญ่บุนหรือเล็กทรอนิกส์ผลิตในประเทศจีน ซึ่งนำความเสี่ยงทางด้าน สาธารณสุขเป็นอย่างมาก ประการแรก ไม่มีหลักฐานทางด้านวิทยาศาสตร์ที่บ่งชี้ว่า ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ปลอดภัยสำหรับผู้บริโภคหรือมีประสิทธิผลที่จะช่วยผู้สูบบุนหรือให้เลิกสูบบุนหรือได้ ตามคำกล่าวอ้างของผู้ผลิตบางราย ตรงกันข้ามกับผลิตภัณฑ์ที่ช่วยในการเลิกสูบบุนหรือต่างๆ ซึ่งได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผลิตภัณฑ์บุนหรือ อิเล็กทรอนิกส์เหล่านี้ไม่มีการควบคุมปริมาณของนิโคตินและสารประกอบอื่นๆ เมื่อปี พ.ศ. 2511 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแถลงผลการวิเคราะห์ตัวอย่างของเหลวที่ใช้ กับบุนหรือเล็กทรอนิกส์ ซึ่งพบว่ามีส่วนประกอบของนิโคตินและสารเคมีที่เป็นอันตรายต่างๆ เช่น diethylene glycol ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่ใช้ในสารต้านจุดเยือกแข็ง (anti freeze)

ประการที่สอง ผลิตภัณฑ์บุนหรือเล็กทรอนิกส์เหล่านี้เป็นความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้สูบบุนหรือไม่สามารถเลิกสูบบุนหรือได้ เพราะเป็นทางเลือกที่จะได้รับนิโคตินโดยไม่ถูกห้ามในสถานที่ห้ามสูบบุนหรือ บุนหรือเล็กทรอนิกส์เหล่านี้ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ และยังไม่ได้รับ

อนุญาตให้เป็นทางเลือกในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งวิธีการเลิกสูบบุหรี่อื่นๆ ได้รับการอนุญาต โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโลกสรุปว่า จนกว่าผู้ผลิตบุหรี่หรือเลิกทอริกส์จะทำการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นและมีกระบวนการควบคุมที่เหมาะสม องค์การอนามัยโลกไม่สามารถพิจารณาว่าบุหรี่หรือเลิกทอริกส์เป็นแนวทางการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

ประการที่สาม ผลิตภัณฑ์บุหรี่หรือเลิกทอริกส์เหล่านี้อาจเป็นช่องทางให้เด็กๆ ติดสารนิโคติน ซึ่งจะนำไปสู่การสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ เนื่องจากมีวางจำหน่ายในรสชาติที่เป็นลูกอม ขนมหวานรสผลไม้ รวมทั้งรสหมากฝรั่ง คุกกี้ ครีม และโคล่า นอกจากนี้เด็กๆ ยังเข้าถึงผลิตภัณฑ์เหล่านี้ได้ง่ายเพราะมีขายทั่วไปและทางอินเตอร์เน็ตและเนื่องจากบุหรี่หรือเลิกทอริกส์ไม่ถูกควบคุมเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบทั่วไปจึงไม่ถูกจำกัดอายุในการซื้อ

ศาลอุทธรณ์ของรัฐบาลกลางประเทศสหรัฐอเมริกาตัดสินว่า ตราบดที่บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่ได้ทำการตลาดว่าผลิตภัณฑ์บุหรี่หรือเลิกทอริกส์เป็นสิ่งที่ใช้รักษาโรค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (US-FDA) ไม่มีอำนาจห้ามการนำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรี่หรือเลิกทอริกส์ (Randall MJ, 2010) ในคดีซึ่งเป็นการทดสอบอำนาจในการควบคุม กำกับ ดูแล ของหน่วยงานรัฐบาลกลาง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เน้นย้ำว่าหน่วยงานมีอำนาจในการควบคุม กำกับ ดูแล ผลิตภัณฑ์ที่มีสารนิโคติน เหมือนกับเป็นยา หรือเครื่องมือ (devices) เช่น แผ่นแปะนิโคติน (nicotine patches) และลูกอมนิโคติน (nicotine lollipops) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาใช้อำนาจในการควบคุม กำกับ ผลิตภัณฑ์ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ โดยกล่าวว่าเป็นยา หรือเครื่องมือ (devices) ซึ่งนำเข้าโดยไม่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา การควบคุม กำกับ ผลิตภัณฑ์ เช่น ยา หรือเครื่องมือทางการแพทย์ หมายความว่าผู้ผลิตจะต้องดำเนินการศึกษาวิจัย และทดสอบทางคลินิกถึงความปลอดภัยและยื่นคำร้องต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อให้ได้รับคำรับรอง หรือใบอนุญาต

บริษัท Smoking Everywhere และ NJoy พยายามหลีกเลี่ยงข้อบังคับเหล่านี้ โดยอ้างว่าผลิตภัณฑ์บุหรี่หรือเลิกทอริกส์ใช้เพื่อการผ่อนคลายยามว่าง (recreation) และ

ไม่ได้ใช้เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ คำตัดสินของศาลอุทธรณ์ Richard J Leon อยู่บนพื้นฐานของคำตัดสินของศาลฎีกาเมื่อปี ค.ศ. 2000 คดีระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากับบริษัทบุหรี่ Brown & Williamson ซึ่งศาลพิจารณาว่าถ้าอนุญาตให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบและบุหรี่ไร้ควัน (smokeless tobacco products) เป็นผลิตภัณฑ์ประเภทยา หรือเครื่องมือทางการแพทย์ จะมีผลทำให้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ถูกห้ามนำเข้ามาจำหน่ายในประเทศสหรัฐอเมริกา คำตัดสินในคดีนี้ทำให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่มีอำนาจใดๆ ในการควบคุม กำกับ ดูแล ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้รับการโจมตีจากกลุ่มล็อบบี้ของอุตสาหกรรมยาสูบที่มีพลังอำนาจ และจากอุตสาหกรรมเวชภัณฑ์ (pharmaceutical) เมื่อถูกนำเสนอแก่สาธารณชน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 จากการที่ได้รับความกดดันเมื่อถูกล็อบบี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการทดสอบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ซึ่งผลปรากฏว่ามีสารอันตรายอยู่บ้างเล็กน้อย แต่ไม่ได้เปรียบเทียบกับผลที่ได้จากการทดสอบยาสูบทั่วไป อุตสาหกรรมยาสูบใช้ผลการทดสอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อผลักดันการห้ามจำหน่ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้น การก่อตั้งสมาคมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีจุดประสงค์เพื่อต่อสู้การให้ข้อมูลผิดๆ ที่มาจากอุตสาหกรรมยาสูบและเวชภัณฑ์ การให้ข้อมูลโดยสมาคมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์คือเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ใช้นิโคตินและบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์แบ่งปันประสบการณ์ด้วยการเล่าสู่กันฟัง และติดต่อผู้แทนราษฎรในเขตของตน

เนื่องจากอันตรายของสารเคมีและสารก่อมะเร็งในบุหรี่เป็นที่รับทราบโดยทั่วไป ดังนั้น การสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับในปัจจุบัน การสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะกลายเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นผลิตภัณฑ์เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับผู้สูบบุหรี่ อุตสาหกรรมยาสูบจะสูญเสียรายได้และกำไรมหาศาล เนื่องจากมีผู้เปลี่ยนไปใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังถูกโจมตีจากผู้ร่างกฎหมายบางคนและองค์กรหลายแห่งที่ต้องการให้ห้ามสูบบุหรี่ทุกชนิด กลุ่มหนึ่งมีแรงจูงใจจากการเสียผลประโยชน์ทางธุรกิจและกำไร ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งคือกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งสองกลุ่มมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ การห้ามจำหน่ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

เมื่อ 50 ปีที่แล้ว สำนักงานแพทย์ใหญ่ (Surgeon General) แห่งสหรัฐอเมริกา ประกาศว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่ปรากฏว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่งจะอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เมื่อปี ค.ศ. 2009

อันตรายจากการสูบบุหรี่มีหลักฐานการวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์บ่งชี้มาโดยตลอด แต่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่เคยเสนอห้ามการสูบบุหรี่ ในขณะที่บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เพิ่งจะเริ่มออกสู่ตลาดได้ไม่นานนัก แต่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากลับมีท่าทีว่าจะห้ามผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ทุกรูปแบบ ดังนั้น สมาคมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์หวังว่าการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่สาธารณะจะทำให้ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังคงอยู่ในตลาดเพื่อผู้บริโภค

ศาลอุทธรณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในกรุงวอชิงตัน ดี ซี ตัดสินว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควบคุม กำกับ ผลิตภัณฑ์บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้เพียงฐานะผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งหมายถึงว่ารัฐบาลมีอำนาจในการควบคุมการทำตลาดของผลิตภัณฑ์เท่านั้น แต่ไม่มีอำนาจในการควบคุมการจำหน่าย (Jeffrey D, 2012) เพราะผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ Sottera, Inc ซึ่งทำธุรกิจในนามบริษัท Njoy อ้างว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นผลิตภัณฑ์บุหรี่ทางเลือกสำหรับการผ่อนคลายมากกว่าใช้ในการรักษา

เมื่อศาลฎีกาตัดสินในปี ค.ศ. 2000 ว่ารัฐสภาไม่ได้อนุญาตให้อำนาจแก่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่จะควบคุม กำกับ ผลิตภัณฑ์ ยาสูบในฐานะเครื่องมือทางการแพทย์สำหรับให้ยา ภายใต้กฎหมาย อาหาร และ ยาและเครื่องสำอาง Matt Salmon ผู้บริหารสูงสุดของ Njoy ซึ่งเคยเป็นสมาชิกรัฐสภาของพรรค Republican สวมสมัยจากรัฐอริโซนา และได้รับตำแหน่งประธานสมาคมผู้ค้าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์กว่า 1 ปีก่อนจะมารับตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของ Njoy กล่าวว่า เป็นชัยชนะของชาวอเมริกัน โดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่



บทที่ 9

นโยบายการบำบัดรักษา

โดย นัทศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. บุหรี่และการบำบัดรักษา
2. การให้ยาทดแทน
3. คลินิกอดบุหรี่

1. บุหรี่และการบำบัดรักษา

1.1 ผลกระทบการสูบบุหรี่หรือยาเสพติด

เป็นที่ทราบกันดีว่าการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าการสูบ การให้ยาบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เสพสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะยาว (สมหญิง พุ่มทอง 2551) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, 2011) รายงานว่ามีผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ต้องการเลิกสูบถึงร้อยละ 68.8 ร้อยละของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่และหยุดสูบมากกว่า 1 วันใน ปี 2010 เพราะบุคคลเหล่านั้นพยายามเลิกสูบบุหรี่ มีรายละเอียดดังนี้ ร้อยละ 52.4 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่มีจำนวน 23.7 ล้านคนร้อยละ 62.4 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 18 - 24 ปี ร้อยละ 56.9 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 25 - 44 ปี ร้อยละ 45.5 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 45 - 64 ปี ร้อยละ 43.5 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 65 ปีขึ้นไป

ประเทศไทยได้มีหน่วยงานหลายหน่วยที่ให้ความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่รวมถึง การออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และการขายบุหรี่ การสำรวจถึงอัตราการเลิกบุหรี่และความพยายามเลิกบุหรี่ พบว่า ตั้งแต่ปี 2534-2550 จึงพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.95 เป็น 18.29 ซึ่งมากขึ้นเป็น เท่าตัว แต่จากการสำรวจครั้งนี้พบว่า มีผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเลิกได้นาน 11 เดือนและกลับมาสูบบุหรี่ใหม่มีจำนวน 1.77 ล้านคน จากผู้ที่สูบบุหรี่ 10.86 ล้านคน ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ กลุ่มที่พยายามเลิกสูบบุหรี่หลายครั้ง ช่วงระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่ครั้งล่าสุดก่อนกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำยิ่งน้อยลง แสดงให้เห็นว่าการช่วยให้เลิกบุหรี่นั้นควรทำให้สำเร็จตั้งแต่ระยะพยายามเลิกบุหรี่ครั้งแรก และพบว่าเมื่อเลิกบุหรี่ครั้ง สุดท้ายได้มานานถึง 20 ปี ก็ยังกลับมาสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคติดบุหรี่แต่ละรายมี ปัจจัยกระตุ้นหรือกลไกในการเสพติดแตกต่างกัน

"บุหรี่" ก็ถูกจัดให้เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งเหมือนกัน ส่วนโทษภัยของบุหรี่นั้นก็ไม่ได้น้อยไปกว่ายาเสพติดชนิดอื่นๆ แต่กลับมีพิษร้ายแรงมากกว่า และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงต่อผู้สูบบุหรี่ได้มากมายเลยทีเดียว หน่วยโรคทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต โทษภัยของบุหรี่ว่า บุหรี่ถูกจัดให้ เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เพราะภายใน บุหรี่มีสารเคมีอยู่เป็นจำนวนมาก ที่ทำให้ผู้เสพเกิดความต้องการ ไม่ว่าจะในด้านร่างกายหรือจิตใจ และยังมีความต้องการเสพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อีกด้วย ซึ่งภายใน ควันบุหรี่ มีสารเคมีที่แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆด้วยกันคือ

1. สารเคมี ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการเสพติด มีสารที่รู้จักกันดี คือ นิโคติน
2. สารที่ไม่พึงปรารถนา ไม่ได้มีไว้เสพติด อย่างเช่น ตะกั่ว ฟอรัมาลดีไฮด์

1.2 การติดบุหรี่และกลไกการเสพติดบุหรี่

บุหรี่จัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เพราะทำให้เกิดลักษณะอาการของการเสพติด (dependence) ขึ้นได้ กล่าวคือผู้ที่ใช้จะมีความต้องการใช้บุหรี่ในปริมาณที่มากขึ้น หลังจากที่เสพไปแล้วระยะหนึ่งเพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามเดิม เพราะร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลางเกิดขึ้น หรือเรียกว่าเกิดภาวะติดต่อดนิโคติน (nicotine tolerance) ขึ้น และเมื่อหยุดใช้หรือลดการใช้บุหรี่ทันทีจะทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) ขึ้นได้ซึ่งผลดังกล่าวนี้เกิดขึ้นเนื่องจากฤทธิ์ของนิโคตินที่มีในใบยาสูบ

ประเด็นสำคัญที่แพทย์ และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพจะต้องคำนึงถึงเสมอสำหรับการช่วยเลิกบุหรี่ คือ การเสพติดบุหรี่ไม่ได้เกิดจากการเสพติดจากฤทธิ์ของนิโคติน (Nicotine dependence) เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่อีก ได้แก่ การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ (Psychological dependence) ซึ่งเป็นสารเสพติด เนื่องจากผู้เสพติดใจในผลของการได้รับนิโคตินซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานมากขึ้น มีชีวิตชีวา มีเรี่ยวแรง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติความเชื่อ หรือความรู้สึกดีต่างๆ ที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วย นอกจากนี้ยังมีการเสพติดทางพฤติกรรมและสังคม (socio-cultural or habit dependence) ซึ่งการเสพติดแบบนี้บางครั้ง คือ ความเคยชินของผู้สูบที่จะต้องหยิบบุหรี่มาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย หรือระหว่างการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น หลังรับประทานอาหาร ระหว่างการรับประทานอาหารหรือกาแฟ ในวงเหล้าหรือหลังเลิกเรียนหนังสือ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งการเสพติดแบบนี้ผู้สูบบ่มักมองในเชิงบวก เนื่องจากผู้สูบสามารถนำไปใช้เพื่อสร้างสัมพันธภาพในสังคมได้ โดยการเสพติดบุหรือาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือ อาจเกิดจากสาเหตุทั้งสอง หรือสามสาเหตุ ดังกล่าวร่วมกันได้

รายงานการวิจัยผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ ซึ่งเป็นการวิจัยสำรวจต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2548, 2549, 2551 ระบุเหตุผล 3 อันดับแรกที่ผู้เลิกสูบบุหรี่ว่ามีส่วนช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ความกังวลเรื่องผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อคนรอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.8) ความต้องการเป็นตัวอย่างสำหรับเด็ก (ร้อยละ 94.7) การที่ครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.1) (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553: 56)

การเสพติดบุหรี่เกิดจากหลายเหตุปัจจัย ในวงการแพทย์นานาชาติยอมรับว่าสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้ผู้สูบเกิดการเสพติดมีโรคมากมาย เลิกสูบได้ยาก เมื่อเลิกได้แล้ว ก็ยังมีโอกาสกลับไปเสพติดซ้ำได้ ดังนั้น การบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ติดยาสูบเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง (Tobacco cessation) จัดเป็นกลยุทธ์หนึ่ง ในการป้องกันโรคร้ายแรงที่จะเกิดตามมา เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดอัตราการตายจากการสูบบุหรี่ในอนาคต และลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศชาติ

1.3 การเลิกบุหรี่

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ แต่เลิกไม่สำเร็จแม้ได้พยายามมาแล้วหลายครั้งก็ตาม ดังนั้น กลไกในการให้ความช่วยเหลือ ปัจจัยแวดล้อม และบริการที่รัฐจัดให้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เลิกได้ง่ายขึ้น สำหรับผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่แต่ยังไม่สำเร็จ การจัดบริการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งจำเป็น สำหรับประเทศไทย มีกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกรได้พยายามออกแบบ และดำเนินโครงการที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้คำปรึกษาโดยมุ่งส่งเสริมการเลิกใช้ยาสูบในสถานที่ต่างๆ เช่น สถานบริการที่ให้ความช่วยเหลือคนที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่หรืออยู่ในโรงพยาบาลและคลินิก รวมทั้งมีศูนย์บริการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ฉัตรสมุน พฤตมิถุน 2558: 287) เริ่มก่อตั้งเมื่อเดือนกันยายน 2551 และเปิดบริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ หรือ Quitline สายด่วนเลิกบุหรี่1600 เมื่อต้นเดือนมกราคม 2552 โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญ (Counselor) (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2552)

สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ หนทางเลิกมืออยู่มากมายในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็น 1600 สายด่วนเลิกบุหรี่ คลินิกฟ้าใสทั่วประเทศ สถานพยาบาลทุกที่ใกล้บ้านให้บริการทั่วประเทศ (ประภิก วาทีสาธกกิจ, 2555: 16) แต่การเลิกสูบบุหรี่มิใช่จะทำได้ง่ายๆ ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากมักเคยพยายามหยุดสูบบุหรี่ และสามารถหยุดสูบได้ระยะหนึ่งแล้วหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ กลับไปกลับมาหลายรอบ ธรรมชาติของการเสพติดบุหรี่ มีลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำ (Chronic remitting and relapsing disorder) ไม่ต่างจากการดำเนินโรคแบบโรคเรื้อรังทั่วไป เช่นโรคหอบหืด โรคหัวใจ หรือโรคอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น การเสพติดบุหรี่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสูบบุหรี่จนเคยชินความต้องการการพึงพิงทางจิตใจ และการติดสารนิโคตินของสมอง ผู้ป่วยจำนวนมากมักมีประสบการณ์ในการพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองแต่ไม่ประสบความสำเร็จหลายครั้ง ทำให้ขาดความเชื่อมั่นว่าจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

จากการทบทวนเอกสารทางการแพทย์ การจะทำให้คนที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่นั้นทำได้ยากมาก ถึงแม้จะเลิกได้แล้ว ก็มีคนที่กลับมาสูบบุหรี่ใหม่อีกในสัดส่วนที่มาก โดยเฉพาะการที่คนจะเลิกบุหรี่ได้อาจจะต้องเลิกๆ สูบๆ ถึง 5-7 รอบ กว่าที่จะเลิกบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด ซึ่งเป็นตัวเลขที่มากกว่าการเลิกยาเสพติดร้ายแรงบางชนิดอย่าง เฮโรอีน ดังนั้นผู้ที่เลิกบุหรี่

จะต้องใช้กำลังใจและความเข้มแข็งอย่างมาก (เสาวลักษณ์ ลักษมีจรัสกุลและคณะ 2557)

จากการศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องที่ระยะเวลา 1, 3, และ 6 เดือน อัตราความพยายามเลิกบุหรี่และแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลทฤษฎีภูมิจากการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาระสิทธิภาพผลของบริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ เก็บข้อมูลผู้ใช้บริการของศูนย์ฯ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2552 ถึงกรกฎาคม 2553 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ 91 ราย กลุ่มตัวอย่าง 36 ราย (ร้อยละ 39.6) หยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย (ร้อยละ 27.5) และ 22 ราย (ร้อยละ 24.2) หยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ มี 37 ราย (ร้อยละ 40.7) หยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 7 วัน คิดเป็นอัตราความพยายามเลิกบุหรี่ 0.4 และ 54 ราย (ร้อยละ 59.3) ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่หยุดบุหรี่ได้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.3) มีแรงจูงใจที่เกิดจากความต้องการเลิกด้วยตนเองจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบริการเลิกบุหรี่ของศูนย์ฯ มีประสิทธิภาพในการช่วยให้บุคคลเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งยังไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ อาจเนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพต้องส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมติดตามและประเมินผลเป็นระยะ (จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ 2556: 49-61)

การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เลิกยาสูบเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญในการควบคุมยาสูบ สำหรับผู้ที่มีโรคเรื้อรัง การเลิกสูบบุหรี่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทเรียนจากต่างประเทศเกี่ยวกับการให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวานโรคถุงลมโป่งพอง โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่เฉพาะที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากฐานข้อมูลต่างๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001-2014 จากการสืบค้นพบหลักฐานจำนวนทั้งหมด 7 เรื่อง (สุนิดา ปรีชาวงศ์ และคณะ 2558) พบหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิผลของการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ การให้คำปรึกษาอย่างเข้มแข็งอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์

นิโคตินทดแทนจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติในขณะเดียวกันการบำบัดโรคติดยาหรือสำหรับผู้ที่มีโรคเรื้อรังควรมีระยะเวลานานกว่าหนึ่งเดือน และควรมีการติดตามอย่างน้อยหนึ่งครั้ง

หนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของการควบคุมยาสูบคือ “การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เลิกยาสูบ (Offer Help to Quit)” ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการ MPOWER อันเป็นเครื่องมือสำคัญที่องค์การอนามัยโลกกำหนดขึ้นสำหรับประเทศต่างๆ ใช้ในการลดปริมาณการบริโภคยาสูบ เพื่อเป้าหมายสำคัญคือการลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคที่เป็นผลมาจากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Dhippayom T, Nimpitakpong, 2014) มาตรการนี้มีความก้าวหน้าอย่างมาก กล่าวคือมี 21 ประเทศหรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรโลกเท่านั้นที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้เลิกเสพยาสูบอย่างเพียงพอ (World Health Organization, 2013)

ประเทศไทยในฐานะภาคีสมาชิกของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับเรื่องการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีการบำบัดรักษาผู้ติดยาสูบทั้งในด้านการจัดบริการเลิกบุหรี่ในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ อาทิ โครงการเครือข่ายคลินิกฟ้าใส ที่พัฒนาโดยเครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่และการจัดตั้งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนมาจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Yunibhand J, 2013; 50-61) ทั้งนี้ในรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมาตรการ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยนับเป็น 1 ใน 4 ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง-รายได้สูง ซึ่งได้จัดให้มีการบำบัดดูแลรักษาผู้ติดยาสูบที่คุ้มค่าแก่ประชาชน (WHO 2013) อย่างไรก็ตาม การให้บริการโดยทั่วไปยังไม่อำนวยให้ผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรต่างๆ เข้าถึงบริการได้สะดวกนัก

จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2551) พบว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (เฉพาะผู้เลิกสูบบุหรี่) นี้ กว่าครึ่งของผู้เลิกสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการหยุดสูบบุหรี่ทันที เป็นผู้เลิกสูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเมืองมากกว่าผู้เลิกสูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตชนบท เกือบหนึ่งในสี่ของผู้เลิกสูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทเคยกลับไปสูบบุหรี่อีก ประมาณหนึ่งในห้าของผู้เลิกสูบบุหรี่ใช้วิธีการช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ เป็น

ผู้เลิกสูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเมืองมากกว่าที่อยู่ในเขตชนบท ในจำนวนนี้ส่วนมากใช้หมากฝรั่งหรือลูกอมที่ไม่มีสารนิโคติน

สำหรับเหตุผลที่ผู้เลิกสูบบุหรี่ระบุว่ามีส่วนช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ ได้แก่ ความกังวลเรื่องผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อคนรอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่ ความกังวลเรื่องสุขภาพของตัวเอง ความต้องการเป็นตัวอย่างสำหรับเด็ก การที่ครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ และการโฆษณาหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ผู้เลิกสูบบุหรี่เกือบทุกคนมีความมั่นใจมากกว่าจะยังคงเลิกสูบบุหรี่ได้ต่อไป และเกือบทุกคนประเมินว่าสุขภาพตนเองดีขึ้นหลังเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้เลิกสูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตชนบท

ผลการเปรียบเทียบกลุ่มผู้สูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่

ผู้เลิกสูบบุหรี่ใช้วิธีการหยุดสูบบุหรี่ทันทีในสัดส่วนสูงกว่าผู้สูบบุหรี่ เหตุผลของผู้เลิกสูบบุหรี่สามอันดับแรก ได้แก่ ความกังวลต่อสุขภาพของตนเอง ความต้องการเป็นตัวอย่างให้กับเด็ก และความกังวลต่อสุขภาพของคนรอบข้าง ส่วนเหตุผลของผู้สูบบุหรี่ที่ทำให้คิดถึงการเลิกสูบบุหรี่สามอันดับแรก ได้แก่ ความต้องการเป็นตัวอย่างให้กับเด็ก ความกังวลต่อสุขภาพของคนรอบข้าง และความกังวลต่อสุขภาพของตนเอง จะเห็นได้ว่า ผู้เลิกสูบบุหรี่มีเหตุผลในระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อตัวเองเป็นครั้งแรก ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่คิดถึงเหตุผลในระดับสังคม

ผู้เลิกสูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูบบุหรี่ ยกเว้นในข้อที่บอกว่า โรคมะเร็งปอดในคนที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่จากคนอื่น ที่สัดส่วนของผู้ตอบถูกใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (บุปผา ศิริวิศมี และคณะ 2553) การติดบุหรี่เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การติดสารนิโคตินในบุหรี่ การติดทางสังคม การติดทางอารมณ์และจิตใจ หากผู้เสพไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ก็สามารถขอรับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งในปัจจุบันมีรูปแบบการให้บริการหลายรูปแบบ 2 เช่น (สมหญิง พุ่มทอง 2551)

2. การให้ยาทดแทน

2.1 ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคติน

มีหลักฐานทางการแพทย์แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในระยะยาว เนื่องจากช่วยลดอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น

หลังจากการหยุดสูบบุหรี่ องค์การในต่างประเทศรวมทั้งประเทศไทยแนะนำให้พิจารณาใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ในรายที่จำเป็น ยกเว้นผู้ที่มีข้อห้ามในบางกรณี เช่น หญิงมีครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมีข้อห้ามทางการแพทย์อื่นๆ ทั้งนี้ US Agency for Health Care Policy and Research แบ่งยาเพื่อการเลิกบุหรี่ออกเป็น 2 กลุ่มคือ ยาหลัก (first-line drugs) ได้แก่ การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy; NRT) และการใช้ยาเม็ดรับประทาน bupropion HCl ชนิดออกฤทธิ์นาน และยาสำรอง (second-line drugs) ได้แก่ nortriptyline, clonidine และ varenicline เนื่องจากยากลุ่มนี้มีข้อจำกัดในเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จึงทำให้ไม่ถูกเลือกเป็นอันดับแรก การใช้ยาในกลุ่มนี้เหมาะสำหรับผู้ติดบุหรี่ที่ไม่สามารถใช้ยาหลักได้ ควรพิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยาแต่ละชนิดเป็นรายๆ ไป

ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคติน (หมากฝรั่งและแผ่นแปะนิโคติน) ในประเทศไทย ได้แก่ bupropion HCl SR, nortriptyline และ clonidine น้ำยาบ้วนปาก (0.5% sodium nitrate) ยาคลายเครียดและสมุนไพร เช่น ชาชงหญ้าดอกขาว และ ยาอมมะแว้ง (ชวนชม ฐานานิติศักดิ์และคณะ 2548)

การใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินเป็นการทำให้ร่างกายได้รับนิโคตินในขนาดต่ำเพื่อเป็นการทดแทนนิโคตินที่ได้รับจากบุหรี่บางส่วนจึงทำให้สามารถลดอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยได้ โดยนิโคตินจะจับกับ nicotinic cholinergic receptor ใน peripheral และ central nervous system ก่อให้เกิดฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่างๆ เช่น ทำให้เกิดความสุข การตื่นตัว เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน บรรเทาความวิตกกังวล รูปแบบที่ใช้ในปัจจุบันมี 6 ชนิด ได้แก่ ชนิดแผ่นแปะผิวหนัง (nicotine patch) หมากฝรั่ง (nicotine gum) เม็ดอม (nicotine lozenge) สเปรย์พ่นจมูก (nicotine nasal spray) หลอดสูดทางปาก (nicotine oral inhaler) ยาอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablets) แต่ในประเทศไทยขณะนี้ไม่มีใช้ 2 รูปแบบ คือ ชนิดแผ่นแปะผิวหนังและหมากฝรั่ง ซึ่งได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ใช้เป็นยาช่วยในการเลิกบุหรี่ชนิดนิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนัง นิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนัง สำหรับในประเทศไทยมีจำหน่ายเพียงชนิดเดียวคือ Nicotinell TTS® ที่เป็นแบบปลดปล่อยตัวยาในเวลา 24 ชั่วโมง ขนาดที่ใช้มี 3 ขนาด ดังนี้

- ขนาด 10 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 17.5 มิลลิกรัมปลดปล่อยนิโคตินวันละ 7 มิลลิกรัม

- ขนาด 20 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 35 มิลลิกรัมปลดปล่อยนิโคตินวันละ 14 มิลลิกรัม

- ขนาด 30 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 52.5 มิลลิกรัมปลดปล่อยนิโคตินวันละ 21 มิลลิกรัม

นิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนังจะนำส่งนิโคตินซึ่งอยู่ใน polymer ที่หุ้มด้วย adhesive โดยอาศัย concentration gradient ของนิโคตินระหว่างระบบและผิวหนัง การเลือกขนาดจำเป็นต้อ งเลื กให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยพิจารณาจากจำนวนบุหรี่ที่สูบใน แต่ละวัน

นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว

นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยวออกฤทธิ์โดยการที่นิโคตินจะจับกับ ion-exchange resin เมื่อเคี้ยวหมากฝรั่ง นิโคตินจึงถูกปลดปล่อยออกมาช้า ๆ และถูกดูดซึมผ่านเยื่อช่องปาก สิ่งสำคัญประการหนึ่งในการใช้หมากฝรั่งนิโคตินอย่างมีประสิทธิภาพ คือการเคี้ยวอย่างถูกต้องด้วยเทคนิคที่เรียกว่า Chew & Park จึงจะช่วยให้ยาออกฤทธิ์ได้ดี หมากฝรั่งนิโคตินที่มีจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ Nicorette® และ Nicomild® ขนาดที่ใช้มี 2 ขนาด คือ ชิ้นละ 2 และ 4 มิลลิกรัมทั้งนี้ เทคนิค Chew & Park มีรายละเอียดดังนี้ การเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคตินจะต้องเคี้ยวช้า ๆ กระทั่งรู้สึกมีรสเผ็ดซ่าแล้วหยุดเคี้ยว หมากฝรั่งนั้นไว้ระหว่างกระพุ้งแก้มและเหงือกเพื่อให้ยาดูดซึมจนกระทั่งรสซ่าหายไป ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 นาที แล้วจึงเคี้ยวใหม่ การเคี้ยวช้า ๆ และเป็นระยะสลับกับการอมควรทำ ต่อเนื่องเป็นเวลา 30 นาที และควรเปลี่ยนบริเวณที่อมเพื่อลดการระคายเคืองเยื่อช่องปาก การเคี้ยวแบบนี้จะให้ การดูดซึมช้าแต่คงที่ ถ้าเคี้ยวเร็วไปจะทำให้นิโคตินถูกปลดปล่อยออกมาเร็ว ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้

ยาชนิดออกฤทธิ์นานที่ใช้สำหรับช่วยอดบุหรี่ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยา ได้แก่ Bupropion HCl SR (Quomem®) bupropion HCl sustained release ยานี้ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการดึงกลับของสารสื่อประสาท norepinephrine, serotonin และ dopamine เข้าสู่ปลายประสาท มีผลให้ผู้ที่ได้รับยามีอาการของการขาดนิโคตินน้อยลง

นอกจากกลุ่มยาหลักที่กล่าวไปข้างต้นแล้ว ยังมียารองที่สามารถใช้เพื่อการเลิก บุหรี่ ได้แก่ nortriptyline, clonidine และ varenicline สำหรับยากลุ่มนี้มีเพียง varenicline

ตัวเดียวที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกาในการใช้เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามทั้ง nortriptyline และ clonidine ต่างได้รับการรับรองให้นำมาใช้เป็นทางเลือกในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถใช้กลุ่มยาหลักข้างต้นได้

Nortriptyline เป็นยาลดอาการซึมเศร้ากลุ่ม Tricyclic antidepressants มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของ norepinephrine และ 5-hydroxy tryptamine ที่ปลายประสาท ดังนั้นจึงมีการใช้ยานี้เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากการขาดนิโคตินได้ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยานี้ ได้แก่ ง่วงซึมปากแห้ง ตามัว ปัสสาวะคั่ง เวียนศีรษะ มือสั่น การใช้เกินขนาดอาจมีผลอย่างมากต่อหัวใจ ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงยานี้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากยานี้มีราคาสูงและอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย ดังนั้น จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่แต่ไม่สามารถจ่ายเงินสำหรับยาหลักซึ่งมีราคาแพงได้ (วารสาร ภูมิเวช 2546; Aveyard et al 2007)

Clonidine เป็นยารักษาความดันโลหิตสูง แต่มีหลักฐานแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของยานี้ในการนำมาใช้สำหรับการเลิกบุหรี่แต่เนื่องจากยานี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่พบบ่อยจึงอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้รับความนิยมมากนัก ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย หน้ามืดวิงเวียน ปากแห้ง ความดันลดลงเมื่อเย็นขึ้น จึงอาจเกิดอันตรายขณะขับรถหรือควบคุมดูแลเครื่องจักรกล นอกจากนี้ อาจเกิด rebound hypertension หากหยุดยาในทันที สำหรับ clonidine มีทั้งชนิดรับประทานและแผ่นแปะผิวหนัง Varenicline (วารสาร ภูมิเวช และคณะ 2546; Gourlay, et al 2004)

องค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับรอง varenicline ในการใช้เพื่อเลิกบุหรี่ ยาออกฤทธิ์แบบ partial agonist ต่อ nicotine receptor ชนิด alpha-4 และ beta-2 ซึ่งเป็น receptors ที่คอยจับกับนิโคตินแล้วกระตุ้นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งสาร dopamine ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากการสูบ มีหลักฐานการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ varenicline ในการรักษาผู้ติดบุหรี่ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่

พบว่าอาจใช้ยานี้โดยไม่ต้องมีการบำบัดทางพฤติกรรมร่วมบ่อยๆ เหมือนยาตัวอื่น สำหรับในประเทศไทยขณะนี้ยังไม่มีการใช้ยานี้

สำหรับการเลิกบุหรี่โดยใช้ยา การคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติหรือชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. เป็นสิ่งจำเป็น เพราะการใช้ยากับผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่เป็นโรค ซึ่งจะมีความคุ้มค่ากว่าผู้ที่ป่วยแล้ว โดยต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้สูบบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา 2557) ประเทศไทยทำเรื่องควบคุมยาสูบด้านกฎหมายนโยบายมาเกือบครบหมดแล้ว ถึงเวลาแล้วที่จะให้การรักษาให้เลิกสูบบุหรี่ การทำงานควบคุมยาสูบการที่จะลดจำนวนคนที่สูบบุหรี่ ทำโดยการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นติดบุหรี่และการช่วยให้คนที่ติดบุหรี่อยู่แล้วเลิกสูบบุหรี่ การป้องกันไม่ให้วัยรุ่นติดบุหรี่จะลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในอีกยี่สิบปีข้างหน้าไม่มีผลต่อการลดภาระโรคในยี่สิบปีจากนี้ การช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่จะลดภาระโรคและความสูญเสียในปัจจุบัน “การที่จะลดจำนวนผู้สูบบุหรี่จึงต้องทำทั้งการป้องกันวัยรุ่นไม่ให้ติดบุหรี่และช่วยให้คนที่ติดบุหรี่อยู่แล้วเลิกสูบบุหรี่” (ประภิต วาทีสาธกกิจ 2557)

ต่อมามีการประกาศให้ยา Nortriptyline เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ หมอเวทยาช่วยเลิกบุหรี่ แต่ยานี้มีข้อจำกัดในแพทย์จิตเวช แพทย์สาขาอื่นไม่นิยมใช้ เนื่องจากผลข้างเคียงของยา ในปัจจุบันเห็นชอบในหลักการว่าควรมียาช่วยเลิกบุหรี่ รายการใดรายการหนึ่งระหว่าง Valenciline และ Bupropion ไว้ในยาบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีเงื่อนไข ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษา โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพียงหนึ่งครั้งเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเลิกบุหรี่ (คทา บัณฑิตานุกูล 2558)

2.2 แนวปฏิบัติที่สำคัญในการดำเนินงานบำบัดรักษา

ประเทศไทยปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันควบคุมยาสูบ กรมการแพทย์ ได้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการรักษาผู้ติดบุหรี่โดยใช้หลัก 5 As (ปิยภรณ์ เยาวเรศ, 2550) ซึ่งทุกวิชาชีพสามารถนำไปประยุกต์ใช้คือ กลยุทธ์ 5 As ซึ่งเป็นกระบวนการมาตรฐานในการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย (สมศรี เผ่าสวัสดิ์ และคณะ 2548)

1) Ask คือ การสอบถามถึงการสูบบุหรี่หรือพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

2) Advise คือ การแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ทุกคนให้เลิกสูบบุหรี่ ที่ควรมีความชัดเจน (clear) มีน้ำหนัก (strong) และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย (personalized) โดยระบุให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยควรเลิกบุหรี่

3) Assess คือ ประเมินความสนใจ ความพร้อม หรือความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ระดับการติดยาเสพติด เพื่อวางแผนการช่วยเหลือที่เหมาะสม หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการเลิกบุหรี่ต่อไป

4) Assist คือ การให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ตามความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแต่ละราย ในการกำหนดวันเลิกบุหรี่ การแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ทั้งโดยใช้ยาหรือไม่ใช้ยา

5) Arrange follow-up คือ การติดตามความก้าวหน้าของการเลิกบุหรี่ ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะถอนยา ปัญหาด้านพฤติกรรม ความเชื่อ ความเคยชินเป็นระยะ เพื่อติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และป้องกันการกลับมาสูบอีก

จากการวิจัยประสิทธิผลในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่สูบบุหรี่ที่สมัครใจ จำนวน 125 คนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลน่าน้อย 12 หมู่บ้านเมื่อดำเนินการครบ 1 ปี 2 เดือน พบว่าผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ร้อยละ 58 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (โรงพยาบาลน่าน้อย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 2549) ได้มีการจัดทำแนวทางในการเลิกบุหรี่ของประเทศไทย โดยแนวทางที่ได้รับความนิยม คือ 5 As โดยมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยว่ามีความต้องการเลิกหรือไม่ หากผู้ป่วยมีความต้องการอยากเลิกสูบบุหรี่ก็ให้การช่วยเหลือ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องหรือหากผู้ป่วยเคยสูบบุหรี่และยังไม่เคยสูบบุหรี่ก็แนะนำแนวทางในการป้องกันการกลับมาสูบหรือลองสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าขั้นตอนการถาม และให้คำแนะนำ มีความสำคัญและมีผลต่อการช่วยให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกได้ร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ ในกรณีปัจจัยอื่นๆ ที่จะทำให้การเลิกบุหรี่ประสบผลสำเร็จ คือ ความพร้อมและความตั้งใจ ที่จะเลิกสูบ จะประสบผลสำเร็จในการเลิกบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่มีความพร้อม

นิตตะยา จิตรร่าพันธ์ และคณะ (2552: 58) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ผลการใช้รูปแบบ 5D in 5 Days With Stage of Change ต่อการเลิกบุหรี่ และศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความวิตกกังวล ระยะความพร้อม/ความเต็มใจในการเลิกบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สำนักงานช่างเทศบาลนครสุราษฎร์ พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ 24 คน เป็นผู้สูบ

บุหรี่ปริมาณ 22 คน เลิกแล้ว 1 เดือน 1 คน เลิกแล้วในระยะก่อน 6 เดือน 1 คน มีความพร้อม/เต็มใจเลิกบุหรี่หรืออยู่ในกลุ่มผู้ที่ไม่คิดจะเลิก 17 คน ร้อยละ 70.08 ลังเลใจที่จะเลิก 2 คน ร้อยละ 8.3 พร้อมจะเลิก 3 คน ร้อยละ 12.5 และกำลังอยู่ในระยะเลิก 2 คน ร้อยละ 8.3 ระยะที่ติดตามมีผู้ที่ออกจากโครงการ 2 คน ระยะการประเมินครบ 4 เดือนมีผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ทั้งสิ้น 5 คน ร้อยละ 22.73 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ระยะความพร้อม/ความเต็มใจในการเลิกบุหรี่ ส่วนความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ปัจจัยการเสพติดบุหรี่

2.3 การรักษาผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่

การรักษาผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของผู้สูบบุหรี่ล้มเหลวในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองโดยที่ส่วนใหญ่มักจะกลับไปสูบบุหรี่ในเวลาหนึ่งสัปดาห์หลังจากเลิก เนื่องจากบุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่มีคุณสมบัติของการเสพติดไม่ต่างจากสารเสพติดตัวอื่น เราจึงอาจใช้แนวคิดของ National Institute of Drug Abuse ในสหรัฐอเมริกาซึ่งได้ทำการวิจัยและสรุปหลักในการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดไว้ดังนี้ คือ

1. โปรแกรมการบำบัดควรพร้อมที่จะให้การรักษาผู้ป่วยได้ตลอด เพราะโอกาสที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจจะรักษานั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก
2. แน่ใจว่าการรักษาโดยสมัครใจดีกว่าการถูกบังคับ แต่ผลสำเร็จของการรักษาไม่ได้ถูกกำหนดจากปัจจัยนี้เพียงอย่างเดียว และในระหว่างการรักษา ผู้รักษาสามารถใช้แรงจูงใจหรือความตั้งใจในผู้ป่วยให้เกิดขึ้นได้
3. การหายเป็นโรคนั้นใช้เวลาและอาจต้องเข้าโปรแกรมการบำบัดหลายครั้ง แต่ครั้งของการกลับไปสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้ป่วยและผู้รักษาเข้าใจปัญหา และข้อจำกัดของการรักษาดีขึ้น
4. โปรแกรมการรักษาควรมีระยะเวลา ที่ยาวนานพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่าง และต้องการโปรแกรมการรักษา หรือการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไป
6. การติดตามการใช้ยาในระหว่างการรักษาเป็นเรื่องที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง

7. การใช้ยาเป็นประจำในผู้ป่วยบางราย ซึ่งแน่นอนว่าการรักษาต้องมียา
องค์ประกอบของการให้คำปรึกษาและการรักษาแบบ Cognitive behavioral ร่วมด้วย

8. ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย การรักษาจึงไม่ใช่เป็นเรื่องของ
การรักษาการติดยาแต่เพียงอย่างเดียว

9. ในกระบวนการของการรักษาย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย
ผู้รักษาจึงจำเป็นต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ร่วมกับการปรับแผนการรักษาเป็น
ระยะ

หลักการรักษาผู้ติดยาหรือ ครอบคลุมด้วยการรักษา ดังต่อไปนี้

- ขั้นเตรียมการ (Pre-admission) เป็นระยะที่ผู้รักษาประเมินความพร้อมทั้ง
บันทึกปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ในส่วนขั้นก่อนรักษานั้น มักจะเป็นการพูดคุยเพื่อโน้มน้าว
ผู้ป่วยให้เห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่และสร้างความมุ่งมั่นในการหยุดบุหรี่ โดย
อาศัยเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างความตั้งใจ ซึ่งเป็นเสมือนบทนำในการเตรียมผู้ป่วย
ก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษาซึ่งประกอบด้วย

1. ประเมินปัญหาด้านสุขภาพทางจิตเพื่อส่งผลให้ผู้หยุดบุหรี่ได้ยากขึ้น การ
ตรวจพบได้ และทำการรักษาจะช่วยให้การหยุดบุหรี่ได้ผลสำเร็จมากขึ้นการตรวจสุขภาพ
ทางกายและโรคแทรกที่เกิดจากการใช้บุหรี่ อาทิ เช่น การเอ็กซเรย์ปอด

2. ประเมินความตั้งใจการหยุดบุหรี่ ประเมินแรงจูงใจที่มาสู่การรักษา เคยรักษา
มาก่อนหรือไม่ ด้วยวิธีใด ได้ผลอย่างไร ซึ่งนำมาพิจารณาเพื่อช่วยในการสร้างแรงจูงใจ
สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น การสูบบุหรี่ เริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยไม่
รู้ตัว ไม่ตระหนักถึงปัญหาการติดยาหรือ ไม่ได้ตั้งใจหยุดบุหรี่ ไปสู่การเริ่มคิดอยากหยุดบุหรี่
จนกระทั่งเข้าสู่ระยะเวลาตัดสินใจหยุดบุหรี่ จากนั้นเกิดปฏิบัติการหยุดบุหรี่และพยายามที่
จะคงการเปลี่ยนแปลงนั้นไว้ให้ได้ วิธีสร้างแรงจูงใจทำได้โดย การสัมภาษณ์เพื่อสร้างความ
ตั้งใจ ซึ่งแต่ละวิธีมีรายละเอียดต่อไปนี้

Motivational Interview เป็นแนวทางในการช่วยให้บุคคลได้ตระหนักถึงปัญหา
หรือประเด็นที่จะก่อให้เกิดปัญหาขึ้นกับตนเอง ในบรรยากาศการช่วยเหลือ
ประคับประคอง มากกว่าที่จะเป็นการกล่าวอ้างเหตุผลหรือบังคับ โดยมีเป้าหมายเพื่อ
กระตุ้นแรงจูงใจจากภายในตัวบุคคลเอง ไม่ใช่การกำหนดหรือการบังคับจากผู้อื่น หลักการ
ทั่วไปมี 5 ประการ (DARES) ดังนี้

D (Develop Discrepancy) คือ การให้ผู้ติดยาหรือรับรู้ความขัดแย้ง ระหว่างพฤติกรรมติดยาในปัจจุบันกับเป้าหมายสำคัญในชีวิต ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อเขาได้ทบทวนตนเอง เห็นความขัดแย้ง 2 ประเด็นด้วนตนเอง จนทำให้เกิดความรู้สึกตั้งใจที่จะอยากเปลี่ยนแปลงเพื่อเป้าหมายของตนเอง

A (Avoid Argumentation) คือ ผู้รักษาต้องหลีกเลี่ยงการโต้เถียงหรือ การกล่าวตำหนิผู้ป่วยเนื่องจากทำให้เกิดการต่อต้านจากปฏิกิริยาป้องกันตนเองของผู้ป่วย

R (Roll Resistance) คือความไม่เต็มใจลงใจ เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ ผู้รักษาต้องทำความเข้าใจ และอันที่จริงมุมมองเดิมที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเปลี่ยนแปลง สามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือค่อยๆปรับแต่งมุมมองใหม่ได้

E (Express Empathy) คือ การยอมรับผู้ป่วย โดยผู้รักษาเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึก หรือมุมมองต่อปัญหาของผู้ติดยาหรือโดยไม่ตัดสินหรือตำหนิ ซึ่งการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย

S (Support self- efficacy) คือ การทำให้ผู้ติดยาหรือเกิดความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองในการประสบผลสำเร็จในการหยุดยาหรือ โดยความเชื่อมั่นเน้นที่ความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเองหมายถึงว่าไม่มีใครสามารถทำแทนผู้ป่วยได้ แต่ให้ความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยเน้นที่การกระตุ้นศักยภาพของผู้ป่วยและพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนประสบผลสำเร็จ (เซวาลักษณ์ ฤทธิสรไกร, 2551: 83)

กรณีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ มีดังนี้ มีการศึกษาถึงรูปแบบ วิธีการเลิก อด การสูบบุหรี่ไว้หลายฉบับ ซึ่งสามารถสรุปในส่วนที่น่าสนใจ เช่น มีการศึกษาเปรียบเทียบ (Peter Gariti et al, October 2009) ผลการลด/เลิกสูบบุหรี่ของการให้คำปรึกษาตามระดับ ความเข้ม (high vs. low) ร่วมกับการใช้ แผ่น bupropion หรือ nicotine โดยได้ศึกษาในกลุ่มที่สูบบุหรี่ในระดับ 6-15 มวน/วัน จำนวน 260 คน และมีการติดตามผลการสูบบุหรี่ที่ลดลงและเลิกสูบบุหรี่โดยแบ่งช่วงเวลาติดตาม เป็น 3 ช่วง คือ 12 , 26 และ 52 สัปดาห์ นับจากเริ่มโครงการ ผล การศึกษาพบว่ากลุ่มที่ให้คำปรึกษาทั้ง 2 กลุ่มให้ผลการศึกษาของอัตราการเลิกสูบบุหรี่ที่คล้ายกัน และพบว่าช่วงเวลาที่ดีที่สุดคือ การให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นในช่วง 12 สัปดาห์แรกจะมีผลต่อการลดการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างหนัก (20 มวน/วัน) พบว่ามีจำนวน

น้อยที่จะหยุดสูบบุหรี่ จึงสรุปได้ว่าการศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษา เหมาะสมต่อผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณน้อย

ในปี 2009 , Xiaolei Zhou et al. ได้ทำการทดลองหาวิธีการลดการสูบบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มคน 2431 ที่ใช้ internet ในประเทศ United States, United Kingdom, Canada, France และ Spain ซึ่งอาสาสมัครเหล่านี้จะมีอายุอยู่ในช่วง 35-65 ปี ปริมาณการสูบบุหรี่มากกว่า 5 มวน/วัน และมีความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ให้ได้ภายใน 3 เดือน การศึกษาได้ทำการติดตามเป็นเวลา 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถลด/หยุดสูบบุหรี่ได้ และสามารถที่จะทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ได้ แต่การใช้วิธีการกระตุ้นนั้นจะสามารถทำให้ลด/หยุดสูบบุหรี่ได้แต่ไม่สามารถทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ได้ คณะวิจัย จึงสรุปได้ว่าการใช้วิธีการกระตุ้นให้หยุดสูบบุหรี่สามารถลดการสูบบุหรี่ได้ แต่ไม่สามารถจะทำการป้องกันไม่ให้กลับมาสูบบุหรี่ได้ และพบว่าปัจจัยสำคัญของ การกลับมาสูบบุหรี่ยังขึ้นกับสังคมและสิ่งแวดล้อม รอบข้าง

คณะวิจัยของ Delwyn Catley (2012) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้วิธีการ การกระตุ้นเพื่อให้เกิดการหยุดสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นของชุมชนแห่งหนึ่ง โดยมีจำนวนกลุ่มศึกษา จำนวน 255 คน และมีความพร้อมในการหยุดสูบบุหรี่ การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม (2 : 2 : 1) ตามรูปแบบการทดลอง 1. ใช้การกระตุ้นด้วยการสัมภาษณ์ 2. ให้ ความรู้ 3. ให้คำแนะนำสั้นๆ ทำการติดตาม 6 เดือนโดยใช้ตัวชี้วัดเป็น 2 รูปแบบ คือ 1. ให้ทำการ รายงานด้วยตนเองว่ามีกี่ครั้งที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่า 24 ชม. ในช่วงต่อมา 2. ใช้หลักการทางชีวเคมีเป็นตัวชี้วัดทุก 7 วันเป็นตัวบอกถึงความชุกของการสูบบุหรี่ ผลการศึกษา พบว่าการให้ความเข้มงวดในการกระตุ้นให้กำลังใจตั้งแต่การสัมภาษณ์จะสามารถสร้างแรง บันดาลใจให้พยายามเลิกการสูบบุหรี่ได้ดีและยังเป็นข้อมูลทางด้านคลินิกเพื่อใช้เป็นแนวทางใน การดำเนินการต่อไป สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเห็นว่ารูปแบบที่จะใช้ในการทำให้ผู้สูบบุหรี่ลด/เลิก สูบบุหรี่ได้ต้องมี การให้แรงกระตุ้นที่ดีซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ใช้หลักการ 5 As และเพิ่มการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด

3. คลินิกอดบุหรี่

3.1 การเลิกบุหรี่

ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประกิต วาทีสาธกกิจ ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการ บุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 (2554) ไว้ดังนี้ 1) เลิกด้วยตนเองร้อยละ 88.9 2) ใช้ยาช่วยร้อยละ 10.6 และ 3) ปรีกษา/รับคำแนะนำร้อยละ 5.8 4) วิธีอื่นๆ ร้อยละ 2.9 การสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่เลิกได้ จึงเป็นกระบวนการสำคัญ เพราะการเลิกบุหรี่เพียงลำพังเป็นเรื่องที่ต้อใจเข้มแข็งอย่างมหาศาล จึงมักพบว่าผู้ติดบุหรี่ย่อมจะพยายามเลิกสูบบุหรี่หลายครั้งหลายหน บางคนทำสำเร็จ แต่หลายๆ คนทำไม่สำเร็จ การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นกระบวนการสำคัญควบคู่มากับการรณรงค์ไม่ให้คนสูบบุหรี่

ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ คลินิกฟ้าใส อธิบายว่า จากสถิติการให้บริการของคลินิกฟ้าใสในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีประชาชนเข้ารับบริการประมาณ 1 หมื่นราย โดยจากการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 เดือน พบว่ามีผู้สามารถเลิกได้โดยไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ร้อยละ 50 ซึ่งเมื่อเทียบกับอัตราความสามารถในการเลิกบุหรี่ได้จากการให้บริการในประเทศตะวันตก พบว่า อยู่ที่ร้อยละ 25 แนวทางการเลิกบุหรี่ของไทย ผู้เข้ารับบริการจะได้รับการปรึกษาเพื่อหาสาเหตุการติดบุหรี่ เพื่อนำไปสู่การประเมินการรักษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไปจนถึงการใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่ แต่พบว่าในจำนวนผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น ที่ต้องใช้ยา แสดงให้เห็นว่า แนวทางการให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องสำคัญในการเลิกบุหรี่อย่างมาก ไม่ใช่แค่บุคลากรทางการแพทย์ที่จะช่วยได้ แต่หมายถึงผู้สูบเองและครอบครัว ต้องสู้และอดทนเพื่อเอาชนะจนเลิกบุหรี่ได้ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา 2557)

การช่วยเหลือให้เลิกยาสูบ มีแนวทางการทำงาน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2557) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มจำนวนผู้เลิกใช้ยาสูบด้วยมาตรการ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา 2557) ดังนี้

ก. การกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการเลิกยาสูบที่เป็นเอกภาพและมีการส่งต่อผู้ที่ต้องการเลิกยาสูบอย่างเป็นระบบ

ข. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถให้บริการช่วยเลิกยาสูบได้

ค. เพิ่มการสื่อสารสาธารณะ และสร้างกระแสให้ผู้บริโภคยาสูบมีความต้องการเลิกยาสูบโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น

การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quit line) บริการคลินิกอดบุหรี่ในสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน การรักษามีหลายวิธี ได้แก่ การให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัดและการใช้ยาบำบัด ในผู้เสพยากรายอาจต้องใช้การรักษามากกว่าหนึ่งวิธี ซึ่งต้องพิจารณาปัจจัยหลายด้านประกอบกัน ได้แก่ ความตั้งใจและแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของการติดบุหรี่ เศรษฐฐานะ ทักษะคิดของผู้สูบบุหรี่ ประสบการณ์การเลิกบุหรี่ในอดีต สภาพร่างกายและความพร้อมของผู้ป่วยในการใช้ยา ตลอดจนข้อห้ามใช้ ในกรณีที่เกิดจากการติดยาโคตินนั้น เนื่องจากนิโคตินจะไปกระตุ้นการหลั่งสารโดปามีนในสมองทำให้ผู้เสพเกิดอาการผ่อนคลาย รู้สึกมีความสุข ตื่นตัว ดังนั้น ในผู้ที่ติดยาโคตินโดยเฉพาะกลุ่มที่ติดยาระดับสูง หากหยุดสูบทันทีจะทำให้มีอาการเศร้าหมอง หดหู่ หงุดหงิด ซึ่งผลเหล่านี้มักทำให้ผู้เสพทนไม่ได้และต้องการกลับมาสูบบีก ดังนั้นในกลุ่มนี้มักจำเป็นต้องใช้ยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัด (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา 2557)

คลินิกเลิกบุหรี่ที่มีอยู่ในประเทศไทยปัจจุบันยังขาดจิตแพทย์ช่วยในการให้คำปรึกษา และยังขาดการผสมผสานการบำบัดทางยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างมีประสิทธิภาพยังพบปัญหาการเข้าถึงการรักษา โดยทั่วไปการเข้าถึงบริการสุขภาพ (access to health care) ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา 2557)

1) การมีบริการอย่างเพียงพอและผู้ป่วยมีโอกาสในการได้รับบริการนั้นๆ ได้ เช่น ในที่นี้คือการมีคลินิกเลิกบุหรี่และกระจายอย่างเหมาะสมเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

2) ความสามารถในการใช้บริการสุขภาพที่มีอยู่นั้นในบางครั้งถึงแม้จะมีสถานบริการแต่ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถใช้บริการที่มีอยู่อย่างเหมาะสม อาจเพราะปัญหาด้านค่าใช้จ่าย (financial barriers) ปัญหาที่เกิดจากสถานพยาบาล (organisational barriers) และปัญหาส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอง (personal barriers)

3) บริการนั้นต้องมีความสัมพันธ์หรือตรงกับปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจึงต้องเข้ารับบริการและเมื่อใช้บริการนั้นแล้วต้องเกิดประสิทธิผลด้วยไม่ใช่มองแต่เพียงการได้ใช้บริการจากสถานพยาบาลที่มีอยู่เท่านั้น และ

4) ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการนั้นคือผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการนั้นๆ สำหรับประเทศไทย มักจะพบความเหลื่อมล้ำของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการกระจายตัวของสถานบริการที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัญหาความแตกต่างของคุณภาพสถานบริการ

สถานบริการของรัฐส่วนใหญ่ให้บริการในลักษณะการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด อาจมีการใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมด้วยหากมีรายการยากลุ่มนี้อยู่ในบัญชียาของสถานพยาบาล จากการสุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 29 แห่งพบว่า โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน (13 แห่ง) มีความพร้อมในด้านการใช้ยาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่โดยมีรายการยาดังกล่าวอย่างน้อย 1 รายการ โดยแพทย์เป็นผู้ให้การรักษาและสั่งจ่ายยาเอง ในขณะที่มีสถานบริการของรัฐเพียง 5 แห่งจาก 16 แห่งที่มียาเพื่อเลิกบุหรี่ในบัญชียาของสถานพยาบาล ซึ่งทั้ง 5 แห่งนี้เป็นโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ งานบริการเลิกบุหรี่ของสถานพยาบาลของรัฐจะดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสุขศึกษา และบางแห่งมีเภสัชกรร่วมด้วยโดยในเบื้องต้นพยาบาลหรือนักจิตวิทยาจะให้คำปรึกษาหรือพฤติกรรมบำบัด และหากเห็นว่ามีความจำเป็นต้องใช้ยาจะส่งต่อไปยังแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาโดยการให้ยาบางแห่งเปิดให้บริการตามเวลาที่กำหนดเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ หรืออาจเพราะจำนวนผู้มารับบริการมีน้อยในปัจจุบัน กลุ่มยาหลักที่ใช้เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในประเทศไทย ได้แก่ bupropion HCl SR และผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคติน (ชนิดแผ่นแปะผิวหนังและหมากฝรั่ง) ซึ่งยาทั้ง 2 กลุ่มนี้ ไม่จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (National Essential Drug List) การเบิกจ่ายค่ารักษาเพื่อการเลิกบุหรี่เป็นไปตามสิทธิการรักษาพยาบาล คือ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านยาเองยกเว้นในบางแห่งที่อาจมีการกำหนดความตกลงพิเศษให้มีการเบิกได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ (สุทัศน์ รุ่งเรือง หิรัญญา 2557)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ข้อจำกัดประการหนึ่งที่ผู้ป่วยอาจพบเมื่อมีความประสงค์ที่จะเลิกสูบบุหรี่ คือ ความไม่สามารถเข้าถึงยาและบริการเลิกบุหรี่ได้โดยง่าย ถึงแม้ว่าจะมีรายชื่อสถานบริการเลิกบุหรี่เป็นจำนวนมากแต่นั้นไม่ได้หมายความว่าทุกแห่งสามารถให้บริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่สามารถ

จ่ายยาเลิกบุหรี่ในกรณีที่มีความจำเป็นเนื่องจากไม่มียาในสถานพยาบาล หรือผู้ป่วยไม่ต้องการเสียเงินสำหรับยากลุ่มนี้

ในประเทศสหราชอาณาจักรที่ภาครัฐจัดให้มีการให้บริการเลิกสูบบุหรี่แก่ประชาชนโดยเภสัชกรชุมชนที่ผ่านการอบรมและได้รับอนุญาตให้สั่งจ่ายยาภายใต้ความตกลงที่กำหนดไว้ โดยเภสัชกรจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและสั่งจ่ายนิโคตินทดแทนแก่ผู้ป่วย โดยรัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดทั้งในส่วนของค่ายาและค่าบริการจากการประเมินผลโครงการนี้พบว่าผู้ป่วยพอใจกับการมารับบริการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรชุมชนเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายและคำแนะนำที่ได้รับมีประโยชน์ โครงการนี้ถือเป็นการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงยาและบริการเลิกบุหรี่ของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ การจัดระบบบริการเลิกบุหรี่นี้ให้ผลคุ้มค่าและช่วยยืดชีวิตผู้ที่สูบบุหรี่ได้ตั้งนั้นจึงสามารถตอบสนองต่อนโยบายการเลิกสูบบุหรี่ระดับประเทศได้ (Gulliford M et al, 2003; Sinclair HK et al, 2004)

3.2 หลักการประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่

หลักการประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ คือ เลิกได้อย่างน้อย 6 เดือน หลังจากระบบการบำบัดรักษา (Yunibhand Jet al, 2013) จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าในการสังเคราะห์งานวิจัย ประสิทธิภาพของการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เลิกสูบบุหรี่นั้น ประเมินได้จากตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 อย่าง (Yunibh and et al 2013) ได้แก่ 1) การหยุดสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่องกันตามระยะเวลาที่กำหนด (Continuous Abstinence) เช่น 6 เดือน หรือ 12 เดือน เป็นต้น และ 2) การหยุดสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งหรือในช่วงเวลาที่กำหนด (Point Prevalence Abstinence) โดยทั่วไปจะประเมินว่า ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมา นั้นหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันหรือไม่ ทั้งนี้ มักจะใช้วิธีการประเมินทางชีวเคมี (Biochemical Verification of Tobacco Cessation) มายืนยันร่วมด้วย เช่น ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (จำนวน 50 เรื่อง) ได้ใช้การเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องนาน 12 เดือน ร่วมกับการประเมินตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเป็นเกณฑ์ตัดสินว่า เลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่ ทั้งนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่ (32 เรื่อง) ใช้การตรวจวัดคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก (Exhaled CO) เป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเพื่อยืนยันว่า เลิกสูบบุหรี่ และบางงานวิจัย (17 เรื่อง) ใช้การตรวจโคตินิน (Cotinine) ในปีศาจ

เลือดหรือ น้ำลาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน Nagrebetsky และคณะ ให้ความหมายของการเลิกสูบบุหรี่ว่า เป็นการหยุดสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่กำหนดประเภทของการให้บริการเลิกบุหรี่ โดยทั่วไปการให้บริการเลิกบุหรี่สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบำบัดรักษาโดยใช้ยา (Rigotti et al. 2007, 2012)

หากพิจารณาระดับความเข้ม (Intensity) ของบำบัดรักษา พบว่า มีเกณฑ์ในการพิจารณาที่แตกต่างกันเล็กน้อย อาทิ Rigotti และคณะ แบ่งระดับความเข้มของการให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (Rigotti et al. 2007, 2012)

- การให้บริการเพียงครั้งเดียว ระยะเวลา 15 นาทีหรือน้อยกว่า ไม่มีการติดตามให้กำลังใจ

- การให้บริการหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ใช้เวลามากกว่า 15 นาที ไม่มีการติดตามให้กำลังใจ

- การให้บริการหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ร่วมกับการติดตามให้กำลังใจ 1 เดือน

- การให้บริการหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ร่วมกับการติดตามให้กำลังใจมากกว่า 1 เดือน

ส่วนการให้บริการเลิกบุหรี่ที่พบในการทบทวนงานวิจัยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า แบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

- การให้คำปรึกษาแบบกระชับ (Brief or Minimal Counseling) ระยะเวลาสั้นกว่า 90 นาที

- การให้คำปรึกษาแบบเข้มโดยใช้เวลา 90 นาทีหรือนานกว่า (Intensive Counseling) แต่ไม่ได้ให้ยาช่วยด้วย

- การให้คำปรึกษาแบบเข้มใช้เวลา 90 นาทีหรือนานกว่า ร่วมกับการให้ยาเลิกบุหรี่ร่วมด้วย

Nagrebetsky และคณะ ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 8 เรื่อง พบว่า การบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่น อันประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (อาทิ Bupropion, Nicotine Replacement Therapy) โดยผู้ให้คำปรึกษามักเป็นพยาบาล แพทย์

และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพประสิทธิผลของการให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือถุงลมโป่งพองมีรายงานจากการวิเคราะห์อภิมานว่า ประสิทธิภาพของการช่วยให้เลิกบุหรี่โดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบอัตราการเลิกบุหรี่ในช่วงร้อยละ 0.0-28 โดยเฉลี่ย อัตราการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ 13.19 และมีค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect Size = 0.33) นอกจากนี้การช่วยให้เลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลมีประสิทธิผลดีกว่าการ จัดให้บริการที่บ้าน อีกทั้งรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ที่มีการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มมี ประสิทธิภาพดีกว่าการให้บริการเลิกสูบบุหรี่แบบตัวต่อตัว (Face-to-Face) แม้ว่าการเลิกสูบบุหรี่ จะเป็นมาตรฐานการดูแลประการหนึ่งในผู้ป่วยเบาหวาน แต่ประสิทธิภาพของการให้การ บำบัดรักษาช่วยเลิกบุหรี่ยังไม่มากนัก (Nagrebetsky et al., 2014)

การเลิกสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือด Barth, Critchley, & Bengel ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการ เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Interventions) อาทิ การปรับพฤติกรรม การติดตามสนับสนุนการเลิกทาง โทรศัพทและการให้เอกสารวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (Self-help Materials) เป็นวิธีการที่ มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จที่ 6 - 12 เดือน ในภาพรวมผู้ป่วยมีโอกาสเลิก สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (OR 1.66, 95% CI 1.25-2.22) เมื่อวิเคราะห์แต่ละวิธีการ พบว่า ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าวิธีการ บำบัดแบบใดมีประสิทธิผลที่ดีกว่ากัน (Barth J, et al, 2008)

เนื่องจากการวิจัยที่ใช้วิธีการเลิกบุหรี่ โดยการปรับพฤติกรรมมักจะใช้การ ติดตามให้กำลังใจทางโทรศัพทควบคู่ไปด้วย ในขณะที่เดียวกัน ก็เลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งมีความ เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหัวใจก็มีประสิทธิภาพเช่นกัน (OR 1.48, 95% CI 1.11- 1.96) อย่างไรก็ตาม การทบทวนงานวิจัยดังกล่าว ยังระบุว่า การให้คำปรึกษาแบบกระชับ (Minimal Counseling) (อาทิ ไม่มีการติดตาม หรือระยะเวลาภายใน 4 สัปดาห์) ไม่มีผลต่อ การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ (OR 0.92; 95% CI 0.70-1.22) (Barth J, et al., 2008)

สำหรับการศึกษาประสิทธิผลในระยะยาว (Long term Effectiveness) ของการ ให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรังนั้นยังมีอยู่ไม่มากนัก Hoogendoorn และคณะ ได้ศึกษา ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพในระยะยาวและต้นทุน- ประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรค

ถูกลดโป่งพองโดยมีรายงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 9 เรื่องพบว่า จากการเปรียบเทียบ intervention ด้วยวิธี 4 แบบ ได้แก่ การดูแลตามปกติ (Usual Care) การให้คำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่อย่างย่อ (Minimal Counseling), แบบเข้ม (Intensive Counseling); และแบบเข้มขึ้นร่วมกับการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ พบว่าโดยเฉลี่ยอัตราการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งประเมินจากการเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 12 เดือน สำหรับมาตรการแบบเข้มคือ ร้อยละ 6.0 และให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย คือร้อยละ 12.3 หากประเมินอัตราการเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาที่ 12 เดือน (12-month Point Prevalence Rate) พบว่า มาตรการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่แบบเข้ม มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 12.3 และเมื่อให้ยาเลิกสูบบุหรี่ร่วมด้วย อัตราการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ 19.0 เมื่อเปรียบเทียบกับการให้การดูแลตามปกติ ส่วนการประเมินความคุ้มค่าของ มาตรการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่พิจารณาปีสุขภาวะ (Quality-Adjusted Life Years: QALY) โดยพบว่าอัตราส่วนค่าต้นทุนประสิทธิผล ในมาตรการให้คำแนะนำเพื่อเลิกยาสูบแบบย่อ แบบเข้มขึ้น (Intensive Counseling) และแบบเข้มขึ้นร่วมกับการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เท่ากับ 16,900, 8,200, และ 2,400 ยูโร ต่อหนึ่งปีสุขภาวะ ตามลำดับ (Hoogendoorn et al, 2010)

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและการรักษาโรค หากผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ก็มีแนวโน้มว่าอาการของโรคเหล่านั้นจะทรุดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้นการพิจารณาให้มีการเลิกบุหรี่สำหรับผู้มีโรคเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งสำคัญ โรงพยาบาลเป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่เมื่อต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีโอกาสจะเลิกสูบบุหรี่

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิผลของการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกัน โดยพบว่า การให้คำปรึกษาอย่างเข้มเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการให้ยาหรือผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนจะมีต้นทุนประสิทธิผลที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ โดยต้นทุนต่อหนึ่งปีสุขภาวะของการให้คำปรึกษาอย่างเข้มขึ้น (Intensive Counseling) และแบบเข้มขึ้นร่วมกับการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เท่ากับ 0.5 และ 0.14 เท่าของมาตรการให้คำแนะนำเพื่อเลิกยาสูบแบบย่อตามลำดับ ในขณะที่เดียวกัน การบำบัดโรคติดยาหรือการมีระยะเวลาสั้นกว่าหนึ่งเดือน และควรมีการติดตามอย่างน้อยหนึ่งครั้ง

บทสรุปความสามารถในการเข้าถึงยาและบริการเลิกบุหรี่ได้ง่ายและสะดวกเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในระยะยาว การเข้าถึงในที่นี้หมายถึงมีจำนวนสถานบริการที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ มีการกระจายและครอบคลุมพื้นที่อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้จริง มีการสนับสนุนการเข้าถึงบริการ ได้แก่ การกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ และผู้ป่วยควรได้รับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการนอกจากนี้ รูปแบบบริการควรมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยด้วยการให้บริการเลิกบุหรี่โดยการให้คำปรึกษาพฤติกรรมบำบัด รวมถึงการใช้ยาเป็นแนวทางที่เพิ่มความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่



บทที่ 10

นโยบายส่งเสริมและป้องกันการบริโภคยาสูบ

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. หลักการพื้นฐานในการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
2. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
3. นโยบายส่งเสริมและป้องกันการบริโภคยาสูบ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรการให้ความรู้
5. แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคมในการควบคุมป้องกันการสูบบุหรี่

1. หลักการพื้นฐานในการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

การดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมายาวนานกว่า 30 ปีของประเทศไทย โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งจากภาครัฐ องค์กรเอกชน (NGOs) และชุมชน ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา แม้มีความก้าวหน้ามาเป็นอย่างดี แต่ก็มีส่วนขาดที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการแล้วแต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ประกอบกับประเทศไทยได้ร่วมให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นประเทศอันดับที่ 36 จาก 172 ประเทศ ที่ลงนามแล้ว (ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2553) โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 อีกทั้งกระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมทำให้ปัญหาการบริโภคยาสูบมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่ซับซ้อนขึ้นมาก

โดยเหตุที่ประเทศไทยเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยจึงมีความผูกพันตามพันธกรณีในฐานะรัฐภาคีสมาชิก ในด้านการควบคุมยาสูบได้คำนึงถึงหลักการพื้นฐานในการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้บริโภคย่อมมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะบริโภคสินค้าที่ปลอดภัยและได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ
- 2) ประชาชนของทุกประเทศพึงมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมยาสูบ
- 3) ผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะเด็ก ควรได้รับการปกป้องจากควันบุหรี่มือสอง
- 4) กิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบต้องมุ่งเน้นที่การต่อต้านการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ แต่ไม่ใช่การรณรงค์เพื่อต่อต้านผู้สูบบุหรี่และผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 5) กิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบควรส่งเสริมให้การไม่สูบบุหรี่และการไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นบรรทัดฐานของสังคม
- 6) ผู้สูบบุหรี่และผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบควรได้รับการสนับสนุนในเรื่องการเลิกสูบบุหรี่
- 7) การควบคุมยาสูบควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง เช่น เยาวชนทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา ผู้หญิง รวมทั้งผู้ที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขยาก
- 8) กลุ่มประชากรที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงควรขยายการดำเนินงานในชุมชนทั้งในด้านการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนการเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ และการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้มากขึ้น
- 9) การควบคุมยาสูบที่สำเร็จต้องอาศัยพันธะสัญญาทางการเมืองโดยการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติในลักษณะพหุภาคี โดยมีการสร้างหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง (focal points) ทั้งในระดับชาติและภูมิภาค รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการโครงการต่างๆ ในการควบคุมยาสูบ
- 10) กลยุทธ์ในการควบคุมยาสูบควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถอ้างอิงได้มารองรับและมีความยืดหยุ่นที่จะปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมต่อสถานการณ์และข้อมูลใหม่อยู่เสมอ

11) ควรป้องกันนโยบายการควบคุมยาสูบจากการแทรกแซงของผู้ประกอบการและผู้มีส่วนได้เสียอื่นในอุตสาหกรรมยาสูบ

12) ควรมีการจัดตั้งกลไกเพื่อให้มีการสนับสนุนด้านการเงินอย่างต่อเนื่องสำหรับกิจกรรมต่างๆ ในการควบคุมยาสูบ

13) องค์การอนามัยโลกจะช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการจัดหาแหล่งทุนและทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่อง

14) โครงการและกิจกรรมต่างๆ ในการควบคุมยาสูบควรบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของโครงการระดับชาติอื่นๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

15) การขยายโครงสร้างและความร่วมมือระหว่างกระทรวง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับภูมิภาคเพื่อดำเนินการควบคุมยาสูบ

สำหรับกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มที่มีการศึกษาน้อยควรกำหนดให้กิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการแก้ปัญหาความยากจนระดับชาติ

แนวทางการควบคุมยาสูบระดับสากล

ในการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของการบริโภคยาสูบนั้น ทุกประเทศทั่วโลกมีแนวทางควบคุมยาสูบที่คล้ายคลึงกัน คือ มี 5 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

1) การป้องกันการเริ่มต้นใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือป้องกันมิให้มีการเริ่มต้นสูบบุหรี่ (Prevention of smoking initiation) ในประชากรทุกเพศและทุกวัย

2) การจัดการภาวะติดบุหรี่ (Management of addiction) หรือส่งเสริมให้มีการเลิกสูบบุหรี่ (Promoting smoking cessation) เมื่อมีผู้สูบบุหรี่แล้วก็ตนเองพยายามส่งเสริมให้เขาเหล่านั้นเลิกสูบเพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3) การขจัดการได้รับจากควันบุหรี่มือสอง (Protection of people from second-hand smoke)

4) การลดพิษภัยในผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco harm reduction)

5) การจัดการหรือขัดขวางการดำเนินการของธุรกิจยาสูบที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของการบริโภคยาสูบ

ในการดำเนินการเพื่อสนองนโยบายควบคุมยาสูบที่กล่าวถึงข้างต้นสามารถกระทำได้ด้วยวิธีการ 2 กลุ่มใหญ่คือ การดำเนินการเพื่อลดอุปสงค์ (Demand) หรือเรียกว่า

การมุ่งเน้นการลดความต้องการบริโภคและการดำเนินการเพื่อลดอุปทาน (Supply) ของ ยาสูบ

2. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

ปัจจุบันวิชาชีพสุขภาพหลายวิชาชีพได้รวมพลังจัดตั้งเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นเครือข่ายสร้างความรู้ให้กับประชาชน แต่ยังสร้างบุคลากรสุขภาพให้เป็น “ต้นแบบ” ด้านสุขภาพที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ ที่สมควรเอาเป็นแบบอย่าง

สำหรับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ เป็น “ทีมสุขภาพพร้อมใจ ขจัดภัยบุหรี่ (Health Professionals and Tobacco Control)” สอดคล้องตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก ที่ประสงค์ให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งเป็นวิชาชีพที่ประชาชนให้ความเชื่อถือ มีบทบาทในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การช่วยคนที่เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบ รวมทั้งการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 9 สาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด หมออนามัย และจิตวิทยาคลินิก ที่ร่วมกันดำเนินงานเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตัวอย่างรายละเอียดบทบาทวิชาชีพสุขภาพและการสร้างจิตสำนึกกิจกรรมการสร้างความเป็นผู้นำด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ (สมศรี เผ่าสวัสดิ์ และคณะ 2548) โดยย่อดังนี้

2.1 บทบาทวิชาชีพแพทย์ต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

แพทย์เป็นบุคคลที่จะเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะนำข้อมูล คำแนะนำ คำเตือนสู่ผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่สุขภาพดี ที่เกิดโรคที่เป็นผลพวงจากการสูบบุหรี่ ครอบครัวและชุมชน ในรูปแบบต่างๆ ตามความถนัดของความเป็นแพทย์สาขานั้นๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การนำแพทย์มาเป็นผู้นำในการรณรงค์งดสูบบุหรี่ โดยการขับเคลื่อนด้วยการปรับฐานคิดและเจตคติ ลดพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมปลูกฝังแนวคิดด้านสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน และด้วยความเป็นผู้นำทีมสุขภาพของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ก็จะช่วยขับเคลื่อนให้เกิดบรรยากาศและกระแสการสร้างเสริมสุขภาพให้กับองค์กรวิชาชีพใกล้เคียง และวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งจะร่วมกัน

ผลักดันแนวคิดและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพสู่กลุ่มอื่นๆ และชุมชนต่อไป ประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนที่ส่งผลต่อวงการสาธารณสุขได้แก่ การจัดการความรู้เรื่องบทบาทของวิชาชีพสุขภาพ การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในเรื่องผลแทรกซ้อนจากการบริโภคยาเส้นและชื้อ โย การให้บริการเลิกบุหรี่ การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ การกำหนดเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมบริโภคยาสูบในหลักสูตรของบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขา พันธกิจที่ต้องดำเนินการ

1) ผลักดันให้แพทย์เป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ปลอดบุหรี่ และปลูกฝังเจตคติในการเป็น “ต้นแบบ” ที่ดีในบทบาทการควบคุมการบริโภคยาสูบกับแพทย์รุ่นใหม่ในอนาคต

2) ผลักดันและส่งเสริมให้จรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยให้เกิดผลในทางปฏิบัติในวงการแพทย์และสาธารณสุข

3) สร้างกลยุทธ์เชิงรุกวิชาชีพแพทย์สาขาต่างๆ ให้เกิดเครือข่ายสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ขึ้นในชุมชน

4) ผลักดันให้งานประจำของแพทย์สาขาต่างๆ ให้มีบทบาทในการสร้างเครือข่ายรักษาสุขภาพในชุมชนปลอดบุหรี่ในที่ทำงานทั้งภาครัฐและเอกชนมากขึ้น

5) ประสานงานกับเครือข่ายองค์การวิชาชีพด้านสุขภาพต่างๆ ในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ

2.2 บทบาทวิชาชีพทันตแพทย์ต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การรักษาทางทันตกรรมต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยเป็นเวลานานพอที่จะสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบได้ ทันตแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาผลเสียของยาสูบที่มีต่อช่องปากมีโอกาสที่จะให้ข้อมูลแก่บุคคลด้วยนอกจากนี้ทันตแพทย์ยังสามารถเข้าถึงเด็กและเยาวชน รวมทั้งผู้ปกครองและหญิงมีครรภ์ ทันตแพทย์สามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ดีเท่าเทียมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ และสามารถชี้ให้เห็นสภาพในช่องปากที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยเหล่านี้จะยังไม่มีอาการรุนแรงเท่ากับผู้ที่รับการรักษากับวิชาชีพอื่นๆ แต่ทันตแพทย์ไทยก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจนในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้นเพื่อให้ทันตแพทย์ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญและปฏิบัติตามมาตรฐานในการควบคุมการบริโภคยาสูบ จึงควรให้มีการสอดแทรกการเรียนการสอนในด้านนี้เข้าไปในหลักสูตรฯ และจัดให้มีการอบรมหรือการศึกษาต่อเนื่องเป็นระยะๆ ตลอดทั้งปี แนวทางในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในส่วนของวิชาชีพ

ทันตแพทย์คือ การผลักดันให้คลินิกทันตกรรมบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบของผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ชักจูง หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม โดยคลินิกทันตกรรมทั้งภาครัฐและเอกชน สามารถส่งทันตแพทย์ไปรับการอบรม เพื่อให้มีความพร้อมในการช่วยผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ รวมทั้งสามารถคิดค่าใช้จ่ายและคิดเป็นผลการปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้เนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่และการเลิกบุหรี่ควรเป็นเนื้อหาบังคับของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ส่วนหน่วยงานทันตแพทย์ในระดับชุมชน ควรมีแผนงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในแผนการดำเนินงานทุกปี

2.3 บทบาทวิชาชีพเภสัชกรต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

เภสัชกรมีบทบาทในการให้คำแนะนำ ติดตามผลจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ โดยให้บริการในลักษณะร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพเภสัชกรมีการให้บริการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและร้านยาในชุมชน โดยการให้บริการในโรงพยาบาลนั้น งานให้บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกรโรงพยาบาลเป็นงานใหม่ที่เริ่มมีการให้บริการมากขึ้น และน่าจะเป็นบทบาทที่สำคัญอันหนึ่งของเภสัชกรโรงพยาบาลในอนาคต ส่วนบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยานั้นมีเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้แล้วเภสัชกรยังมีบทบาทในเชิงรุก ในการเผยแพร่ความรู้ด้านบุหรี่ และยาช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชน เภสัชกรสามารถทำหน้าที่เป็นวิทยากรให้การอบรมความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ให้กับผู้นำชุมชน นักเรียนหรือประชาชนในที่ทำงานต่างๆ เช่น โรงงาน

บทบาทด้านการวิจัยเพื่อพัฒนา ยา เภสัชกรสามารถแสดงบทบาทในเชิงวิจัย โดยการเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่างๆ ตัวอย่างเช่น การศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาวในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาล วิทยาลัยลักษณะ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในส่วนของการติดตามผลการใช้ยาหรือเภสัชภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ในระยะยาว เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรวมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ เล็งเห็นความสำคัญของการติดตามการใช้ยานิโคตินทดแทน ในเชิงอาการไม่พึงประสงค์ และการนำไปใช้ในทางที่ผิด เภสัชกรยังมีบทบาทด้านการวิจัยอื่นๆ อีกที่จะช่วยให้เกิดการควบคุมการบริโภคยาสูบ และนับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของเภสัชกร

2.4 บทบาทวิชาชีพพยาบาลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

วิชาชีพพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการแก้ไข บทบาทเชิงรับพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากการทำงานแต่ละวันนั้น พยาบาลมีโอกาที่จะพบผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และครอบครัวในสถานที่ต่างๆ กัน ทั้งในตึกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยใน ดังนั้นพยาบาลสามารถส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้โดยให้ความรู้ จัดพฤติกรรมบำบัด ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย

วิชาชีพพยาบาลสามารถมีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ครอบคลุมทั้งมาตรการทางสุขภาพ มาตรการทางสังคม และมาตรการทางกฎหมาย ในมาตรการทางสุขภาพ เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ พยาบาลมีบทบาททั้งเชิงรับในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ และยังมีบทบาทในเชิงรุกในการป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ๆ เกิดขึ้นด้วย ซึ่งในการปฏิบัติงานนั้นครอบคลุมทั้งในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ บทบาทเชิงรุกในการป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงคือ เด็กวัยรุ่น และหญิงวัยทำงานและการจัดการได้รับควันบุหรี่มือสอง

2.5 บทบาทวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์ต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

งานเทคนิคการแพทย์ไม่ได้มีได้จำกัดอยู่แต่ภายในห้องปฏิบัติการเท่านั้น แต่ยังสามารถครอบคลุมไปถึงงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มรับบริจาคโลหิต กลุ่มผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ อีกด้วย นักเทคนิคการแพทย์สามารถช่วยในกระบวนการคัดกรองผู้สูบบุหรี่เบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อไปยังหน่วยบริการเลิกบุหรี่ต่อไป

2.6 บทบาทของแพทย์ปฐมภูมิต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

แพทย์ปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการควบคุมยาสูบ 1 ซึ่งในการให้บริการสุขภาพจะได้พบกับเด็กๆ พร้อมกับผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีโอกาสที่ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ทั้งจากการสูบบุหรี่โดยตรงและการสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบบุหรี่หรือควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke: SHS) วิธีการลดโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะเริ่มหัดสูบบุหรี่ เช่น ให้พ่อแม่ที่สูบบุหรี่อยู่เลิกสูบ แสดงให้เห็นชัดเจนว่าไม่เห็นชอบกับการที่เด็กจะสูบบุหรี่และอธิบายให้ฟังถึงผลเสียต่อสุขภาพและอำนาจการเสพติดบุหรี่ สำหรับ

คนใช้วัยรุ่นหรือกำลังเข้าสู่วัยรุ่น สามารถอธิบายเน้นเรื่องผลของการสูบบุหรี่ต่อความสวยงาม ผลต่อการเล่นกีฬาและการประหยัดเงินจากการซื้อบุหรี่

อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปมักจะถูกจำกัดบทบาทด้านนี้ไว้เพียงแค่การแนะนำคนใช้ให้เลิกบุหรี่เท่านั้น ซึ่งคลินิกอดบุหรี่ ควรเป็นเพียงหนึ่งในกิจกรรมสำคัญอีกหลายๆ อย่างที่จะลดอัตราการสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นควรตระหนักถึงบทบาทที่สำคัญที่ควรขยายไปถึงการทำให้การสูบบุหรี่ กลายเป็นสิ่งที่สังคมรังเกียจ (Denormalization of tobacco use) ในสังคมลดดีกรีการยอมรับการสูบบุหรี่ลงจากระดับที่เคยเป็น “acceptable norm” เหลือเพียง “unacceptable societal abnorm” ในสถานที่ต่างๆ เช่น สถานประกอบการ ภายในอาคาร สถานที่ทำงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงการป้องกันมิให้เยาวชนริเริ่มลองหัดสูบบุหรี่ นอกจากนี้จะเป็นการส่งเสริมค่านิยมการไม่สูบบุหรี่แล้วยังคุ้มครองสุขภาพทั้งผู้สูบและไม่สูบบุหรี่อีกด้วย

3. นโยบายส่งเสริมและป้องกันการบริโภคยาสูบ

ตามกรอบอนุสัญญาควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 12 ,มุ่งเน้นรัฐภาคีสมาชิก ให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชนกล่าวคือ ควรจัดดำเนินการดังต่อไปนี้ (WHO FCTC)

1. แผนงานสร้างความตระหนัก (Public awareness programs)

1.1 การจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการสนับสนุนการให้การศึกษา การสื่อสาร และการฝึกอบรม (Education, Communication and Training: ECT)

- มีกลไกการประสานงาน มีแผนปฏิบัติการ และมีการทำ PDCA

- กำหนดความรับผิดชอบงาน ECT ที่ชัดเจน รวมถึงบทบาทของหน่วยงานภาครัฐ และ NGOs

- จัดให้มีแผนปฏิบัติการด้าน ECT ในแผนงานควบคุมยาสูบ

- มีแผนงานและการดำเนินการที่เป็นทางการตามอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย โดยใช้ข้อมูลวิจัยในการจัดทำแผน ECT และมีการประเมินผล

- มีการสนับสนุนทรัพยากรด้านกำลังคน งบประมาณ และสื่อต่างๆ เพื่อโปรแกรม ECT โดยมีการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับนานาชาติ

- หน่วยงานหรือองค์กรด้านการควบคุมยาสูบได้รับและใช้ข้อมูลจากงานวิจัยมากำหนดพันธกิจเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน

- มีการเก็บข้อมูลทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ ภูมิภาค และนานาชาติเพื่อเป็นระบบฐานข้อมูล หรือมีศูนย์ข้อมูลด้านการวิจัยที่สาธารณชนสามารถเข้าถึงได้

1.2 การดำเนินการโปรแกรม ECT

1.2.1 หลักการทั่วไป

- สร้างความตระหนักสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสังคมผ่านโปรแกรม ECT ที่ยั่งยืน

- โปรแกรม ECT มีการจัดลำดับประชากร มีการพิจารณาความแตกต่าง เพศ เชื้อชาติ ที่สำคัญของกลุ่มประชากร กลุ่มเป้าหมาย (เด็กและเยาวชน ผู้ปกครอง ครู ผู้หญิง)

- มีการสื่อสารอย่างกว้างขวางถึงผลเสียต่อสุขภาพ เศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและการบริโภคยาสูบ

- มีการกำหนดและการดำเนินการให้เกิด Best practice ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับภูมิภาค รวมทั้งมีการประสานงานร่วมมือในระดับนานาชาติเพื่อแลกเปลี่ยนผลงานวิจัยเชิงผลลัพธ์และ Best practice

- มาตรการที่สร้างการมีส่วนร่วมทั้งด้านการศึกษา การสื่อสารและการฝึกอบรม โดยใช้งานวิจัยเป็นฐานและไม่จำกัดแต่ในสถานศึกษา สมาคมวิชาชีพ และหน่วยงานราชการเท่านั้น

- การบริโภคยาสูบ การโฆษณายาสูบ การส่งเสริมการขาย และการให้ทุนสนับสนุนของอุตสาหกรรมยาสูบ

- บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการศึกษา การฝึกอบรม และการสื่อสารควรหลีกเลี่ยงการบริโภคยาสูบ

1.2.2 การให้การศึกษา

- พัฒนาสื่อและกิจกรรมที่มีอยู่ตามความต้องการ ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชากรแต่ละกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการประเมินผลความสำเร็จ

- การใช้ข้อความในการสื่อสารจะต้องสอดคล้องกัน น่าสนใจถูกต้อง ชูใจ และเพิ่มพลัง ซึ่งต้องมีข้อมูลด้านบวกและลบให้แก่ประชาชน และใช้งานวิจัยกำกับ

- มีการกำหนดประเภทของสื่อที่ชัดเจนและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงช่องทางและเทคโนโลยีสำหรับการสื่อสาร

- มีการใช้สื่อของชุมชน เช่น สื่อท้องถิ่น การเข้าถึงกลุ่มรายได้ตัวคนในชนบท คนเมืองที่ขาดโอกาส

- มีการเพิ่มความครอบคลุมของการรณรงค์ให้การศึกษาและการสื่อสารให้มากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่ด้อยโอกาสผ่าน NGOs และภาคประชาสังคมซึ่งควรบูรณาการไปกับกิจกรรมของชุมชน

- ติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากกิจกรรม EC ในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน เช่น เพศ วัฒนธรรม และวุฒิการศึกษารวมทั้งใช้ผลการประเมินที่ได้มาปรับปรุงแผนงาน/โครงการต่อไป

1.2.3 การฝึกอบรม

- มีการระบุความต้องการสำหรับการฝึกอบรมในระดับท้องถิ่นจังหวัด ประเทศ ภูมิภาค และนานาชาติ และมีการกำหนดแผนดำเนินการและประเมินผลโครงการฝึกอบรมโดยคำนึงถึง Place, People, Practice ให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่

- มีการออกแบบการฝึกอบรมที่ใช้งานวิจัยเป็นฐานตามกลุ่มวิชาชีพหลักต่างๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการจัดทำแผนการอบรมและกำหนดวิธีการฝึกอบรมในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

- กำหนดวิธีการฝึกอบรมที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มเป้าหมายและบูรณาการแนวคิดใหม่ ๆ ลงในหลักสูตรการฝึกอบรม

- บูรณาการประเด็นต่าง ๆ เข้าหลักสูตรมหาวิทยาลัยในประเด็นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และกำหนดให้มีการฝึกอบรมเฉพาะด้านควบคุมยาสูบในการให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ รวมทั้งการศึกษาต่อเนื่องของวิชาชีพต่าง ๆ

- การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกอบรมในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และนานาชาติ

- จัดสรรงบประมาณสำหรับโปรแกรมการฝึกอบรม

- การมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน

2. การมีส่วนร่วมของประชาสังคม

2.1 การมีส่วนร่วมของประชาสังคม

- ประสานความร่วมมือ ปรีกษาหารือ และสร้างกลไกภาคีร่วมกันทั้งภาครัฐและประชาสังคม ในการวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ

- มีการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม

2.2 มีการสร้างความร่วมมือกับนานาชาติ แบ่งปันข้อมูล ความรู้ และพัฒนาเทคนิคด้าน ECT ในการควบคุมยาสูบ

3. การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

3.1 กำหนดให้มีแผนงาน ECT เพื่อให้การศึกษาแก่ประชาชนและหน่วยงานของรัฐในสาขาต่าง ๆ โดยมีประเด็นเกี่ยวกับการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ

3.2 สาธารณชนสามารถเข้าถึงฐานข้อมูล เอกสารการตรวจสอบ และข้อมูลอ้างอิงจากฐานงานวิจัย และข้อมูลที่เผยแพร่ด้านอุตสาหกรรมยาสูบจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ

3.3 มีการพัฒนาศักยภาพกำลังคนเพื่อให้สามารถติดตาม ใ้เฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยมีโปรแกรมการอบรมเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักวิจัย กลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งใน-นอกภาคสุขภาพและภาคประชาสังคม

4. การตรวจสอบและการแก้ไข

4.1 มีการติดตาม ประเมินผล และการนำผลประเมินมาใช้ในการเปรียบเทียบอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงพัฒนาแผนงานด้าน ECT

4.2 มีจัดทำรายงานในการจัดเก็บการสำรวจหรือการวิจัยโดยหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรวิชาการที่น่าเชื่อถือ

4.3 มีการใช้ประโยชน์และแบบติดตามการทำงานเพื่อสร้างความตระหนักในการดำเนินงาน

แผนการดำเนินงานหลักที่จำเป็น

1. การให้จัดการประเมินการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ แบบมีส่วนร่วมกับส่วนภูมิภาคทั้งหมด 4 ภาค และควรทำแผนปฏิบัติงานให้ชัดเจนในแต่ละหน่วยงาน

2. การให้จัดทำหลักสูตรการอบรมด้านการควบคุมยาสูบและทำการประเมินกระบวนการทั้งหมดโดยควรมีระบบการขึ้นทะเบียนผ่านการอบรม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรการให้ความรู้

แม้ผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ระบุสอดคล้องกันว่า การให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกเพียงอย่างเดียวเป็นมาตรการที่มีต้นทุนประสิทธิผลต่ำสุด (Cost-effectiveness) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน จนอาจกล่าวได้ว่าเป็นมาตรการที่ล้มเหลวในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน (Blewden & Spinola, 1999; Stead & Lancaster 2005) อย่างไรก็ตาม ความรู้ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกก็ยังคงนับว่าเป็นปัจจัยเงื่อนไขและเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของมาตรการแบบผสมผสานหรือมาตรการการระดมพลังทางสังคมของชุมชนที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน ซึ่งเงื่อนไขของการออกแบบมาตรการให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จะช่วยสนับสนุนประสิทธิผลของมาตรการอื่นๆ ได้นั้นควรมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

องค์ประกอบด้านเนื้อหาของมาตรการให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก มีอย่างน้อย 3 ประการ (Diemert et al 2013; FDA 2010) คือ

- การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพและเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และผลกระทบของการเข้าถึงบุหรี่ที่มีต่ออัตราการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มแรกของเยาวชน
- การปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกเกี่ยวกับเจตนาของกฎหมาย ความจำเป็นของการบังคับใช้กฎหมาย และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อสังคม และมาตรการลงโทษสำหรับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ฝ่าฝืนจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน
- การเสริมสร้างความรู้และทักษะในการตรวจสอบอายุหรือบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ซื้อบุหรี่และทักษะการปฏิเสธการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน

องค์ประกอบด้านวิธีการให้ความรู้

ผลการศึกษาพบว่า มาตรการให้ความรู้ที่ผ่านมามีหลากหลายวิธีการและส่วนใหญ่มักเกิดจากการผสมผสานมากกว่า 1 วิธีการ ทั้งนี้ ยังไม่มีผลการศึกษาใดยืนยันถึงประสิทธิผลของวิธีการให้ความรู้ที่ดีที่สุดแต่จะมุ่งเน้นไปที่ความเหมาะสมกับสภาพปัญหาสภาพบริบทแวดล้อม และคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ โดยพบว่า มาตรการให้ความรู้ที่มีประสิทธิผลควรจัดขึ้นหรือกระตุ้นให้เกิดขึ้นเป็นประจำอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ประกอบการร้านค้าปลีกรายใหม่หรือพนักงานจำหน่าย

สินค้ารายใหม่ (FDA, 2010) ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการให้ความรู้ได้ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และ ปิยะรัตน์ นิรมิตกษพงศ์ 2558) ดังนี้

- การใช้ช่องทางไปรษณีย์ ได้แก่ การส่งใบ-ชุดความรู้ การส่งสาเนากฎหมาย การแจ้งเตือนการบังคับใช้กฎหมาย การแจ้งผลการคุ้มครองบังคับใช้กฎหมาย และการจัดส่งชุดอุปกรณ์ เช่น คู่มือการปฏิบัติตามกฎหมาย และป้ายสัญลักษณ์การห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ให้เยาวชน เป็นต้น - การพบปะเยี่ยมเยียน (Face to face) ได้แก่ การออกพบปะเยี่ยมเยียนผู้ประกอบการร้านค้าปลีกเป็นรายบุคคลโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายหรืออาสาสมัครที่มีหน้าที่เฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายฯ ในชุมชน เพื่อให้ความรู้ตักเตือน ให้คำแนะนำ ตอบข้อซักถาม ชื่นชม และให้กำลังใจกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน

- การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (Training) เกี่ยวกับเนื้อหากฎหมาย บทลงโทษ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตามกฎหมายฯ

- การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านโครงข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น การจัดการอบรมออนไลน์ ฯ

- การให้ความรู้รายบุคคลโดยผู้ออกไปอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ (สำนักงานสรรพสามิต) การให้ความรู้แบบนี้เกิดขึ้นระหว่างขั้นตอนการขอต่อใบอนุญาตจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี

- การจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในลักษณะกลุ่มหรือชมรมนับเป็นมาตรการทางเลือกที่สามารถเสริมสร้าง การรับรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดด้านปัญญา ด้านจิต และด้านทักษะ ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนได้เป็นผลดี ซึ่งการจัดกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวควรมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ 1) มีความไวสามารถปรับเปลี่ยนเนื้อหาหลักสูตรให้สอดคล้องกับปัญหาหรือลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ข้อจำกัดด้านการอ่านออกเขียนได้ สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกที่ร่วมกระบวนการ และสามารถประยุกต์ใช้เทคนิคการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่รอบด้านโดยเป็นการผสมผสานระหว่าง การฝึกปฏิบัติจริง การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (Role play) การรับการถ่ายทอดเนื้อหาความรู้จากวิทยากร และการเรียนรู้ผ่านการจัดการความรู้จากประสบการณ์ของตนเอง 2) ต้องเอื้อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การปฏิสัมพันธ์ และการพัฒนาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนรู้ และระหว่างผู้เรียนรู้ด้วยตนเองได้มาก

ที่สุด และ 3)สามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจและทักษะของ กลุ่มเป้าหมายที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

มาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่

มาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ที่ได้รับยอมรับว่ามีประสิทธิผลและถูกนำมาใช้ อย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในต่างประเทศ ซึ่งสามารถจำแนกมาตรการบังคับใช้กฎหมาย ออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

- การควบคุมใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ (Licensing tobacco retailers)

การขอใบอนุญาตและการต่อใบอนุญาตประจำปีสำหรับจำหน่ายบุหรี่มีผลดีต่อการ จำกัดการเข้าถึงยาสูบให้เยาวชนอย่างน้อย 4 ประการ (McLaughlin, 2010) คือ 1) ทำให้ได้ฐานข้อมูลร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ที่ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน 2) สามารถ ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และสื่อหรือวัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนในการปฏิบัติตามกฎหมาย ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกได้อย่างครอบคลุม 3) ทำให้ง่ายต่อการติดตามการปฏิบัติ ตามกฎหมายของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก และ 4) เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นและ เสริมแรงในการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก

การควบคุมใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่เป็นมาตรการที่ต่อยอดมาจากระบบ ฐานข้อมูลร้านค้าปลีกที่มีประสิทธิภาพโดยถูกนำมาใช้ในการจำกัดการเข้าถึงยาสูบของ เยาวชนใน 3 กิจกรรม (Center for Public Health and Tobacco Policy, 2013) ได้แก่ 1) ควบคุมจำนวน (Number) หรือความหนาแน่น (Density) ของร้านค้าปลีกในชุมชน 2) จำกัดทำเลที่ตั้ง (Location) หรือระยะห่าง (Proximity) ของร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่จาก สถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของเยาวชน เช่น โรงเรียน สถานศึกษา สนามกีฬา และ 3) จำกัด ประเภท (Type) ของร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ เช่น ห้ามออกใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ให้กับ ร้านขายยา ซึ่งผลรวมของกิจกรรมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน (McLaughlin, 2010) ทั้งนี้เพราะว่าการควบคุมจำนวนและทำเลที่ตั้งของ ร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ช่วยลดโอกาสการสัมผัสผู้สูบบุหรี่หรือการส่งเสริมการขาย บุหรี่ที่พบเห็นตามร้านค้าปลีกในชุมชนใกล้บ้านใกล้โรงเรียน และทำให้การซื้อ-ขาย บุหรี่ให้เยาวชนไม่ใช่เรื่องปกติธรรมดาที่สามารถพบเห็นได้ง่ายทั่วไป (Adams et al, 2013)

นอกจากนี้ จากระยะทางการเดินทางที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายมากขึ้น Center for public health & tobacco policy เสนอว่า องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทใน

การกำหนดจำนวนโควตาและกำหนดขอบเขตพื้นที่ควบคุมพิเศษของร้านค้าปลีกจำหน่าย บุหรี่ที่ตั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยการงดการออกใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ให้กับ ผู้ประกอบการรายใหม่หรือไม่ออกทดแทนในกรณีรายเก่าเลิกกิจการ ด้วยเหตุผลที่ว่า การ จำหน่ายบุหรี่เป็นธุรกิจที่ก่อให้เกิดอันตรายสุขภาพโดยรวมของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะเยาวชน ดังกรณีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในหลายเมืองของรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น เมือง Santa Clara County ไม่ออกใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ ให้กับร้านขายยา และไม่ออกใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ให้กับร้านค้าปลีกในรัศมี 1,000 ฟุต รอบบริเวณโรงเรียน และกำหนดระยะห่างระหว่างแต่ละร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ไม่น้อย กว่า 500 ฟุต และเมือง Huntington Park กำหนดอัตราส่วนระหว่างจำนวนร้านค้าปลีก จำหน่ายบุหรี่ต่อจำนวนประชากรไว้ที่ 1: >1,000 เป็นต้น (Center for Public Health and Tobacco Policy, 2013)

- การสอบถามอายุหรือตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชนก่อนการจำหน่ายบุหรี่ ผลการศึกษาของ Glanz และคณะยืนยันว่าการสอบถามอายุหรือการตรวจสอบบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้ซื้อก่อนการจำหน่ายบุหรี่สามารถลดอัตราการเข้าถึงบุหรี่ของ เยาวชนลงได้ โดยมีผลการศึกษาที่ยืนยันว่าการตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ซื้อ มี ประสิทธิภาพในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนสูงกว่าการสอบถามอายุ (Glanz et al, 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Landrine และคณะที่พบว่า เยาวชนที่ถูกสอบถาม อายุสามารถซื้อบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 13.1 ในขณะที่เยาวชนที่ถูกตรวจสอบบัตรประชาชน จะซื้อบุหรี่ได้สำเร็จเพียงร้อยละ 4.1 เท่านั้น (Landrine et al, 1996)

มาตรการการใช้สื่อสาธารณะ

การใช้สื่อสาธารณะ (Media publicity strategies) ทางวิทยุ โทรทัศน์ และ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เป็นมาตรการหนึ่งในการจำกัดการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน ผล การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สื่อสาธารณะส่วนใหญ่มักมีเนื้อหาเน้นหนักไปที่การเสริมแรง ทางบวก (Positive reinforcement) เช่น การให้ความรู้ และการรณรงค์ขอความร่วมมือใน การจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนซึ่งแม้ว่าจะเพียงพอทำให้เกิดกระแสสังคมและ สามารถกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับประเด็นการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนเพิ่มขึ้นในชุมชน ก็ตาม (Simcoe County District Health, 2001) แต่การสื่อสาธารณะทางบวกก็มีผลทำให้

ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกเกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานนำบุญหรือให้เยาวชนได้เพียงเล็กน้อยและเฉพาะในช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น (Biglan et al, 1996)

การใช้สื่อสาธารณะเพื่อสื่อสารถึงเหตุผลความจำเป็นของการปฏิบัติตามกฎหมายการเผยแพร่ผลการบังคับใช้กฎหมายให้สาธารณชนรับรู้สามารถลดอัตราการจำหน่ายบุญหรือให้เยาวชนลงได้ นอกจากนี้การสื่อสารทางลบ(Negative publicity) ยังสามารถยกระดับมาตรการบังคับใช้กฎหมายด้วยการกระตุ้นให้ผู้นำชุมชน ตราวจ อัยการ และศาลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด รวมถึงลงโทษผู้กระทำความผิดอย่างจริงจังอีกด้วย (Feighery, et al, 1991)

มาตรการการเสริมแรงทางบวก และการเตือนความจำ

Biglan และคณะ (2013) ได้ทดลองใช้มาตรการเสริมแรงทางบวกด้วยการมอบประกาศนียบัตร และส่งจดหมายแสดงความขอบคุณผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ไม่จำหน่ายบุญหรือให้เยาวชน และการส่งจดหมายเตือนความจำเกี่ยวกับข้อกฎหมาย หรือการส่งเอกสารเกี่ยวกับข้อเรียกร้องหรือการให้การสนับสนุนต่อกฎหมายดังกล่าวของคนในชุมชนถึงผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ยังจำหน่ายบุญหรือให้เยาวชน ผลการทดลอง พบว่าสามารถลดอัตราการจำหน่ายบุญหรือให้เยาวชนลงได้โดยเฉพาะกับชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดในการดำเนินมาตรการบังคับใช้กฎหมายเชิงรุก และเป็นมาตรการที่ให้ผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันเมื่อนำไปใช้ในการลดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชน นอกจากนี้ยังมีการนำการเสริมแรงทางบวก และการเตือนความจำมาใช้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในมาตรการแบบผสมผสาน ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนลงได้อีกด้วย (Flewelling, et al., 2013; 264 - 277)

มาตรการแบบผสมผสานและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า วิธีการผสมผสานระหว่างการให้ความรู้ การใช้สื่อสาธารณะ และการบังคับใช้กฎหมายเป็นมาตรการที่มีผู้สนใจศึกษาไว้จำนวนมาก (Jason, LA et al., 1991; Gemson DH et al., 1998; Ma GX, et al., 2001) ทั้งนี้ แม้ว่ามาตรการแบบผสมผสานดังกล่าวจะสามารถกระแสดความสนใจจากคนในชุมชนได้ แต่ก็มีประสิทธิผลเพียงเล็กน้อยในการลดอัตราการจำหน่ายบุญหรือให้เยาวชน (Feighery, E et al 1991)

Howard และคณะ ยืนยันว่า มาตรการการจำกัดการเข้าบุญหรือของเยาวชนจะประสบผลสำเร็จไม่ได้เลยหากในเบื้องต้นชุมชนยังไม่ยอมรับว่าการเข้าถึงบุญหรือของเยาวชน

เป็นปัญหาของชุมชน และการรับรู้ปัญหาของชุมชนจะนำไปสู่การตระหนักรู้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในชุมชนและภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ต้องระดมพลังทางสังคมเพื่อทำให้อุปสรรคในการดำเนินมาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ยาสูบของเยาวชนในชุมชนลดลง ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนในลักษณะดังกล่าวมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกด้านการรับรู้ และพฤติกรรมการเข้าถึงบุหรี่ยาสูบของเยาวชนในชุมชนนั้นๆ อีกด้วย (Forster JL, et al., 2000) ดังนั้น การผสมผสานมาตรการร่วมกับการระดมพลังทางสังคมหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้สภาพบริบทที่เป็นอยู่จริงจึงได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการลดการเข้าถึงบุหรี่ยาสูบของเยาวชน และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนในชุมชนด้วย (Altman D 1999)

Keay และคณะ (1993) ศึกษามาตรการแบบผสมผสานและการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักและการระดมพลังทางสังคมจากสมาชิกในชุมชน 2) การพบปะเยี่ยมเยียนผู้ประกอบการร้านค้าปลีกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเพื่อให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร 3) การฝึกทักษะที่จำเป็นให้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในการตรวจสอบอายุจริงของลูกค้าก่อนจำหน่ายบุหรี่ยาสูบ การปฏิเสธการจำหน่ายบุหรี่ยาสูบให้เยาวชน และการจับผิดการโกหกอายุจริงของเยาวชนที่มาขอซื้อบุหรี่ยาสูบ 4) การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการเข้าถึงบุหรี่ยาสูบของเยาวชน และ 5) การเสริมแรงทางบวกด้วยการส่งจดหมายชื่นชมยินดีกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ปฏิบัติตามกฎหมายสามารถลดอัตราการจำหน่ายบุหรี่ยาสูบให้เยาวชนลงได้ร้อยละ 40 อย่างต่อเนื่องแม้การทดสอบภายหลังจากดำเนินมาตรการไปแล้ว 6 เดือนก็ตาม (Keay, et al 1993)

Altman และคณะได้ดำเนินการวิจัยเชิงทดลองระยะยาวระยะเวลา 3 ปีเพื่อศึกษาประสิทธิผลของมาตรการแบบผสมผสานในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ยาสูบของเยาวชน ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก คือ

1) มาตรการให้ความรู้และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้ปัญหาการเข้าถึงบุหรี่ยาสูบของเยาวชนในชุมชนโดยการใช้สื่อสาธารณะที่หลากหลาย ได้แก่ หนังสือพิมพ์ การส่งจดหมายเวียน การติดป้ายรณรงค์ ณ จุดจำหน่ายบุหรี่ยาสูบ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในมหกรรมแสดงสินค้าต่างๆ

2) การระดมพลังทางสังคมจากสมาชิกและภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน โดยการนำเสนอปัญหาต่อสภาท้องถิ่นและการจัดประชุมกลุ่มย่อยของผู้สนใจเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และการจัดหาทรัพยากรในการจัดการปัญหาการเข้าถึงบุนุรีของเยาวชนในชุมชน 2) มาตรการให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการเข้าถึงบุนุรีของเยาวชน (2) การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติและการจำหน่ายบุนุรีให้เยาวชน ได้แก่ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และการใช้ป้ายสัญลักษณ์หน้าร้านค้าปลีก (3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและเสริมสร้างแรงจูงใจโดยองค์กรต่างๆ ในชุมชน และ (4) การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อกำหนดผ่านการออกพบปะเยี่ยมเยียนผู้ประกอบการร้านค้าปลีก การส่งจดหมายและการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสอบถาม

3) มาตรการขับเคลื่อนเชิงนโยบายระดับท้องถิ่น ได้แก่ (1) การนำเสนอปัญหาและอภิปรายเกี่ยวกับข้อจำกัดของนโยบายการจำกัดการเข้าถึงยาสูบของเยาวชนในสภาท้องถิ่น และ (2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานหรือคาประกาศของสภาท้องถิ่นให้สมาชิกในชุมชนรับรู้

4) มาตรการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ (1) การส่งจดหมายที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายในชุมชนเพื่อแสดงความขอบคุณผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ปฏิบัติตามกฎหมาย และ (2) การพบปะพูดคุยเพื่อชี้แจงถึงโอกาสในการถูกฟ้องร้องดำเนินคดีกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่กระทำผิดกฎหมาย ผลการศึกษาพบว่าในการทดสอบซื้อบุนุรีโดยเยาวชนในครั้งแรกมีอัตราการจำหน่ายบุนุรีให้เยาวชนร้อยละ 57.0 และไม่พบการกระทำดังกล่าวเลยในการทดสอบครั้งสุดท้าย

Biglan และคณะได้ดำเนินการศึกษามาตรการแบบผสมผสานที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักคือ 1) การระดมพลังทางสังคมจากสมาชิกในชุมชนเพื่อร่วมสนับสนุนการจัดการปัญหาการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน 2) การให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก 3) การชี้แจงผลกระทบที่เกิดจากการจำหน่ายบุนุรีให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก 4) การใช้สื่อสาธารณะเผยแพร่รายชื่อผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ปฏิบัติตามกฎหมาย และ 5) การส่งจดหมายเตือนผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายบุนุรีให้เยาวชน ผลการศึกษาพบว่า มาตรการแบบผสมผสานที่มุ่งเน้นการระดมพลังทางสังคม

และการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกสามารถลดอัตราการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนลงได้ (Biglan, A. et al, 1996)

สำหรับประเทศไทย พบว่า มีการพัฒนามาตรการแบบผสมผสานในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้อย่างหลากหลาย แต่ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่ที่การวัดประสิทธิผลที่เกิดขึ้นอย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่าแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการระดมพลังทางสังคมของชุมชนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของมาตรการแบบผสมผสานซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ในระดับปฏิบัติการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการระดมพลังทางสังคมจากชุมชน ประกอบด้วย 2 แนวทาง คือ

- การใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เริ่มต้นด้วยกระบวนการให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก สมาชิกในชุมชน และภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ การจัดประชุม การจัดอบรม การพบปะเยี่ยมเยียน การให้สุขศึกษา และการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ในชุมชน หลังจากนั้นจึงใช้กระบวนการวิเคราะห์และวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนด้วยเทคนิควิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การจัดประชาคม การจัดประชุมกลุ่ม การจัดตั้งชมรม และการใช้มาตรการทางสังคม

การประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) และการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงพัฒนาตามกระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) โดยกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับมาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนในชุมชนเป็นผู้วางแผนแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ตั้งแต่การออกแบบการสำรวจข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การติดตามประเมินผล และการสรุปบทเรียน (อัมพรไวยโกศา และคณะ 2556) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการดังกล่าวมีความแตกต่างกันตามศักยภาพในระดับพื้นที่ของแต่ละชุมชน ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายสตรี (วาริรัตน์ แสนเสนาและคณะ 2556) กลุ่มเยาวชนและสภายาวชน (บุญพิสิฐวิทย์ ธรรมกุล และคณะ 2556) กลุ่มอาสาสมัคร ในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน (ณัฐวิชัย สมวรรณเรศวร์ และคณะ 2556) และกลุ่มชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน

นอกจากมาตรการแบบผสมผสานและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจำกัดการเข้าถึงยาสูบของเยาวชนจะได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลสูงแล้วยังถูกระบุว่าเป็นมาตรการที่มีความยั่งยืนด้วย ทั้งนี้เพราะว่ามาตรการลักษณะดังกล่าวทำให้เกิดการรับรู้และการระดมพลังทางสังคมในชุมชนอย่างต่อเนื่องกระทั่งสามารถทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการยอมรับในเรื่องการเข้าถึงและการสูบบุหรี่ของเยาวชนของสมาชิกในชุมชน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนด้วย (Biener et al, 2000; U.S. Department of Health and Human Services, 2000)

การจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนโดยดำเนินการในลักษณะแผนงานองค์รวมระหว่างการจำกัดเข้าถึงบุหรี่ทั้งจากแหล่งจำหน่ายโดยตรงและแหล่งทางสังคมอื่นๆ การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มเยาวชน และการจัดบริการเลิกบุหรี่ โดยมาตรการดังกล่าวต้องครอบคลุมทั้งในระดับชุมชน โรงเรียน การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และกลุ่มเยาวชน (California Department of Health Services, Tobacco Control Section, 1998; Biener et al, 2000; U.S. Department of Health and Human Services, 2000)

การใช้ภาพคำเตือน

ภาพคำเตือนมีวัตถุประสงค์เป็นการให้ความรู้และเตือนถึงพิษของยาสูบ ในอดีตหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบบริษัทบุหรี่ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารภาพลักษณะของตราสินค้าผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบ่งชี้เอกลักษณ์ของผู้ที่สูบบุหรี่ ดังนั้น ตัวหีบห่อผลิตภัณฑ์เป็นสิ่งที่สร้างจุดขายให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในปัจจุบัน กฎหมายบังคับให้บริษัทบุหรี่มีภาพคำเตือนขนาดใหญ่

การสื่อสารให้ความรู้กับสาธารณะ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดวันงดสูบบุหรี่โลก (World No Tobacco Day) คือวันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก ซึ่งเริ่มมีการจัดงานครั้งแรกในวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2531 เนื่องจากองค์การอนามัยโลกเล็งเห็นอันตรายของบุหรี่และสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ รวมถึงผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ต้องมารับควันบุหรี่ด้วย จึงจัดงานวันงดสูบบุหรี่โลก หรือชื่อในภาษาอังกฤษว่า World No Tobacco Day เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่สูบบุหรี่หรืออยู่เลิกสูบ และให้รัฐบาลชุมชน และประชากรโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งยังได้ประกาศให้มีการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ใช้ชื่อว่า World Epidemic ซึ่งสื่อถึงการสูบบุหรี่ที่เป็นเหมือนโรคระบาดที่ระบาดอยู่ทั่วโลก โดยในวันงดสูบบุหรี่โลกในแต่ละปี ก็จะมีคำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลกที่แตกต่างกันออกไป คำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลก พ.ศ. 2557 คือ บุหรี่ : ภาษียิ่งเพิ่ม คนตายยิ่งลด (Raise taxes on tobacco) คำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลก 2558 คือ หนุนกฎหมายบุหรี่ใหม่ เพื่อคุณภาพชีวิตคนไทย (Stop illicit trade of tobacco)

products) คำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลก 2559 คือ ซองบุหรี่แบบเรียบ อดภัยเจียบ อดโรค (Get ready for plain packaging)

นโยบายป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก แนวโน้มที่มีการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนและสตรีในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศแถบเอเชีย ซึ่งยังมีอัตราการใช้ยาสูบในเยาวชนและสตรีต่ำ จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของธุรกิจยาสูบ ประกอบกับกระแสโลกาภิวัตน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว และปัจจัยภายนอกจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สังคม และกฎหมาย นโยบายภาครัฐ โดยส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย (จรัญ อุสาหะและคณะ 2558)

บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดแรกที่ยั่วยุติด เป็นสื่อนำไปสู่การติดสารเสพติดอื่นๆ ที่ร้ายแรงกว่า เช่นสุรา เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า และพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการะโรคสูงเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ นโยบายการควบคุม ป้องกันการใช้ยาสูบในเยาวชนไทย จากกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมในทุกมิติพบว่า ปัจจัยในระดับสังคม/นโยบายสาธารณะโดยเฉพาะการออกกฎหมาย และการขึ้นภาษีบุหรี่มีผลในเชิงการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย และปัจจัยในระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ การมีตัวแบบที่ดีจากพ่อแม่ บุคคลในครอบครัว ครู และบุคคลที่มีชื่อเสียงมีผลในเชิงการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ซึ่งในประเทศไทยพบว่า มีการดำเนินการเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในระดับต่างๆ แต่ยังขาดความเชื่อมโยงที่ชัดเจนในแต่ละระดับ และพบว่า ปัจจัยในระดับชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังมีการดำเนินการไม่ตรงกับปัจจัยป้องกันที่ค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ สรุปได้ว่า การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน จะสำเร็จได้ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกระดับ ตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม และให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างระดับในทุกมิติด้วย

ยุทธศาสตร์ (strategies) ที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศที่นำเสนอในบทนี้คือการป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิเวศวิทยาสูบรายใหม่ ซึ่งประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ 3 ยุทธวิธี ได้แก่ (จรัญ อุสาหะ และคณะ 2558)

1) ให้ความรู้แก่เยาวชนและครู และส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์ต่อต้านการบริโภคยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาสูบต่อสุขภาพ และกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ

2) ฝึกอบรมและสร้างการมีส่วนร่วมของครู

3) ดำเนินการโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่

4) สร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อรณรงค์ป้องกันการริเริ่มการสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชน

5) สนับสนุนให้เยาวชนเป็นผู้นำในการควบคุมยาสูบ (Youth advocacy group)

2) ปกป้องเด็กและเยาวชนจากความเขี้ยววน (Appeal) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1) ควบคุมการโฆษณาและการตลาดของธุรกิจยาสูบ

2) ขจัดกาแสดงผลิตภัณฑ์ในสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (วิทยุโทรทัศน์อินเทอร์เน็ต)

3) ขจัดการอุปถัมภ์ต่างๆ และการทำกิจกรรมเพื่อรับผิดชอบต่อสังคมของธุรกิจยาสูบ(Corporative Social Responsibility: CSR)

4) จำกัดการเขี้ยววนโดยบุคคลต้นแบบ (Role models) ซึ่งรวมถึงบิดามารดา เพื่อนหรือรุ่นพี่ และดารา

5) ขจัดความเขี้ยววนจากผลิตภัณฑ์รูปแบบและรสชาติใหม่ ซึ่งบริษัทบุหรี่ย่นำออกสู่ตลาด

3) ป้องกันและขจัดการเข้าถึง (Access) ยาสูบของเด็กและเยาวชน ยุทธวิธีนี้รวมถึงการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังใน 6 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1) ห้ามการจำหน่ายแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปี

2) ห้ามจำหน่ายโดยเครื่องอัตโนมัติ

3) ห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย

4) ห้ามจำหน่ายปลีกเป็นมวนหรือเป็นซองซึ่งมีบุหรี่ย่น้อยกว่า 20 มวน

5) ห้ามจำหน่ายทางไปรษณีย์และทางอินเทอร์เน็ต

ผลการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน ประกอบด้วย 7กลุ่มปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านราคาจำหน่ายบุหรี่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของเยาวชน ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ และฐานะทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการได้รับสื่อหรือเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ของเยาวชน ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ระยะเวลาประกอบอาชีพค้าขาย การมีค่านิยมทางเศรษฐกิจ ทศนคติต่อนิยามคำว่าเยาวชน ประสบการณ์เกี่ยวกับมาตรการบังคับใช้กฎหมายในชุมชน การตรวจสอบอายุของผู้ซื้อบุหรี่ การแบ่งจำหน่ายบุหรี่แบบแยกมวน และการอำนวยความสะดวกให้ลูกค้าในการซื้อและเสพบุหรี่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของร้านค้าปลีก ได้แก่ ประเภทของร้านค้าปลีก การจำหน่ายแบบบริการตัวเอง วันและช่วงเวลาการซื้อบุหรี่ของเยาวชน ความหนาแน่นของจำนวนร้านค้าปลีกบุหรี่ในชุมชนและโดยรอบโรงเรียน และระยะห่างจากร้านค้าปลีกถึงแหล่งที่พักอาศัยของเยาวชน ปัจจัยด้านการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายในชุมชน และปัจจัยด้านบรรทัดฐานและการมีส่วนร่วมของชุมชน

มาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน พบว่า การให้ความรู้เป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการบังคับใช้กฎหมาย แต่ก็ยังเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการรับรู้และกระบวนการคิดของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ซึ่งมาตรการให้ความรู้ควรประกอบด้วยเนื้อหาอย่างน้อย 3 ส่วนคือ 1) ผลกระทบที่เกิดจากการเข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายของเยาวชน 2) การปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกเกี่ยวกับเจตนาภรณ์ของกฎหมายและความจำเป็นของการบังคับใช้กฎหมาย และ 3) การเสริมสร้างความรู้และทักษะในการตรวจสอบอายุ และทักษะการปฏิเสธการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน นอกจากนี้ ต้องมีการประยุกต์ใช้วิธีการให้ความรู้ได้อย่างหลากหลายให้เหมาะสมตามสถานการณ์ปัญหา ประกอบด้วย การใช้ช่องทางไปรษณีย์การพบปะเยี่ยมเยียนเป็นรายบุคคล การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านโครงข่ายอินเทอร์เน็ต การให้ความรู้รายบุคคลโดยผู้ออกไปอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ และการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในลักษณะกลุ่มหรือชมรม

มาตรการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ การควบคุมใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่การสอบถามอายุหรือตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชนก่อนการจำหน่ายบุหรี่ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครระดับชุมชนในการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่

ของเยาวชนในชุมชนและการลงโทษผู้กระทำผิด ด้วยการตักเตือน การปรับ การยึดใบอนุญาตชั่วคราว และฟ้องร้องดำเนินคดี ทั้งนี้ มาตรการบังคับใช้กฎหมายจะมีประสิทธิผลเพียงใดนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญประกอบด้วย งบประมาณ ความถี่ในการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย ขั้นตอนการล่อซื้อบุหรี่โดยเยาวชน และการลงโทษผู้กระทำความผิด

การใช้สื่อสาธารณะทางลบด้วยการเผยแพร่รายชื่อและรายละเอียดเกี่ยวกับการกระทำความผิดของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนก็เป็นอีกมาตรการทางเลือกที่พบว่าสามารถเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามกฎหมายการห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนได้ดีกว่าการใช้สื่อสาธารณะในการให้ความรู้หรือการรณรงค์ขอความร่วมมือ ในขณะที่การเสริมแรงทางบวกด้วยการมอบประกาศนียบัตร การส่งจดหมายแสดงความขอบคุณผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ไม่จำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน และการส่งจดหมายเตือนความจำเกี่ยวกับข้อกฎหมาย พบว่าสามารถลดอัตราการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนลงได้โดยเฉพาะกับชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดในการดำเนินมาตรการบังคับใช้กฎหมายเชิงรุก

นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันจำนวนมากระบุว่า มาตรการแบบผสมผสานและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูงสุดและยั่งยืนในการลดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน และสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนลงได้โดยการผสมผสานระหว่างการให้ความรู้ การสร้างความตระหนักและการระดมพลังทางสังคมจากสมาชิกในชุมชน การให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นให้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในการตรวจสอบอายุจริงของลูกค้าและการปฏิเสธการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน การใช้สื่อสาธารณะเผยแพร่รายชื่อผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ปฏิบัติตามกฎหมาย การขับเคลื่อนเชิงนโยบายระดับท้องถิ่นและการดำเนินมาตรการบังคับใช้กฎหมายในชุมชน ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการระดมพลังทางสังคมของชุมชนนั้นสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้โดยการใช้กระบวนการสร้างการปฏิสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ การจัดประชาคม การจัดประชุมกลุ่ม การจัดตั้งชมรม และการใช้มาตรการทางสังคม ตลอดจนการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีกลุ่มเป้าหมายแตกต่างกันตามศักยภาพในระดับพื้นที่ของแต่ละชุมชน ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายสตรี กลุ่มเยาวชนและสภาเยาวชน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน และกลุ่มชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน

เงื่อนไขความสำเร็จของการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนนั้นอยู่ที่การดำเนินงานในลักษณะแผนงานองค์รวมที่ผสมผสานระหว่างการจำกัดเข้าถึงบุหรี่ทั้งจากแหล่งจำหน่ายและแหล่งทางสังคมอื่นๆ การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การใช้สื่อสร้างกระแสทางสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และการห้ามแบ่งจำหน่ายบุหรี่แบบแยกมวน

นโยบายป้องกันในผู้ใหญ่ได้รับควันบุหรี่

ประเทศไทยเป็นประเทศต้นแบบการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey : GATS) ในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระดับนานาชาติ หลังจากที่ได้ดำเนินการครั้งแรกเมื่อพ.ศ. 2552 ผลการสำรวจปรากฏว่า จำนวนคนไทยที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีผู้สูบบุหรี่ทุกชนิดรวม 13 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2552 จำนวน 5 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 24 ผู้ชายสูบบุหรี่ร้อยละ 46.6 ผู้หญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 2.6 โดยสูบบุหรี่จากโรงงานอย่างเดียวมากที่สุด 5.1 ล้านคน รองลงมาคือบุหรี่มวนเอง 4.7 ล้านคน สูบทั้งบุหรี่จากโรงงานและมวนเอง 3.1 ล้านคน และสูบบุหรี่ชนิดอื่นๆ เช่นไปป์ ชิการ์ บาราเก้ 1 แสนคน และมีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว 4.5 ล้านคน และผลสำรวจยังพบว่า มีคนไทยที่สูดควันบุหรี่มือสองในตลาดสดหรือตลาดนัดมากที่สุดร้อยละ 68.8 ในบ้านร้อยละ 36 และในที่ทำงานร้อยละ 30.5 ส่วนเรื่องการโฆษณาบุหรี่ซึ่งกฎหมายห้ามโฆษณาทุกสื่อพบว่าประชาชนร้อยละ 18.2 ยังเห็นโฆษณานูหรีโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งโชว์ของนูหรีที่ร้านค้า นอกจากนี้ประชาชนร้อยละ 34.3 ยังคงมีความเชื่อว่า นูหรีมวนเองมีอันตรายน้อยกว่านูหรีผลิตจากโรงงาน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในชนบท มีการศึกษาน้อย

จากการเปรียบเทียบข้อมูลผลการสำรวจทั้ง 2 ครั้งในปี พ.ศ.2552 และ 2554 พบว่ามี 3 ประเด็น ได้แก่

- 1.การสัมผัสควันนูหรีในสถานที่ทำงานและที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดนูหรีตามกฎหมาย ยังไม่ลดลง โดยเฉพาะในตลาดสด ตลาดนัด จึงควรเพิ่มมาตรการบังคับใช้กฎหมายอาทิ ปรับปรุงพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535และนำบทลงโทษอื่นๆ มาใช้ เช่น การยกเลิกใบอนุญาตการเปิดกิจการ ร้านอาหาร ภัตตาคาร และกำหนดอัตราค่าปรับเพิ่มขึ้น

2. ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ลดลง แต่แนวโน้มการให้บริการเลิกยาสูบดีขึ้น จึงควรมีมาตรการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้เลิกยาสูบ อาทิ ให้ สสส. สปสช. จัดบริการช่วยเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ ให้คำปรึกษา การใช้ยาอดบุหรี่ และให้อสม. ช่วยค้นหาและให้คำแนะนำแก่ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่

3. การเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย โดยเฉพาะการซื้อแบบแบ่งมวนขาย และผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันชนิดบุหรี่ของสูบหรือซองราคาถูกเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว มาตรการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ อาทิ เข้มงวด การตรวจเตือน ประชาสัมพันธ์ และร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคมเฝ้าระวังร้านค้าจำหน่ายบุหรี่แก่ผู้ซื้อที่ต่ำกว่า 20 ปี ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ และบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังกับร้านค้าที่ฝ่าฝืน (กระทรวงสาธารณสุข 2555)

โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี พ.ศ.2554 (Global Adult Tobacco Surveys: GATS 2011) ซึ่งเป็นการติดตาม กำกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ชนิดมีควันและไม่มีควัน รวมถึงประเมินผลการควบคุมยาสูบที่เป็นระบบและเป็นมาตรฐาน ในส่วนประเทศไทย ปี พ.ศ.2554 พบว่า มีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองจากบ้านคิดเป็นร้อยละ 36 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555: 8)

ข้อมูลจาก Euro-monitor International Report ชี้ว่าผู้สูบบุหรี่คนไทยนิยมบุหรี่รสเข้มหรือรสมาตรฐาน (standard) โดยที่บุหรี่รสเมนทอลหรือรสอ่อนมีส่วนแบ่งการตลาดประมาณ 1 ใน 5 และมีแนวโน้มที่จะได้ส่วนแบ่งการตลาดเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากการที่มีผู้สูบบุหรี่แบบครั้งคราวมากขึ้นและคนมีการรับรู้ว่าบุหรี่รสอ่อนมีความปลอดภัยสูงกว่าบุหรี่ทั่วไป โรงงานยาสูบเน้นการออกแบบผลิตภัณฑ์ราคาถูกสำหรับตลาดล่าง ในขณะที่บริษัทบุหรี่นำเข้าเน้นการสร้างความปลอดภัยของแบรนด์เพื่อให้กลุ่มผู้หญิงและเยาวชนเข้าถึงได้มากขึ้น (Euromonitor International report 2009)

งานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยเชิงนโยบาย

1. ควรสร้างการรับรู้ถ่ายทอด/สื่อสารเกี่ยวกับนโยบายควบคุมยาสูบ/แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ไปยังหน่วยงานระดับต่างๆ รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน และใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการทบทวน/ประเมินผลการออกนโยบายควบคุมยาสูบและแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ทั้งในภาพรวม ระดับจังหวัด และในประเด็นย่อยว่ามีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการควบคุมยาสูบของประเทศ

3. ควรมีการบูรณาการนโยบายการควบคุมยาสูบ และการดื่มแอลกอฮอล์เข้าด้วยกันทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยทำงานคู่ขนานไปด้วยกัน

4. ควรนำกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model) ตั้งแต่ระดับนโยบาย องค์กรชุมชน ครอบครัว และบุคคล มาใช้วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบของทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน

5. แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคมในการควบคุมป้องกันการสูบบุหรี่

จากกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลแบบพหุมิติ (multi-dimensional prevention) โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม 5 ระดับคือระดับบุคคลระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม เพราะเชื่อว่าในความเป็นจริงพฤติกรรมของบุคคลย่อมมีได้เกิดขึ้นจากอิทธิพลภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังสามารถได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคล ครอบครัว เพื่อน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้บริหารองค์กร ผู้นำชุมชน และผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ ในการนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคมมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากองค์ประกอบส่วนบุคคลและองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีความสลับซับซ้อน บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรย่อมได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ เนื่องจากบุคคลต้องปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมไม่ทางตรงก็ทางอ้อมตลอดเวลา องค์กรด้านสุขภาพหลายแห่งสนับสนุนให้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชากรอย่างจริงจัง อาทิเช่น ศูนย์

ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) และศูนย์ควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บแห่งชาติของประเทศไทย เป็นต้น

Bronfenbrenner, 2009 ได้เสนอแนวคิดเพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมใน 4 ระบบ ซึ่งในแนวคิดนี้ได้แบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็นระบบอย่างต่อเนื่องกัน โดยแต่ละระบบจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้วย แบ่งออกเป็น 4 ระบบคือ 1) ระบบจุลภาค (micro-system) ให้ประสบการณ์โดยตรงต่อตัวบุคคลมากที่สุด ประกอบด้วย อิทธิพลภายในตัวบุคคลและอิทธิพลระหว่างบุคคล 2) ระบบปฏิสัมพันธ์ (meso-system) เป็นระบบสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงระบบจุลภาค เช่น ครอบครัวกับโรงเรียน ครอบครัวกับระบบบริการสุขภาพ 3) ระบบภายนอก (exo-system) เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งส่งผลโดยตรงต่อบุคคล 4) ระบบมหภาค (macro-system) เป็นระบบใหญ่ที่สุดของสังคม ที่ประกอบไปด้วย บทบาท กฎหมาย มาตรฐานของสังคมที่มีผลต่อการสืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง

ต่อมา McLeroy และคณะ (McLeroy KR et. al., 1988) ได้นำแนวคิดศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมมาประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพ โดยตั้งข้อสันนิษฐานว่า การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมในสภาพแวดล้อมทางสังคมจะสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล และการสนับสนุนพฤติกรรมระดับบุคคลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมด้วย กรอบแนวคิดหลักของ McLeroy คือ พฤติกรรมของบุคคลจะได้รับผลกระทบมาจากหลากหลายระดับของอิทธิพล และในแต่ละระดับของอิทธิพลนั้นจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเสมอ ซึ่งระดับของอิทธิพลดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล 2) ระดับระหว่างบุคคล 3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน (institutional level) 4) ระดับชุมชน (community level) 5) ระดับสังคม (social level)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผลการสังเคราะห์ผลการศึกษิตตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะมีรายละเอียด ดังนี้ (Bronfenbrenner, U., 2009; วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, ประศักดิ์ สันติภาพ, 2547; สมพล วันดีตะเมศ, 2558; จุรีย์ อุสาหะและคณะ 2558)

ระดับบุคคล

1) การวางเป้าหมายมุ่งอนาคต (มีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน คือ การวางแผน การคาดการณ์อนาคตการมองปัจจุบัน และการวางเป้าหมายอนาคต)

2) การศึกษาเจตคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น (มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ ความรู้สึกเชิงบวกกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและความรู้สึกเชิงลบกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น) ปัจจัยด้านของความรู้สึกภูมิใจในตนเอง เป็นหนึ่งปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของเยาวชน โดยเยาวชนที่พูดว่า “do some things wrong” ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าเยาวชนที่พูดว่า “do most things ok” (OR = 3.16, 95% CI = 1.71-5.84). ทศนคติหรือเจตคติมีกำเนิดมาจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล และมีผลต่อการตัดสินใจหรือตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผลที่กล่าวว่า ทศนคติเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดพฤติกรรมถ้ามีความรู้สึกชอบ เห็นด้วยหรือรู้สึกว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ แล้วมีประโยชน์ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูง ทำให้ทศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่ (จรัญ อุสาหะและคณะ 2558)

3) การรับรู้ภาพลักษณ์ทางบวกและลบของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ที่ถูกต้องและมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องมากขึ้น มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และมีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ที่ถูกต้องมากขึ้นการรับรู้ถึงค่านิยมในการสูบบุหรี่ของบรรดาผู้ที่ประสบความสำเร็จหรือมีชื่อเสียงเป็นความสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ความพยายามจะสูบบุหรี่ และความอ่อนไหวที่จะสูบบุหรี่

4) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และส่งผลต่อการตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล อันจะนำมาซึ่งพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัติได้ สอดคล้องกับ แนวคิดของแบนดูรา ที่กล่าวว่า การรับรู้ในความสามารถของบุคคลเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการกระทำของมนุษย์ ที่จะนำไปสู่ผลที่พึงปรารถนาได้เช่นกัน ทำให้

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่

5) ความอยากทดลองสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เริ่มสูบบุหรี่ ครั้งแรกอายุเฉลี่ยเท่ากับ 11.07 ปี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน ประกอบด้วยปัจจัยภายในของตัวเด็กเอง ได้แก่การเห็นเพื่อนสูบบุหรี่แล้วอยากสูบบ้าง อยากให้เพื่อนยอมรับเข้ากลุ่ม การไม่รู้ว่าจะมีปฏิสัมพันธ์เมื่อเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่อย่างไร ความอยากรู้หรืออยากลอง การรับรู้หรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ เช่น “บุหรี่เลิกได้ง่ายสูบลแล้วไม่ติด” หรือ “รู้สึกว่าคุณที่สูบบุหรี่ ใก้หรือเท่า” เป็นต้น การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชายในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.6) การจัดการกับความเครียด 7) การปฏิเสธการชักชวนให้สูบบุหรี่ และความเชื่อมั่นในตนเอง 8) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

ระดับระหว่างบุคคล

1) การต้านทานอิทธิพลกลุ่มเพื่อน (มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ การกำกับตัวให้เข้ากับกลุ่ม และการได้รับอิทธิพลกลุ่มเพื่อน)

2) การไม่ยุ่งเกี่ยวกับเพื่อนที่สูบบุหรี่

3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือการใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เด็กนักเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น ในประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น สาเหตุของการสูบบุหรี่และความคิดเห็นที่มีต่อการสูบบุหรี่ พร้อมทั้งจัดให้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์และการจัดการอารมณ์โดยการอภิปรายและฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และให้ความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และทักษะการปฏิเสธแก่เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย ร่วมกับการทบทวนความรู้ทักษะ และสร้างพันธะสัญญาร่วมกันที่จะไม่สูบบุหรี่

4) กระตุ้น และให้กำลังใจ

5) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่หรือร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยให้ผู้ปกครองที่มีความรู้สึกใกล้ชิดกับ นักเรียนมากที่สุดอาจเป็น บิดามารดา หรือญาติมีส่วนร่วมโดยมีบทบาทในการส่งเสริม สุขภาพด้วยการพูดคุยเกี่ยวกับโทษของบุหรี่และความคาดหวังของครอบครัวที่บ้านโดยใช้ หลักการสื่อสารที่ดีและกระตุ้นเตือนและติดตามให้มีการปฏิบัติจริง

6) ครอบครัวและการเลี้ยงดู พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นจะมีอิทธิพลมาจาก การปฏิบัติของพ่อแม่การเลี้ยงดูของครอบครัว รวมถึงการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และการกระทำความผิดกฎหมาย มาตรการและการตรวจสอบโดยผู้ปกครอง รูปแบบการ อบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ใกล้ชิด การสื่อสารของผู้ปกครองและการเลี้ยงดูของครอบครัว ความใกล้ชิดของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการลดลงของการใช้บุหรี่และทั้งสอง เด็กน้อยและจริงจัง นอกจากนี้ ผู้ปกครองที่มีรายได้และระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่ เยวชนสูบบุหรี่มากกว่า

7) เพื่อน พบว่าความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งมากที่สุดต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ใน Logistic models คือการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ การศึกษาควรมุ่งเน้นไปที่เพื่อนๆ และ ครอบครัว เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ให้กับวัยรุ่นครึ่งหนึ่งของนักเรียน (50.7%) มา จากครอบครัวที่สูบบุหรี่ และมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ อิทธิพลกลุ่มเพื่อนและครอบครัวมีผลต่อการ สูบบุหรี่ครั้งแรกของเยาวชน นักเรียนคนที่มีเพื่อนสูบบุหรี่จำนวนมากนั้น มีแนวโน้มที่จะสูบ บุหรี่ในอนาคตมากกว่านักเรียนที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ นักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่มีความตั้งใจที่จะ สูบบุหรี่ในอนาคตจากการชักชวนของเพื่อนประมาณ 5.29 ครั้ง ซึ่งนักเรียนกลุ่มนี้มี แนวโน้มจะสูบบุหรี่ในอนาคตมากกว่านักเรียนที่ไม่มีเพื่อนชักชวน (95% CI = 3.75-7.46) การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ระดับ .01 โดยนักเรียนชายที่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เยาวชนเริ่มสูบ บุหรี่คือ เพื่อน เยาวชนมากกว่าร้อยละ 98 มีเพื่อนที่สูบบุหรี่

8) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ ของผู้อื่น (vicarious experiences) โดย การให้เรียนรู้จากวัยรุ่นที่มีลักษณะดึงดูดความสนใจ มีอายุและเพศใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างและประสบความสำเร็จในการหาทางออกจากสถานการณ์เสี่ยง ต่อการสูบบุหรี่ ผ่านวีดิทัศน์ รวมทั้งให้นักเรียนได้แสดงความรู้สึกและสะท้อนคิดการได้เรียนรู้จาก ประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมี

ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมและเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น

ระดับสถาบัน/องค์กร ได้แก่ 1) การมีมาตรการป้องกันการใช้สารเสพติดในโรงเรียนสอดคล้องกับนโยบายด้านการดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับสถานศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2) มีโปรแกรมหรือกลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ต้องมีการติดตามต่อเนื่อง และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใช้ร่วม ซึ่งประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การให้ทราบความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ สร้างให้เกิดการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่และการเสริมพลังความมั่นใจ และมีการกระตุ้นเตือนคำปฏิญาณเพื่อการไม่สูบบุหรี่โดยครูประจำชั้น การมีโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เอื้อต่อความชุกต่ำของการสูบบุหรี่ในเยาวชน 3) ปัจจัยด้านโรงเรียน เช่น ปัญหาด้านการเรียน การสูบบุหรี่ของครูสภาพแวดล้อมของโรงเรียนที่เด็กสามารถเดินเข้าออกโรงเรียนได้ตลอดเวลา และมีบริเวณที่กว้างมากทำให้มีหลายจุดที่ห่างไกลจากสายตาครูเช่น ห้องน้ำข้างโรงเรียน บ่อเลี้ยงปลาหลังโรงเรียนและบริเวณรั้วโรงเรียน หรือการเสริมปัจจัยเรื่องความเชื่อและร่วมกิจกรรมศาสนาบางเวลามีโอกาสน้อยที่จะสูบบุหรี่เมื่อเทียบกับเยาวชนที่บอกว่า “ศาสนาไม่ได้เป็นแนวทางในการทำกิจกรรมของเขา”

ระดับชุมชน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น ค่านิยมของคนในชุมชนที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา จึงพบเห็นผู้ที่สูบบุหรี่ได้ทั่วไปในชุมชน และการหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายตามร้านขายของชำในชุมชน และนักเรียนส่วนใหญ่สามารถหาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าทั่วไปในหมู่บ้าน 2) พฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน ไม่มีการตรวจสอบอายุของผู้ซื้อก่อนจำหน่าย – ผลิตภัณฑ์ยาสูบวางโชว์ ณ จุดจำหน่าย – จำหน่ายยาสูบโดยให้เยาวชนเข้าถึงได้ด้วยตนเอง – จำหน่ายยาสูบแบบแยกมวน – ไม่ติดป้ายอายุขั้นต่ำในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เด็กมีบริการที่จุดบุหรี่สูบบุหรี่ให้เยาวชนโดยไม่คิดมูลค่า และมีการจัดสถานที่ไว้ให้เยาวชนสำหรับนั่งสูบบุหรี่

ระดับนโยบายสาธารณะ 1) ระดับจังหวัด มีนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 2) มีนโยบายแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์อย่างมาก ในเยาวชนหรือวัยรุ่นที่ใช้ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน 3) นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่เป็นสิ่งที่ควรทำตามกฎหมายที่กำหนด 4) นโยบายการเพิ่มภาษีบุหรี่ พบว่านักเรียนบางส่วน (41.1%) ระบุว่าว่าการเพิ่มราคาของบุหรี่จะมีผลต่อการสูบบุหรี่ของพวกเขา 5) นโยบายการโฆษณาพบว่าอิทธิพลของการโฆษณา และราคาของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการสูบบุหรี่ 6) แม้จะมีกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้กับเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ เยาวชนสามารถซื้อบุหรี่ได้ด้วยตัวเอง ร้อยละ 74.1 และร้อยละ 3.3 ได้มาจากผู้ปกครอง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน

งานวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ของเพื่อนในกลุ่ม (ณัฐฉิณี จันทร์ก้อน, 2543; นันทิชา ภาวชา, 2550; สุรัตนา พรวิวัฒน์ชัย, 2553) สำหรับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ มีการศึกษาในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ขึ้นอยู่กับปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา อาชีพของผู้ปกครองความสัมพันธ์ของนักเรียนกับสมาชิกในครอบครัว และสถานภาพครอบครัวของนักเรียน และยังพบว่า เหตุผลของการสูบบุหรี่คือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งเหตุผลของการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลักษณะที่พักอาศัย รายได้ต่อเดือนของบิดามารดา และสถานภาพครอบครัวของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย

2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปในเรื่องของบุหรี่ ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่

3) ปัจจัยเชื้อ ได้แก่การใช้เวลาว่าง รายได้ในแต่ละวัน สถานที่หรือร้านค้าที่มีการจำหน่ายบุหรี่ และ

4) ปัจจัยเสริม ได้แก่แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากเพื่อน แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากครู และแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากผู้ปกครอง โดยตัวแปรทั้งหมดในปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย

นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ทักษะคติเกี่ยวกับบุหรี่ ระดับรายได้ การมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกครัวเรือนที่สูบบุหรี่ การมีประสบการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ และนโยบายด้านสื่อโฆษณาและการสนับสนุนให้มีการนำเข้าบุหรี่ของรัฐบาล ปัจจัยดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นด้วย กล่าวคือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นหญิงถึง 10 เท่า และเมื่อวัยรุ่นมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะสูบบุหรี่มากขึ้นด้วย ในเรื่องของความรู้นั้นพบว่า ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีความเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งต่อตัวผู้สูบเองและผู้ที่ไม่สูบแต่ได้รับควันบุหรี่ ทั้งนี้พบว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่มองเห็นอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ และกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการเรียนในชั้นเรียน ทักษะคติของวัยรุ่นที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดาหรือเป็นสิ่งดี วัยรุ่นกลุ่มนี้มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่กับวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่มีความคิดตรงกันข้ามกันในเรื่องของการนำติดใจจากการสูบบุหรี่

ปัจจัยสภาพแวดล้อมและเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของลูกชายมากกว่าหญิง ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของแม่จะมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของลูกผู้หญิงมากกว่าลูกผู้ชาย และสุดท้ายคือ การที่รัฐบาลสนับสนุนให้มีการนำเข้าบุหรี่มาจำหน่ายในประเทศทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเลือกบุหรี่ได้มากกว่า และการที่บุหรี่หาซื้อได้ง่ายมีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของวัยรุ่นด้วยและยังมีการศึกษาเกี่ยวกับบริบททางสังคมของแบบแผนการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นโดยวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาในหลากหลายมิติ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เพื่อน ครอบครัวและโรงเรียน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ

วัยรุ่น การใช้เวลาว่างกับเพื่อน การมีเพื่อนสนิทและสมาชิกในครัวเรือนสูบบุหรี่ ทั้งสามตัวแปรนี้มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงที่จะทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่สูง (Wen M, et al, 2009)

ข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่มีการศึกษาแบบระยะยาวเน้นรุ่นประชากร (longitudinal population-based cohort) วัยรุ่นมินิโซต้า พบว่า หลังจากปรับค่าของความถี่ในการสูบบุหรี่ให้เป็นแบบทั่วไปแล้ว ปัจจัยด้านประชากร ทักษะสติ และระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการหยุดสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมถึงปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอยู่ในครอบครัวที่ห้ามสูบบุหรี่และการอาศัยอยู่ในเมืองที่มีนโยบายอากาศสะอาด (clean indoor air policy) ก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการหยุดสูบบุหรี่ของวัยรุ่นด้วยเช่นกัน ส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้วัยรุ่นยังคงสูบบุหรี่อยู่นั้น ได้แก่ เพศชาย ความถี่ในการสูบบุหรี่ การยอมรับว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ การอยู่อาศัยกับคนที่สูบบุหรี่ และการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (Klein EG, Forster JL and Erickson DJ, 2013) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในด้านสังคมและประชากร ได้แก่ อายุ เพศ และความเข้มเคี้ยว ในระบบจุลภาค ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และครู ในระบบปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างกันในครัวเรือน และความสัมพันธ์ที่โรงเรียน ในระบบภายนอก ได้แก่ พ่อแม่ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของวัยรุ่นและสื่อต่าง ๆ ในระบบมหภาค ได้แก่ การเลี้ยงดูของครอบครัวและความเครียดในการเรียน และสุดท้ายคือ ในระบบลำดับเวลา ได้แก่ วิกฤตการณ์เงินของเอเชียแปซิฟิกใน ค.ศ. 1997 ปัจจัยดังกล่าวทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเกาหลีใต้ นอกจากนี้ยังพบว่า หากวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ เพื่อน และครูอย่างมากขึ้น จะมีส่วนช่วยในการลดการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ได้ (Hong JS et. al., 2011) และยังมีงานวิจัยที่ศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชาวแม็กซิกัน (Thrasher et. al., 2009) พบว่า นักเรียนที่สัมผัสกับภาพยนตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่หรือมีฉากของการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งในการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียนที่ศึกษาด้วย

นอกจากนี้ การศึกษาถึงการลดปัจจัยเสี่ยงของการเริ่มสูบบุหรี่ สำหรับการสูบบุหรี่ในอนาคต และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นๆ โดยใช้ข้อมูลเชิงลึกซึ่งเป็นข้อมูลระยะยาว 5 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ellickson PL, Tucker JS and Klein DJ, 2008) พบว่า ปัจจัยป้องกันที่จะต่อต้านการสูบบุหรี่ในอนาคตและพฤติกรรมต่างๆ ของวัยรุ่น ได้แก่ การได้รับ

การศึกษาที่ดี และการที่มีพ่อแม่ไม่อนุญาตหรือเห็นด้วยกับการสูบบุหรี่/สารเสพติด การฝึกลบธรรม การปฏิเสธเพื่อนที่ชักชวนให้สูบบุหรี่ การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในความพยายามที่จะป้องกันการสูบบุหรี่ และการเพิ่มพูนศักยภาพทางการศึกษาจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงจะมีการสูบบุหรี่สูงในอนาคต ทั้งในวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย และยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงความเชื่อในการลองเสพอาจจะมีประสิทธิภาพมากในหมู่วัยรุ่นที่เรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายได้

การศึกษายังจำเป็นต้องป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย เพื่อจะอธิบายวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัจจัยที่มีส่วนในการป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการสังเคราะห์อภิमानงานวิจัยตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร/สถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม/นโยบายสาธารณะ



บทที่ 11

ธุรกิจยาสูบกับการใช้เครื่องมือดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคม

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. การดำเนินธุรกิจและพัฒนาการ
2. แนวคิดของอุตสาหกรรมยาสูบในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม
3. กิจกรรมและการดำเนินการความรับผิดชอบต่อสังคม
4. การเป็นผู้อุปถัมภ์โครงการป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่
5. การให้ความรู้
6. ความเกี่ยวข้องกับการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ

1. การดำเนินธุรกิจและพัฒนาการ

การดำเนินความรับผิดชอบต่อสังคมของกิจการ มิได้จำกัดว่ากิจการที่กล่าวถึงจะต้องเป็นองค์กร หรือหน่วยงานที่อยู่ในภาคธุรกิจเท่านั้น ในอดีตที่ผ่านมา ภาครัฐเองเคยตราพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ซึ่งทำให้ส่วนราชการต่างๆ ต้องพัฒนาการปฏิบัติราชการโดยใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน

แนวคิดการสร้างภาพลักษณ์ด้วยการสร้างความคิด เมื่อองค์กรตอบสนองสังคม สังคมจะมีทัศนคติและ ภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร จนในที่สุดสังคมก็พร้อมจะปกป้องและสนับสนุนธุรกิจขององค์กร ทำให้องค์กรและสังคมเติบโตควบคู่กันได้อย่างยั่งยืน ตัวอย่างของการสร้างภาพลักษณ์โรงงานยาสูบ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 เป็นต้นมา โรงงานยาสูบมี

โครงการสร้างภาพลักษณ์โรงงานยาสูบ ด้วยการกำหนดให้มีเครื่องแบบพนักงาน การออกแบบสัญลักษณ์ใหม่ขององค์กรเพื่อให้เป็นสากลมากขึ้น และนำสัญลักษณ์ใหม่นี้ไปปรากฏตามสื่อต่างๆ เนื่องจากการดำเนินการของโรงงานยาสูบที่ผ่าน มามิได้ให้ความสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์องค์กร การประชาสัมพันธ์องค์กร การสื่อสารภายในและภายนอก ส่งผลให้สังคม ประชาชนไม่ได้รับทราบถึงกิจกรรม ความรับผิดชอบต่อสังคมที่อุตสาหกรรมยาสูบได้ดำเนินการในระยะเวลาที่ผ่านมา ดังนั้น การสร้างภาพลักษณ์องค์กรที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้พนักงานมีความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร รู้สึกภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร สร้าง ความสามัคคี สร้างวัฒนธรรมที่ดีให้แก่พนักงานและองค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กร และยังส่งผลถึงภาพลักษณ์ของตราสินค้า ความเชื่อมั่นของผู้บริโภคต่อผลิตภัณฑ์บุหรี่ ของโรงงานยาสูบ

เมื่อพิจารณา ซี เอส อาร์ ตามบทบาทและความเกี่ยวข้องของหน่วยงาน สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 จำพวก (division) โดยจำพวกแรกเป็น CSR-after-process ที่ใช้คำแปลเป็น “กิจกรรมเพื่อสังคม” คือการดำเนินกิจกรรม (activities) ของหน่วยงาน ซึ่งโดยมากเป็นองค์กรธุรกิจที่แสวงหากำไร เพื่อสร้างให้เกิดประโยชน์แก่สังคมในด้านต่างๆ โดยกิจกรรมที่ดำเนินการนั้นมักแยกต่างหากจากการดำเนินธุรกิจที่เป็นกระบวนการ (process) หลักของกิจการและเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การแก้ไขเยียวยาชุมชนที่ได้รับผลกระทบทางมลพิษจากการประกอบการ การแจกจ่ายสิ่งของช่วยบรรเทาสาธารณภัย การเป็นอาสาสมัครช่วยบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ ซึ่งกิจกรรมเพื่อสังคมเหล่านี้มักเป็นกิจกรรมที่อยู่นอกเหนือเวลาทำงานตามปกติ จำพวกที่สอง เป็น CSR-in-process ซึ่งมักเรียกกันว่า “ธุรกิจเพื่อสังคม” คือการดำเนินความรับผิดชอบต่อสังคมที่อยู่ในกระบวนการทำงานหลักของกิจการ หรือเป็นการทำธุรกิจที่หากำไรอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น การป้องกัน หรือ กำจัดมลพิษในกระบวนการผลิตเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อชุมชน การผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานตามข้อกำหนดในฉลากผลิตภัณฑ์ การเปิดเผยข้อมูลผลิตภัณฑ์อย่างถูกต้องครบถ้วนต่อผู้บริโภค การชดเชยความเสียหายให้แก่ลูกค้าที่เกิดจากความผิดพลาดและความบกพร่องของพนักงาน ซึ่งการดำเนินความรับผิดชอบต่อสังคมเหล่านี้ถือเป็นกิจกรรมที่อยู่ในเวลาทำงานปกติของกิจการ จำพวกที่สามคือ CSR-as-process ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็น “กิจการเพื่อสังคม” เพื่อให้แตกต่างจากสองจำพวกข้างต้นที่เป็นบทบาทขององค์กรธุรกิจโดยตรง กิจการในจำพวกที่สามนี้ มักเป็น

องค์กรที่ดำเนินงานโดยไม่แสวงหากำไรให้แก่ตนเอง หรืออีกความหมายหนึ่งคือ เป็นหน่วยงานที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อยังประโยชน์ให้แก่สังคมในทุกกระบวนการของกิจการ ตัวอย่าง เช่น มูลนิธิ องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรประชาชน และส่วนราชการต่างๆ (สถาบันไทยพัฒน์ 2552)

ศาสตราจารย์ ฟิลิป คอตเลอร์ แห่งมหาวิทยาลัย นอร์ธเวสเทิร์น และ แนนซี ดี แห่งมหาวิทยาลัยวชิชิตันและมหาวิทยาลัย ซีแอตเติล (Kotler P. and Lee N. 2005.) จำแนกรูปแบบของ ซี เอส อาร์ เป็น 6 ชนิดคือ

1. การส่งเสริมการรับรู้ประเด็นปัญหาทางสังคม (Cause Promotion) เป็นการ จัดหาเงินทุน วัสดุ สิ่งของ หรือทรัพยากรอื่นๆขององค์กร เพื่อขยายการรับรู้และความ ห่วงใยต่อประเด็นปัญหาทางสังคมนั้นๆ ตลอดจนสนับสนุนการระดมทุน การมีส่วนร่วม หรือการฟื้นฟูอาสาสมัครเพื่อการดังกล่าว องค์กรธุรกิจอาจริเริ่มและบริหารงานส่งเสริม นั้นด้วยตนเอง หรือร่วมมือกับองค์กรหนึ่งองค์กรใด หรือกับหลายๆองค์กรก็ได้

2. การตลาดที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสังคม (Cause-related Marketing) เป็น การอุดหนุนหรือการบริจาครายได้ส่วนหนึ่งจากการขายผลิตภัณฑ์เพื่อช่วยเหลือ หรือร่วม แก่ไขประเด็นปัญหาทางสังคมจำเพาะหนึ่งๆ ซึ่งมักมีช่วงจังหวะเวลาจำกัดแน่นอน หรือ ดำเนินการแบบจำเพาะผลิตภัณฑ์ หรือให้แกการกุศลที่ระบุไว้เท่านั้น กิจกรรม ซี เอส อาร์ ชนิดนี้ องค์กรธุรกิจมักร่วมมือกับองค์กรที่ไม่มีวัตถุประสงค์หากำไรเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ในประโยชน์ร่วมกัน ด้วยวิธีการเพิ่มยอดขายผลิตภัณฑ์ เพื่อนำเงินรายได้ไปสนับสนุน กิจกรรมการกุศลนั้นๆ ในขณะที่เดียวกันเป็นการเปิดโอกาสให้แก่ผู้บริโภคได้มีส่วนร่วมใน การช่วยเหลือการกุศลผ่านทางกรซื้อผลิตภัณฑ์โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นใดเพิ่มเติม

3. การตลาดเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาสังคม (Corporate Social Marketing) เป็นการ สนับสนุนการพัฒนาหรือการทำให้เกิดผลจากการรณรงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน ด้านสาธารณสุข ด้านความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อม หรือด้านสุขภาวะ ความแตกต่าง สำคัญระหว่างการตลาดเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาสังคมกับการส่งเสริมการรับรู้ประเด็นปัญหา ทางสังคม คือ การตลาดเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาสังคมจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour Change) เป็นหลัก ในขณะที่การส่งเสริมการรับรู้ประเด็นปัญหาทางสังคมจะ เน้นที่การสร้างตระหนักรู้ (Awareness) ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรด้านทุนและ อาสาสมัครเพื่อให้รับรู้ถึงประเด็นปัญหาดังกล่าว

4. การบริจาคเพื่อการกุศล (Corporate Philanthropy) เป็นการช่วยเหลือไปยังประเด็นปัญหาทางสังคมโดยตรง ในรูปของการบริจาคเงินหรือวัตถุสิ่งของ เป็นกิจกรรมที่เอส อาร์ ที่พบเห็นในแทบทุกองค์กรธุรกิจ และโดยมากมักจะเป็นไปตามกระแสความต้องการจากภายนอกหรือมีผู้เสนอให้ทำ มากกว่าจะเกิดจากการวางแผนหรือออกแบบกิจกรรมจากภายในองค์กรเอง ทำให้ไม่เกิดการเชื่อมโยงเข้ากับเป้าหมายหรือพันธกิจขององค์กรเท่าใดนัก

5. การอาสาช่วยเหลือชุมชน (Community Volunteering) เป็นการสนับสนุนหรือจูงใจให้พนักงาน คู่ค้า ร่วมสละเวลาและแรงงานในการทำงานให้แก่ชุมชนที่องค์กรตั้งอยู่ และเพื่อตอบสนองต่อประเด็นปัญหาทางสังคมที่องค์กรให้ความสนใจหรือห่วงใย องค์กรธุรกิจอาจเป็นผู้ดำเนินการเองโดยลำพัง หรือร่วมมือกับองค์กรหนึ่งองค์กรใด และอาจเป็นผู้กำหนดกิจกรรมอาสาตั้งกล่าวนั้นเอง หรือให้พนักงานเป็นผู้คัดเลือกกิจกรรมแล้ว นำเสนอต่อองค์กรเพื่อพิจารณาให้การสนับสนุน โดยที่พนักงานสามารถได้รับการชดเชยในรูปของวันหยุดหรือวันลาเพิ่มเติม

6. การประกอบธุรกิจอย่างรับผิดชอบต่อสังคม (Socially Responsible Business Practices) เป็นการดำเนินกิจกรรมทางธุรกิจอย่างพินิจพิเคราะห์ทั้งในเชิงป้องกันด้วยการหลีกเลี่ยงการก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม หรือในเชิงร่วมกันแก้ไขด้วยการช่วยเหลือเยียวยาปัญหาทางสังคมนั้นๆ ด้วยกระบวนการทางธุรกิจเพื่อการยกระดับทางสุขภาพของชุมชนและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม โดยที่องค์กรธุรกิจสามารถที่จะดำเนินการเองหรือเลือกที่จะร่วมมือกับพันธมิตรภายนอกก็ได้

2. แนวคิดของอุตสาหกรรมยาสูบในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม

การเป็นองค์กรเพื่อสังคม (Corporate Social Responsibility - CSR) เป็นสิ่งที่อุตสาหกรรมยาสูบใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมภาพลักษณ์ขององค์กรเพื่อ

- การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (publicise)
- การยอมรับอย่างเป็นทางการ (authenticate)
- การวางกรอบใหม่ (reframe)

อุตสาหกรรมยาสูบตระหนักถึงอำนาจของการประชาสัมพันธ์ว่าจะต้องได้รับการสนับสนุน หรือยอมรับจากกลุ่มที่สาม (third party endorsement) ซึ่งอุตสาหกรรมยาสูบ

สูญเสียการสนับสนุนจากกลุ่มนี้ไปเนื่องจากถูกโดดเดี่ยวจากกลุ่มต่างๆเป็นเวลาหลายปี (Prideaux M, 2000)

กิจกรรมการเป็นองค์กรเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ ‘...เป็นโอกาส และเป็นเวทีในการสื่อสารทางบวกเกี่ยวกับสิ่งที่ดี....’ นอกจากนี้ยังเป็นเวที ‘เพื่อสร้างชื่อเสียงในด้านการสื่อสาร.... เป็นการดำเนินการเชิงรุก เพื่อส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ เพื่อสังคมของบริษัท’ นอกจากนี้ การยอมรับอย่างเป็นทางการยังเป็นโอกาส ‘สร้างความน่าเชื่อถือ โดยกระบวนการยอมรับที่เป็นสากล จากทั้งรัฐบาลประเทศต่างๆ องค์กรมูลนิธิต่างๆ และองค์กรข้ามชาติทั้งหลายว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับองค์กรที่จะแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร.... ซึ่งจะช่วยให้บริษัท บริทิช อเมริกกัน โทแบคโคเป็นที่ยอมรับว่าเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคม และลดการถูกมองในทางลบ’ แนวคิดหนึ่งที่อุตสาหกรรมยาสูบทำกิจกรรมเพื่อสังคมมีเป้าประสงค์ ‘... เพื่อช่วยให้บริษัท เอาชนะอุปสรรคต่างๆในระบบขององค์การสหประชาชาติ และอาจจะถึงในระดับองค์การอนามัยโลก!’ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

เป้าประสงค์ของบริษัท บริทิช อเมริกกัน โทแบคโค ในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสังคมเพื่อแสดงให้เห็นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญได้เห็นว่าบริษัทเป็นองค์กรยาสูบที่รับผิดชอบต่อสังคมในศตวรรษที่ 21 อุตสาหกรรมยาสูบใช้กิจกรรมต่างๆ เพื่อสังคมในการจัดวาระเช่น

- เบี่ยงเบนความสนใจไปยังตัวอย่างของกิจกรรมเพื่อสังคมที่ไม่เป็นตัวแทนที่แท้จริง
- ลดการจัดวาระต่อต้านจากกลุ่มผู้ชี้แนะด้านสาธารณสุข
- แนวคิดริเริ่มบางประเด็นต้องการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม (civil society) เพื่อมุ่งไปสู่ความร่วมมือและการสร้างสรรค์ ซึ่งทำให้บริษัท บริทิช อเมริกกัน โทแบคโค มีโอกาสใช้ความสามารถในการโน้มน้าวนโยบายการควบคุมยาสูบได้

อุตสาหกรรมยาสูบใช้กิจกรรมเพื่อความรับผิดชอบต่อสังคม ‘...เป็นเครื่องมือในการระงับเสียงต่อต้านจากกลุ่มควบคุมยาสูบ...’ “เป็นการ ‘ตอบแทน’ สังคมด้วยความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร” “เป็นทางเลือกแทนที่จะถูกควบคุมโดยกฎ ระเบียบ จากรัฐบาล” และ “อาจจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสร้างการยอมรับจากสังคม” (Malone RE, et al, 2009)

บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโกเริ่มจัดทำ 'รายงานการรับผิดชอบต่อสังคม' ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2002 มีสาเหตุมาจากบริษัท EQ Management ซึ่งเป็นบริษัทที่ปรึกษาทางประชาสัมพันธ์ ได้ทำการศึกษาและรายงานว่า บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก เป็นองค์กรธุรกิจข้ามชาติซึ่งถูกเกลียดชังมากกว่าบริษัทอื่นๆ และจำเป็นที่จะต้องแสดงออกถึงความมุ่งมั่นอย่างจริงจังที่จะเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะเป็นที่ยอมรับในสังคมเพื่อการดำเนินธุรกิจต่อไป ตลอดระยะเวลา 2 ปีเศษที่ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก ดำเนินการเพื่อจัดทำรายงานความรับผิดชอบต่อสังคม อุตสาหกรรมยาสูบได้เคียวเซียว ผู้สื่อข่าว ผู้ชี้แนะทางสุขภาพ กลุ่มผู้รณรงค์เพื่อการควบคุมยาสูบ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ให้เข้ามาร่วมการประชุมที่มีจุดประสงค์ในการให้คำแนะนำ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก ในการเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคม (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

อุตสาหกรรมยาสูบมองว่ากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นสิ่งที่คุกคามการขยายตลาดในประเทศที่กำลังพัฒนา ดังนั้น การจัดทำโครงการ การเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคมจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้อุตสาหกรรมยาสูบแห่งนี้สามารถกลับมาควบคุมประเด็นยาสูบได้อีกครั้งหนึ่ง จึงไม่น่าแปลกใจที่ อุตสาหกรรมยาสูบจะได้แย้งด้วยเหตุผลว่า กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกจะบ่อนทำลาย 'การตัดสินใจด้วยตนเอง' ของรัฐบาลประเทศต่างๆ อุตสาหกรรมยาสูบไม่แตกต่างจากอุตสาหกรรมอื่นๆ ที่กลัวกฎ ระเบียบของรัฐบาล จึงหันไปพึ่งการปฏิรูป หรือการเปลี่ยนแปลงด้วยความสมัครใจ เป็นกลยุทธ์ในการป้องกันตัวเองจากการถูกบังคับ ส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ดังกล่าวคือการเชิญคู่ปรับ / ฝ่ายตรงข้ามให้เข้าร่วมในการเจรจา ในคำนำของรายงานทางสังคม ของบริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโกกล่าวว่า ให้พยายามหาหนทางที่จะนำคุณเจรจาที่ลงเลให้เข้ามาร่วมอภิปรายกับเรา ผู้อำนวยการของบริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก - ออสเตรเลีย มองว่าโครงการความรับผิดชอบต่อสังคม ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยให้ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก สามารถควบคุมวาระเกี่ยวกับยาสูบได้

Simon Chapman จากมหาวิทยาลัยแห่งซิดนีย์ ได้ติดตามศึกษาอุตสาหกรรมยาสูบ พบว่าโครงการเพื่อสังคมของ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโกเช่น การป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่ ไม่ได้ช่วยลดแต่กลับเพิ่ม และส่งเสริมให้เยาวชนสูบบุหรี่ ทั้งนี้ มีหลักฐานจากเอกสารภายในของบริษัท Brown and Williamson ซึ่งเป็นบริษัทในเครือของ

บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโครายงานว่า ‘จะไม่สนับสนุนโครงการที่ไม่ส่งเสริมให้เยาวชนสูบบุหรี่’ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553) ในเดือนกันยายน ค.ศ. 2001 บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโคได้ร่วมกับบริษัท ฟิลิป มอริส (PM) และ แจแปน โทแบคโค (JTM) ในการสมัครใจใช้เกณฑ์สำหรับการตลาดระดับนานาชาติ และเป็นการสร้างมาตรฐานสำหรับอุตสาหกรรมอื่นๆ ทั่วโลก ในขณะที่นักวิเคราะห์การตลาดการเงินระดับโลกกล่าวว่ กรอบแนวทางการตลาดใหม่ที่อุตสาหกรรมยาสูบจะใช้นี้ ไม่มีผลต่อการทำให้ยอดขายลดลง เอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบบ่งชี้ว่าการที่อุตสาหกรรมยาสูบสมัครใจใช้เกณฑ์สำหรับการตลาดระดับนานาชาติเป็นเพียง ‘การสร้างภาพลักษณ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ’ ทั้งนี้การดำเนินการเชิงรุกในการจัดตั้งเกณฑ์การตลาดยาสูบในระดับนานาชาติของอุตสาหกรรมยาสูบอาจเป็นการตอบโต้และป้องกันแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำลังดำเนินการเพื่อลดการบริโภคยาสูบในระดับนานาชาติ

แม้ว่าจะมีความพยายามโดยอุตสาหกรรมยาสูบที่จะให้ดูเหมือนมีการประชุมเพื่อการอภิปรายอย่างโปร่งใสและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายรวมทั้งมีการจ้างผู้ดำเนินการอภิปรายที่มีชื่อเสียงในสังคม แต่ก็ได้รับการประท้วงและการไม่ยอมรับโดยกลุ่มรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เช่น Action on Smoking or Health: ASH ในมุมมองของผู้บริหารอุตสาหกรรมยาสูบเช่น บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโคการประท้วงด้วยการไม่เข้าร่วมในการประชุมอภิปราย เป็นการบ่อนทำลายความน่าเชื่อถือของความพยายามโดยอุตสาหกรรมยาสูบเมื่อบริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโค ไม่ยอมรับความผิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอด 40 ปีที่ผ่านมาจึงต้องย้อนไปดูพฤติกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบในอดีต ความจริงเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสังคมของ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโค คือ BAT – Australia ได้ทำลายเอกสารภายในของบริษัทที่เกี่ยวข้องกับคดีฟ้องร้อง ด้วยเจตนาที่จะไม่ให้มีการพิจารณาดีความอย่างยุติธรรมต่อโจทก์ ซึ่งในที่สุดศาลฎีกาของรัฐ Victoria ในประเทศออสเตรเลียตัดสินลงโทษให้อุตสาหกรรมยาสูบจ่ายค่าเสียหายเป็นจำนวนเงิน 378,000 เหรียญสหรัฐแก่โจทก์ อุตสาหกรรมยาสูบทำลายเอกสารภายในจากคำแนะนำของทนายความผู้เตือนถึง ‘อันตรายของเอกสารภายในที่จะเป็นปัญหาสำหรับคดีความในอนาคต’ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโคอ้างว่าการรายงานความรับผิดชอบต่อสังคมว่างมาจาก Global Reporting Initiative (GRI) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มนักธุรกิจ รัฐบาล และกลุ่ม

องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร (non-profit groups) แต่เนื่องจาก GRI เป็นเพียงแนวทาง (guidelines) สำหรับความสมัครใจซึ่งองค์กรธุรกิจสามารถเลือกที่จะทำหรือไม่ทำก็ได้ตามความสมัครใจ ถ้าหาก บริษัท บริติช อเมริกัน โทแบคโคเลือกเกณฑ์ที่เกี่ยวกับ 'สุขภาพและความปลอดภัยของผู้บริโภค' คงต้องแจ้งว่าผู้บริโภคยาสูบของบริษัทประมาณ 1 ล้านคนจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในแต่ละปีตลอดระยะเวลา 30 ปีข้างหน้าจากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553) ในรายงานทางสังคมของ BAT-Malaysia ไม่มีการยอมรับว่านิโคตินเป็นสารเสพติด เพียงแต่บอกว่าเป็นสารธรรมชาติในใบยาสูบ เมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ในมาเลย์เซียเสนอแนะว่า อุตสาหกรรมยาสูบควรจะยุติการทำการตลาดในที่สุด (เช่น การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย) คำตอบที่ได้รับคือ 'คำแนะนำดังกล่าวอยู่นอกเหนือเป้าประสงค์ของการทำการตลาดอย่างรับผิดชอบของเรา'

โดยสรุปคือ รายงานทางสังคมเป็นเพียงการสร้างภาพ หรือการหลอกลวงให้หลงเชื่อว่าคุณดีกรรมองค์กรของอุตสาหกรรมยาสูบได้เปลี่ยนแปลงไป แต่ในความเป็นจริงไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งสิ้น เนื่องจากผลิตภัณฑ์ของอุตสาหกรรมยาสูบเป็นสินค้าแห่งความตาย อุตสาหกรรมยาสูบไม่สามารถจะทำกิจกรรมเพื่อสังคมได้ไม่ว่าจะเป็นการบริจาคเงิน (corporate philanthropy) ความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder collaboration) การรายงานการทำการกิจกรรมเพื่อสังคมและการกำกับตนเอง (CSR reporting and self-regulation) อุตสาหกรรมยาสูบไม่มีความน่าเชื่อถือในสายตาของสังคมเพราะพฤติกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบในอดีตที่ผ่านมา และผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผู้บริโภคเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ รายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.1979 ได้ประมาณการไว้ว่ายาสูบทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 13.6 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปีทั่วโลก ซึ่งตรงกันข้ามกับข้ออ้างของอุตสาหกรรมยาสูบที่อ้างว่าสร้างรายได้ให้แก่สังคมด้วยการสร้างงานและเสียภาษีให้รัฐ ถึงแม้การทำการกิจกรรมเพื่อสังคมจะเป็นสิ่งที่องค์กรธุรกิจต่างๆ มุ่งที่จะทำเพื่อประโยชน์ต่อสังคม แต่อุตสาหกรรมยาสูบไม่สามารถจะทำการกิจกรรมดังกล่าวเพื่อให้เกิดการยอมรับจากสังคมได้ ด้วยข้อจำกัดและกรณีศึกษาตัวอย่างดังต่อไปนี้ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

1. การบริจาคเงิน (corporate philanthropy) เงินบริจาคจากอุตสาหกรรมยาสูบ ถูกมองว่าเป็น 'เงินสกปรก' ผู้รับเงินจากอุตสาหกรรมยาสูบจะถูกกดดันโดยสังคม เมื่อ

บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโค บริจาคเงินให้แก่มหาวิทยาลัยแห่ง นีออตติงแฮม เพื่อก่อตั้ง ศูนย์วิจัยองค์การธุรกิจเพื่อสังคม เกิดการถกเถียงอย่างรุนแรงจากภายในและภายนอก มหาวิทยาลัย เมื่อ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโค ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาแก่นักศึกษา ของ London School of Hygiene and Tropical Medicine ก็ได้รับแรงกดดันจากสังคม เช่นกันเมื่อ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโค ให้ทุนสนับสนุนมหาวิทยาลัยแห่ง Pecz ที่ ประเทศฮังการี ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่ใหญ่เป็นอันดับสองของประเทศ ก็ได้รับกระแสกดดัน จากภาคสุขภาพเช่นกัน

เมื่อมหาวิทยาลัย Western Michigan มอบรางวัลนายจ้างแห่งปีแก่บริษัท ฟิลิป มอริส ยู เอส เอ ก็ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงจากกระแสสังคม นิติศาสตร์ Ethical Corporation ยกเลิกการสนับสนุนจากบริษัท ฟิลิป มอริส ในการจัดประชุมสัมมนา จริยธรรมองค์การธุรกิจที่ฮ่องกงในเดือนตุลาคม ค.ศ. 2004 เพราะผู้เข้าร่วมประชุมประท้วง ด้วยการถอนตัว

2. ความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder collaboration) ผู้มีส่วน ร่วมกับอุตสาหกรรมยาสูบมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชื่อเสียงมากกว่าที่จะได้รับความน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะในแวดวงของการวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้เพราะสังคมมองว่ามี ผลประโยชน์ทับซ้อน (conflicts of interest) ด้วยเหตุนี้องค์กรที่มีความน่าเชื่อถือทางด้าน สุขภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก จึงไม่ร่วมมือกับอุตสาหกรรมยาสูบ

3. รายงานกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR Reporting) โดยอุตสาหกรรมยาสูบ ไม่ได้ สร้างความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้นแก่องค์กร แต่เป็นการสร้างภาพเท่านั้นตราบไต่ที่ยังไม่มีความ โปร่งใสในองค์กร สาเหตุที่อุตสาหกรรมยาสูบไม่สามารถที่จะแสดงความโปร่งใสได้ก็เพราะ ผลិតภัณฑ์ยาสูบเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

4. การควบคุมกำกับตนเอง (Self-regulation) ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัย โลก Gro Harlem Brundlandt กล่าวว่ายังไม่เห็นหลักฐานใดๆ ที่บ่งชี้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบ มีความสามารถในการควบคุมกำกับตนเองเมื่อบริทิช อเมริกัน โทแบคโค ฟิลิป มอริส และ แจแปน โทแบคโค ประกาศอาสาควบคุมการทำตลาด นักวิเคราะห์ทางการเงินไม่ได้ หวังว่ายอดขายจะลดลง การประกาศควบคุมกำกับตนเองเป็นเพียงการสร้างภาพลักษณ์ ของอุตสาหกรรมยาสูบเท่านั้น

พฤติกรรมองค์กรของอุตสาหกรรมยาสูบที่ผ่านมาไม่ได้สร้างความน่าเชื่อถือใดๆ เพราะมีวาระซ่อนเร้นทางธุรกิจเสมอ ด้วยเหตุนี้รายงานการวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลกบ่งชี้ว่า การทำกิจกรรมเพื่อสังคมและอุตสาหกรรมยาสูบเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกันเอกสารขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้บริโภค พนักงาน และผู้จัดการต่างก็คาดหวังว่าบริษัทต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรข้ามชาติขนาดใหญ่ จะมีบทบาทที่มากกว่าบทบาททั่วๆ ไปในการผลิตและจัดจำหน่ายเพื่อแสวงหาผลกำไรจากการดำเนินกิจการธุรกิจ ในมุมมองของสาธารณะ ถ้าฟังแต่เพียงการสร้างงานและการเสียภาษีไม่เป็นการเพียงพอสำหรับองค์กรเอกชนในการที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคม ถึงแม้อุตสาหกรรมยาสูบจะพยายามทำให้องค์กรธุรกิจของตนเป็นที่ยอมรับด้วยการทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์ต่อสังคม แต่ความจริงคือ อุตสาหกรรมยาสูบพยายามที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการควบคุมยาสูบ (Bialous S, 2007)

คำนำของรายงานทางสังคมประจำปี 2001 / 2002 ของบริษัท บริทิช อเมริกันโทแบคโค (BAT's Social Report 2001 / 2002) กล่าวว่า “มีความมุ่งมั่นอย่างแน่วแน่ที่จะซึมซับหลักการของการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมให้แก่ทุกบริษัทในเครือของกลุ่ม” รายงานยังนำเสนอต่อไปว่า “โครงสร้างทางหลักธรรมมาภิบาลของการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมได้ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อพิจารณาปัญหาในส่วนที่มีผลกระทบต่อสาธารณะ รวมถึงการสนับสนุนกฎ ระเบียบ นโยบาย การควบคุมยาสูบที่มีเหตุผลและลดผลกระทบของการบริโภคยาสูบต่อสาธารณสุข”

รายงานดังกล่าวและโครงการต่างๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งจะอุทิศสิ่งที่ตั้งถามให้แก่สังคมทำให้เกิดคำถามว่า “อุตสาหกรรมยาสูบจะทำอย่างไรในการผสมผสานจุดประสงค์ใหญ่ในการทำกำไรให้มากที่สุดจากการผลิตและการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์แห่งความตาย กับเป้าประสงค์ของการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมที่อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม” อุตสาหกรรมยาสูบจะอ้างถึงการส่งเสริมความโปร่งใสในการทำธุรกิจได้อย่างไรเมื่อสังคมซักถาม และหลักฐานต่างๆ จากการฟ้องร้องในศาลทั่วโลกบ่งชี้ว่าพฤติกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบและกลยุทธ์ต่างๆ ในการทำธุรกิจ พยายามที่จะปิดบังธรรมชาติของผลิตภัณฑ์แห่งความตาย ขัดขวางนโยบายที่จะปกป้องสาธารณสุข และทำลายหลักฐานต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงความจริง

เนื่องจากผลิตภัณฑ์ของอุตสาหกรรมยาสูบเป็นสินค้าแห่งความตาย อุตสาหกรรมยาสูบไม่สามารถจะทำกิจกรรมเพื่อสังคมได้ไม่ว่าจะเป็นการบริจาคความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การรายงานการทำกิจกรรมเพื่อสังคมและการกำกับตนเอง (self-regulation) อุตสาหกรรมยาสูบไม่มีความน่าเชื่อถือในสายตาของสังคมเพราะพฤติกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบในอดีตที่ผ่านมา และผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผู้บริโภคเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ รายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1979 ได้ประมาณการไว้ว่ายาสูบทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 13.6 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปีทั่วโลก ซึ่งตรงกันข้ามกับข้ออ้างของอุตสาหกรรมยาสูบที่อ้างว่าสร้างรายได้ให้แก่สังคมด้วยการสร้างงานและเสียภาษีให้รัฐ (Palazzo G& Richter U, 2005)

3. กิจกรรมและการดำเนินการความรับผิดชอบต่อสังคม

อุตสาหกรรมยาสูบพยายามที่จะปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ในการเป็นองค์กรธุรกิจที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมโดยการบริจาคเงินให้นักศึกษา การวิจัย ศิลปะ วัฒนธรรม และการส่งเสริมโครงการป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่หรืออุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติมีประสบการณ์ยาวนานในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อสังคมด้วยการ “พอกตัวด้วยการบริจาค” โดยการดำเนินการเป็นองค์กรเพื่อสังคม

การบริจาคเงินเพื่อสาธารณประโยชน์อุตสาหกรรมยาสูบใช้วิธีการบริจาคเงิน (Philanthropy) เพื่อจุดประสงค์ในการปรับปรุงภาพลักษณ์องค์กรในฐานะผู้สนับสนุนโครงการดีๆ เพื่อสังคม บริษัทยาสูบบางแห่งจัดตั้งมูลนิธิของตนเองโดยเฉพาะสำหรับกิจกรรมเช่นในปี ค.ศ. 2006 บริษัท ฟิลิป มอริส ได้บริจาคเงินให้แก่องค์กรต่างๆ ดังต่อไปนี้ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

องค์กร	เมือง	จำนวนเงิน (US\$)
พิพิธภัณฑ์ศิลปะอเมริกัน วิตนีย์ (Whitney Museum of American Art)	นิวยอร์ก	557,000
ศูนย์ศิลปะการแสดง เคนเนดี (Kennedy Center for the Performing Arts)	วอชิงตัน ดี ซี	378,000
ศูนย์ศิลปะการแสดง ลินคอล์น (Lincoln Center for the Performing Arts)	นิวยอร์ก	272,000

องค์กร	เมือง	จำนวนเงิน (US\$)
พิพิธภัณฑ์ศิลปะ เมโทรโพลิแทน(Metropolitan Museum of Art)	นิวยอร์ก	50,000
โรงละครอเมริกันบัลเลต์(American Ballet Theatre)	นิวยอร์ก	47,000
พิพิธภัณฑ์ศิลปะ คอร์คอราน (The Corcoran Gallery of Art)	วอชิงตัน ดี ซี	35,000
สมาคมโอเปรา เมโทรโพลิแทน(Metropolitan Opera Association, Inc)	นิวยอร์ก	19,235
พิพิธภัณฑ์ กุกเกนไฮม์(Guggenheim Museum) ที่มา นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2553) การประมวลองค์ความรู้และกรณีศึกษาจากทั้งในประเทศ และต่างประเทศเกี่ยวกับการดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรม ยาสูบ รายงานวิจัย: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หน้า 54	นิวยอร์ก	10,000

นอกจากนี้ อุตสาหกรรมยาสูบ พยายามที่จะหลีกเลี่ยง กฎ ระเบียบ ของประเทศ ต่างๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ด้วยการเบี่ยงเบนไปจากการพิจารณาโครงสร้างและเปลี่ยนแปลงความหมายของจริยธรรม ผู้ชี้ทางด้านสาธารณสุขซึ่งเกิดถึงความขัดแย้ง ทางหลักการพื้นฐานระหว่างการอ้างของอุตสาหกรรมยาสูบ และพฤติกรรมส่งเสริม ผลิตภัณฑ์แห่งความตายมาโดยตลอด

ในปี ค.ศ. 2006 บริษัท ฟิลิป มอริส ได้บริจาคเงินให้แก่ประเทศต่างๆ ดังต่อไปนี้

ประเทศ	จำนวนเงิน (ดอลลาร์สหรัฐ)	ประเทศ	จำนวนเงิน (US\$)
1. ไคลัมเบีย	54,572	14. ลัตเวีย	7,143
2. คอสตาริกา	5,000	15. ลิทัวเนีย	27,587
3. สาธารณรัฐ เซค	209,030	16. มาเซโดเนีย	16,640
4. เอกวาดอร์	3,500	17. เนเธอร์แลนด์	18,788
5. เอสโตเนีย	5,800	18. ปานามา	1,000
6. เยอรมัน	14,500	19. โปรตุเกส	150,800

ประเทศ	จำนวนเงิน (ดอลลาร์สหรัฐ)	ประเทศ	จำนวนเงิน (US\$)
7. กรีซ	27,800	20. เซอร์เบีย	480,610
8. ฮังการี	85,000	21. สิงคโปร์	30,675
9. อินโดนีเซีย	5,377	22. เกาหลีใต้	30,800
10. อิสราเอล	36,600	23. สเปน	23,004
11. อิตาลี	510,550	24. สวิสเซอร์แลนด์	49,908
12. ญี่ปุ่น	223,704	25. ตุรกี	75,000
13. คาซัคสถาน	10,000	26. ยูเครน	4,950
		ยอดรวม	2,108,338

ที่มา อ้างแล้ว นิตยสาร ซีริโซติวิตัน (2553) หน้า 54

การปฏิเสธเงินสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบของสถาบันการศึกษา

จากเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบ ทำให้ข้อเท็จจริงปรากฏเกี่ยวกับอิทธิพลของผู้ให้ทุนและเจตนาของการให้ทุน เป็นผลให้ในปัจจุบันวารสารทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ชั้นนำ ออกกฎและนโยบายที่เข้มงวดเกี่ยวกับการมี 'ผลประโยชน์ทับซ้อน' (conflict of interest) ซึ่งทำให้มหาวิทยาลัยหลายแห่งนำนโยบายที่เข้มงวดดังกล่าวมาใช้ และห้ามการรับทุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ เพราะมองว่าการให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจากอุตสาหกรรมยาสูบเป็นเพียง 'การตลาด' รูปแบบหนึ่ง (นิตยสาร ซีริโซติวิตัน 2553) บทความวิจารณ์โดย Steve Heilig (บรรณาธิการวารสาร Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics) เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2008 รายงานว่า บริษัท ฟิลิป มอริส ได้สนับสนุนงบประมาณการวิจัยเกี่ยวกับการเสพติดนิโคตินจำนวน 6 ล้านดอลลาร์สหรัฐแก่มหาวิทยาลัยแห่งแคลิฟอร์เนียที่ ลอสแอนเจลิส (UCLA) เป็นระยะเวลา 3 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มวัยรุ่นและดึงจากข้อเท็จจริงดังกล่าว คณะสาธารณสุขศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ 15 แห่ง รวมทั้งมหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด มหาวิทยาลัย จอห์นส ฮอปกินส์ มหาวิทยาลัยแห่งรัฐแคลิฟอร์เนียเหนือ มหาวิทยาลัยแห่งรัฐโอไฮโอ ได้ปฏิเสธเงินสนับสนุนการวิจัยจากอุตสาหกรรมยาสูบ Paula Murray รองคณบดี คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยแห่งแท็กซัส กล่าวกับผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ The New York Times ว่า "ถึงแม้

จะเป็นเงิน เรายังไม่จำเป็นต้องรับ” พาดพิงถึงการตัดสินใจของคณะกรรมการธุรกิจที่ไม่รับเงินจากบริษัท ฟิลิป มอริส ซึ่งเคยบริจาคเงินเป็นจำนวนมากกว่า 300,000 เหรียญสหรัฐให้แก่คณะกรรมการธุรกิจในมหาวิทยาลัยต่างๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 เป็นต้นมา มหาวิทยาลัยแห่งเท็กซัสเป็นหนึ่งในมหาวิทยาลัยหลายๆ แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มองว่าเงินบริจาคของอุตสาหกรรมยาสูบเป็น “เงินสกปรก” และได้ปฏิเสธการรับเงินจากอุตสาหกรรมยาสูบด้วยเหตุผลทางจริยธรรม คุณธรรม และศีลธรรม อุตสาหกรรมยาสูบได้บริจาคเงินให้แก่การวิจัยและพัฒนาของมหาวิทยาลัยแห่งเท็กซัส ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา และพยายามที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชนมากขึ้น โดยมีโครงการจ้างงานนักศึกษาจากคณะให้ทำงานกับบริษัท ฟิลิป มอริส แต่ระยะหลังบริษัทยาสูบมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมกับนักศึกษามากขึ้นในกิจกรรมต่างๆ (นิทสัน ศิริโชติรัตน์ 2553)

เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2551 (Tobacco giants funding MA universities' research, 2008) มีข่าวเผยแพร่ว่าการที่อุตสาหกรรมยาสูบให้ทุนสนับสนุนการวิจัยทางการแพทย์สร้างความไม่สบายใจอย่างยิ่ง บทความจากหนังสือพิมพ์ Boston Globe รายงานว่า บริษัท ฟิลิป มอริส ยู เอส เอ ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์แก่มหาวิทยาลัยอย่างน้อย 4 แห่งในรัฐแมสซาชูเซตส์ ในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา เช่น มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สถาบันเทคโนโลยีแห่งแมสซาชูเซตส์ มหาวิทยาลัยบอสตัน และมหาวิทยาลัยแห่งแมสซาชูเซตส์ มหาวิทยาลัยบอสตันได้รับเงินจำนวนมากกว่า 3.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐจากบริษัท ฟิลิป มอริส ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 สำหรับการวิจัยทางการแพทย์ เช่น การรักษามะเร็งด้วยยีน (cancer gene therapy) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคหัวใจและนิโคติน ผลกระทบของควันบุหรี่ต่อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น นอกจากนี้หนังสือพิมพ์ นิวยอร์ก ไทมส์ ฉบับวันที่ 26 มีนาคม 2551 รายงานว่า มหาวิทยาลัย คอรัแนล ได้รับเงินทุนวิจัยจำนวน 3.6 ล้านดอลลาร์ จาก Vector Group ซึ่งเป็นบริษัทแม่ของบริษัทยาสูบ Liggett

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 บริษัท ฟิลิป มอริส ได้ให้งบประมาณหนึ่งพันล้านเหรียญสหรัฐสำหรับโครงการป้องกันเยาวชนไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่ ระหว่างปี ค.ศ. 1999 และ 2006 บริษัท ฟิลิป มอริส ยู เอส เอ ได้มอบเงินจำนวนมากกว่า 176 ล้านดอลลาร์ ให้แก่โรงเรียนต่างๆ และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนในประเทศสหรัฐอเมริกา

Preston Robert Tisch อดีตประธานกรรมการบริษัท Loews ซึ่งผลิตบุหรี่ตราสินค้าต่างๆ รวมทั้ง Newport ได้บริจาคเงินจำนวน 10 ล้านดอลลาร์สหรัฐให้แก่มหาวิทยาลัย Duke ในปี ค.ศ. 2006 สำหรับงานวิจัยด้านมะเร็ง อธิการบดีของมหาวิทยาลัย Duke คือ Victor Dzau ได้แถลงข่าวถึงเงินวิจัยดังกล่าวว่า “ความใจกว้างของครอบครัว Preston Robert Tisch ทำให้มหาวิทยาลัย Duke สามารถทำงานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งสมองและเป็นผู้นำด้านนี้ เนื่องจากเงินจำนวนดังกล่าวจะสามารถนำนักวิจัยชั้นนำให้มาร่วมทีมกับมหาวิทยาลัย Duke ได้” ในปี ค.ศ. 2005 มหาวิทยาลัย Duke ได้รับเงินจำนวน 15 ล้านดอลลาร์สหรัฐจากบริษัท ฟิลิป มอริส เพื่อพัฒนาศูนย์การวิจัยครบวงจร ซึ่งจะทำงานวิจัยในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ แต่ประเด็นนี้ทำให้เกิดคำถามและความกังวลว่า อุตสาหกรรมยาสูบจะเข้ามาบิดเบือนผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ “การที่อุตสาหกรรมยาสูบให้ทุนวิจัยทางด้านมะเร็งเป็นความขัดแย้งทางด้านจริยธรรม (paradoxical and unethical)” Grace Normann ซึ่งเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีด้านชีววิทยากล่าว (นิตยสาร ซีริโซติวิตัน 2553)

นายแพทย์ Michael J. Thun หัวหน้านักวิจัยระบาดวิทยาของสมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกา (American Cancer Society) กล่าวต่อผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ The New York Times ว่าข้อโต้แย้งในการปฏิเสธเงินทุนสนับสนุนการวิจัยจากอุตสาหกรรมยาสูบเนื่องจากอุตสาหกรรมนี้มีประวัติศาสตร์ตลอดระยะเวลา 50 กว่าปีที่ผ่านมาในการแทรกแซงผลการวิจัยด้านการแพทย์ แต่ R. Sanders Williams คณบดีของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย Duke กล่าวว่านักวิจัยของมหาวิทยาลัยมีสิทธิเสรีภาพอย่างเต็มที่ในการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยโดยไม่ต้องได้รับการตรวจสอบหรือแทรกแซงจากบริษัท ฟิลิป มอริส (นิตยสาร ซีริโซติวิตัน 2553)

มหาวิทยาลัย สแตนฟอร์ด มีการอภิปรายประเด็นนี้ แต่ได้รับการประท้วงจากนักวิจัยหลายคนที่เกรงว่าถ้าหากปราศจากเงินทุนสนับสนุนวิจัยจากอุตสาหกรรมยาสูบจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ ในขณะที่ มูลนิธิ American Legacy Foundation ซึ่งมีวัตถุประสงค์ขององค์กรในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบ จัดหาทุนให้แก่มหาวิทยาลัยต่างๆ ทำวิจัยโดยไม่ต้องพึ่งเงินจากอุตสาหกรรมยาสูบ มูลนิธิแห่งนี้จัดหาทุนวิจัยมากกว่า 300 ทุน มีมูลค่ามากกว่า 150 ล้านดอลลาร์สหรัฐในการสนับสนุนงานวิจัยการป้องกันการบริโภคยาสูบและงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตลอดหลายปีที่ผ่านมา (นิตยสาร ซีริโซติวิตัน 2553)

4. การเป็นผู้อุปถัมภ์โครงการป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่

บริษัทยาสูบบางแห่งเป็นผู้อุปถัมภ์และออกแบบโครงการป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีโครงการเหล่านี้ตั้งแต่ทศวรรษ 1980 ในปี ค.ศ. 2001 บริษัท ฟิลิป มอริส เข้าไปมีส่วนกับโครงการเหล่านี้ถึง 130 โครงการในกว่า 70 ประเทศ แต่การวิจัยบ่งชี้ว่า โครงการป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่ที่อุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ ไม่มีประสิทธิผลในการลดอัตราการสูบบุหรี่โดยเยาวชน และอาจส่งเสริมเยาวชนให้สูบบุหรี่ด้วย บริษัทยาสูบเกือบทุกแห่งลงทุนในการประชาสัมพันธ์เพื่อที่จะสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อสาธารณะคือโครงการป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่ ซึ่งไม่มีประสิทธิผล ถึงแม้โครงการนี้จะดูเหมือนพยายามไม่ให้เยาวชนสูบบุหรี่ แต่ผลกลับเป็นตรงกันข้าม เมื่อเน้นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องของผู้ใหญ่ โครงการนี้จึงดูเหมือนจะเพิ่มความอยากสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน มาตรการที่เสนอให้ตรวจบัตรประจำตัวเพื่อดูอายุมักจะไม่ประสิทธิผล เนื่องจากเยาวชนมักจะหลีกเลี่ยงการตรวจสอบได้เสมอ ในความเป็นจริงมาตรการต่างๆที่อุตสาหกรรมยาสูบนำเสนอเพื่อเป็นทางออกสำหรับปัญหาที่ตนได้สร้างขึ้นนั้นกลับเป็นสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจไปจากมาตรการที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิผล ซึ่งรวมถึงการขึ้นราคาและการเพิ่มภาษีที่กลุ่มเยาวชนมีความอ่อนไหวเป็นอย่างมาก มาตรการต่างๆ ที่มีประสิทธิผลดังกล่าว อุตสาหกรรมยาสูบกลับคัดค้านและต่อต้านอย่างหนัก (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

5. การให้ความรู้

อุตสาหกรรมยาสูบต่างพยายามที่จะเน้นกิจกรรมการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมไปในการให้ความรู้ในรูปแบบของการให้ทุนการศึกษาและการวิจัย หรือการให้ทุนในการจัดตั้งคณะในสถาบันการศึกษา ในปลายปี ค.ศ. 2000 มหาวิทยาลัยแห่งนีโอติตติ้งแฮม ประกาศถึงการจัดตั้ง ‘ศูนย์ความรู้รับผิดชอบต่อสังคมนานาชาติ (International Center for Corporate Social Responsibility)’ เป็นแห่งแรกในสหราชอาณาจักร ด้วยงบประมาณจาก บริษัท บริติช อเมริกัน โทแบคโค จำนวน 3.8 ล้านปอนด์ นอกจากนี้ รายงานการศึกษาซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร การแพทย์บริติช (British Medical Journal) ให้รายละเอียดเกี่ยวกับทุนการวิจัยและเงินบริจาคจากอุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งการแต่งตั้งผู้แทนจากบริษัทยาสูบให้มีตำแหน่งในมหาวิทยาลัย จากจำนวนมหาวิทยาลัย 90 แห่ง และคณะแพทยศาสตร์ 16 แห่ง 39% ได้รับเงินบริจาคจากอุตสาหกรรมยาสูบและ คณะแพทย์

ศาสตร์ 4 ใน 16 แห่งได้รับทุนวิจัย จากอุตสาหกรรมยาสูบ ในระหว่างปี ค.ศ. 1996-2001 ผู้แทนจากอุตสาหกรรมยาสูบได้รับการแต่งตั้งจากมหาวิทยาลัยต่างๆ 26 ตำแหน่ง รวมทั้ง ตำแหน่ง ประธาน อธิการ และผู้อำนวยการ ตลอดจนตำแหน่งในโรงพยาบาลต่างๆ ที่สอน นักศึกษาแพทย์ การได้รับการแต่งตั้งจากมหาวิทยาลัยต่างๆ เป็นช่องทางการแทรกซึมของ อุตสาหกรรมยาสูบเข้าไปในสถาบันที่มีชื่อเสียง นับเป็นการ 'ปิดปาก' และการทำให้เกิด 'ความเมินเฉย' ในการต่อต้านอุตสาหกรรมยาสูบ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

กิจกรรมต่างๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบในการเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อ สังคมเป็นการสร้างความชอบธรรมและปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งมีความพยายามทุกวิถีทางในการที่จะเป็นที่ยอมรับของสังคม ด้วยการใช้กลยุทธ์ กิจกรรมการเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคมเป็นเครื่องมือในการปกป้องตนเองเวลา ถูกโจมตี และใช้ตอบโต้เพื่อเปลี่ยนมุมมองของสาธารณะ เช่น บริษัทยาสูบแห่งหนึ่งใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า 'การปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสังคม' (societal alignment) ไม่เพียงแต่จะ ทำให้สาธารณะเชื่อมั่นว่าอุตสาหกรรมยาสูบได้เปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินการทางธุรกิจ เท่านั้น แต่พยายามในเชิงรุกเพื่อหล่อหลอมความคาดหวังของสังคมว่าการเปลี่ยนแปลง แบบไหนที่เป็นที่ยอมรับได้ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2560)

ข้อค้นพบจากเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบบ่งชี้ว่า อุตสาหกรรมยาสูบ เปลี่ยนแปลงท่าทีและการดำเนินการทางธุรกิจก็ต่อเมื่อความคิดเห็นสาธารณะและความ กดดันทางการเมืองบังคับให้อุตสาหกรรมยาสูบต้องเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น บริษัท ฟิลิป มอริส พยายามเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์องค์กรในปี ค.ศ. 1999 ครั้งสำคัญด้วยการ ยอมรับว่าจะไม่ได้แย้งเกี่ยวกับอันตรายทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ อุตสาหกรรมยาสูบ ตระหนักว่าตนไม่มีความน่าเชื่อถือในทุกด้าน ทั้งกลยุทธ์การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ การเป็น คดีความ และการกำหนดนโยบาย รวมทั้งมุมมองจากสื่อสารมวลชน (Friedman LC, 2009)

อุตสาหกรรมยาสูบไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมองค์กรอย่างแท้จริง แต่ พยายามที่จะโน้มน้าวสื่อสารมวลชน สาธารณชน และผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งรัฐบาล โดยการใช้กิจกรรมการเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้เป็นเพียง เพื่อทำให้ท่าทีของกลุ่มที่มองอุตสาหกรรมยาสูบในทางลบอ่อนลง ทั้งๆ ที่อุตสาหกรรม ยาสูบไม่ได้เปลี่ยนท่าทีและวิธีการดำเนินการทางธุรกิจเลย เพียงแต่เปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อจูง

ใจฝ่ายตรงข้ามเท่านั้นผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายควบคุมยาสูบชั้นนำ 2 คนกล่าวหาอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติว่าทำลายอุดมการณ์ของการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคม (CSR) โดยการเบี่ยงเบนความสนใจออกไปจากผลิตภัณฑ์แห่งความตายและพฤติกรรมกรรมการดำเนินธุรกิจที่เคลือบแคลงและน่าสงสัย Collin และ Gilmore นักวิจัยแห่ง London School of Hygiene & Tropical Medicine ได้กล่าวหาอุตสาหกรรมยาสูบในวารสาร Global Social Policy ว่าฉวยโอกาสตักตวงผลประโยชน์จากแนวคิดของการเป็นองค์กรเพื่อสังคมในการทำให้เกิดการยอมรับและความชอบธรรมจากกลุ่มผู้ถือหุ้น ผู้กำหนดนโยบาย และสาธารณชน (นิทส์ ศิริโชติรัตน์ 2560) Jeff Collin กล่าวว่า “อุตสาหกรรมยาสูบบ่อนทำลายอุดมการณ์ของการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคม และจะทำให้อุดมการณ์ดังกล่าวสูญเสียการยอมรับจากสาธารณะ แนวคิดของการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคมไม่ควรจะถูกใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างภาพ หรือเป็นโอกาสในการประชาสัมพันธ์ โดยองค์กรที่ส่งเสริมความตายและโรคร้ายใช้เจ็บแก่ประชากรโลกนับล้านคน” ทั้ง Collin และ Gilmore กล่าวว่าแนวคิดสำคัญของการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคมคือ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและลดผลกระทบทางสังคม ให้สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หากอุตสาหกรรมยาสูบจะโต้แย้งว่า ‘ตราบใดที่อุตสาหกรรมยาสูบผลิตบุหรี่ได้ถูกต้องตามกฎหมาย ดังนั้น การกระทำใดๆ โดยอุตสาหกรรมยาสูบอย่างมีความรับผิดชอบมากขึ้น ก็ควรจะเป็นที่ยอมรับได้ อุตสาหกรรมยาสูบจะเน้นไปที่ตัวอย่างของการบริจาคเงินและการดำเนินการเพื่อสังคมอื่นๆ ในการที่จะลดกระแสความกดดันจากมาตรการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผล ซึ่งหมายถึงมาตรการที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับโลกและผลกำไรในอนาคตของอุตสาหกรรมยาสูบลดลง’ แต่สิ่งที่อุตสาหกรรมยาสูบดำเนินการอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนายืนยันว่า กิจกรรมเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบเป็นเพียงความพยายามที่จะรักษาภาพพจน์ของตนเองในสายตาของสาธารณชนและตลาดเงินทุนแต่ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในการดำเนินการทางธุรกิจของอุตสาหกรรมยาสูบ

ในแต่ละปีโรงงานยาสูบซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจในสังกัดกระทรวงการคลังให้ความสำคัญกับการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมไว้อย่างชัดเจน โดยได้จัดสรรงบประมาณจำนวนกว่าร้อยล้านบาทให้กับกิจกรรมเกี่ยวกับ “ภารกิจเพื่อสังคม (Social Activities)” ในกิจกรรมสาธารณประโยชน์ต่างๆ เช่น การบริจาคเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มกันหนาว โครงการมอบเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์การศึกษาให้แก่เด็กนักเรียนในชนบท

สนับสนุนโครงการพัฒนาเกษตรผสมผสานเป็นอาชีพเสริมให้ชาวไร่ยาสูบ 23,000 ครอบครัว และโครงการร่วมสานฝันดับไฟได้ เป็นต้น โรงงานยาสูบได้บริจาคเงินสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรต่างๆ ซึ่ง สอดคล้องกับรูปแบบของ CSR ตามแนวคิดของ Phillip Kotler และ Nancy Lee ดังนี้ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

- วิธีการส่งเสริมประเด็นที่มีคุณค่าต่อสังคม (Cause Promotion) เป็นการจัดหาเงินทุน วัสดุสิ่งของหรือทรัพยากรอื่นขององค์กร เพื่อขยายการรับรู้และความห่วงใยต่อประเด็นปัญหาทางสังคมนั้นเช่น ประเด็นช่วยบรรเทาภาวะโลกร้อนหรือการประหยัดพลังงาน “โครงการต้นไม้ของหนู” ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2551 และมีการปลูกป่าในสัปดาห์วันต้นไม้แห่งชาติโครงการ “ปลูกป่าชายเลน” ป้อมพระจุลจอมเกล้า จำนวน 100 ไร่ และค่าบำรุงรักษาหลังการปลูกปี 2551 โครงการอนุรักษ์พันธุ์ปลาในท้องถิ่น “เยาวชนคนรักปลา” เป็นความร่วมมือระหว่างโรงงานยาสูบและคณะประมง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์เพื่อสร้างจิตสำนึกในเรื่องการอนุรักษ์พันธุ์ปลาในท้องถิ่นไทยโดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเด็กและเยาวชน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ มีนาคม 2551 ถึง กันยายน 2551

- การตลาดเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาสังคม (Corporate Social Marketing) เป็นการสนับสนุนการพัฒนาหรือการทำให้เกิดผลจากการรณรงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านสาธารณสุขด้านความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อม หรือด้านสุขภาพเช่น โครงการ “ใช้ถุงผ้า ลดโลกร้อน” เพื่อลดสภาวะโลกร้อนที่เพิ่มมากขึ้นด้วยการใช้ถุงผ้าแทนถุงพลาสติก โครงการ “จัดสร้างและติดตั้งจุดพักสูบบุหรี่” ภายใต้แนวคิด “Green World for Green Smile” หรือรอยยิ้มสีเขียวโดยการจัดพื้นที่สูบบุหรี่ ณ สถานีขนส่งผู้โดยสารหมอชิต เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะต่อผู้ไม่สูบบุหรี่และสร้างนิสัยในการสูบบุหรี่ให้เป็นที่เป็นที่ทางซึ่งโรงงานยาสูบระบุว่า นอกจากจะช่วยรักษาสุขภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะแล้วยังเป็นการสนองต่ออกกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ว่าด้วยสำนึกของความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมโครงการนี้ใช้งบประมาณกว่า 10 ล้านบาท

- การบริจาคเพื่อการกุศล (Corporate Philanthropy) ซึ่งจัดเป็นรูปแบบดั้งเดิมและง่ายที่สุดคือการบริจาคทั้งเงินสินค้าหรือสิ่งของเพื่อเป็นสาธารณกุศลเช่นให้กับมูลนิธิโรงเรียนหรือชุมชน หรือการช่วยเหลือไปที่ประเด็นปัญหาทางสังคมโดยตรง ในรูปของการ

บริจาคเงินหรือวัตถุ เช่น “โครงการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิตชุมชนเลียบแม่น้ำมูล จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมีการมอบเงินสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในพื้นที่ซึ่งได้รับผลจากโครงการก่อสร้างถนนเลียบแม่น้ำมูลของเทศบาลอุบลราชธานี นอกจากนี้ ยังมีการมอบเงินให้กับมูลนิธิต่างๆ เช่น มูลนิธิตะวันฉาย เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้พิการด้อยโอกาสและครอบครัวที่มีฐานะยากจน มูลนิธิคนพิการไทย เพื่อซื้อรถสามล้อโยกให้คนพิการ รวมทั้งการมอบทุนการศึกษาในโครงการ “ร่วมสานฝันดับไฟใต้” ให้บุตรข้าราชการที่เสียชีวิตเนื่องจากเหตุการณ์ก่อความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และยังมี การมอบทุนการศึกษาให้กับโรงเรียน มหาวิทยาลัย หน่วยงานราชการ และสมาคมกีฬาประเภทต่างๆ อีกเป็นจำนวนมาก อาทิ การสนับสนุนสมาคมว่ายน้ำแห่งประเทศไทย ตามโครงการ 1 สมาคมกีฬา 1 รัฐวิสาหกิจ เป็นจำนวนเงิน 45,000,000 บาท

ผู้บริหารโรงงานยาสูบยังได้กล่าวถึงผลของการทำ CSR อย่างต่อเนื่องว่า การกระทำดังกล่าวส่งผลให้ทัศนคติของสังคมที่มีต่อโรงงานเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

กรณีของอุตสาหกรรมยาสูบต่างประเทศก็เช่นกัน คือมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการโฆษณาและประชาสัมพันธ์ทางอ้อมด้วยการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีและการนำเสนอโครงการทางสังคมต่างๆ ผู้อำนวยการฝ่ายบริษัทสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร บริษัท ฟิลิป มอริส (ไทยแลนด์) ลิมิเต็ด เปิดเผยว่า บริษัทมีนโยบายทำโครงการเพื่อสังคม 6 ด้าน (ทักษ์ศิลป์ ฉัตรแก้ว 2546) ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาสังคม (Social Services)
2. การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (Humanitarian Aids)
3. การบรรเทาสาธารณภัย (Disaster Relief)
4. การรณรงค์ต่อต้านการกระทำรุนแรงทางเพศต่อเด็กและสตรี (Domestic Violence)
5. การมีส่วนร่วมในการรักษาสิ่งแวดล้อม (Environmental Preservation)
6. การส่งเสริมด้านศิลปะและวัฒนธรรม (Arts and Culture)

บริษัท ฟิลิป มอริส อินเตอร์เนชันแนล ได้บริจาคเงินในปี ค.ศ. 2005 ให้แก่ 3 โครงการคือ สมาคมเพื่อส่งเสริมสถานะภาพสตรี (Association for the Promotion of the

Status of Women) มูลนิธิพัฒนามนุษย์และเด็ก (Human Development and Children Fund) พัฒนาประชากรสากล (Population Development International) ในปี ค.ศ. 2006 บริษัท ฟิลิป มอริสได้บริจาคเงินจำนวน 12,821 ดอลลาร์สหรัฐ ผ่านสมาคมชาวไร่ยาสูบ ผู้บ่มยาสูบ และผู้ค้ายาสูบของจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา สำหรับบรรเทาสาธารณภัย บริจาคเงินจำนวน 130,000 ดอลลาร์สหรัฐ ผ่านสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน เพื่อโครงการบริการสังคมและมนุษย์ (Human/Social services) และบริจาคเงินจำนวน 50,795 ดอลลาร์สหรัฐผ่านสมาคมผู้ปลูกยาสูบ ผู้บ่มยาสูบ และผู้ค้ายาสูบ เพื่อโครงการ การศึกษา การฝึกอบรม และเพื่อโครงการที่เกี่ยวกับการเกษตรและสิ่งแวดล้อม (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

จากการสำรวจโดยมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2547) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 พบว่าอุตสาหกรรมยาสูบ ทั้งในและต่างประเทศ ต่างปรับปรุงรูปแบบในการทำการตลาด รวมทั้งการจัดกิจกรรมทางการตลาดที่หลากหลายรูปแบบ หรือที่เรียกว่าการสื่อสารทางการตลาด โดยมีกลยุทธ์ดังต่อไปนี้ (มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2547)

การโฆษณาสถาบัน (Corporate advertising) เป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารทางการตลาดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างภาพลักษณ์แก่องค์กรหรือบริษัท ทำให้สังคมเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตัวองค์กร โดยนำเสนอภาพขององค์กรในลักษณะที่มีชีวิต มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การแสดงออกถึงปรัชญาขององค์กร โดยใช้กิจกรรมทางสังคมเป็นสื่อเพื่อให้องค์กรเข้าไปมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมของสังคม ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้บริโภคให้รู้สึกดีต่อองค์กร และนำไปสู่การตัดสินใจซื้อสินค้าขององค์กรในอนาคต มีรูปแบบของกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้ทุนอุปถัมภ์กิจกรรม การบริจาคเงิน การจัดกิจกรรมเพื่อสังคม การจัดการแสดงดนตรีและศิลปะ เป็นต้น

การสนับสนุนกิจกรรมด้านศิลปวัฒนธรรม ได้แก่

- การจัดการประกวดศิลปกรรมยอดเยี่ยมแห่งประเทศไทย และการจัดการประกวดศิลปกรรมยอดเยี่ยมแห่งอาเซียน โดยบริษัท ฟิลิป มอริส (ไทยแลนด์) จำกัด ตั้งแต่ปี 2537 ถึง 2547

- การจัดการประกวดแผ่นพับวิธีปฏิบัติ “เสริมสร้างนิยมไทย ร่วมใจประหยัด” โดยของโรงงานยาสูบ เดือน ธันวาคม 2544

- การจัดการแสดงดนตรีและศิลปะวัฒนธรรมซึ่งสนับสนุนร่วมกับองค์กรอื่นๆ เช่น การจัดแสดงคอนเสิร์ตของโทนี่ เบนเนตต์ และแมคคอยไทเนอร์ ทรีโอ โดยบริษัท ฟิลิป มอร์ริส (ไทยแลนด์) จำกัดเมื่อปี พ.ศ.2536

การบริจาคเงินได้แก่

- บริษัท ฟิลิป มอร์ริส (ไทยแลนด์) จำกัด มอบเงินแก่นายกสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วมที่จังหวัดสุโขทัยและเพชรบูรณ์ จำนวน 1 ล้านบาท เดือนตุลาคม พ.ศ. 2544

- โรงงานยาสูบมอบเงินจำนวน 1 ล้านบาท แก่บริษัท มติชน จำกัด (มหาชน) เพื่อสนับสนุนโครงการมอบหนังสือดีให้ห้องสมุด 250 โรงเรียน เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2546

- บริษัท บริติช อเมริกัน โทแบคโค (ประเทศไทย) จำกัด มอบเงินแก่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เพื่อสมทบทุนในโครงการคนรักคลอง เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2544

- บริษัท ฟิลิป มอร์ริส (ไทยแลนด์) จำกัด มอบเงินแก่กรมประชาสัมพันธ์ จำนวน 3 ล้านบาทเพื่อสนับสนุนในการผลิตรายการ Be My Guest ซึ่งเป็นรายการสอนภาษาอังกฤษในช่วงการจัดประชุม เอเปก ที่ไทยเป็นเจ้าภาพ ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ ช่อง 11 ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2546

- การจัดกิจกรรมเพื่อสังคม โดยอุตสาหกรรมยาสูบได้จัดทำโครงการเพื่อสังคมในลักษณะต่างๆ และได้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าวผ่านสื่อมวลชนแขนงต่างๆ เช่น

- โครงการ Youth Smoking Prevention (YSP) ของบริษัท ฟิลิป มอร์ริส (ไทยแลนด์) จำกัดซึ่งมีกิจกรรมต่างๆ คือ 1. จัดทำแผ่นพับเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าว 2. จัดทำสโปดโทรทัศน์เผยแพร่ทางสถานีโทรทัศน์ช่องต่างๆ 3. จัดทำบทความและแผ่นพิเศษในนิตยสาร ลิปส์ ฉบับเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2545

- โครงการเพื่อการสูบบุหรี่ให้เป็นที่เป็นที่ทางของโรงงานยาสูบ โดยมีการจัดทำเป็นสื่อโฆษณาทางหนังสือพิมพ์ ได้แก่ ฐานเศรษฐกิจ และมติชนในปี พ.ศ. 2543

- โครงการเสริมสร้างนิยามไทย ร่วมใจประหยัดของโรงงานยาสูบ โดยมีการจัดทำสื่อโฆษณาทางหนังสือพิมพ์ และการจัดทำสติ๊กเกอร์เพื่อติดบนรถประจำทางของ ชสมก.

- โครงการดับเครื่องยนต์ มอังก่อนสูบ ของโรงงานยาสูบร่วมกับสถานีบริการน้ำมันของ ปตท. มีการจัดทำสติ๊กเกอร์ติดที่ปั้มน้ำมัน และมีข่าวประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์ ในปี พ.ศ. 2544

บริษัท ฟิลิป มอริส เป็นผู้อุปถัมภ์หลักในการประกวดภาพวาดอาเซียนตลอด 10 ปีที่ผ่านมาซึ่ง เหตุผลที่แท้จริงเพื่อ 1) ทำการตลาดผลิตภัณฑ์บุหรี่ของบริษัท และ 2) เข้าถึงข้าราชการชั้นสูงของประเทศ

นายแพทริค ริการ์ท ผู้จัดการฝ่ายกิจกรรมองค์กรของบริษัท ฟิลิป มอริส ได้ออกมาให้สัมภาษณ์หนังสือพิมพ์ว่า เพราะโฆษณาบุหรี่ในเมืองไทยไม่ได้จึงต้องเปลี่ยนแผนการตลาดมาใช้ในการอุปถัมภ์งานประกวดภาพวาดแทน (หทัย ชิตานนท์, 2550) จากเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบ ได้บ่งชี้ว่า การจัดการประกวดภาพวาดอาเซียนทำให้บริษัท ฟิลิป มอริส สามารถเข้าถึงโดยตรงต่อข้าราชการระดับอาวุโสของรัฐบาลในแต่ละประเทศ และทำให้มีความสัมพันธ์อันมั่นคงกับสำนักเลขาธิการอาเซียนดังนั้น จะเห็นได้ว่าจากการสืบค้นข้อมูล และงานวิจัยเอกสารพบว่า การดำเนินการเป็นองค์กรเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ ก็เพื่อที่จะทำการตลาด สร้างภาพลักษณ์องค์กร และโน้มแนวความคิดสาธารณะ (Public opinion) ให้เป็นไปในทางที่ดีต่ออุตสาหกรรมยาสูบ

อุตสาหกรรมยาสูบดำเนินการกิจกรรมเพื่อสังคมต่างๆ รวมทั้งการบริจาคเงินในรูปแบบต่างๆ (philanthropic endeavours) เพื่อเป็นการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง อุตสาหกรรมยาสูบไม่เคยสนใจในการพัฒนาสังคมอย่างจริงจัง แต่ดำเนินกิจกรรมการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมเพราะเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการเพิ่มผลกำไรจากการขายสินค้าแห่งความตาย (Southeast Asia Tobacco Control Alliance: SEATCA, 2008) เงินจำนวนหลายล้านดอลลาร์สหรัฐที่อุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติใช้เพื่อกิจกรรมต่างๆ เพื่อสังคมเป็นส่วนหนึ่งของการประชาสัมพันธ์เพื่อ ‘ซื้อ’ ความน่าเชื่อถือ และการสนับสนุนจากภาคส่วนการเมือง ซึ่งอุตสาหกรรมยาสูบสูญเสียไปจากการที่สาธารณชนทราบถึงพฤติกรรมที่แท้จริงของอุตสาหกรรมยาสูบจากเอกสารภายใน (internal documents) ที่ถูกศาลสหรัฐสั่งให้เปิดเผยจากการที่อุตสาหกรรมยาสูบถูกฟ้องร้อง การอวดอ้างเกี่ยวกับการ

เป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบ ไม่สามารถปิดบังข้อเท็จจริงว่า ผู้สูบบุหรี่จำนวน 4.9 ล้านคนกำลังเสียชีวิตในแต่ละปี และเมื่อพิจารณาว่า บริษัท บริติช อเมอริกัน โทแบคโค ครอบครองตลาดยาสูบทั่วโลก 15.4% ในขณะที่บริษัท ฟิลิป มอริส ครอบครองตลาดโลก 16.4% จึงทำให้อุตสาหกรรมยาสูบทั้งสองต้องรับผิดชอบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูบบุหรี่ 754,600 คน และ 803,600 คน ต่อปี ตามลำดับ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

เมื่อเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 1998 โลกของอุตสาหกรรมยาสูบต้องตกตะลึงจากคำพิพากษาของศาลในรัฐ มินเนโซตา ประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนหนึ่งของคำพิพากษาที่ อุตสาหกรรมยาสูบต้องปฏิบัติคือจะต้องเผยแพร่เอกสารภายในขององค์กรนับล้านๆ หน้า ให้แก่สาธารณชนได้ทราบข้อเท็จจริง การตัดสินของศาลในครั้งนี้เป็นภัยคุกคามอย่างยิ่งต่อคดีความอื่นๆ ที่กำลังตามมาในรัฐต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Chapman S, 2004) ดังนั้นอุตสาหกรรมยาสูบจึงยินยอมทำความตกลงประวัติศาสตร์กับอัยการของรัฐในเดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 1998 ที่เรียกว่า Master Settlement Agreement (MSA) ซึ่งประเด็นสำคัญของความตกลงคือ อุตสาหกรรมยาสูบจะต้องจ่ายเงินจำนวนกว่า 2 แสนล้านเหรียญสหรัฐให้แก่รัฐต่างๆ และเอกสารทุกชิ้นที่ 'ค้นพบ / เปิดเผยแพร่' ในคดีต่างๆ จนถึงปี ค.ศ. 2010 จะต้องถูกนำมาเผยแพร่บนเว็บไซต์ เอกสารจำนวน 40 ล้านชิ้นที่เป็นเอกสารลับเฉพาะภายในอุตสาหกรรมยาสูบ ทั้งบันทึกข้อความ โทรสาร รายงาน และ จดหมายต่างๆ ถูกนำมาเผยแพร่สำหรับผู้สนใจ (ดูได้ทางเว็บ <http://legacy.library.ucsf.edu/>)

เมื่อความลับต่างๆ ภายในองค์กรถูกเปิดเผยดังกล่าว อุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติ จึงเปลี่ยนกลยุทธ์ใหม่ด้วยการสร้างภาพลักษณ์ใหม่ในการเป็นองค์กรที่มีจริยธรรม คือ ยอมรับว่าการสูบบุหรี่มีภัยต่อสุขภาพ แต่ใช้คำพูดที่ระมัดระวัง เช่น บริษัท บริติช อเมอริกัน โทแบคโค เขียนใน 'รายงานทางสังคม' (Social Report) ประจำปี ค.ศ. 2003/4 ว่า 'บทบาทหลักของเราคือการยอมรับต่อสาธารณะเกี่ยวกับอันตรายทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ในขณะเดียวกันสื่อสารเกี่ยวกับองค์กรอย่างชัดเจน' แปลความคือ 'เรายอมรับข้อเท็จจริงของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ แต่เราจะแสดงความชัดเจนให้รัฐบาลได้รับทราบในมุมมองของเราเกี่ยวกับการถูกบังคับให้พิมพ์ภาพคำเตือนบนหีบห่อ / ซอง ของยาสูบเกี่ยวกับอันตรายทางสุขภาพของยาสูบ' (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553) กรณีศึกษาตัวอย่างของ บริษัท บริติช อเมอริกัน โทแบคโค ในประเทศออสเตรเลียเมื่อปี ค.ศ. 2004 หลังจากที่บริษัทประกาศว่าจะอุทิศตนในการให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอันตรายจาก

ยาสูบ แต่ได้ทำการลอบบีรัฐบาลออสเตรเลียอย่างหนักในการให้ยกเลิกแผนการพิมพ์ภาพ
คำเตือนบนซองบุหรี่ รวมทั้งให้ทุนสนับสนุนร้านค้าปลีกในการอุทธรณ์ประเด็นดังกล่าว

ตัวอย่างเช่นนี้แสดงให้เห็นว่า อุตสาหกรรมยาสูบไม่ใช่ผู้กระทำผิดที่กลับใจใหม่ที่
สารภาพความผิดต่อสาธารณชน อุตสาหกรรมยาสูบไม่เคยขอโทษต่อสาธารณะที่ได้
หลอกลวงมาโดยตลอด ถึงแม้ถูกพิพากษาโดยศาลสถิตยุติธรรม แต่อุตสาหกรรมยาสูบไม่
เคยยอมรับว่าตลอดเวลาที่ผ่านมามีได้โกหกหลอกลวง และไม่เคยแสดงท่าทีที่จะชดใช้
ค่าเสียหายให้แก่ผู้ที่สูบบุหรี่และเป็นโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ อุตสาหกรรมยาสูบไม่ลดละในการ
ที่จะยอมรับว่าได้ล่อลวงและดึงดูดยาวชนด้วยกลยุทธ์ต่างๆ ให้มาสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลทาง
เศรษฐกิจระยะยาวขององค์กร สิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความจริงจังของอุตสาหกรรมยาสูบใน
การไม่ยอมยกให้เยาวชนมาสูบบุหรี่คือ องค์กรปฏิเสธที่จะคืนผลกำไรมหาศาลที่ได้รับจาก
การขายยาสูบให้แก่เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดว่าซื้อบุหรี่ได้

เอกสารภายในเหล่านี้บ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ปราศจากศีลธรรมและคุณธรรม
(unscrupulous conduct) เช่น การล่อลวงเยาวชนให้เริ่มสูบบุหรี่ การเพิ่มสารเคมีเพื่อให้ผู้
สูบเสพติดยาสูบได้เร็วขึ้น และการปฏิเสธเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบต่อสุขภาพ แต่เมื่อ
อุตสาหกรรมยาสูบต้องเผชิญกับการควบคุมที่เข้มงวดมากขึ้นของกฎ ระเบียบ จากรัฐบาล
ประเทศต่างๆ รวมทั้งการถูกจำกัดการทำการตลาด จึงต้องปกป้องตนเองจากกฎหมายและ
ต้องการความเห็นใจจากสาธารณะ ดังนั้น อุตสาหกรรมยาสูบจึงใช้การดำเนินการกิจกรรม
เพื่อสังคมต่างๆ เพื่อต่อสู้ หรือเรียกร้องความเห็นใจจากการถูกควบคุมโดยกฎหมาย
โดยเฉพาะกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มภาษี กฎหมายควบคุมมลพิษภายในอาคาร และ
ข้อจำกัดในการทำการตลาด (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

สำหรับประเทศไทย ตัวอย่างของเครื่องมือทำความดีที่ช่วยให้แบรนด์องค์กรเป็นที่
รู้จัก ได้รับการยอมรับจากสังคม และเพิ่มความผูกพัน ระหว่างผู้บริโภคกับแบรนด์องค์กร
มากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้นำองค์กรเป็นตัวจักรสำคัญในการสร้างแบรนด์ องค์กรเพื่อสังคม จาก
รายงานประจำปี 2554-ปัจจุบัน โรงงานยาสูบได้ใช้เครื่องมือแสดงกิจกรรมความ
รับผิดชอบต่อสังคม ตัวอย่าง การให้มาตรฐาน ISO 26000 โดยการนำมาตรฐาน ISO
26000 มาผสมผสานเข้ากับการสร้างแบรนด์องค์กรตามแนวทาง “ดาวแห่งกลยุทธ์”
(Strategic Stars) ซึ่งเริ่มต้นที่การนำมาตรฐาน ISO 26000 กำหนดไว้ในวิสัยทัศน์ของ
องค์กร โดยสื่อสารและประสานงานกับคนภายในองค์กร รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้ได้

รับรู้ถึงเหตุและผลในการทำและเข้าใจถึงความมุ่งมั่นในความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร กระตุ้นให้พนักงานทุกระดับมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนมาตรฐาน ISO 26000 ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง นำไปสู่การสร้างจิตสำนึกแห่งความรับผิดชอบต่อสังคมรวมถึงการสร้างภาพลักษณ์องค์กรผ่านมาตรฐาน ISO 26000 ซึ่งโครงการเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสังคมในการสร้างภาพลักษณ์ มีแผนเสนอว่าควรทำเกี่ยวกับเกษตรกรรม เช่น โครงการ Green Earth สนับสนุนการปลูกป่า โครงการ Think Green สนับสนุนให้ใช้วัสดุ Recycle เพื่อลดปริมาณขยะ ลดสภาวะเรือนกระจก ลดมลพิษ หรือ โครงการ Sin Bin/Smoking Area การจัดพื้นที่และกันอาณาเขตของผู้สูบบุหรี่ให้เป็นที่เป็นทางในจุดสาธารณะและสถานบันเทิงต่าง ๆ

จากรายงานประจำปีต่อเนื่องหลายปีของโรงงานยาสูบได้นำเสนอถึงการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม โดยจัดทำกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมสามารถจำแนกได้ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านวัฒนธรรม ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านการกีฬา และด้านความมั่นคง

1. ด้านสิ่งแวดล้อม การดำเนินการผลิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การสร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ลดการใช้พลังงาน และพึงธรรมชาติใกล้ตัว องค์กรต้องควบคุมคุณลักษณะทางสิ่งแวดล้อม และ ควบคุมความสัมพันธ์ ระหว่างกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการ ที่จะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การปล่อยมลพิษในอากาศ พื้นดิน หรือน้ำ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการแก้ไขบำบัด อีกทั้งทำให้ภาพลักษณ์ขององค์กรดีขึ้น โรงงานยาสูบมีโครงการต่อเนื่องที่ปฏิบัติต่อกันมาหลายปี ได้แก่

ก. โครงการปฏิบัติงานด้านเกษตรกรรมที่ดี เน้นการผลิต ใบยาสูบที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัยจากสารตกค้าง เพิ่มความปลอดภัยต่อเกษตรกร ผู้ผลิตและผู้บริโภค ใช้ปุ๋ยและสารเคมีทางการเกษตรได้ถูกต้องตามข้อกำหนด ลดมลภาวะจากขั้นตอนการผลิต ใบยา มีการจัดการดินและน้ำอย่างเหมาะสม จัดการศัตรูพืชแบบผสมผสาน ปลูกพืชหมุนเวียน

ข. โครงการก่อสร้างโรงบ่มใบยาด้วยไอร้อน (ใบยาเวอรี่เนียน) แบบประหยัดพลังงาน ซึ่งสามารถลดต้นทุนการบ่มใบยา โดยใช้เชื้อเพลิงน้อยกว่าเดิม เกิดการเผาไหม้สมบูรณ์ ลดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม ลดการตัดไม้ทำลายป่า และการสนับสนุนการก่อสร้างให้ชาวไร่ยาสูบ

ค. โครงการโรงงานยาสูบดูแลโลกสีเขียว ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก กิจกรรม
ได้แก่

- กิจกรรมล้อมรั้ว (โรงเรียน ล้อมรั้ว) ปลูกต้นไม้หายาก สมุนไพร ต้นไม้ใน
วรรณคดี ต้นไม้มงคล ต้นไม้เศรษฐกิจ ต้นไม้ยืนต้นที่ให้ร่มเงา จำนวน 6,383 ต้น และให้
โรงเรียน รายงานผลการดูแลบำรุงรักษาต้นไม้ที่ปลูกทุก 7 เดือน เป็นระยะเวลา 2 ปี

- กิจกรรมการจัดตั้งธนาคารจักรยาน มอบจักรยานให้แก่โรงเรียน แห่งละ 25
คัน เป็นการปลูกฝังให้เด็กรู้จักลดใช้พลังงาน ช่วยลดมลภาวะที่มีต่อสิ่งแวดล้อม และ เป็น
การออกกำลังกาย

- กิจกรรมการประกวดวาดภาพ ภายใต้หัวข้อ “ต้นไม้ในฝัน”

2. ด้านวัฒนธรรม เนื่องจากวัฒนธรรม เป็นวิถีการดำรงชีวิตที่งดงาม ได้รับการสืบทอด
ทอดจากอดีตสู่ปัจจุบัน เป็นผลผลิตของมนุษย์ที่แสดงถึงความเจริญงอกงาม ทั้งด้านวัตถุ
แนวคิดจิตใจ วัฒนธรรมคงอยู่ได้ อาทิ เช่น

ก. การส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย การพัฒนา การฟื้นฟู การอนุรักษ์
การศึกษา และเผยแพร่งานศิลปะและวัฒนธรรมของบุคคล คณะบุคคล และหน่วยงาน ทั้ง
ภาคราชการ และเอกชน

ข. ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความร่วมมือขององค์กร และสถาบัน
ด้านศิลปวัฒนธรรม

ค. ส่งเสริมกิจกรรมการจัดการแสดง การจัดนิทรรศการทางศิลปะและกิจกรรม
อื่นๆ ที่เกี่ยวกับศิลปวัฒนธรรม ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ

ง. ช่วยเหลือผู้มีผลงานทางด้านวัฒนธรรม และศิลปินในด้านสวัสดิการและ
ความเป็นอยู่ สนับสนุนให้มีการจัดซื้อผลงานทางศิลปะที่เป็นผลงานของศิลปินไทยและ
เป็น สมบัติของชาติ

จ. ส่งเสริมการเรียนการสอนด้านศิลปะและวัฒนธรรม และการสืบทอดงาน
ศิลปะทั้ง ในระบบ และนอกระบบโรงเรียน

ฉ. ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรสาธารณประโยชน์ที่เกี่ยวกับงานศิลปะและ
วัฒนธรรม โรงงานยาสูบมีการสนับสนุนกิจกรรมด้านวัฒนธรรม ซึ่งมีโครงการสนับสนุน
ต่อเนื่อง คือ โครงการทัศนศิลป์เฉลิมพระเกียรติ “แหงหยวกช่างศิลป์ บนถิ่นไทย” ติดต่อกัน

มา 3 ปี ของ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตแห่งหนึ่ง โครงการสืบสานประเพณีสงกรานต์ ในจังหวัดต่าง ๆ การจัดซื้อที่ดินทุเรียนพื้นบ้านนนทบุรี เพื่อฟื้นฟูทุเรียนพื้นบ้านให้เป็น มรดกของชาติ สนับสนุนมูลนิธิส่งเสริมศิลปาชีพในพระบรมราชินูปถัมภ์ โครงการบรรพชา สามเณรภาคฤดูร้อน เป็นต้น

3. ด้านสังคม เนื่องจากสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก และ สถาบันทางสังคมก็ทำหน้าที่ไม่ครบสมบูรณ์ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดปัญหา สังคม ไม่ว่าจะเป็นปัญหายาเสพติด ปัญหาความยากจน ปัญหาโรค เอชไอวี ปัญหาความ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ปัญหาการศึกษา ปัญหาครอบครัว ปัญหาความเสื่อม โทรม ทางด้านจิตใจและศีลธรรม ปัญหาสุขภาพอนามัย ปัญหากลุ่มผู้ด้อยโอกาส และปัญหา ทุจริต คอร์รัปชั่น ปัญหาสังคมในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซับซ้อนขึ้น และ รุนแรงขึ้น ดังนั้น การดำเนินการด้านความรับผิดชอบต่อสังคมด้านสังคม จึงเป็นการ เข้าใจ ปัญหาสังคม และใช้เงินทุนสนับสนุนแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่โรงงานยาสูบสนับสนุนอยู่เป็น ประจำ คือ การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออก ให้บริการประชาชน การสนับสนุน งบประมาณเพื่อกิจกรรมทางศาสนา

4. ด้านการศึกษา การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาความรู้ ความคิด คุณธรรมของเด็กและ เยาวชน ให้เป็นพลเมืองที่ดีมีคุณภาพ นอกจากนี้ การศึกษายังเป็น กุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การประกอบอาชีพ รายได้ ประสิทธิภาพของการทำงาน และการ พึ่งพาตนเองได้ในที่สุด ดังนั้น หากจะ มุ่งหวังให้การพัฒนาประเทศเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ราบรื่น ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกระจาย โอกาสทางการศึกษาให้แก่เด็กและ เยาวชนอย่างทั่วถึง แต่ปัญหาความยากจนยังเป็นอุปสรรคที่ทำให้เด็กและเยาวชนไทยส่วน หนึ่งขาดโอกาสทางการศึกษา ต้องออกจากโรงเรียน กลางคันหรือไม่ได้ศึกษาต่อในระดับที่ สูงขึ้น ดังนั้น การดำเนินการด้านความรับผิดชอบต่อสังคมด้านการศึกษาจึงเป็นการ สนับสนุนให้เยาวชนได้รับโอกาสทางการศึกษา เพื่อให้เป็นคนที่มีคุณภาพ พึ่งพาตนเองได้ อาทิ เช่น

ก. การส่งเสริมและสนับสนุนด้านการศึกษาแก่เยาวชนที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ อย่างต่อเนื่องเป็นประจำไม่ว่า จะเป็นทุนการศึกษาแก่นักเรียน ช่างฝีมือ และ สถาบันการศึกษาต่าง ๆ

ข. สนับสนุนด้านการกีฬา การกีฬามีส่วนช่วยสร้างสรรค์คุณภาพชีวิตที่ดีให้กับคนในสังคม ทั้งส่งเสริมให้มีสุขภาพดี และให้เยาวชนใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทั้งยังช่วยขัดเกลาให้คนในสังคมเป็นคนดี โรงงานยาสูบ จึงให้การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ทางด้านกีฬาให้กับสมาคมกีฬาสำคัญ ๆ ของประเทศ เช่น สมาคมฟุตบอลแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดตั้งและสนับสนุนสโมสรฟุตบอลพนักงาน ยาสูบ สนับสนุนโครงการมินิมาราธอนเฉลิมพระเกียรติ วันแม่แห่งชาติเป็นประจำทุกปี รวมถึงการ ฝึกสอนในระดับเยาวชนเพื่อพัฒนาและปลูกจิตสำนึกให้เยาวชนสนใจและรักกีฬา

5. ด้านความมั่นคงในประเทศ เนื่องจากภัยคุกคามความมั่นคงของชาติในมิติใหม่อาจเกิดจากการก่อความไม่สงบของกลุ่มบุคคลที่มีอุดมการณ์ทางการเมืองที่แตกต่างกัน ความไม่พอใจต่อรัฐบาลในการบริหารประเทศ ปัญหาด้านสังคม ความขัดแย้งของกลุ่มชนในชาติที่ต่างเชื้อชาติต่างศาสนา วัฒนธรรม และประเพณี การจลาจล การก่อวินาศกรรม การก่อการร้ายและอาชญากรรมข้ามชาติ และมีผลโดยรวมต่อความเปราะบางต่อจิตวิทยาของประชาชนในด้านความมั่นคงในมิติต่างๆ การสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับเจ้าหน้าที่รักษาความมั่นคงประจำจุดตรวจ เช่น กล้องไฟหยุดตรวจ กรวยยาง เสื้อสะท้อนแสง กระบอกไฟฉาย ให้กองบังคับการหน่วยเฉพาะกิจใน จังหวัดต่างๆ รวมถึงการจัดคอนเสิร์ตเพื่อนำรายได้มอบให้กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

นอกจากนี้ยังได้กำหนดนโยบายด้านการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมไว้ในแผนวิสาหกิจ และแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ตามหัวข้อยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ยุทธศาสตร์ระดับองค์กร การสร้างความพึงพอใจของลูกค้าและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ยุทธศาสตร์ระดับกลุ่มภารกิจ เป็นองค์กรที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม โครงการ สร้างภาพลักษณ์ให้เป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมและสนับสนุนกิจกรรม ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และดำเนินงานตามหลัก CSR/ISO 26000 โดยจัดทำโครงการทางการตลาดที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ให้การสนับสนุนโครงการต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ CSR 26000 เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงพิจารณาการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ยุทธศาสตร์ระดับองค์กร คำนึงถึงสังคมและสิ่งแวดล้อม ยุทธศาสตร์ระดับกลุ่มภารกิจ ส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อม โครงการควบคุมการใช้สารเคมี เพื่อส่งเสริมการผลิตใบยาปลอดสารตกค้างและรักษาสิ่งแวดล้อม โดยคัดเลือกชาวไร่ที่มีพื้นที่ปลูกที่เหมาะสม และมีความพร้อมเข้าร่วมโครงการ

ให้คำแนะนำการเพาะปลูกยาสูบแบบผสมผสาน (Integrated Crop Management) ติดตามแนะนำ ส่งเสริมการผลิตทุกขั้นตอน ควบคุมการใช้ปุ๋ยและสารปราบศัตรูพืชของชาวไร่ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อให้ได้ใบยาที่มีคุณภาพดีและปลอดสารตกค้าง ผลผลิตยาสูบให้ได้มาตรฐานตามแนวทางของ CORESTA (Cooperation Centre for Scientific Research Reactive to Tobacco) ซึ่งเป็นองค์กร ที่จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนส่งเสริมความร่วมมือในงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยาสูบในระดับนานาชาติ ซึ่ง CORESTA มุ่งเน้นผลิตใบยา Clean Tobacco โดยจัดฝึกอบรมให้แก่ชาวไร่ และจัดตั้งศูนย์เผยแพร่การจัดการศัตรูพืชแบบผสมผสาน (Integrated Pest Management: IPM) เป็นการพิจารณาวิธีควบคุมศัตรูพืชทั้งหมดที่มีอยู่อย่างรอบคอบ รวมทั้งลดความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่มนุษย์ และ สิ่งแวดล้อมให้มีน้อยที่สุด เน้นในเรื่องของการปลูกพืชที่แข็งแรงโดยการรบกวนระบบนิเวศเกษตรให้น้อยที่สุด และสนับสนุนกลไกการควบคุมโดยศัตรูธรรมชาติ รวมถึงการตรวจเลือดเกษตรกรหาสารพิษตกค้าง และการให้รางวัลชาวไร่ดีเด่น โครงการลดปริมาณทาร์ในควันบุหรี่ เพื่อควบคุมคุณภาพบุหรี่ให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. 2560 นี้ แม้ว่าโรงงานยาสูบได้จัดกิจกรรมเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างสม่ำเสมอ แต่การทำ CSR ของบริษัท บุหรี่มีเป้าหมายหลัก เพื่อต้องการยับยั้งมาตรการควบคุมยาสูบ และคงไว้ซึ่งค่านิยมการสูบบุหรี่ ดังนั้น จึงมีการยก่างกฎหมายควบคุมยาสูบฉบับใหม่ โดยเนื้อหาส่วนหนึ่งห้ามบริษัทบุหรี่ทำกิจกรรม CSR ในผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด และห้ามประชาสัมพันธ์การทำ CSR ในทุกสื่อ รวมถึงในโรงพยาบาลด้วย

6. ความเห็นเกี่ยวกับการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ

การประชุมกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ (Conference of the Parties: COP) ที่เมือง Durban ประเทศ แอฟริกาใต้ในเดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2008 ได้เตือนให้เกิดความตระหนักว่าอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติไม่ได้มีความใจกว้าง หรือความจริงใจใดๆ ต่อสังคม การบริจาคเงินให้แก่องค์กรสาธารณกุศล การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เพื่อสังคม หรือโครงการรณรงค์ต่างๆ โดยอุตสาหกรรมยาสูบ โดยข้อเท็จจริงแล้วเป็นเครื่องมือทางการตลาดเพื่อสร้างภาพและมีจุดประสงค์เพื่อหาพรรคพวกและดึงดูดีใจสาธารณชนทั่วๆ

ไป นอกจากนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของการไล่ล่ากลุ่มคนรุ่นใหม่เพื่อให้เป็นเหยื่อของยาสูบ (Hastings G and Liberman J, 2009)

การสร้างภาพลักษณ์ต่อสาธารณชน

อุตสาหกรรมยาสูบมีความพยายามสร้างภาพลักษณ์ที่น่าเคารพ น่าเชื่อถือต่อสาธารณชน (Manipulating public opinion to gain the appearance of respectability) ด้วยการให้เงินสนับสนุนแผนงาน โครงการเกี่ยวกับเด็กหรือเยาวชน หรือการให้เงินบริจาคในกิจกรรมทางสังคม เช่น การช่วยเหลือด้านภัยพิบัติ, การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติบริษัทบุหรี่มักจะทำให้ประชาชนทั่วไปลืมภาพลักษณ์ของผู้ผลิตสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และสร้างภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือทางสังคมแทน (เนาวรัตน์ เจริญค้า และ คณะ 2558)

การสนับสนุนกลุ่มองค์กรบังหน้า (Fabricating support through front groups) อุตสาหกรรมยาสูบมักจะต้องการพันธมิตรหรือองค์กรอื่นที่ให้การสนับสนุนตนเอง จึงได้สร้างกลุ่มองค์กรบังหน้า (front groups) ขึ้นมา ด้วยการสนับสนุนกลุ่มรากหญ้า (grassroots) กลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ กลุ่มนักสิทธิมนุษยชนที่มักอ้างถึงสิทธิเสรีภาพที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายหรือกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่

การโจมตีผลการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ (Discrediting proven science) การสร้างข้อสงสัยเกี่ยวกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในประเด็นอันตรายจากยาสูบหรือควันบุหรี่มือสอง ถือเป็นเทคนิคที่อุตสาหกรรมยาสูบมักจะนำมาใช้อยู่เสมอ เพื่อที่จะทำให้เกิดผลในการเสนอหรือแก้ไขกฎหมายควบคุมยาสูบอ่อนลงแทน (เนาวรัตน์ เจริญค้าและคณะ 2558)

การข่มขู่ว่าจะฟ้องร้องรัฐบาลหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ (Intimidating governments with litigation or the threat of litigation) สิ่งที่อุตสาหกรรมยาสูบมักจะดำเนินการก็คือ การข่มขู่ว่าจะดำเนินคดีฟ้องร้องรัฐบาลหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบการควบคุมยาสูบ ในบางกรณีจะกล่าวอ้างถึงความตกลงทางการค้าระหว่างประเทศในชั้นศาลในประเทศ เพื่อที่จะยกระดับให้เป็นคดีความระหว่างประเทศตัวอย่างวิธีการที่อุตสาหกรรมยาสูบใช้แทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบ รวมถึงการขัดขวางหรือ

ลดทอนประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย มีดังนี้แทน (Foong Kin, et al, 2009; เนาวรัตน์ เจริญค้า และคณะ 2558)

- การแทรกแซงการให้สัตยาบันหรือการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายตาม FCTC
- การร้องขอที่จะมีส่วนร่วมในการเป็นกรรมการหรือคณะทำงานควบคุมยาสูบระดับชาติหรือท้องถิ่น

กลุ่มองค์กรบังหน้า เช่น กลุ่ม Center for Consumer Freedom (CCF) เป็นกลุ่มที่อ้างว่าจัดตั้งขึ้นเพื่อรักษาสิทธิผู้บริโภคในการเลือกบริโภค ตีมแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว CCF เป็นกลุ่มองค์กรบังหน้าที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทหรืออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มร้านอาหาร

- การส่งเสริมเรื่องการควบคุมกันเองของธุรกิจยาสูบ โดยไม่ต้องมีกฎหมาย
- การเสนอร่างกฎหมายที่เอื้อต่อประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบ
- การยื่นจดหมาย เอกสาร ความเห็นต่อผู้กำหนดนโยบายโดยตรง เพื่อคัดค้านมาตรการที่เป็นผลเสียต่ออุตสาหกรรมยาสูบ หรือเสนอแนวทางอื่นที่เป็นผลดีต่ออุตสาหกรรมยาสูบ
- การดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือน หรือทำให้เกิดความเข้าใจผิดแก่สาธารณชนเกี่ยวกับมาตรการควบคุมยาสูบผ่านสื่อสารมวลชน โฆษณา ไปสเตอร์
- การข่มขู่ว่าจะฟ้องร้องรัฐบาลหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐหรือสถาบันการศึกษา
- การท้าทายการบังคับใช้กฎหมายของรัฐ โดยพยายามทำให้กฎหมายนั้นไม่มีผลใช้บังคับตามเวลาที่กำหนดไว้
- การเสนอผลประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่รัฐและนักการเมือง เพื่อให้มีจุดยืนที่เป็นประโยชน์ต่ออุตสาหกรรมยาสูบ
- การว่าจ้างอดีตเจ้าหน้าที่รัฐหรือว่าจ้างให้มีตำแหน่งในธุรกิจยาสูบเช่น กรรมการบริหาร ผู้ประสานงาน
- การกล่าวอ้างประเด็นทางการค้าหรือเศรษฐกิจว่ามีความสำคัญกว่าประเด็นสุขภาพ

- การใช้บุคคลอื่นที่เป็นกลุ่มองค์กรบังหน้า เช่น กลุ่มชาวไร่ยาสูบ ผู้ค้ารายย่อย นักวิชาการกลุ่มเยาวชน ฯลฯ เพื่อที่จะคัดค้านนโยบายควบคุมยาสูบหรือการริเริ่มด้านสาธารณสุข
- การให้เงินสนับสนุนแก่รัฐบาล เพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ เช่น การเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การบรรเทาภัยพิบัติ
- การส่งเสริมหรือให้เงินทุนโครงการป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นการปล้ำสภาพลักษณะที่ไม่ดีของบริษัทบุหรี่
- การจัดกิจกรรม CSR เช่น การให้ทุนการศึกษา การสนับสนุนศิลปะ การแข่งขันกีฬา การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การวิจัยต่าง ๆ
- การจัดกิจกรรมทัศนศึกษาแก่สมาชิกรัฐสภา เจ้าหน้าที่ในรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐรวมถึงกลุ่มผู้สื่อข่าว

การเป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบต่อสังคม หรือ การเป็น “องค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR)” ได้กลายเป็นปัจจัยที่สำคัญและจำเป็นในการวางแผนธุรกิจสำหรับองค์กรขนาดใหญ่ ทุกองค์กร องค์กรบางแห่งตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสังคมและเน้นกิจกรรมการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมไปในด้านที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจของตนเองโดยเฉพาะ ตัวอย่างเช่น องค์กรข้ามชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านอาหารและเครื่องดื่ม แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมโดยเฉพาะทางด้านการตลาดของผลิตภัณฑ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคของผู้บริโภค เป็นต้น

ถึงแม้อุตสาหกรรมยาสูบจะพยายามทำให้องค์กรธุรกิจของตนเป็นที่ยอมรับด้วยการทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์ต่อสังคม แต่ความจริงคือ อุตสาหกรรมยาสูบพยายามที่จะป้องกันไม่ให้มีการดำเนินการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการควบคุมยาสูบ

ผู้อำนวยการใหญ่ของกิจการอนามัยโลกได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญในปี ค.ศ. 1999 เพื่อศึกษาเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบ และพบว่า อุตสาหกรรมยาสูบพยายามที่จะบ่อนทำลายนโยบายการควบคุมยาสูบทั่วโลก รวมทั้งการพัฒนาวิจัยเกี่ยวกับยาสูบ คณะกรรมการชุดนี้พบเอกสารที่บ่งชี้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบมองว่ากิจการอนามัยโลกคือศัตรูที่สำคัญ และวางแผนกลยุทธ์ในการควบคุม ทำให้การควบคุมยาสูบไร้ผล และปรับเปลี่ยนแนวทางการควบคุมยาสูบ

กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นสิ่งที่ใช้เป็นมาตรฐานในการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผล ดังนั้น ข้ออ้างและกิจกรรมต่างๆของอุตสาหกรรมยาสูบในการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคม เป็นเพียงแค่ ‘ม่านควัน’ ที่ปกปิดความเป็นจริงและพฤติกรรมที่แท้จริงของอุตสาหกรรมยาสูบ

ดังนั้น อุตสาหกรรมยาสูบและการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคม เป็นสิ่งที่ขัดแย้งกันอย่างสิ้นเชิง

องค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์ว่าการที่อุตสาหกรรมยาสูบดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคม เช่นการอุปถัมภ์รายการศิลปวัฒนธรรม มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ (World Health Organization 1996)

1. เป็นการส่งเสริมบริษัทบุหรี่โดยใช้บุคคลผู้เป็นแบบอย่าง คือทำให้เกิดความเกี่ยวพันทางบวกระหว่างศิลปวัฒนธรรมกับการสูบบุหรี่ ผู้บริโภคโดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนจะถูกแนะนำให้เชื่อมโยงการสูบบุหรี่กับศิลปินและผู้ประสบความสำเร็จด้านวัฒนธรรมที่มีชื่อเสียง

2. เป็นการส่งเสริมบริษัทบุหรี่โดยกิจกรรมทางการตลาด คือการใช้นวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสื่อทางการตลาด เช่น การแสดงสัญลักษณ์บุหรี่ตั้งที่ห้องโถงแสดงงานศิลปวัฒนธรรม การแถลงข่าวการจัดงานทางสื่อมวลชนโดยใช้ชื่อบริษัทบุหรี่เป็นผู้อุปถัมภ์

3. เป็นการส่งเสริมบริษัทบุหรี่โดยการมีบุญคุณ บริษัทบุหรี่ใช้การอุปถัมภ์เป็นโอกาสในการแสวงหาการสนับสนุนจากองค์กรและบุคคลสำคัญในวงการศิลปะ ในกิจกรรมเหล่านี้บริษัทบุหรี่จะให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจ หรือผู้มีชื่อเสียงในวงการศิลปะได้ประโยชน์ในกรณีต่างๆ เช่นเป็นกรรมการตัดสินให้ได้รับค่าตอบแทนหรือให้ได้รับการสนับสนุนการเดินทางไปต่างประเทศ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้มีชื่อเสียงหรือมีอำนาจในการตัดสินใจของวงการศิลปะนี้ ทดแทนบุญคุณบริษัทบุหรี่โดยการสนับสนุน หรือเป็นปากเสียงแทนให้แก่บริษัทบุหรี่ในกรณีที่ถูกกดดัน หรือถูกกระทบจากกฎหมาย หรือเสียงคัดค้านจากการรณรงค์ต่างๆ

อนุสัญญาในมาตรา 5.3 กำหนดให้จำกัดการติดต่อของเจ้าหน้าที่รัฐกับผู้แทนบริษัทบุหรี่ให้เหลือเท่าที่จำเป็น ห้ามเจ้าหน้าที่รัฐร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมที่จัดโดยบริษัทบุหรี่ ห้ามรับบริจาค หรือบริการใดๆ ทั้งสิ้น นอกจากนี้ มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2555 ยังให้หน่วยงานราชการปฏิบัติตามแนวทางของกรอบอนุสัญญาดังกล่าว

เพื่อป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐ โดยให้กระทรวงการคลัง ห้าม
ธุรกิจยาสูบทำกิจกรรมภายใต้นโยบาย CSR และให้กระทรวงวัฒนธรรม กรม
ประชาสัมพันธ์ และกระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสารปรับปรุงกฎหมาย ห้ามการ
ประชาสัมพันธ์ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจยาสูบทางภาพยนตร์ โทรทัศน์และ
สื่อมวลชนต่างๆ เป็นต้น ซึ่งตรงนี้ควรมีการดำเนินการอย่างจริงจังด้วย เมื่อบริษัทบุหรี่ใช้
CSR เป็นกลยุทธ์ลดทอนกระแสแรงค้ำไม่สูบบุหรี่ และเป็นการผูกมิตรกับเยาวชน ชุมชน
ผู้นำ ผู้กำหนดนโยบายต่างๆ และการสร้างชื่อเสียงให้บริษัทเป็นที่รู้จักของตลาด จัดเป็นวิธี
สร้างความแข็งแกร่งให้ตัวผลิตภัณฑ์ ดังนั้น รัฐต้องเอาจริงกับเรื่องนี้



บทที่ 12

การแทรกแซงและการป้องกันการแทรกแซง นโยบายการควบคุมยาสูบ

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. เครื่องมือการแทรกแซงทางการเมืองในภูมิภาคต่าง ๆ
2. การแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบ
3. การป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบจากรัฐกิจยาสูบ

1. กลยุทธ์และเครื่องมือการแทรกแซงทางการเมืองในภูมิภาคต่าง ๆ

1.1 กลยุทธ์หรือแนวทางการเข้าไปแทรกแซงของบริษัทบุหรี่

กลยุทธ์หรือแนวทางการเข้าไปแทรกแซงของบริษัทบุหรือนี้คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะและนโยบายการเมือง โดยยกข้ออ้างถึงเรื่องสิทธิในความเป็นพลเมือง อาทิ เช่น กลุ่มบริษัท อัลเทรีย มักจะเข้าไปมีส่วนร่วมอยู่เสมอ โดยมีเป้าหมายในการชี้นำนโยบายของรัฐบาลหรือหน่วยงานต่างๆ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น

- การไต่สวนติดตามและวิเคราะห์กฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ของรัฐ และให้ความเห็นต่อผู้บริหารบริษัท เพื่อประโยชน์สูงสุดทางธุรกิจ รวมถึงผู้ถือหุ้น ผู้บริโภค และผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่ม
- การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน และแสดงความเห็นในประเด็นที่จะกระทบต่อผลประโยชน์ของบริษัท

- การสร้างภาคีเครือข่ายกับสมาคมธุรกิจการค้าต่างๆ และองค์กรด้านนโยบายสาธารณะ (public policy organizations) ในประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อธุรกิจของบริษัท โดยมุ่งหวังที่จะมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือนโยบายการเมืองร่วมกัน

- การเปิดโอกาสและรับฟังข้อมูลของผู้ถือหุ้น เพื่อทำความเข้าใจมุมมองหรือความเห็นของบุคคลกลุ่มนี้ต่อธุรกิจของบริษัท

ตัวอย่างล่าสุดของการคัดค้านร่างพระราชบัญญัติฉบับที่เป็นปัจจุบัน คือพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อุตสาหกรรมยาสูบได้พยายามคัดค้าน การว่าจ้างสื่อมวลชนบางคนเสนอข่าวในเชิงไม่เห็นด้วยกับร่างกฎหมายนี้ โดยเทียบเคียงกับกรณีฮิตเลอร์ (ข่าวสด วันเสาร์ที่ 16 พฤษภาคม 2558) มีการใช้ว่าจ้างสถาบันการศึกษาทำโพลล์ สสำรวจร้านค้าปลีก (โชห่วย) ทั่วประเทศ 1,011 ร้าน เมื่อเดือนตุลาคม 2557 (บางกอกทูเดย์ วันศุกร์ที่ 1 – พุธที่ 7 พฤษภาคม 2558) ได้ข้อสรุปว่าร้อยละ 90 เห็นว่า “ไม่ใช่ประเด็นเร่งด่วนและยังเป็นการซ้ำเติมผู้ประกอบการร้านค้าปลีก รายย่อยที่ได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจอยู่แล้วในปัจจุบัน” ร้อยละ 79 เชื่อมั่นเป็นอย่างมากกว่าร่าง พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ที่มีมาตรการอันสุดโต่งจะสร้างความเสียหายแก่ธุรกิจ ร้อยละ 52 เชื่อว่ากฎหมายที่เข้มงวดเกินความจำเป็นจะส่งผลให้การบริโภคยาเส้นมวนเองเพิ่มสูงขึ้นซึ่งไม่ได้เป็นการช่วยการลดการบริโภคยาสูบลงแต่อย่างใด ในขณะที่ร้อยละ 90 เชื่อว่าการใช้ของบุหรี่แบบเรียบจะนำไปสู่การปลอมแปลงผลิตภัณฑ์ยาสูบที่สามารถทำได้ง่ายขึ้นและจะมีบุหรี่ปลอมเพิ่มมากขึ้นในตลาด รวมทั้งการลักลอบนำบุหรี่ผิดกฎหมายมาจำหน่ายในประเทศก็จะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

เมื่อคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2558 สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (สลค.) ได้ส่งร่างคืนกลับมาให้กระทรวงสาธารณสุขทบทวนใหม่เป็นครั้งที่ 2 โดยเนื้อหาของข่าวระบุว่า “ร่างกฎหมายดังกล่าวยังไม่ได้รับการแก้ไขตามความเห็นของส่วนราชการ” (มติชน วันจันทร์ที่ 18 พฤษภาคม 2558)

ต่อมาในวันที่ 26 พฤษภาคม 2558 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. มีสาระสำคัญเป็นการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา โดยให้นำความเห็นของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะประเด็นที่ขัดกับกฎหมายอื่นไปปรับแก้ไขในร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวด้วย รวมทั้งกรณีขั้นตอนการเสนอจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้กระทรวงสาธารณสุขประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2554 (เรื่องแนวทางปฏิบัติในการเสนอร่างกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการภายในกรมตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน) แล้วแจ้งผลการดำเนินการให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเพื่อประกอบการตรวจพิจารณาต่อไป แล้วส่งให้คณะกรรมการประสานงานสภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณา ก่อนเสนอสภานิติบัญญัติแห่งชาติต่อไป

นอกจากนี้ คณะรัฐมนตรียังมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมเพื่อกำหนดมาตรการเยียวยาและบรรเทาผลกระทบแก่เกษตรกรผู้เพาะปลูกใบยาสูบ แล้วเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา ก่อนส่งร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวให้คณะกรรมการประสานงานสภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณา

การแทรกแซงการพิจารณากฎหมายของคณะกรรมการกฤษฎีกาสมาคมการค้ายาสูบไทยนำโดยผู้อำนวยการบริหารสมาคมฯ และตัวแทนกลุ่มชาวไร่ยาสูบภาคเหนือ ได้ขอเข้าร่วมชี้แจงการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ..... ของคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะ 10) ตั้งแต่ที่เริ่มมีการพิจารณาร่างกฎหมายนี้ในเดือนมิถุนายน 2558 ซึ่งก็ได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมประชุมพิจารณาร่างกฎหมาย ทั้งๆ ที่เป็นเรื่องที่จะผิดต่อ FCTC มาตรา 5.3 อย่างชัดเจนเพราะมีเนื้อหาที่กำหนดห้ามธุรกิจยาสูบแทรกแซงนโยบาย กฎหมายหรือมาตรการควบคุมยาสูบของภาครัฐ โดยที่ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขที่มีได้ทักท้วงหรือให้คำแนะนำแก่คณะกรรมการกฤษฎีกาอย่างถูกต้อง (ไพศาล ลิ้มสถิตย์ 2558)

1.2 เครือข่ายธุรกิจบุหรี่ป้องค์กรธุรกิจการค้านานาชาติ

บริษัทพีเอ็มฟิลิปปินส์ (PM Philippines Inc. (PM PH) เริ่มทำธุรกิจในประเทศฟิลิปปินส์เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1955 (พ.ศ.2498)เมื่อได้รับใบอนุญาตจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือบุหรี่ของโรงงานชื่อ La Suerte Cigar and Cigarette Factor เพื่อผลิตบุหรี่ป้องค์กรการค้ามาโบโร หลังจากนั้นอีกราว 40 ปี จึงมีการจดทะเบียนจัดตั้งบริษัท PM Philippines Inc. (PM PH) ในปี ค.ศ.1993 (พ.ศ.2536) เพื่อทำการตลาดและจัดจำหน่าย

บุหรี่ตราสินค้ามาโบโรและตราสินค้า PM ในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) บริษัท PMI ได้ลงทุนด้วยเงิน 300 ล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อสร้างโรงงานผลิตบุหรี่ที่ทันสมัยและใหญ่ที่สุดในเอเชียแปซิฟิกในขณะนั้นในเมือง Tanauan City จังหวัด Batangas ในปีเดียวกันนั้นเอง มีการจัดตั้งบริษัทใหม่ชื่อ PM Philippines Manufacturing Inc. (PM PMI) เพื่อดำเนินธุรกิจยาสูบครบวงจร ต่อมาเกิดการควบรวมบริษัท PM PH เป็นบริษัท PM PMI เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 บริษัท PM PMI ได้ตกลงควบรวมกิจการกับบริษัท Fortune Tobacco Corp. ซึ่งมีเจ้าของคือมหาเศรษฐี Lucio Tan ส่งผลให้ยุติบทบาทของบริษัท Fortune Tobacco Corp. ที่ผูกขาดการผลิตบุหรี่ในฟิลิปปินส์มานานถึง 55 ปี บริษัทใหม่ที่ควบรวมกันชื่อว่า PM FTC Inc. (PM FTC) ปัจจุบันบริษัท PM FTC เป็นบริษัทผลิตบุหรี่ในประเทศ ครองส่วนแบ่งตลาดบุหรี่มากถึงร้อยละ 90ผลิตและจำหน่ายบุหรี่ราคาถูกลดหลายตราสินค้า เช่น Fortune, Champion และตราสินค้า Hope โรงงานใน Marikina มีกำลังผลิตบุหรี่มากถึงปีละ 70 พันล้านมวน (Alechnowicz & Chapman, 2004; กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ 2554)

เครือข่ายธุรกิจ PM มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับกับกลุ่มตัวแทนธุรกิจอเมริกันในไทยและต่างประเทศ รวมถึงกลุ่มการค้านานาชาติ ซึ่งมีผลสำคัญต่อการติดต่อสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจของไทย และมีประเด็นเรื่องการล๊อบบี้ นักการเมืองไทย เพื่อแทรกแซงการกำหนดนโยบายและกฎหมายควบคุมยาสูบของไทย องค์การทางธุรกิจที่ศึกษาได้แก่ USCC, AmCham, US ABC, ICC, ITGA

1.2.1 หอการค้าสหรัฐ

หอการค้าสหรัฐ (U.S. Chamber of Commerce : USCC) ก่อตั้งมาเป็นเวลากว่า 100 ปี คือตั้งแต่ปี ค.ศ. 1912 มีวิสัยทัศน์ขององค์กรคือ การยื่นอยู่ข้างหรือต่อสู้เพื่อผลประโยชน์ของบริษัทอเมริกัน (standing up for American enterprise) ถือเป็นกลุ่มองค์กรธุรกิจที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในโลก กล่าวคือเป็นตัวแทนของธุรกิจอเมริกันมากกว่า 3 ล้านองค์กร มีตั้งแต่บริษัทขนาดใหญ่ไปจนถึงบริษัทขนาดเล็ก มีบทบาทในการสื่อสารกับรัฐบาลอเมริกันในนามของธุรกิจขนาดกลางและขนาดเล็ก 18 มีสมาชิกทั่วโลกประมาณ 3 ล้านบริษัทและถือเป็นองค์กรด้านธุรกิจที่ใหญ่ที่สุดในโลกหอการค้าสหรัฐ เป็นหน่วยงานเอกชน เป็นสมาคมการค้าที่ได้รับการยกเว้นภาษี ตั้งอยู่ในกรุงวอชิงตันดีซี เมื่อแรกเริ่ม

ตั้งขึ้นในนามธุรกิจขนาดกลางและขนาดเล็ก เพื่อเป็นหน่วยงานสื่อสารกับรัฐบาล แต่ปัจจุบันทำการล๊อบบี้ทั้งในและนอกประเทศสหรัฐอเมริกา ในนามของบรรษัทข้ามชาติขนาดใหญ่

แม้ว่าจะมีการอ้างว่าเป็นองค์กรตัวแทนทุกขนาดกว่า 3 ล้านแห่งทั่วโลกของ USCC แต่มีรายงานว่า ในปี ค.ศ.2012 เงินทุนมากกว่าครึ่งของหอการค้าสหรัฐฯ ได้มาจากการรับบริจาคจากบริษัทที่ไม่ระบุนาม และในช่วงปี ค.ศ.1998-2013 หอการค้าสหรัฐฯ ได้ใช้เงินถึง 1 พันล้านเหรียญสหรัฐเพื่อการล๊อบบี้ภายในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนค่าใช้จ่ายภายนอกประเทศไม่ค่อยเป็นที่เปิดเผยมากนัก แต่มีข้อมูลจากเอกสารการชำระภาษี ที่ระบุว่า ในระหว่างปี 2008-2013 หอการค้าสหรัฐฯ มีค่าใช้จ่ายอย่างน้อย 21 ล้านเหรียญสหรัฐ ในการดำเนินภารกิจระหว่างประเทศโดยหอการค้าสหรัฐฯ ได้ก่อตั้ง AmCham 116 แห่ง ใน 103 ประเทศ ซึ่งใช้เป็นเครือข่ายในการพิทักษ์ผลประโยชน์ของบริษัทสมาชิกขนาดใหญ่ รวมถึงบริษัทบุหรี่ยี่ห้อโดยให้ข้อเสนอแก่สมาชิกเหล่านั้นว่า

1. สามารถเข้าถึงผู้บริหารระดับสูงในรัฐบาลและเจ้าหน้าที่อาวุโสทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและต่างประเทศ
2. จะสนับสนุนประเด็นต่างๆ ของสมาชิก ทั้งที่กรุงวอชิงตันดีซี และในต่างประเทศ
3. จะสนับสนุนการพัฒนาธุรกิจและสร้างความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ระดับสูงในรัฐบาล
4. ติดตามความเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอของการพัฒนาสินค้าและการลงทุนทั่วโลก

หอการค้าสหรัฐฯ ต่อสู้กับมาตรการควบคุมยาสูบทั่วโลก โดยกล่าวถึงกรณีต่างๆ ในหลายประเทศที่หอการค้าสหรัฐฯ ได้แสดงบทบาทอย่างชัดเจนว่าสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบ (Danny Hakim บทความในนิตยสาร New York Times 30 มิถุนายน ค.ศ. 2015)

ในปี 2012 ประเทศยูเครนยื่นฟ้องรัฐบาลออสเตรเลียเรื่องการออกกฎหมายควบคุมยาสูบและซองบุหรี่ปราศสีดิน ซึ่งนักกฎหมายจำนวนหนึ่งมองว่าเป็นเรื่องไม่มีเหตุผล ปรากฏว่าผู้ที่ออกมาแถลงแทนอุตสาหกรรมยาสูบชื่อ Taras Kachka หัวหน้าผู้แทนหอการค้าสหรัฐฯ ประจำยูเครน กล่าวชื่นชมบริษัทยาสูบในยูเครนที่ส่งออกสินค้ายาสูบไปหลายประเทศ แม้จะไม่ส่งไปยังออสเตรเลียก็ตาม แต่ประเทศยูเครนต้องการการ

สนับสนุนด้านการลงทุน เป็นที่น่าสังเกตว่านาย Kachka คนนี้ไม่ใช่เป็นนักล็อบบี้ของ บริษัทบุหรี่ ไม่ใช่ชาวไร่ยาสูบ หรือเจ้าของโรงงานยาสูบแต่อย่างใด

การที่หอการค้าสหรัฐฯ ให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบในระยะหลังนี้ นับเป็น เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กันกับที่อุตสาหกรรมยาสูบต้องเผชิญหน้ากับมาตรการ เข้มของกรอบอนุสัญญา ซึ่งมีประเทศภาคีลงสัตยาบันแล้ว 179 ประเทศ หนึ่งใน มาตรการนั้นก็คือการยุติสิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบในการแทรกแซงนโยบายของรัฐ เมื่อต้องเผชิญกับความเข้มงวดของกฎหมายใหม่ทั่วโลก อุตสาหกรรมยาสูบได้หันไปหา ความช่วยเหลือจากหอการค้าสหรัฐฯ โดยมีกลุ่มธุรกิจอเมริกันหนุนหลัง

นสพ.นิวยอร์กไทม์ ทบทวนกลยุทธ์ของหอการค้าสหรัฐฯ ในการช่วยรณรงค์ทั่วโลกเพื่อหนุนกิจกรรมของบริษัทบุหรี่ใน 3 ลักษณะ คือ

1.) การล็อบบี้เครือข่ายพันธมิตรที่อยู่ในประเทศที่มีการออกกฎหมายต้านยาสูบ ให้ทำการคัดค้านการออกกฎหมายเหล่านั้น การล็อบบี้เพื่อธุรกิจบุหรี่ของหอการค้าสหรัฐฯ สร้างความสับสนและเข้าใจผิดว่าหอการค้าเป็นองค์กรของรัฐบาลสหรัฐฯ เช่น ในประเทศ เอสโตเนีย เอกอัครราชทูตสหรัฐฯ เจฟรีย์ ลิไวน์ ได้ทำหน้าที่เป็นประธานกิตติมศักดิ์ของ หอการค้าสหรัฐฯ ประจำประเทศนั้นอีกตำแหน่งหนึ่ง ดังที่ระบุในเอกสารของบริษัท PM แมททิว มายเออร์ ประธานขององค์กร Campaign for Tobacco Free Kid (CTFK) ซึ่ง บริหารกองทุนระหว่างประเทศที่ช่วยเหลือประเทศที่ถูกบริษัทบุหรี่ฟ้อง กล่าวว่า “USCC เป็นกลุ่มบงกชหน้าของบริษัทบุหรี่ที่น่ากลัวที่สุด”

2.) การยุยงให้เกิดกรณีพิพาททางการค้าระหว่างประเทศต่างๆ เช่นกรณีในประเทศ ยูเครน ฟ้องออสเตรเลีย นั่น นายกรัฐมนตรี Arseniy Yatsenyuk ยอมรับว่ามีการผลักดันจาก หอการค้าสหรัฐฯ ในประเทศของเขา

3.) การปกป้องธุรกิจยาสูบในการใช้สิทธิฟ้องร้องเกี่ยวกับความตกลงยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก (TPP)

หอการค้าสหรัฐฯ และประเทศเครือข่ายสมาชิกได้มีความพยายามที่จะขัดขวาง กฎหมายต้านยาสูบทั่วโลก โดยต่อสู้ในนามของบริษัทบุหรี่ยังนี้

ประเทศออสเตรเลีย เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 หนังสือจากหอการค้าสหรัฐฯ แสดงความกังวลเรื่องบุหรี่ยี่ห้อของเวียบหรือของปราศสีสันว่าจะไม่ทำให้เกิดผลดีด้านสาธารณสุขแต่อย่างใด

ประเทศเนปาลเมื่อปี พ.ศ.2557 กระทรวงสาธารณสุขเนปาล ประกาศขยายขนาดภาพคำเตือนข้างซองบุหรี่เป็น 90%จากนั้นไม่นานเจ้าหน้าที่ระดับสูงได้รับอีเมลเตือนจากผู้แทนหอการค้าสหรัฐฯ ประจำเนปาลว่าจะกระเทือนต่อการลงทุนจากต่างประเทศ เดือนมกราคม 2015 รองประธานอาวุโสของหอการค้า Tami Overby ส่งหนังสือถึงรองนายกรัฐมนตรีเนปาล ความว่า ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชี้ว่ารูปภาพคำเตือนที่มีขนาดใหญ่ขึ้นจะมีผลทำให้การใช้จ่ายสูบลดลง ในขณะที่การศึกษาวิจัยของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ในปี 2013 พบว่าการใช้รูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นสิ่งเตือนใจที่ดีให้ผู้สูบบุหรี่อยากเลิกบุหรี่

ประเทศจาไมก้า เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 มีหนังสือถึงนายกรัฐมนตรีจาไมก้า ประท้วงการมีรูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ พร้อมขู่ว่าจะเป็นอุปสรรคต่อการค้าระหว่างประเทศ

ประเทศนิวซีแลนด์ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 หอการค้าสหรัฐฯ ทำจดหมายถึงรัฐบาลนิวซีแลนด์พร้อมแจ้งว่าร่างกฎหมายบรรจุภัณฑ์ปราศสีสันที่จะออกมาเป็นกฎหมายนั้นเป็นสิ่งที่อันตรายมากๆ และละเมิดกฎหมายการค้า

1.2.2 หอการค้านานาชาติ

หอการค้านานาชาติ (International Chamber of Commerce: ICC) ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1919 ช่วงหลังสงครามโลกที่หนึ่ง เกิดจากการรวมตัวกันขององค์กรธุรกิจการค้าทั่วโลกกลุ่มเล็กใน 5 ประเทศ เช่น นักอุตสาหกรรม นักการธนาคาร นักธุรกิจระหว่างประเทศ จนปัจจุบันมีองค์กรธุรกิจที่เป็นสมาชิกรวม 120ประเทศ ซึ่งมีทั้งธุรกิจข้ามชาติ ธุรกิจขนาดกลางและขนาดเล็กบทบาทหลักของหอการค้านานาชาติคือ การปกป้องผลประโยชน์ของกลุ่มธุรกิจเป็นสำคัญ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาล และองค์กรหรือหน่วยงานระหว่างประเทศ เช่น องค์การสหประชาชาติ

โครงสร้างการบริหารงานของหอการค้านานาชาติจะขึ้นตรงต่อสภาหอการค้าโลก (World Council) ซึ่งมีผู้แทนที่มาจากคณะกรรมการแห่งชาติของประเทศที่เป็นสมาชิกทุก

ประเทศทั่วโลกที่ได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้แทนแต่ละประเทศและเมืองค้กรบริหารงานที่ชื่อว่า คณะกรรมการบริหาร (ICC Executive Board) ทำหน้าที่ในการพัฒนานโยบาย ข้อเสนอแนะ แผนงานของ ICC ประกอบด้วยสมาชิกโดยตำแหน่งที่เป็นกรรมการเต็มเวลา และสมาชิกที่ได้รับการเลือกตั้ง (เว็บไซต์ <http://www.iccwbo.org/about-icc/>)

ในด้านนโยบาย หอการค้าฯ มีคณะกรรมการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านธุรกิจมากกว่า 500 คน องค์กรด้านธุรกิจที่เป็นสมาชิกมีหลากหลาย ประเภทอุตสาหกรรมยาสูบก็เป็นสมาชิกของหอการค้าฯ ด้วย เช่น British American Tobacco (BAT) และ PM ความเชื่อมโยงระหว่างธุรกิจยาสูบกับหอการค้านานาชาติ

หอการค้านานาชาติได้จัดตั้งหน่วยงานชื่อ BASCAP (Business Action to Stop Counterfeiting and Piracy) หรือเป็นหน่วยงานที่หยุดสินค้าปลอมและผิดกฎหมาย โดยในปี 2009 ICC ได้จัดการประชุมที่มีผู้บรรยายเป็นผู้แทนจาก BAT และ PM

- ปี ค.ศ 2000 BAT Chief Executive Officer: CEO) นาย Martin Broughton มีตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารของ ICC-UK โดยการแนะนำของผู้อำนวยการ ICC-UK (Sir Philip Watts) ในการนี้เขาได้อธิบายถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ ได้แก่ สามารถเข้าถึง องค์การสหประชาชาติและองค์กรในสังกัดเข้าร่วมประชุมองค์การการค้าโลก (WTO) ในฐานะผู้สังเกตการณ์และตำแหน่งที่เป็นกลางนี้จะสามารถเข้าถึงภาคีสำคัญๆ ทั้งใน UK และต่างประเทศเช่น รัฐมนตรี เจ้าหน้าที่ระดับสูง เจ้าหน้าที่ทูตและประชาคมธุรกิจอื่นๆ

- ปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) ICC ยังได้ทำการล๊อบบี้ในสหภาพยุโรป (EU) ผู้อำนวยการ BASCAP คือ Jeffrey Hardy ได้ทำหนังสือถึงคณะกรรมการบริหารสหภาพยุโรปแสดงความกังวลว่าของบู่หรือปราศสี่สันเป็นการละเมิดเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา จะทำให้สินค้าปลอมมีมากขึ้น และมีผลกระทบต่อการค้าสินค้าของผู้บริโภค และในปี พ.ศ. 2554 BASCAP จัดประชุมใน Ukraine เรื่องทรัพย์สินทางปัญญาของสินค้าประเภทอาหาร ยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ICC ได้ช่วยล๊อบบี้สนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบในการคัดค้านมาตรการของบู่หรือปราศสี่สัน

- ปี พ.ศ. 2553 ITGA ได้ช่วยเหลือในการรวมพลเกษตรกรในประเทศเม็กซิโก ให้ประท้วงต่อต้านการขึ้นภาษีบู่หรือที่มีการเสนอวาระขึ้น ป่อยครั้งที่กลุ่มเกษตรกรในเม็กซิโกได้รับการจ่ายเงินและถูกพาขึ้นรถบัสเข้ามาในกรุงเม็กซิโกซิตี้โดยกลุ่มอุตสาหกรรมยาสูบเพื่อประท้วงต่อต้านมาตรการการควบคุมบู่หรือที่มีการเสนอวาระขึ้นมา อุตสาหกรรม

ยาสูบอ้างว่ามาตรการดังกล่าวจะคุกคามหนทางทำมาหากินของเกษตรกร แต่ในความเป็นจริง เป็นเงื่อนไขที่อุตสาหกรรมยาสูบไม่พอใจ

- ปี พ.ศ. 2554 เลขานุการ ICC ได้ทำหนังสือถึงรัฐมนตรีพาณิชย์ออสเตรเลีย กล่าวประณามดำเนินที่รัฐบาลออสเตรเลียจะใช้มาตรการของบุหรี่ปราศสึสัน

- ปี พ.ศ. 2554 สมาชิกองค์กรในกลุ่ม ITGA ในบราซิล (Associacao dos Fumicultores do Brazil หรือ AFUBRA) ได้ส่งจดหมายลายเซ็น 250,000 ฉบับจากผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบ คนงานและสมาชิกชุมชนที่เกี่ยวข้องไปยังหน่วยงานการเฝ้าระวังด้านสุขภาพแห่งชาติ (ANVISA) จดหมายลายเซ็นดังกล่าวถูกส่งไปเพื่อต่อต้านกฎระเบียบที่เสนอโดย ANVISA ให้มีการห้ามใช้สารเสพติดในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.2.3 กลุ่มบังหน้าเทียม

ตัวอย่างกรณีบริษัท PM ได้จัดตั้งกลุ่มบังหน้าเทียม (Deceptive Front) ในช่วงต้นทศวรรษ 1990s องค์กรที่ชื่อ Healthy Building International (of Australia) ได้ส่งวิทยากรชื่อ Gray Robertson เดินสายบรรยายทั่วเอเชียเรื่อง “Sick Building Syndrome” กิจกรรมนี้จัดขึ้นโดยบริษัท PM (Charoenca N. et al., 2012) ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อเบี่ยงเบนปัญหาควันบุหรี่มือสองในอาคาร บริษัทบุหรี่ข้ามชาติต้องการยืดเวลาหรือยกเลิกกฎหมายที่เกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งในประเทศไทยนั้นกลยุทธ์ของบริษัท PM และ Gray Robertson เกิดขึ้นหลังจากที่มี พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ (2535) ผลงานของนักวิชาการอิสระ Gray Robertson ประสบผลสำเร็จเพราะทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐและนักวิชาการเลิกสนใจที่จะติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับประเด็นมลพิษจากควันบุหรี่มือสองในอาคาร (PM, 1993)

ในฮ่องกงก็มีการแทรกแซงขององค์กรควบคุมยาสูบรัฐบาลฮ่องกงได้ตั้งสภานุหรี่และสุขภาพ (Council on Smoking and Health หรือ COSH) ขึ้นในปี ค.ศ. 1987 มีภารกิจสำคัญคือ ดำเนินการตามมาตรการควบคุมยาสูบต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาโปรแกรมการศึกษาและงานวิจัย (Knight J, 2004; Winokur M, 1987) กลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบที่ต่อต้าน COSH ได้แก่ การทำลายความน่าเชื่อถือขององค์กร COSH ทั้งต่อหน้ารัฐบาลและต่อสายตาสถาบันระตอบได้การสำรวจของ COSH ว่าไม่สามารถพิสูจน์หลักการวิทยาศาสตร์และการแพทย์ (Tobacco Institute of Hong Kong Limited, 1989)

จากเอกสารงานวิจัยของ Ross MacKenzie, J. Collin, K. Sriwongcharoen, และ M.E. Muggli มีข้อมูลจากเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบที่เกี่ยวข้องกับการล็อบบี้ (lobby) ของอุตสาหกรรมยาสูบในความพยายามที่จะยับยั้งการออกกฎหมายในปี พ.ศ. 2535 ที่บังคับให้อุตสาหกรรมยาสูบเปิดเผยส่วนประกอบต่างๆ ในบุหรี่โดยมีข้อมูลดังต่อไปนี้

จากเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบระหว่างเดือนกุมภาพันธ์และมีนาคม พ.ศ. 2535 บ่งชี้ว่าตัวแทนของอุตสาหกรรมยาสูบมีการติดต่อและพบกับนักการเมืองและข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในระดับสูงหลายครั้งถึงแม้รัฐบาลไทยจะออกประกาศเตือนเรื่องการห้ามทำการล็อบบี้ระหว่างการพิจารณาออกกฎหมายหลายต่อหลายครั้ง “เพื่อเตือนให้ผู้ที่อาจจะเอนเอียงในการสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบให้ทราบว่าอาจจะถูกเพ่งเล็งว่ารับสินบน” (Aitkin D. Re, 1992)

ตัวแทนจากบริษัท British American Tobacco รายงานว่าได้รับข้อมูลจาก “เพื่อนที่อยู่ในองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาซึ่งจะช่วยจัดการนัดหมายให้พบกับบุคคลหนึ่งซึ่งมีโอกาสที่จะเป็นหนึ่งในคณะกรรมการผู้ร่างมาตรฐานเกี่ยวกับการออกกฎหมายที่บังคับให้อุตสาหกรรมยาสูบเปิดเผยส่วนประกอบในบุหรี่” (Harris, D, 1992) อุตสาหกรรมยาสูบได้สร้างสายสัมพันธ์กับรองนายกรัฐมนตรีในสมัยนั้นมีบันทึกของการนัดพบครั้งแรกของอุตสาหกรรมยาสูบกับรองนายกรัฐมนตรีซึ่งอุตสาหกรรมยาสูบบันทึกว่ามีผล “ในทางบวกมากกว่าที่คาดไว้”

รองนายกรัฐมนตรีผู้นั้นกล่าวเปิดเกี่ยวกับประเด็นการออกกฎหมายนี้ว่าเขา “ไม่เห็นด้วยกับร่างกฎหมายฉบับนี้และไม่มีเจตนาเป็นสำคัญสำหรับกฎหมายฉบับนี้” เขาพร้อมที่จะเปิดใจรับคำเสนอแนะของอุตสาหกรรมยาสูบ และเสนอแนะต่ออุตสาหกรรมยาสูบว่าให้ “แสดงความกังวลต่อคณะกรรมการกฤษฎีกา” และ “เริ่มติดต่อกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข” โดยกล่าวด้วยว่า “เขาจะติดต่อยุติธรรมกระทรวงสาธารณสุขเพื่อหยั่งเสียงดู” อุตสาหกรรมยาสูบรู้สึกได้ว่ารองนายกรัฐมนตรีผู้นั้นเป็นพันธมิตรที่สำคัญในการต่อต้านกฎหมายการเปิดเผยส่วนประกอบในบุหรี่พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่รองนายกรัฐมนตรีเพื่อเตรียมพร้อมในการต่อสู้เพื่อยับยั้งร่างกฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนที่กฎหมายฉบับนี้จะไปถึงคณะรัฐมนตรี (Trairatanobhas, V. British American Tobacco Fax to Richard Davies. 22 October 1991) และในเดือนมีนาคม

ร่างกฎหมายฉบับนี้ “ถูกย้ายไปเป็นวาระสุดท้ายอย่างน่าสงสัย” (Chitanondh, H, 2000) ซึ่งมีผลทำให้ร่างกฎหมายฉบับนี้ถูกเลื่อนการพิจารณาออกไปโดยรัฐสภา

สำหรับประเทศไทย อุตสาหกรรมยาสูบได้เขียนรายงาน 3 ฉบับเกี่ยวกับการจัดประชุมวิชาการ APACT Conference ในประเทศไทย (PM Asia Inc. 1995) ก่อนหน้าที่จะมีการประชุม APACT ในกรุงโตเกียวในปี 1993 อุตสาหกรรมยาสูบได้เตรียมการอย่างรอบคอบ โดยจัดประชุมเชิงวิชาการเรื่องควันบุหรี่มือสอง (ETS) ล่วงหน้าหลายเดือน ซึ่งปรากฏในบันทึกของ PM เช่นเดียวกับ BAT ว่าการประชุมเรื่อง ETS นั้นเป็นการเตรียมตอบโต้การประชุมวิชาการ APACT (ด้วยการควบคุมสื่อ) เพื่อลดทอนความสำคัญของการประชุมวิชาการเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

ในระหว่างการประชุม APACT ในกรุงโตเกียว สถาบันยาสูบแห่งญี่ปุ่น (TIOJ) จัดทำแผนปฏิบัติการ “Action Plan for APACT” แจกจ่ายแก่สมาชิกบริษัทบุหรี่ ซึ่งระบุชัดเจนถึงมาตรการตอบโต้ทั้งก่อนการประชุมและระหว่างการประชุม ตลอดจนกลยุทธ์ที่จะ “จัดการ” กับสื่อ (Japan Tobacco. Asian plan for APACT. 1 Mar 1993) ปี ค.ศ. 1995 การประชุม APACT ครั้งต่อมา จัดขึ้นในประเทศไทย ที่จังหวัดเชียงใหม่ อุตสาหกรรมยาสูบใช้กลยุทธ์ “จัดการ” ผู้สื่อข่าวที่จะรายงานข่าวเกี่ยวกับการประชุม ดังปรากฏในเอกสารภายในของบริษัท PM ดังนี้ (ประภิต วาทีสาธกกิจ. 2551)

“...เมื่อองค์การณรงค์เพื่อการควบคุมยาสูบในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Association for the Control of Tobacco : APACT) จัดให้มีการประชุมเรื่องการควบคุมยาสูบในกรุงเทพฯ (ที่ถูกตั้งคือ เชียงใหม่) ซึ่งเป็นการจัดการประชุมทุกสามปี เราได้ทำการสังเกตการประชุมดังกล่าว และด้วยเวลาที่เหมาะสม เราได้จัดให้มีหน่วยข่าวกรองเพื่อสืบให้ทราบว่าการประชุมมีการอภิปรายอะไรบ้าง เรายังสามารถบริหารจัดการได้อย่างรอบคอบกับสื่อมวลชนจำนวนมาก ที่รายงานเกี่ยวกับการประชุม”

2. การแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบจากธุรกิจยาสูบ

ในปี พ.ศ. 2541 รัฐมินิโซตา สหรัฐอเมริกา ได้ฟ้องอุตสาหกรรมยาสูบและชนะคดี ผลที่สำคัญของการชนะคดีนี้คือศาลมีคำสั่งให้อุตสาหกรรมยาสูบเปิดเผยเอกสารลับนับล้านชิ้น ซึ่งประกอบด้วย จดหมาย บันทึกข้อความ ผลงานวิจัย การศึกษาต่างๆ แผนการตลาด นโยบาย เอกสารที่ถูกตีพิมพ์เผยแพร่และข่าว ในประเด็นต่างๆ จำนวนมาก ขณะนี้

เอกสารเหล่านี้ถูกเก็บรักษาไว้ที่ห้องเก็บเอกสารของรัฐมินิโซตา สหรัฐอเมริกา และที่เมือง
กิลฟอร์ด ประเทศอังกฤษ เอกสารลับเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าความจริงเกี่ยวกับปฏิบัติการเสฟ
ติดและอันตรายที่เกิดจากบุหรี่อุตสาหกรรมยาสูบได้ว่าจ้างและจ่ายเงินให้นักวิทยาศาสตร์
เพื่อให้ข้อมูลที่สร้างความสับสนเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ การขัดขวาง
มาตรการควบคุมยาสูบด้วยวิธีการต่างๆ ทั่วโลก และปัจจุบัน อุตสาหกรรมยาสูบก็ยังคง
ดำเนินกลยุทธ์ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปฏิเสธหลักฐานทางสุขภาพ อันตรายของควัน
บุหรี่มือสอง การทำทายนโยบาย กฎหมาย และโครงการต่างๆ ของรัฐบาล นอกจากนี้ ยังมี
การจ้างนักวิ่งเต้น (lobbyist) ทั้งในระดับรัฐและระดับประเทศ เพื่อเคลื่อนไหวให้บุหรี่ เป็น
สินค้าที่มีการควบคุมน้อยที่สุด และสนับสนุนร่างกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่ออุตสาหกรรม
ยาสูบ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. 2549)

2.1 การแทรกแซงทางการเมืองในภูมิภาคต่าง ๆ

องค์กร CAI (Corporate Accountability International) ได้จัดทำรายงานเรื่อง
กลวิธีของบริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่ในการแทรกแซงสนธิสัญญาด้านสาธารณสุข (Big
Tobacco Tactics to Undermine the Treaty and Public Health) โดยศึกษาสถานการณ์
และเสนอแนวทางในการเฝ้าระวัง การแทรกแซงของบริษัทบุหรี่ต่อนโยบายด้านสุขภาพใน
ประเทศต่างๆ เพื่อเตือนรัฐภาคีที่เข้าร่วมประชุม COP4 ที่ประเทศอุรุกวัย เมื่อ ปี พ.ศ.
2553 (Corporate Accountability International and NATT 2010) ดังนี้

1. อาเซียนและออสเตรเลีย: รัฐบาลเผชิญกับกลุ่มองค์กรบังหน้า (Front Group)
เชื่อมความสัมพันธ์กับนักการเมืองให้ช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ เช่น

- USABC เป็นตัวแทนของธุรกิจในสหรัฐอเมริกามีสำนักงานตั้งอยู่ที่กรุงวอชิงตัน
ดีซีกรุงเทพฯ ฮานอย จาร์กาต้า มะนิลา และสิงคโปร์ องค์กรนี้อ้างว่า จะนำข้อกังวลใจของ
บริษัทสมาชิกเข้าหารือกับรัฐมนตรีคลังและรัฐมนตรีเศรษฐกิจของประเทศสมาชิก ASEAN
รวมถึงอธิบดีกรมศุลกากรด้วย (US-ASEAN Business Council)

• ASEAN เป็นเป้าหมายหลักของการขยายตลาดของธุรกิจยาสูบการเข้าถึง
เจ้าหน้าที่ระดับสูงในรัฐบาลคือกลยุทธ์สำคัญที่สร้างความมั่นใจแก่ธุรกิจยาสูบในการเข้า
มาในภูมิภาคนี้

• ในเดือนกุมภาพันธ์ 2553 US ABC มีหนังสือถึงเอกอัครราชทูตไทยใน
สหรัฐอเมริกาแจ้งวัตถุประสงค์ในการขอเข้าพบนายกรัฐมนตรีนครินทร์ รัฐมนตรีสาธารณสุข และ

รัฐมนตรีอื่นๆ อีก 12 กระทรวง (The letter requests meetings with government officials and lists participants in USABC's Thailand Annual Mission)

- สภาธุรกิจอเมริกันอาเซียนยังได้ทำหนังสือขอเข้าพบรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียนในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน (ASEAN Health Ministers Meeting) ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553 ที่สิงคโปร์ ออสเตรเลียหลังจากการประกาศกฎหมายของบาหลีมาตรฐานหรือของปราศีสันเป็นประเทศแรกในโลกเมื่อเดือนกรกฎาคม 2553 US ABC ร่วมกันกับองค์กรแกนนำด้านการค้าออกโรงคัดค้านว่าเป็นการขัดต่อกฎหมายว่าด้วยเครื่องหมายการค้า และทรัพย์สินทางปัญญา องค์กรเหล่านี้รวมถึงหอการค้าสหรัฐฯ (USCC) และองค์กรด้านการค้าอื่นๆ อีก 10 องค์กร (Mellissa Sweet, 2010)

- องค์กรภายในประเทศออสเตรเลียที่ร่วมคัดค้านรวมถึงกลุ่มร้านค้าปลีก 16 กลุ่ม ผู้ผลิตบุหรี่ 4 บริษัท และสภาธุรกิจขนาดเล็กโดยหลายๆ กลุ่มเหล่านี้มีสายสัมพันธ์กับบริษัทบุหรี่

- บริษัทบุหรี่ PMI, BAT Australia และ Imperial Tobacco Australia ร่วมกันลงทุนก่อตั้งสมาคมที่เป็นตัวแทนร้านค้าสะดวกซื้อ ร้านค้าปลีก และร้านค้าย่อยในบิมน้ำมัน มีชื่อว่า Alliance of Australian Retailers ทำหน้าที่ออกข่าวทางสื่อต่างๆ และโฆษณากระจายข่าวที่น่ากลัวและบิดเบือนเกี่ยวกับกฎหมายใหม่ของออสเตรเลีย

- ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 รัฐบาลออสเตรเลียก็ออกกฎหมายบรรจุกัญชาปราศีสันได้สำเร็จท่ามกลางการขู่และทำทนายจากอุตสาหกรรมยาสูบ โดยนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น Kelvin Rudd ประกาศว่ามาตรการนี้จะลดการบริโภคยาสูบลงได้ 6% (Anne Jones, 2010)

ลาตินอเมริกา

รัฐบาลโคลัมเบีย

- เนื่องจากรัฐสภาโคลัมเบียใช้มาตรการกรอบอนุสัญญาฯ FCTC 5.3 ป้อนกันไม่ให้ตัวแทนยาสูบเข้าร่วมในกระบวนการร่างกฎหมายควบคุมยาสูบที่มีมาตรการต่างๆ สอดคล้องกับ FCTC ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 (Corporate Accountability International, 2009) แต่หลังจากนั้นไม่นาน บริษัท PMI ได้มอบเงินจำนวน 200 ล้านดอลลาร์ให้สหรัฐอเมริกาภายใต้ความตกลงร่วมกัน ที่ตรงข้ามกับแนวทางปฏิบัติในมาตรา 5.3 ของกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก คือทั้งฝ่ายรัฐบาลและ

อุตสาหกรรมยาสูบจะต้องทำงานร่วมกันและระบุเงื่อนไขเรื่องโอกาสการลงทุน การขยายธุรกิจของ PMI และการส่งเสริมการพัฒนาตลาดยาสูบในโคลัมเบีย รวมถึงการลงทุนปลูกยาสูบอีกด้วย นอกจากนี้ ยังมีสัญญาการให้ทุนอย่างชัดเจนเพื่อพัฒนาคุณภาพใบยาสูบและเพิ่มปริมาณการซื้อใบยาสูบที่มีคุณภาพสูง ตลอดจนการสนับสนุนการปลูกป่าเพื่อนำไม้มาเป็นเชื้อเพลิงในการบ่มใบยา ในความตกลงยังผูกมัดให้รัฐบาลโคลัมเบียจัดตั้งห้องปฏิบัติการเพื่องานวิจัยและพัฒนาของ PMI สำหรับการทดสอบยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเฉพาะ (Colombian Government, 2009)

รัฐบาลอุรุกวัย

ในปี พ.ศ. 2552 อุรุกวัยประกาศใช้กฎหมายภาพค่าเดือนขนาด 80% บนซองบุหรี่ PMI ยี่นฟองในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2010 ศูนย์วิจัยการระบาดของยาสูบ (Center for Research on the Tobacco Epidemic หรือ CIET) เปิดเผยว่า PMI สัญญาว่าจะถอนฟองถ้าหากรัฐบาลอุรุกวัยยอมเจรจากับบริษัทบุหรี่ว่าจะลดความเข้มงวดของกฎหมายลง

2.2 การแทรกแซงโดยพบปะเจ้าหน้าที่รัฐบาลชั้นสูง

อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงกระบวนการของนักวิจัย นักวิชาการ และสถาบันวิจัยต่างๆ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบทางด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ดังนั้น จึงเป็นความจำเป็นของภาคีเครือข่ายการควบคุมการบริโภคยาสูบที่จะต้องชี้แจงข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะถึงกระบวนการและพฤติกรรมดังกล่าวของอุตสาหกรรมยาสูบซึ่งนับว่าเป็นโอกาสใหม่ที่ดีสำหรับกลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ถ้าหากมีแนวร่วมที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

เมื่อ PM ฟิลิปปินส์ ได้รวมกับบริษัทฟอร์จูน โทแบคโค ทำให้มีสัดส่วนแบ่งการตลาดรวมถึง 90% ขณะนี้เป็นบริษัทที่ส่งออกบุหรี่ไปยังหลายๆ ภาคส่วนในเอเชีย ได้แก่ ไทย ฮังกอก กัมพูชา และเกาหลี และขยายต่อไปยังมาเลเซีย บังคลาเทศ และอินเดียนูหรีที่บริษัท PM ผลิตส่งออกไปประเทศไทย มีฉลากรูปภาพค่าเดือนสุขภาพติดบนซองตามที่กำหนด แต่ตราสินค้าที่ผลิตขายในประเทศฟิลิปปินส์นั้นไม่มีฉลากภาพค่าเดือน ซึ่งกลยุทธ์ทำธุรกิจสองหน้าของบริษัทนูหรีนั้นมีปรากฏให้เห็นอยู่ บริษัทนูหรีจะรับกลยุทธ์ให้เป็นไปตามทิศทางที่จะเอื้อประโยชน์แก่ตนเองเท่านั้น จากข้อมูลในเอกสารลับบริษัทนูหรี พบว่าค่ากล่าวของบริษัทนูหรีแต่ละครั้งไว้จุดยืนที่แน่นอน แกว่งไปมาขึ้นอยู่กับ

สถานการณ์ ตัวอย่างเช่น “ผลกระทบต่อสุขภาพของการสูบบุหรี่ยังไม่ชัดเจน”... “ยาสูบเป็นสิ่งเสพติดแต่การเสพติดไม่ใช่เรื่องสำคัญ” เป็นต้น (Hirschhorn N., 2008; Yang & Malone, 2008, 17: 391-398) ในเอกสารลับอีกฉบับหนึ่ง ระบุว่าเจ้าหน้าที่ของบริษัทบุหรี่ที่เข้าไปพบเจ้าหน้าที่ระดับสูงของรัฐบาลไทย ใช้วิธีติดต่อกับฝ่ายการเมืองโดยวิธีการลอบบี้อย่างลับๆ นั่นเอง (Harris D. Memorandum from PM Asia International on 3 December 1991)

จากการสืบค้นข้อมูลเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบพบว่าในปี พ.ศ. 2535 ในขบวนการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบที่ครอบคลุม 2 ฉบับคือ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบพยายามอย่างยิ่งในการใช้อิทธิพลเพื่อเปลี่ยนแปลงร่างกฎหมายทั้งสองฉบับทั้งในคณะกรรมการ และในคณะกรรมการกฤษฎีกา (เมื่อทบทวนร่างกฎหมาย) และในระดับคณะรัฐมนตรี แม้ว่าร่างกฎหมายทั้งสองจะไม่ถูกระงับอย่างที่อุตสาหกรรมยาสูบต้องการแต่กฎหมายทั้งสองฉบับถูกเปลี่ยนแปลงให้ลดความเข้มข้นลงไป

ในเอกสารฉบับหนึ่งของอุตสาหกรรมยาสูบลงวันที่ 3 ธันวาคม 2534 บริษัท ฟิลิป มอริส พยายามที่จะทำให้มาตรการที่เกี่ยวกับการเปิดเผยส่วนประกอบในบุหรี่ลดความเข้มข้นลงไป อุตสาหกรรมยาสูบมีการดำเนินการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของไทย ให้ทนายความของบริษัท ฟิลิป มอริส ชื่อ “โทนี่ อันดราเด่ (Tony Andrade)” เตรียมข้อมูลให้กับผู้แทนของอุตสาหกรรมยาสูบในการเข้าพบกับผู้แทนรัฐบาลไทย และพบกับรองนายกรัฐมนตรีที่กำกับดูแลคณะกรรมการกฤษฎีกา (อ้างใน Harris, D. Philip Morris Asia International, Hong Kong. (Thailand Ingredient Disclosure) 1991 December 3. Philip Morris. Bates No. 2504025109/5111) ในรายงานของอุตสาหกรรมยาสูบฉบับหนึ่ง บ่งชี้ว่ามีการนัดพบกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2535 ซึ่งอุตสาหกรรมยาสูบรายงานว่าประสบความสำเร็จในการ “ลอบบี้” รัฐมนตรีผู้นี้ทั้งในทางส่วนตัวและทางสาธารณะอย่างเปิดเผย (Rekart, P. Ministry of Health Meeting. 1992 June 4. Philip Morris. Bates No. 2025593984/3989.)

ในประเทศไทยมีนักการเมืองในอดีตบางคนที่มีสายสัมพันธ์กับอุตสาหกรรมยาสูบ เอกสารลับของบริษัท PM ปี ค.ศ.1992 บันทึกถึงการวิ่งเต้นในประเทศไทยว่าตัวแทนบริษัท

ได้เข้าพบรัฐมนตรีสาธารณสุขว่า “ข้าพเจ้าเชื่อว่ารัฐมนตรีคนปัจจุบันเปิดทางให้เราจะมีโอกาสแสดงแนวคิดของบริษัท และการที่เราจะประสบความสำเร็จมากหรือน้อยอย่างไร ขึ้นอยู่กับว่าเราสามารถให้ความรู้ในประเด็นดังกล่าวแก่รัฐมนตรีผู้นั้น และแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้มากน้อยแค่ไหน โดยที่เราจะต้องไม่สร้างภาระแก่เขาด้วยรายละเอียดต่างๆ ที่มากเกินไป ซึ่งอาจทำให้เขาหันไปหาคำอธิบายที่กระจ่างจากฝ่ายตรงข้ามได้” (Rekart P, 1992. Ministry of Health Meeting, June 4; ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2551. PM Report of the Meeting.)

2.3 กรณีศึกษาการแทรกแซง

2.3.1 การแทรกแซงนโยบายภาษีและราคา

ข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์ภาษีและการลงทุนระหว่างประเทศ (International Tax and Investment Center : ITIC) ในเว็บไซต์ของ ITIC ระบุว่า เป็นองค์กรด้านวิชาการและวิจัยที่ไม่แสวงหากำไร จัดตั้งในปี ค.ศ.1993 การดำเนินงานของ ITIC ได้รับเงินสนับสนุนจากองค์กรธุรกิจมากกว่า 100 แห่ง ITIC มักจะล็อบบี้หรือทำงานใกล้ชิดกับหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านเศรษฐกิจคือกระทรวงการคลัง หน่วยงานด้านศุลกากร และหน่วยงานจัดเก็บภาษีในประเทศต่างๆ มากกว่า 85 ประเทศบทบาทหรือภารกิจหลักของ ITIC จึงเป็นเรื่องการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายและกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่อภาคธุรกิจที่เป็นผู้ให้ทุน โดยกล่าวอ้างเรื่องการสร้างโต๊ะเจรจาต่อรองที่มีสถานะเท่าเทียมกันระหว่างภาครัฐกับภาคธุรกิจ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล การเรียนรู้ระหว่างกัน รวมถึงการอ้างถึงข้อมูลทางวิชาการที่จะสนับสนุนข้อเสนอของภาคธุรกิจ เพื่อให้ธุรกิจมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเศรษฐกิจที่สำคัญ ตัวอย่างกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบผลักดันให้เกิดขึ้นในประเทศไทยและในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ธุรกิจยาสูบจัดจ้าง ITIC ทำรายงานเกี่ยวกับภาษีองค์กร ITIC ร่วมกับ Oxford Economics จัดทำรายงานการประมาณปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคบุหรี่ในภูมิภาคเอเชีย เมื่อปี 2012 และ 2013 ซึ่งเป็นรายงานที่ได้รับทุนจากบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ PMI องค์กรพันธมิตรต่อต้านยาสูบ SEATCA (The South East Asia Tobacco Control Alliance) ได้ประเมินคุณภาพของรายงานฉบับนี้พบว่ามีปัญหา 4 ข้อที่เป็นข้อผิดพลาด เช่น ระเบียบวิธีวิจัยไม่ถูกต้อง ทำให้ผลการศึกษาวิจัยเอนเอียงไปในทางให้การสนับสนุน

อุตสาหกรรมยาสูบ (Industry-funded report on illicit trade in Southeast Asia lacks credibility. 12 Jun 2015)

คดีพิพาทในองค์การการค้าระหว่างฟิลิปปินส์กับไทยเรื่องภาษีบุหรี่ (ไพศาล ลิ้มสถิตย์ 2556)

ข้อพิพาททางการค้าระหว่างไทยและฟิลิปปินส์ในกรณีของ บริษัท PM ประเทศฟิลิปปินส์กล่าวหาทางการไทยว่า เรียกเก็บภาษีบุหรี่ที่นำเข้าจากบริษัทในอัตราที่ไม่เป็นธรรมขัดต่อความตกลง GATT 1994 มาตรา 3 และมาตรา 10 เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2551 (ค.ศ. 2008) ประเทศฟิลิปปินส์ได้ยื่นคำร้องต่อองค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) โดยกล่าวหาไทยว่า ประเมินราคาศุลกากรบุหรี่นำเข้าไม่เป็นไปตามหลักการและไม่เป็นธรรม โดยกำหนดราคาประเมินที่สูงเกินจริง ส่งผลให้ผู้นำเข้าต้องเสียภาษีที่เกี่ยวข้อง อาทิ ภาษีศุลกากร ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีสรรพสามิต ภาษีกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และเงินบำรุงองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (ไทยพีบีเอส) เกินกว่าที่ควรจะต้องเสียรวมทั้งกำหนดราคาขายปลีกสูงสุด (ซึ่งใช้เป็นฐานในการคำนวณภาษีมูลค่าเพิ่ม) สำหรับบุหรี่นำเข้าสูงกว่าบุหรี่ที่ผลิตในประเทศ จึงขัดกับหลักห้ามเลือกปฏิบัติของความตกลงแอกต์ ค.ศ. 1994 ต่อมาคณะผู้พิจารณา (Panel) ขององค์การการค้าโลกชี้ขาดออกมาเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 ว่า เห็นด้วยกับข้อกล่าวหาของทางการฟิลิปปินส์ และมีคำสั่งให้ไทยปรับปรุงกระบวนการจัดเก็บภาษี ฐานภาษีในการคำนวณภาษีศุลกากรให้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การการค้าโลก และให้เป็นธรรมในการแข่งขัน

เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2554 (2011) คณะผู้พิจารณาอุทธรณ์ (Appellate Body) ขององค์การการค้าโลก ได้ตัดสินยืนตามคำวินิจฉัยของคณะผู้พิจารณา (Panel) ว่า กฎหมายศุลกากรของไทยสอดคล้องกับองค์การการค้าโลก เรื่องราคาสมมุติที่ไทยสามารถกำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นฐานในการเก็บภาษีได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ราคาขายปลีกจริงการขอคืนเงินภาษี และการแต่งตั้งผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงการคลังเป็นกรรมการบริหารโรงงานยาสูบ เป็นต้น แต่ยังมีบางประเด็นสำคัญที่ไทยปฏิบัติไม่สอดคล้องกับพันธกรณีภายใต้องค์การการค้าโลก เช่น ความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาอุทธรณ์ การไม่ให้สิทธิอุทธรณ์คำสั่งให้ผู้นำเข้าวางประกัน การกำหนดราคาขายปลีกสูงสุด (Maximum Retail Selling Price – MRSP) ที่ไม่ชัดเจน และการยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่มสำหรับสินค้าบุหรี่ที่ผลิตในประเทศ แต่มี

การจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มสำหรับบุหรี่ป้อนนำเข้าจากต่างประเทศ ละเมิดต่อหลักในเรื่อง “การปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ” (the national treatment) ซึ่งไทยมีพันธกรณีต้องปฏิบัติตามความตกลง GATT 1994 อธิปไตยกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ในยุคนั้นให้ข้อมูลในกรณีนี้ว่า สิ่งที่ไทยจะต้องดำเนินการหลังคำตัดสินสุดท้ายขององค์การการค้าโลก คือต้องปรับเปลี่ยนมาตรการค่านวณภาษีศุลกากรสำหรับบุหรี่ป้อนนำเข้าที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับพันธกรณีภายใต้องค์การการค้าโลก แต่ไม่มีเงื่อนไขใดๆ เรื่องการจ่ายค่าปรับ หรือจ่ายคืนภาษี หรือค่าชดเชยของไทยที่เป็นฝ่ายแพคดีให้กับฟิลิปปินส์ทั้งสิ้น (รายงานผลการพิจารณาข้ออุทธรณ์ 2554)

ในประเทศไทยมีกรณีคดีเลียงภาษีบุหรี่ป้อน

เป็นที่รับรู้กันดีว่า คดีเลียงภาษีบุหรี่ป้อนนี้เป็นมหากาพย์ที่เกิดขึ้นมายาวนานร่วมสิบกกว่าปีกว่าจะมีการยื่นฟ้องบริษัทฟิลิป มอริส และพวก โดยกรมสอบสวนคดีพิเศษ หรือดีเอสไอ ได้เข้าไปทำคดีดังกล่าว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 หลังจากกรมสรรพากร ตรวจสอบพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2546-2552 บริษัท ฟิลิป มอริส ซึ่งเป็นผู้นำเข้าบุหรี่ป้อนนอก 2 ตราสินค้าคือ มาร์ลโบโร และแอลแอนด์เอ็ม สำแดงการนำเข้าสินค้าบุหรี่ป้อนจากประเทศฟิลิปปินส์เป็นความเท็จ โดยระบุราคานำเข้าต่ำกว่าราคาที่แท้จริงเพื่อเลียงภาษี หากเปรียบเทียบกับผู้นำเข้าอิสระเจ้าอื่น 3 รายคือ บริษัท สายการบินกรุงเทพ จำกัด บริษัท คิงส์เพาเวอร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด และ บริษัท อลิส อินเตอร์ จำกัด พบว่าต้องนำเข้าราคาสูงกว่า กล่าวคือ ฟิลิป มอริส สำแดงราคานำเข้าบุหรี่ป้อนตราสินค้ามาร์ลโบโร 7.76 บาทต่อซอง และบุหรี่ป้อนตราสินค้าแอลแอนด์เอ็ม ราคา 5.88 บาทต่อซอง ในขณะที่ 3 บริษัท สำแดงนำเข้าบุหรี่ป้อนตราสินค้ามาร์ลโบโร 27.46 บาทต่อซอง และบุหรี่ป้อนตราสินค้าแอลแอนด์เอ็ม ราคา 16.81 บาทต่อซอง ซึ่งรวมทั้งหมดแล้ว ฟิลิป มอริส สำแดงราคานำเข้าต่ำไปประมาณ 68,881 ล้านบาท ทางดีเอสไอ จึงส่งสำนวนมาให้อัยการสูงสุดสั่งฟ้องคดี แต่สำนักคดีพิเศษ อัยการสูงสุด (อสส.) มีความเห็นไม่สั่งฟ้อง เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2554 (ผู้จัดการรายวัน 30 เมษายน 2559)

เมื่ออัยการมีคำสั่งไม่ฟ้องคดี จึงกลายเป็นเรื่องใหญ่ และเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้พรรคเพื่อไทย หยิบยกขึ้นมาเป็นหนึ่งในหัวข้อการอภิปรายไม่ไว้วางใจรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เมื่อเดือนมีนาคม 2554 โดยกล่าวหาว่า นายอภิสิทธิ์ ใช้อำนาจ

แทรกแซงกรมสรรพากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดีกับบริษัทฟิลิป มอริส ซึ่งนำเข้ามาบุหรี่จากฟิลิปปินส์ และเลี้ยงภาชีอากร ทำให้รัฐเสียประโยชน์กว่า 68,000 ล้านบาท

ก่อนที่คดีนี้จะหมดอายุความ ต่อมา อัยการได้ยื่นฟ้อง บริษัท ฟิลิป มอริส (ไทยแลนด์) ลิมิเต็ด และพวก คดีเลี้ยงภาชีอากรนี้ นับเป็นคดีสำคัญ 1 ใน 12 คดี ที่ พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี และหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) สั่งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการสอบสวนคดีให้แล้วเสร็จโดยเร็ว กระทั่งนำมาสู่การฟ้องร้องคดีหลังจากยึดเยื่อมานานนับทศวรรษ และที่สำคัญนี้เป็นคดีประวัติศาสตร์ (ผู้จัดการรายวัน 30 เมษายน 2559)

สำหรับคำฟ้องคดี ที่พนักงานอัยการคดีพิเศษ 4 เป็นโจทก์ยื่นฟ้องไปเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2559 สรุปได้ว่า เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2546 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2549 นิตินุคคลดังกล่าวกับพวกจำเลยทั้งแปด และอีก 4 คน ที่หลบหนีอยู่ ร่วมกันนำสินค้าประเภทบุหรีตราสินค้ามาร์ลโบโร (MARLBORO) และตราสินค้าแอลแอนด์เอ็ม (L&M) เข้ามาในราชอาณาจักรไทย โดยร่วมกันแสดงราคาสินค้าอันเป็นเท็จ ซ้อโกง และอุบาย ด้วยการยื่นใบขนสินค้าขาเข้าและใบขนส่งสินค้าเลขที่อื่นๆ อีก ต่อเจ้าหน้าที่ศุลกากร กรมศุลกากร เพื่อผ่านพิธีการศุลกากร โดยสำแดงราคาของบุหรีทั้งสองตราสินค้าไม่ตรงตามราคาที่เป็นจริงและถูกต้องตามกฎหมายศุลกากร จำเลยร่วมกันสำแดงเท็จในราคาบุหรีแต่ละตราสินค้า เพื่อหลีกเลี่ยงการชำระค่าอากรให้ครบถ้วน จำเลยร่วมกันกระทำการดังกล่าวต่อเนื่องในรายการใบขนส่งสินค้ารวมทั้งสิ้น 272 ครั้ง เป็นความผิดรวม 272 กรรม โดยรวมราคาของสินค้าบุหรีบวกกับภาชีอากรเป็นเงินทั้งสิ้น 20,210,209,582.50 บาท

คดีนี้ อัยการบรรยายฟ้องจำนวนทุนทรัพย์ 2 หมื่นล้านบาท ถ้าศาลรับฟังหลักฐานของโจทก์และมีคำพิพากษาว่าจำเลยมีความผิดจริง ศาลจะสั่งปรับจำเลยเป็นจำนวน 4 เท่าของอากร คิดเป็นเงิน 8 หมื่นล้านบาท โดยคดีมีอายุความ 15 ปี นับแต่เกิดเหตุปี 2546 มีผู้ต้องหาที่ทางอัยการสูงสุด มีความเห็นสั่งฟ้อง 14 ราย ซึ่งอัยการได้ฟ้องเป็นจำเลยแล้ว 8 ราย ส่วนผู้ต้องหาที่เหลือ 6 รายนั้น มีคดีขาดอายุความ 1 ราย เสียชีวิต 1 ราย และหลบหนีอีก 4 ราย โดยเป็นผู้บริหารชาวต่างชาติทั้งหมด ซึ่งผู้ต้องหาที่ยังหลบหนีแต่ละคน ถูกกล่าวหาในความผิดต่างกัน ดังนั้นแต่ละคนจะมีอายุความเหลือตั้งแต่ 2-5 ปี หากติดตามตัวมาได้ต้องยื่นฟ้องภายในปี 2561 (ผู้จัดการรายวัน 30 เมษายน 2559)

“แต่เหตุที่ใช้เวลาดำเนินการถึง 3 ปี กว่าจะส่งฟ้องต่อศาลได้ เพราะต้องมีการปรับปรุงตัวเลขค่าปรับใหม่ ทำให้ตัวเลขเพิ่มขึ้นจากเดิม 6.8 หมื่นล้านบาท เป็น 8 หมื่นล้านบาท โดยเป้าหมายของคดีนี้คือการเรียกค่าปรับมากกว่าจำคุกจำเลย ซึ่งหากจำเลยต่อสู้ และศาลพบว่ามีความผิดจริง ก็จะปรับเต็มจำนวน แต่ถ้าจำเลยรับสารภาพหรือให้การเป็นประโยชน์ ก็อาจจะลดโทษลง เช่น ลดโทษหนึ่งในสาม” รองอธิบดีอัยการสำนักงานคดีพิเศษ เคยออกตัวปฏิเสธไม่มีการวิ่งเต้นล้มคดีในวันแถลงข่าวการยื่นฟ้องคดีบริษัทฟิลิป มอริส (ไทยแลนด์) หลีกเลียงภาษีศุลกากรนำเข้าบุหรี่ เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2559

เมื่อสรุปบทเรียนจากประสบการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย แล้วพบว่าบทเรียนที่ได้เรียนรู้คือจะต้องมีองค์รผลักดันเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งในหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานที่ไม่ใช่ของรัฐ การวิจัยเชิงนโยบายเป็นประโยชน์ในการปลูกกระแสมโนทัศน์และการโน้มน้าวผลักดันให้รัฐบาลออกกฎหมาย การสร้างภาคีเครือข่ายและแนวร่วมทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ การควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิผลจำเป็นจะต้องมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งจากนักการเมืองและกลุ่มที่ทำงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย (นิทัศน์ศิริโชติรัตน์, 2548)

2.3.2 การแทรกแซงโดยการให้ทุน/ผู้อุปถัมภ์

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 มาประเทศไทยต้องมีการเปิดตลาดให้มีการนำเข้าบุหรี่จากต่างประเทศ แต่เพราะประเทศไทยมีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ PM จึงใช้กลยุทธ์ทางการตลาดโดยหันมาอุปถัมภ์การประกวดศิลปะในภูมิภาคอาเซียนแทน โดยมีเหตุผล 2 ประการคือ 1) เพราะโฆษณาบุหรี่ไม่ได้จึงต้องเปลี่ยนแผนการตลาดมาใช้การอุปถัมภ์งานประกวดภาพวาดแทนการโฆษณาทางตรง และ 2) เพื่อที่จะเข้าถึงข้าราชการชั้นสูงของประเทศ โดยการมอบเงินบริจาคให้ (Hatai Chitonondh, 2007.)

กรณีศึกษาที่บริษัทฟิลิปมอริสเป็นผู้อุปถัมภ์การประกวดภาพวาดอาเซียนนั้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากความล้มเหลวที่อุตสาหกรรมยาสูบไม่สามารถที่จะให้การอุปถัมภ์การแข่งขันกีฬาในประเทศไทยจึงทำให้อุตสาหกรรมยาสูบเปลี่ยนเป้าหมายมาที่การอุปถัมภ์ศิลปะในอาเซียน (ASEAN Art Awards) ในปีพ.ศ. 2538 จากเอกสาร

ภายในของอุตสาหกรรมยาสูบทำให้เห็นความต้องการที่แท้จริงของอุตสาหกรรมยาสูบในการให้การอุปถัมภ์ศิลปะและวัฒนธรรมการที่บริษัทฟิลิปมอริสเป็นผู้อุปถัมภ์การประกวดภาพวาดอาเซียนซึ่งเกี่ยวข้องกับตลาด 7 แห่งในประเทศภาคพื้นอาเซียนเปิดโอกาสให้ฝ่ายกิจกรรมองค์กรและลูกค้าสัมพันธ์และฝ่ายบริหารของบริษัทได้เข้าถึงข้าราชการระดับอาวุโสของรัฐบาลต่างๆโดยตรงในแต่ละประเทศและเสริมสร้างความสัมพันธ์ให้แน่นแฟ้นระหว่างบริษัทนุหรือและสำนักงานเลขาธิการของอาเซียนตัวอย่างที่พบในหนังสือพิมพ์ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2548) ดังนี้

- หนังสือพิมพ์ข่าวสดฉบับวันที่ 1 กันยายน 2545 หน้า 4 ลงภาพ ประธานองคมนตรีและรัฐบุรุษเป็นประธานมอบเกียรติบัตรให้คณะบุคคลที่ให้การสนับสนุนการประมูลศิลปกรรม
- หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ฉบับวันที่ 13 สิงหาคม 2544 หน้า 4 ลงภาพพลเอก ท่านหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้บัญชาการทหารบกเป็นประธานแถลงข่าวการจัดงาน “พิธีมอบทุนและประมูลจัดหาทุนส่งเสริมการศึกษาการสร้างสรรค์ศิลปะ” มุลนิธิเปรม ติณสูลานนท์
- หนังสือพิมพ์มติชนรายวันฉบับวันที่ 19 กรกฎาคม 2543 หน้า 4 ลงภาพพลเอกท่านที่เพิ่งกล่าวอ้างผู้บัญชาการทหารบกเป็นประธานแถลงข่าวการจัดงานและจัดประกวดผลงานศิลปะ 80 ปี (งานศิลปะเหล่านี้คืองานที่ชนะการประกวดอาเซียนและตกเป็นสมบัติของผู้อุปถัมภ์คือบริษัท ฟิลิป มอริส)
- หนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์ฉบับวันที่ 26 สิงหาคม 2539 หน้า 9 ลงภาพประธานองคมนตรีและรัฐบุรุษเป็นประธานเปิดนิทรรศการการประกวดภาพวาดอาเซียนร่วมกับดาโต๊ะอาจิตซิงห์เลขาธิการสมาคมอาเซียน และนายปีเตอร์บาร์นส ประธานบริษัทฟิลิป มอริส เอเชีย
- หนังสือพิมพ์สยามโพสต์ฉบับวันที่ 6 สิงหาคม 2539 หน้า 8 ลงภาพนายกรัฐมนตรีเป็นประธานมอบรางวัลในการประกวดภาพวาดอาเซียน
- หนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์ฉบับวันที่ 9 สิงหาคม 2538 หน้า 34 ลงภาพประธานองคมนตรีเป็นประธานเปิดงานแสดงผลงานการประกวดศิลปะอาเซียน
- ข่าวการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางสื่อสารมวลชนต่างๆ เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าบริษัท ฟิลิป มอริส บรรลุวัตถุประสงค์ในการเข้าถึงข้าราชการชั้นสูงของไทย

การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลบ่อยๆ ของประเทศไทยในทศวรรษที่ 1990 เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อุตสาหกรรมยาสูบสามารถเข้าแทรกแซงทางการเมืองระหว่างปี พ.ศ. 2535-2541 มีการเปลี่ยนแปลงรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข 9 ครั้ง ส่วนหนึ่งเกิดจากการเปิดโอกาสให้อุตสาหกรรมยาสูบเข้าพบได้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้ซึ่งลงนามกฎกระทรวงที่เกี่ยวกับการเปิดเผยส่วนประกอบในบุหรี่ในปี พ.ศ. 2540 เป็นผู้ซึ่งถูกบ่งชี้ในภายหลังว่า “เป็นจุดศูนย์กลางของการกล่าวหา/ข่าวลือว่าเขาต้องการเงิน 5 ล้านเหรียญสหรัฐ!” (Riordan, M. ‘By Brand’ Ingredients for Thailand. British American Tobacco e-mail forwarded by Orm Porntipprapa to distribution. 27 March 1998. Bates Number 321112039/2040) บันทึกภายในของอุตสาหกรรมยาสูบเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2538 บ่งชี้ถึงการพบระหว่างตัวแทนบริษัท British American Tobacco และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ซึ่ง Martin Riordan เสนอรายชื่อสารประกอบในบุหรี่เพื่อหลีกเลี่ยงการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา (intellectual property rights: IPR)

สรุปได้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบจะพยายามใช้ทุกวิถีทางเพื่อเข้าถึงนักการเมืองที่จะเอื้ออำนวยให้ประโยชน์แก่อุตสาหกรรมยาสูบได้ ดังนั้นนักการเมืองที่มีตำแหน่งในระดับสูง เช่นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข หรือรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่ควรจะเปิดโอกาสให้ผู้แทนอุตสาหกรรมยาสูบเข้าพบเพราะจะทำให้ถูกมองได้ว่าอาจจะรับสินบนหรือผลประโยชน์จากอุตสาหกรรมยาสูบ

การควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเมือง หน่วยงาน เช่นกระทรวงสาธารณสุขควรจะเน้นการปกป้องสิ่งที่บั่นทอนสุขภาพของประชาชนและไม่ยุ่งเกี่ยวกับการเมือง แต่ในความเป็นจริงแล้วจะเห็นได้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบใช้กลยุทธ์และดำเนินการปฏิบัติที่จะต้องเรียกร้องให้หน่วยงานของรัฐ เช่นกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายต่างๆ ที่จะป้องกันไม่ให้ความพยายามของอุตสาหกรรมยาสูบในการใช้อิทธิพลทางการเมืองและการเงิน มีผลในการเข้าแทรกแซงการตัดสินใจทางนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบกับการเมือง สิ่งที่กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบควรจะมีผลผลักดันและดำเนินการมีดังต่อไปนี้

- รัฐบาลควรจะไม่ให้นักการเมืองพบปะกับผู้แทนอุตสาหกรรมยาสูบเป็นการส่วนตัว แต่ควรมีพยานบุคคลหลายๆคนอยู่ร่วมในการนัดพบ เพื่อเป็นการแสดงความโปร่งใสของนักการเมือง
- รัฐบาลควรจะไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบบริจาคเงินให้แก่หน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับรัฐ หรือพรรคการเมืองต่างๆ
- รัฐบาลควรจะไม่ให้หน่วยงานต่างๆของรัฐ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับรัฐ หรือพรรคการเมืองต่างๆ รวมทั้งโรงเรียนและสถาบันการศึกษาต่างๆ รับเงินสนับสนุนหรือเงินบริจาคจากอุตสาหกรรมยาสูบ
- รัฐบาลควรจะไม่ให้หน่วยงานของรัฐเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ โครงการเพื่อสังคมโครงการสนับสนุนศิลปะ และวัฒนธรรมต่างๆ ที่ได้รับเงินสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ
- รัฐบาลควรจะไม่บังคับให้อุตสาหกรรมยาสูบเปิดเผยส่วนประกอบที่เป็นสารก่อมะเร็ง และสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่างๆ ให้ประชาชนได้รับทราบ

2.3.3 การแทรกแซงเกษตรกรปลูกยาสูบ

มีการจัดทำกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2558 มีกรณีที่ว่าไร่เกษตรกรเพาะปลูกยาสูบประท้วงรัฐบาลอยู่หลายครั้ง เนื่องจากการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ดังนี้

- วันที่ 14 ก.ย.2555 ที่โรงแรมริชมอนด์ เกษตรกรผู้ปลูกใบยาสูบจากจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน ลำพูน เพชรบูรณ์ สุโขทัย กว่า 200 คน เดินทางมาประท้วงคัดค้านการออก พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยตัวแทนเกษตรกรปลูกใบยาสูบได้คัดค้านการออก พ.ร.บ. ฉบับใหม่นี้ เพราะจะมีการจำกัดพื้นที่เพาะปลูก อีกทั้งมาตรการต่างๆ ทั้งการขึ้นภาษี การห้ามโฆษณา การห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ทำให้ยอดขายบุหรี่ตกลง ส่งผลให้ยอดการสั่งซื้อใบยาสูบก็ตก เพราะฉะนั้นจึงขอให้กลับไปใช้ พ.ร.บ. ฉบับเดิมซึ่งดีอยู่แล้ว (สำนักข่าวอิศรา 2555)
- ชาวไร่ยาสูบและสหภาพแรงงานต้องออกมาประท้วงในการทำประชาพิจารณ์กฎหมายรวมทั้งร้านค้าปลีกทั่วประเทศที่ไม่เห็นด้วยกับกฎหมายนี้และคิดว่ากฎหมายนี้จะทำร้ายเขา (กรุงเทพธุรกิจ)

- เหตุผลที่ชาวไร่ออกมาต่อต้านร่าง พ.ร.บ. ควบคุมเพราะฉบับใหม่ต้องการลดการบริโภคยาสูบให้หมดไปโดยมีการยกเว้นโดยผู้มีอคติกับยาสูบและนำเสนอมาตรการสุดโต่ง สร้างภาระกับผู้ผลิตและผู้ค้ายาสูบกว่า 480,000 รายซึ่งเป็นปลายน้ำของอุตสาหกรรมเมื่อปลายน้ำถูกควบคุมต้นน้ำ เช่น ชาวไร่ยาสูบก็ย่อมได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สยามธุรกิจ ฉบับวันที่ 17 - 20 ส.ค. 2556)

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอร่างกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ฉบับใหม่) เข้าสู่การพิจารณาในคณะรัฐมนตรีตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม 2557 แต่ได้มีการเข้าคัดค้านของกลุ่มชาวไร่ยาสูบ และสมาคมการค้ายาสูบ ส่งผลให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (สลค.) ได้ส่งร่างคืนกลับมาให้กระทรวงสาธารณสุขทบทวนใหม่ โดยให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งนี้ข้อต่อสู้ของบรรดาองค์กรที่ขัดขวางการเสนอร่างฯ ได้ยกข้อต่อสู้ไว้ (มติชนวันศุกร์ที่ 3 เมษายน 2558)

1. “ร่างกฎหมายนี้มีผลกระทบต่อทั้งปลายน้ำ กลางน้ำ และต้นน้ำ คือชาวไร่ยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างภาระ ติตรอนสิทธิ บีบบังคับธุรกิจยาสูบ โดยไม่เกี่ยวข้องกับเหตุผลคุ้มครองเยาวชนตามที่ สธ.กล่าวอ้าง”

2. “ข้อกฎหมายซ้ำซ้อนกับกฎหมายเดิมให้อำนาจออกกฎหมายลูกโดยไม่ผ่านกรรม หรือสภาจำนวนมาก รวมทั้งอาจละเมิดประเด็นทางการค้าระหว่างประเทศ ประเด็นเรื่องข้อต่อสู้มาจาก เนื้อหาของข่าว 2 เรื่อง ดังนี้ คือ

ก.. ข่าว มติชน วันศุกร์ที่ 3 เมษายน 2558 หัวข้อข่าว “ชาวไร่-ผู้ค้า” แฉถ่วงคัดค้านพรบ.ยาสูบ

ข. ข่าว ทันหุ้น วันศุกร์ที่ 3 เมษายน 2558 หัวข้อข่าว “ชาวไร่ยาสูบ – โศห่วย” เดินหน้าดัน “กม.ยาสูบ”

3. “ร้านค้าเห็นด้วยกับการปกป้องเด็กและเยาวชน เช่น การเพิ่มอายุผู้ซื้อ แต่ขอคัดค้านมาตรการสุดโต่ง เช่น การห้ามแบ่งขาย กำหนดสถานที่ห้ามขาย ฉลากซอง จำกัดการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ หรือแม้การจำกัดการจัดทำกิจกรรมเพื่อสังคม”

2.3.4 การแทรกแซงกระบวนการร่างกฎหมายภายในประเทศ

มีการจัดทำกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2555 ถึง ปี พ.ศ. 2558 พบว่า บริษัทต่างชาติและหลายองค์กรในประเทศไทยรับเงินสนับสนุนจากบริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่ระดับโลก นพ.ประภิต วาทีสาธกิตชี้ว่า “มีความพยายามที่จะล้มกฎหมาย

ดังกล่าว โดยหลักๆ มีอยู่ 3 กลุ่ม กลุ่มแรกใช้ชื่อว่า “สมาคมการค้ายาสูบไทย” (TTTA) ซึ่งสมาชิกหลักคือผู้ค้าปลีกยาสูบ กลุ่มที่สองคือ “สมาคมผู้สูบ และ ผู้ค้ายาสูบไทย” (สยท.) ซึ่งมีสมาชิกที่สำคัญคือ ชาวไร่ยาสูบ และกลุ่มสุดท้ายคือโรงงานยาสูบของประเทศไทย” (แนวหน้าฉบับวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2555) ทั้ง 2 กลุ่ม ล้วนปรากฏ ผู้สนับสนุนรายใหญ่ คือ บริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่ระดับโลก กลุ่มแรกคือกลุ่มผู้ปลูกใบยาสูบที่กลัวว่าการออกกฎหมายฉบับใหม่จะทำให้ บุหรี่จำหน่ายได้ยากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเป็นทอดๆ มาสู่กลุ่มเกษตรกรดังกล่าว ส่วนอีกกลุ่มคือร้านค้าปลีก

ปัจจุบันมีการห้ามจำหน่ายบุหรี่แบบแบ่งขาย แต่ในความเป็นจริงก็ยังพบการแบ่งขายดังกล่าวเป็นเรื่องปกติ กฎหมายใหม่ที่จะทำให้การบังคับใช้ จับปรับผู้แบ่งขายบุหรี่ทำได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้นองค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการจำนวนผู้สูบบุหรี่น่าจะเพิ่มจาก 1,300 ล้านคน เป็น 1,600 ล้านคน ซึ่งถือว่าสูงมากทีเดียว ดังนั้น กฎหมายฉบับใหม่เกิดขึ้น รายได้ของเกษตรกรไร่ยาสูบคงไม่ลดลงมากนัก เช่นเดียวกับผู้ค้าปลีก นพ. ประทีปกล่าวว่ กลุ่มคนที่ซื้อบุหรี่แบ่งขายมักจะเป็นเยาวชน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มลูกค้าเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น การห้ามแบ่งของขาย จะเป็นการปกป้องสุขภาพของประชาชน ซึ่งไม่เพียงแค่วัยรุ่นเท่านั้น แต่ยังรวมถึง ผู้มีรายได้ได้น้อยด้วย เพราะนอกจากเยาวชนแล้ว กลุ่มคนวัยทำงานที่ซื้อบุหรี่แบ่งขายก็มีมากพอสมควร ที่สำคัญกลุ่มคนดังกล่าว มักเป็นชนชั้นรากหญ้าที่ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน (สก็๊ปแนวหน้าฉบับวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2555)

ยิ่งกว่านั้น ยังมีการทำลายขวัญของเจ้าหน้าที่รัฐด้วยการฟ้องศาลปกครองเพื่อขอให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ จากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 85 สืบเนื่องจากการกรณีกระทรวงสาธารณสุขได้ออก “ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการแสดงรูปภาพข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยและช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต พ.ศ. 2556” (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 130 ตอนพิเศษ 45ง (วันที่ 5 เมษายน 2556) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับใหม่นี้ได้ยกเลิก “ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการแสดงฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต พ.ศ. 2552” ซึ่งมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปภาพคำเตือนในฉลากบุหรี่ใหม่ทั้งหมดรวม 10 แบบ ข้อสำคัญคือ มีการเพิ่มขยายขนาดพื้นที่ข้อความ ภาพคำเตือนในฉลากบุหรี่ซิการ์เรตจากร้อยละ 55 ตามประกาศ ฯ ฉบับเดิมเป็นร้อยละ 85

ฉะนั้น การฟ้องร้องนี้จึงถือเป็นครั้งแรกที่บริษัทบุหรี่ข้ามชาติฟ้องกฎหมายควบคุมยาสูบของไทยการฟ้องร้องของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติดังกล่าว ถือเป็นรูปแบบการแทรกแซงการควบคุมยาสูบที่พบในหลายประเทศ ทำให้รัฐบาลไม่สามารถใช้บังคับกฎหมายควบคุมยาสูบในทันที ในบางกรณีอาจใช้เวลานานในการต่อสู้คดีความในชั้นศาล ได้แก่

คดีที่ 1 บริษัท PM Thailand และ บริษัท PM โปรดักส์ เอส. อาร์. จำกัด ผู้ฟ้องคดีกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้ถูกฟ้องคดี (คดีหมายเลขดำที่ 1324/2556)

คดีที่ 2 บริษัท เจที อินเตอร์เนชันแนล (ไทยแลนด์) จำกัด และ บริษัท เจที อินเตอร์เนชันแนล เอส เอ จำกัด ผู้ฟ้องคดี กับกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้ถูกฟ้องคดี ผลของการฟ้องคดีข้างต้น ทำให้ศาลปกครองกลางมีคำสั่งคุ้มครองชั่วคราวประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับใหม่ เมื่อวันที่ 19 มิ.ย. 2556 ซึ่งมีผลในทางกฎหมายคือ ประกาศฉบับใหม่ยังไม่มีผลตามกฎหมายเป็นเวลาหลายเดือนจนกระทั่ง ศาลปกครองสูงสุดมีคำสั่งเปลี่ยนแปลงคำสั่งศาลปกครองกลางที่ให้คุ้มครองชั่วคราว

คดีที่บริษัทบุหรี่ข้ามชาตินำโดย บริษัท PM Thailand เป็นการฟ้องร้องของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติฟ้องกระทรวงสาธารณสุข อาจใช้เวลาพิจารณาคดีอีกหลายเดือนหรือหลายปี จึงจะรู้ว่า ใครจะเป็นฝ่ายชนะคดี การฟ้องร้องดังกล่าวถือเป็นรูปแบบการแทรกแซงการควบคุมยาสูบที่พบในหลายประเทศ ทำให้รัฐบาลไม่สามารถใช้บังคับกฎหมายควบคุมยาสูบในทันที ในบางกรณีอาจใช้เวลานานในการต่อสู้คดีความในชั้นศาล

กล่าวโดยสรุปคือ อุตสาหกรรมยาสูบมีประวัติศาสตร์ในการใช้กลุ่มแนวทางในลักษณะขององค์กรบังหน้า อย่างเช่น ITGA มาโดยตลอดเพื่อลดทอนความสำคัญในการต่อต้านรวมทั้งกีดกันเส้นทางการออกกฎหมายที่เข้มงวดในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา นับได้ว่า ITGA เป็นตัวแทนแห่งประโยชน์ของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ มิได้เป็นตัวแทนของกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกใบยาสูบแต่อย่างใด ปัจจุบันนี้ ITGA กำลังเพิ่มความพยายามในภารกิจการเจรจาหว่านล้อมเพื่อปิดกั้นเส้นทางและการปฏิบัติแนวนโยบายที่เข้มงวดในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในประเทศเช่นเดียวกับการพัฒนาแนวทางของ FCTC

2.3.5 การฟ้องร้องและร้องเรียนเพื่อชดเชยนโยบายของรัฐ

วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 บริษัท ยาสูบข้ามชาติ ฟิลิป มอริส อินเตอร์เนชั่นแนล ยื่นเรื่องร้องเรียนต่อ International Centre for Settlement of Investment Disputes (ICSID) ว่า ประเทศอุรุกวัย ออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งเป็นกฎหมายใหม่ที่ออกมาเมื่อมิถุนายน 2552 และมีผลใช้บังคับเมื่อมีนาคม 2553 ให้ภาพค่าเตือนเรื่องสุขภาพมีขนาดร้อยละ 80 ของทั้งสองด้าน ซึ่งผลของกฎหมายนี้มีผลต่อการลดทอนคุณค่าในการใช้เครื่องหมายการค้าบนซองบุหรี่ ตลอดจนการลงทุนในประเทศโดยต้องการให้ประเทศอุรุกวัยชดเชยค่าเสียหายจำนวน 25 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ภายใต้สนธิสัญญาการลงทุนทวิภาคีระหว่างสวิตเซอร์แลนด์และอุรุกวัย (Switzerland - Uruguay bilateral investment treaty (BIT)) ซึ่งฟิลิป มอริส มีสำนักงานใหญ่ในเมืองโลซานน์ (เนาวรัตน์ เจริญค้าและคณะ, 2558)

นักกฎหมายของบริษัท PM แย้งกับเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลอุรุกวัยว่าคดีนี้สามารถจะทำให้รัฐบาลล้มละลายได้ บริษัทฯ มีทรัพย์สินมากกว่า GDP ของประเทศอุรุกวัยเสียอีก ปัจจุบัน PM มี Market capitalization ประมาณ 135 พันล้านเหรียญสหรัฐ รายงานล่าสุดแจ้งว่าบริษัทมีรายได้ 67.4 พันล้านเหรียญฯ แต่ประเทศอุรุกวัย GDP มีเพียง 50 พันล้านเหรียญ โดยรัฐบาลมีน้อยกว่าหนึ่งในสาม ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทั้งในออสเตรเลียและนานาประเทศเกี่ยวกับประเด็นร้ายแรงทางกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบรรพบุรุษของแบบเรียบ (เนาวรัตน์ เจริญค้าและคณะ, 2558)

ความขัดแย้งกันระหว่างพฤติกรรมของการมีจริยธรรมและการขายผลิตภัณฑ์แห่งความตายเป็นสิ่งที่ทำให้กลุ่มที่รณรงค์เพื่อการควบคุมยาสูบไม่เชื่อในการทำความดีของอุตสาหกรรมยาสูบ กิจกรรมเพื่อสังคมนับเป็นเครื่องมือทางการตลาดที่มีพลังอย่างมาก โครงการต้นแบบ 'การสอดคล้องกับกระแสสังคม'(Societal Alignment) ของบริษัท ฟิลิป มอริส เป็นการปรับเปลี่ยนกระแสสังคม **มากกว่า** การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมองค์กร ทั้งนี้ เพื่อให้อุตสาหกรรมยาสูบดำเนินธุรกิจได้อย่างปกติ อุตสาหกรรมยาสูบใช้กลยุทธ์การบริจาคเงินเพื่อปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์องค์กร เพื่อการโน้มน้าวผู้กำหนดนโยบายและการมีอิทธิพลเหนือนโยบายสาธารณสุข

การใช้มาตรา 5.3 ของกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบในการควบคุมการดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบมีดังต่อไปนี้

- ห้ามการมีผลประโยชน์ทับซ้อนสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งและดำเนินการตามนโยบายการควบคุมยาสูบ เช่น ห้ามการมีส่วนร่วมของผู้แทนจากอุตสาหกรรมยาสูบในคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ ห้ามการ 'ถ่ายโอน' 'แลกเปลี่ยน' (revolving door) ระหว่างบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐและอุตสาหกรรมยาสูบ

- ป้องกันมิให้รัฐบาลเป็นพันธมิตร หรือร่วมมือกับอุตสาหกรรมยาสูบ ห้ามอุตสาหกรรมยาสูบบริจาคเงิน หรือมอบสิ่งของ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือ องค์กร หน่วยงาน และสถาบันของรัฐ (ยกเว้นการจัดเก็บตามกฎหมายโดยรัฐบาล)

- ภาครัฐควรหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์กับอุตสาหกรรมยาสูบและตั้งกฎที่เข้มงวดถ้าหากจำเป็นที่จะต้องพบกับผู้แทนจากอุตสาหกรรมยาสูบ ไม่ควรใช้คำว่า 'การมีส่วนร่วม' 'ผู้มีส่วนได้เสีย' 'ธรรมาภิบาล' กับอุตสาหกรรมยาสูบ เพราะอาจทำให้เกิดความสับสน และบิดเบือนเป้าประสงค์ของมาตรา 5.3

- ต้องทำให้เกิดความโปร่งใสถ้าหากจะต้องพบกันระหว่างผู้แทนจากภาครัฐและอุตสาหกรรมยาสูบ เช่น จะต้องมีการออกข้อกำหนดการทำประชาพิจารณ์ การแจ้งและประชาสัมพันธ์ให้ทราบล่วงหน้าของการจัดประชุม การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และสาธารณชนสามารถรับทราบถึงข้อมูลและรายละเอียดจากบันทึกการประชุม

- หลีกเลี่ยงการมี 'อภิสิทธิ์' (special treatment) สำหรับรัฐวิสาหกิจยาสูบ เพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน รัฐบาลควรแยกการดำเนินงานให้ชัดเจนระหว่างการกำหนดและบังคับใช้นโยบายการควบคุมยาสูบ และการบริหารรัฐวิสาหกิจยาสูบ

- ต้องทำให้เกิดความโปร่งใสของกิจกรรมต่างๆ และการดำเนินธุรกิจของอุตสาหกรรมยาสูบ รัฐบาลควรจะต้องดำเนินการให้อุตสาหกรรมยาสูบเปิดเผยข้อมูลกิจกรรมต่างๆ และงบประมาณของกิจกรรมนั้นๆ เช่น งบประมาณการให้ทุนวิจัย และสาธารณชนสามารถรับทราบข้อมูลเหล่านี้ได้

- ปฏิเสธกิจกรรม 'การเป็นองค์การเพื่อสังคม' โดยอุตสาหกรรมยาสูบ แนวทางของมาตรา 5.3 ควรจะต้องมีมาตรฐานเดียวกับคำจำกัดความของ 'การโฆษณาและส่งเสริมการขาย' และ 'การอุปถัมภ์รายการโดยอุตสาหกรรมยาสูบ' ในกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ เงื่อนไขในมาตรา 13 ทั้งมาตรา 5.3 และ มาตรา 13 ควรจะสนับสนุนและส่งเสริมซึ่งกันและกัน

นอกจากใช้กับอุตสาหกรรมยาสูบแล้ว มาตรา 5.3 จะต้องใช้ดำเนินการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ เช่น สมาคมผู้ปลูกยาสูบ ผู้ค้าปลีกยาสูบ สมาพันธ์ผู้ค้ายาสูบ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง (เช่น นักล็อบบี้) สมาคมและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือมีผลประโยชน์กับอุตสาหกรรมยาสูบ

รัฐบาลและภาคประชาสังคมควรจะตื่นตัวและเฝ้าระวังเกี่ยวกับทนายความของอุตสาหกรรมยาสูบ บริษัทประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบ และกลุ่มบงกชหน้าที่เป็นตัวแทน (front groups) ของอุตสาหกรรมยาสูบ ในการใช้ยุทธวิธีต่างๆ ในการขัดขวางการควบคุมยาสูบ

องค์กรมูลนิธิ หรือองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบ มีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินการบังคับใช้มาตรา 5.3 รวมทั้งกฎหมาย กฎ ระเบียบ และนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรานี้

เอกสารขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้บริโภค พนักงาน และผู้จัดการต่างก็คาดหวังว่าบริษัทต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรข้ามชาติขนาดใหญ่ จะมีบทบาทที่มากกว่าบทบาททั่วไปในการผลิตและจัดจำหน่ายเพื่อแสวงหาผลกำไรจากการดำเนินกิจการธุรกิจ ในมุมมองของสาธารณะ ถ้าฟังแต่เพียงการสร้างงานและการเสียภาษีไม่เป็นการเพียงพอสำหรับองค์กรเอกชนในการที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคม

การแพร่กระจายของกระแสการลงทุนอย่างรับผิดชอบต่อสังคม (Socially Responsible Investment: SRI) เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นแนวโน้มว่านักลงทุนต่างก็มีความห่วงใยและมีจุดยืนเพื่อสังคมและจริยธรรม และปรารถนาให้องค์กรธุรกิจต่างๆ ที่ตนเข้าไปลงทุนและสนับสนุนได้รับทราบถึงมาตรฐานทางจริยธรรมและสังคม นักลงทุนที่รับผิดชอบต่อสังคมครอบคลุมทั้งบุคคล องค์กรธุรกิจ มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล มูลนิธิ องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร และองค์กรทางศาสนา

กองทุนอาจจะยกเว้นผลิตภัณฑ์ หรือการปฏิบัติบางอย่าง เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาวุธสงคราม มลพิษมลภาวะ การทดลองวิจัยในสัตว์ หรือการพนัน นอกจากนี้ นักลงทุนอาจจะมองหาจุดเด่นขององค์กร เช่น การมีนโยบายที่ดีเพื่ออนุรักษ์ธรรมชาติ การจ้างงานโดยที่ไม่มีการกีดกันหรืออคติต่อเชื้อชาติ เพศ และอายุ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างองค์กรกับสหภาพแรงงานและชุมชน เป็นต้น แต่สิ่งที่เป็นมาตรฐาน

ส่วนใหญ่ของนโยบายการลงทุนอย่างรับผิดชอบต่อสังคมและจริยธรรมคือการไม่ลงทุนในอุตสาหกรรมยาสูบ

3. การป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบจากรัฐกิจยาสูบ

3.1 มาตรา 5.3 อนุสัญญาควบคุมยาสูบ

มาตรา 5.3 ของ FCTC เป็นมาตรการสำคัญที่รัฐภาคี FCTC จะต้องใช้เป็นมาตรการคุ้มครองนโยบายในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของประเทศตนเอง เพื่อต่อสู้กับผลประโยชน์ของกลุ่มอุตสาหกรรมยาสูบ ประเทศภาคี FCTC จึงไม่ควรเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องด้วยกับกิจกรรมของ ITGA

ในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา บริษัทบุหรี่ข้ามชาติ โดยเฉพาะบริษัท PM สามารถแทรกแซงการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของไทยอย่างได้ผล ทำให้ภาครัฐต้องชะลอการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบออกไปอย่างกรณีการฟ้องศาลปกครองเพื่อยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการแสดงรูปภาพข้อความคำเตือนร้อยละ 85 ซึ่งถือเป็นครั้งแรกที่บริษัทบุหรี่ฟ้องกระทรวงสาธารณสุข คดีนี้ยังอยู่ในการพิจารณาของศาลปกครองชั้นต้น ซึ่งยังไม่แน่ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะชนะหรือแพ้คดี หรือกรณีการคัดค้านร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.ของกลุ่มธุรกิจยาสูบรวมถึงความพยายามที่จะเข้ามาตัดทอนกำลังของกลุ่มองค์กรด้านสุขภาพหรือการจัดทำความตกลงเสรีการค้าระดับภูมิภาคหรือแบบพหุภาคี เช่น การเจรจาทำความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก (Trans-Pacific Partnership Agreement: TPPA) ของสหรัฐอเมริกา ที่ทำให้ไทยเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องเป็นคดีพิพาททางการค้าระหว่างประเทศ

“ในการกำหนดและบังคับใช้นโยบายว่าด้วยการควบคุมยาสูบให้ภาคีอนุสัญญาป้องกันนโยบายดังกล่าวจากการแทรกแซงของผู้ประกอบการ และผู้มีส่วนได้เสียในอุตสาหกรรมยาสูบ”

“อุตสาหกรรมยาสูบเป็นผู้ผลิตและส่งเสริม (การขาย) ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์แล้วว่า มีอำนาจเสพติด เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดปัญหาสังคมและความยากจน ดังนั้น ภาคีอนุสัญญาควรป้องกันการกำหนด และการ

บังคับใช้นโยบายสาธารณะสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบ จากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้”

1. สร้างความตื่นตัวเกี่ยวกับการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบ โดยบริษัทบุหรี่และฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
2. จำกัดการติดต่อกับอุตสาหกรรมยาสูบ ให้เหลือเท่าที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการควบคุมยาสูบเท่านั้น
3. (เจ้าหน้าที่รัฐ) ไม่ร่วมมือกับอุตสาหกรรมยาสูบในกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่ได้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด
4. หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด “ผลประโยชน์ทับซ้อน” สำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐ
5. กำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบต้องเปิดเผยข้อมูลต่อรัฐบาล ตามที่รัฐบาลกำหนด
6. ปฏิเสธกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบเรียกว่า “ความรับผิดชอบต่อสังคม”
7. ห้ามให้สิทธิพิเศษใดๆ แก่อุตสาหกรรมยาสูบ
8. ปฏิบัติต่ออุตสาหกรรมยาสูบของรัฐ ในลักษณะเท่าเทียมกับอุตสาหกรรมยาสูบอื่นๆ

3.2 แนวทางการป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบจากธุรกิจยาสูบ

“อุตสาหกรรมยาสูบได้ดำเนินการเป็นเวลายาวนาน โดยเจตนาอย่างชัดเจนที่จะล้มล้างความพยายามของรัฐบาลและองค์การอนามัยโลก ที่จะบังคับใช้นโยบายสาธารณะสุขที่มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของยาสูบ”

“ภาคีอนุสัญญา จำต้องตื่นตัวเกี่ยวกับความพยายามใดๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบที่จะทำลายหรือล้มล้างความพยายามในการควบคุมยาสูบของรัฐ และจำต้องรู้ถึงวิธีการต่างๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบที่มีวัตถุประสงค์เพื่อล้มล้างความพยายามในการควบคุมยาสูบ”

รายงานจาก 126 ประเทศรัฐภาคี เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ได้เสนอถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตาม กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบดังนี้

1. การแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบโดยบริษัทบุหรี่
2. การขาดความตั้งใจทางการเมือง
3. การขาดทุนสนับสนุนการควบคุมยาสูบที่เพียงพอ
4. การขาดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ที่เพียงพอ

ภายใต้มาตรา 5.3 แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control) โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสำหรับการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปตามพันธกรณีที่ประเทศไทยมีเพื่อป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะว่าด้วยการควบคุมยาสูบจากผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทั้งเพื่อกำหนดมาตรการในการติดต่อประสานงานกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปด้วยความโปร่งใส “ข้อ 5 การติดต่อหรือการขอเข้าพบระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ประกอบการหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้กระทำได้เท่าที่จำเป็นเฉพาะการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือมาตรการอื่นใดตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบเท่านั้น เพื่อให้สามารถควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ” (ระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ. 2555)

สมาชิกสภาองเกรส นายลอร์ด ดอคเกตต์ ได้ผลักดันร่างกฎหมายที่ห้าม USTR (สำนักผู้แทนการค้าสหรัฐอเมริกา) ใช้งบประมาณของประเทศในการสนับสนุนบริษัทบุหรี่ ส่งเสริมการขาย หรือส่งออกสินค้ายาสูบ หรือความพยายามที่จะขัดขวาง หรือให้มีการแก้กฎหมายมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศอื่น ที่ไม่มีการเลือกปฏิบัติ ความหมายคือถ้าประเทศต่างๆ กำหนดนโยบายหรือออกกฎหมายควบคุมยาสูบที่ไม่มีการเลือกปฏิบัติสำนักผู้แทนการค้าสหรัฐอเมริกามาแทรกแซงไม่ได้

คำสั่งทางปกครอง Executive Order 13193 โดยประธานาธิบดีบิล คลินตัน
ค.ศ.2001

“ห้ามหน่วยงานสหรัฐอเมริกา ส่งเสริมการขาย หรือส่งออกยาสูบ หรือดำเนินการ
ที่จะลดความเข้มข้น หรือยกเลิกการห้ามโฆษณาขายของรัฐบาลต่างประเทศ”
หมายความว่า สถานทูตสหรัฐอเมริกาในประเทศต่างๆ ไม่สามารถช่วยบริษัทหรือในการ
ขายหรือส่งออกยาสูบ หรือขัดขวางกฎหมายห้ามโฆษณาขายของประเทศอื่น

ตัวอย่างประเทศที่กำหนดแนวทางการพบปะกับธุรกิจยาสูบ

ประเทศออสเตรเลีย การพบปะระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และธุรกิจยาสูบจะ
ถูกเปิดเผยในเว็บไซต์ของรัฐบาล

ประเทศแคนาดา จำกัดการพบปะ เพียงที่กำหนดโดยกฎหมายแห่งชาติ

ประเทศฟินแลนด์ การพบปะกับธุรกิจยาสูบจำกัดเฉพาะการรับฟังความคิดเห็น

ประเทศฟิลิปปินส์ จำกัดการพบปะระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและข้าราชการ
ทุกกระทรวงกับธุรกิจยาสูบ

สิงคโปร์ มีแนวทางการพบปะกับธุรกิจยาสูบ มีการกำหนดวาระการพบปะที่
ชัดเจน

ประเทศไทย กำหนดระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการ
และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ

บริษัทที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกลุ่มหรือสมาคมผู้ค้าปลีก ร้านค้าปลีก ให้
ผลประโยชน์เป็นตัวเงินแก่ผู้ค้าปลีกจำนวนมาก กลุ่มหรือสมาคมผู้ค้าปลีกจึงเป็นกำลัง
สำคัญทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับนานาชาติ การสร้างความสัมพันธ์ทาง
การตลาดกับผู้ค้าปลีก ดังที่บริษัท ฟิลิป มอริส จัดทำ "โครงการผู้นำนักค้าปลีก" โดยจัด
กิจกรรมส่งเสริมการขายหลายรูปแบบ อาทิ ให้เงินรางวัลสำหรับผู้ค้าปลีกหากจัดแสดงและ
การโฆษณารูปแบบต่างๆ ตามที่กำหนดให้การวางบุหรี่ยังเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ถ้าทำได้
ตามนั้นร้านค้าปลีกก็จะได้รับเงินรางวัลพิเศษ

บุหรี่ปางตราสินค้าจะได้รับการปฏิบัติพิเศษ เช่น จำนวนที่ปรากฏบนชั้นจำหน่าย
ความสูงของชั้น ตำแหน่งของตู้แสดง ความสามารถทำให้ลูกค้าหยิบบุหรี่ย่อยได้ การ

โฆษณาในร้าน และราคา ถ้าผู้ค้าปลีกขายได้นองความต้องการได้มาก ก็จะได้รับเงินตอบแทนสูงขึ้น

นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าบริษัท ฟิลิป มอริส จ่ายผู้ค้าปลีกคาร์บอนละ 30 เซนต์ ถ้าขายจากตำแหน่งที่ลูกค้าหยิบเองได้ และจ่ายเพียง 15 เซนต์ ถ้าขายจากตำแหน่งที่ลูกค้าหยิบเองไม่ได้ ทั้งยังเปิดโอกาสให้เด็กขโมยบุหรี่ด้วยการให้ร้านค้าปลีก การจัดวางบุหรี่ในตำแหน่งที่ลูกค้าหยิบซื้อเองได้ แล้วบริษัทบุหรี่จะขดใช้ให้กรณีถูกขโมย บุหรี่เล็งเห็นว่าการขโมย คือการล่อให้เด็กติดบุหรี่และผู้ขายก็ไม่ถูกดำเนินคดีที่ขายบุหรี่ให้เด็ก

บทสรุป ประเทศไทยในฐานะภาคีของ FCTC ยังมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามพันธกรณีที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะมาตรา 5.3 ในประเด็นการป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ แม้ว่ารายงานการประเมินการปฏิบัติตามมาตรา 5.3 ของไทยจะระบุว่าไทยสามารถป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบได้ แต่ในความเป็นจริง ประเทศไทยจะยังไม่สามารถดำเนินการในเรื่องนี้ได้ กล่าวคือในช่วงเวลา 5 ถึง 6 ปีมานี้ อุตสาหกรรมยาสูบโดยเฉพาะบริษัทบุหรี่ข้ามชาติอย่างบริษัท PM ได้เข้ามาแทรกแซงการกำหนดนโยบายและกฎหมายควบคุมยาสูบของไทยในหลายเรื่อง เช่น การฟ้องร้องกระทรวงสาธารณสุขต่อ ศาลปกครอง เพื่อขอให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ หรือการอยู่เบื้องหลังการคัดค้านร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.ของกลุ่มธุรกิจยาสูบและกลุ่มชาวไร่ยาสูบรวมถึงการใช้สายสัมพันธ์ทางธุรกิจกับกลุ่ม USCC หอการค้านานาชาติ และกลุ่มธุรกิจค้าปลีกยักษ์ใหญ่ในไทยการติดตามตรวจสอบภารกิจต่างๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบ เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก ต้องอาศัยความอดทนในการทำงานอย่างต่อเนื่อง และการใส่ใจในทุกรายละเอียด การสร้างงานวิจัยที่น่าเชื่อถือและต่อเนื่องเพื่อให้ข้อมูลแก่ฝ่ายผู้กำหนดนโยบาย เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะตอบโต้ความพยายามแทรกแซงและล้มล้างการควบคุมยาสูบ ของธุรกิจบุหรี่

อุตสาหกรรมยาสูบได้พยายามอย่างก้าวร้าวที่จะแทรกแซงนโยบายในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะให้ผลกำไรสูงสุดต่อธุรกิจบุหรี่ และโดยมาก โครงสร้างทางการเมืองและกฎหมายไม่ค่อยเข้มแข็ง (World Health Organization Committee of Experts on Tobacco Industry Documents, 2000)

กรณีศึกษาจากหลายๆ เหตุการณ์ในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าบริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้ใช้กลยุทธ์หลากหลายในการยับยั้งและป้องกันไม่ให้เกิดความเข้มงวดต่อธุรกิจ

ยาสูบ ได้ใช้ความแยบยลอย่างต่อเนื่องพยายามหลีกเลี่ยงกฎหมายหรือสนองตอบนโยบายต่างๆ การที่บริษัท PM (ซึ่งมักจะร่วมมือกับบริษัทบุหรี่ข้ามชาติอื่นๆ) มักจะดำเนินกลยุทธ์เดิมๆ ในหลายๆ ประเทศทั่วโลก ดังนั้นประเทศในกลุ่ม LMICs พึงตระหนักและเฝ้าระวังว่า อาจเกิดเหตุการณ์ทำนองเดียวกันกับที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในประเทศเหล่านั้นด้วย ประสบการณ์ของประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าการควบคุมยาสูบจะทำการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง ระวังระมัดระวัง ด้วยความพยายามอย่างไม่ย่อท้อ เพื่อให้เกิดระบบและโครงสร้างในการป้องกัน และตอบโต้การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ (Charoenca N, et al., 2012)

เนื่องด้วยกระแสการค้าเสรีที่มีธุรกิจข้ามชาติในกิจการต่างๆ รวมถึงอุตสาหกรรมยาสูบอยู่เบื้องหลังทำให้ประเทศไทยถูกบีบให้ต้องเปิดเสรีทางการค้ากับหลายประเทศ จึงอาจเกิดการแทรกแซงนโยบายด้านต่างๆ จากธุรกิจข้ามชาติ อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา รัฐบาล หน่วยงานของรัฐ นักวิชาการ และภาคประชาชน จะต้องตื่นตัว และร่วมมือกันในการเฝ้าระวัง รู้เท่าทัน และหาแนวทางป้องกัน เพื่อลดผลกระทบจากการแทรกแซงของธุรกิจต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ และการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ



บทที่ 13

การค้าเสรีและการพิพาทคดียาสูบ

โดย นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. อิทธิพลของความตกลงการค้าเสรีต่อการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
2. การเจรจาความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก
3. หนีบท่อผลิตภัณฑ์บุหรี่ปราศีสีสันแบบเรียบง่าย: มาตรการทางนโยบาย
4. กรณีศึกษา นโยบายและข้อพิพาทของบุหรี่ปแบบเรียบง่ายและปราศีสีสันของประเทศออสเตรเลีย

1. อิทธิพลของความตกลงการค้าเสรีต่อการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ในปีค.ศ. 2006 สมัชชาองค์การอนามัยโลก (WHA) ลงมติเน้นความจำเป็นในการประสานความร่วมมือให้มากขึ้นในการพัฒนานโยบายต่างๆ ด้านการค้าและสุขภาพ และสร้างความตระหนักของการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องของการค้านานาชาติและความตกลงทางการค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก (Fifty-Ninth World Health Assembly, 2006)

1.1 การค้ากับสุขภาพ

ต้นปี ค.ศ. 2009 วารสาร The Lancet ซึ่งเป็นวารสารชั้นนำด้านสาธารณสุข ตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการค้าและสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีผู้วิพากษ์จำนวนหนึ่งเรียกร้องให้มีความสัมพันธ์กันมากขึ้นระหว่างชุมชนนโยบายด้านสาธารณสุขและการค้า และเรียกร้องให้ชุมชนสาธารณสุขมีส่วนร่วมแสดงบทบาทให้มากขึ้นในการจัดทำนโยบายการค้า (Fidler, et al. 2009; Smith, et al. 2009; MacDonald, et al. 2009)

เอกสารที่ตีพิมพ์ออกมาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สะท้อนประเด็นของการค้าและสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจนับตั้งแต่การเจรจาการค้ารอบอุรุกวัยยุติลง เช่น ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับลิขสิทธิ์ทางปัญญาและการเข้าถึงยารักษาโรค รวมทั้งการค้าและการบริการด้านสุขภาพ (Smith, et al. 2009)

ประเด็นต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นหลังโครงสร้างการค้าปี ค.ศ. 1994 และหลังจากข้อสรุป หรือข้อยุติของความตกลงใหม่ๆ เช่น ความตกลงทางทรัพย์สินทางปัญญา (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights: TRIPS) และความตกลงทั่วไปในการค้าภาคบริการ (General Agreement on Trade in Services : GATS) เมื่อ General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) ปี ค.ศ. 1947 ได้ข้อสรุปในการตกลง จุดมุ่งหมายสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่กล่าวถึงคือ โรคติดต่อ ซึ่งเป็นกรณี หรือบริบทเดียวกันในปี ค.ศ. 1994 เมื่อ GATT ถูกผนวกรวมเข้ากับความตกลงขององค์การค้าโลก อย่างไรก็ดี เมื่อไม่นานมานี้มีกรอบแนวคิดใหม่ทางด้านสาธารณสุขซึ่งครอบคลุมโรคไม่ติดต่อที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และโภชนาการที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

มีอย่างน้อยสองจุดที่เป็นข้อขัดแย้งระหว่างสาธารณสุขแนวใหม่และการค้า ประเด็นแรกคือ ข้อขัดแย้งทางทฤษฎีการค้าเสรี (trade liberalization) และมาตรการต่างๆ ในการลดการบริโภคสินค้าบางประเภทในระดับประชากร ผลประโยชน์จากนโยบายการค้าเสรี เช่น การแข่งขันทางการค้าซึ่งทำให้ราคาสินค้าต่ำลง กลับกลายเป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการกระตุ้นให้เกิดการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บและการเสียชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ภาษีและการที่รัฐสนับสนุนมีผลต่อราคาของสินค้า ซึ่งหมายถึงการใช้มาตรการเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการ

ตัดสินใจของผู้บริโภค

ประเด็นที่สอง ช่องว่างของความรู้ระหว่างประชาคมทางด้านนโยบายการค้าและประชาคมทางด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องมีการพิจารณารายละเอียดในประเด็นต่างๆ ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนี้มีผลกระทบต่อทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐศาสตร์ และสังคม

ในปี ค.ศ. 2007 รัฐมนตรีกระทรวงการต่างประเทศของประเทศบราซิล ฝรั่งเศส อินโดนีเซีย นอร์เวย์ เซเนกัล แอฟริกาใต้ และประเทศไทย ออกแถลงการณ์ประกาศออสโล (Oslo Ministerial Declaration) ซึ่งประกาศจุดยืนความเกี่ยวพันระหว่างนโยบายการค้าและสุขภาพในการจัดทำความตกลงต่างๆ ทางการค้าในระดับทวิภาคี ระดับภูมิภาค และระดับพหุภาคี (Oslo Ministerial Declaration, 2007)

มีการศึกษาวิจัยหลายชิ้นซึ่งบ่งชี้ว่า การค้าเสรีอาจกระตุ้นความต้องการผลิตภัณฑ์ยาสูบ Frank Chaloupka และ Adit Laixuthai (Chaloupka, et al. 1996) ได้ตรวจสอบการเปิดตลาดยาสูบในประเทศญี่ปุ่น ได้หวัน เกาหลีใต้ และ ประเทศไทย ทั้งสองสรุปว่า การบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นเกือบ 10% โดยเฉลี่ย ในปี ค.ศ. 1991 ใน 4 ประเทศที่เปิดตลาดให้กับบุหรี่ของสหรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับตอนที่ยังไม่เปิดตลาด

ในลักษณะที่คล้ายกัน Chee-Ruey Hsieh และทีมตรวจสอบผลกระทบจากการเปิดตลาดให้แก่ผลิตภัณฑ์ยาสูบของสหรัฐ และสรุปว่า “การเปิดตลาดให้กับบุหรี่นำเข้านำไปสู่การบริโภคที่เพิ่มขึ้น 20% ต่อประชากรในปี ค.ศ. 1987” (Hsieh, et al. 1999)

งานศึกษาวิจัยหลายชิ้นตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการค้าเสรีทั่วไป (ใช้ส่วนแบ่งของการค้าในผลผลิตมวลรวมของประเทศเป็นตัววัด) และการบริโภคยาสูบ (Depken, 1999; Taylor, et al. 2000; Bettcher, et al. 2001) ในจุดนี้ Craig Depken สรุปว่า “... การเปิดตลาดของประเทศใดประเทศหนึ่งแก่การค้าระดับนานาชาติ...มีผลทำให้ราคาขายสูบท่ำลง...”

ในลักษณะที่คล้ายกัน Allyn Taylor และผู้วิจัยอื่นๆ สรุปว่าการค้าเสรีนำไปสู่การสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งไม่ได้เปิดประเทศในอดีต Douglas Bettcher และคณะให้ข้อสรุปใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ Bettcher และคณะพบว่า “เมื่อระดับของการลงทุนจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น”

ข้อสรุปตรงกับข้อสังเกตของ Anne Gilmore และ Martin McKee ซึ่งเปรียบเทียบ

ระดับของการลงทุนกับระดับของการผลิตและการบริโภคยาสูบในประเทศที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของสหภาพโซเวียตระหว่างปี ค.ศ. 1991-2000 (Gillmore, et al., 2005) ซึ่งพบว่า การบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นเกือบเป็นทวีคูณ ตรงกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในการผลิตยาสูบ และการบริโภคที่เพิ่มขึ้นนี้จะเป็นกลุ่มประเทศที่ได้รับการลงทุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ

การบริโภคที่เพิ่มขึ้นเกือบ 56% เป็นสถิติสำหรับประเทศที่ได้รับการลงทุนเป็นจำนวนมากจากอุตสาหกรรมยาสูบ ในขณะที่การบริโภคยาสูบลดลง 1% ถูกบันทึกในกลุ่มประเทศที่ไม่ได้รับการลงทุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ นักวิจัยเหล่านี้นำเสนอทฤษฎีต่างๆ ว่า เหตุใดการบริโภคยาสูบจึงเพิ่มขึ้น Chaloupka และ Laixuthai มีสองแนวทางที่อธิบายแนวทางแรกคือ การแข่งขันทางการค้าที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การลดราคาลง ซึ่งทำให้เกิดความต้องการเพิ่มขึ้น อีกแนวทางหนึ่งของการอธิบายคือ การโฆษณาและการส่งเสริมการขายที่เพิ่มขึ้นของยาสูบจากสหรัฐ กระตุ้นให้เกิดอุปสงค์เพิ่มขึ้น (Hagihara, et al., 1995)

นอกเหนือจากปัจจัยเหล่านี้ Bettcher และคณะเสนอแนะคำอธิบายที่เป็นไปได้ว่าการเพิ่มจำนวนตราสินค้า (brand proliferation) และการมุ่งเน้นไปยังกลุ่มเป้าหมายที่สินค้ายังไม่ถึง ทั้ง Bettcher และคณะ และ Taylor และคณะ ต่างกล่าวถึงความแตกต่างของคุณภาพสินค้าที่ผลิตในประเทศและยาสูบที่นำเข้าว่าอาจเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการค้า Gillmore และ McKee มีข้อสรุปคล้ายกันคือ ผู้หญิงและเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายของการเสนอตราสินค้าใหม่ๆ ในกลุ่มประเทศที่เคยเป็นสหภาพโซเวียต และระดับการบริโภคก่อนปี ค.ศ. 1990 อาจจะทำเกินความเป็นจริง เนื่องจากขาดอุปทาน

1.2 อิทธิพลของการค้าเสรี

ผลกระทบต่อสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากการค้าเสรีอาจจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศและต่างกันจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งไปยังอีกปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง แต่ผลเสียทางสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ยาสูบย่อมหมายถึงว่าการค้าเสรีไม่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ใดๆ ต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการค้าเสรีขึ้นอยู่กับกลยุทธ์ต่างๆ ของรัฐในการวางกฎระเบียบ เพื่อควบคุม ทั้งนี้เพื่อป้องกันความเสียหายจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภค ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการค้าเสรี คณะกรรมการความตกลงการค้าทั่วไปและภาษี (GATT) รายงานกรณีเกี่ยวกับประเทศไทย กรณีผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นสิ่งที่สะท้อนแนวคิดนี้ (GATT Panel Report Thailand, 1990) ประเทศไทยให้เหตุผลว่าระบบการรับอนุญาต (licensing system) ซึ่งมีอิทธิพลในการปิดตลาดยาสูบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น

เพื่อปกป้องสุขภาพประชาชนจากอันตรายต่างๆ เช่น ผลกระทบจากการเปิดตลาดซึ่งมีผลต่อการบริโภค ระบบอนุญาตนี้ไม่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันหรือปกป้องสุขภาพมนุษย์ หรือชีวิตภายใต้มาตรา xx(b) ของความตกลงการค้าทั่วไปและภาษี (GATT) แต่คณะกรรมการ GATT มองว่าประเทศไทยสามารถใช้มาตรการทางภาษีต่างๆ และการห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยไม่เลือกปฏิบัติ และมาตรการเหล่านี้เป็นทางเลือกที่มีเหตุผลมากกว่าระบบการให้อนุญาต (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2559)

อย่างไรก็ตาม กรณีของประเทศไทย อุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งเป็นการตัดลินภายใต้ระบบเก่าของความตกลงทั่วไปทางการค้าและภาษี (GATT) ไม่ได้ข้อยุติอย่างชัดเจนว่าความตกลงการค้าเสรีต่างๆ ขององค์การค้าโลกจะทำให้อำนาจอธิปไตยของประเทศต่างๆ ในการออกกฎ ระเบียบ ภายในประเทศของตนยังคงดำรงอยู่ โดยข้อเท็จจริงผู้ชี้แนะทางด้านสาธารณสุขบางคนได้แย้งว่าความตกลงการค้าเสรี (GATS - ความตกลงทั่วไปเกี่ยวกับการค้าและบริการ) จำกัดความสามารถของประเทศสมาชิกในองค์การค้าโลก ที่จะห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์เพราะการกระทำเช่นนั้นอาจจะขัดแย้ง (contravene) กับพันธะสัญญาการเข้าถึงตลาดสำหรับการโฆษณาของผู้ให้บริการ (Grieshaber-Otto, et al. 2000; Gould, 2005) นี่เป็นการสะท้อนถึงความกังวลต่างๆ เกี่ยวกับอธิปไตยในการออกกฎ ระเบียบ (regulatory autonomy) ซึ่งเป็นส่วนที่สองของความขัดแย้งระหว่างการค้าและการสาธารณสุขยุคใหม่ (trade regime and the new public health) ตัวอย่างเช่น ผู้ชี้แนะด้านการควบคุมยาสูบได้แย้งว่า ความตกลงทางการค้าต่างๆ ที่ครอบคลุมการบังคับใช้ / อุปสรรคทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษี (non-tariff barriers) จำกัดอิสระ เสรีภาพในการออกกฎ ระเบียบ ในประเทศถึงขั้นที่การควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม ไม่ได้รับอนุญาตให้กระทำได้ (Bloom, 2001; Callard, et al. 2001; Weissman, 2003)

ในปี ค.ศ. 2007 องค์การอนามัยโลกในฐานะประธานคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะทำงานเฉพาะกิจระหว่างหน่วยงาน (Chair of the United Nations Ad Hoc Interagency Task Force on Tobacco Control) องค์การสหประชาชาติเรียกร้องให้มีการตรวจสอบเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานการค้าระหว่างประเทศ และความพยายามระดับโลกในการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC, 2007) อย่างไรก็ตาม มีคำอธิบายสองทาง สำหรับเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่ยังขาดความเข้าใจและ

ความรู้เกี่ยวกับความตกลงทางการค้า ทางแรกคือการใช้กฎ ระเบียบ ขององค์การค้าโลก เพื่อวัดการป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อกันเป็นมาตรการกว้างๆ และส่วนใหญ่เน้นไปที่บริบทของการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ อาทิ เช่น การศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การค้าโลกและองค์การอนามัยโลก สรุปแต่เพียงว่า "ขึ้นอยู่กับว่ารัฐบาลจะเลือกอย่างไรในการจัดการการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ กฎ ระเบียบขององค์การค้าโลกจำนวนหนึ่งอาจจะมีผลเกี่ยวข้องได้" (WTO, 2002) ทั้งนี้จำเป็นจะต้องมีการวิเคราะห์อย่างละเอียดของความเกี่ยวพันกัน ระหว่างการค้าและสาธารณสุข

ความจำเป็นในการวิเคราะห์ประเด็นการค้าและสาธารณสุขเป็นที่สนใจมากขึ้น โดยจำนวนข้อถกเถียงที่เพิ่มมากขึ้น เช่น กรณีคณะกรรมการพิจารณา ประเทศไทย-ศุลกากร และมาตรการทางการเงินเกี่ยวกับยาสูบที่มาจากประเทศฟิลิปปินส์ (WTO, 2008) ประชาคมยุโรป (ปัจจุบันคือสหภาพยุโรป) ได้ร้องขอคำปรึกษากับอินเดียเกี่ยวกับภาษีและมาตรการอื่นๆ ของสินค้านำเข้าประเภทไวน์และสุรากลั่น (WTO, 2008) และประเทศสหรัฐอเมริกาต้องการจัดตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับภาษีสำหรับสุรากลั่นในประเทศฟิลิปปินส์ (WTO, 2010)

ถึงแม้ความขัดแย้งดังกล่าวดูเหมือนจะเกี่ยวข้องเล็กน้อยมากกับประเด็นกฎหมายการควบคุมภายในประเทศ ซึ่งต้องไม่ถูกแทรกแซงในการปกป้องสุขภาพของประชาชน ข้อโต้แย้งอื่นๆ ดูเหมือนจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับสิ่งที่เป็นกังวล ตัวอย่างเช่น อินโดนีเซียได้ร้องขอปรึกษากับประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับมาตรการในการห้ามบุหรี่ชูรสต่างๆ รวมถึงบุหรี่กานพลู (clove cigarette) ซึ่งผลิตในประเทศอินโดนีเซีย (WTO, 2010) มาตรการดังกล่าวถูกกล่าวถึงถึงความเกี่ยวข้องกับการดึงดูดเด็กและเยาวชนของบุหรี่ชูรส ในทำนองเดียวกัน มาตรการการยกเว้นบุหรี่เมนธอลเป็นข้อโต้แย้งที่อินโดนีเซียประสบความสำเร็จในการต่อสู้กับสหรัฐอเมริกา (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2559)

ประเทศแคนาดาบังคับใช้มาตรการที่คล้ายกันโดยการห้ามขายบุหรี่ชูรส ชิการ์ มวนเล็ก และใบยาสูบมวนโต (blunt wraps) (Cracking Down on Tobacco Marketing Aimed at Youth Act, Bill C32) เหมือนกับมาตรการในประเทศสหรัฐอเมริกา บุหรี่เมนธอลได้รับการยกเว้นจากการห้ามจำหน่าย กระทรวงสาธารณสุขแคนาดา (Health Canada) ให้เหตุผลว่าบุหรี่เมนธอลมีจำหน่ายอยู่ในตลาดมานานแล้ว แต่มาตรการห้ามบุหรี่ชูรสมีเป้าประสงค์ห้ามผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ซึ่งถูกออกแบบเพื่อดึงดูดเด็กและเยาวชนให้มาสูบบุหรี่

(Health Canada, 2009) ถึงแม้บุหรี่เมมรอลจะได้รับการยกเว้น และยังมีข้อโต้แย้งสำหรับมาตรการนี้ในแคนาดา แต่รัฐบาลแคนาดาไปไกลอีกก้าวหนึ่งโดยห้ามรสชาติซึ่งใช้ในการผลิตบุหรี่ที่ใช้ใบยาสูบพันธุ์ต่างๆ (blended-style cigarettes) ซึ่งรวมถึงใบยาสูบพันธุ์เบอร์เลย์ (Burley) ในปัจจุบันตลาดยาสูบในแคนาดาส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้ใบยาสูบพันธุ์เวอร์จิเนีย ซึ่งไม่ต้องเปลี่ยนแปลงรสชาติ สมาชิกองค์การการค้าโลกจำนวนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับมาตรการห้ามบุหรี่ซุส และแสดงเจตนากรณีที่จะถกเถียงประเด็นนี้โดยผ่านทาง คณะกรรมการยุติข้อถกเถียงขององค์การการค้าโลก (WTO dispute settlement)

ความจำเป็นสำหรับแนวทางวิเคราะห์ใหม่ๆ สำหรับประเด็นต่างๆ สามารถแสดงให้เห็นได้โดยการอ้างอิงข้อโต้แย้งต่างๆ ในอดีตที่ผ่านมา เช่น ข้อโต้แย้งที่ว่ามาตรการต่างๆ ทางสาธารณสุขเป็นกฎหมายที่ถูกต้อง ราวกับที่ใช้กันอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งผลิตภัณฑ์ภายในประเทศและผลิตภัณฑ์นำเข้า (Noeth, 2001; Eckhardt, 2002; Burgi, 2011)

ตามมาตรา xx(b) ของความตกลงทั่วไปทางการค้าและภาษี (GATT) ซึ่งมีข้อยกเว้นสำหรับมาตรการที่จำเป็นในการปกป้องสุขภาพของมนุษย์ โดยคาดว่าจะรักษามาตรการที่ดีทางด้านสาธารณสุขไว้ (Woo, 2002) ข้อสรุปนี้ไม่ควรจะยอมรับตามเนื้อหาเนื่องจากมีการโต้แย้งว่าการใช้มาตรการดังกล่าวจะทำให้เกิดความไม่แน่นอนมากยิ่งขึ้น เพราะจะต้องให้คณะกรรมการองค์การการค้าโลกพิจารณาถึงความสำคัญของเป้าประสงค์ในการใช้มาตรการดังกล่าวของประเทศสมาชิก และปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้ทางเลือกอื่นที่สมเหตุสมผล (Howse, 2001)

ข้อกังวลที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้ดำเนินนโยบายเพื่อการควบคุมและออกมาตรการของรัฐในยุคการค้าการลงทุนระหว่างประเทศเสรีเฟื่องฟู คือ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากสินค้านั้น มีนักลงทุนเป็นชาวต่างชาติ เพราะในสนธิสัญญาทางการค้าระหว่างประเทศไม่ว่าจะเป็นความตกลงเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองการลงทุน (Bilateral Investment Treaty หรือ BITs) ซึ่งไทยมีความตกลงและมีผลบังคับใช้แล้วกับ 37 ประเทศ (ข้อมูลของปี พ.ศ. 2557) หรือพันธกรณีทางการค้าระหว่างประเทศอื่นๆ อาทิ กรอบความตกลงการค้าเสรี (Free Trade Agreements หรือ FTAs) ความตกลงการลงทุนอาเซียน (ASEAN Comprehensive Investment หรือ ACIA) เป็นต้น ทุกฉบับนั้นบรรจุข้อบทว่าด้วยเรื่องการรักษาข้อพิพาทระหว่างรัฐและเอกชน หรือ ISDS (Investor-State Dispute Settlement) อยู่แทบทั้งสิ้น ซึ่งข้อบทนี้ให้สิทธิแก่นักลงทุนผู้ถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานต่างๆ โดยรัฐผู้รับการ

ลงทุน อาทิ หลักการปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่ง (Most Favoured Nation หรือ MFN) การปฏิบัติที่เป็นธรรมอย่างเท่าเทียมกัน เป็นต้น เลือกระบบข้อพิพาทระหว่างประเทศระหว่างรัฐและเอกชนผู้ลงทุนโดยใช้กลไกอนุญาโตตุลาการระหว่างประเทศ โดยไม่ผ่านกระบวนการยุติธรรมภายในประเทศผู้รับการลงทุน ซึ่งประเทศไทยเคยได้รับประสบการณ์จากการถูกฟ้องร้องเป็นคดี ภายใต้กลไกนี้เพียงครั้งเดียว คือ คดี Walter Bau หรือที่ทุกคนรู้จักกันในนาม “ค่าโง่ทางด่วน” ดังนั้น ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายระหว่างประเทศและกลไกการระงับข้อพิพาท จึงเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในภายภาคหน้าอย่างมีนัยสำคัญ

2. การเจรจาความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก

2.1 การค้าเสรีที่สลับซับซ้อนขึ้น

ความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก (Trans – Pacific Partnership Agreement : TPPA หรือ TPP) เป็นความตกลงพหุภาคีระหว่างประเทศที่ถือจากข้อกําเนิดของสหรัฐอเมริกาใน ปี ค.ศ. 1998 ต่อประเทศออสเตรเลีย ซิลิ นิวซีแลนด์ และสิงคโปร์ ในการทำความตกลงการค้าเสรีซึ่งได้มีการกระตุ้นสมาชิกความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Economic Cooperation) หรือ APEC ให้มีการยอมผ่อนปรนมาตรการทางกฎหมายสำหรับการค้าภายในประเทศของตน ด้วยความคิดริเริ่มนี้เองนำไปสู่ความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชีย – แปซิฟิกซึ่งมีข้อความเชิญชวนประเทศอื่นเข้าร่วมเพื่อสร้างฐานสำหรับความตกลงที่ยิ่งใหญ่กว่าและครอบคลุมทั่วทั้งภูมิภาคของ APEC โดยคณะผู้แทนการค้าสหรัฐ (United States Trade Representative : USTR) ตั้งความหวังว่าจะพยายามให้ครอบคลุมประชากรโลกถึงร้อยละ 40 (हत्य चिताननत् และคณะ, 2557)

TPP เป็นรูปแบบการค้าเสรีที่มีความซับซ้อนยิ่งขึ้นกว่าการค้าเสรีทั่วไป TPP ถูกได้รับการวิจารณ์ว่าเป็นเสมือนร่างกฎหมายว่าด้วยสิทธิของบริษัทขนาดใหญ่ของสหรัฐที่สามารถเปลี่ยนแปลงสมดุระหว่างภาคธุรกิจและภาครัฐได้ ที่สำคัญการเจรจาความตกลงเป็น “ความลับ” เกือบทั้งหมด จึงทำให้กระบวนการดังกล่าวได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นการยินยอมให้ผู้เจรจาสามารถเขียนกฎระเบียบที่มีผลในประเทศได้โดยปราศจากการตรวจสอบอันเป็นการขัดต่อแนวทางประชาธิปไตย ประกอบกับเป็นที่รู้กันว่าตัวแทนของ

กลุ่มบริษัทในสหรัฐอเมริกาทำงานเป็นที่ปรึกษาให้กับคณะรัฐบาล สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นฉบับร่างของความตกลงได้ และมีบทบาทพิเศษในการเจรจา จึงเป็นที่น่ากังวลอย่างยิ่งถึงข้อความในร่างสุดท้ายที่จะขยายสิทธิในทรัพย์สินของกลุ่มบริษัทเหล่านี้โดยมีนัยสำคัญทางการเมืองมีหลักฐานบางอย่างที่แสดงให้เห็นว่าอุตสาหกรรมยาสูบรายใหญ่ได้ลอบสร้างอิทธิพลเหนือกลุ่ม TPP โดยความช่วยเหลือของเครือข่ายอุตสาหกรรมยาสูบ ดังจะเห็นได้จาก ในปี ค.ศ. 2010 บริษัท ฟิลิป มอริส อินเตอร์เนชั่นแนล เรียกร้องข้อเสนอต่อ US Federal Register โดยมีข้อเสนอ 3 ประเด็น คือ

1) การปรับกฎระเบียบด้านวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2) กลไกเกี่ยวกับข้อพิพาทระหว่างนักลงทุนและรัฐภาคี

3) กรณีความสมบูรณ์เกี่ยวกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา โดยมุ่งเน้นการคุ้มครองในระดับสูงสำหรับเครื่องหมายการค้า

โดยข้อเสนอ 3 ประเด็นนี้ แต่ละประเด็นได้สะท้อนให้เห็นอยู่ในร่างความตกลง TPP ที่ถูกลักลอบเปิดเผยในภายหลัง ซึ่งทั้ง 3 ประเด็นนี้ มีส่วนสำคัญในการที่อุตสาหกรรมยาสูบใช้ในการกีดกันไม่ให้มีการนำบรรจุภัณฑ์ปราศสีสัน (Plain Packaging) มาใช้กับสินค้าของตน

2.2 กลไกเกี่ยวกับข้อพิพาทระหว่างนักลงทุนและรัฐภาคี

การระงับข้อพิพาทระหว่างรัฐและเอกชน (ISDS หรือ Investor-State Dispute Settlement) เป็นกลไกหนึ่งที่น่าสนใจและเป็นที่ถูกกล่าวถึงอย่างมากในยุคการค้าเสรี เมื่อนโยบายของรัฐผู้รับการลงทุนอย่างประเทศไทย คือการเปิดกว้างรับชาติผู้เข้ามาลงทุน มุ่งหวังผลประโยชน์และการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สร้างความร่วมมือทางการค้า สร้างอาชีพรายได้ และการพัฒนาสังคมพื้นฐานทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ด้วยพื้นฐานแห่งความเป็นจริงที่แต่ละประเทศมีความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม ระบบการปกครอง ตลอดจนพื้นฐานทางเศรษฐกิจ และกระบวนการยุติธรรม ที่มีความซับซ้อนยุ่งยากและแตกต่างกันเป็นอย่างยิ่ง จึงทำให้สนธิสัญญาความตกลงต่างๆ ทางการค้า ทั้งระดับทวิภาคี พหุภาคี บรรจุข้อบท ISDS ไว้ในส่วนการระงับข้อพิพาท ทั้งนี้ ด้วยความมุ่งหวังเพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำเหล่านี้ และดำเนินการแก้ไขข้อขัดข้องในการดำเนินธุรกิจระหว่างประเทศให้มีความไว้วางใจและคล่องตัวมากยิ่งขึ้น ด้วยความคาดหวังว่าจะเกิด

ผลดีที่ทั้งนักลงทุนเอกชนและรัฐผู้รับการลงทุน โดยมีช่องทางให้ทั้งสองฝ่ายระงับข้อพิพาทต่อกันโดยไม่จำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมภายในประเทศของรัฐผู้รับการลงทุน

การศึกษาข้อพิพาทระหว่างประเทศ ผ่านกรณีศึกษาที่เกิดการฟ้องร้องจริงของรัฐบาลออสเตรเลีย มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อบุคลากรในวงการสาธารณสุขของไทย ที่ต้องเรียนรู้เข้าใจปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เพราะแม้ว่า รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐมีความตั้งใจอันดีเพื่อลดปริมาณผู้บริโภคบุหรี่ยี่ ลดการเกิดเหตุร้าย อันตรายต่อสุขภาพต่อเศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมมากเพียงไร อีกทั้งศาลสูงแห่งประเทศออสเตรเลียจะมีคำพิพากษาให้ฝ่ายรัฐบาลเป็นผู้ชนะ และรับรองว่ามาตรการนี้ชอบโดยกฎหมายอย่างสมบูรณ์ แต่ยังมีช่องทางผ่านกฎหมายระหว่างประเทศนำพาเข้าสู่ข้อพิพาทระหว่างรัฐและเอกชน ที่เป็นกลไกที่ซับซ้อน ต้องการความชำนาญ และเงินจำนวนมากในการสู้คดี

เมื่อแพ้คดีภายในประเทศออสเตรเลีย กลุ่มผู้ผลิตและนำเข้าบุหรี่ในประเทศออสเตรเลียซึ่งเป็นบริษัทข้ามชาติอเมริกัน แคนาดาและญี่ปุ่น ต่างร่วมกันจ้างบริษัทกฎหมายและผู้เชี่ยวชาญระดับสากล นำคดีนี้ขึ้นสู่กระบวนการระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศที่จะทำได้ ซึ่งมีสองทาง ได้แก่

หนึ่ง การดำเนินคดีภายใต้กลไกระงับข้อพิพาทระหว่างรัฐและเอกชน หรือ ISDS-Investor State Dispute Settlement ภายใต้ BIT Hong Kong Australia มาตราที่ 6 และที่ 2(2) กล่าวหาว่าการดำเนินมาตรการนี้จะเมิดต่อสิทธิในการเป็นนักลงทุนภายใต้การคุ้มครอง ตามสนธิสัญญาทางการค้า

สอง การร้องเรียนภายใต้องค์การการค้าโลก WTO Appellate Body กล่าวหาว่าประเทศออสเตรเลียละเมิดความตกลง TRIP เนื่องจาก นโยบายของบุหรี่แบบเรียบง่ายจำกัดสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาของนักลงทุนเกินขอบเขต และการกล่าวหาว่ารัฐบาลออสเตรเลียละเมิดต่อข้อบท TBT หรือ Technical Barrier to Trade ภายใต้ TRIPs Paris Convention for Protection of Industrial Property and WTO's Agreement on Technical Barriers to Trade

เหตุผลหนึ่งที่บริษัท ฟิลิป มอริส อินเตอร์เนชันแนล ให้การสนับสนุนต่อกระบวนการคุ้มครองการลงทุน อันมีสาระสำคัญคือ การระงับข้อพิพาทการลงทุนระหว่างรัฐกับเอกชน (Investor-State Dispute Settlement: ISDS) ซึ่งฟิลิป มอริส สามารถใช้ความสามารถของตนทำให้ฝ่ายที่คิดจะเริ่มนำมาตราการบรรจุภัณฑ์ปราศสีสันมาใช้เกิด

“ความกลัวที่จะเข้าควบคุม” (Regulatory chill) แม้ว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวจะเป็นลักษณะเฉพาะที่เห็นได้ในความตกลงทางการค้าภายใต้องค์การการค้าโลก ตลอดจนการระงับข้อพิพาท แต่กระบวนการระงับข้อพิพาท ISDS ก่อให้เกิดผลกระทบที่น่าตกใจมากยิ่งขึ้น เนื่องมาจาก

ประการแรก วัฒนธรรมการตัดสินที่เอื้อต่อประโยชน์ในกับภาคธุรกิจ เนื่องมาจากอนุญาโตตุลาการที่ได้รับการแต่งตั้งมักเป็นทนายความที่ทำงานด้านการลงทุนระหว่างประเทศซึ่งได้รับการเชิญตัวมาจากวงการการค้าโดยไม่มีความชำนาญในเรื่องสาธารณสุขทำให้เกิดคำถามถึงความสามารถที่จะตัดสินกฎระเบียบทางสาธารณสุขและความตระหนักถึงผลที่ตามมาของนโยบายสาธารณสุขที่เกิดจากการตัดสินของตน

ประการที่สอง การระงับข้อพิพาทแบบ ISDS เปิดโอกาสให้เอกชนสามารถยื่นข้อเรียกร้องโดยตรงต่อสถาบันอนุญาโตตุลาการระหว่างประเทศได้เลย แทนที่จะเป็นการเจรจาผ่านทางรัฐบาลของตนเป็นผู้ดำเนินการแทน อย่างเช่น กระบวนการระงับข้อพิพาทขององค์การการค้าโลก

ประการที่สาม การเรียกค่าเสียหายในกรณีการจ่ายค่าชดเชยจำนวนเงินที่ขออาจมากมายมหาศาลอย่างเช่น กรณีสนธิสัญญาทวิภาคีระหว่างออสเตรเลียและฮ่องกง (BIT) ซึ่งบริษัท ฟิลิป มอริส เอเชีย กำลังใช้กระบวนการระงับข้อพิพาท ISDS เรียกเงินจำนวนพันล้านเหรียญออสเตรเลีย จากความเสียหายที่บริษัท ฟิลิป มอริส เอเชีย อ้างว่าเกิดขึ้นจากกฎหมายบรรจุภัณฑ์ปราศสีสัน (Plain Packaging Act 2011) มีความเป็นไปได้ถึงผลกระทบอันน่ากลัวสำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง เนื่องจากการคำนวณค่าชดเชยได้คำนึงถึงความสามารถของประเทศเหล่านี้ที่จะจ่ายให้ได้

ประการที่สี่ การขาดการทบทวนคำตัดสิน เนื่องจากการระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการไม่มีคณะพิจารณาอุทธรณ์ ประกอบกับแม้จะมีการกล่าวอ้างถึงบรรทัดฐานคำตัดสินในอดีตก่อนแต่ก็ไม่ผูกพันให้อนุญาโตตุลาการในอีกคดีจำต้องผูกพันด้วย ที่สำคัญกระบวนการทำคำชี้ขาดก็มีได้มีการเปิดเผยต่อสาธารณะ จึงทำให้เกิดปัญหาความไม่โปร่งใสในกระบวนการ

2.3 ทรัพย์สินทางปัญญา

กรณีความสมบูรณ์เกี่ยวกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา โดยมุ่งเน้นการคุ้มครองในระดับสูงสำหรับเครื่องหมายการค้า หลังจากที่มีความตกลงเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา

ภายใต้องค์การการค้าโลก หรือ TRIPs มีผลใช้บังคับแล้ว สหรัฐอเมริกาและกลุ่มประเทศพัฒนาได้พยายามผลักดันให้มีการยกระดับมาตรฐานการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาให้สูงขึ้น มีความพยายามที่จะทำให้ “การเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์” (flexibilities) และ “การปฏิบัติอย่างแตกต่างเป็นกรณีพิเศษ” (special and differential treatment) ลดน้อยลง โดยผ่านกระบวนการที่เรียกว่า TRIPs-Plus ซึ่ง PMI ได้เรียกร้องเรื่องนี้ต่อ US Federal Register อย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ตนเองสามารถมีเครื่องมือในการทำทนายทนายระเบียบที่เกี่ยวข้องกับบรรจุกฎบัตรปราศสิทธิ (Gary Fooks, Anna B Gilmore, 2012)

กลุ่มธุรกิจสหรัฐฯ นำโดย USCC ได้พยายามคัดค้านกลุ่มเครือข่ายสุขภาพอย่างเต็มที่ในประเด็นการป้องกันมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยการเจรจา TPP เมื่อเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2012 USCC เรียกร้องให้ผู้แทนการค้าสหรัฐฯ (USTR) “ไม่ให้ส่งข้อความที่นำเสนอประเด็นเฉพาะยาสูบในการเจรจาต่อไปที่จะมาถึง และได้ทำจดหมายถึง USTR ในเดือนสิงหาคม 2013 ในกระทู้ที่โดดเด่นใน blog ของ USCC เดือนเมษายนปี ค.ศ. 2014 USCC อธิบายข้อเสนอกำหนดเป้าหมายเรื่องยาสูบโดยการเปรียบเทียบกับ “กล่องแพนดอรา” (Pandora’s box) ว่าหากกีดกันสินค้ายาสูบออกจากความตกลงนี้ได้ ในอนาคตก็จะสามารถทำกับสินค้าอื่นๆ ได้เหมือนกับการเปิดกล่องให้ปีศาจร้ายออกมา

ในเดือนตุลาคมปี ค.ศ. 2014 USCC ได้ใช้วิธีการส่งจดหมายถึงเอกอัครราชทูตของประเทศญี่ปุ่นไปยังประเทศสหรัฐอเมริกา ปฏิเสธการตัดทิ้ง (carve out) ประเด็นเรื่องยาสูบ และขอเจรจาเร่งรัดการประชุม TPP อย่างต่อเนื่อง

3. หีบห่อผลิตภัณฑ์บุหรี่ปราศสิทธิแบบเรียบง่าย: มาตรการทางนโยบาย

3.1 ความเป็นมาของการชี้แนะของปราศจากสิทธิ

ในปี ค.ศ. 1989 กระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลนิวซีแลนด์โดยคณะกรรมการด้านสารพิษได้เสนอแนะว่าบุหรี่ปราศจะอยู่ในซองสีขาวและมีตัวอักษรสีดำ โดยไม่มีสีต่างๆ หรือตราสัญลักษณ์ใดๆ ในระหว่างปี ค.ศ. 1989 ขณะที่อุตสาหกรรมยาสูบกำลังต่อสู้กับกฎหมายของประเทศแคนาดาที่ห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ การให้ข้อมูลต่อศาลเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้กลุ่มควบคุมยาสูบเรียกร้องให้บังคับใช้ซองปราศจากสิทธิ รองประธานฝ่ายการตลาดของบริษัท อิมพีเรียล โทแบคโค โยอมรับว่าหีบห่อผลิตภัณฑ์เป็นสิ่งสำคัญ

อย่างยิ่งในการทำการตลาด ซึ่งตรงกับข้อมูลจากบริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก ที่กล่าวว่า ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถจำแนกความแตกต่างของบุหรี่ตราสินค้าต่างๆ โดยการสูบ แต่การเลือกตราสินค้าบุหรี่เป็นผลจากปัจจัยทางจิตวิทยา จากมโนภาพมากกว่ารสชาติจากการสูบบุหรี่ (Goldberg ME, et al., 1999; Goldberg ME, et al., 1995)

กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO-FCTC) เป็นสนธิสัญญานานาชาติด้านสุขภาพที่สำคัญสำหรับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบหนึ่งในมาตรการสำคัญคือการห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างสิ้นเชิงในทุกรูปแบบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในปี ค.ศ. 1995 Cunningham และ Kyle เสนอแนวคิดหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบปราศจากสีสันทันทีเป็น 'มาตรฐาน' โดยเน้นว่า ซอง/กล่อง บุหรี่เป็นช่องทางส่งเสริมการขายที่สำคัญและจำเป็นจะต้องถูกควบคุมในมิติของการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Cunningham R, Kyle K, 1995)

มาตรการการใช้หีบห่อปราศจากสีสันทันทีแบบเรียบง่าย ซึ่งหมายถึงการทำให้พื้นที่ส่วนที่ไม่ใช่คำเตือนเป็นสีเดียวกันทุกตราสินค้า (สีขาวน่าจะเป็นสีที่ดีที่สุด) ชื่อของตราสินค้าพิมพ์เป็นมาตรฐานเดียวกันหมดทั้งขนาดและรูปร่างตัวอักษร พื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นคำเตือนด้านสุขภาพซึ่งกำหนดโดยรัฐบาล ความเคลื่อนไหวที่มุ่งสู่อหีบห่อปราศจากสีสันทันทีแบบเรียบง่ายได้เริ่มขึ้นในหลายประเทศรวมทั้งแคนาดา งานวิจัยหลายชิ้นในประเทศแคนาดาและออสเตรเลียสำรวจผลกระทบของหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบง่าย พบว่า ไม่เป็นที่ดึงดูดความสนใจโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Freeman B, Chapman S, Rimmer M, 2007) การศึกษาวิจัยในกลุ่มเยาวชนประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกา รายงานว่า หีบห่อผลิตภัณฑ์แบบเรียบง่ายจะทำให้มองผลิตภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบในทางลบมากกว่าทางบวก (Rootman I, Flay B, 1995)

ซอง/กล่องบุหรี่ปราศจากสีสันทันทีจะไม่มีสีของตราสินค้า สัญลักษณ์ของบริษัท และเครื่องหมายการค้า ผู้ผลิตจะได้รับอนุญาตให้พิมพ์ได้เฉพาะชื่อตราสินค้าในขนาดตัวอักษรและรูปแบบตัวอักษรที่กำหนดในตำแหน่งที่ถูกกำหนดให้ และจะต้องพิมพ์คำเตือนสุขภาพรวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่กฎหมายกำหนด เช่น ปริมาณของส่วนประกอบที่เป็นสารพิษ (toxic constituents) ตราประทับว่าได้จ่ายภาษีแล้ว และจำนวนมวนบุหรี่ในซอง/กล่อง ทั้งหมดนี้มีจุดประสงค์เพื่อไม่ให้มีนวัตกรรมการออกแบบหีบห่อผลิตภัณฑ์ ซอง/กล่องบุหรี่ปราศจากสีสันทันทีรวมไปถึงภายในซอง/กล่อง และตัวบุหรี่ด้วย เนื่องจากผู้ผลิตจะใช้สี วังเส้น

เครื่องหมาย และความสั้น-ยาวของมวนบุหรี่ที่แตกต่างกัน เพื่อให้บุหรี่ 'มีความน่าสนใจ' และดึงดูดใจ การใช้ น้ำหอม คอมพิวเตอร์ชิปสำหรับเสียง (audio chip) หรือไบโอสอดแทรก ข้อมูลอื่นจะถูกห้ามโดยกฎหมาย (BBC News. 2007) ของ/กล่องบุหรี่ปราศจากสีส่นจะ ทำให้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นมาตรฐานเดียวกันหมด ซึ่งจะลดสถานะและบทบาทของ หีบห่อผลิตภัณฑ์ในการสื่อสารและดึงดูดความสนใจ

3.2 ความจำเป็นของการเกิดกฎหมาย

หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เรียบง่ายหมายถึงห้ามใช้สีส่น โลโก้ คำต่างๆ และ รูปแบบอักษรที่เป็นเอกลักษณ์ หีบห่อที่เรียบง่ายจะควบคุมและทำให้เป็นมาตรฐานใน องค์ประกอบต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ขนาดและรูปร่างของหีบห่อผลิตภัณฑ์
- รูปแบบของการเปิดหีบห่อผลิตภัณฑ์
- วัสดุที่ใช้สำหรับหีบห่อผลิตภัณฑ์ รวมทั้งระดับของการเคลือบความมัน (gloss level)
- วัสดุด้านในหีบห่อ และสี
- สีและประเภทของหมึก
- รูปแบบ ขนาด และสีของตัวอักษร

ถ้าหากหีบห่อของผลิตภัณฑ์ยาสูบกลายเป็นป้ายโฆษณาขนาดเล็ก ทางแก้ไขคือ ต้องปลดองค์ประกอบต่างๆ ของการส่งเสริมการขาย หรือพูดอีกนัยหนึ่งคือ ออกกฎหมาย หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เรียบง่าย และถ้าหากอุตสาหกรรมยาสูบปรับเปลี่ยนขนาดและ รูปร่างของหีบห่อผลิตภัณฑ์เพื่อสร้างความต้องการของผู้บริโภค และเพื่อบ่อนทำลาย มาตรการต่างๆ ที่จะลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งใช้เจ็บจากการสูบบุหรี่ ทางแก้ไขคือหีบห่อ ผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน (Standardized package) ที่ไม่ใช่เพื่อการตลาด แต่เพื่อการ สาธารณสุข

การปฏิรูปหีบห่อผลิตภัณฑ์จะต้องครอบคลุมตัวผลิตภัณฑ์คือบุหรี่ เพื่อป้องกัน อุตสาหกรรมยาสูบถ่ายทอด หรือถ่ายโอนความชำนาญด้านการตลาดจากหีบห่อ ผลิตภัณฑ์ไปสู่ตัวผลิตภัณฑ์ ตัวอย่าง เช่น บุหรี่แต่ละมวนจะถูกกำหนดมาตรฐานความ ยาว เส้นรอบมวนบุหรี่ (Circumference) และจะไม่มีโลโก้หรือลวดลาย (embellishments)

ใดๆ บุหรี่แต่ละมวนจะถูกมวนในกระดาษมาตรฐานและสีที่กำหนด ประโยชน์ทางด้าน
สาธารณสุข 6 ประการ จากการกำหนดหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เรียบง่าย คือ

- ก. จะลดการหลอกลวงบนหีบห่อ
- ข. จะเพิ่มพลังของการเตือนด้านสุขภาพ
- ค. จะลดความเร็ววอน / ความยุ่งเหยิงของภาพลักษณ์ตราสินค้า (brand image)
- ง. จะทำลายช่องทางการสื่อสาร (ภาพลักษณ์) ของบุหรี่
- จ. จะลดกำไรของอุตสาหกรรมยาสูบเลย
- ฉ. จะนำประเทศแคนาดาใกล้เข้าไปอีก 1 ก้าวสู่การห้ามโฆษณายาสูบอย่างครอบคลุม

3.3 บรรจุภัณฑ์แบบเรียบและปราศสีสัน (Plain packaging)

ภาคีสมาชิกควรพิจารณากำหนดมาตรการเพื่อจำกัดหรือห้าม การใช้ภาพโลโก้ สี หรือตราตราสินค้า หรือข้อมูลเพื่อการโฆษณาบนหีบห่อ นอกเหนือไปจากชื่อตราสินค้าและชื่อผลิตภัณฑ์ซึ่งแสดงไว้ตามรูปแบบ สีและขนาดตัวอักษรตามที่กฎหมายกำหนด (ของ บุหรี่แบบมาตรฐาน) เพื่อช่วยให้ข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพมีความเด่นชัดขึ้น อีกทั้งเป็นการแก้ไขปัญหาด้านการออกแบบหีบห่อที่อาจชี้แนะให้เข้าใจผิดว่าผลิตภัณฑ์นั้นเป็นอันตรายน้อยกว่า มาตรการทางกฎหมายประเทศสมาชิกควรมีหลักประกันว่า ข้อกำหนดเกี่ยวกับหีบห่อและผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เกี่ยวข้องกับข้อ 11 แห่งกรอบอนุสัญญาฯ นี้บังคับใช้อย่างเสมอภาคกับผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดที่วางจำหน่ายภายในประเทศ ส่วน ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดให้มีข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบและสารพิษในควันบุหรี่ บนหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นภาระค่าใช้จ่ายของอุตสาหกรรมยาสูบ

นอกจากนี้ ควรพิจารณาจัดให้มี “เอกสารอ้างอิง” ซึ่งมีภาพตัวอย่างคุณภาพสูงที่แสดงให้เห็นว่าข้อความและภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพควรจะปรากฏอยู่บนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างไร เอกสารอ้างอิงนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในกรณีที่การใช้ภาษาในมาตรการทางกฎหมายยังไม่ชัดเจนเพียงพอ

มาตรการทางกฎหมายควรได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะตามหลักฐานใหม่ ๆ ซึ่งปรากฏขึ้น โดยนำประสบการณ์การบังคับใช้กฎหมายจากประเทศอื่น ๆ มาประกอบการพิจารณา การทบทวนแก้ไขดังกล่าวจะช่วยให้ค้นพบจุดอ่อนและช่องโหว่ รวมไปถึงชี้ให้เห็นลักษณะการใช้ภาษาในระเบียบข้อบังคับ ที่ควรได้รับการแก้ไขให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกควรพิจารณาจัดให้มีกระบวนการเฝ้าระวังและประเมินผลการใช้มาตรการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อดูผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและประเมินว่ามีมาตรการใดที่ควรปรับปรุง ข้อมูลจากการเฝ้าระวังและประเมินผลยังใช้เป็นหลักฐานที่จะสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีอื่น ๆ ในการบังคับใช้มาตรการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมายข้อบังคับของอุตสาหกรรมยาสูบควรจะเริ่มต้นดำเนินการทันทีที่กฎหมายเริ่มมีผลบังคับใช้ และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องการประเมินผลของมาตรการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อกลุ่มประชากรเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่ง ประเทศสมาชิกควรพิจารณาประเมินด้านต่างๆ เช่น ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อฉลากคำเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยง ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง ควรจัดให้มีแผนการประเมินประสิทธิผลของมาตรการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทั้งก่อนเริ่มดำเนินการ และหลังดำเนินการเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งพิจารณาตีพิมพ์ หรือเผยแพร่ผลงานการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย และประสิทธิผลที่ได้สู่สาธารณชนและประเทศสมาชิกอื่น ๆ เช่นเดียวกัน ประเทศสมาชิกควรพยายามแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ในการรับมือกับข้อโต้แย้งต่างๆ เกี่ยวกับมาตรการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์จากธุรกิจยาสูบ ทั้งนี้ควรพิจารณาศึกษารายงานจากประเทศสมาชิกอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านการควบคุมหีบห่อและฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบจากประสบการณ์ของประเทศอื่น ๆ

แนวทางในการดำเนินงานตามข้อ 13 แห่งกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ เรื่องการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ การส่งเสริมการขายและการให้การสนับสนุนโดยธุรกิจยาสูบ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากภาคีสมาชิกในสมัยประชุมสมัชชาภาคีอนุสัญญาฯ ครั้งที่ 3 (The Conference of the Parties III) ณ กรุงเดอร์บัน (Durban) ประเทศสาธารณรัฐ

แอฟริกาใต้ ระหว่างวันที่ 17 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 แนวทางในการดำเนินงานตามข้อ 13 นี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ภาคี หรือประเทศ

สมาชิกได้มีแนวทางสำหรับกรริเริ่มและการบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนของธุรกิจยาสูบ ที่ครอบคลุมทุกด้าน โดยกฎหมายต้องใช้บังคับกับทุกรูปแบบของการสื่อสาร การแนะนำ หรือการกระทำเชิงพาณิชย์ รวมทั้งทุกรูปแบบของการเป็นผู้สนับสนุน นอกจากนี้ กฎหมายควรจะครอบคลุมการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนของธุรกิจยาสูบข้ามเขตแดนด้วย

4. กรณีศึกษา นโยบายและข้อพิพาทของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันของประเทศออสเตรเลีย

4.1 นโยบายของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสัน

นับแต่ปีพุทธศักราช 2553 เป็นต้นมา นโยบายของบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสันของประเทศออสเตรเลียได้ถูกตราขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติ ที่มีชื่อว่า Tobacco Plain Packaging 2011 นโยบายนี้เป็นที่สนใจและจับตามองเป็นอย่างยิ่ง เพราะถือว่าเป็นการดำเนินการนโยบายสุขภาพที่กล้าหาญด้วยมาตรการที่เข้มงวดจริงจังที่สุดเท่าที่เคยมีมาต่อสินค้าบุหรี่ ส่งผลกระทบต่อบริษัทยักษ์ใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบโดยตรง

ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศแรกในโลกที่ออกมาตรการนี้ได้สำเร็จ โดยการกำหนดห้ามผู้ประกอบธุรกิจไม่ให้นำตราสัญลักษณ์และโลโก้สินค้าปรากฏบนซองบุหรี่ แม้ “เครื่องหมายการค้า” นั้นจะเป็นเครื่องหมายการค้าซึ่งได้รับการรับรองถูกต้องตามกฎหมาย กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้ซองบุหรี่มีสีเดียวกันทุกตราสินค้า นั่นคือ สีเขียวมะกอก (Olive) จนผู้คนขนานนามมาตรการนี้ให้ว่าเป็น “การปฏิวัติโอลีฟ” (Olive Revolution) นอกจากนี้ยังต้องมีรูปภาพแสดงเป็นคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ (Graphic Health Warning) บนซองบุหรี่อย่างชัดเจน อาทิภาพเตือนเกี่ยวกับโรคต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งปากภายใต้กฎหมายฉบับนี้ กระทรวงสาธารณสุขแห่งออสเตรเลีย ประกาศว่าตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ค.ศ. 2012 ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดที่นำมาจากชาย เสนอเพื่อขาย และนำเข้ามาสู่ประเทศออสเตรเลียต้องดำเนินการตามมาตรการที่รัฐบาลกำหนด หากไม่กระทำตาม กฎหมายนี้มีโทษทั้งทางแพ่งและอาญา

นอกจากนโยบายของบุหรี่แบบเรียบปราศสีสัน รัฐบาลออสเตรเลียยังออกมาตรการอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย จุดประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อลดความน่าสนใจของหีบห่อบรรจุภัณฑ์เหล่านี้ต่อผู้บริโภคโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น เพิ่มเติมความตระหนักของคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่ก่อให้เกิดจากบุหรี่ และเป้าหมายในระยะยาวเพื่อลดผู้สูบบุหรี่ทั่วประเทศ เสริมสร้างมาตรการควบคุมบุหรี่ระดับชาติอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมที่สุด

มาตรการอื่นๆ ที่รวมเรียกว่า มาตรการควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุม (Comprehensive package of tobacco control measures) ซึ่งมีด้วยกันหลายด้าน อาทิ เช่น

- มาตรการด้าน คำเตือนสุขภาพ (Health Warning) กฎหมายออกมาตรการกำหนดมีผลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ปี ค.ศ. 2012 กำหนดให้มีภาพคำเตือนบนพื้นที่ด้านหน้าของบุหรี่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 และ พื้นที่ร้อยละ 90 ด้านหลังของซองบุหรี่ด้วย

- มาตรการจำกัดการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ มีผลควบคุมตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2012

- บริษัทบุหรี่ต้องดำเนินการลงทุนในโครงการต่อต้านการสูบบุหรี่ที่จะรณรงค์ในวงกว้างต่อไป

- การขึ้นราคาภาษี การขึ้นภาษีของประเทศออสเตรเลียมีลักษณะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยทำเป็นแผนระยะยาวตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 และทยอยขึ้นราคาภาษีบุหรี่มากขึ้นครั้งละร้อยละ 12.5 โดยจะค่อยๆ ทยอยใช้มาตรการนี้ที่ละร้อยละ 12.5

- มาตรการเพิ่มโทษผู้ลักลอบนำบุหรี่เข้าประเทศโดยผิดกฎหมาย

แน่นอนว่าซองบุหรี่แบบเรียบปราศสีสันเป็นนโยบายที่เข้มงวดผนวกกับมาตรการอื่นๆ ที่ออกมาพร้อมกันถือว่ารัฐบาลออสเตรเลียมีความตั้งใจอย่างจริงจังที่จะลดจำนวนผู้ติดบุหรี่ และกระทำการอย่างเป็นระบบและรอบด้าน กฎหมายฉบับนี้นั้นมีความน่าสนใจและเป็นประโยชน์ที่จะหยิบยกมาศึกษา

ก่อนตรากฎหมาย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายสาธารณสุขนั้นมีอย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง นอกจาก หน่วยงานเฉพาะด้านการสาธารณสุขหลักของภาครัฐแล้ว ยังมีหน่วยงานของเอกชนรวมทั้ง มีผลงานวิจัยหลากหลาย วิเคราะห์ถึงผลกระทบที่ก่อความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน และทรัพยากรบุคคลของชาติ รายงานจากการวิจัยนั้น

มีมากมาย อาทิ การศึกษาวิจัยอย่างจริงจังโดยคณะผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย ที่รวมตัวกันในชื่อ The National Preventive Health Taskforce ราวปี ค.ศ. 2009 ผลงานวิจัย บทความและข้อเสนอหลายฉบับตีพิมพ์ได้เผยแพร่ นอกจากกลุ่มผู้มีความชำนาญในด้านสุขภาพ ยังมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้บริโภคและตลาดตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับค่าเตือนสุขภาพ ยืนยันผลจากภาพเตือนสุขภาพกราฟิกที่มีต่อผู้บริโภค โดยบริษัทผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยข้อมูลโดยเฉพาะ ซึ่งรายงานทั้งหมดอยู่บนหน้าเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขของออสเตรเลีย และที่สำคัญที่สุดคือ รัฐบาลได้ดำเนินกระบวนการรับฟังความคิดเห็น หรือ consultation ทั้งแบบเป็นทางการ และกลุ่มย่อยกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติฉบับนี้

นอกจากกระบวนการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น รัฐบาลออสเตรเลียให้ความสนใจเรื่องข้อมูลงานวิจัยในเชิงลึกเพื่อออกมาตรการต่างๆ จากการศึกษาพบว่า แม้ภายหลังจากการออกมาตรการของบุหรี่แบบเรียบปราศสีสัน ศูนย์วิจัยและมหาวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศออสเตรเลียก็ยังดำเนินการ รวบรวมข้อมูล ศึกษา และออกเผยแพร่ต่อสาธารณชน ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล มีเป้าประสงค์เพื่อสำรวจวิเคราะห์ ผลการออกมาตราหานี้ว่าได้ผลต่อผู้บริโภคจริงหรือไม่ ผลงานวิจัยจำนวนมากถูกตีพิมพ์ลงในวารสาร The British Medical Journal (BMJ) การศึกษาจัดทำการศึกษาสำรวจผู้บริโภคอย่างจริงจังโดยหลากหลายสถาบัน ตัวอย่างเช่น การวิจัยโดย Centre for Behavioural Research in Cancer, Cancer Council Victoria มีการเลือกผู้บริโภคบุหรี่ 7,000 คน ซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนประชากรผู้ติดบุหรี่ทั่วออสเตรเลียที่มีความแตกต่างทั้ง อายุ อาชีพ และที่อยู่ มีการติดตามผลทุกเดือนทั้งทางโทรศัพท์และผ่านการตอบคำถามออนไลน์ เป็นเวลายาวนานถึงสองปีกว่า งานวิจัยรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยคำถามที่เจาะลึกและมีการศึกษามาแล้วอย่างละเอียด อาทิ ความรู้สึกที่แท้จริงเมื่อได้เห็นภาพคำเตือน เห็นด้วยหรือไม่ว่าคำเตือนนี้ทำให้ท่านไม่อยากสูบบุหรี่อีก ความชอบ ความพอใจ องค์ประกอบที่ทำให้อยากซื้อบุหรี่ ฯลฯ อีกผลการวิจัยโดยสถาบันเดียวกันที่ได้รับการสนับสนุนโดยกระทรวงสาธารณสุขและนักวิชาการหลายแขนงทั้งสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอว่า รูปภาพคำเตือนสุขภาพมีผลทำให้นักสูบต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้จริง ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากคิดถึงการเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อวัน เพราะรูปภาพคำเตือน นอกจากนี้ งานวิจัยบางชิ้นสรุปด้วยว่าผู้ที่สูบ

บุหรี่รู้ดีกว่ารสชาติของบุหรี่นั้นด้วยลง เมื่อหยิบออกมาจากซองบุหรี่แบบเรียบปราศสีสันลดความต้องการและความน่าสนใจในการสูบบุหรี่โดยปริยาย

นอกจากรัฐบาลออสเตรเลียจะเน้นเรื่องการศึกษาวิจัยทั้งช่วงก่อนและหลังกฎหมายบังคับใช้ รัฐบาลออสเตรเลียยังใส่ใจในการทำความเข้าใจกับคนในชาติหรือคนต่างชาติที่อาศัยในออสเตรเลียที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาแรก เอกสารสำคัญเกี่ยวกับมาตรการควบคุมซองบุหรี่ถูกแปลเป็นภาษาต่างๆ ถึง 10 ภาษา อาทิ ฝรั่งเศส อารบิก อินดี จีน เวียดนาม เกาหลี เป็นต้น เพื่อสื่อสารทำความเข้าใจและเจตนาารมณ์ของพระราชบัญญัติฉบับนี้เผยแพร่แก่ประชากร (ข้อมูลจาก National Library of Australia) จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทั้งหมดผนวกกับผลงานวิจัยจากสถาบันต่างๆ ที่รัฐบาลออสเตรเลียใช้เป็นรากฐานข้อสนับสนุนในการตรากฎหมาย และรับรองผลภายหลังการบังคับใช้ แสดงออกถึงการให้ความสำคัญอย่างเป็นลำดับขั้นตอนในทางปฏิบัติที่สอดคล้องนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ เพื่อการพัฒนาประเทศด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

การออกร่างกฎหมายว่าด้วยหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบปราศสีสันแบบเรียบเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2554 โดยรัฐบาลออสเตรเลียประกาศว่าจะเพิ่มขนาดพื้นที่ของภาพสีสีค่าเตือนสุขภาพเป็น 75% ของด้านหน้าและ 90% ของด้านหลังซอง/หีบห่อบุหรี่ และขนาดที่ใกล้เคียงกันสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ กฎหมายดังกล่าวจะมีผลทำให้ออสเตรเลียมีพื้นที่ภาพค่าเตือนสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดในโลกโดยมีขนาดเฉลี่ยทั้งด้านหน้าและด้านหลัง 82.5%

ประเทศออสเตรเลียมีกฎหมายบังคับให้บริษัทยาสูบพิมพ์ภาพสีสีค่าเตือนสุขภาพตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ค.ศ. 2006 ในปี ค.ศ. 2008 มีการประเมินผลอย่างครอบคลุมถึงประสิทธิผลของภาพสีสีค่าเตือนสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ว่าภาพค่าเตือนบรรจุเป้าประสงค์ที่คาดหวัง โดยเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับผลเสียทางสุขภาพของการสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่ และไม่เอื้อให้ริเริ่มสูบบุหรี่หรือกลับมาเริ่มสูบบุหรี่อีก อย่างไรก็ตาม ยังมีส่วนที่พัฒนาได้อีก เช่น ภาพและข้อความด้านหน้าของซองอาจจะ 'เล็กไป' ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนค่าเตือนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดประสิทธิผล เครื่องหมาย ตราสินค้า และการใช้สีของบริษัทยาสูบ 'โดดเด่นกว่า' ค่าเตือนด้านหน้าซอง การเพิ่มขนาดพื้นที่ของภาพค่าเตือน

รัฐบาลออสเตรเลียพัฒนาและทดสอบภาพคำเตือนสุขภาพใหม่ๆ ในขณะเดียวกันกับร่างกฎหมายที่บ่อนทำลายทัศนคติที่ปราศศีลแบบเรียบ ภาพสี่คำเตือนจะเพิ่มพื้นที่เป็น 75% ของด้านหน้าของ ส่วนด้านหลังของพื้นที่ภาพคำเตือนจะมีพื้นที่ร้อยละ 90 การเปลี่ยนแปลงนี้อยู่ภายใต้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคของออสเตรเลีย (Australia Consumer Law) มีรายงานข่าวว่าบริษัท ฟิลิป มอริส อินเทอร์เน็ตอินเตอร์เนชันแนล ชูฟ้องรัฐบาลออสเตรเลียโดยอ้างว่าจะละเมิดสนธิสัญญาลงทุนระหว่างประเทศกรณีถดถอยโลกให้ออกจากของบุหรี่ ระบุค่าเสียหายอาจสูงหลายพันล้านดอลลาร์ (Perry M, 2011)

แม้ว่าออสเตรเลียจะเป็นประเทศแรกในโลกที่บังคับใช้ของบุหรี่ปราศจากเครื่องหมายการค้า เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ประเทศไอร์แลนด์ และสหราชอาณาจักรได้ประกาศใช้กฎหมายของบุหรี่ปราศศีลแบบเรียบ ในขณะที่ประเทศนิวซีแลนด์และแคนาดาได้พิจารณามาตรการลักษณะเดียวกัน

4.2 ข้อพิพาทและคำตัดสินของศาลสูงออสเตรเลีย

ภายหลังจากการดำเนินมาตรการของบุหรี่แบบเรียบปราศศีลอย่างเคร่งครัด ส่งผลกระทบโดยตรงต่อบริษัทต่างๆ ที่อยู่ในอุตสาหกรรมนี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บริษัทข้ามชาติเหล่านี้ ทั้งจากประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น ต่างไม่รอช้าที่จะดำเนินการทางกฎหมายต่อรัฐบาลประเทศออสเตรเลีย การต่อสู้ทางการศาลเริ่มขึ้นเมื่อโจทก์ ได้แก่ British American Tobacco และ Japan Tobacco International บริษัทข้ามชาติชื่อดังยื่นฟ้องรัฐบาลออสเตรเลีย มีโจทก์ร่วมภายหลังเป็นบริษัท Phillip Morris Ltd และ Imperial Tobacco การฟ้องร้องครั้งนี้มีประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อนโยบายสาธารณะที่น่าสนใจอยู่หลายประการ ได้แก่ กฎหมายเกี่ยวกับรัฐธรรมนูญ กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา และกฎหมายมหาชนว่าด้วยเรื่องนโยบายรัฐ

ศาลสูงแห่งประเทศออสเตรเลีย มีคำวินิจฉัยเป็นคดีเลขที่ S389/2411 British American Tobacco Australian Limited and Ors. V. The Commonwealth of Australia พิพากษาว่า นโยบายของบุหรี่แบบเรียบปราศศีลไม่ได้ละเมิดต่อรัฐธรรมนูญแห่งออสเตรเลีย หรือสิทธิใดๆ ของโจทก์ผู้ประกอบการจนเกินขอบเขต ส่งผลให้คำฟ้องของฝ่ายโจทก์ไม่สัมฤทธิ์ผล คำพิพากษากว่า 130 หน้า สรุปใจความว่าโดยย่อ ดังนี้

ประการแรก ศาลเน้นน้ำหนักไปที่เจตนารมณ์ของกฎหมายที่สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control) ของ

องค์การอนามัยโลกว่ามีความสำคัญอย่างไร ศาลตัดสินว่าการที่รัฐบาลออสเตรเลียดำเนินนโยบายดังกล่าว ก็เพื่อพยายามสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ลดจำนวนผู้บริโภค เจตนารมณ์แห่งกฎหมายเป็นไปเพื่อสุขภาพอนามัยของประชากร อีกทั้งนโยบายนี้เป็นหลักสำคัญของเป้าหมายทั้งหมด และเป็นหน้าที่ของออสเตรเลียในฐานะชาติสมาชิกองค์การอนามัยโลกที่พึงต้องปฏิบัติตามอนุสัญญานี้ ผู้พิพากษาเสียงส่วนมาก หกต่อหนึ่ง ปฏิเสธข้ออ้างเกี่ยวกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้รัฐธรรมนูญออสเตรเลียว่าสิทธิตามที่ฝ่ายโจทก์อ้างนั้นมิได้รับผลกระทบหรือถูกละเมิดดังอ้างแต่อย่างใด Justice Hayne กล่าวว่า กฎหมายใดๆ ที่ระบุให้มีค่าเตือนสุขภาพบนผลิตภัณฑ์ แม้หากว่าจะมีความเข้มข้นเทียบเท่าพระราชบัญญัติของบุหรี่แบบเรียบง่ายก็ไม่อาจถือได้ว่าส่งผลกระทบต่อการครอบครองกรรมสิทธิ์ของโจทก์

ประการที่สอง เรื่องกรรมสิทธิ์ของทรัพย์สินทางปัญญา สิทธิเกี่ยวกับกรรมสิทธิ์ (Ownership) ในการใช้เครื่องหมายทางการค้าของตนถูกลิดรอนเนื่องด้วยการดำเนินนโยบายรัฐ ประเด็นนี้มีการตีพิมพ์เป็นบทความโดย WIPO: World Intellectual Property Organization วิเคราะห์ผลกระทบจากคำพิพากษานี้ เป็นที่สนใจในวงการกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาทั่วโลก

อนึ่ง ข้ออ้างของโจทก์ คือ สิทธิทรัพย์สินทางปัญญาอันได้รับการรับรองภายใต้รัฐธรรมนูญ ไม่ว่าจะ เป็น Trademarks, Patents, Designs, Copyrights ย่อมไม่สามารถละเมิดได้ ทนายโจทก์อ้างว่า การไม่อนุญาตให้มีตราเครื่องหมายการค้าใดๆ บนซองบุหรี่เป็นการลิดรอนสิทธิในการใช้เครื่องหมายการค้าอย่างร้ายแรง และได้แย้งเพื่อเพิ่มน้ำหนักในประเด็นนี้ถึงขนาดอ้างว่า การไม่อนุญาตให้ใช้เครื่องหมายการค้าเปิดโอกาสให้บุหรี่ปลอมและธุรกิจผิดกฎหมายเติบโต เป็นการสนับสนุนองค์การอาชญากรรมทางอ้อม พร้อมเรียกร้องค่าเสียหายจากรัฐบาลเป็นมูลค่ามหาศาล

Justice Gummton ตั้งคำถามว่า การอ้างเรื่องกรรมสิทธิ์ในสิทธิเหล่านี้ถูกต้องหรือไม่ ในอดีตไม่เคยมีคดีไหนเลยที่อ้างนโยบายของรัฐละเมิดสิทธิทางทรัพย์สินทางปัญญาชัดหรือแย้งกับรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตามศาลสูงแห่งออสเตรเลียได้พิพากษาอย่างแจ้งชัดว่า แม้ตัวเจตนารมณ์แห่งกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่ได้รับการรับรองภายใต้รัฐธรรมนูญนั้น แท้จริงแล้วถูกร่างขึ้นให้สอดคล้องและเอื้อประโยชน์ต่อการดำเนินนโยบาย

ของรัฐทั้งสิ้น Justice Gummoin เน้นย้ำว่า อิสรภาพในการใช้เครื่องหมายการค้าที่ได้รับ การคุ้มครองตามกฎหมาย แต่ไม่ใช่เป็นสิทธิเบ็ดเสร็จเหนือกฎหมายอื่น ๆ ได้

ประเด็นที่สาม คือการที่ผู้เชี่ยวชาญหลายๆ ท่านเชื่อว่า แม้ว่ามาตรการของบุห์รี แบบเรียบปราศสี่สันจะเคร่งครัดเพียงใดก็ตาม แต่กฎหมายนี้ก็ดำเนินการกับผู้ผลิตและ นำเข้าบุห์รีทุกรายด้วยความเท่าเทียม (Fair and Equal Treatment) ดังนั้น เป็นการ ดำเนินการแบบไม่มีอคติต่อบริษัทต่างชาติแต่อย่างใด (non-discriminatory measure) อัยการสูงสุด Stephen Gageler เสนอแนวคิดที่น่าสนใจว่า การกำหนดกฎหมายดังกล่าว มิได้ปฏิบัติแตกต่างระหว่างสินค้าชนิดหนึ่งต่อสินค้าอีกชนิด กรณีนี้ สินค้าบุห์รีเป็นสินค้าที่ มีอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของประชากร จึงเป็นประเภทที่ต้องได้รับการควบคุมอยู่แล้ว และที่สำคัญยิ่งคือ สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาโดยชอบด้วยกฎหมายนั้นพึงถูกจำกัดด้วย เหตุผลเพื่อป้องกันอันตรายแก่สังคมและสาธารณสุข ทั้งนี้ ภายใต้ข้อบทที่ 8 ข้อตกลงว่า ด้วยสัญญาทริปส์ (TRIPS Agreement) กฎหมายเปิดช่องในการดำเนินนโยบายของรัฐไว้ ว่า แต่ละประเทศสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎหมายภายในประเทศ หรือกำหนด มาตรการจำเป็นเพื่อเป็นการปกป้องคุ้มครองสุขภาพและอนามัยอันดีของคนในชาติได้

เลขาธิการองค์การอนามัยโลก Dr. Margaret Chan แถลงชื่นชมคำตัดสินของ ศาลสูงออสเตรเลียเป็นทางการ ว่าแนวคำพิพากษานี้ส่งสัญญาณอันดีต่อประเทศอื่นๆ ที่ จะเจริญรอยตามมาตรการควบคุมยาสูบต่อไปในภายภาคหน้า ถือว่านี่คือชัยชนะที่ยิ่งใหญ่ ของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอนามัยของประชากรโลก สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญา เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ ซึ่งบังคับใช้เมื่อปี ค.ศ. 2005 มีประเทศสมาชิกกว่า 170 ประเทศ มีเป้าหมายเพื่อดำเนินการตามมาตรการลดความต้องการในการบริโภคยาสูบ อย่างเป็นทางการทั่วโลก มาตราเหล่านี้ WHO แถลงว่ารวมถึง การควบคุมการโฆษณาและ การอุปถัมภ์รายการ (Sponsorship) ตลอดจนการกำหนดอายุผู้บริโภคขั้นต่ำ และเพิ่มภาษี ฯลฯ ความสำเร็จก้าวแรกของรัฐบาลออสเตรเลียจุดประกายความหวังให้แก่ประเทศอื่นๆ ให้กล้าที่จะดำเนินนโยบายเหล่านี้ต่อไป ผลการวิจัยทางการแพทย์ตอกย้ำว่า บุห์รีเป็น สาเหตุแห่งการเสียชีวิตจำนวนมากถึง 6 ล้านคนต่อปี องค์การอนามัยโลกคาดว่า ใน อนาคต หากประเทศต่างๆ ไม่ดำเนินการมาตรการที่เคร่งครัด บุห์รีอาจจะเป็นสาเหตุแห่งการ เสียชีวิตคนถึง 8 ล้านคนต่อปีได้

เมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2015 ประเทศไอร์แลนด์ (Ireland) เป็นประเทศที่สองในโลกนับจากออสเตรเลียที่ประกาศใช้มาตรการเดียวกันต่ออุตสาหกรรมยาสูบ Dr. James Reilly รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกิจการเด็กและเยาวชน ให้สัมภาษณ์ถึงเหตุผลที่ประกาศมาตรการดังกล่าว เพราะ 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรมีสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากบุหรี่ รัฐบาลไอร์แลนด์มีความตั้งใจให้ประเทศของตนปราศจากบุหรี่ภายในปี ค.ศ. 2025 และที่สำคัญที่สุดการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพของของบุหรี่แบบเรียบปราศสีสันของประเทศออสเตรเลียมีประสิทธิภาพมาก จากสถิติพบว่าขณะนี้อัตราการติดบุหรี่มีตัวเลขน้อยที่สุดในประวัติศาสตร์ของออสเตรเลียเท่าที่เคยมีมา สร้างความมั่นใจให้แก่ประเทศ ไอร์แลนด์ ตัดสินใจดำเนินมาตรการนี้ด้วย แม้ว่าจะได้รับความกดดันและต่อต้านภายในประเทศจากผู้ค้าและคาดหมายไว้ว่า ไม่นานผู้ค้าเหล่านี้ก็นำคดีขึ้นฟ้องร้องศาลเช่นเดียวกัน

การวิจัยขยายขอบเขตโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อพิสูจน์ข้อสมมุติฐานที่กระทรวงสาธารณสุขยกมากล่าวอ้างว่า คำเตือนสุขภาพส่งผลแท้จริงต่อผู้บริโภค เทคโนโลยีนี้มีชื่อว่า Eye Tracking โดยนักวิจัยจาก University of Bristol ประเทศอังกฤษ Dr. Olivia Maynard เสนอว่าจากผลการวิจัยภาพคำเตือนสุขภาพ (Graphic Health Warning) มีประสิทธิภาพและส่งผลได้จริงต่อความรู้สึกผ่านประสาทสัมผัสทางตา ผลวิเคราะห์เสนอว่าของบุหรี่แบบเรียบปราศสีสัน ทำให้ความสนใจทั้งหมดผ่านการมองเห็นนั้นอยู่ที่ภาพคำเตือน โดยลดความสนใจจากชื่อตราสินค้าบุหรี่ Dr. Olivia Maynard กล่าวด้วยว่า รูปภาพคำเตือนคือกุญแจสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่และไม่ได้สูบบุหรี่ถึงพิษภัยอันร้ายแรงของบุหรี่ เมื่อเดือนมิถุนายน ปีค.ศ. 2014 ผลงานวิจัยชิ้นนี้ได้รับรางวัลงานวิจัยยอดเยี่ยม จากสภาวิจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (Economic and Social Research Council: ESRC) แต่มีใช้นักวิชาการทุกคน ที่มีความเชื่อว่านโยบายของบุหรี่แบบเรียบปราศสีสันมีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูบบุหรี่จะเลิกสูบบุหรี่ได้จริง Professor Chris Armitage แห่ง University of Manchester มีข้อกังวลว่าผู้ที่ติดบุหรี่จริงและสูบบุหรี่เป็นประจำ ไม่ได้ให้ความสนใจกับคำเตือนทางสุขภาพเท่าที่ควร เขาคิดว่าการห้ามโฆษณาตราสินค้าบนซองบุหรี่บีบบังคับให้เกิดการพัฒนาการโฆษณาออนไลน์ของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ หรือ e-cigarette advertising เพิ่มมากขึ้นในอนาคต Professor Chris Armitage เสนอด้วยว่า จากหลักฐานการวิเคราะห์พบว่าการเพิ่มภาษีอากรน่าจะมีประสิทธิภาพที่สุดเพื่อลดการบริโภคบุหรี่ของประชากร

บทสรุปของอุตสาหกรรมยาสูบใช้หีบห่อผลิตภัณฑ์เป็นช่องทางที่สำคัญในการทำการตลาด โฆษณา ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างภาพลักษณ์และส่งเสริมการขาย เพราะคุณค่าทางการตลาดเพิ่มมากขึ้น เมื่อการโฆษณาและการเป็นผู้อุปถัมภ์กิจกรรมโดยอุตสาหกรรมยาสูบถูกจำกัดมากขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ดังนั้น หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบจึงกลายเป็นช่องทางทางการตลาดที่สำคัญเพื่อเข้าถึงผู้บริโภค

เมื่ออุตสาหกรรมยาสูบใช้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นช่องทางในการสื่อสาร พื้นที่ดังกล่าวสามารถใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารโดยภาครัฐได้เช่นกัน ภาพและคำเตือนสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นมาตรการหนึ่งทางนโยบายสาธารณะที่สำคัญในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการที่น้อยมาก

หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบปราศสีสันแบบเรียบเป็นการแก้ไขปัญหาย่างครอบคลุมเพื่อไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารที่ทำให้ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจผิดของ/กล่องบุหรี่ปราศจากสีสันจะทำให้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นมาตรฐานเดียวกันหมด ซึ่งจะลดสถานะและบทบาทของหีบห่อผลิตภัณฑ์ในการสื่อสารและดึงดูดความสนใจ

ถึงแม้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบต่อต้านหีบห่อผลิตภัณฑ์ปราศสีสันอย่างรุนแรงเพื่อปกป้องเครื่องหมายการค้า โดยอ้างว่าเป็นการละเมิดความตกลงทางการค้าสากลและสิทธิทางปัญญา แต่ความตกลงทางการค้าสากลมีข้อยกเว้นสำหรับประเด็นทางสุขภาพซึ่งประสบความสำเร็จในการให้ความสำคัญทางสุขภาพมากกว่าการค้าการที่รัฐบาลประเทศต่างๆ บังคับให้บริษัทยาสูบพิมพ์ภาพและคำเตือนสุขภาพบนซอง/กล่องบุหรี่ และยังมีประเทศใดต้องจ่ายค่าชดเชยให้กับบริษัทบุหรี่ที่พยายามจะอ้างว่า “สูญเสียเอกลักษณ์ของตราสินค้า” คือข้อเท็จจริงว่าข้อกล่าวอ้างโดยอุตสาหกรรมยาสูบว่าการออกแบบซอง/กล่องบุหรี่เป็นทรัพย์สินทางปัญญาเชิงพาณิชย์ ซึ่งจะละเมิดมิได้ ไม่เป็นความจริง

ชัยชนะของนโยบายสาธารณสุขภายในประเทศออสเตรเลีย ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวที่น่าชื่นชมทั่วโลก

รายงานจากสำนักข่าวบลูมเบิร์ก เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2560 แจ้งว่าทางองค์การการค้าโลก (WTO) พิจารณาและลงมติยอมรับกฎหมายของประเทศออสเตรเลียที่บังคับใช้ซองบุหรี่ปราศสีสันและเป็นมาตรฐาน (plain and standardized packaging) ซึ่ง

มติดังกล่าวขององค์การการค้าโลกยอมรับว่ากฎหมายดังกล่าวของประเทศออสเตรเลีย เป็นมาตรการทางด้านสาธารณสุขที่ถูกต้อง

ประเทศออสเตรเลียประกาศบังคับใช้กฎหมายของบุหรี่ปราศสีสันและเป็น มาตรฐานตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 และบริษัท ฟิลิป มอริส ได้นำกรณีดังกล่าวเข้าสู่การเป็นคดี ความต่อองค์การการค้าโลกเพื่อตัดสิน และถึงแม้ว่าการประกาศมติอย่างเป็นทางการของ องค์การการค้าโลกจะกำหนดในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 แต่สำนักข่าวบลูมเบิร์กอ้างอิง จากสองแหล่งข่าวที่ใกล้ชิดกับคดีดังกล่าวผู้ได้เห็นร่างมติอย่างเป็นทางการขององค์การการค้า โลก เมื่อปีที่แล้ว (พ.ศ. 2559) ประเทศอังกฤษ ไอร์แลนด์ และฝรั่งเศส ได้ผ่านร่างกฎหมาย ของบุหรี่ปราศสีสันและเป็นมาตรฐาน ซึ่งมีผลบังคับใช้ในปีนี้ (พ.ศ. 2560) ในขณะที่ ประเทศฮังการี นิวซีแลนด์ แคนาดา แอฟริกาใต้ ต่างก็ดำเนินการผลักดันกฎหมายดังกล่าว ในประเทศของตน (Miles T and Geller M, 2017)

สรุป การที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ในการลดแนวโน้มการบริโภคยาสูบในระดับโลก จำเป็นจะต้องควบคุมและเปลี่ยนแปลงมิติต่างๆ ของสังคมให้ครอบคลุมมากขึ้น มาตรการ ต่างๆ ควรจะครอบคลุมตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานต่างๆ รวมถึงวิธีการในการ ดำเนินการปลูก ผลิตและการค้าใบยาสูบในหลายๆ ประเทศ การควบคุมทางสังคมที่ ครอบคลุมมากขึ้นเพื่อเป้าประสงค์ในการลดความชุกของโรคไม่ใช้สิ่งใหม่ และเป็น ความหวังของเวชศาสตร์สังคมและสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ในการตั้งเป้าสำหรับ แนวโน้มการบริโภคยาสูบระดับโลก ความตกลงทางการค้าระหว่างประเทศนับเป็นภัย คุกคามความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรโลกที่สำคัญอย่างมาก เพราะความตกลง การค้าเสรีมีอิทธิพลต่อรัฐบาลของประเทศต่างๆ ในการออก กฎ ระเบียบ และมาตรการ ต่างๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้น รัฐบาลควรจะยกเว้นสินค้าประเภทยาสูบออก จากการเจรจาการค้าเสรี เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนจากอิทธิพลของอุตสาหกรรม ยาสูบ



บทที่ 14

การปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบโลก

โดย ฉัตรสมน พฤตมิถุน

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. หลักเกณฑ์ตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ ขององค์การอนามัยโลก
2. สถานการณ์การปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ ของประเทศไทย
3. ผลการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ

1. หลักเกณฑ์ตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ ขององค์การอนามัยโลก

กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบฯ ทำให้ประเทศต่างๆ สามารถกำหนดมาตรการการควบคุมยาสูบตามมาตรฐานต่างๆ ของกรอบอนุสัญญาฯ ทั้งนี้ ข้อกำหนดต่างๆ ภายใต้กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นข้อกำหนดขั้นต่ำ ที่รัฐภาคีสามารถที่จะกำหนดมาตรการหรือกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดกว่าได้ ซึ่งการที่ประเทศไทยยกเว้นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่นี้ ก็ได้นำข้อกำหนดที่เกี่ยวกับการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการลดการเข้าถึงยาสูบของเด็กและเยาวชน มาบัญญัติไว้ โดยไม่มีบทบัญญัติใด ที่เข้มงวดไปกว่าที่กำหนดไว้ในกรอบอนุสัญญาฯ จึงไม่ใช่ร่างกฎหมายที่ส่อขัดแย้ง ตามที่ธุรกิจยาสูบกล่าวอ้าง หรือบิดเบือนข้อเท็จจริงแก่สาธารณะในช่วงที่ผ่านมา (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2558)

1.1 หลักการที่ประเทศสมาชิกต้องอนุวัติตาม

กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ ขององค์การอนามัยโลก มีหลักการสำคัญที่ประเทศต่างๆ ต้องอนุวัติเป็นกฎหมายภายในของแต่ละประเทศและในบางประเทศก็มีหลัก

กฎหมายสารบัญญัติอยู่แล้ว แต่สารบัญญัติอาจไม่ครบถ้วนซึ่งต้องมาปรับให้สอดคล้องครบถ้วนเท่าที่ไม่ขัดต่อรัฐธรรมนูญของประเทศกับกรอบอนุสัญญาฯ หลักกฎหมายที่อยู่ในกรอบอนุสัญญาฯ มีดังนี้

มาตรา 5 พันธกรณีทั่วไปและการป้องกันการแทรกแซงจากรัฐกิจยาสูบ

มาตรานี้เป็นพันธกรณีที่จะต้องดำเนินงานตามบทบัญญัติต่าง ๆ สาระสำคัญอยู่ที่มาตรา 5.3 “การจัดทำและการบังคับใช้นโยบายสาธารณสุขในด้านการควบคุมยาสูบของภาคี โดยให้ภาคีคุ้มครองนโยบายควบคุมยาสูบจากผลประโยชน์ทางการค้าที่มีอุตสาหกรรมยาสูบให้เป็นไปตามกฎหมาย”

มาตรา 6 มาตรการด้านราคาและภาษีเพื่อลดอุปสงค์ของยาสูบ

มาตรานี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายทางราคาและภาษีให้เหมาะสมเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณการบริโภคยาสูบของประชาชน รวมถึงการห้ามหรือจำกัดการจำหน่าย การนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบซึ่งปลอดจากภาษีศุลกากรและภาษีสรรพากรของบุคคลที่เดินทางระหว่างประเทศ

มาตรา 8 การปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบ

มาตรานี้กับการปกป้องการสูดดมควันยาสูบที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต การเกิดโรคและความพิการ โดยกำหนดและใช้มาตรการทางนิติบัญญัติ มาตรการบริหาร มาตรการทางการปกครองหรือมาตรการอื่นที่มีประสิทธิภาพ เพื่อดำเนินการจัดให้มีการปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบในสถานที่ทำงานซึ่งอยู่ในตัวอาคาร ระบบขนส่งมวลชน สถานที่สาธารณะในตัวอาคาร และสถานที่สาธารณะอื่นๆ ที่เหมาะสม

มาตรา 9 การควบคุมสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ และมาตรา 10 เกณฑ์การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรานี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการทดสอบ วัด ปริมาณและควบคุมสารต่าง ๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบและสารต่างๆ ที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ และมาตรา 10 มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพที่กำหนดให้ผู้ผลิตและผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารต่างๆ ที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อหน่วยงานภาครัฐ ให้เป็นไปตามกฎหมาย รวมทั้งเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสารพิษของผลิตภัณฑ์ยาสูบและสารพิษซึ่งอาจปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อสาธารณชน

มาตรา 11 การบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรานี้มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการให้ภาคีออกกำหนดและใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อทำให้มั่นใจในผลิตภัณฑ์ยาสูบแต่ละซอง / กล่อง / หีบห่อ หรือบรรจุภัณฑ์หรือฉลากภายนอกของผลิตภัณฑ์ต้องแสดงคำเตือนด้านสุขภาพซึ่งระบุถึงอันตรายการใช้ยาสูบและข้อความคำเตือนอื่นๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังต้องไม่มีการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ที่ทำให้เกิดการเข้าใจผิด เป็นการหลอกหลวง หรือทำให้มีความรู้สึกผิดๆ ที่เกี่ยวกับลักษณะผลิตภัณฑ์ ผลกระทบต่อสุขภาพ หรือสารที่ปล่อยออกมาจากการบริโภค

มาตรา 12 การให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน

มาตรานี้ประเทศภาคีจะต้องช่วยส่งเสริมและเสริมสร้างจิตสำนึกของสาธารณชนในการควบคุมยาสูบโดยใช้เครื่องมือสื่อสารที่มีตามความเหมาะสม และใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพต่อการเข้าถึงการให้การศึกษาและสร้างจิตสำนึกในเรื่องของความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ และการสูดดมควันยาสูบ รวมถึงมีการฝึกอบรมที่เหมาะสมซึ่งจัดให้แก่บุคลากร เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ชุมชน เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ผู้ประกอบวิชาชีพมวลชน นักการศึกษา ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ผู้บริหาร และบุคคลที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการพัฒนาและดำเนินโครงการในการควบคุมยาสูบ

มาตรา 13 การโฆษณา ยาสูบ การส่งเสริมการขายยาสูบ และการให้การสนับสนุนโดยยาสูบ

มาตรานี้เน้นการห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขาย และให้การสนับสนุนยาสูบอย่างครอบคลุมโดยใช้มาตรการหรือกฎหมายกำหนดให้มีคำเตือนหรือข้อความด้านสุขภาพหรือด้านอื่น ๆ ตามความเหมาะสมที่จะมาพร้อมกับการโฆษณา ยาสูบไม่ว่าจะผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ หรือสื่ออื่น ๆ เช่น อินเทอร์เน็ตนอกจากนี้ทุกประเทศควรให้ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการห้าอย่างครอบคลุมและไม่สนับสนุนยาสูบในลักษณะข้ามพรมแดน

มาตรา 14 มาตรการลดอุปสงค์เกี่ยวกับการติดยาสูบและการเลิกยาสูบ

มาตรานี้เกี่ยวกับการให้ภาคีพยายามช่วยกันออกแบบโครงการที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ยังควรที่จะต้องรวบรวมการวินิจฉัยโรคและการ

บำบัดรักษา การจัดตั้งโครงการศูนย์ฟื้นฟูรักษาสุขภาพเพื่อวินิจฉัย ให้คำปรึกษาป้องกัน และรักษาการติดยาหรือได้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาและเผยแพร่คู่มือเกี่ยวกับการติดยาสูบและเลิกยาสูบให้ครบถ้วน ครอบคลุม และเหมาะสม

มาตรา 15 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

การจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายในทุกรูปแบบ รวมทั้งการลักลอบขนส่งผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น การผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผิดกฎหมาย และการกระทำผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอม รวมถึงการพัฒนากระบวนการติดตามและสืบหาให้มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยในการสืบสวนเกี่ยวกับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

มาตรา 16 มาตรการที่ห้ามมิให้มีการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกฎหมาย รวมถึงการส่งเสริมให้มีการห้ามแจกจ่ายและห้ามแบ่งขายบุหรี่ให้แก่สาธารณชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เยาว์ หรือเพื่อเพิ่มความสามารถในการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบของผู้เยาว์รวมทั้งกำหนดบทลงโทษแก่ผู้ขายหรือผู้จัดจำหน่ายเพื่อให้ปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

มาตรา 17 บทบัญญัติเกี่ยวกับการสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐกิจแก่คนงานยาสูบ ผู้ปลูกยาสูบ และผู้ขายยาสูบรายย่อย และมาตรา 18 การคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของบุคคล

มาตรา 19 ความรับผิดชอบ

มาตรานี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมยาสูบ โดยมีสาระสำคัญ 2 ประเด็นด้วยกัน คือ การพิจารณาดำเนินการด้านกฎหมายที่จำเป็น ส่งเสริมการใช้กฎหมายที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความรับผิดชอบในทางแพ่งและทางอาญารวมถึงการชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามความเหมาะสม และอีกประเด็นที่เกี่ยวกับความร่วมมือกันในการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคยาสูบและสูดดมควันยาสูบ ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ ที่มีผลใช้บังคับตลอดจนหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

มาตรา 20 การวิจัย การเฝ้าระวัง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวข้องกับ 1) การให้ส่งเสริมการอบรมให้แก่บุคลากรด้านการควบคุมยาสูบ และการประเมินผลการปฏิบัติการกำหนดหน่วยงานระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับภูมิภาคให้มากขึ้น และ 2) บูรณาการโครงการเฝ้าระวังยาสูบร่วมกับโครงการเฝ้าระวังทางสุขภาพในระดับชาติและ

ภูมิภาค เพื่อสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ในระดับภูมิภาคและนานาชาติ
ได้

มาตรา 22 ความร่วมมือในด้านวิทยาศาสตร์ ด้านเทคนิค และด้านกฎหมาย
ตลอดจนการจัดสรรความชำนาญที่เกี่ยวข้อง

มาตรานี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือโดยตรงหรือผ่านหน่วยงาน
ระหว่างประเทศในสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญด้านเทคนิค
วิทยาศาสตร์ และกฎหมาย เพื่อจัดตั้งและเสริมสร้างกลยุทธในการควบคุมการบริโภค
ยาสูบ

1.2 กลไกการควบคุมและสถานการณ์การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของไทย

1.2.1 กลไกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ประเทศไทยมีกลไกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งประกอบด้วย

1) กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World
Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC)

2) นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก ได้แก่
MPOWER

3) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 (ยกเลิกพระราชบัญญัติ
คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
พ.ศ. 2535)

4) คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ

5) คณะกรรมการควบคุมการผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร

6) คณะกรรมการควบคุมการผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

7) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ

1.2.2 สถานการณ์การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกได้ส่งตัวแทนมาประเมินประเทศไทยเกี่ยวกับ
มาตรการการควบคุมยาสูบ (วันที่ 2-13 พฤศจิกายน 2551) พบว่า รัฐสามารถดำเนิน
มาตรการควบคุมยาสูบ รวมถึงวิธีการปฏิบัติหลักในการลดการบริโภคยาสูบโดยเฉพาะใน

ด้านการบรรจุหีบห่อ และการติดฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ การห้ามโฆษณา และสถานที่
สาธารณะปลอดบุหรี่ เนื่องจากผลของมาตรการเหล่านี้ ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของทั้งสอง
เพศลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา รวมทั้งการได้รับควันบุหรี่มือสองใน
ครัวเรือนลดลง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ลดลง แต่ความท้าทายยังคงมีอยู่
กล่าวคืออัตราการสูบบุหรี่ในผู้ชายที่บรรลุนิติภาวะแล้วยังคงสูงอัตราส่วนของผู้หญิงรุ่น
ใหม่ที่สูบบุหรี่สูงกว่ารุ่นก่อนๆ และการได้รับควันบุหรี่มือสองยังคงอยู่ในระดับที่ยอมรับ
ไม่ได้

ในบางหน่วยงานของรัฐบาลและภาคประชาสังคมอาจทำให้มองข้ามความทำ
ทนายของงานที่เหลือซึ่งต้องทำเพื่อควบคุมยาสูบในประเทศไทยกฎหมายที่ผ่านมาถึง
ปัจจุบันอนุญาตให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะได้ในบางพื้นที่และไม่เป็นไปตามข้อ 8 (ความ
คุ้มครองจากการได้รับควันยาสูบมือสอง) แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ
ขององค์การอนามัยโลกดังนั้น ควรมีการเสริมสร้างการบังคับใช้กฎหมายต่อไป (สำนัก
ควบคุมการบริโภคยาสูบ)

การประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินงานนโยบายควบคุมยาสูบ
ของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ

- ภาวะผู้นำอย่างต่อเนื่องของภาคประชาสังคมด้านการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการ
มีผู้นำรุ่นใหม่และการมีองค์กรใหม่ๆ ในการควบคุมยาสูบเพิ่มขึ้น

- การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานภาครัฐในการควบคุมยาสูบมากขึ้น

- การสนับสนุนเงินทุนเพื่อการควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่อง

- ให้ความสำคัญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติโดยการ
มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีกลไกในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ และรวมถึงมีระบบ
การติดตามประเมินผล

- สร้างความตระหนักของประชาชนในเรื่องการควบคุมยาสูบ โดยใช้การรณรงค์
ผ่านสื่ออย่างมีประสิทธิภาพ

และยังมีข้อเสนอแนะเป็นแนวทางในการดำเนินการและสร้างความก้าวหน้าด้าน
การควบคุมยาสูบที่ยั่งยืนของประเทศไทย คือ

- การเพิ่มราคายาสูบผ่านการเก็บภาษียาสูบ โดยคำนึงถึงอัตราเงินเฟ้อที่เพิ่มขึ้น
รวมถึงการเพิ่มภาษีบุหรี่มวนเอง

- การจัดให้พื้นที่ภายในอาคารของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน รวมไปถึงพื้นที่ที่ไม่มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์เพื่อเป็นการปกป้องคนทำงานและสาธารณสุขจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

- การสนับสนุนการบริการเลิกยาสูบให้แก่ผู้บริโภคยาสูบทุกคน โดยเพิ่มกิจกรรมการเลิกบุหรี่ เข้าไปในระบบการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

จากรายงานของจำนวน 126 ประเทศ ในปี พ.ศ. 2554 อุปสรรคที่สำคัญที่สุด 4 ประการแรก ในการที่รัฐภาคีจะดำเนินการตามข้อกำหนดของ FCTC (ประภคิต วาที่สาธกคคก 2554) คคค

1. การแทรกแซง และขัดขวางนโยบายควบคุมยาสูบ โดยธุรกิจยาสูบ
2. ขาดความมุ่งมั่นทางการเมือง (Political will)
3. การได้รับงบประมาณในการควบคุมยาสูบที่ไม่เพียงพอ
4. การขาดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ทั้งหน่วยงานภาครัฐและ

เอกชน

การประเมินขีดความสามารถของประเทศไทยในการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามนโยบาย MPOWER (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค 2555) ได้มีการเสนอข้อแนะนำด้านเสริมสร้างและยกระดับรูปแบบการควบคุมยาสูบของไทยโดยกำหนดและพัฒนาผู้นำในอนาคตเพื่อการควบคุมยาสูบทั้งภายในรัฐบาลและภาคประชาสังคมเสริมขีดความสามารถของรัฐบาลในการนำความเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบายประสานความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการวางแผนการควบคุมยาสูบและดำเนินยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบอย่างยั่งยืน

องค์การอนามัยโลกได้ติดตามการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยอีกเป็นครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 และได้ร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย โดยแบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ
2. การเสริมสร้างบทบาทที่เข้มแข็งของภาครัฐในการควบคุมยาสูบ
3. การสนับสนุนให้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ
4. การเพิ่มภาษี/เพิ่มราคานูหรี ผ่านระบบการจัดเก็บภาษี

5. นโยบาย/สร้างระบบบริการช่วยเหลือกัญหรี

2. สถานการณ์การปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ ของประเทศไทย

การปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ ของประเทศไทยเมื่อพิจารณารายมาตรา พบ ข้อมูล ดังนี้

ตามมาตรา 5 พันธกรณีทั่วไป พบว่า

1. กระทรวงสาธารณสุขได้มีจัดทำ “แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559-2562” โดยประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ, ยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเข้าไปยังเด็ก เยาวชน และนักสูบบุหรี่ใหม่, ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ, ยุทธศาสตร์ที่ 4 ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันกัญหรี และยุทธศาสตร์ที่ 6 ใช้มาตรการทางภาษีและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบโดยผ่านการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีในวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2559 และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ฯ

2. ในประเทศไทยได้มีการจัดตั้งหน่วยงานหลักที่มีอำนาจรับผิดชอบการควบคุมยาสูบของประเทศไทยคือ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลัง

3. โรงงานยาสูบเคยได้รับสิทธิพิเศษทางภาษีอากรจากรัฐโดยได้รับยกเว้นการจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่ม ในขณะที่กัญหรีนำเข้ามีภาระทางภาษีมูลค่าเพิ่มสูงกว่ากัญหรีในประเทศ ซึ่งเป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้ประเทศไทยแพ้คดีพิพาทกรณีพิพาทเรื่องสินค้ากัญหรีระหว่างไทยกับฟิลิปปินส์ขององค์การการค้าโลก แต่ในปัจจุบันได้มีการแก้ไขปรับปรุงในเรื่องของภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT)

4. การรวมกฎหมายทั้งสองฉบับอันได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 เป็นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกขององค์การอนามัยโลก Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ครอบคลุมความหมายยาสูบ อายุขั้นต่ำในการจำหน่ายยาสูบ การป้องกันเยาวชน

ในการสูบบุหรี่ การแบ่งแยกของจำหน่าย การโฆษณายาสูบการส่งเสริมการขายยาสูบและ การให้การสนับสนุนโดยยาสูบ

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 6 มาตรการด้านราคาและมาตรการทาง ภาษีเพื่อลดอุปสงค์ยาสูบ พบว่า

1. มีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซีกาแรต รวม 11 ครั้ง โดยล่าสุดในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2559 ประกาศใช้กฎกระทรวงขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซีกาแรตในอัตราตาม มูลค่าจากร้อยละ 87 เป็นร้อยละ 90 และอัตราตามปริมาณจากกรัมละ 1 บาท เป็น 1.10 บาท ในระยะที่ผ่านมาจากการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตทำให้กรมสรรพสามิตจัดเก็บภาษี ยาสูบได้เป็นมูลค่าเพิ่มขึ้น

2. อัตราภาษีจะใช้อัตราผสมแบบสองเลือกหนึ่งคือใช้อัตราภาษีตามมูลค่า (Ad Valorem) คิดเป็นร้อยละของราคา หรืออัตราภาษีตามปริมาณ (Specific) เลือกใช้อัตรา แบบใดขึ้นกับมูลค่าภาษีที่คำนวณได้ว่าจะมีมูลค่าเป็นตัวเงินมากกว่ากัน ก็จะจัดเก็บ ในอัตรานั้น และมีการส่งภาษีร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตยาสูบเข้ากองทุนสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.)

3. การอนุญาตให้ผู้เดินทางเข้าประเทศสามารถนำบุหรี่ซีกาแรตเข้ามาเพื่อ บริโภคซึ่งสำหรับประเทศไทยมีการอนุญาตให้สามารถนำเข้ามาได้ในปริมาณไม่เกิน 200 มวนหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นได้ไม่เกิน 250 กรัม

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 8 การปกป้องบุคคลจากการสูดดมควัน ยาสูบ พบว่า

1. ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 ในเรื่องสถานที่สาธารณะ ปลอดควันบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยการควบคุมกำกับหน่วยงานในสังคมตามกฎหมาย

2. การผลักดันและสนับสนุนให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานควบคุม ยาสูบในระดับจังหวัด เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

3. การประสานงานหน่วยงานส่งเสริมการท่องเที่ยวในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานการ ท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด หอการค้าจังหวัด และสมาคมส่งเสริมธุรกิจท่องเที่ยวไทย ในการ กำชับนักท่องเที่ยวเรื่องเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

4. การส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการดำเนินการตามมาตรการมหาวิทยาลัย
ปลอดบุหรี่รวมทั้งสถานประกอบการปลอดบุหรี่ โดยปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 1,000 แห่งที่ร่วม
ดำเนินการ

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 9 การควบคุมสารต่างๆ ที่อยู่ใน
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และมาตรา 10 เกณฑ์การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ

พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มาตรา 11 ระบุว่า ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่
จะขายจะต้องมาส่วนประกอบตามมาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวง

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 11 การบรรจุหีบห่อและติดป้าย
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พบว่า

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 15) พ.ศ. 2554 เรื่องข้อความที่อาจ
ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือจูงใจให้บริโภคในฉลากของซองบุหรี่และยาเส้น มีผลใช้บังคับ
ตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2555

2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 16) พ.ศ. 2554 เรื่องการแสดงข้อความ
เกี่ยวกับสารพิษและสารก่อมะเร็งในฉลากของซองบุหรี่ซีกาเรต เริ่มมีผลบังคับใช้

3. กระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศกระทรวงฯ พ.ศ. 2556 เพิ่มขนาดคำเตือน
พิษภัยบนซองบุหรี่ จากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 85 โดยให้จัดพิมพ์ภาพ ข้อความคำเตือน
10 แบบคละกัน ในอัตรา 1 แบบ ต่อ 5,000 ซอง กำหนดให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 2 ตุลาคม
พ.ศ. 2556

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 12 การให้การศึกษา การสื่อสาร การ
ฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชนมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการ
ดำเนินการโรงเรียน /สถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยมีโรงเรียนเข้าร่วมมากกว่า 1,000 แห่ง
เพื่อลดจำนวนปริมาณนักสูบบุหรี่ใหม่ให้ลงได้ อีกทั้งมีการพัฒนาหลักสูตรการควบคุม
ยาสูบให้แก่นักศึกษา และกลุ่มสาขาวิชาชีพสุขภาพ และกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึง
พิษภัยบุหรี่ รวมทั้งรู้เท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ และจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ใน
สถานที่สาธารณะ สถานที่ราชการ สถานประกอบการ และหน่วยงานต่างๆ

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 13 การโฆษณายาสูบ การส่งเสริมการขายยาสูบ และการให้การสนับสนุนโดยยาสูบ พบว่า

1. ประเทศไทยมีกฎหมายห้ามการโฆษณา และการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ในทุกรูปแบบ รวมทั้งการห้ามการตั้งแสดงบูทหรือ ฌ จุดขาย
2. การจัดทำสื่อรณรงค์ เรื่องยาเส้นอันตราย ตายเหมือนบุหรี่
3. การจัดทำหนังสือไม่รับการสนับสนุนกิจกรรม CSR จากอุตสาหกรรมยาสูบโดยมีหนังสือจากกรมควบคุมโรคแจ้งไปยังหน่วยงานราชการ
4. คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้สถานีโทรทัศน์ขึ้นค่าเตือนด้านสุขภาพ

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 14 มาตรการลดอุปสงค์เกี่ยวกับการติดยาสูบและการเลิกยาสูบ พบว่า

1. ระบบการให้บริการเลิกยาสูบและระบบส่งต่อผู้บริโภคยาสูบแบบบูรณาการ และยกเว้นค่าใช้จ่ายการเรียกเข้าหมายเลข 1600 ให้เป็นหมายเลขพิเศษ โดยผู้บริโภadyาสูบสามารถโทรเข้าได้ทุกที่ทั่วประเทศไทย
2. พัฒนาสถานพยาบาลให้บริการเลิกสูบบุหรี่แบบบูรณาการ มีมาตรฐาน และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยมีสมาชิกคลินิกฟ้าใส จำนวน 310 แห่งใน 77 จังหวัด รวมไปถึงโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 555 แห่งทั่วประเทศ และการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาคุณภาพคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลกว่า 200 แห่ง

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 15 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย พบว่า

1. การตั้งคณะทำงานป้องกันและปราบปรามยาสูบผิดกฎหมายเพื่อดำเนินการกำกับติดตามการแก้ไขสถานการณ์และการประชุมประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
2. การบังคับใช้กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับมาตรการด้านความปลอดภัยและการป้องกันในการจัดเก็บและขนส่งสินค้า รวมถึงมีการกำหนดบทลงโทษตามความผิด

3. การกำหนดมาตรการในการใช้เทคนิคการสืบสวนพิเศษที่ใช้เฉพาะการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ได้มีการประสานงานรวบรวมข้อมูลผลการป้องกันและปราบปรามยาสูบผิดกฎหมาย และดำเนินโครงการเฉพาะกิจด้านการสกัดกั้นยาสูบที่มีขอบข่ายกฎหมายตามแนวตะเข็บชายแดน

4. การศึกษาข้อมูล การจัดทำโครงการระบบการสืบค้น ติดตาม และการศึกษา การดำเนินงานมาตรการทางกฎหมาย การดำเนินงานระงับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือวิธีการสื่อสารโทรคมนาคมอื่นๆ การดำเนินงานศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมรวมทั้งการปรับปรุงบทลงโทษเพื่อนำเสนอแนวทางดำเนินการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายและอุปกรณ์ที่ใช้ในการกระทำผิด

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 16 การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์ และการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้เยาว์ พบว่า

1. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตรา 26 (10) ห้ามการให้บุหรี่แก่เด็ก

2. พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 มาตรา 22 ระบุว่า การขายยาเส้นต้องขายทั้งซอง ห้ามแบ่งขายนอกจากยาเส้นที่ทำจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมือง ข้อสังเกตกฎหมายห้ามเฉพาะการขายยาเส้นแบบแบ่งขาย แต่ไม่ได้ห้ามการขายยาสูบแบบแบ่งขาย

3. พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 บัญญัติมิให้ขายบุหรี่แก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปี

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 17 และ 18 บทบัญญัติเกี่ยวกับการสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐกิจ และการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของบุคคล พบว่า ประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในเรื่องการปลูกพืชทดแทน แต่มีการศึกษาวิจัยเพื่อเตรียมผลักดันนโยบาย ได้แก่ การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบในการปลูกพืชทดแทนของเกษตรกรใบยาสูบในเขตภาคเหนือ สนับสนุนโดยกรมควบคุมโรค

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 19 ความรับผิด

1. ประเทศไทยมีการดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ ดังนี้

- ชั้นจับกุม สอบสวน และเปรียบเทียบปรับโดยเจ้าพนักงาน (ยังไม่มีข้อมูล)

- กรณีที่คดีเข้าสู่การพิจารณาของศาล ได้แก่ คดีหมายเลขแดงที่ 1133/2544 ศาล
มุกดาหาร (คดีสติ๊กเกอร์ คาร์เมล) คำพิพากษาศาลอาญา คดีเลขแดงที่ 5083/2549 (คดี
ณ จุดขายเซเว่น คดีเลขแดงที่ 4185/2552 (คดี TABINFO) และล่าสุดคดีอัยการสูงสุดฟ้อง
บริษัท ฟิลิป มอริส สหกิจเลี้ยงภาชี

2. สำหรับคดีแพ่งเรียกค่าสินไหมทดแทนยังไม่มีคดีดำเนินคดี

3. มีหน่วยงานที่รวบรวมข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพหลายหน่วยงาน ได้แก่ สำนัก
ควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการ
รวบรวมข้อมูลด้านกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ ที่มีผลบังคับใช้

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 20 การวิจัย การเฝ้าระวัง และการ
แลกเปลี่ยนข้อมูล

1. ประเทศไทยมีการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังการระบาดของการบริโภคยาสูบ
ระดับชาติดังนี้

- การสำรวจระดับชาติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คือโครงการสำรวจอนามัยและ
สวัสดิการ (สำรวจทุก 5 ปี) และโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ
ประชากร (สำรวจทุก 2 ปี)

- การวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่องโดยใช้ฐานข้อมูลจาก
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (Health
Exam Survey) โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)

- การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยศูนย์ข้อมูลโรค
ไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

2. ระบบการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบโดยประสานงานกับองค์กรระดับภูมิภาค
และนานาชาติ ดังนี้

- การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนระดับโลก (Global youth tobacco survey: GYTS)
- การสำรวจวิชาชีพสุขภาพระดับโลก (Global Health Professional Survey: GHPS)
- การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey : GATS)

3. การแลกเปลี่ยนข้อมูล South East Asia Tobacco control Alliance หรือ SEATCA ได้มีการประสานข้อมูลระหว่างประเทศไทยกับประเทศภาคีสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อการควบคุมยาสูบ รวมทั้งมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบให้กับประเทศสมาชิก

สถานการณ์ของประเทศไทยตามมาตรา 22 ความร่วมมือในด้านวิทยาศาสตร์ ด้านเทคนิค และด้านกฎหมาย และการจัดสรรความชำนาญที่เกี่ยวข้อง

- 1) ประเทศไทยมีองค์กร หน่วยงานที่มีศักยภาพ และดำเนินการในด้านเทคนิค วิทยาศาสตร์กฎหมาย และการวิจัย
- 2) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และความช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศด้านการส่งต่อความรู้ เทคโนโลยี ทักษะต่างๆ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ แรงงานยาสูบ และเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ

3. ผลการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ องค์การอนามัยโลก

การประเมินนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ MPOWER ประกอบด้วย

- 1) การกำกับนโยบายการป้องกันและควบคุมการใช้ยาสูบ (Monitor tobacco use and prevention policies)
- 2) การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protect people from tobacco smoke)
- 3) การให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ (Offer help to quit tobacco use)

- 4) การเตือนถึงอันตรายของยาสูบ (Warn about the dangers of tobacco)
- 5) การบังคับการห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายและสปอนเซอร์ (Enforce bans on advertising, promotion, sponsorship)
- 6) การขึ้นภาษียาสูบ (Raise taxes on tobacco products)

สมรรถนะการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยใช้ MPOWER มีรายละเอียด ดังนี้ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สีตบุตร, 2559)

3.1 การกำกับนโยบายการป้องกันและควบคุมการใช้อยาสูบ (M: Monitor tobacco use and prevention policies)

มาตรา 5 พันธกรณีทั่วไปและการป้องกันการแทรกแซงจากรัฐกิจยาสูบ ซึ่งการกำกับนโยบายที่สำคัญ ได้แก่

1. การจัดทำยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบให้สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาฯ
2. การจัดตั้งหน่วยงานและโครงสร้างพื้นฐานของการควบคุมยาสูบ
3. การพัฒนาและมาตรการด้านการบริหารงานในการควบคุมยาสูบ
4. การพัฒนาและการดำเนินงานทางกฎหมายของการควบคุมยาสูบ
5. การป้องกันการแทรกแซงจากรัฐกิจยาสูบ

ก) หน่วยงานรัฐ-เอกชน และประชาชนมีความตระหนักรู้ในเรื่องการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ

ข) การมีมาตรการในการจำกัดปฏิสัมพันธ์ระหว่างอุตสาหกรรมยาสูบกับหน่วยงานของรัฐ และมีปฏิสัมพันธ์ที่โปร่งใส

ค) การมีมาตรการปฏิเสธข้อตกลงกับอุตสาหกรรมยาสูบให้กับหน่วยงานของรัฐ

ง) การมีกฎหมายที่กำหนดหน้าที่ให้อุตสาหกรรมยาสูบมีหน้าที่ต้องแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการต่างๆ ให้ภาครัฐและสาธารณชนได้รับรู้ รวมถึงบทลงโทษสำหรับผู้ไม่ปฏิบัติตาม

จ) การมีมาตรการทางกฎหมายในการห้ามหรือจำกัดการทำกิจกรรมเพื่อสังคม รวมถึงหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องทราบถึงข้อเสียและผลกระทบของการทำกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ

๑) การมีกฎหมายหรือนโยบายที่ไม่ให้สิทธิพิเศษให้แก่อุตสาหกรรมยาสูบหรือรัฐวิสาหกิจด้านยาสูบในการประกอบกิจการ

๒) รัฐวิสาหกิจด้านยาสูบได้รับการปฏิบัติเทียบเท่ากับบริษัทบุหรี่ปั้วต่างชาติและมีหน่วยงานด้านนโยบายควบคุมยาสูบที่แยกออกมาจากหน่วยงานที่กำกับดูแลอุตสาหกรรมยาสูบ

ปัญหาการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบในการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมยาสูบของภาครัฐ แนวทางปฏิบัติ มาตรา 5.3 ในที่นี้เป็นประเด็นสำคัญของไทย (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และดวงกมล สีตบุตร, 2559) คือ

1. ประเทศไทยมีกฎหมายใหม่คือ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งให้ความหมายของยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่มเพื่อเกิดการครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่ๆ และได้เพิ่มมาตรการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชนคือ ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ห้ามขายบุหรี่ซิการ์แรตที่บรรจุของน้อยกว่าซองละยี่สิบมวน ห้ามแบ่งขายบุหรี่ซิการ์แรตเป็นมวนๆ ตามมาตรา 16 การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์ และการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้เยาว์ (Article 16 : Sales to and by minors)

2) การจำกัดการติดต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับอุตสาหกรรมยาสูบ หรือการติดต่อต้องทำอย่างเปิดเผย โปร่งใส เช่น กรณีที่ตัวแทนบริษัทบุหรี่ปั้วมักจะหาทางสร้างความสัมพันธ์กับนักการเมือง ข้าราชการระดับสูงในหน่วยงานที่มีประโยชน์ได้เสียกับบริษัทบุหรี่ปั้ว หรือการให้สินบนหรือเงินบริจาคแก่นักการเมือง พรรคการเมือง สิ่งเหล่านี้จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามนโยบายหรือมาตรการควบคุมยาสูบ

มาตรา 5 พันธกรณีทั่วไป ควรมีการดำเนินงานหลักที่จำเป็นดังนี้

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกด้านสิทธิพิเศษทางภาษี และเผยแพร่ในรูปแบบรายงานต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องในเรื่องผลกระทบการค้าเสรีต่อการควบคุมยาสูบ

3. จัดทำระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีตามแนวทางเพื่อการดำเนินงานตามมาตรา 5.3 ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ

4. จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังในการควบคุมยาสูบภาคประชาสังคมและวิชาการ

มาตรา 9 การควบคุมสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ และมาตรา 10 เกณฑ์ในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ควรมีการดำเนินงานหลักที่จำเป็น ดังนี้

1. ควรให้มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนประกอบที่ใช้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ภาครัฐและการเปิดเผยชื่อ ที่อยู่ ข้อมูลการติดต่อที่เกี่ยวกับผู้จำหน่ายส่วนผสมโดยตรงเพื่อสามารถตรวจสอบการปฏิบัติตามได้
2. ควรมีข้อห้ามสำหรับสารส่วนผสมต่างๆ ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น รสชาติ และสี เป็นต้น
3. ควรมีการเปิดเผยข้อมูลถึงลักษณะการออกแบบผลิตภัณฑ์ผลการทดสอบความเป็นพิษของผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยอุตสาหกรรมยาสูบ และแจ้งให้ภาครัฐทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
4. ปรับปรุงระเบียบเกี่ยวกับสารพิษและการปล่อยมลพิษของผลิตภัณฑ์ยาสูบและการเปิดเผยต่อสาธารณชนได้ในรูปแบบต่างๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์

มาตรา 19 ความรับผิดชอบ ควรมีการดำเนินงานหลักที่จำเป็น คือ การให้กรมควบคุมโรควางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลและกำกับติดตามให้ปฏิบัติหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด รวมทั้งการปรับภารกิจให้มีความชัดเจนและบูรณาการมากขึ้นในเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย

3.2 การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (P: Protect people from tobacco smoke)

ตามมาตรา 8 แนวทางการป้องกันบุคคลจากควันยาสูบ (Guideline for implementation of article 8: protection from exposure to tobacco smoke) โดยในปี พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าว เป็นเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่

ผลการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ มีมาตราที่ต้องดำเนินการคือ

มาตรา 8 การปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบ ควรมีการดำเนินงานหลักที่จำเป็น ดังนี้

1. การให้จัดโปรแกรมและวิธีถ่ายทอดให้เหมาะสมแก่กลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมการเรียนรู้ให้เข้าใจถูกต้องถึงผลการได้รับสัมผัสควันบุหรี่ที่มีสาเหตุทำให้เกิดการตายเกิดโรค และความพิการ ผ่านสื่อต่างๆ เครือข่ายทางสังคม และนักวิชาการด้านสุขภาพ

2. การให้มีการปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายให้มีประสิทธิภาพโดยตรงกับสถานที่หรือพื้นที่ปลอดบุหรี่ และตรวจสอบการละเมิด หรือ การฝ่าฝืนกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในพื้นที่

3. ปรับปรุงขอบเขตพื้นที่สาธารณะที่ห้ามสูบบุหรี่ ครอบคลุมพื้นที่ระยะ 10 เมตรโดยรอบ

มาตรา 16 การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์ และการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้เยาว์มาตรานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบในเด็กและเยาวชน ประกอบด้วยแนวทางสำคัญ 3 ด้าน คือ ห้ามขายบุหรี่โดยผู้เยาว์ห้ามขายให้ผู้เยาว์ และห้ามขายแบบแยกมวน หรือขายเป็นซองเล็กๆ ควรมีการดำเนินงานหลักที่จำเป็นดังนี้

1. การให้กรมสรรพสามิตออกกฎ เรื่องเขตกำหนดในการจำหน่ายบุหรี่ การจัดโซน (zoning) การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบใกล้สถานศึกษา และควรมีอบรมการขอใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่แก่ผู้จำหน่ายในกรณีต่อใบอนุญาต รวมถึงทบทวนปรับค่าธรรมเนียมการต่อใบอนุญาต

2. การให้จัดทำฐานข้อมูลร้านค้าในประเด็นพิกัดและเขตกำหนดโดยมีการลงตรวจ 2-4 ครั้งต่อปี และมีการประสานงานร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข

3.3 การให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ (O: Offer help to quit tobacco use) ผลการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ มีมาตราที่ต้องดำเนินการคือ

มาตรา 14 มาตรการลดอุปสงค์เกี่ยวกับการติดยาสูบและเลิกยาสูบ ควรมีการดำเนินงานหลักที่จำเป็น ดังนี้

1. การให้มีการคัดกรอง วินิจฉัยโรค และเขียนแผนการรักษาผู้ป่วยติดยาสูบในระบบบริการสาธารณสุขไทยและระบบข้อมูลช่วยเลิกบุหรี่ บรรจุลงในข้อมูล 43 เพิ่มของกระทรวงสาธารณสุข

2. การให้หน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกำหนดตัวชี้วัดถึงความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่หรือความเชื่อมโยงของระบบบริการเลิกบุหรี่และพิจารณาจัดสรรงบประมาณของการบริการช่วยเลิกบุหรี่ให้ชัดเจน

3. การให้ภาครัฐได้บูรณาการการส่งเสริมการเลิกยาสูบในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่องและควรจัดลงในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ และดำเนินการให้ยารักษาโรคเสพติดบุหรี่ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติหลายชนิด

มีการสนับสนุนการบริการเลิกเสพยาสูบแก่ผู้ใช้ยาสูบทุกคนโดยผ่านการบำบัดเพื่อเลิกยาสูบแบบกระชั้นภายในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care system) ควรให้ความสำคัญกับการจัดทำและส่งเสริมการบำบัดเพื่อเลิกยาสูบแบบกระชั้นที่สามารถรวมอยู่ในเครือข่ายระบบดูแลสุขภาพที่มีอยู่แล้วโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อยที่สุดควรครอบคลุมถึงการส่งเสริมความพยายามในการเลิกบุหรี่ของผู้ใช้บริการสุขภาพทั้งหมดผ่านการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาสูบการให้คำปรึกษาสั้นๆ ในการเลิกยาสูบแก่ผู้ใช้ยาสูบทุกคน และการให้คำแนะนำเพื่อส่งไปรับบริการการรักษา (Active Referral) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มประชากรที่จำเป็นเร่งด่วนและมีความเปราะบาง ซึ่งต้องมีการจัดทำและดำเนินงานตามแนวทางการเลิกยาสูบแห่งชาติ ความยั่งยืนของรูปแบบการควบคุมยาสูบของประเทศไทยขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ข้อคือ ความเป็นผู้นำอย่างต่อเนื่องของภาคประชาสังคมพร้อมกับการเข้าร่วมของผู้นำใหม่และองค์กรใหม่ในการควบคุมยาสูบ การเสริมสร้างบทบาทของรัฐบาลในการควบคุมยาสูบและการไหลเข้ามาอย่างต่อเนื่องของเงินสนับสนุน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ)

3.4 การเตือนถึงอันตรายของยาสูบ (W: Warn about the dangers of tobacco)

ในการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประเทศไทยได้ดำเนินการตามพันธกรณีตามกรอบอนุสัญญาฯ ร่วมกับประเทศสมาชิก การดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการทำงานตามมาตรา 11 (Guideline for implementation of article 11) เรื่องการบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลาก อาทิ mild medium light ultra light low tar หรือคำ ข้อความ ที่มีความหมายทำนองเดียวกัน ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูบเข้าใจว่า เป็นบุหรี่ที่ปลอดภัย หรือมีระดับสารพิษน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป เรื่องของการมีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ และแก้ไขกฎหมายให้มีความเข้มงวดขึ้น คือ ฉลากรูปภาพและข้อความคำเตือนถึงพิษภัยของบุหรี่ 10 ภาพ พิมพ์ด้วย 4 สี พื้นที่ขนาดร้อยละ 85 บนซองบุหรี่ด้านหน้าและด้านหลังทุกซอง พร้อมเบอร์โทรสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600

หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบมีบทบาทที่สำคัญเป็นอย่างมากสำหรับการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ เมื่อการโฆษณาและส่งเสริมการขายถูกจำกัดด้วยกฎหมายในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ข้อความสุขภาพบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องการสื่อสารถึงความเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ข้อความสุขภาพมีประสิทธิผลในการลดการบริโภคยาสูบโดยจงใจให้ผู้สูบบุหรี่พยายามเลิกสูบบุหรี่ หรือสูบน้อยลงคำเตือนสุขภาพช่วยลดความน่าสนใจของซอง/กล่องบุหรี่ที่มีตอกลุ่มเยาวชน ประเทศไทยเป็นประเทศที่สี่ของโลกที่พิมพ์คำเตือนพร้อมภาพสี่สีและพบว่าเมื่อผลทำให้ผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงค่านิยมโดยกระตุ้นเตือนใจและความจำของผู้สูบ รวมทั้งทำให้เริ่มคิดถึงการเลิกสูบบุหรี่

มาตรา 11 การบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ควรมีการดำเนินงานหลักที่จำเป็นดังนี้

1. การให้ผลักดันการออกระเบียบการใช้ของมาตรฐานสำหรับยาสูบทุกชนิด
2. การให้บทวนข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับส่วนประกอบของสารเคมีต่างๆ และสารปลดปล่อยบนบรรจุภัณฑ์ให้มีประสิทธิผล
3. การให้ศึกษาวิจัย การประเมินผลการสนับสนุนการใช้ข้อความและภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เพื่อสนับสนุนการสื่อสารด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ในอนาคต มาตรการการใช้หีบห่อปราศสีส่นแบบเรียบซึ่งหมายถึงการทำให้พื้นที่ส่วนที่ไม่ใช่คำเตือนเป็นสีเดียวกันทุกตราสินค้าชื่อของตราสินค้าพิมพ์เป็นมาตรฐานเดียวกันหมดทั้งขนาดและรูปร่างตัวอักษร พื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นคำเตือนด้านสุขภาพซึ่งกำหนดโดยรัฐบาล ความเคลื่อนไหวที่มุ่งสู่หีบห่อปราศสีส่นแบบเรียบได้เริ่มขึ้นในประเทศออสเตรเลีย และงานวิจัยหลายชิ้นสำรวจผลกระทบของหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบพบว่า ไม่เป็นที่ดึงดูดความสนใจ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบปราศสีส่นแบบเรียบเป็นการแก้ไขปัญหอย่างครอบคลุมเพื่อไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบใช้เป็นช่องทางการสื่อสารที่ทำให้ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจผิดของ/กล่องบุหรี่ปราศจากสีส่นจะทำให้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นมาตรฐานเดียวกันหมดซึ่งจะลดสถานะและบทบาทของหีบห่อผลิตภัณฑ์ในการสื่อสารและดึงดูดความสนใจ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2558)

มาตรา 12 การให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน ควรมีการดำเนินงานหลักที่จำเป็นคือ การจัดทำหลักสูตรการอบรมด้านการควบคุมยาสูบและทำการประเมินกระบวนการทั้งหมด

3.5 การบังคับการห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายและการอุปถัมภ์

(E: Enforce bans on advertising, promotion, sponsorship)

แนวปฏิบัติในการทำงานตาม มาตรา 13 (Guideline for implementation of article 13) เรื่อง การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ การส่งเสริมการขายและการให้ การสนับสนุนโดยธุรกิจยาสูบ ในด้านการห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการสนับสนุนอย่างเบ็ดเสร็จ อีกทั้งยังมีการห้ามตั้งโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย ซึ่งกฎหมายกำหนดว่า การตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขายถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการโฆษณาบุหรี่

บริษัทบุหรี่ทั้งโรงงานยาสูบและบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ ได้มีการกระทำที่เข้าข่าย โฆษณาและส่งเสริมการขายทั้งทางตรงและทางอ้อม และกิจกรรมที่อ้างว่าทำเพื่อสังคม เช่น การสนับสนุนเงินทำกิจกรรมเพื่อสังคมกับโรงเรียน สมาคมและมูลนิธิต่างๆ องค์กรท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานราชการ การบริจาคสิ่งของให้แก่หน่วยงานต่างๆ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดที่กล่าวแล้วบริษัทบุหรี่ทำด้วยเหตุผลเพื่อแก้ไขภาพลักษณ์ขององค์กรที่เสียหายจากการขายสินค้าเสพติดที่ทำลายสุขภาพ สร้างความสัมพันธ์กับผู้กำหนดนโยบายเพื่อ

ยับยั้งมาตรการควบคุมยาสูบ ลดความกระตือรือร้นควบคุมยาสูบเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับสื่อ ทำให้สื่อไม่กระตือรือร้นในการสนับสนุนการควบคุมยาสูบ เพื่อลดทอนกระแสการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของสังคม ปิดปากบุคคล-องค์กร ที่รับการสนับสนุนการบริจาคเบี่ยงเบนความสนใจของสังคม และผู้กำหนดนโยบายจากธุรกิจหลักของบริษัทและสร้างการยอมรับการสูบบุหรี่ (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 1 มิถุนายน 2554)

การเพิ่มข้อห้ามการโฆษณาทางอ้อม

กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ได้เพิ่มมาตรการการโฆษณาทางอ้อม ห้ามการสื่อสารการตลาดในสื่อต่างๆ รวมถึงการใช้สื่อบุคคล (พรีตตี้) และการโฆษณาโดยใช้ชื่อบริษัทบุหรี่

-ห้ามเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ “กิจกรรมเพื่อสังคม” (CSR) ของบริษัทบุหรี่ในทุกสื่อ (ที่ผ่านมาห้ามเพียงสื่อ วิทยุและโทรทัศน์) และในทุกสถานที่รวมถึงในโรงภาพยนตร์

ตามมาตรา 13 การโฆษณายาสูบ การส่งเสริมการขายยาสูบ และการให้การสนับสนุนโดยยาสูบ (Article 13: Tobacco advertising, promotion and sponsorship) ในกฎหมายใหม่ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 คือ

-ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์)

-ห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขายปลีกยาสูบ รวมถึงต้องแสดงสื่อรณรงค์พิษภัยยาสูบ

ตามมาตรา 16 การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์ และการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้เยาว์ (Article 16 : Sales to and by minors) ประเด็นในกฎหมายใหม่คือ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งได้เพิ่มมาตรการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน

-ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

-ห้ามขายบุหรี่ซิกาแรตที่บรรจุของน้อยกว่าซองละยี่สิบมวน

-ห้ามแบ่งขายบุหรี่ซิกาแรตเป็นมวนๆ

สมรรถนะการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ที่ได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของกรอบอนุสัญญาฯ (FCTC) แล้ว อาทิ การจัดพิมพ์คำเตือนพิษภัยเป็นรูปภาพบนซองผลิตภัณฑ์

ยาสูบ การห้ามโฆษณา CSR ในสื่อวิทยุและโทรทัศน์ การห้ามแสดงซองบุหรี่ ณ จุดขาย การกำหนดแนวทางการติดต่อกันระหว่างผู้ประกอบการยาสูบกับเจ้าหน้าที่ของกรมควบคุมโรค การจัดสรรงบประมาณจากภาษียาสูบ เพื่อสนับสนุนการควบคุมยาสูบ และการกำหนดสถานที่สาธารณะและที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด (100%) เป็นต้น

สิ่งที่ควรดำเนินการคือ

1. การให้มีมาตรการห้ามขายผ่านสื่อสังคมออนไลน์และอินเทอร์เน็ต โดยไม่มีใบอนุญาตให้ถือว่าผิดกฎหมายใน พ.ร.บ. ควบคุมยาสูบ และ พ.ร.บ. คอมพิวเตอร์
2. ปรับปรุงข้อกฎหมายให้มีมาตรการห้ามขายผ่านสื่อสังคมออนไลน์และอินเทอร์เน็ตเพิ่มความเข้มงวดในเรื่องการระงับโฆษณาออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับยาสูบทุกประเภท
3. การให้มีมาตรการห้ามการสนับสนุนกิจกรรมจากธุรกิจยาสูบทุกประเภทอย่างเด็ดขาด
4. การให้มีมาตรการบังคับใช้ในการจับกุม หรือ เร่งขาย หรือวางขาย ริมถนน อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการเข้าถึงของเยาวชน

3.6 การขึ้นภาษียาสูบ (R: Raise taxes on tobacco products)

ปัจจุบันมาตรการทางด้านราคาและภาษียังมีข้อควรพิจารณา ดังนี้

1. โดยปรับเพิ่มตามอัตราเงินเฟ้อหรือการเปลี่ยนแปลงรายได้ของครัวเรือน
2. มีมาตรการทางด้านราคาและภาษี โดยพิจารณาจากอัตราการเติบโตของราคาบุหรี่ถูกที่สุดเทียบกับอัตราเงินเฟ้อหรืออัตราการเติบโตของรายได้ต่อหัวของประชากร
3. อัตราภาษีควรจะต้องพิจารณาจากโครงสร้างภาษีและติดตามอย่างต่อเนื่อง และการออกแบบระบบภาษีสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทและจะต้องเปรียบเทียบภาระภาษีกันได้ทุกประเภท
4. การบริหารจัดการด้านภาษีในเรื่องของการออกใบอนุญาต ควรจะต้องมีระบบหรือกฎเกณฑ์ที่โปร่งใสและเป็นธรรม
5. การจัดทำระบบคลังสินค้าหรือระบบการเคลื่อนย้ายสินค้าที่ต้องเสียภาษี และจ่ายภาษี

6. มีมาตรการห้ามกักตุนผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยจะต้องปฏิบัติและประเมินผลตามมาตรการอย่างมีประสิทธิภาพ

7. มีเครื่องหมายการเสียภาษี (Fiscal marking)

8. การบังคับใช้และบทลงโทษมาตรการทางราคาและภาษี โดยให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ในการจัดเก็บภาษีอย่างเหมาะสมและสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีบทลงโทษที่เหมาะสม

9. มีมาตรการห้ามหรือจำกัดการขาย-นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ปลอดภาษีศุลกากรและภาษีสรรพากรของบุคคลที่เดินทางระหว่างประเทศ

มาตรา 6 มาตรการด้านราคาและมาตรการทางภาษีเพื่อลดอุปสงค์ของยาสูบ ควรมีการดำเนินงานหลักที่จำเป็นดังนี้

1. การออกอนุบัญญัติกฎหมายและข้อยกเว้นในการนำยาสูบเข้าประเทศให้ชัดเจน เนื่องจากข้อกำหนดไม่ชัดเจนจึงทำให้นำไปบังคับใช้ค่อนข้างลำบาก มีการลักลอบตามแนวพรมแดน

2. การให้เพิ่มราคาขั้นต่ำของบุหรี่เพื่อลดการเข้าถึงยาสูบในเยาวชนและป้องกันการใช้จ่ายเงินของตนเองทดแทนบุหรี่ซีกาเรต

3. ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ลดจำนวนการถือข้ามพรมแดน

สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ไม่ได้เสียภาษี เป็นสินค้าเถื่อน แนวทางแก้ไข คือ

1. การใช้ระบบ Track and trace เพื่อลดการลักลอบนำบุหรี่หนีภาษีขององค์กรอาชญากรรม

2. เสนอให้มีการจับกุมบุหรี่หนีภาษีที่นำเข้ามาขายในประเทศไทย เช่น บุหรี่ซูลส์ที่ขายในตลาดนัดจตุจักรและสะพานพุทธ

3. เสนอให้มีการศึกษาวิจัยเฝ้าระวังการลักลอบนำบุหรี่หนีภาษี

สรุป จากรายงานผลการประเมินการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559 ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบผล พบว่า

1. การห้ามการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์และห้ามการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้เยาว์ ซึ่งมีหน่วยงานที่ร่วมปฏิบัติ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลัง (มาตรา 16)

2. การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักคือ กระทรวงการคลัง, (มาตรา 15)

3. การให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (มาตรา 12)

4. การบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ (มาตรา 11) มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข และ มาตรการด้านราคาและมาตรการทางภาษี เพื่อลดอุปสงค์ของยาสูบ (มาตรา 6)



บทที่ 15

บทส่งท้าย

โดย ฉัตรสุมน พงศ์ภิณญ์

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. มาตรการควบคุมยาสูบ
2. ประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
3. รุกฆาตอุตสาหกรรมยาสูบ (Endgame for Tobacco)
4. การตระหนักลดการบริโภคยาสูบระดับโลก

1. มาตรการควบคุมยาสูบ

รัฐบาลมีบทบาททางสังคมและเศรษฐกิจ หากประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย ดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ประชากรของประเทศเหล่านั้นจำนวนหลายล้านคนก็จะรอดพ้นจากความตายและความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะคนจน ซึ่งจากสถิติพบว่าสูบบุหรี่มากกว่าคนรวย และนโยบายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบไม่ได้ ทำให้เกิดผลในทางลบต่อเศรษฐกิจ การวิจัยพบว่า นโยบายเรื่องนี้ไม่ได้ทำให้รายได้จากการเก็บภาษีลดลง หรือไม่ได้เป็นสาเหตุของการว่างงานในระยะยาว (ประภิต วาทีสาธกกิจ 2557) มาตรการที่ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบหลักๆ ได้แก่

1. มาตรการเพื่อลดการสูบบุหรี่โดยเน้นด้านอุปสงค์ ได้แก่ การขึ้นภาษียาสูบ การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ทุกรูปแบบ การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะและในสถานที่ทำงาน การให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโทษภัยของยาสูบ และการหาวิธีช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ เช่น การบำบัดโดยใช้สารทดแทนนิโคติน

2. ในบรรดามาตรการเหล่านี้ มาตรการที่ได้ผลที่สุด คือ การขึ้นภาษีบุหรี่ เพราะจะมีผลต่อเด็ก วัยรุ่น และผู้มีรายได้น้อย นอกเหนือจากมาตรการด้านอุปสงค์แล้ว มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการลดอุปทาน เช่น การห้ามขายบุหรี่ การจำกัดการขายแก่ผู้ซื้อบางกลุ่ม การจำกัดการค้าบุหรี่ หรือการปลูกพืชทดแทน เป็นมาตรการที่ไม่ค่อยได้ผล

3. เกษตรกรยากจนผู้ปลูกใบยาสูบเลี้ยงชีพ จะไม่ได้รับผลกระทบจากมาตรการเหล่านี้ นโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่ที่ได้ผลจะทำให้การสูบบุหรี่ค่อยๆ ลดลง ดังนั้น ต้องใช้เวลานานนับทศวรรษ ในการที่เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบจะได้รับผลกระทบจากมาตรการนี้ ไม่ใช่ในช่วงข้ามคืน จึงทำให้มีเวลาที่จะปรับตัว โดยรัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบ ในการให้ความช่วยเหลือแก่เกษตรกรยากจนเหล่านี้ให้มีทางเลือกในการดำรงชีพทางอื่น

ข้อเสนอแนะของธนาคารโลกที่ให้ประเทศต่างๆ ควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2534 เป็นเหตุผลทางเศรษฐกิจ และในปี พ.ศ. 2542 ธนาคารโลกได้สนับสนุนให้มีการเผยแพร่หนังสือ Development in Practice. Curbing the Epidemic: Government and the Economic of Tobacco Control ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยว่า “พัฒนาการทางปฏิบัติ ยุทธการแพร่ภัยบุหรี่ สิ่งที่รัฐต้องทำ และผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ” (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ 2543) ธนาคารโลกได้ให้คำแนะนำว่า มาตรการที่ได้ผลประกอบด้วย การขึ้นภาษีบุหรี่ การให้ความรู้และให้การศึกษาถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ ควบคุมไปกับการใช้มาตรการที่ไม่เกี่ยวกับภาษี เช่น การห้ามการโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะและในที่ทำงาน และการขยายบริการการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่

ทำไมจึงกล่าวว่า “บุหรี่ทำร้ายคนจน” เพราะจากสถิติทั้งในไทยและต่างประเทศ รวมทั้งรายงานจากธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลก พบว่า คนที่มีการศึกษาน้อย ระดับประถมศึกษาสูบบุหรี่มากกว่าคนที่มีการศึกษาสูง กล่าวได้ว่า ยิ่งจนยิ่งเสียเงินไปกับการสูบบุหรี่มาก แม้ว่าการสูบบุหรี่ของผู้ชายในประเทศที่พัฒนาแล้วมีแนวโน้มลดลง แต่ในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางและยากจน กลับมีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และอัตราการสูบบุหรี่ของผู้หญิงกำลังเพิ่มมากขึ้นในเกือบทุกประเทศ นอกจากนี้ การเปิดเสรีในการค้าบุหรี่ ทำให้เกิดการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมากในระยะช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา

ปัจจุบันนี้บุรีเป็นสินค้าอุปโภคที่มีการฟ้องร้องต่อศาลมากที่สุด ทั้งศาลภายในประเทศ ที่องค์การการค้าโลก และต่ออนุญาโตตุลาการระหว่างประเทศ (ประกิตวาที่สาธกกิจ 2557) ดังนั้น ปัจจัยคุกคาม คือ

1. อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์ใหม่ ๆ ทางการตลาด เช่น บุหรี่รสกานพลู บุหรี่ชูรสต่าง ๆ และมีบุหรี่ปรูปแบบใหม่ ลักลอบขายอย่างผิดกฎหมาย ยั่วยวนนักสูบบุหรี่หน้าใหม่
2. โครงสร้างภาษีที่คำนวณภาษีจากราคาหน้าโรงงานหรือราคา C.I.F. มีช่องว่างให้บริษัทบุหรี่แจ้งราคานำเข้าต่ำส่งผลให้บุหรี่ปในตลาดมีราคาถูก
3. การเปิดเสรีทางการค้า ส่งผลให้มีกลยุทธ์การแข่งขันทางการตลาดมากขึ้น บุหรี่ของยี่ห้อใหม่ ราคาถูกลง กระตุ้นให้มีผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่
4. ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ที่อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน มีการเลิกบุหรี่ปน้อย ขณะเดียวกัน วัยรุ่น และผู้หญิง และความเป็นเมือง เริ่มสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะความหลากหลายของบุหรี่ป เล่ห์กลของบริษัทบุหรี่ป และราคาถูก

ความท้าทายและประเด็นที่ต้องร่างกฎหมายใหม่จนกลายเป็นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาครั้งที่ 31/2555) ได้แก่

1. สภาพการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ไม่มีประสิทธิภาพเพราะสถานการณ์ต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไป
2. ประเทศไทยได้ร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาดังกล่าว จำนวน 176 ประเทศ ดังนั้น ประเทศไทยจึงมีพันธกรณีที่ต้องดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาฯ นี้ ซึ่งยังไม่มีปรากฏในกฎหมายไปเพิ่มเติม
3. ปัญหาใหญ่ของการควบคุมยาสูบของไทย คือ มีแต่หน่วยงานที่ดำเนินการในส่วนกลางโดยไม่มีหน่วยงานที่ดำเนินการในระดับจังหวัด เช่น สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นต้น แต่ด้วย สสจ. ก็มีภาระงานมาก จึงเป็นเหตุให้ไม่สามารถดำเนินการในเรื่องการควบคุมยาสูบได้มากเท่าที่ควร จึงทำให้คนในชนบทโดยเฉพาะผู้ชายยังคงสูบบุหรี่จำนวนมาก

4. การทำงานควบคุมยาสูบที่ผ่านมา จำนวนผู้สูบบุหรี่ไม่ได้ลดลง โดยยังคงมีจำนวนผู้สูบบุหรี่เท่าเดิม แต่ในข้อเท็จจริงก็พบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงกว่าที่ควรจะเป็นจำนวน 5-6 ล้านคน ซึ่งหากไม่มีการดำเนินการเพื่อลดการบริโภคยาสูบก็อาจทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่มีจำนวนมากกว่านี้ แต่การที่มีผู้ขายร้อยละ 50 สูบบุหรี่ก็ยังคงเป็นจำนวนตัวเลขที่องค์การอนามัยโลกยังไม่สามารถยอมรับได้

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาครั้งที่ 31/2555 (9 ตุลาคม 2555) ได้พิจารณาประเด็นหลัก จนในปัจจุบันเป็นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 คือ

1. ให้รวมพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ไว้ในฉบับเดียวกัน และกำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับประเทศ และคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด โดยกำหนดให้มีสำนักงานคณะกรรมการควบคุมยาสูบไว้ในกฎหมายด้วย

2. ให้แก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาสาระจากพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ใน 4 ส่วนหลัก ได้แก่ ก) ปรับปรุงคำนิยาม “ผลิตภัณฑ์ยาสูบ” “การโฆษณา” “ฉลาก” ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ ขององค์การอนามัยโลก ข) เพิ่มอายุขั้นต่ำที่จะซื้อบุหรี่และห้ามวิธีการขายที่เยาวชนเข้าถึงได้ง่าย ค) เพิ่มข้อห้ามการโฆษณาทางอ้อม และ ง) เพิ่มมาตรการอื่นๆ ตามที่กำหนดในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ ขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ ห้ามส่วนราชการรับการอุปถัมภ์จากธุรกิจยาสูบ กำหนดลักษณะของจุดขายปลีกยาสูบ กำหนดให้บริษัทบุหรี่ต้องจัดส่งรายงานประจำปีให้คณะกรรมการควบคุมยาสูบ กำหนดแนวทางการติดต่อระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐกับบริษัทบุหรี่ กำหนดและเพิ่มโทษผู้กระทำความผิดกฎหมาย

3. มีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ใน 4 ประเด็น ได้แก่ กำหนดสภาพและลักษณะของ “เขตปลอดบุหรี่” กำหนดให้ผู้ดำเนินการ (เจ้าของสถานที่สาธารณะ) มีหน้าที่รับผิดชอบไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ กำหนดวิธีการบังคับใช้กฎหมายเขตปลอดบุหรี่ และเพิ่มโทษผู้ที่ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ และเจ้าของสถานที่

2. ประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรการการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีประสิทธิผล พิจารณาได้ 2 ด้าน คือ ด้านอุปสงค์และอุปทาน ดังนี้ (ประกิต วาทีสาธกกิจ บทสรุปรายงานของธนาคารโลก เรื่อง "การควบคุมการบริโภคยาสูบ : บทบาทของรัฐบาลและผลทางเศรษฐกิจ")

1. มาตรการลดอุปสงค์ (Demand Side Tobacco Control Measures)

1.1 **มาตรการภาษี** มาตรการที่ได้ผลที่สุดในการควบคุมการบริโภคยาสูบคือการขึ้นภาษีบุหรี่ โดยทั่วไปแล้ว การขึ้นราคานูหรีร้อยละ 10 จะทำให้ความต้องการในการสูบบุหรีลดลงร้อยละ 8 ในประเทศที่ฐานะเศรษฐกิจต่ำและปานกลาง และร้อยละ 4 ในประเทศที่เศรษฐกิจดี กลุ่มที่ได้รับผลจากการขึ้นภาษีนูหรีมากที่สุด ได้แก่ เยาวชนและคนยากจน และประเทศที่กำลังพัฒนาจะได้รับผลกระทบมาก เพราะราคานูหรี และอัตราภาษีนูหรีในประเทศเหล่านี้ต่ำกว่าในประเทศพัฒนาแล้ว

การขึ้นภาษีนูหรีร้อยละ 10 ทั่วโลกจะสามารถทำให้คนกว่า 40 ล้านคนเลิกสูบบุหรี และสามารถป้องกันประชากร กว่า 10 ล้านคน จากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควรเนื่องมาจากการสูบบุหรี

1.2 **มาตรการที่ไม่ใช่ภาษี** : การวิจัยในประเทศพัฒนาแล้วได้แสดงให้เห็นว่ามีมาตรการที่ไม่ใช่ภาษีหลายมาตรการที่มีผลต่อการลดการสูบบุหรีซึ่งได้แก่ การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายนูหรี การรณรงค์ตอบโต้การโฆษณานูหรี การพิมพ์คำเตือนทางสุขภาพบนซองนูหรี และการออกกฎระเบียบห้ามการสูบบุหรีในที่สาธารณะและในที่ทำงาน ในประเทศสหรัฐอเมริกา หลังจากที่นายแพทย์ใหญ่ได้ออกคำเตือนเป็นครั้งแรกในต้นทศวรรษที่ 1960 ผลปรากฏว่าการสูบบุหรีลดลง จากการศึกษาวิจัยในประเทศที่มีเศรษฐกิจดี พบว่า การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายนูหรีทุกรูปแบบ สามารถลดการสูบบุหรีลงได้ร้อยละ 7

การใช้มาตรการที่ไม่เกี่ยวกับภาษีเหล่านี้ สามารถทำให้คนสูบบุหรีประมาณ 23 ล้านคนเลิกสูบบุหรี และป้องกันไม่ให้คนประมาณ 5 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

1.3 **มาตรการบำบัดรักษา** ด้วยวิธีการต่างๆ ตั้งแต่ การฝึกเป็นรายบุคคล การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้คำปรึกษาหารือ เพื่อหาทางช่วยเหลือ และยังมีผลิตภัณฑ์เภสัชกรรมอีกหลายชนิด ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มาช่วยให้ผู้สูบบุหรีเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้นิโคตินทดแทน สามารถทำให้ผู้ที่สูบบุหรีเลิกสูบบุหรีได้ จากการศึกษา

พบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ถ้ามีการใช้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapies: NRT) อย่างแพร่หลาย โดยจะสามารถทำให้คนประมาณ 6 ล้านคนเลิกสูบบุหรี่ได้ การที่มีการใช้สารอื่นแทนนิโคตินเพิ่มขึ้นจะช่วยให้คนกว่า 1 ล้านคนไม่ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันจากการสูบบุหรี่ รายงานจากธนาคารโลกที่สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ถอดความออกมาได้ เปรียบเทียบอัตราการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ โดยมาตรการต่างๆ ในแต่ละภูมิภาค ประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จะช่วยลดการเสียชีวิตคือขึ้นราคาบุหรี่ 10% มาตรการไม่ใช้ราคา ลดการสูบบุหรี่ 2% และ NRT ช่วยให้คน 0.5% เลิกสูบบุหรี่ตามลำดับ

ตาราง ประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ภูมิภาค	อัตราการเปลี่ยนแปลงของการเสียชีวิต		
	ขึ้นราคาบุหรี่ 10%	NRT ช่วยให้คน 0.5% เลิกสูบบุหรี่	มาตรการไม่ใช้ราคา ลดการสูบบุหรี่ 2%
เอเชียใต้และแปซิฟิก	-4.0	-0.5	-2.0
ยุโรปตะวันออกและเอเชียกลาง	-1.5	-0.2	-0.7
ละตินอเมริกาและแถบแคริบเบียน	-1.0	-0.1	-0.5
ตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือ	-0.4	0.0	-0.2
เอเชียใต้	-1.1	-0.2	-0.7
แอฟริกาแถบซบซซาฮารา	-0.7	-0.1	-0.3
ประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง	-9.0	-1.1	-4.0
ประเทศรายได้สูง	-1.0	-0.2	-1.0
ทั่วโลก	-10.0	-1.3	-5.0

ที่มา สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แปลจาก Curbing the epidemic-governments and the economics of tobacco control (2543)

2. มาตรการด้านอุปทาน (Supply Side Measures)

การปราบปรามบุหรี่หนีภาษี เป็นมาตรการด้านอุปทานมาตรการเดียวที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมบุหรี่ การควบคุมบุหรี่หนีภาษี ประกอบด้วย การติดอากรแสตมป์ การพิมพ์คำเตือนด้วยภาษาท้องถิ่นข้างซองบุหรี่ รวมถึงการมีบทลงโทษที่รุนแรงสำหรับผู้ลักลอบนำเข้าบุหรี่ การควบคุมที่เข้มงวดในเรื่องบุหรี่หนีภาษีนี้ มีผลดีต่อการเพิ่มรายได้ให้ภาครัฐบาลโดยการที่เก็บภาษีได้มากขึ้น

ความท้าทายของการควบคุมยาสูบ

การบูรณาการการมีส่วนร่วมของหลายหน่วยงาน จะทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบได้ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2555) และไทยเป็นประเทศสมาชิกของกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ซึ่งมีพันธะกรณีระหว่างประเทศต้องปฏิบัติตาม ปัญหายาสูบมิได้เป็นปัญหาทางสุขภาพอย่างเดียวในหลังปี ค.ศ. 2015 ผลิตรภัณฑ์ยาสูบเกี่ยวข้องการพัฒนาอย่างยั่งยืนด้วย ความท้าทายที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่สังคมโลกและสังคมไทยต้องตระหนักคือ

1. ปัญหาการบริโภคยาสูบในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-18 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของธุรกิจยาสูบ แต่ละปีมีเยาวชนไทยที่เริ่มติดบุหรี่และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำ 2-3 แสนคน ทดแทนกลุ่มผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตหรือเลิกสูบไป อีกทั้งเยาวชนยังสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะทางสื่อออนไลน์

โดยผลของการเฝ้าระวังทางอินเทอร์เน็ตของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพียงเดือนเดียว (มกราคม 2559) พบว่ามีเว็บไซต์ที่โฆษณาขายบุหรี่มากถึง 50 เว็บไซต์ บางเว็บไซต์มีผู้เข้าชมมากกว่า 2 ล้านครั้ง ทำให้ในรอบ 10 กว่าปีที่ผ่านมา อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (การประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ 25 กุมภาพันธ์ 2559)

2. การวิเคราะห์กระบวนการแก้ไขปัญหาระดับต้น 3 มาตรการ ได้แก่ 1) เร่งรัดให้มีการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบบริเวณรอบสถานศึกษา และพื้นที่เสี่ยงที่เยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้โดยง่าย 2) การโฆษณา/การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในการตลาดออนไลน์ โซเชียลมีเดีย โดยให้กรมควบคุมโรค ร่วมกับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กสทช. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และ 3) การกำหนดเรื่องบุหรี่เป็นตัวชี้วัดในการประเมินสถานศึกษาตามระบบการนิเทศและประเมินผลสถานศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ

3. เพื่อป้องกันการแทรกแซงจากรัฐกิจยาสูบ โดยการออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการติดต่อบริษัทผู้จำหน่ายที่กับผู้ประกอบการ หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2559 ขึ้นกำหนดหลักเกณฑ์ ขั้นตอน วิธีการ เฉพาะกรณีการติดต่อ หรือการขอเข้าพบระหว่างเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ให้หน่วยงานราชการปฏิบัติตามแนวทางของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะมาตรา 5.3 การป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐโดยอุตสาหกรรมยาสูบ

4. ให้กระทรวงการคลังดำเนินการปรับโครงสร้างภาษียาสูบ ให้สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบันเพื่อให้ราคาขายปลีกยาสูบโดยเฉลี่ยสูงขึ้น

5. ห้ามธุรกิจยาสูบทำกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility; CSR)

6. ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข ให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดยาหรือรวมถึงการเข้าถึงการรับยา สมุนไพร แพทย์แผนไทยหรือบริการแพทย์ทางเลือกที่จำเป็นต่อการบำบัดโรคติดยาหรือและสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานเลิกบุหรี่ในชุมชน

7. ให้กระทรวงวัฒนธรรม กรมประชาสัมพันธ์ และกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้ามมีฉากสูบบุหรี่และการส่งเสริมการตลาดด้วยวิธีประชาสัมพันธ์ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ ทางภาพยนตร์ โทรทัศน์และสื่อมวลชนต่างๆ และมีมาตรการส่งเสริมให้บุคคลสาธารณะที่มีชื่อเสียง เช่น ดารา นักร้อง เป็นแบบอย่างที่ดีแก่สาธารณชน โดยการไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

8. ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา และกระทรวงวัฒนธรรม ควบคุมกำกับองค์กรและเครือข่ายไม่ให้รับการสนับสนุนใดๆ จากบริษัทยาสูบทั้งภายในและต่างประเทศตามกฎหมาย

9. ให้กระทรวงศึกษาธิการบรรจุเรื่องโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนและหน่วยงานที่มีสถานศึกษาในสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบในสถานศึกษา กำชับให้สถานศึกษาทุกแห่งติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนดห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดของสถาบันหรือชุดนักศึกษา ให้บุคลากรทางการศึกษาเป็นแบบอย่างแก่นักเรียน นักศึกษา สนับสนุนงบประมาณการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ด้านพิษภัยจากบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม และการวิจัยกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

10. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับมีบทบาทร่วมในการควบคุมแหล่งผลิต วัตถุดิบในพื้นที่ และการใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจัง

ให้กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการ โดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงการคลัง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ

3. รุกฆาตอุตสาหกรรมยาสูบ

ในการประชุมขององค์การอนามัยโลกร่วมกับศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา ที่กรุงนิวยอร์ก ประเทศอินเดีย เมื่อเดือนกันยายนปี พ.ศ. 2556 มีการนำเสนอรูปแบบ (model) ของการที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5 ของประชากร ซึ่งเรียกว่า “รุกฆาตอุตสาหกรรมยาสูบ” (Endgame for Tobacco) หรือเรียกสั้นๆ ว่า “End Game” กล่าวคือ หากมีเด็ก 10 คน ติดบุหรี่ จะมีเพียง 3 คน ที่เลิกได้ และต้องรอให้ 3 คนนี้อายุ 40 ปีขึ้นไป จึงจะเลิก ส่วนอีก 7 คน จะสูบบุหรี่ไปจนตาย และกว่า 5 หมื่นคนของผู้ป่วยจากยาสูบเสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ซึ่งประเทศต่างๆ มีรูปแบบวิธีการที่ต่างกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ประเทศนิวซีแลนด์

นิวซีแลนด์มีเป้าหมายสำหรับการรุกรุกฆาตผลิตภัณฑ์ยาสูบภายในปี ค.ศ. 2025 ดังนี้

1. มีกฎหมายเพิ่มอายุผู้ซื้อบุหรี่คือ 25 ปี

2. เพิ่มภาษียาสูบอย่างรวดเร็วและสม่ำเสมอ
3. มีความมุ่งมั่นทางการเมือง (political will)
4. มีการขับเคลื่อนทางสังคม (social movement)

สำหรับรูปแบบของประเทศนิวซีแลนด์ อาจมองว่าเป็นรูปแบบที่ลดจำนวนบุหรี่ในตลาดลง ร้อยละ 10 ทุกปี (sinking lid model) ห้ามแสดงผลิตภัณฑ์บุหรี่ ณ จุดขาย การบังคับใช้ซองบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสัน (plain and standardized packaging) และห้ามขายบุหรี่ในร้านปลอดภาษี (Thomson G, et al., 2010: 431-435; Wilson N, Thompson G et al., 2013: 118 – 121)

ประเทศฟินแลนด์

ฟินแลนด์ มีกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบฉบับแก้ไขปี ค.ศ. 2010 ซึ่งกำหนดมาตรการต่างๆ ในการป้องกันไม่ให้ประชาชนใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสอง โดยมีเป้าประสงค์เพื่อยุติการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีสารซึ่งเป็นอันตรายต่อมนุษย์ และทำให้เกิดการเสพติด

นับตั้งแต่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ประเทศฟินแลนด์มีการดำเนินมาตรการต่างๆ ที่ครอบคลุม อาทิ เช่น

1. การส่งเสริมสุขภาพอย่างมุ่งมั่น
2. มีกฎหมายที่เข้มงวด และมาตรการทางภาษี
3. การตรวจสอบและข้อมูลป้อนกลับ
4. นโยบายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่สำคัญ คือ
5. ห้ามโฆษณาหรือส่งเสริมการขาย (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978)
6. สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ในอาคาร ร้านอาหาร และที่ทำงาน
7. ราคาค่าเตือนสุขภาพ
8. ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี และห้ามขายทางเครื่องขายอัตโนมัติ (vending machine)
9. ห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย
10. ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบไร้ควัน
11. เพิ่มอัตราภาษียาสูบ
12. สนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ และการรณรงค์

13. นอกจากนี้ นโยบายสำคัญที่นำเสนอโดยผู้เชี่ยวชาญ คือ
14. สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ 100%
15. เพิ่มอัตราภาษี
16. ลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ
17. ปกป้องเด็กและเยาวชนจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ
18. ซองบุหรี่แบบเรียบและปราศสีสัน

ความสำเร็จในการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการรุกรมอุตสาหกรรมยาสูบ (Endgame for Tobacco) ไม่เพียงจะมาจากการตัดสินใจที่มีเหตุผล ด้วยความรู้และหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ไม่สามารถโต้แย้งได้ แต่รวมถึงเกมการเมือง ด้วยกฎต่างๆ ทางการเมือง (เช่น การล๊อบบี้ โครงสร้างเชิงอำนาจ การรับรู้ของสาธารณะ และภาพลักษณ์ต่างๆ ฯลฯ)

วารสาร Lancet ได้นำเสนอกระบวนการที่จะทำให้โลกปลอดบุหรี่ภายในปี ค.ศ. 2040 (Beaglehole R, et al, 385: 1011-18.)

วิธีการ “รุกรมอุตสาหกรรมยาสูบ” มีหลากหลายวิธีแล้วแต่บริบทและความพร้อมของแต่ละประเทศ (Arnott D 2013, i38-i39) แต่มีจุดมุ่งหมายและเป้าประสงค์เดียวกันคือ ยุคสังคมนปลอดบุหรี่ (Berrick AJ. 2013, i22 – i26)

แต่ในขณะที่ยังไม่บรรลุเป้าประสงค์ เราจะต้องหาทางที่จะลดอันตรายทางสุขภาพอันมีสาเหตุจากการบริโภคยาสูบ (Borland R. 2013, i6 – i9.) ศาสตราจารย์ Richard Daynard คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัย Northeastern ได้นำเสนอแนวคิดที่แปลกใหม่ในการ ‘รุกรมอุตสาหกรรมยาสูบ’ (Daynard R. 2009, 2-3.) และ Anna Gilmore จากโรงเรียนเวชศาสตร์เขตร้อนแห่งลอนดอน (London School of Hygiene and Tropical Medicine) ได้เสนอแนวทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งรัฐบาลและสาธารณสุข (Gilmore AB, et al 2010, 19: 423-430.)

ศาสตราจารย์ Ruth Malone จากมหาวิทยาลัยแห่งแคลิฟอร์เนียที่ซานฟรานซิสโก นำเสนอแนวทาง “รุกรมอุตสาหกรรมยาสูบ” สำหรับบริบทในสหรัฐอเมริกา (Malone R. 2013, 22: i42 – i44.) ในขณะที่ประเทศแคนาดานำเสนอแนวทางที่ต่างออกไปจากสหรัฐอเมริกา (Callard CD, Collishaw NE. 2013, 22: i10 – i13.)

จะเห็นได้ว่าแนวทาง “รุกรณาตฤตสาหรรมยาสูบ” มีความหลากหลายมากมาย ซึ่งวารสาร Tobacco Control ได้นำแนวคิดของนักวิจัยด้านการควบคุมผลลัถณ์ยาสูบระดับโลกมารวบรวมอยู่ในฉบับพิเศษเมื่อปี ค.ศ. 2013 ซึ่งแนวทางที่หลากหลายเหล่านี้ บ่งชี้ว่า กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO-FCTC) เป็นนโยบายที่จะนำไปสู่เป้าประสงค์ของการ “รุกรณาตฤตสาหรรมยาสูบ” ได้ (Myers ML. 2013, 22: i45 – I 46.)

4. การตระหนักลดการบริโภคยาสูบระดับโลก

ปัญหาบุหรี่ทำลายสุขภาพของประชาชน ทำให้รัฐต้องใช้จ่ายเงินมหาศาลไปกับการรักษาพยาบาล ขณะที่ประชาชนก็ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เพราะต้องทนทุกข์กับอาการเจ็บป่วย ที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ไม่ว่าจะเป็นมะเร็ง โรคปอด โรคหัวใจ ทำให้หลายประเทศมีมาตรการหลายอย่างที่มีมุ่งเน้นควบคุมธุรกิจยาสูบ โดยประเทศที่เอาจริงเอาจังเป็นพิเศษ เช่น ออสเตรเลีย ฟินแลนด์ และสิงคโปร์ เป็นต้น ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าประเทศของตน ต้องสูบบุหรี่น้อยกว่าร้อยละ 5

จากการที่ประเทศต่างๆ ได้ทยอยออกกฎหมายเพื่อควบคุมยาสูบ ตามพันธกรณีที่กำหนดภายใต้อนุสัญญาควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลกซึ่งมี 179 ประเทศเป็นสมาชิก ครอบคลุมร้อยละ 90 ของประชากรโลก โดยวัตถุประสงค์ของอนุสัญญา คือการคุ้มครองผู้คนรุ่นปัจจุบันและชนรุ่นอนาคตจากอันตรายร้ายแรงของยาสูบ ทั้งนี้ได้มีหลายประเทศสามารถควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 20 และประกาศเป้าหมายลดให้เหลือต่ำกว่าร้อยละ 5 ที่เรียกว่า “End game” ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ฟินแลนด์ สิงคโปร์ เป็นต้น ขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ของชายไทยยังสูงถึงร้อยละ 40 และหญิงไทยร้อยละ 2 ปัญหาพิษภัยจากยาสูบเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่คร่าชีวิตประชากร โลก รวมถึงผู้ที่ยังไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่แล้วมักจะประสบปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเรื้อรัง เป็นการสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลเนื่องจากรัฐต้องใช้จ่ายงบประมาณจำนวนมากเพื่อรักษาและดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ดังนั้นหากประเทศใดปล่อยให้ธุรกิจยาสูบแพร่ขยายได้ง่ายและเสรีแล้ว ประชากรของประเทศนั้นๆ คงมีแต่คนป่วยเป็นจำนวนมาก ทั้งตัวผู้สูบเอง และผู้คนรอบข้างที่ต้องรับควันมือสองไปด้วยทั้งๆ ที่ไม่ได้สูบ

ตัวอย่างกรณีประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดในโลก จากหลายมาตรการผสมผสานของรัฐบาล รวมถึง การขึ้นภาษีบุหรี่สูง ห้ามตีพิมพ์ และแพร่ภาพกระจายเสียงโฆษณา และกฎหมายเข้มงวดห้ามจุดบุหรี่สูบ ในเกือบทุกพื้นที่ของประเทศ อัตราการสูบบุหรี่ในสิงคโปร์ลดลงต่ำสุดที่ร้อยละ 12.6 ในปี พ.ศ.2547 แต่หลังจากนั้นก็ค่อยๆ สูงขึ้นถึงร้อยละ 13.3 ในปี พ.ศ. 2556 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป ผู้ค้าปลีกบุหรี่จะต้องเก็บบุหรี่ให้อยู่นอกสายตา และต้องไม่แสดงโฆษณาใดๆ เกี่ยวกับ บุหรี่ การอนุวัติกฎหมายในรัฐสภา ทำให้สิงคโปร์เข้าร่วมกลุ่มกับออสเตรเลีย แคนาดา นิวซีแลนด์ และสหราชอาณาจักร มีกฎหมายห้ามโชว์หรือแสดงบุหรี่ในร้านจำหน่าย นอกจากนี้ รัฐสภาสิงคโปร์ยังได้ลงมติอนุมัติ การห้ามโฆษณาบุหรี่ทุกรูปแบบ รวมถึงการ โฆษณาออนไลน์ การห้ามโชว์หรือแสดงยังรวมถึงบุหรี่ไฟฟ้า และมอระกู่ด้วย (เดลินิวส์ 14 มีนาคม 2559)

ปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นเรื่องที่โยงใยกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน การบริโภค ยาสูบได้เพิ่มความหิวและความยากจน ทำให้เกิดภาวะมลพิษทางน้ำ อากาศ ทำให้ป่า ลดลง และผู้คนที่ทั่วโลกได้ก็จะได้รับผลกระทบ พืชยาสูบเติบโตใน 120 ประเทศทั่วโลก ใช้พื้นที่ในการเพาะปลูก 4.3 ล้านเฮกตาร์ (million hectares) ของพื้นที่ ประมาณ 1 พันล้านคนที่สูบบุหรี่ทั่วโลก และร้อยละ 80 พวกเขาอยู่ประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ ปานกลาง ยาสูบแตกต่างจากพืชที่มีมูลค่าอื่นๆ ที่เหมือนกาแฟ หรือ ชา ใน 3 ประการ สำคัญ กล่าวคือ ประการแรก การบ่มยาสูบต้องการไม้พื้นจำนวนมากที่ได้มาโดยการตัด ไม้ ประการที่สอง พืชยาสูบเป็นพิษและเป็นเหตุให้เกิดการติดนิโคตินอย่างหนักใน เกษตรกรและคนงานยาสูบ ประการที่สาม ผลิตภัณฑ์ยาสูบมีพิษและเป็นอันตรายต่อ สุขภาพของผู้บริโภค "ดังนั้น จึงแตกต่างจากชาหรือกาแฟ ยาสูบเป็นปัญหาในประเด็นทาง สังคม เศรษฐกิจ และระบบนิเวศซึ่งไม่สามารถแก้ไขและเยียวยาได้ด้วยการค้าที่เป็น ธรรม" (solved by fair trade) (Sonja von Eichborn, 2015)

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: (แปล). (ม.ป.ป.). ร่างแนวทางการดำเนินการตามข้อ 13 ของกรอบอนุสัญญาฯ กรอบว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้สนับสนุนของธุรกิจยาสูบ). แปลโดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.(อึดสำเนา)
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (แปล) (ม.ป.ป.). Framework Convention on Tobacco Control.(กรอบอนุสัญญาฯ ว่าด้วยการควบคุมยาสูบ). กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.(อึดสำเนา)
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (แปล). องค์การอนามัยโลก. ร่างแนวทางการดำเนินการตามข้อ 13 ของกรอบอนุสัญญาฯ กรอบว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้สนับสนุนของธุรกิจยาสูบ). กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.ม.ป.ป.
- กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ (2554). WTO รายงานผลการพิจารณาข้ออุทธรณ์ กรณีพิพาทเรื่องสินค้าบุหรี่ของฟิลิปปินส์” 27 มิถุนายน. Available at <http://www.thaifita.com/thaifita/NewsFTA/tabid/67/ctl/Details/mid/427/ItemID/6943/Default.aspx>
- กระทรวงการคลัง, โรงงานยาสูบ. (2558). ยาสูบกับการค้นพบ. Available at <http://www.thaitobacco.or.th/th/2015/01/006812.html>
- กระทรวงสาธารณสุข (2552). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาวะโรคและสุขภาพของประชากรไทย: บทความภาวะโรคที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ของประเทศไทย ปี 2552 Available at <http://www.thaincd.com/media/paper-manual/others.php>
- กระทรวงสาธารณสุข ข่าวเพื่อสื่อมวลชน (28 พฤษภาคม 2555). สธ. เผยผลสำรวจ พบสิงห์อมควันไทยเพิ่มขึ้นเป็น 13 ล้านคน ฮิตสูบบุหรี่ของราคาถูกเพิ่มขึ้น . Available at http://pr.moph.go.th/iprg/module.php?mod=news_print&idHot_new=47197

กฤษรัตน์ ศรีสว่าง. (18 กุมภาพันธ์ 2559). ผลของนโยบายควบคุมบริโภคยาสูบด้วยการเพิ่มภาษี. Available at <http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/636967>

กระทรวงการต่างประเทศ. ข่าวสารนิเทศ, ไทยให้สัตยาบันต่อกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก. วันที่ 24 พฤศจิกายน 2547.

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข (2556) รายงานผลการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบฉบับสมบูรณ์ : กรณีการเฝ้าระวังกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ. รายงานวิจัย: นนทบุรี

เกษม ชนะวงค์, อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์, สุจิตรา อร่ามพงษ์พันธ์, แสงโสม อมรัตน์พงศ์, พจมาพร จันทร์จรัส, ณาตยา สีหานาม. (2560). การแปรรูปรัฐวิสาหกิจในประเทศไทย กรณีศึกษาโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง วารสารการบริหารท้องถิ่น ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม: 54-63

กองบรรณาธิการนิตยสารหมอชาวบ้าน (2553). ออฟฟิศปลอดบุหรี่ คอลัมน์: เก็บข่าวมาฝาก นิตยสารหมอชาวบ้าน เล่มที่: 370 1 กุมภาพันธ์. Available at <https://www.doctor.or.th/article/detail/10716>

กิตติ กันภัย (2550) อุตสาหกรรมยาสูบตลาดในมาวัน ธุรกิจที่ผิดต่อจริยธรรมบุคคล บันทึบสนทนาสุขภาพของผู้สูบ-ผู้สัมผัส. ก้าวต่อไปของการควบคุมกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ ในการประชุมวิชาการบูรณะระดับชาติ ครั้งที่ 6 จัดโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และองค์การพันธมิตรระหว่างวันที่ 10-11 กันยายน 2550 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการการสาธารณสุข . (2555). สรุบบันทึกการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภาครั้งที่ 31/2555 วันที่ 9 ตุลาคม 2555 ณ ห้องประชุมคณะกรรมการ หมายเลข 309 ชั้น 3 อาคารรัฐสภา 2

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และ ปิยะรัตน์ นิรมิตพัทธ์พงศ์ (2558). มาตรการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน: ทบทวนวรรณกรรม. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

จินตนา ยูนิพันธุ์, วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, สุวิมล ใจจนาวี. (2556). อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรังหลังได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2556; 11(2): 49-61)

จรรย์ อุสาหะ, ลีตีพร กันวิหค, เศรษฐ์ จุฬาสีกุล, วิไลลักษณ์ ฤทธิระพงษ์ (2558) การสังเคราะห์อภิमानงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- ฉัตรสุนทร พฤตมิถุน (2558). กฎหมายและนโยบายการควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุม
วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม: 264
- ฉัตรสุนทร พฤตมิถุน (2556). การประเมินผลการนำกฎหมายไปปฏิบัติด้านการควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบและการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทย. วารสาร
คุณภาพชีวิตกับกฎหมาย; 9(1): 72-90.
- ชลธาร วิศรุตวงศ์ (2549). นักเศรษฐศาสตร์เตือนเร่งรับมือผลกระทบจากการเปิดค้าเสรีบุหรี่ ใน
การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ระหว่างวันที่ 5-6 มิ.ย.2549
- ชวนชม ธนานิธิศักดิ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, คทา บัณฑิตานุกูล. (2548) ข้อมูลปัจจุบัน
เกี่ยวกับคลินิกกอดบุหรี่ในประเทศไทย. รายงานการวิจัย.
- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (2542). วัฒนากาของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย
องค์การอนามัยโลก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2542 หน้า 22
- ณัฐชัย สมรรถนเรศวร, ทิพวรรณพืงป่า, สมเกียรติ นงประโคน และศศิมา สมรรถนเรศวร.
(2556). การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนแก้ไขปัญหามหาการบริโภคยาสูบแบบมีส่วนร่วม
ตำบลประทัดบุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์. ในงานประชุมวิชาการบุหรี่และ
สุขภาพแห่งชาติครั้งที่12 (หน้า 45). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการ
ควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- ทักษ์ศิลป์ ฉัตรแก้ว (2546) ฟิลิป มอริส ประเทศไทย “เราเป็นสมาชิกของสังคม” นิตยสาร mba
3: 94-6.
- นัทศน์ ศิริโชติรัตน์ (2548) การวิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบกับการเมือง
ใน การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ, ฮาร์แมน สตีเฟน (Stephen
Harmand) คณะ.กรมควบคุมโรค รายงานการวิจัย: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์.
- นัทศน์ ศิริโชติรัตน์ และคณะ (2553) โครงการประเทศไทยปลอดบุหรี่ 100% (Towards 100%
Smoke Free Environment) รายงานวิจัย: มูลนิธิ บลูมเบอร์ก องค์การอนามัยโลก
ประจำประเทศไทย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- นัทศน์ ศิริโชติรัตน์ (2553) การประเมินองค์ความรู้และกรณีศึกษาจากทั้งในประเทศและ
ต่างประเทศเกี่ยวกับการดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรม
ยาสูบ รายงานวิจัย: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- นัทศน์ ศิริโชติรัตน์ (2555). บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุม
ยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2554) ความสำคัญของหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อปัญหาด้านสาธารณสุข
ใน บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข. 147-194
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2558). กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัย
โลก วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขปีที่ 1 เล่มที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม.
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2558 a). มาตรการกำกับค่าเตือนบนซองบุหรี่ ใน: รายงานสรุปสถานการณ์
ไข้หวัดใหญ่เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ ใน ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปานทิพย์
โชติเบญจมาภรณ์, เทียนทิพย์ เคียรเมฆัน (บรรณาธิการ) ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้
เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) หน้า 69.
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. (2558 b). กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ : กรณีศึกษาวิวัฒนาการภาพ
คำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 3
กันยายน -ธันวาคม 2558: 172
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2559). อิทธิพลของความตกลงการค้าเสรีต่อการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2559.
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2560) การดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบ
วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ปีที่ 3 ฉบับที่ 1
- นิภาพรณ กังสกุลนิติ และเนาวรัตน์ เจริญคำ (2556). พื้นที่ ๆ (ไม่) เหลือของ “สิงห์อมควัน” .
สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ วันที่ 31 พฤษภาคม 2556.
Available at <http://www.riskcomthai.org/en/news/detail.php?id=17930>
- เนาวรัตน์ เจริญคำ และคณะ (2558) เล่ห์เหลี่ยมของบริษัทฟิลิป มอริสที่มีผลต่อการควบคุม
ยาสูบ รายงานวิจัย: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
- เนาวรัตน์ เจริญคำ, นิภาพรณ กังสกุลนิติ, วิมลพรรณ นิธิพงศ์, สตีเฟ่น ลอริน ฮาแมนน์, มาร์ค
ทราเวอร์ส. (2556). การตรวจวัดฝุ่นละอองขนาดเล็กสำหรับประเมิน การรับสัมผัสควัน
บุหรี่มือสอง : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีส่วนช่วยในการออกกฎหมายปลอดบุหรี่ วารสาร
การจัดการสิ่งแวดล้อม 23-36.
- บุญธิดา แส่นบรรดิษฐ์ (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการถ่ายเทมวลของเมนทอลในบุหรี่รสเมนทอล
หลักสูตรวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมเคมี มหาวิทยาลัยศรีนคริน
ทร วิโรฒ

- บุญพิสิฐวัชร ธรรมกุล, ขวัญใจธรรมกุล และวิชัยไพฑูถล. (2556). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ต่าบลโฟนทองอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ. แนวโน้มการเข้าถึงบุหรี่ของวัยรุ่นไทยที่สูบบุหรี่: ผลการสำรวจ 4 รอบของโครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย. ในงานประชุมวิชาการบุหรี่และสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 (หน้า 41). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- บุปผา ศิริวิศรี, อารี จำปากลาย, บุปผา ศิริวิศรี, ทวีมา ศิริวิศรี. (2553) รายงานการวิจัยผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 3 (พ.ศ. 2551) รายงานวิจัย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล หน้า 75-76
- ประกิต วาที่สาธกกิจ (มปป.) การควบคุมการบริโภคยาสูบ : บทบาทของรัฐบาลและผลทางเศรษฐกิจ: บทสรุปรายงานของธนาคารโลก เลขานุการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- ประกิต วาที่สาธกกิจ. (2549) สู้เพื่อไทยไร้ควันบุหรี่: บันทึกไว้เป็นประวัติศาสตร์ กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประกิต วาที่สาธกกิจ. (2551). การแทรกแซงและป้อนทำลายนโยบายสาธารณะของบรรษัทข้ามชาติ กรณีศึกษานโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : เจริญดีมีนคองการพิมพ์
- ประกิต วาที่สาธกกิจ (2551 a). ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประกิต วาที่สาธกกิจ. (2551 b). สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย วิเคราะห์และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา. ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ.2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- ประกิต วาที่สาธกกิจ (1 มิถุนายน 2554). เยาวชนสูบบุหรี่เพิ่ม 'พริตตี้' เป็นหนึ่งในขบวนการ. Available at <http://www.thaihealth.or.th/Content/.html>
- ประกิต วาที่สาธกกิจ (2557). บริษัทบุหรี่ฟ้องล้มกฎหมายควบคุมยาสูบของอียู. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ Available at <http://www.trc.or.th/th/%.html>
- ประกิต วาที่สาธกกิจ (2558) หนึ่งทศวรรษอนุสัญญาควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประกิต วาที่สาธกกิจ (2559) 'วันสตรีสากล' ผู้หญิงขอผู้ชายหยุดสูบบุหรี่ในบ้าน. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

- ประภิต วาทีสาธกกิจ (มปป.). สู้ห้าทศวรรษ อายุรศาสตร์รามธิบดี หัวหน้าภาควิชา
อายุรศาสตร์พ.ศ. 2530 – 2538. หน้า 35-39. โรงพยาบาลรามธิบดี. Available at
<http://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/headdivision/Profprakij.pdf>
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2538). พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1.
เจ้าพระยาพระยาธรรมการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- ปราณี ทินกร. (มปป.). การแปรรูปโรงงานยาสูบ. มปป.
- พรพิมล นามวงศา. (2558). ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตระดับ
ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. รายงานวิจัย: คณะศึกษาศาสตร์,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พัชรี บุญธรรม (2559). ควันบุหรี่มือสอง...ภัยร้ายจากบุหรี่โดย Patcharee Bonkham. วันที่ 24
สิงหาคม 2559 Available at <http://www.thaihealth.or.th/Content/32543.html>
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, นิตศน์ ศิริโชติรัตน์, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, ปารัตนา สถิติวิภาวี,
ดุสิต สุจิรวรัตน์, นฤมล เอี่ยมณีกุล, มลินี สมภพเจริญ. (2556) รายงานการวิจัย
ผลกระทบจากรูปแบบฉลากคำเตือนเรื่องสุขภาพบนซองบุหรี่แบบเรียงบ่งปราศสีสันที่
มีผลต่อพฤติกรรมสนองตอบในการบริโภคบุหรี่ของวัยรุ่นในประเทศไทย รายงานการ
วิจัย: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, นิตศน์ ศิริโชติรัตน์, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, ปารัตนา สถิติวิภาวี,
ดุสิต สุจิรวรัตน์, นฤมล เอี่ยมณีกุล, มลินี สมภพเจริญ (2559) ประสิทธิภาพการขยาย
รูปแบบฉลากคำเตือนเรื่องสุขภาพบนซองบุหรี่ (85%) ที่มีต่อพฤติกรรมสนองตอบใน
การบริโภคบุหรี่ของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร รายงานการวิจัย: ศูนย์วิจัยและจัดการ
ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2555) กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (ตอนที่ 2) นิตยสารหมอ
ชาวบ้าน เล่มที่ 390 ตุลาคม.
- ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2556), การศึกษาความสำคัญของ WHO-FCTC มาตรา 5.3 ต่อการควบคุม
ยาสูบของ ประเทศไทย. รายงานวิจัย: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
- ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2558). เมื่อธุรกิจยาสูบเข้าร่วมพิจารณากฎหมายควบคุมยาสูบ หมอ
ชาวบ้าน ปีที่ 37 ฉบับที่ 437 กันยายน 2558: 57.
- ภูรี สิริสุนทร. (2550). การแปรรูปรัฐวิสาหกิจในรัฐบาลทักษิณ (พ.ศ. 2544-2547). เอกสาร
วิชาการหมายเลข 804 คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กุมภาพันธุ์ (2547). กลยุทธ์การตลาดของบริษัทบุหรี่ในการ
หลบเลี่ยงกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ในประเทศไทย
โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. (มปป.). นโยบายที่สำคัญ . Available at
<http://www.thaitobacco.or.th/th/ttm-major-policies>
โรงงานยาสูบ กระทรวงอุตสาหกรรม. (มปป.). ประวัติโรงงานยาสูบ. Available at
<http://www.thaitobacco.or.th/th/about-us>
โรงงานยาสูบ, กระทรวงการคลัง. (2552-2558) รายงานประจำปี กระทรวงการคลัง.
โรงงานยาสูบ. (2557). รายงานประจำปี 2557. โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง.
วารสารณิ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบุญรณ์ และคณะ. (2546). รายงานการวิจัย
เรื่องแนวทางการรักษาและให้คำ แนะนำ เพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.
วาริรัตน์ แสนเสนาะ, อรวรรณ ชาศรียศกุล, ทิพวรรณ ยงภูมิพุกธา และชิวัน ดาราดีศักดิ์.
(2556). เครือข่ายสตรีเพื่อชุมชนบ้านต้นแห่นปลอดบุหรี่. ในงานประชุมวิชาการบุหรี่
และสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุม
ยาสูบ (ศจย.).
วิจารณ์ พานิช (2552). นพ. หทัย ชิตานนท์ ครูสอนวิชาแรงบันดาลใจ. ชีวิตที่พอเพียง. 84 ปี
นพ. หทัย ชิตานนท์. Available at <https://www.gotoknow.org/posts/550462>
วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, ประศักดิ์ สันติภาพ. (2547). การทบทวนองค์ความรู้มาตรการดำเนินการ
ควบคุมและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุข
แห่งชาติ.
ศิริรัช ลาภใหญ่, ชัชฎ์ญ์ เตชะกิตติโรจน์, ศศิธร แจ่มถาวร, อธิทิเทพ หลีนวรัตน์, ปฐมพงษ์ วงษ์
จันทร์; (2557) กลยุทธ์การตลาดของยาสูบประเภทบารากูและพฤติกรรมการบริโภคบา
รากูในกลุ่มเยาวชน. รายงานวิจัย: ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุม
ยาสูบ. Available at http://www.tobaccowatch.in.th/know_brand_page/70-.html
ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สีตบุตร. บรรณาธิการ (2559). รายงานผลการประเมินการ
ปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559.
รายงานวิจัย: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2556) ควันมรณะเต็มสุวรรณภูมิ เริงรัฐ
ประกาศกระทรวงด่วน. วันที่ 7 พฤษภาคม 2556 <http://www.trc.or.th/th/press-release-3/item/184.html>

- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2557). สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคังการพิมพ์.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (มปป.). สรุปจากเอกสารวิชาการสำหรับนักวิจัยและนักวิชาการเพื่อการควบคุมยาสูบของนายแพทย์หทัย ชิตานนท์.
- สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2543). (แปล) พัฒนาการทางปฏิบัติ ยุทธการแพร่ภัยบุหรี่ : สิ่งที่ต้องทำและผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ(Development in Practice: Curbing the epidemic - governments and the economics of tobacco control (2000). รายงานจากธนาคารโลก
- สถาบันไทยพัฒนา (2552). รายงาน “6 ทิศทาง CSR ปี 2552”. Available at: www.thaicrs.com Accessed on August 8.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2549) บรรณานุกรม “การควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2549 http://www.tobacowatch.in.th/know_page.html
- สมชัย อภิวัฒนพร. (2556). สารปรธานกรรมการอำนวยการโรงงานยาสูบ. รายงานประจำปีโรงงานยาสูบ 2556. Available at <http://www.thaitobacco.or.th/th/wp-content/uploads/2015/08/ebook-annual-report2013.pdf>
- สมพล วันตะเมล์. (2558). แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม. www.thaipopulation.org
- สมศรี เผ่าสวัสดิ์ และคณะ. (2548). บทบาทวิชาชีพสุขภาพและการสร้างจิตสำนึกกิจกรรมการสร้างความเป็นผู้นำด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณานุกรม), การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สมหญิง พุ่มทอง (2551). ยาและการเข้าถึงยาเพื่อการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย สาขาเภสัชกรรมคลินิกและเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, Vol. 3 No. 2, May. Aug. 2008 305
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (มปป.). การดำเนินงานและเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 <http://www.samatcha.org/node/103>

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555) การประเมินขีดความสามารถของประเทศไทยในการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามนโยบาย MPOWER Available at [http://bt3\)dd3\)mop8\)go.th/th/upload/datacenter/data2.pdf](http://bt3)dd3)mop8)go.th/th/upload/datacenter/data2.pdf)

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: บริษัท เอพี ไคคัท แอนด์ สกรีน จำกัด.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2557 สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบกรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2556). สรุปสถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย รายงานประจำปี 2556. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (มปป.). สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ. Available at <http://corp.thaihealth.or.th/resource-center/stats/risky>

สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. อัตราการสูบบุหรี่. <http://corp.thaihealth.or.th/resource-center/stats/tobacco>

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง การดำเนินการตามพระราชบัญญัติทุนรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. 2542 เพื่อแปลงสภาพโรงงานยาสูบเป็นบริษัทจำกัด. เรื่องเสร็จที่ 786/2546 Available at http://www.sepo.go.th/tiny_mce/plugins/filemanager/thumbs/MOF/LAWS/3.2

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. Available at <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokeExec57.pdf>.

สุชาดา ตั้งทางธรรม (2559). 'ขึ้นภาษีบุหรี่' ไม้ตายลดนักสูบเยาวชน. Available at http://www.tobaccowatch.in.th/hot_page/158.html

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (2557) 'ไซเคิลดี เลิกบุหรี่ คลินิกฟ้าใส' วันที่ 27 มีนาคม 2557. Available at <http://www.thaihealth.or.th/Content/23626-'คลินิกฟ้าใส'%20ไซเคิลดี%20เลิกบุหรี่.html>

- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). พยาบาลกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 1 (2): 9 -18.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอระดี นุชสงสิน, ศิริวรรณ ทิพย์รังสรรค์. (2558). การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเหลือในผู้ป่วยเรื้อรัง วารสารสาธารณสุขศาสตร์; 45(3): 324-333.
- เสาวลักษณ์ ลักษณะมีจักรกุล, ปางก์เพ็ญ เหลืองเอกทินและ ศิริลักษณ์ วงษ์วิจิตรสุข (2557) การประเมินผลโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากร มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ รายงานวิจัย: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- หทัย ชิตานนท์. (2545). กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ. ชุดเอกสารวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย.
- หทัย ชิตานนท์. (2545). กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ. ชุดเอกสารวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย.
- หทัย ชิตานนท์ (มปป.). สรุปจาก เอกสารวิชาการสำหรับนักวิจัยและนักวิชาการเพื่อการควบคุมยาสูบจัดพิมพ์โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
- หทัย ชิตานนท์ (2550) เหตุผลที่แท้จริงของบริษัท ฟิลิป มอริส ในการอุปถัมภ์การประกวดภาพวาดอาเซียน รายงานวิจัย: สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย หน้า 4.
- หทัย ชิตานนท์, (2551). มรรคาสูการตรากฎหมายควบคุมยาสูบ นักสู้ไทยพิชิตภัยพิษภัยพิษภัยยาสูบข้ามชาติ กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- หทัย ชิตานนท์ (2554). เอกสารของบุหรี่ปราศสีสัน สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- หทัย ชิตานนท์ (2554) บรรจุภัณฑ์และฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- หทัย ชิตานนท์ และคณะ (2557)“รักษาอธิปไตยทางการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ให้พ้นภัยจากความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก รายงานวิจัยโครงการ . ศจย.
- หมอชาวบ้าน. (1 กรกฎาคม 2545). คัดค้านการแปรรูปโรงงานยาสูบ, Available at <https://www.doctor.or.th/article/detail>
- องค์การอนามัยโลก. (2551). การคุ้มครองสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. แปลโดย. อมรรรัตน์ โพธิพรวด. กรุงเทพมหานคร. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.

อัมพร ไวยโกศา, วัชรชัยกันทะวันนา และจันทรีชต์นาคทอง. (2556). พลังชุมชนท้องถิ่นสร้าง
แรงจูงใจร้านค้าชุมชนไม่จำหน่ายบุหรี่ ตำบลริมปิงอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ในงาน
ประชุมวิชาการบุหรี่และสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการ
ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

อิสรา ศานติศาสตร์ "บุหรี่: ภาษียิ่งเพิ่ม คนตายยิ่งลด" 16 พฤษภาคม 2557. Available at
<http://www.thaihealth.or.th/Content/24289.html>

อิสรา ศานติศาสตร์. (2549). แนวโน้มราคานิรุธภายใต้ความตกลงการค้าเสรี (FTA) ของประเทศ
ไทย. การประชุมวิชาการนิรุธกับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5. วันที่ 5-6 มิถุนายน 2549 ณ
โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ.

สิ่งพิมพ์ หนังสือพิมพ์

กรุงเทพธุรกิจ (4 กค 2560). ร่าง กม.ควบคุมยาสูบ:อุดมการณ์ที่เปลี่ยนไปของ NGO ด้านนิรุธ
<http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/639916>

กรุงเทพธุรกิจ. (27 กพ. 2560). คลังสิ่ง 3 กรมภาษีทำแผนเพิ่มการจัดเก็บรายได้. Available at
<http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/742461>

แนวหน้า (14 กย. 2555). ศาสตราจารย์ประภิต เปิดโปง "กลุ่ม-องค์กร" จ่อคัดค้าน

แนวหน้า (14 กย. 2555). ศาสตราจารย์ประภิต เปิดโปง "กลุ่ม-องค์กร" จ่อคัดค้าน.

บ้านเมือง (13 เมย 2558) "ระวัง! ปัญหา กม.ยาสูบต่างชาติกีดกันการค้า

บ้านเมือง (3 เมย 2558) หัวข้อข่าว "ระวัง! ปัญหา กม.ยาสูบต่างชาติกีดกันการค้า

ประชาไท. (2549). นักเศรษฐศาสตร์เตือนเร่งรับมือผลกระทบจากการเปิดค้าเสรีนิรุธ ในการ
ประชุมวิชาการนิรุธกับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ระหว่างวันที่ 5-6 มิ.ย.2549 Available
at <http://prachatai.com/node/8607/talk>

ประชาไท. หทัย ชิตานนท์ และคณะ (29 มีค. 2560) ร่างกฎหมายใหม่เปิดทางให้มีการแปรรูป
โรงงานยาสูบนำไปสู่การสูญเสียอธิปไตยในการควบคุมยาสูบของประเทศไทย
Available at <https://www.prachatai.com/journal/2017/03/70794>

ผู้จัดการรายวัน (30 เมย 2559). ผู้จัดการ Online คดีเดียวภาษีนิรุธ2หมื่นล้าน "ฟิลิป มอริส"
มีหนาว Available at
[http://www.manager.co.th/AstWeekend/ViewNews.aspx?NewsID=959000004
3750](http://www.manager.co.th/AstWeekend/ViewNews.aspx?NewsID=9590000043750)

ผู้จัดการออนไลน์. (1 สค 2556). ธุรกิจและการควบคุมยาสูบ รัฐบาลปากว่าตาขยิบ. Available at www.manager.co.th/iBizChannel/ViewNews.aspx?NewsID=956000094868.

มติชน (4 มีค.2552). รมช.คลังยันไม่แปรรูปโรงงานยาสูบแต่จัดเป็นนิติบุคคล
http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1236156573

มติชน (3 เมย 2558). “ชาวไร่ผู้ค้า” แกลงคัดค้าน พรบ.ยาสูบ 2. “ชาวไร่ยาสูบ – ไชห่วย”
 เดินหน้าดัน “กม.ยาสูบ”

มติชน (วันที่ 3 เมษายน 2558) หัวข้อข่าว “ชาวไร่ผู้ค้า” แกลงคัดค้าน พรบ.ยาสูบ 2. ชาว ทั่นหุน
 วันศุกร์ที่ 3 เมษายน 2558 หัวข้อข่าว “ชาวไร่ยาสูบ – ไชห่วย” เดินหน้าดัน “กม.ยาสูบ”

สื่อบริการ (14 กย. 2555). จับตาแรงต้าน พรบ.ควบคุมยาสูบ การดิ้นรนครั้งใหญ่ของธุรกิจ
 บุหรี่ข้ามชาติ. Available at <http://www.healthstation.in.th/action/viewarticle/307/>

สื่อบริการ (14 กย.2555) จับตาแรงต้าน พรบ.ควบคุมยาสูบ การดิ้นรนครั้งใหญ่ของธุรกิจ
 บุหรี่ข้ามชาติ Available at <http://www.healthstation.in.th/action/viewarticle/307/>

สื่อบริการ (14 กย 2560). จับตาแรงต้าน พรบ.ควบคุมยาสูบ การดิ้นรนครั้งใหญ่ของธุรกิจ
 บุหรี่ข้ามชาติ วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2555 Available at
<http://www.healthstation.in.th/action/viewarticle/307/>

สยามธุรกิจ “ชาวไร่ออกมาต่อต้านร่าง พ.ร.บ. ควบคุมยาสูบ” ฉบับวันที่ 17 - 20 ส.ค. 2556.

สำนักข่าวอิศรา (31 พค. 2556) พื้นที่ ๆ (ไม่) เหลือของ “สิงห์อมควัน” สนามบิน Available at
<https://www.isranews.org/thaireform-doc-health/21488-.html>

สำนักข่าวอิศรา (14 กย. 2555). ชาวไร่ยาสูบเหนือประท้วงร่าง กม.ยาสูบใหม่ นักวิชาการชี้คุม
 แคบวิษัทยาสูบ-ปกป้องเด็ก. Available at <https://www.isranews.org/isranews-news/16360-2012-09-14-09-38-44-sp-2094164138.html>

หมอหทัย"คุณปู่นักต้านบุหรี่คนนี้มีดีที่ทำให้คนเกลียด Available at
http://www.sri.cmu.ac.th/~nsac/All_Page/Dr_anti%20cigarette.html

ภาษาอังกฤษ

- Alcohol Healthwatch. (2003). The Advertising of Alcohol: in support of increased restrictions. Alcohol Healthwatch Paper. August.
- Altman D, Wheelis A, McFarlane M, et al. (1999). "The relationship between tobacco access and use among adolescents: a four community study." *Social Science & Medicine*; 48(6): 759-775.
- Diemert L, Dubray J, Babayan A, Schwartz R. (2013). Strategies Affecting Tobacco Vendor Compliance with Youth Access Laws: A Review of the Literature. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit, October.
- Grant A, Morrison R, Dockrell M. (2013). The prevalence of shisha (narghille, hookah, waterpipe) use among adults in Great Britain, and factors associated with shisha use: data from cross sectional online surveys in 2012 and 2013. Submitted for publication.
- Adams ML, Jason LA, Pokorny S, Hunt Y. (2013). Exploration of the Link between Tobacco Retailers in School Neighborhoods and Student Smoking. *The Journal of School Health*; 83(2): 112-118. doi:10.1111/josh.12006.
- AER Foundation Ltd. (2011). Alcohol Product Labelling: Health Warning Labels and Consumer Information, Available at http://www.fare.org.au/wp-content/uploads/2011/07/AER-Policy-Paper_FINAL.pdf
- Aitkin D. Re: Draft Tobacco Control Bill. (1992). British American Tobacco. Bates Number 304033949. 28 February. Available from Guildford Depository.
- Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, et al. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 2010;39:834-57. Clarke SFJ, Stephens C, Farhan M, et al. Multiple patients with carbon monoxide toxicity from water-pipe smoking. *Prehospital and Disaster Medicine*; 27(6):612-4
- Alechnowicz K, S Chapman (2004). The Philippine tobacco industry: "the strongest tobacco lobby in Asia" *Tobacco Control*; 13(Suppl II):ii71-ii78. doi: 10.1136/tc.2004.009324

- American-Legacy-Foundation. (2009). Electronic cigarette (“e-cigarette”) fact sheet. Available at: http://www.americanlegacy.org/pdfPublications/ElectronicCigarette_FactSheet.pdf Accessed February 23, 2012.
- Amos A and Mackay J. (2004). ‘Tobacco and Women’ in Peter Boyle, Nigel Gray, Jack Henningfield, John Seffrin and WitoldZatonski (eds.) Tobacco and Public Health: Science and Policy. Oxford: Oxford University Press: 329-51.
- Anne Jones (2010), Chief Executive Officer, Action on Smoking and Health Australia, August 10, 2010. Submissions available online: http://www.aph.gov.au/Senate/committee/clac_ctte/plain_tobacco_packaging_09/submissions/sublist.htm
- Anon. (1988). Switzerland and Uruguay: agreement on the reciprocal promotion and protection of investments (with protocol). Oct. <http://untreaty.un.org/unts/120001/26/2/00021341.pdf>
- Anon. PM (2014). Fuming About Uruguay’s Graphic Cigarette Packaging To The Tune of \$25M. Fox News Latino, September 16.
- Appleberry R. (2000). “It’s a Woman Thing: Sex, Status, and Human Rights in the Tobacco Epidemic,” 15, Berkeley Women’s Law Journal: 312-326.
- Appleberry R. (2001). “Breaking the Camel’s Back: Bringing Women’s Human Rights to Bear on Tobacco Control,” 13, Yale Journal of Law and Feminism: 71-96.
- ASH Action on Smoking & Health. (2015). Australian Court Approves Tobacco Pack Logo Ban.
- Amott D. (2013). There’s no single endgame. Tobacco Control 22: i38-i39.)
- Auemaneekul A, Silpasuwan P, Sirichotiratana N, Satitvipawee P, Sompopcharoen M, Viwatwongkasem C, Sujirarat D. (2015). The Impact of Cigarette Plain Packaging on Health Warning Salience and Perceptions: Implications for Public Health Policy. Asia-Pacific Journal of Public Health, Nov;27(8):848-59
- Australian Government. (2010). Taking Preventative Action A response to Australia: The Healthiest Country by 2020

- Australian Government. (n.d.). Tobacco plain packaging-investor-state arbitration,
Available from: URL: www.ag.gov.au/tobaccoplainpackaging
- Aveyard P, West R. (2007). Managing smoking cessation. *BMJ*; 335: 37-41.
- Azagba, S., Minaker, L.M., Sharaf, M.F. et al. (2014). Smoking intensity and intent to
continue smoking among menthol and non-menthol adolescent smokers in
Canada. *Cancer Causes Control* 25: 1093-1099. doi:10.1007/s10552-014-
0410-6 .
- Babor, T. et al. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public
Policy.* Oxford University Press.
- Barth J, Critchley JA, Bengel J. (2008). Psychosocial interventions for smoking
cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst
Rev* 2008; doi: 10.1002/14651858. CD006886.
- BAT's Social Report 2001 / 2002. Available at:
http://www.who.int/tobacco/communication/CSR_report.pdf Accessed on
August 8, 2009.
- BBC News. (2012). Gateshead doctor calls for research into 'e-cigarettes, Available at:
<http://www.bbc.co.uk/news/uk-england-12887335> Accessed January 15,
2012.
- BBC. (2012). Australia cigarette plain packaging law upheld by court, 15 August 2012,
- Beaglehole R, Bonito R, Yach D, Mackay J, Reddy KS. (2015). A tobacco-free world:
a call to action to phase out the sale of tobacco products by 2040. *Lancet* 385:
1011-18
- Berrick AJ. 2013. The tobacco-free generation proposal. *Tobacco Control* 22: i22 –
i26.
- Bettcher D, Subramaniam C, Guindon E, et al. (2001). "Confronting the Tobacco
Epidemic in an era of Trade Liberalization," WHO Commission on
Macroeconomics and Health, World Health Organization, CMH Working Paper
Series, WG 4:8. Available at:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01.4.pdf Retrieved on July 7,
2009.

- Bialous S. (2007). Corporate Social Responsibility Programs. Tobacco Policy International; Tobacco Free Nurses Initiative. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. www.jhbsh.edu.org Retrieved on January 15, 2009.
- Biener L, Harris JE, Hamilton W. (2000) "Impact of the Massachusetts tobacco control programme: population based trend analysis." *British Medical Journal*; 321: 351-354.
- Biglan, A., Ary., D., Koehn, V., Levings, D., Smith, S., Wright, Z., et al. (1996). Mobilizing positive reinforcement in communities to reduce youth access to tobacco. *Am J Community Psychol*, 24(5), 625-638.
- Biglan, A., Ary., D., Koehn, V., Levings, D., Smith, S., Wright, Z., et al. (1996). Mobilizingv positivereinforcement in communities to reduce youth access to tobacco. *Am JCommunity Psychol*, 24(5), 625-638.
- Blanke DD, Da Costa e Silva VL, eds. (2004). Tools for advancing tobacco control in the 21st century. Tobacco Control legislation: an introductory guide. Geneva, World Health Organization Available at http://www.who.int/tobacco/research/legislation/tobacco_cont_leg/en/index.html Accessed December 9, 2009.
- Blewden MB, Spinola C. (1999). Controlling youth access to tobacco: A review of the literature and reflections on the New Zealand programme of controlled purchasing operations. *Drug and Alcohol Review*; 18(1):83-91.
- Bloom J. (2001). "Public Health, International Trade and the Framework Convention on Tobacco Control," Campaign for Tobacco-Free Kids. available at <http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/Policy.pdf>
- Borland R. (2013). Minimising the harm from nicotine use: finding the right regulatory framework. *Tobacco Control* 22: i6 – i9
- Breland A, Kleykamp B, Eissenberg T. (2005). Clinical laboratory evaluation of potential reduced exposure products for smokers. *Nicotine Tob Res* 8: 727-38.
- British-American Tobacco Company, (1979). "Guidelines on Communication Restrictions and New Opportunities in Marketing," Jesteburg, 13-17 May. Bates No. 100427839-100427854. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/oqf14f00>.

- Bronfenbrenner U. (2009). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*: Cambridge, Massachusetts: Harvard university.
- Brundtland GH. (1998) Seminar on tobacco industry disclosures; implications for public policy. Geneva, World Health Organization.
- Bullen C, Glover M, Laugesen M, et al. (2010). Effect of an e-cigarette on craving and withdrawal acceptability and nicotine delivery : randomized cross-over trial. *Tob Control* 19 (1): 87-88.
- Bullen C, H McRobbie, S Thornley, M Glover, R Lin, M Laugesen. (2010). Effect of an electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: randomized cross-over trial. *Tobacco Control* 19: 98-103. doi:10.1136/tc.2009.031567
- Bullen C, McRobble H, Thomley S, et al. (2010). Effect of an electronic nicotine delivery device – “E Cigarette” on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: randomized cross-over trial. *Tobacco Control* 19 (1):8-103.
- Burgi E. (2011). “The Regulatory Aspects of International Trade in Tobacco,” in “WTI Study,” p. 21. In: Benn McGrady, *Trade and Public Health: The WTO, Tobacco, Alcohol and Diet*. Cambridge University Press.
- California Department of Health Services, Tobacco Control Section. (1998). *A Model for Change: The California Experience in Tobacco Control*.
- Callard C, Chitanondh H, and Weissman R. (2001). “Why Trade and Investment Liberalization may Threaten Effective Tobacco Control Efforts,” *Tobacco Control*, 10: 68-70.
- Callard C, Collinshaw N, and Swenarchuk M. (2001). “An Introduction to International Trade Agreements and Their Impact on Public Measures to Reduce Tobacco Use,” *Physicians for a Smoke Free Canada*. Available at: http://www.smoke-free.ca/pdf_1/Trade&Tobacco_April%202000.pdf Retrieved on January 10, 2008.
- Callard CD, Collinshaw NE. (2013). Supply-side options for an endgame for the tobacco industry. *Tobacco Control* 22: i10 – i13.

