สังคมไทยจะสร้างกลไกป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบตามมาตรา 5.3 ของกรอบ WHO FCTC อย่างไร

ไพศาล ลิ้มสถิตย์*

บทคัดย่อ กรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ" (WHO Framework Convention on Tobacco Control) เป็นกฎหมายระหว่างประเทศฉบับแรกขององค์การอนามัยโลก เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนด้วยการออกมาตรการควบคุมการยาสูบต่าง ๆ ประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีจึงมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติต่าง ๆ โดยเฉพาะการป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบตามมาตรา 5.3

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และประเมินความพร้อมของไทยในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ มาตรา 5.3 ตาม WHO FCTC และศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในประเทศแคนาดา ฟิลิปปินส์ และเคนยาที่สามารถปรับใช้กับประเทศไทย ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ศึกษาเป็นการวิจัยเชิงเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษาพบว่า ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามพันธกรณีตาม WHO FCTC มาตรา 5.3 เพียงบางเรื่องเท่านั้นคือ การออกระเบียบกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เรื่องการจำกัดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของกรมควบคุมโรคกับอุตสาหกรรมยาสูบ เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับกรณีศึกษาต่างประเทศคือ กรณีศึกษาประเทศแคนาดา ฟิลิปปินส์และเคนยา พบว่าประเทศเหล่านี้มีกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติที่สามารถป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบที่ก้าวหน้ากว่าไทย รัฐบาลไทยและกระทรวงสาธารณสุขควรแก้ไขกