

บทบาทการควบคุมยาสูบของประเทศไทยในเวทีโลก

ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย
ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและ
จัดการความรู้เพื่อการควบคุม
ยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

เกริ่นนำ

อาจกล่าวได้ว่าในบรรดาการแก้ปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก การควบคุมการบริโภคยาสูบถือว่ามีความสำเร็จในระดับต้นที่สามารถใช้เป็นแบบอย่างในการแก้ปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมติที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ.2542 ที่มีประเทศสมาชิกจำนวน 191 ประเทศได้พร้อมใจกันที่กำหนดให้มีกฎหมายระดับโลกเพื่อควบคุมยาสูบในนาม “กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ” (Framework Conventional on Tobacco Control) แล้ว⁽¹⁾ การควบคุมยาสูบในประเทศต่างๆ ก็มีความคืบหน้าเป็นลำดับ ทั้งนี้ พบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรโลกถึงปีละกว่า 4.9 ล้านคน แต่เมื่อประเทศสมาชิกจำนวน 148 ประเทศได้ลงสัตยาบันเป็นภาคีสมาชิกแล้ว ประเทศเหล่านี้จะต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ ซึ่งคาดว่าจะสามารถปกป้องชีวิตของผู้ที่ต้องตายจากโรคที่สูบบุหรี่ได้ถึง 200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593⁽²⁾

บทความนี้ต้องการนำเสนอบทบาทของประเทศไทยในการควบคุมยาสูบในเวทีโลก โดยเฉพาะในเวทีภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (Conference of Parties หรือ COP) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่สุดในการควบคุมยาสูบระดับโลก บทความนี้ประกอบด้วยสาระสำคัญดังนี้ 1) ความหมายของภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (Conference of Parties) 2) บทบาทของประเทศไทยในการประชุม COP I และ COP II และ 3) ความสำเร็จของประเทศไทยในเวทีโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

1) ความหมายของภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (Conference of Parties หรือ COP) คือภาคีสมาชิกของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ที่ให้การยอมรับ (Adopt) และลงนามให้สัตยาบัน (Ratify) ในกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO - Framework Conventional on Tobacco Control) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 โดยเป็นวันที่ประเทศภาคีสมาชิกได้ลงสัตยาบันครบ

40 ประเทศ¹ ทั้งนี้ภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (COP) ได้ตั้งคณะกรรมการบริหารเรียกว่า Bureau of the Conference of the Parties ที่ประกอบด้วยประธานคณะกรรมการบริหาร 1 ท่าน ซึ่งคือ ประธานภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (President of the Conference of the Parties) และรองประธาน (Vice-President) อีก 5 ท่าน จากผู้แทนภาคีประเทศของ 5 ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ COP มีหน้าที่จัดให้มีการประชุมของภาคีสมาชิกก็เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศต่างๆ ที่ลงสัตยาบันแล้วปีละครั้ง รวมทั้งการกำหนดมาตรการและแนวทางต่างๆ ที่จะใช้ในการควบคุมยาสูบระดับโลก

2) บทบาทของประเทศไทยในการประชุม COP I และ COP II

2.1) บทบาทของประเทศไทยในการประชุม COP I

การประชุม COP I จัดขึ้นเป็นครั้งแรก ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เมื่อวันที่ 6-17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ภายหลังจากที่ประเทศที่ลงสัตยาบันจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายโลกฉบับนี้ได้ 1 ปีโดยมีประเทศที่เข้าร่วมประชุมจำนวน 103 ประเทศ จากประเทศที่ลงสัตยาบันแล้วจำนวน 110 ประเทศ

ประเทศไทยในฐานะประเทศภาคีที่ลงสัตยาบันในกรอบอนุสัญญาฯ นี้เป็นประเทศที่ 36 เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2547 ได้เข้าร่วม

ประชุมใน COP I นี้ โดยผู้แทนไทยคือ นพ.หทัย ชิตานนท์ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้² ซึ่งจะดำรงตำแหน่ง เป็น Vice-President ของการประชุมคณะกรรมการบริหารของ COP (Bureau of the Conference of the Parties) ³ โดยปริยาย

สาเหตุที่ประเทศไทยได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งอันทรงเกียรตินี้ น่าจะมาจาก 2 ปัจจัยสำคัญคือ **ปัจจัยของประเทศ** กล่าวคือประเทศไทยมีประวัติศาสตร์ยาวนานกว่า 20 ปีในการดำเนินการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการต่อสู้ในเวทีโลกเมื่อปี พ.ศ.2533 กับสหรัฐอเมริกาที่เข้ามาตรการ 301 ในการบีบบังคับให้ประเทศไทยต้องเปิดตลาดให้บุหรี่ต่างประเทศนำมาจำหน่ายในประเทศได้ อันนำมาสู่การยอมรับในชุมชนควบคุมยาสูบโลกถึงกับได้ให้ฉายากับประเทศไทยว่า “แจ๊คผู้ฆ่ายักษ์” ⁴ และอีกปัจจัยสำคัญที่สอง คือ **ปัจจัยส่วนบุคคล** ของ นพ.หทัย ชิตานนท์ ที่สวมบทบาทแจ๊คผู้ฆ่ายักษ์ อันหมายถึงบริษัทบุหรี่ข้ามชาติมายาวนานเกือบ 20 ปีโดยไม่รู้เหน็ดเหนื่อย

นอกจากนั้น ในการประชุม COP 1 ครั้งนี้ ประเทศไทยยังได้แจ้งความจำนงที่จะเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม COP 2 เนื่องจากสถานที่จัดประชุมในกรุงเจนีวาไม่ว่างตลอดปี 2550 ทั้งนี้มีอีก 2 ประเทศก็ได้แจ้งความจำนงที่จะเป็นเจ้าภาพเช่นกันคือ ประเทศแอฟริกาใต้และอินเดีย แต่ในที่สุด ที่ประชุม COP 1 ก็ได้ตัดสินใจเลือกประเทศไทย ทั้งนี้ COP

¹ ขณะนี้ (ณ วันที่ 27 สิงหาคม 2550) มีประเทศที่ลงสัตยาบันในกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแล้วจำนวน 149 ประเทศ

² ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ลงสัตยาบันในกรอบอนุสัญญาฯ มี 11 ประเทศในภูมิภาคนี้ได้แก่ บังคลาเทศ ภูฏาน เกาหลี อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟ พม่า เนปาล ศรีลังกา ติมอร์-เลสเต และประเทศไทย

³ กฎข้อที่ 21 ที่กำหนดใน Rules of Procedure of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO, 2006) กำหนดให้แต่ละภูมิภาคเลือกผู้แทนมาเป็นกรรมการบริหาร (Bureau member) เพื่อทำหน้าที่เป็น Vice president ซึ่งมีอยู่ 5 คน โดยมี President of the Conference of the Parties อีก 1 คนเป็นประธานกรรมการบริหาร

⁴ ท่านที่สนใจสามารถศึกษารายละเอียดได้จากหนังสือ (3,4)

จะจ่ายงบประมาณสำหรับจัดการประชุมจำนวน 2 ล้านเหรียญสหรัฐ (งบประมาณนี้ได้มาจาก กองทุนสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรา 26 ในอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ โดยกำหนดให้แต่ละประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการดำเนินการโดยประเทศไทยได้ร่วมจ่ายเป็นจำนวน 1 ล้านบาท) ค่าใช้จ่ายส่วนเกินนั้น ประเทศเจ้าภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบ

2.2) บทบาทประเทศไทยในการประชุม COP II

COP II จัดขึ้นระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน - 7 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ ประเทศไทย มีประเทศภาคีสมาชิกเข้าร่วมจำนวน 161 ประเทศผู้เข้าร่วมการประชุมประมาณ 800 คน โดยมีพิธีเปิดการประชุมอย่างเป็นทางการในวันเสาร์ที่ 30 มิ.ย พ.ศ.2550 โดยรองนายกรัฐมนตรี นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม เป็นประธาน

ในพิธีเปิดการประชุม COP II ครั้งนี้ ได้มีผู้ทรงเกียรติหลายท่านเข้าร่วมทำพิธีเปิดนาฬิกาแห่งความตาย (Death Clock) อาทิ นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.อนารีย์ อัสมาวร์-บาห์ (Dr. Anafi Asamoah-Baah) รองผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก เอกอัครราชทูตมาร์ทาบิท (Ambassador Martabit) ซึ่งเป็น President ของ COP I นพ. หทัย ชิตานนท์ Vice President ของ COP II และ ศ. นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขานุการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

นาฬิกาแห่งความตาย (Death Clock) เดินเครื่องบันทึกจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ตั้งแต่วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2542 ของการประชุมครั้งแรกของคณะกรรมการควบคุมบุหรี่โลก จนถึงวันนี้เป็นเวลาเกือบ 8 ปี พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากพิษภัยของบุหรี่ไปแล้วกว่า 33 ล้านคน โดยในช่วง

2-3 ปีแรกมีผู้เสียชีวิตเฉียดนาทิละ 8 คนหรือปีละ 4 ล้านคน จากนั้นเพิ่มเป็นนาทิละ 9 คนหรือ ปีละประมาณ 5 ล้านคน นาฬิกานี้จะเดินเครื่องตรงกับเครื่องที่ตั้งอยู่ที่องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์

3) ความสำเร็จของประเทศไทยในเวทีโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

ประเทศไทยในเวทีภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (Conference of Parties หรือ COP) มีความโดดเด่นในหลายประการโดยเฉพาะเมื่อเราอาสาเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม COP II ในครั้งนี้ ก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญที่ควรบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์ ดังนี้คือ

3.1) การสร้างวัฒนธรรมใหม่ขององค์การอนามัยโลก เรื่องการเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมใหญ่ว่าสามารถจัดในประเทศกำลังพัฒนาได้

จากประวัติศาสตร์การประชุมองค์การอนามัยโลกที่มีการประชุมภาคีสมาชิกที่เป็นตัวแทนจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก พบว่าการประชุมที่ผ่านมา มีการจัดการประชุมที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์เท่านั้น การที่ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพในการประชุม COP II ในครั้งนี้ จึงเป็นการสร้างประวัติศาสตร์สำหรับการเลือกสถานที่จัดการประชุมใหญ่ขององค์การอนามัยโลกว่าสามารถหมุนเวียนจัดไปในประเทศต่างๆ นอกกรุงเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา ประเทศไทยได้เป็นผู้นำในการจัด COP II ซึ่งประสบความสำเร็จได้ดี และได้รับคำชมเชยจากภาคีสมาชิก จากความสำเร็จนี้เองเป็นผลให้การประชุม COP III ในปี พ.ศ.2551 ที่ประชุมภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ จึงมีความเห็นให้มีการจัดประชุม COP III ขึ้นในประเทศแอฟริกาใต้นับเป็นการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในเรื่องความสามารถ

และความเหมาะสมในการจัดประชุมใหญ่ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกนอกกรุงเจนีวา ซึ่งเป็นที่ตั้งขององค์การอนามัยโลก

3.2) ผู้แทนประเทศไทย... จากระดับภูมิภาคสู่ระดับโลก

ใน COP I นพ.หทัย ชิตานนท์ หัวหน้าผู้แทนประเทศไทย ได้รับเกียรติเป็นผู้ประสานงานของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และ Vice-President ของ COP II ซึ่งตำแหน่งจะครบกำหนดในช่วง การประชุม COP II และต้องหมุนเวียนให้ภาคีสมาชิกอื่นขึ้นมาเป็นผู้ประสานงานภูมิภาคคนต่อไป โดยตามเกณฑ์ตัวอักษรจะต้องเวียนให้ประเทศติมอร์-เลสเต เป็นผู้ประสานงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่เนื่องจากไม่มีผู้แทนจากประเทศติมอร์-เลสเต มาเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จึงได้ส่งอีเมล ไปยังกระทรวงสาธารณสุขของประเทศติมอร์-เลสเต เพื่อถามความสมัครใจในการเป็นผู้ประสานงานของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในการประชุม COP III ซึ่งประเทศติมอร์-เลสเต ไม่ประสงค์ที่จะขึ้นดำรงตำแหน่งดังกล่าว ดังนั้นในที่ประชุมภาคีสมาชิกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้แทนจากประเทศจีนจึงได้เสนอที่ประชุมภูมิภาคฯ ให้ประเทศไทยดำรงตำแหน่งผู้ประสานงานภูมิภาคฯ อีกวาระหนึ่ง ทั้งนี้จึงมีผลสืบเนื่องให้นพ.หทัย ชิตานนท์ ผู้ประสานงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สามารถลงสมัครเพื่อคัดเลือก (Candidate) ตำแหน่งประธานของภาคีสมาชิก (The President of Conference of the Parties) ผลปรากฏว่าเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ที่ประชุมใหญ่ของภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันจำนวน 161 ประเทศ ได้มีมติเป็นเอกฉันท์ให้นพ.หทัย ชิตานนท์ หัวหน้าผู้แทนประเทศไทย และ

ผู้แทนภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็น President of Conference of the Parties ในปีี่ 3 ของการมีกฎหมายโลกฉบับนี้ และที่ประชุมกำหนดให้มีการประชุม COP III ปี พ.ศ.2551 ณ ประเทศแอฟริกาใต้

3.3) SEATCA กับบทบาท NGO ไทยที่โดดเด่นใน COP II

ในการประชุม COP I องค์การพัฒนาเอกชนไม่หวังกำไร หรือ NGO มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล และนำเสนอมาตรการและกลยุทธ์เพื่อประกอบการจัดทำกฎหมายโลกเพื่อการควบคุมยาสูบ โดยผ่านองค์การพัฒนาเอกชนชื่อ Framework Conventional Alliance หรือ FCA ตลอดการประชุม FCA จะเชิญผู้เชี่ยวชาญในมาตรการต่างๆ ในการควบคุมยาสูบ มานำเสนอสถานการณ์ปัญหา และมุมมองในการแก้ไขปัญหา และให้ผู้เข้าร่วมประชุมอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นกระจุกสะท้อนการทำงานตามกรอบอนุสัญญาฯ ของรัฐบาลประเทศต่างๆ

สำหรับการประชุม COP II ในครั้งนี้ FCA ได้มอบหมายให้ SEATCA (Southeast Asia Alliance for Tobacco Control) ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีคุณบังอร ฤทธิภักดี เป็นผู้ประสานงานและทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลักในการดำเนินการจัดการประชุมภาค NGO

ผลงานเด่นของ NGO ในงานการประชุม COP II คือ การจัดทำเอกสารที่เรียกว่า Shadow report⁵ เพื่อติดตามและประเมินสถานการณ์การดำเนินงาน ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการควบคุมยาสูบของแต่ละประเทศในมุมมองของ NGO คู่ขนานไปกับเอกสารที่เรียกว่า Official Report ซึ่งเป็นรายงานสถานการณ์ของผู้แทนที่เป็นทางการจากแต่ละประเทศ นอกจากนั้น ยังมีการจัดประชุมในห้วงย่อยต่างๆ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญในแต่ละ

5 Shadow report ของประเทศไทย ดำเนินการโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับผู้สนใจ Shadow report ฉบับเต็มสามารถอ่านได้จากหนังสือ (5)

สาขามานำเสนอสถานการณ์และกลวิธีในการดำเนินการ เช่นการดำเนินการกับบุหรี่ผิดกฎหมาย ผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ การปลูกพืชทดแทน ตลอดจนการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ

3.4) การเป็นกรรมการผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ

บทบาทของประเทศไทยในภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ (COP) นั้น นอกจากการเข้าร่วมประชุมในการประชุม COP ประจำปีแล้ว ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทยหลายท่านได้รับเกียรติเป็นผู้เชี่ยวชาญในคณะกรรมการหลายคณะ (Expert committees) เพื่อจัดเตรียมคู่มือและเอกสารแนวทางการดำเนินการในสาขาต่างๆ ได้แก่ นพ.หทัย ชิตานนท์ เป็นกรรมการในคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญเรื่อง การโฆษณาข้ามพรมแดน (Border advertising) รศ.ดร.อิศรา ศานติศาสตร์ เป็นผู้เชี่ยวชาญในคณะกรรมการด้านการค้าบุหรี่ผิดกฎหมาย (Illicit trade) และ ผศ.ดร.นันทวรรณ วิจิตรวาทการ เป็นผู้เชี่ยวชาญในคณะกรรมการเรื่องกฎหมายผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Product regulation)

3.5) การปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ในกรอบอนุสัญญาฯ

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมยาสูบตามมาตรการต่างๆ ตามกรอบอนุสัญญาฯ โดยมีหลายมาตรการที่โดดเด่นและบางมาตรการก็สามารถดำเนินการได้เกินกว่าข้อกำหนดที่กฎหมายโลกได้กำหนดไว้ ดังนี้

3.5.1) การมีแหล่งเงินทุนเพื่อการควบคุมยาสูบ ในมาตรา 26 กำหนดให้ประเทศต่างๆ จะต้องจัดสรรแหล่งเงินทุน เพื่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายของกรอบอนุสัญญาฯ ประเทศไทยมีกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 โดยดำเนินงานจากงบประมาณ

ที่ได้มาจากภาษีบุหรี่และสุราโดยตรง ร้อยละ 2 ทำให้ประเทศไทยมีหลักประกันการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่ยั่งยืน การมีกองทุนในรูปแบบของ สสส. เช่นนี้ มีเพียงไม่กี่ประเทศในโลก ดังนั้น ประเทศไทยจึงเป็นแบบอย่างในการนำภาษีบุหรี่เพื่อใช้ในการควบคุมยาสูบ และยังทำหน้าที่เป็นวิทยากรในการแบ่งปันประสบการณ์ในการจัดตั้งกองทุน สสส. แก่ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา

3.5.2) การมีคำเตือนบนซองบุหรี่

ในมาตรา 11 ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดให้ประเทศภาคีสมาชิกต้องมีฉลากคำเตือนอันตรายบนซองบุหรี่ให้ครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 30 ของซองบุหรี่ โดยมีฉลากทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ข้อความบนฉลากจะต้องสื่อข้อความเป็นภาษาของประเทศนั้นๆ และมีข้อความที่หมุนเวียนกันไป หรือมีภาพจริงหรือลายเส้นประกอบด้วยก็ได้ นอกจากนั้นบนซองบุหรี่ต้องไม่มีคำที่จะทำให้ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจผิด เช่น นิโคตินน้อยหรือน้ำมันดินต่ำ ได้แก่ คำว่า “Light” “Ultra Light” “Low tar” หรือ “Mild” เป็นต้น

ประเทศไทยได้ดำเนินการตามมาตรา 11 นี้ เกินกว่ามาตรฐานขั้นต่ำของกฎหมายโลก กล่าวคือ

● การมีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 4 สี

ขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ซองทั้งด้านหน้าและด้านหลังรวมทั้งครีตตอนบุหรี่ด้วย ทั้งนี้ประเทศไทยมีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548⁽⁶⁾ นับเป็นประเทศที่สี่ของโลกที่มีคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรูปภาพ โดย 3 ประเทศแรกคือ แคนาดา บราซิล และสิงคโปร์ ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีทั้งสิ้น 9 ภาพ คือ ภาพคำเตือนควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด สูบแล้วปากเหม็น สูบแล้วถุงลมพองตาย ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ควันบุหรี่ทำให้หัวใจวายตาย ควันบุหรือนำชีวิตสู่ความตาย สูบแล้วเป็นมะเร็งช่องปาก สูบแล้วเป็นมะเร็งกล่องเสียง และควันบุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก⁽⁷⁾