- Carter LP, Stitzer ML, Henningfield JE, et al. (2009). Abuse liability assessment of potential reduced exposure products. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 18: 3241-62.
- Center for Public Health and Tobacco Policy. (2013). Tobacco Retail Licensing: Local Regulation of the Number, Location and Type of Tobacco Retail Establishments in New York.. Available at <http://tobaccopolicycenter.org/documents/Final%20Licensing%20Report%202014.pdf>
- Chaloupka FJ, and Laixuthai A. (1996). U.S. Trade Policy and Cigarette Smoking in Asia. NBER Working Paper Series, Working Paper 5543. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. (2012). Tobacco taxes as a tobacco control strategy *Tobacco Control* 2012;21:172e180. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050417
- Chapman S. 2004. Advocacy in action: extreme corporate makeover interruptus denormalising tobacco industry corporate schmoozing. *Tobacco Control Journal* 13: 445-447. Available at: <http://tobaccocontrol.bmj.com> Accessed on November 13, 2007.
- Charoenca N., Mock J., Kungskulniti N., Preechawong S., Kojetin N., Hamann SL. (2012). Success counteracting tobacco company interference in Thailand: An example of FCTC implementation for low and middle-income countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 9, 1111-1134; doi:10.3390/ijerph9041111.
- Chitanondh, H. (2000). The passage of tobacco control laws. Bangkok: Thailand Health Promotion Institute.
- Chitanondh, H. (2007). Thwarting Philip Morris' ASEAN Art Awards. Bangkok: Thailand Health Promotion Institute.
- Clarke SFJ, Stephens C, Farhan M, et al. (2012). Multiple patients with carbon monoxide toxicity from water-pipe smoking. *Prehospital and Disaster Medicine*;27(6):612-4

- Clinical Research and Imaging Centre, University of Bristol. (2014). Olivia Maynard awarded prestigious prize for impact on policy.
Available <http://www.bristol.ac.uk/cricbristol/news/2014/31.html>
- Cobb C, Weaver MF, Eissenberg T. (2010). Evaluating the acute effects of oral non-combustible potential reduced exposure products marketed to smokers. *Tob Control* 19: 367-373. doi: 10.1136/tc.2008.028993
- Collishaw N. Personal communication (2008). Taylor AL, Roemer R. an international strategy for tobacco control. Background document prepared for the World Health Organization, 1996: in *History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. World Health Organization, Geneva.
- Colombian Government (2009). "Investment and Cooperation Agreement," Signed by Colombian Government, Compania Colombiana de Tabaco S.A., PM Colombia. June 19, 2009. The agreement sets up representatives from government and industry to meet periodically and confer, as well as a system of contributions from PM to the Colombian government. 132 Para Vazquez, Mujica Mostro. "debilidad" *El Pais Digital*, 26 Julio 2010. Available at http://www.elpais.com.uy/10/07/26/pnacio_504193.asp
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). The Right to the Highest Attainable Standard of Health, General Comment 14, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Twenty-second session, E/C 12/2000/4, 11 August, para 51.
- Connolly GN, Winn DM, Hecht SS, et al. (1986). The reemergence of smokeless tobacco. *N Eng J Med* 314: 1020-7.
- Corporate Accountability International (2009), "Colombia adopts sweeping tobacco control law," Press Release, July 24.
<http://www.stopcorporateabuse.org/colombia-adopts-sweeping-tobacco-control-law>.
- Corporate Accountability International and NATT.(2010). Protecting against tobacco industry interference: 2010 Global Tobacco Treaty Action guide. Available online: <http://www.stopcorporateabuse.org>

- Cramp GJ, Mitchell C, Steer C, Pflieger S. (2007). An evaluation of a rural community pharmacy-based smoking cessation counseling and nicotine replacement therapy initiative. *Int J Pharm Pract* ;15:113-121.
- Crow M. (2004). "Smokescreens and State Responsibility: Using Human Rights Strategies to Promote Global Tobacco Control," 29, *Yale Journal of International Law*: 209-250.
- Da Costa e Silva VL, David AM, eds. (2004) 'Building blocks for tobacco control.A handbook'. Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobaccocontrol_handbook/en/ Accessed December 9, 2009.
- Dan Taglioli. (2012). Australia High Court upholds tobacco plain-package law, JURIST organization, University of Pittsburgh School of law. Available: <http://jurist.org/paperchase/2012/10/australia-high-court-upholds-tobacco-plain-package-law.php>
- David AM, Milroy T. (2005). Review of the United Nations Foundation /United Nations Fund for International Partnerships Support to the Tobacco Free Initiative. Report submitted to the Tobacco Free Initiative, World Health Organization, Geneva.
- David AM. (2005) World Health Organization – United Nations Foundation channel the outrage Part II. Final evaluation report. Report submitted to the Tobacco Free Initiative, Geneva, World Health Organization.
- Daynard R. (2009). Doing the unthinkable (and saving millions of lives) *Tobacco Control* 18: 2-3.
- Depken C. (1999). "The Effects of Advertising Restrictions on Cigarette Prices: Evidence from OECD Countries." *Applied Economics Letters* 6: 307-309.
- Dheage L. (1998). "Smoke Across the Waters: Tobacco Production and Exportation as International Human Rights Violation," 22, *Fordham International Law Journal*: 355-456.

- Dhippayom T, Nimpitakpong P. Electronic cigarettes. (2014). *Journal of Public Health*; 44(3): 313-28.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, et al. (1994). "Mortality in Relation to Smoking 50 Year's Observation on Male British Doctors," 309, *British Medical Journal* (October 8): 901-911.
- Dresler C and Marks S. (2006). "The Emerging Right to Tobacco Control," 28, *Human Rights Quarterly*: 599-651; 634-637.
- Dunlop SM, Dobbins T, Young JM, et al. (2014). Impact of Australian's introduction of tobacco plain packs on adult-smokers' pack-related perceptions and responses: results from a continuous tracking survey. *BMJ Open*; 4: e005836.
- Eckhardt J. (2002). "Balancing the Interests in Free Trade and Health: How the WHO's Framework Convention on Tobacco Control can Withstand WTO Scrutiny," 12, *Duke Journal of Comparative and International Law*, (Winter): 197-230, 223.
- Eissenberg T. (2010). Electronic Nicotine Delivery Devices : Ineffective Nicotine Delivery and Craving Suppression After Acute Administration. *Tobacco Control Journal*. 19(1): 87-88.
- Epps T. (2008). *International Trade and Health Protection: A Critical Assessment of the WTO's SPS Agreement*, Cheltenham, Edward Elgar: 58-91.
- Esson K and Leeder S. (2004). "The Millenium Development Goals and Tobacco Control: An Opportunity for Global Partnership." World Health Organization, available at http://www.who.int/tobacco/publications/mdg_final_for_web.pdf Retrieved on December 12, 2007.
- Etter J-F, Bullen C, Flouris AD, Laugesen M, Eissenberg T. (2011). Electronic nicotine delivery systems : a research agenda. *Tob Control*,20: 243-248.
- Etter J-F. (2010). Electronic cigarettes: a survey of users. *BMC Public Health* 10:231. Available at: http://www.biomedcentral.com/1471_2458/10/231
- Euromonitor International report (2009). *Tobacco Thailand, Cigarette Thailand, etc.*
- Ezzati M and Lopez A. (2003). "Estimates of Global Mortality Attributable to Smoking in 2000," *The Lancet* 362 (9387): 847-852, London.

- Fagerstrom K, Furberg H. (2008). A comparison of Fagerstrom test for nicotine dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction* 103: 841-5.
- FDA. (2009). Summary of Results: Laboratory Analysis of Electronic Cigarettes Conducted by FDA. Available at:
<http://www.fda.gov/NewsEvents/PublicHealthFocus/ucm173146.htm> US Food and Drug Administration (FDA). (Accessed February 23, 2012).
- FDA (2010). U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration (2010). Center for Tobacco Products. Tobacco Retailer Training Programs: Draft Guidance. Rockville,30Maryland: Food and Drug Administration, July Available at
<http://www.fda.gov/downloads/TobaccoProducts/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/UCM218906.pdf>. Accessed on May 21, 2013.
- FDA (2012). The E-Cigarette : Is It Safe? Summary of Results: Laboratory Analysis of Electronic Cigarettes Conducted by FDA. Available at:
<http://www.ecigarettedirect.co.uk/extra%20info/e-cigarette-safety.html>
 Accessed January 15.
- FDA News & Events. (2010). Electronic Cigarettes. 9 September 2010.
<http://wwwfda.gov/NewsEvents/PublicHealthFocus/ucm172906.htm>
- Feighery, E., Altman, D.G. and Shaffer, G. (1991). The effects of combining education and enforcement to reduce tobacco sales to minors. *The Journal of the American Medical Association*, 266(22), 3168-3171.
- Fidler D, Drager N, and Lee K. (2009). "Managing the Pursuit of Health and Wealth: The Key Challengers". *The Lancet* 373 (9660): 325-331.
- Fifty-Ninth World Health Assembly. (2006). International Trade and Health – 59/15 available at: http://www.who.int/...gb/wtowa/pdf_files/WHA59/A59-R26-en.pdf
 Retrieved on 12 December 2015.
- Flewelling RL, Grube JW, Paschall MJ, Biglan A, Kraft A, Black C, Hanley SM, Ringwalt C, Wiesen C, Ruscoe J. (2013). Reducing youth access to alcohol: findings from a communitybased randomized trial. *American Journal of Community Psychology* 2013; 51(1-2):264-277.

- Flouris AD, Oikonomou DN. (2010). Electronic cigarettes: miracle or menace? *BMJ* 340: c311.
- Foong Kin, Mary Assunta (2009). *Tobacco Industry Interference: In Health Policy in ASEAN Countries* (Bangkok: SEATCA, 2009).
- Forster JL, Murray DM, Wolfson M, et al. (1998). "The effects of community policies to reduce youth access to tobacco." *American Journal of Public Health*; 88(8): 1193-98.
- Friedman LC. (2009). Tobacco Industry Use of Corporate Social Responsibility Tactics as a Sword and a Shield on Secondhand Smoke Issues. *Journal of Law, Medicine & Ethics*; Winter 2009,p. 819-827.
- Gajalakshmi CK, Jha P, Ransom K, Nguyen S. (2000). "Global Patterns of Smoking and Smoking Attributable Mortality," in: Jha and Chaloupka (eds.). *Tobacco Control in Developing Countries*, Oxford University Press: 11-39, 35.
- Gallopel-Morvan K, Moodie C, Eker F, et al. (2014). Perceptions of plain packaging among young adult roll-your-own smoker in France: a naturalistic approach. *Tob Control* Published Online First: 11 June, doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051513.
- Gary Fooks, Anna B Gilmore. (2012) International trade law, plain packaging and tobacco industry political activity : the Trans-Pacific Partnership. *TC Online* First, published on June 20, 2013 as 10.1136/tobacco control -2012-050869
- GATT Panel Report Thailand. (1990). Restrictions on Importation of and Internal Taxes on Cigarettes, DS10/R, adopted 7 November, BISD 37S/200. Available at: http://www.wto.org/english/tratop_e/dispu_e/90cigart.pdf Retrieved on 12 December 2015.
- Gemson DH, Moats HL, Watkins BX, et al. (1998). "Laying Down the Law: Reducing Illegal Tobacco Sales to Minors in Central Harlem." *American Journal of Public Health*; 88(6): 936-939.
- Gilmore A. and McKee M. (2005). "Exploring the Impact of Foreign Direct Investment on Tobacco Consumption in the Former Soviet Union," *Tobacco Control*, 14: 13-21.

- Gilmore AB, Branston JR, Sweanor D. (2010). The case for OFSMOKE: how tobacco price regulation is needed to promote the health of markets, government revenue and public. *Tobacco Control* 19: 423-430
- Glanz K, Jarrette AD, Wilson EA, O'Riordan DL, Jacob Arriola KR. (2007). Reducing minors'access to tobacco: eight years' experience in Hawaii. *Prev. Med.*;44:55–58. [PubMed]
- Goldberg ME, Kindra G, Lefebvre J, Liefeld J, Madill-Marshall J, Martohardjono N, et al. (1995). When packages can't speak: Possible impact of plain and generic packaging of tobacco products. Ottawa, Canada: Health Canada, Expert Panel Report.
- Goldberg ME, Liefeld J, Madill J, Vredenburg H. (1999). The effect of plain packaging on response to health warnings. *Am J Public Health*; 89: 1434–5.
- Gould E. (2005). "Trade Treaties and Alcohol Advertising Policy," *Journal of Public Health Policy*, 26(3): 359-376.
- Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. (2004). Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 3. Art.No:CD000058.
- Grant A, Morrison R, Dockrell M. (2013). The prevalence of shisha (narghille, hookah, waterpipe) use among adults in Great Britain, and factors associated with shisha use: data from cross sectional online surveys in 2012 and 2013.
- Grieshaber-Otto J, Sinclair S, Schacter N. (2000). "Impacts of International Trade Services and Investment Treaties on Alcohol Regulation," *Addiction* 95 (Supplement 4): S491-S504.
- Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M. (2003). Introduction: meaning of 'access' in health care. In: Gulliford M, Morgan M (ed). *Access to health care*. London. Routledge, pp. 1-9.
- Hagihara A and Takeshita YJ. (1995). "Impact of American Cigarette Advertising on Imported Cigarette Consumption in Osaka, Japan," *Tobacco Control*, 4: 239-244.

- Hajek P, Jarvis MJ, Belcher M, et al. (1989). Effects of smoke-free cigarettes on 24-h cigarette withdrawal: a double-blind placebo controlled study. *Psychopharmacology* 97: 99-102.
- Hammond D, Fong GT, McDonald PW, et al. (2004). Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *Am J Public Health*; 94: 1442-5.
- Harris D. (1991). Memorandum from PM Asia International on 3 December 1991. Available online: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/bsqe19e00>.
- Harris, D. (1991). Philip Morris Asia International, Hong Kong. (Thailand Ingredient Disclosure) December 3. Philip Morris. Bates No. 2504025109/5111.
- Harris, D. (1992). (PMAI Letter to Matt Winokur) 14 February. Philip Morris. Bates Number 2023247376/7378. <http://legacy.library.ucsf.edu/cgi/getdoc?tid=sbf78e008fmt=pdf&ref=results>
- Hastings G and Liberman J. (2009). Tobacco corporate social responsibility and fairy godmothers: the Framework Convention on Tobacco Control slays a modern myth. *Tobacco Control Journal* 18 (2): 73-74.
- Health Canada. (2009). An Act to amend the Tobacco Act. See http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/federal/amend_faq-modif-eng.php Accessed on September 25, 2010.
- Health Canada. (2012). 'Health Canada Advises Canadians Not to Use Electronic Cigarettes. Available at: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2009/2009_53-eng.php Accessed January 15, 2012.
- Health New Zealand. (2012). 'The Ruyan e-cigarette: Technical Information Sheet.' Available at: http://www.healthnz.co.nz/Ruyan_ecigarette.htm Accessed January 15, 2012
- Heishman SJ, Henningfield JE. (2000). Tolerance to repeated nicotine administration on performance, subjective and physiological responses in non-smokers. *Psychopharmacology* 152: 321-333.

- Heng J. (2010). The Straight Times, 20 July. 'Ban on new tobacco products.' Available at:
http://www.straitstimes.com/BreakingNews/Singapore/Story/STIStory_5623.html
- Henningfield JE, Shiffman S, Ferguson SG, et al. (2009). Base, challenges and opportunities for pharmacotherapy. *Pharmacol Ther* 123: 1-18.
- Henningfield JE, Zaatari GS. (2010). Electronic nicotine delivery systems : emerging science foundation for policy. *Tobacco Control Journal*, 19 (1): 2.
- High Court of Australia, Judgement No. S409/2011,
- Hirschhorn N. (2008). Evolution of the Tobacco Industry Positions on Addiction to Nicotine: A Report to the Tobacco Free Initiative; World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- Hoogendoorn M, Feenstra T, Hoogenveen RT, Rutten-van Mülken MP. (2010). Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking interventions in patients with COPD. *Thorax* 2010; doi:10.1136/thx.2009.131631
- Howard KA, Ribisl KM, Howard-Pitney B, et al. (2001). "What factors are associated with local enforcement of laws banning illegal tobacco sales to minors? A study of 182 law enforcement agencies in California." *Preventive Medicine*; 33(2 Pt 1): 63-70.
- Howse R. (2001). "The Legitimacy of the World Trade Organization," in: Jean-Marc Coicaud and Viejo Heiskanen (eds). *The Legitimacy of International Organizations*, Tokyo, New York, United Nations University Press: 355-407, 392.
- Hsieh C-R, Hu TW and Lin CFJ. (1999). "The Demand for Cigarettes in Taiwan: Domestic Versus Imported Cigarettes," *Contemporary Economic Policy* 17 (2): 223-234; 231.
- Industry-funded report on illicit trade in Southeast Asia lacks credibility. (12 Jun 2015) Research Alert. Available at: <http://www.tobaccofreekids.org>
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966. GA Res. 2200A(XI), 21 UN GAOR Supp. (No 16) at 49, UN Doc. A/6316 (1966); 993 UNTS 3; 6 ILM 368 (1967).

- IPSOS. (2013). Drinking to the Future Trends in the Spirits Industry.
- Ita.law. (n.d.). Philip Morris Asia Limited v. The Commonwealth of Australia, UNCITRAL, PCA Case No. 2012-12, Available at <http://www.italaw.com/cases/851>
- Japan Tobacco. Asian plan for AFACT. (1 Mar 1993). PM . Bates No. 25000540030. Available at: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qpi19e00>.
- Jason, L.A. Ji, P.Y., Anes, M.D. and Birkhead, S.H. (1991). Active enforcement of cigarette control laws in the prevention of cigarette sales to minors. *The Journal of the American Medical Association*, 266(22), 3159-3161.
- Jawad M, Jawad J, Mehdi A, et al. (2013). A qualitative analysis among regular waterpipe tobacco smokers in London universities. *Int J Tuber Lung Dis*; 17(10):1364-1369.
- Jeffrey D. (2012). FDA Loses Appeal, Can't Regulate E-Cigarettes as Drug. *Bloomberg Businessweek*. December 7, 2012. Available at: <http://www.businessweek.com/news/2010-12-07/fda-loss-appeal-can-t-regulate-e-cigarettes-as-drug.html>(12/8/2010 8:20:02 PM).
- Jha P, ed. (1999) *Curbing the epidemic: the economics of tobacco control*. Washington DC, World Bank.
- Khan, U., Pallot, R., Taylor, D. and Kanavos, P. (2015). *The Transatlantic Trade and Investment Partnership: international trade law, health system and public health*, London School of Economics and Political Science and Modus Europe report.
- King BA, Tynan M, Dube SR, and Arrazola R. (2014). Flavored-Little-Cigar and Flavored-Cigarette Use Among U.S. Middle and High School Students. *J Adolesc Health*. Jan; 54(1): 40–46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4572463/>
- Kleykamp BA, Jennings JM, Sams C, et al. (2008). The influence of transdermal nicotine on tobacco/nicotine abstinence and the effects of a concurrently administered cigarette in women and men. *Exp Clin Psychopharmacol* 16: 99-112.

- Knight J, Cha PM and S. (2004). "Asia is now the priority target for the world anti-tobacco movement": attempts by the tobacco industry to undermine the Asian anti-smoking movement. *Tob. Control*,13(Suppl II):ii30-ii36. Doi: 10.1136/tc.2004.009159.
- Kotler P. and Lee N. (2005). *Corporate Social Responsibility*. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken: New Jersey.
- Kouvonen A, Kivimaki M, Virtanen M, Pentti J and Vahtera J. (2005). Work Stress, Smoking Status, and Smoking Intensity: An Observational Study of 46,190 Employees. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59: 63-9.
- Landrine H, Klonoff EA, Alcaraz R. (1996). Asking age and identification may decrease minors'access to tobacco. *Prev. Med.*;25:301–306. [PubMed]
- Lariviere J. Personal communication (2008). Resolution WHA 48.11.An international strategy for tobacco control. In: Forty-eight World Health Assembly. Geneva, 1-12 May 1995. Vol. 1 Resolutions and decisions.Geneva, World Health Organization, 1995 (WHA48/1995/REC/1).Available at http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha48_11/en/index.html Accessed December 9, 2009.
- Laugesen M. (2010). Nicotine electronic cigarette sales are permitted under the Smoke free Environments Act. *NZ Med J* 123 (1308): 103-105.
- Laugesen M. (2010). Ruyan e-cigarette Bench-top Tests. *Tob Control* 19: 87-88.
- Letter from Alexander C. Feldman (President US-ASEAN Business Council) to H.E. Don Poramudwinai (Thai Ambassador to the U.S.) CC: Eric John (U.S. Ambassador to Thailand), February 3, 2010. The letter requests meetings with government officials and lists participants in USABC's Thailand Annual Mission.
- Lunell E. Molander L, Ekberg K, et al. (2000). Site of nicotine absorption from a vapour inhaler: comparison with cigarette smoking. *Eur J Clin Pharmacol* 55: 737-41.
- Ma GX, Shive S, Tracy M. (2001). "The effects of licensing and inspection enforcement to reduce tobacco sales to minors in Greater Philadelphia, 1994-1998." *Addictive Behaviors*; 26(5): 677-87.

- MacDonald R and Horton R. (2009). "Trade and Health: Time for the Health Sector to Get Involved." *The Lancet* 373 (9660): 273-274.
- Mackay J. (2003) The making of a convention on tobacco control. *Bulletin of the World Health Organization*, 81:551.
- MacKenzie R, J Collin, K Sriwongcharoen, et al. (2004). "If we can just 'stall' new unfriendly legislations the scoreboard is already in our favour": transnational tobacco companies and ingredients disclosure in Thailand, *Tob Control*, 13: ii81.
- Malone R. (2013). Tobacco endgames: what they are and are not, issues for tobacco control strategic planning and a possible US scenario. *Tobacco Control* 22: i42 – i44
- Malone RE, Smith E, McDaniel P, Tesler L, Collin J, Fooks G, Bialouse SA. (2009). Is the tobacco industry legitimate? Perspectives on tobacco industry 'corporate social responsibility' initiatives. 14th WCTOH, Mumbai, India, March 8-12, 2009. Available at: http://www.14wctoh.org/abstract/abs_detail.asp?AbstractID=52
- Mamudu HM, Glantz SA. (2009). Civil society and the negotiation of the Framework Convention on Tobacco Control. *Global Public Health*, 4:150-168.
- Mamudu HM, Hammond R, Glantz SA. (2008). Project Cerberus: tobacco industry strategy to create an alternative to the Framework Convention on Tobacco Control. *American Journal of Public Health*, 98:1630-1642.
- Marwari R. (2010). E-cigarette is 'just as bad'. Health Ministry preaches caution on so-called alternative. October 18, *The Malay Mail*. Available at [http://www.mmail.com.my/content/52572-ecigarette-just-as-bad\(10/21/2012 5:22:33AM\)](http://www.mmail.com.my/content/52572-ecigarette-just-as-bad(10/21/2012 5:22:33AM)) Accessed January 15, 2012.
- Matthew Rimmer. (2013). Cigarettes will kill you: The High Court of Australia & plain packaging of tobacco products, *WIPO Magazine*, Available http://www.wipo.int/wipo_magazine/en/2013/01/article_0005.html
- McKnight-Eily L, R Arrezola, R Merritt, AMalacher, N Sirichotiratana. (2010). Prevalence and Psychosocial Correlates of Current Smoking among

Adolescent Students in Thailand, 2005. *Health Education & Behaviour*; Vol. 37(6): 863-878)

- McLaughlin, I. (2010). Tobacco Control Legal Consortium, License to Kill? Tobacco Retailer Licensing as an Effective Enforcement Tool.. Available from: [publichealthlawcenter.org/ sites/default/ files/resources/tclc-syn-retailer-2010.pdf](http://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/tclc-syn-retailer-2010.pdf)
- Meier BM. (2005). Breathing Life in the Framework Convention on Tobacco Control: Smoking Cessation and the Right to Health,” *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics*; 137-192.
- Melissa Sweet. (2010). Tobacco industry makes plain cigarette packs an Australian election issue. *Tobacco Control, BMJ*, 2010; 314: c4300, Available at http://www.bmj.com/cgi/content/extract/341/aug06_2/c4300
- Memorandum from Viroj to David Aitken (September 30, 1991). “Industry meeting with deputy prime minister Meechai Rachuphan at Government House, Sep, 30, 1991 10.00 A.M.” Available at: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/jlc81f00>.
- Michelle Scollo, Kerri Coomber, Meghan Zacher, Melanie Wakefield. (2015) Research Paper. Did smokers shift from small mixed businesses to discount outlets following the introduction of plain packaging in Australia? A national cross-sectional survey. *British Medical Journal*, Volume 24, Issue Suppl 2
- Mihajlov VS. (1989). International health law: current status and future prospects. Round table: future of international law. *International Digest of Health Legislation*, 1989, 40:9-16.
- Miles Tom and Geller Marinne. (2017). Australia wins landmark WTO tobacco packaging case. *Bloomberg*.
- Moodie C, Stead M, Bauld L, McNeill A, Angus K, Hinds K, et al. (2012). Plain Tobacco Packaging: A Systematic Review.
- Mooney ME, Leventhal AM, Hatsukami DK. (2006). Attitudes and knowledge about nicotine and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res* 8: 435-46.

- Myers M. (2010). Federal Court Deals Blow to Public Health in Ruling FDA Cannot Regulate E-Cigarettes As Drugs or Medical Devices. Campaign for Tobacco-Free Kids. Available at: [http://member.globalink.org/148376\(1of2\)18/1/255321:07:47](http://member.globalink.org/148376(1of2)18/1/255321:07:47).
- Nagrebetsky A, Brettell R, Roberts N, Farmer A. (2013). Smoking cessation in adults with diabetes: a systematic review and meta-analysis of data from randomized controlled trials. *BMJ Open* 2014; 4:e004107. doi:10.1136/bmjopen-2013-004107
- National Library of Australia. (2014). Important changes to the sale of tobacco products in Australia: Available at <http://webarchive.nla.gov.au/gov/20140211193938/http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/content/ictstpa>
- Noeth K, (2001). "Taxation to Control Tobacco in Developing States," in: Edith Brown Weiss and John Jackson (eds.) *Reconciling Environment and Trade*, Ardsley, NY, Transnational Publishers: 101-132, 132.
- Organization. (2008) "Tobacco is the single most preventable cause of death in the world today." P.8.
- Oslo Ministerial Declaration, (2007). "Oslo Ministerial Declaration – Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time." *The Lancet* 369: 1373-1378.
- P&S Market Research Global Partner in Research. (2015). Global Alcoholic Drinks Market is Expected to Exceed \$ 1.2 Trillion in 2015 Available at <https://www.psmarketresearch.com/press-release/alcoholic-drinks-market>
- Palazzo G, Richter U. (2005). CSR business as usual? The Case of Tobacco Industry;*Journal of Business Ethics*, Vol. 61: 387-401.
- Parliament of Australia. (2014). Australia's WTO plain cigarette packaging case: an update, 8 July 2014, Available at http://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/FlagPost/2014/July/WTO_plain_cigarette_packaging_case

- PM Asia Inc. 1995 APACT conference Chiang Mai, Thailand Nov 22-24, 1995: report
1. 23 Nov 1995. PM . Bates No.2046304013/4014 Available at:
<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/klf97d00>.
- PM . Memorandum to the Thailand file. (1993). Trip Report of Drs. Perry and Leslie
Lectures on Indoor Air Quality and ETS in October. Available at
<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/jcx59b00>
- Prideaux, M. (2000). Meeting Reasonable Public Expectations of a Responsible
Tobacco Company. Bastes numbers: 325049576-325049595,
325049576. Available at :<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/hwg61a99>, Accessed
on August 15, 2009.
- Prutipinyo C, Sirichotiratana N, and Bhatt N. (2013). Perception and knowledge on
health risks by waterpipe tobacco-smoking tourists in a night spot of Bangkok,
Thailand. Journal of Medical Association of Thailand. December 2013; s42-
s48.
- Public Health Association Australia. Public Health Association of Australia: Policy-at-a-
glance- Alcohol Policy.
- Public hearings on the WHO Framework Convention on Tobacco Control. (2009).
Available at
[http://www.who.int/tobacco/framework/public_hearings/submissions/en/index.h
tml](http://www.who.int/tobacco/framework/public_hearings/submissions/en/index.html) Accessed December 9, 2009.
- Randall MJ. (2010). Appeals Court: FDA Authority Over E-cigarettes is Limited. Dow
Jones Newswires. Available at: [http://www.nasdaq.com/aspx/stock-market-
news-
story.aspx?storyid:201012071203dowjonesdjonline000296&title=appeals-
court-fda-authority-over-e-cigarettes-is-limited\(12/8/2010 8:24:48 AM\)](http://www.nasdaq.com/aspx/stock-market-news-story.aspx?storyid:201012071203dowjonesdjonline000296&title=appeals-court-fda-authority-over-e-cigarettes-is-limited(12/8/2010 8:24:48 AM))
Accessed April 23, 2012.
- Rekart P. (1992). Ministry of Health Meeting, June 4, PM Report of the Meeting.
Available online:

- Research on Electronic Cigarette Still Ongoing. (2011). News from Wrexham & Flintshire published: 21 July 2011 The Leader. Available at:
<http://www.leaderlive.co.uk/news/104646/research-on-electronic-cigarettes-still-ongoing....25/9/2554> Accessed September 25, 2011.
- Resolution WHA 49.17. (1991). International framework convention on tobacco control. In: Forty-ninth World Health Assembly. Geneva, 20-25 May, Volume 1. Resolutions and decisions. Geneva, World Health Organization, 1996.
 Available at
http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha49_17/en/index.html
 Accessed December 9, 2009.
- Resolution WHA 53.16 (2000). Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-third World Health Assembly, 15-20 May 2000. Volume 1. Resolutions and decisions, Geneva, WHO. (WHA53/2000/REC/1). Available at
http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha53_16/en/index.html
 Accessed December 9, 2009.
- Resolution WHA 56.1 (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. In :Fifty-sixth World Health Assembly, 19-28 May 2003. Vol. 1 Resolutions and decisions. Geneva, World Health Organization, (WHA56/2003/REC/1).
 Available at http://www.who.int/tobacco/framework/final_text/en/ Accessed December 9, 2009.
- Richard McGowan (1995) Business, Politics, and Cigarettes: Multiple Levels, Multiple Agendas. Quorum Books, Westport, Connecticut-London 1995
- Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev; doi:
 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
- Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. (2007). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev; doi:
 10.1002/14651858.CD001837.pub2.

- Riordan, M. (1998). 'By Brand' Ingredients for Thailand. British American Tobacco e-mail forwarded by Orm Porntipprapa to distribution. 27 March, Bates Number 321112039/2040. Available from Minnesota Depository.
- Roemer R, Taylor AL, Lariviere J.(2005). Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco control. *American Journal of Public Health*, 95:936-938.
- Ruyan (2010). Available at: <http://www.ruyan.com.cn/> Accessed April 23, 2012.
- Ruyan official website. (2012). Available at:
http://www.ruyan.com.cn/operNews.do?action=cNewList&info_sort=12&page=1 Accessed January 15, 2012.
- Sayette MA, Shiffman S, Tiffany ST, et al. (2000). The measurement of drug craving. *Addiction* 95 (Suppl 2): S199-S210.
- Scherer R. (2009). The Christian Science Monitor. Electronic cigarettes: In need of FDA regulation? 17 October. Available at:
<http://www.csmonitor.com/USA/Society/2009/1017/p02s03-ussc.htm>
Accessed January 15, 2012.
- Schuster CR, Berthwell AG, Henningfield JE. (2009). Introduction to the College on problems of drug dependence special conference on risk management and post-marketing surveillance of CNS drugs. *Drug Alcohol Depend* 1058: S4-8.
- Schuster CR, Henningfield JE. (2003). Conference on abuse liability assessment of CNS drugs: Introduction. *Drug Alcohol Depend* 70: S1-4.
- Shiffman S, West R, Gilbert D. (2004). Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine Tob Res* 6: 599-614.
- Silpasuwan P, Ngoenwivatkul Y, Viwatwongkasem C, Satitvipawee P, Sirichotiratana N, Sujirarat D. (2005). Assessment of the Health Warning Labeling on Cigarette Packages among Factory Workers in Thailand. *Journal of Public Health*, September-December, 35(3): 186-196.

- Silpasuwan P, Ngoenwiwatkul Y, Viwatwongkasem C, Satitvipawee P, Sirichotiratana N, Sujirarat D. (2008). Potential Effectiveness of Health Warning Labels among Employees in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, April; 91(4): 551-558.
- Simcoe County District Health Unit. (2001). Reducing Youth Access and Supply to Tobacco in Simcoe County and Peterborough. Barrie, ON: Simcoe County District Health Unit. Available at: <https://www.ptcccfc.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=114495>. Accessed on May 21, 2013.
- Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. (2004). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* ; Issue 1. Art.No: CD0003698.
- Sirichotiratana N, C. Techatraisakdi, K. Rahman, C.W. Warren, N. R. Jones, S. Asma and J. Lee. (2008). Prevalence of smoking and other smoking-related behaviours reported by the Global Youth Tobacco Survey – GYTS – in Thailand. *BMC Public Health*; 8 (Suppl 1): S3. Available at <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/S1/S3>
- Sirichotiratana N, S. Sovann, T.Y. Aditama, M. Krishnan, N.N. Kyaing, M. Miguel-Baquilod, P.T. Hai, D.N. Sinha, C.W. Warren, N.R. Jones. (2008 a). Linking data to tobacco control program action among students aged 13-15 in Association of Southeast Asian Nations – ASEANS – member states, 2000-2006. *Tobacco Control*,17: 372-378
- Sirichotiratana N, Yogi S, Prutipinyo C. (2013). Perception of tourists regarding the smoke-free policy at Suvarnabhumi International Airport, Bangkok, Thailand. *Int J Environ Res Public Health*; 10(9): 4012-4026.
- Smith R, Chanda R, and Tangcharoensathien V. (2009). “Trade and Health 4: Trade in Health- Related Services.” *The Lancet* 363 (9663): 593-601.
- Smith R, Correa C, and Oh C. (2009). “Trade and Health 5: Trade, TRIPS, and Pharmaceuticals.” *The Lancet* 363 (9664): 684-691.
- Smith RD, Lee K and Drager N. (2009). “Trade and Health 6: Trade and Health: An Agenda for Action.” *The Lancet* 373 (9665): 768-773.

- Sonja von Eichborn (2015). Tobacco: antisocial, unfair, harmful to the environment
Available at <https://www.unfairtobacco.org/en/meldungen/sdg-studie/>
- Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA) (2008). A Perfect Deception :
Corporate Social Responsibility Activities in ASEAN, page 3.
- Statista. (2015). Statistics and facts about the alcoholic beverages industry in the U.S.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. (2010). Nicotine replacement therapy for smoking
cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD 000146. In: *Tob Control* 19:
98-103. doi: 10.1136/tc.2009.031567
- Stead M, Moodie C, Angus K, et al.(2003). Is consumer response to
plain/standardized tobacco packaging consistent with framework convention
on tobacco control guidelines? A systematic review quantitative studies. *PLoS
ONE*; 8: e75919
- Stead, L.F. and Lancaster, T. (2005). Interventions for preventing tobacco sales
to minors. Retrieved August, 13, 2004, Available at:
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db
=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11869602](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11869602)
- Strauss R and Mir H. (2001). 'Smoking and Weight Loss Attempts in Overweight and
Normal-Weight Adolescents.' *International Journal of Obesity* 25(9): 1381-5.
- Sujirarat D, Silpasuwan P, Viwatwongkasem C, Sirichotiratana N. (2011). Factors
Affecting Failure to Quit Smoking after Exposure to Pictorial Cigarette Pack
Warnings among Employees in Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical
Medicine and Public Health*, July; 42(4): 988-995.
- Taglioli, D. (2012). Australia High Court upholds tobacco plain-package law. 5 October
2012, Available [http://jurist.org/paperchase/2012/10/australia-high-court-
upholds-tobacco-plain-package-law.php](http://jurist.org/paperchase/2012/10/australia-high-court-upholds-tobacco-plain-package-law.php)
- Taylor A, Chaloupka F, Guindon E, Corbett M. (2000). "The Impact of Trade
Liberalization on Tobacco Consumption" in PrabhatJha and Frank Chaloupka
(eds.) *Tobacco Control in Developing Countries*. World Bank and World
Health Organization, Oxford: Oxford University Press: 343-364.

- Thailand tobacco control country profile. (2008). Mahidol University, Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Bangkok.
- The British Psychological Society. (2015). Is packaging the plain and simple answer?
- The Department of Health, Australian Government. (2014) Introduction of Tobacco Plain Packaging in Australia. Available at <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/tobacco-plain>
- The Department of Health, Australian Government. (2015) Evaluation of Tobacco Plain Packaging in Australia. Available at <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/tobacco-plain-packaging-evaluation>
- The Electronic Cigarette Association. (2012). Available at: <http://bestecigarette.com/electronic-cigarette-association/> Accessed January 15, 2012.
- The Guardian. (2014). Study finds cigarette smokers in Australia now support plain packaging, 17 November 2014, Available
- The Irish Times. (2015). Plain packaging for cigarettes signed into law in Ireland, 21 October ,
- The Tobacco Atlas, (2002). Geneva: World Health Organization, p. 30.
- Thomson G, Wilson N, Blakely T, Edwards R. 2010. Ending appreciable tobacco use in a nation: using a sinking lid on supply. *Tobacco Control* 19: 431-435.
- Thornley S, McRobbie H, Lin R-B, et al. (2009). A single-blind, randomized crossover trial of the efforts of a nicotine pouch on the relief of tobacco withdrawal symptoms and user satisfaction. *Nicotine Tob Res* 11: 715-21.
- Tobacco Control Legal Consortium. (2006). The Verdict Is In: Findings from United States v. PM. Available online: <http://www.tobaccolawcenter.org/dojlitigation.html>.
- Tobacco Free Initiative, (2007). World Health Organization, Facts and Figures about Tobacco, June 2007, available at http://www.who.int/tobacco/framework/cop/facts_and_figures_about_tobacco.pdf Retrieved on January 2, 2008.

- Tobacco giants funding MA universities' research. (2008). Available at:
<http://fiercehealthcare.com/node/22593/print> Accessed on August 3, 2009.
- Tobacco Institute of Hong Kong Limited. (1989). Response to anti-smoking proposals made by the Hong Kong Council on Smoking and Health. June. PM Bates No.2504064365. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/ohw32e00>.
- Trairatanobhas, V. British American Tobacco Fax to Richard Davies. (22 October 1991). British American Tobacco. Bates Number 301135704. Available from Guildford Depository.
- Tye J, Warner K and Glantz S, (1987). 'Tobacco Advertising and Consumption: Evidence of a Causal Relationship.' *Journal of Public Health Policy* 8(4): 492-508.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- United Nations Taskforce.(1999). Geneva, World Health Organization. Available at:
http://www.who.int/tobacco/global_interaction/un_taskforce/en/index.html
Accessed December 9, 2009.
- United States Food and Drug Administration. (2010). Guidance for industry: assessment of abuse potential of drugs. Available at:
<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM198650.pdf> Accessed April 23, 2012..
- United States Food and Drug Administration. (2012). Electronic cigarettes. Available at: <http://www.fda.gov/NewsEvents/PublicHealthFocus/ucm172906.htm>
Accessed April 23.

- US Food and Drug Administration. (2009). 'Evaluation of e-cigarettes'. Available at:
<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/ScienceResearch/ucm173250.pdf>
Accessed April 23, 2012.
- US Food and Drug Administration. (2010). Guidance, compliance and regulatory information, 2010. Available at:
<http://www.fda.gov/TobaccoProducts/default.htm> Accessed April 23, 2012.
- US-ASEAN Business Council About us, "Members," Available at:
<http://www.usasean.org/Aboutus/members.asp>
- Wakefield M, Coomber K, Zacher M, Durbin S, Brennan E, Scollo M. (2015) Australian adult smokers' responses to plain packaging with larger graphic health warnings 1 year after implementation: results from a national cross-sectional tracking survey. *Tob Control*,24: ii17-25.
- Wayne FE, Connolly GN, Henningfield JE et al. (2008). Tobacco industry research and efforts to manipulate smoke particle size: implications for product regulation. *Nicotine Tob Research* 10: 613-25.
- Weissman R. (2003). "International trade agreements and tobacco control: threats to public health and the case for excluding tobacco from trade agreements," v 2.0 available at: http://www.ftc.org/x/cd/documents/EA_trade_backgrd.pdf
Retrieved on November 26, 2007.
- Wellscheid KA, Kremzner ME. (2009). Electronic cigarettes: safety concerns and regulatory issues. *Am J Health System Pharm* 66: 1740-2.
- Westenberger BJ. (2009). Evaluation of e-cigarettes. (Technical report). Silver Spring MD, USA. US Food and Drug Administration, 2009. Available at:
<http://www.docs.google.com/viewer?a=vfrq=cache.gzlfXMEYimwJ.www.fda>
In: *Tob Control* 19: 98-103.
- Westenberger BJ. (2011). Evaluation of ENDS. *Tob Control* 20:47-52. doi: 10.1136/tc-2010.037259
- White V, Williams T, Wakefield M. (2015). Has the introduction of plain packaging with larger graphic health warnings changed adolescents' perceptions of cigarette

packs and brands? *Tob Control* 2015;24:ii42–ii49. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-052084

- Wilson N, Thompson GW, Edwards R, Blakely T. (2013). Potential advantages and disadvantages of an endgame strategy: a 'sinking lid' on tobacco supply. *Tobacco Control* 22: 118 – i21
- WHO framework convention on tobacco control. (1999). Report of the first meeting of the Working Group, 25-29 October 1999. Geneva, World Health Organization. (A/FCTC/WG1/7). Available at <http://www.who.int/gb/fctc/PDF/wg1/elt7.pdf>
- WHO Framework Convention on Tobacco Control. (2003). Geneva, World Health Organization.
- WHO framework convention on tobacco control.(2000) Report of the second meeting of the Working Group, 27-29 March 2000. Geneva, World Health Organization, (A/FCTC/WG2/5). Available at <http://www.who.int/gb/fctc/PDF/wg2/et25.pdf>
- WHO Report on the global tobacco epidemic. (2008). (foreword and summary) (PDF). World Health
- WHO Framework Convention on Tobacco Control FCTC. (2015). Ireland becomes the second country in the world to introduce plain packaging. Available http://www.who.int/fctc/implementation/news/news_ire/en/
- WHO Tobacco Fact sheet Updated June. (2016). Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- WHO, (2008a). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Geneva: World Health Organization, pp. 8, 14.
- WHO, (2008b). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. Geneva: World Health Organization, pp. 6, 11, 18-20, 21.
- WHO. (2008c). *Marketers of electronic cigarettes should halt unproved therapy claims*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr34/en/index.html> Geneva, World Health Organization. Accessed February 23, 2012.
- WHO. (2004). *Fact sheet in WHO Press*. May 28. Available at www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf

- WHO-FCTC, (2007). Conference of the Parties Second Session, A/FCTC/COP/2/4 26 April 2007. Available at http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_4-en.pdf Retrieved on December 12, 2007.
- WHO-FCTC, (2009). Guidelines for Implementation: Article 5.3, Article 8, Article 11, Article 13. World Health Organization, Geneva.
- WHO-FCTC, (2009). Intergovernmental Negotiating Body on a Protocol on Illicit Trade in Tobacco Products, Third Session. Geneva, Switzerland. Available at http://www.FCTC/COP/INB_IT/3/INF.DOC/4 Retrieved on 7 May 2009.
- WHO (2016). Fact sheet Updated June. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- Wike J, (1996). "The Marlboro Man in Asia: U.S. Tobacco and Human Rights," 29, *Vanderbilt Journal of Transnational Law*: 329-361.
- Wilkenfeld J. (2005). Saving the world from big tobacco: a case study of NGO coalition building. Paper presented at the annual meeting of the International Studies Association, Hilton Hawaiian Village, Honolulu, Hawaii.
- Winokur M. (1987). [Memo to YY Tang re: Council on Smoking and Health]. 23 Dec. PM. Bates No. 2504046626. Available at: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/bdv19e00>.
- Woo A, (2002). "Health Versus Trade: The Future of the WHO's Framework Convention on Tobacco Control," 35, *Vanderbilt Journal of Transnational Law*: 1731-1768.
- World Bank, (1999). *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*.
- World Health Organization.(1979). *Controlling the smoking epidemic, report of the WHO Expert committee on Smoking Control*. Geneva, World Health Organization, (Technical Report Series No. 636).
- World Health Organization. (1996). *Sponsorship*. WHO publication.
- World Health Organization.(1997). *Meeting report on legislative options for tobacco control.Consultative group for the preparation of an international framework convention on tobacco control, Halifax, Nova Scotia*. Geneva, World Health Organization, 1997. WHO/MS/PSA/97.8.

- World Health Organization, (1999). Resolution WHA 52.18. Towards a WHO framework convention on tobacco control. In: fifty-second World Health Assembly, 22-27 May 1999. Volume 1. Resolutions and decisions. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHA 52/1999/REC/1). Available at http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha52_18/en/index.html Accessed December 9, 2009.
- World Health Organization Committee of Experts on Tobacco Industry Documents. (2000). Tobacco Company Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization; WHO: Geneva, Switzerland, Available at http://www.who.int/tobacco/media/en/who_enquiry.pdf
- World Health Organization. (2003). Official documents of the Sixth meeting of the Intergovernmental Negotiating Body. Geneva, World Health Organization. Available at <http://www.who.int/gb/fctc/> Accessed December 9, 2009.
- World Health Organization. (2003a). Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/index.html Accessed December 9, 2009.
- World Health Organization. (2004). The establishment and use of dedicated taxes for health. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/EE98BD20_A55E_4148_98CO_FEB703F530DB/O/Dedicated_taxes.pdf Accessed December 9, 2009.
- World Health Organization. (2004b). Tobacco Laboratory Network (TobLabNet). Available at: http://www.who.int/tobacco/global_interaction/toblabnet/en/ Accessed April 23, 2012.
- World Health Organization. (2005). WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization. In: Basic documents, 45th ed. (Supplement). Geneva, World Health Organization,

Available online at http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
Accessed December 9, 2009.

World Health Organization, (2006a). Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, First session, Geneva 6-17 February 2006. Geneva, World Health Organization (COP/1/2006/CD). Available at <http://www.who.int/gb/fctc/> Accessed December 9, 2009.

World Health Organization. (2007). Candy-flavoured tobacco products: research needs and regulatory recommendations. In: The scientific basis of tobacco product regulation: report of a WHO study group. World Health Organization technical report series. Geneva: World Health Organization, 25-42.

World Health Organization, (2008). Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, Second session, Bangkok, 30 June – 6 July 2007. Geneva, World Health Organization, (COP/2/2007/CD). Available at <http://www.who.int/gb/fctc/> Accessed December 9, 2009.

World Health Organization, (2008a). Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, Third session, Durban, 17 – 22 November 2008. Geneva, World Health Organization, in press (COP/3/2008/CD). Available at <http://www.who.int/gb/fctc/> Accessed December 9, 2009.

World Health Organization. (2008b). Marketers of electronic cigarettes should halt unproved therapy claims. Available at:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr34/en/index.html>
Accessed April 23, 2012.

World Health Organization. (2009). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Implementing smoke-free environment. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2009a). WHO Study Group on Tobacco Product Regulation. Report on the scientific basis of tobacco product regulation: third report of a WHO study group. In: WHO Technical Report Series Volume 955. Geneva: WHO.

- World Health Organization. (2009b). TobReg Scientific Recommendation: devices designed for the purpose of nicotine delivery to the respiratory system in which tobacco is not necessary for their operation. In: The scientific basis of tobacco product regulation report of a WHO Study Group. World Health Organization technical report series. Geneva: World Health Organization, 3-21.
- World Health Organization. (2009c). Global adult tobacco survey (GATS): Thailand country report. Department of Disease Control (DDC). Nonthaburi Thailand
- World Health Organization. (2009d). WHO Framework Convention on Tobacco Control Guidelines for implementation Article 5.3 Article 8 Article 11 Article 13. WHO Document Production Services Geneva Switzerland.
- World Health Organization. (2009e). Global Tobacco Surveillance System. Geneva,
- Zeltner T. (2000). Tobacco industry strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents, submitted to the WHO Director-General, Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/tobacco/policy/who_inquiry/en/print.html
- World Health Organization. (2011). Global adult tobacco survey (GATS): Thailand country report. Department of Disease Control (DDC). Nonthaburi Thailand
- World Health Organization. (2012). WHO welcomes landmark decision from Australia's High Court on tobacco plain packaging act
- World Health Organization. (2013). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013 Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Luxembourg: WHO Press.
- World Health Organization (2014). Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva. Global Status Report: Alcohol Policy
- World Health Statistics (2016) Available at <http://apps.who.int/gho/data/view.sdg.3-a-data-reg?lang=en>
- WTO, (2002). Agreements and Public Health. A Joint Study by the WHO and the WTO Secretariat, World Health Organization and World Trade Organization.

Available at http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/who_wto_e.pdf

Retrieved on December 12, 2007.

WTO, (2008). India- Certain Taxes and Other Measures on Imported Wines and Spirits, Request for Consultations by the European Communities, World Trade Organization, WT/DS380/1, G/L/855, G/SCM/D79/1, 25 September.

WTO, (2008a). Thailand – Customs and Fiscal Measures on Cigarettes from the Philippines. Request for the Establishment of a Panel by the Philippines, World Trade Organization, WT/DS371/3, 6 October.

WTO, (2010). Philippines – Taxes on Distilled Spirits, Request for Consultations by the United States, World Trade Organization, WT/DS403/1, G/L/914, 18 January.

WTO, (2010). United States – Measures Affecting the Production and Sale of Clove Cigarettes, Request for Consultations by Indonesia, World Trade Organization, WT/DS406/1, G/L/917, G/SPS/GEN/1015, G/TBT/D/38, 14 April.

Yang SS, Malone RE. (2008). Working to shape what society's expectations of us should be. PM 's societal alignment strategy. *Tob. Control* 2008, 17, 391-398.

Yunibhand J, Chaiyawat W, Preechawong S, Rojnawee S. (2013). The quit rate among smokers with chronic illnesses who have received smoking cessation counseling from the Thailand National Quitline. *Journal of Public Health and Development*, 11 (2): 50-61.

Zezipa K. (2009). Cigarettes without smoke or regulation. *New York times* June 1. Available at: <http://www.nytimes.com/2009/06//us/02cigarette.html> Accessed April 23, 2012.

กฎหมาย, 254, 255
กฎหมาย อาหาร ยา และเครื่องสำอาง,
251
กฎหมายการป้องกันการสูบบุหรี่ใน
ครอบครัวและการควบคุมยาสูบ, 234
กฎหมายการห้ามสูบบุหรี่, 249
กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 231
กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค, 231
กฎหมายเวชภัณฑ์ยา, 255
การกีดกันการค้าเสรี, 400
การขออนุญาตการควบคุมการบริโภค
ยาสูบ, 329
การขออนุญาตควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
มาตรา 12, 295
การขออนุญาตควบคุมยาสูบขององค์การ
อนามัย, 60
การขออนุญาตว่าด้วยการควบคุมยาสูบ
ขององค์การอนามัยโลก, 119, 424
กระทรวงสาธารณสุข, 232, 233, 254, 255
กระทรวงสุขภาพของแคนาดา, 242
กระบวนการของนโยบายสาธารณะ, 53
กระบวนการร่างการขออนุญาตการ
ควบคุมการบริโภคยาสูบ, 62
กรุงปักกิ่ง, 251
กลไกการทำงาน, 235
กลไกเกี่ยวกับข้อพิพาทระหว่างนักลงทุน
และรัฐภาคี, 402

ดัชนี

กลยุทธ์ในการโฆษณา, 114
กลุ่มบ่งหน้าเทียม, 367
กลุ่มลับปี, 262
การกำหนดราคาขายปลีกสูงสุด, 375
การขายทางอินเทอร์เน็ต, 126
การเข้าถึงผลิตภัณฑ์, 246
การควบคุมการระบาดของยาสูบทั่วโลก,
61
การควบคุมห่วงโซ่ทางการตลาด, 136
การค้าปลีกและการจัดแสดงสินค้า, 124
การโฆษณา, 233, 254, 255, 258
การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการ
เป็นผู้อุปถัมภ์ที่ข้ามเขตแดนประเทศ,
135
การโฆษณา ณ จุดขาย, 115
การโฆษณาจากต่างแดน, 115
การโฆษณาโดยการวางสินค้าให้เห็น, 115
การโฆษณาสถาบัน, 344
การจัดการประกวดภาพวาดอาเซียน, 346
การจัดการศัตรูพืชแบบผสมผสาน, 353
การจัดจำหน่าย, 255
การจัดแนทางพฤกษศาสตร์, 5
การเจรจาข้อตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์
เศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก, 388
การช่วยลดความอยากสูบบุหรี่, 248
การใช้ตราสินค้ากับสินค้าชนิดอื่นและการ
ใช้ตราสินค้าร่วมกัน, 126

การใช้โคตินทดแทนเพื่อเลิกสูบบุหรี่, 247

การใช้ภาพประกอบ, 157

การใช้ภาพสี, 158

การใช้สื่อสาธารณะ, 302

การดำเนินการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 66

การดำเนินการเพื่อลดอุปทาน (Supply), 291

การดำเนินการเพื่อลดอุปสงค์ (Demand), 290

การดำเนินการความรับผิดชอบต่อสังคม, 324

การตระหนักลดการบริโภคยาสูบระดับโลก, 456

การตลาด, 233, 244, 255

การตลาดที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสังคม, 326

การตลาดเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาสังคม, 326, 342

การตลาดไวรัส, 116

การติดเชื้อ, 246

การติดตามเฝ้าระวัง, 247

การเติมเมนทอลลงในยาเส้น, 212

การทดแทนนิโคตินเพื่อการรักษา, 239, 241

การแทรกแซงกระบวนการร่างกฎหมายภายในประเทศ, 382

การแทรกแซงการพิจารณากฎหมาย, 361

การแทรกแซงเกษตรกรปลูกยาสูบ, 381

การแทรกแซงทางการเมืองและกระบวนการเสนอกฎหมาย, 56

การแทรกแซงนโยบายภาษีและราคา, 374

การนำเข้า, 254, 255

การบริจาคเงิน, 345

การบริจาคเงินเพื่อสาธารณประโยชน์, 334

การบริจาคเพื่อการกุศล, 327, 342

การปฏิวัติไอที, 410

การประกวดภาพวาดอาเซียน, 346

การประชุมกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ, 353

การประติบัติเยี่ยงคนชาติ, 376

การประเมิน, 254

การประเมินความเสี่ยง, 246

การปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสังคม, 340

การเป็นคีติความ, 230, 253, 258

การเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ, 116

การเป็นองค์กรเพื่อสังคม, 327

การแปรเปลี่ยนเครื่องหมายการค้า, 115

การแปรรูปโรงงานยาสูบ, 102

การผ่อนคลายยามว่าง, 261

การพิสูจน์, 243

การเพาะปลูกยาสูบ, 2

การเพาะปลูกยาสูบแบบผสมผสาน, 353

การแพร่ของเมนทอลไปกับควันบุหรี่, 213

การยาสูบแห่งประเทศไทย (ยสท.), 107, 108

การระงับข้อพิพาทระหว่างรัฐและเอกชน, 402

การรักษาด้วยการทดแทน, 233, 235, 254, 257

การรักษาเมเร็งด้วยยีน, 337

การลักลอบจำหน่ายบุหรี่เถื่อน, 96
 การลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อน, 96
 การเลิกบุหรี่, 267
 การเลิกสูบบุหรี่, 239, 261
 การวิจัยอย่างเป็นระบบ, 237
 การศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์, 247
 การศึกษาวิจัย, 259
 การศึกษาวิจัยด้านสาธารณสุข, 247
 การศึกษาวิจัยทางคลินิก, 246
 การส่งเสริม, 255
 การส่งเสริมการขาย, 115
 การสนับสนุนกิจกรรมด้านศิลปวัฒนธรรม,
 344
 การสร้างองค์กรหน้าฉาก, 117
 การสะสม, 246
 การสื่อสารสาธารณะทางลบ, 303
 การสื่อสารให้ความรู้กับสาธารณะ, 307
 การแสดงข้อความหรือภาพของยาสูบในสื่อ
 บันเทิง, 128
 การหมุนเวียนภาพ, 158
 การห้ามอย่างสิ้นเชิง, 244
 การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เลิกยาสูบ,
 269
 การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์,
 281
 การให้นิโคตินทดแทน, 271
 การให้ยาทดแทน, 270
 การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของ
 ภาครัฐ, 105
 การออกแบบบรรจุภัณฑ์, 116
 การออกแบบผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์,
 116
 การอาสาช่วยเหลือชุมชน, 327
 การอุปถัมภ์ศิลปะในภาคพื้นอาเซียน, 378
 กิจกรรมเพื่อสังคม, 325
 กิจการเพื่อสังคม, 325
 เกาหลีใต้, 255
 ขนมหวานรสผลไม้, 261
 ขนาดของไอระเหย, 247
 ข้อความและภาพคำเตือน, 156, 180
 ของเหลว, 236
 ของเหลวที่มีสารนิโคตินผสม, 235, 236
 ข้อพิพาทและคำตัดสินของศาลสูง
 ออสเตรเลีย, 414
 ข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบและควันบุหรี่,
 161
 คณะกรรมาธิการการค้าในระดับสหพันธรัฐ
 , 45
 คณะทำงานทางเทคนิคระหว่างรัฐบาล, 66
 คดีพิพาทในองค์การการค้าระหว่างพิน
 ดิบปินส์กับไทยเรื่องภาษีบุหรี่, 375
 คดีฟ้องร้อง, 234
 คลินิกฟ้าใส, 280
 คลินิกอดบุหรี่, 280
 ควันเทียม, 256
 ความกังวล, 239
 ความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจ
 เอเชีย – แปซิฟิก, 401
 ความปลอดภัย, 246, 255
 ความพยายามเลิกบุหรี่, 247

ความพึงพอใจ, 247
 ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่, 248
 ความเสี่ยง, 239, 260
 คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่, 160
 คือการสื่อสารข้อความและภาพคำเตือน,
 160
 คุกกี้ ครีม และโคล่า, 261
 คุณภาพต่ำ, 238
 เครื่องช่วยการสื่อสาร, 249
 เครื่องช่วยวิชาชีพระยะสั้น, 291
 เครื่องช่วยวิชาชีพระยะสั้นเพื่อสังคมไทย
 ปลอดบุหรี่, 291
 เครื่องช่วยห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับยาสูบของ
 องค์การอนามัยโลก, 240
 เครื่องมือ, 235, 261
 เครื่องมือการให้ยาเข้าสู่ร่างกาย, 251
 เครื่องมือนำยาเข้าสู่ร่างกาย, 244
 เครื่องมือสำหรับการเลิกสูบบุหรี่, 248
 เครื่องมือสำหรับช่วยในการเลิกสูบบุหรี่,
 233
 เครื่องมือสำหรับเวชภัณฑ์, 234
 แคนาดา, 235, 255
 โครงการ Green Earth, 349
 โฆษณา, 254
 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรการให้ความรู้
 (Education), 299
 งานวิจัยในสัตว์ทดลอง, 246
 งานศึกษาวิจัยที่ไม่ใช่ทางด้านคลินิก, 245
 จำกัดอายุ, 261
 จีน, 231, 255
 แจแปน โทแบคโค (JTM), 330
 ฉลากคำเตือนด้านสุขภาพ, 235
 ช่วยในการเลิกสูบบุหรี่, 262
 ของบุหรี่ปราศสีสันและเป็นมาตรฐาน, 418
 ซิการ์, 3
 ซิการา (cigara), 1
 ซี เอส อาร์, 327
 ดาวแห่งกลยุทธ์, 348
 เดนมาร์ก, 254
 ไดเอทิลีน ไกลคอล, 237, 245, 258
 ต้นทุนในการให้บริการด้านสุขภาพ, 247
 ตราสินค้ามาร์ลโบโร (MARLBORO), 377
 ตราสินค้าแอลแอนด์เอ็ม(L&M), 377
 เตาบาราโก, 219, 221
 ฎกปรับ, 259
 ทดแทนการสูบบุหรี่ทั่วไป, 239
 ทดสอบ, 233, 234
 ทดสอบทางคลินิก, 261
 ทฤษฎีการค้ำเส้น, 395
 ทางเลือกจากการสูบบุหรี่, 259
 ทางเลือกแทนการสูบบุหรี่, 233
 ทางเลือกในการเลิกสูบบุหรี่, 261
 ทางเลือกสำหรับการผ่อนคลาย, 263
 เทคโนโลยี, 253
 เทงหยวกช่างศิลป์ บนถิ่นไทย, 350
 โทแบคโค, 1
 นโยบายของบุหรี่แบบเรียบ, 410
 นโยบายและข้อพิพาทของบุหรี่แบบเรียบ
 ของประเทศออสเตรเลีย, 394

นโยบายส่งเสริมและป้องกันการบริโภคยาสูบ, 295	บทบาทวิชาชีพเภสัชกรต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 293
นายแพทย์ โรเจอร์ เนลสัน และกลุ่มพระสงฆ์ไทย, 11	บรรจุภัณฑ์ที่เรียบง่าย, 164
นายแพทย์ หทัย ชิตานนท์, 75	บรรจุภัณฑ์ที่เรียบง่าย (Plain packaging), 408
นายแพทย์ประภิต วาทีสาธกกิจ, 15, 57	บราซิล, 239, 254
นายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญ, 12	บริการเวชภัณฑ์, 257
นายแพทย์หทัย ชิตานนท์, 14, 57, 188	บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก, 329
น้ำมันดิน, 258	บริษัท ฟิลิป มอริส, 337, 339
นิโคติน, 233, 234, 247, 254, 255, 257, 260, 261	บริษัท ฟิลิป มอริส (PM), 330
นิโคตินทดแทนเพื่อการรักษา, 230, 238	บริสุทธิ, 239
นิโคตินเหลว, 246, 259	บัญชียาหลักแห่งชาติ, 282
เนื้อเยื่อของปอด, 237	บาระกู, 218
เนื้อหาของข้อความคำเตือน, 159	บุหรี่, 233
แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม, 314	บุหรื่อกับคดีฟ้องร้องเรื่องปัญหาสุขภาพ, 17, 38
แนวปฏิบัติที่สำคัญในการดำเนินงานบำบัดรักษา, 274	บุหรื่อกานพลู, 399
ไนโตรซามีน, 234	บุหรี่ปริมาณเล็กน้อยด้วยมือของอินเดีย, 21
ไนโตรซามีนมีเฉพาะในใบยาสูบ, 245	บุหรี่ปริมาณสูง, 215
บทบาทของแพทย์ปฐมภูมิต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 294	บุหรี่ปริมาณน้อย, 446
บทบาทวิชาชีพทันตแพทย์ต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 292	บุหรี่ปริมาณน้ำ, 21, 219
บทบาทวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์ต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 294	บุหรี่ปริมาณผู้หญิง, 36
บทบาทวิชาชีพพยาบาลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 294	บุหรี่ปริมาณเยาวชน, 32
บทบาทวิชาชีพแพทย์ต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 291	บุหรี่ปริมาณไม้, 215
	บุหรี่ปริมาณทอล, 212
	บุหรี่ปริมาณรูปแบบใหม่, 230
	บุหรี่ปริมาณไร่ควีน, 262
	ประสิทธิผล, 230, 238, 247
	ประสิทธิผลของการช่วยเลิกการสูบบุหรี่, 248

ประสิทธิภาพ, 233
 ปริมาณเมฆทอล, 213
 ปลอดภัยหรือเชิงรุก, 63
 ผลกระทบจากการหายใจออก, 247
 ผลกระทบต่อสุขภาพ, 239
 ผลประโยชน์, 243
 ผลประโยชน์ทับซ้อน, 336
 ผลิตภัณฑ์นำเข้าที่ต่อวงจร, 233
 ผลิตภัณฑ์บุหรี่, 231, 233
 ผลิตภัณฑ์ยา, 241
 ผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 234, 244, 262
 ผลิตภัณฑ์ยาสูบบรูปแบบใหม่ๆ, 234
 ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ, 261
 ผู้บริโภค, 255
 ผู้ผลิต, 234, 244
 ผู้สูบบุหรี่, 244
 แผนวิเคราะห์เวชภัณฑ์, 237
 แผนนิโคตินสำหรับแปะ, 249
 แผนแปะนิโคติน, 239, 261
 แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ
 ฉบับที่สอง พ.ศ.2559-2562, 427
 พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.
 2535, 232
 พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510, 232
 พ.ร.บ. ศุลกากร พ.ศ. 2469, 232
 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้าง
 เสริมสุขภาพ พ.ศ.2544, 95
 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
 พ.ศ. 2560, 360, 427
 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
 พ.ศ. 2535, 427
 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.
 2535, 427
 พระราชบัญญัติทุนรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. 2542,
 97, 103
 พระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์
 พ.ศ. 2551, 184
 พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509, 57,
 103, 105, 228
 พระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ.
 2502, 97
 พุทธกิจกรรมการสูบบุหรี่, 256
 พุทธกิจกรรมทางการเมือง, 73
 พันธุ์เวอร์รียเนี่ย, 4
 พิษวิทยา, 246
 พื้นที่ค่าเตือนด้านสุขภาพ, 170
 ฟ็องร็อง, 234, 257
 ฟินแลนด์, 254
 ภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพ, 172
 ภาพคำเตือนด้านสุขภาพ, 189
 เกสซ์เคมี, 246, 247
 มอระกู่, 219
 มาตรการ MPOWER, 269
 มาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่, 301
 มาตรการการเสริมแรงทางบวก และการ
 เตือนความจำ, 303
 มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการลดอุปทาน,
 446

มาตรการแบบผสมผสานและการมีส่วนร่วม ของชุมชน, 303	รายงานของสำนักแพทย์ใหญ่ของ สหรัฐอเมริกา, 154
มาตรการเพื่อลดการสูบบุหรี่โดยเน้นด้าน อุปสงค์, 445	รายงานสำนักงานนายแพทย์ใหญ่ (Surgeon General) ในปี ค.ศ. 1964, 42
มาตรการภาพคำเตือนในระดับนานาชาติ, 175	รูกษัตยุตสาหกรรมยาสูบ, 453, 455
มาตรฐาน, 234	โรคมะเร็ง, 231
มาตรฐาน ISO 26000, 348, 349	โรคยาสูบสี่เหลี่ยม, 20
มาตรา 5.3 อนุสัญญาควบคุมยาสูบ, 387, 388	โรงงานยาสูบ, 97
มาเอสเซล, 220	โรแบร์โต เลเด, 256
มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 231	ลดการสูบบุหรี่, 239
มูลนิธิองค์การสหประชาชาติ, 63	ลดค่าใช้จ่าย, 239
โมเดลทางการวัดเชิงเศรษฐศาสตร์, 54	ลัทเวีย, 254
ยา, 261	ลูกอมนิโคติน, 261
ร่วมสานฝัน ดับไฟได้, 343	เลิกสูบบุหรี่, 255, 257
รสคูกกี้และครีม, 258	วิเคราะห์เชิงปริมาณ, 233
รสชาติ, 236	วิจัย, 239
รสชาติที่เป็นลูกอม, 261	วิทยาศาสตร์การแพทย์, 263
รสชาติหวาน, 258	วิธีการส่งเสริมประเด็นที่มีคุณค่าต่อสังคม, 342
รสหมากฝรั่ง, 258, 261	วุฒิสมาชิก, 234
ระบบการปฏิบัติงานด้านเกษตรกรรมที่ดี, 98	เวชภัณฑ์, 235
ระบบเครื่องมือ, 244	ศาลอุทธรณ์, 261
ระบบทางเดินโลหิตหัวใจ, 254	ศูนย์การประเมินสารเสพติด, 237
ร่างพระราชบัญญัติการยาสูบแห่งประเทศไทย, 107	สถานที่ห้ามสูบ 100 เปอร์เซ็นต์, 201
รายงานการสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่ม เยาวชน, 33	สถานีดั้งแบบปลอดบุหรี่, 208
	สถาบันยาสูบ, 44
	สถาบันแห่งชาติเรื่องการเสพติด, 43
	สนามบินปลอดบุหรี่, 204
	สภาพอกรค้าโลก, 365

สมัยประชุมสมัชชาภาคีอนุสัญญา ครั้งที่ 3, 179

สมาคมทางการค้าและธุรกิจ, 234

สมาคมบุหรี่ปริมาณิก, 234, 250, 263

สมาคมผู้ค้าบุหรี่ปริมาณิก, 263

สมาพันธ์จิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกา, 43

ส่วนประกอบของการออกแบบในด้าน ตำแหน่ง, 155

สาธารณสุข, 239, 246

สารก่อมะเร็ง, 233, 234, 235, 237, 240, 246

สารเคมี, 259

สารเคมีที่เป็นพิษ, 259

สารตกค้าง, 241

สารต้านจุดเยือกแข็ง, 260

สารที่ก่ออันตราย, 237

สารไนโตรซามีนที่มีเฉพาะในใบยาสูบ, 258

สารปนเปื้อนเฉพาะสำหรับยาสูบ, 238

สารประกอบ, 258

สารปรุงแต่งรสชาติ, 236

สารพิษ, 233, 234, 245, 246, 254

สารโพสโพลีน ไกลคอล, 246

สารเสพติด, 247

สำนักข่าวบลูมเบิร์ก, 419

สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา, 258

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ, 232

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.), 95

สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ, 16

สำนักงานการแพทย์แห่งยุโรป, 242

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 233, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 242, 250, 251, 255, 258, 259, 260, 261, 262

สำนักงานแพทยใหญ่, 262

สิ่งทดแทนที่ปลอดภัย, 260

สิ่งที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่, 238

สิ่งที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่, 238, 244

สื่อสารมวลชน, 250

หมากฝรั่งนิโคติน, 239, 249

หลัก 5 As, 274

หลัก CSR/ISO 26000, 352

หลักการของรัฐธรรมนูญของประเทศ สมาชิก, 130

หลักการปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่ง, 401

หลักเกณฑ์ CSR 26000, 352

หลักฐานทางวิทยาศาสตร์, 256

ห่วงโซ่ทางการตลาด, 136

หอการค้าสหรัฐ, 362

ห้องสูบบุหรี่ (Smoking Room), 205

หีบห่อผลิตภัณฑ์, 170

หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 170

หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เรียบง่าย, 407

องค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคม, 356

องค์กรพันธมิตรต่อต้านยาสูบ SEATCA, 374

องค์การการค้าโลก, 110, 375

องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมอเมริกา, 25
องค์การอนามัยโลก, 233, 256
องค์การอนามัยโลก (WHO), 17
องค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา,
44
องค์ประกอบทางเคมีและคุณภาพของใบ
ยาสูบ, 6
อัตราการเลิกและการสูบบุหรี่ในประชากร,
247

อาการของการเสพติด, 265
อิทธิพลของการค้าเสรี, 397
อินเทอร์เน็ต, 253, 254
อี-ซิกาเรต, 230, 250
อุตสาหกรรมยาสูบ, 262
อุตสาหกรรมเวชภัณฑ์, 262
สูทากี, 219

Index

- U.S. Environmental Protection Agency, 25
- 'RUYAN' Overseas Promotion Conference, 251
- abuse liability, 247
- Action on Smoking and Health (ASH), 234
- Ad Valorem Rate, 91
- addictive effects, 256
- Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS), 395
- American Journal of Preventive Medicine, 249
- anabasine, 238
- anti freeze, 258, 260
- Anvisa, 254
- ASEAN Art Awards, 378
- ASEAN Free Trade Agreement, 110
- Attorney General, 259
- Baragu, 218
- benefit-to-risk assessment, 243
- beta-nicotyrine, 238
- bidis, 21
- Brand stretching, 115, 148
- Brown & Williamson, 262
- Bullen, 241
- Bupropion, Nicotine Replacement Therapy, 284
- cancer gene therapy, 337
- carcinogenicity, 246
- cartridge, 235
- Cause Promotion, 342
- Cause-related Marketing, 326
- Center for Indoor Air Research: CIAR, 48
- Chronic remitting and relapsing disorder, 267
- Clean Tobacco, 353
- clove cigarette, 399
- Community Volunteering, 327
- complete bans, 244
- Compound Rate, 91
- Conference of Parties, 68
- conference of parties III, 24
- Conference of the Parties, 75, 76
- Conference of the Parties: COP, 353
- Constitution of the World Health Organization. WHO 2006, 61
- Convergence Model, 53

CORESTA (Cooperation Centre for Scientific Research Reactive to Tobacco), 353

Corporate advertising, 344

Corporate Philanthropy, 331, 327, 342

Corporate Social Marketing, 326, 342

Corporate Social Responsibility - CSR, 116, 327

Cross border advertising, 115

CSR reporting and self-regulation, 331

CSR-after-process, 325

CSR-in-process, 325

Deceptive Front, 367

Denormalization of tobacco use, 295

deposition of droplets, 246

diethyl glycol, 235

diethylene glycol, 234, 237, 240, 245, 258, 260

Differential Scanning Calorimeter (DSC), 214

droplet size, 247

e-cig petition, 234

e-cigarette Network, 249

e-cigarettes, 230, 250

econometric models, 54

effects of exhaled 'secondhand' vapour, 247

efficacy and impact of regulations, 247

e-liquid, 254

Endgame, 453, 455

Environmental Tobacco Smoke, 47

European Economic Area, 254

Excise Tax, 90

Executive Order 13193, 391

Exponent, Inc., 235

FCTC มาตรา 5.3, 361

Federal Trade Commission, 45, 46

Fifty-Ninth World Health Assembly, 2006, 394

Flavored cigarettes, 215

Food and Drug Administration, 44

Food and Drug Administration – FDA, 262

Food, Drug, and Cosmetic Act – FDCA, 251

Framework Convention Alliance, 71

Framework Convention on Tobacco Control, 414

Free Trade Agreements, 400

Freeman's stakeholder concept 1984, 53

Friendly" Scientist, 49

Front organization, 117

GATT Panel Report Thailand, 1990, 397

General Agreement on Tariffs and Trade (GATT), 395

General Agreement on Trade in Services (GATS), 395

Global Adult Tobacco Survey : GATS, 312

Global Adult Tobacco Survey: GATS, 198

Global Consultancy Program, 49

Global Health Professional Survey GHPS, 433

Global Social Policy, 341

Global Tobacco Surveillance System: GTSS, 32, 65

Global youth tobacco survey: GYTS, 33

Global Youth Tobacco Survey: GYTS, 32

Gobal adult tobacco survey: GATS, 34

Golden Dragon Holdings, 231

Good Agricultural Practices: GAP, 98

Graphic Health Warning, 410

Green World for Green Smile, 342

Guideline for implementation of article 11, 439

Guideline for implementation of article 13, 440

Guideline for implementation of article 8: protection from exposure to tobacco smoke, 436

Health Professionals and Tobacco Control, 291

heating element, 236

hookah, hooka, huka, 219

Howard Stern, 259

illicit drugs, 247

impact on healthcare costs, 247

impact on prevalences of quit attempts, 247

indirect advertisement, 33

infectivity, 246

Integrated Crop Management, 353

Integrated Pest Management: IPM, 353

intellectual property rights - IPR, 380

Intergovernmental Negotiating Body: INB, 66

Intergovernmental technical working group, 66

International Non-governmental Coalition against Tobacco, 65

Investor State Dispute Settlement: ISDS, 26

Investor-State Dispute Settlement, 400, 402

lactic acidosis, 246

Laffer effect, 55

liquid nicotine, 237

long-term use, 247

Maneuvering to hijack the legislative process, 56

Marion County Circuit Court, 259

Master Settlement Agreement, 347

Maximum Retail Selling Price – MRSP, 375

Media publicity strategies, 302

medicinal nicotine inhaler, 241
 models, 240
 Most Favoured Nation, 401
 MPOWER, 269, 426
 MU'ASSEL, 220
 myosmine, 238
 nargile, narghile, nargila, 219
 National Essential Drug List, 282
 National Institute of Drug Abuse, 276
 national treatment, 376
 Negative Externality, 26
 Negative publicity, 303
 Nicotianatabcum, 1
 Nicotine dependence, 266
 nicotine dosing, 247
 nicotine lollipops, 261
 nicotine patches, 261
 Nicotine Replacement Therapy – NRT,
 238, 271
 nicotine tolerance, 265
 nicotine-free cartridge, 254
 Offer Help to Quit, 269
 Olive Revolution, 410
 Oregon Department of Justice, 259
 Pack design, 116
 pharmaceutical, 262
 Pharmaceutical Services, 257
 pharmacodynamics, 246
 pharmacokinetics, 241, 246
 pharmacovigilance, 247
 philanthropic endeavours, 346
 plain and standardized packaging, 418
 policy analysis, 247
 preferred brands, 247
 prevalence of use in population
 subgroups, 247
 privatization, 102
 Product and Pack design), 116
 Product placement, 115
 Promotion events, 115
 Promotion Mix, 113
 propylene glycol, 246
 public policy analysis, 53
 Public Private Partnership: PPP, 105
 Queen Elizabeth Hospital, 237
 Quit line, 281
 Ruyan Group (Holdings) LTD, 239
 SBT RUYAN, 251
 Secondhand Smoke: SHS, 47, 294
 Secondhand smokers, 29
 Securities and Exchange Commission
 Report, 56
 severe lipoid pneumonia, 237
 Sick Building Syndrome, 367
 Sin Tax, 90
 smokeless tobacco products, 262
 smoking cessation aid, 244
 Smoking Everywhere, 233, 234, 251,
 258, 259, 261
 Social ecological model, 314

Socially Responsible Business
 Practices, 327

societal alignment, 340

Societal Alignment, 385

Sottera, Inc, 263

Sottera, Inc., 252

South East Asia Tobacco control
 Alliance, 433

Specific Rate, 91

Sponsorships, 116

Strategic Stars, 348

stronger toxicological, 256

Surgeon General, 262

Surgeon General's report, 154

Surgeon General's Report 1964, 41

surveillance, 247

Technical Barrier to Trade, 403

The American Psychiatric Association,
 43

The Conference of the Parties III, 179

The Electronic Cigarette Association,
 234

The Family Smoking Prevention and
 Tobacco Control Act, 234

The Global Youth Tobacco Survey:
 GYTS, 65

The national Institute on Drug Abuse,
 43

The South East Asia Tobacco Control
 Alliance, 374

The United Nations Foundation, 63

The Verdict Is In: Findings from US
 v.PM, 38

Think Green, 349

Tobacco Free Initiative: TFI, 63

Tobacco Institute, 44

Tobacco Plain Packaging 2011, 410

tobacco specific nitrosamine – TSNA,
 245

Tobacco sponsorship, 146

Tobacco-specific impurities, 238

tobacco-specific nitrosamines, 237

toxic chemicals, 237

toxicokinetics, 246

toxicology, 246

trade liberalization, 395

Trademark diversification, 115

Trans – Pacific Partnership Agreement :
 TPPA, 401

Trans– Pacific Partnership Agreement
 :TPPA, 388

TRIPs Paris Convention for Protectionof
 Industrial Property, 403

TRIPs-Plus, 405

U.S. Chamber of Commerce : USCC,
 362

unacceptable societal abnorm, 295

United States Cigarette Exporting
 Association:UCSEA, 109

US Food and Drug Administration -
FDA, 240

US-ASEAN Business Council, 370

US-FDA, 261

utilization patterns, 247

Viral marketing, 116

water pipe, 21

Water pipe, 219

WHO Framework Convention on
Tobacco Control, 60

WHO framework convention on
tobacco control. 1999, 66

WHO's International Agency for
research on Cancer, 25

World Council, 365

World Health Organization Framework
Convention on Tobacco Control:
WHO FCTC, 424

World Intellectual Property
Organization, 415

World Trade Organization: WTO, 375

World Trade Organization:WTO, 110

WTO Appellate Body, 403

WTO's Agreement on Technical
Barriers to Trade, 403

Youth Smoking Prevention (YSP), 345

Youth Smoking Prevention Programs,
47

ประวัติและผลงาน

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (Dr.PH., B. Sc. MPH.)

ผลงานทางวิชาการอย่างย่อ

- 1) Auemaneekul N, Silpasuwan P, Sirichotiratana N, et al., The Impact of Cigarette Plain Packaging on Health Warning Salience and Perceptions: Implications for Public Health Policy. Asia-Pacific Journal of Public Health. Asia Pac J Public Health. 2015 Nov;27(8):848-59
- 2) Prutipinyo C, Sirichotiratana N, and Bhatt N. Perception and knowledge on health risks by waterpipe tobacco-smoking tourists in a night spot of Bangkok, Thailand. Journal of Medical Association of Thailand. December 2013; s42-s48.
- 3) Sirichotiratana N, Yogi S and Prutipinyo C. Perception of tourists regarding the smoke-free at Suvarnabhumi International airport, Bangkok, Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health. August 2013.
- 4) McKnight-Eily L, Arrazola R, Merritt R, Malarcher A and Sirichotiratana N. Prevalence and Psychosocial Correlates of Current Smoking Among Adolescent Students in Thailand, 2005. Health Education and Behaviour Journal (December 2010).
- 5) Silpasuwan P, Ngoenwivatkul Y, Viwatwongkasem C, Satitvipawee P, Sirichotiratana N, Sujirarat D. (2008). Potential Effectiveness of Health Warning Labels among Employees in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand 91 (4) April 2008.
- 6) นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ หนังสือ “บุหรือเลิกทอริกส์” ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. เมษายน 2555
- 7) นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ “การประมวลองค์ความรู้และกรณีศึกษาจากทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบ” ทุนอุดหนุนจากสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) เมษายน 2553
- 8) นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ “ความสำคัญของหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อปัญหาด้านสาธารณสุข” ในหนังสือ บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข 2554 ฉัตรสุมน พุฒิมิภิญโญ บรรณาธิการ
- 9) นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ “กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ” ในหนังสือ บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข ๒๕๕๑ ฉัตรสุมน พุฒิมิภิญโญ บรรณาธิการ

ชื่อ รศ. ดร. จัตรสุนน พฤตมิถุน (ปช.ด., ส.ม.ม., น.ม., นบ.,ศ.บ., ศศ.บ., ส.บ.)

ผลงานทางวิชาการอย่างย่อ

- 1) **จัตรสุนน พฤตมิถุน**. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้กฎหมายยาเสพติด
เปรียบเทียบ: รูปแบบกฎหมายและแนวทางการควบคุมยาเสพติด. รายงานวิจัย: แผนงานภาคี
วิชาการสารเสพติด (ภวส.)กรกฎาคม 2559.
- 2) **จัตรสุนน พฤตมิถุน**. กฎหมายและนโยบายการควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุม. วารสาร
กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ปีที่ 1 (3)กันยายน – ธันวาคม 2558: 254-271.
- 3) นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, **จัตรสุนน พฤตมิถุน** การเฝ้าระวังการตลาดและกิจกรรมส่งเสริมการ
ขายของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสี่สิ่งพิมพ์ในกรุงเทพฯ ระหว่างปี พ.ศ. 2552-
2555. วารสารสห-ศาสตร์ ปีที่ 15(1) มกราคม-เมษายน 2558: 523-43.
- 4) **จัตรสุนน พฤตมิถุน** การค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอาเซียนและการคาดการณ์ผลกระทบ
ของความร่วมมือทางเศรษฐกิจของเอเชียแปซิฟิก ใน *การค้าสุราในโลกไร้พรมแดน*: นพพล
วิทย์วรพงศ์ บรรณาธิการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา. 2558: 125-155.
- 5) **จัตรสุนน พฤตมิถุน**. (๒๕๕๖) การประเมินผลการนำกฎหมายไปปฏิบัติด้านการคุ้มครอง
สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย, มกราคม- มิถุนายน.

ผลงานวิชาการด้านอื่นๆ

- 6) ตำรา กฎหมายสำหรับการบริหารงานสาธารณสุข. (2558)
- 7) หนังสือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสารสนเทศทางการแพทย์และสาธารณสุข (2557)
- 8) ตำรา สังคมกับหลักกฎหมายพื้นฐาน (2556)
- 9) หนังสือ การบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข 2553
- 10) หนังสือ กฎหมายสุขภาพและการรักษาพยาบาล: กฎหมายว่าด้วยสารบัญญัติและวิธีพิจารณา
ความ
- 11) ตำรา หลักการวิจัยทางสังคม (2552)
- 12) ประมวลสาระ ระดับบัณฑิตศึกษา กฎหมายสาธารณสุขและการบังคับใช้ หน่วยที่ 10 ในชุด
วิชา การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สุโขทัยธรรมมาธิราช. (2554)