บทความพิเศษ

● การห้ามไม่ให้มีคำว่า Mild, Medium, Light, Ultra light และ Low Tar หรือข้อความที่จะสื่อให้ผู้สูบบุหรี่หรือคนทั่วไปเข้าใจว่าบุหรื่อดังกล่าวปลอดภัยหรือมีพิษน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไปโดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีประกาศกระทรวงฉบับที่ 12⁽⁸⁾ ห้ามไม่ให้บุหรี่ที่ขายในราชอาณาจักรไทยมีข้อความดังกล่าว นอกจากนี้การมีข้อความแสดงชื่อสารพิษบนซองบุหรี่ เมื่อ 29 กันยายน พ.ศ.2549 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ กำหนดให้ด้านข้างทั้งสองด้านของซองบุหรี่ต้องมีข้อความที่แสดงชื่อสารพิษ ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนและสารก่อมะเร็งที่เกิดจากการเผาไหม้ได้แก่ ไซยาไนด์ ฟอร์มาลดีไฮด์ และไนโตรซามีน

3.5.3) การห้ามตั้งโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย ในกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดให้ประเทศสมาชิกดำเนินการห้ามไม่ให้ผู้จำหน่ายบุหรี่ทำการโฆษณาส่งเสริมการขาย และสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ภายใน 5 ปีนับตั้งแต่การให้สัตยาบันร่วมกัน การห้ามโฆษณานี้ให้รวมถึงการโฆษณาข้ามพรมแดนจากพื้นที่ในครอบครองของประเทศสมาชิกด้วย

ประเทศไทยได้มี พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 มาตรา 8 ที่ห้ามโฆษณาบุหรี่ในทุกรูปแบบ และในปี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดให้การห้ามตั้งโชว์บุหรี่ ณ จุดขายว่า “เป็นรูปแบบหนึ่งของการโฆษณาบุหรี่” ซึ่งผิดกฎหมายมาตรา 8 ใน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ทั้งนี้เนื่องจากมีงานวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นว่า การตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย มีเป้าหมายที่จะชักชวนให้เยาวชนเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีประกาศ “แนวทางการปฏิบัติการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ” แจกให้ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ซึ่งมีประมาณ 50,000 แห่งทั่วประเทศ ห้ามไม่ให้แสดงชื่อ ตรา เครื่องหมายการค้าหรือซองบุหรี่ที่ดูหรือฉันทอง ณ จุดจำหน่าย แต่ให้มีป้ายขนาดไม่เกินกระดาษ เอ 4 ติดข้อความ “ที่

นี้จำหน่ายบุหรี่” ทั้งนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2548 ประเทศไทยนับเป็นประเทศที่ 3 ที่ประกาศห้ามตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขายต่อจากไอซ์แลนด์ และรัฐสค์จิวาน ประเทศแคนาดา⁽¹⁵⁾

กล่าวโดยสรุป ประเทศไทยประสบความสำเร็จในระดับสูงในเวทีโลกในการควบคุมยาสูบทั้งในเรื่องผลการดำเนินงานและการแสดงภาวะผู้นำในระดับโลก ดังนั้น นับจากนี้เป็นต้นไป เราจึงจำเป็นต้องเตรียมสรรพกำลังภายในประเทศเพื่อที่จะยืนในเวทีโลกอย่างเต็มภาคภูมิ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข โดย นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค ได้ประชุมหารือร่วมกับกลุ่มควบคุมยาสูบภายในประเทศ และมีมติให้ตั้งคณะทำงานขึ้น 2 ชุดคือ คณะทำงานที่ทำหน้าที่หนุนเสริมการทำงานของ นพ.หทัยชิตานนท์ ประธานภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ (President of the Conference of the Parties) และ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกิจ หัวหน้าคณะผู้แทนไทยในการประชุมภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ ครั้งที่ 3 ทั้งนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จะสนับสนุนงบประมาณบางส่วนเพื่อหนุนเสริมให้คณะทำงานทั้ง 2 ชุด สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยการจัดเตรียมทรัพยากรเต็มกำลังความสามารถนี้ จึงเป็นที่คาดหวังว่าประเทศไทยจะสามารถแสดงบทบาทผู้นำในการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะในเวทีโลกในภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ และใน COP III ในปีหน้าที่ประเทศแอฟริกาใต้อย่างสง่างาม

บรรณานุกรม

1. หทัย ชิตานนท์. *กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ*. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. บริษัท ดีไซน์ จำกัด; 2545: 2.
2. Gales-Camus Catherine. *WHO FCTC: Mobilizing the world for global public health*. Available from : URL: http://www.who.int/entity/nmh/media/speeches/nmh_adg_speech_WCTOH_12Jul06.pdf. Accessed August 8, 2007.
3. Hatai Chitanondhn. *The Passge of Tobacco Control Laws:Thai Davids versus Tansnational Tobacco Goliaths*. Thailand Health Promotion Institute ,The national Health Foundation. Bangkok: Desire Co.,Ltd; 2000.
4. ประกิต วาทีสารกกิจ. *สงครามการค้ายาสูบ บันทึกไว้ในประวัติศาสตร์ 2*. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2549.
5. Jategaonkar ,N.(Ed). *Civil Society Monitoring of the Framework Convention on Tobacco Control: 2007 Status Report of the Framework Convetiona Alliance. Framework Convention Alliance; 2007*.
6. กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสินทวี; 2547: 24-28.
7. ราชกิจจานุเบกษา. *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 พ.ศ.2549*. เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงผลและข้อความค่าเตือนถึงพิษภัยวันเดือนปีที่ผลิตแหล่งผลิต และการขายได้เฉพาะในราชอาณาจักรไทย ในฉลากของบุหรี่ยีกาเรต และบุหรี่ยีการ์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535. แหล่งข้อมูล: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2549/E/101/4.PDF>. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2550.
8. ราชกิจจานุเบกษา. *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 12 พ.ศ.2549*. เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงผลหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากของบุหรี่ยีกาเรต บุหรี่ยีการ์ และยาเส้น ตามพระ-
ราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 แหล่งข้อมูล: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2549/E/101/9.PDF>. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2550.
9. ราชกิจจานุเบกษา. *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ.2549*. เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงผลข้อความและสารก่อมะเร็งในฉลากของบุหรี่ยีกาเรต ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535.
10. Schooler C, Feighery E,Flora JA. *Seventh graders' self-reported exposure to cigarette marketing and its relationship to their smoking behavior*. An J Public Health 1996; 86:1216-1221.
11. Feighery EC, et al. *Seeing, wanting, owning: the relationship between receptivity to tobacco marketing and smoking susceptibility in young people*. Tobacco Control 1998; 7: 123-28.
12. Evans, N, et al. *Influence of Tobacco Marketing and Exposure to Smokers on Adolescent Susceptibility to Smoking*. Journal of the National Cancer Institute 1995; 87(19): 1538-1545.
13. Florida Department of Health,Florida. *Youth Tobacco Survey, 1999. See, also, Campaign for Tobacco-Free Kids Factsheet, Where Do Youth Smokers Get Their Cigarettes*. Available from : <http://www.tobaccofreekids.org>. Accessed December 6, 2006.
14. Rogers T, Feighery RN, Tencati E, et al. *Community mobilization to reduce point of purchase advertising of tobacco products*. Hlth Educ Qrtly 1995; 22: 427-42.
15. Belinda Hughes. *Out of Sight - Out of Mind, Campaign to ban cigarettes display. Cancer Society of New Zealand*. Available from : <http://www.bancigarettedisplays.org.nz/index.php?id=148>. Accessed August 12, 2007.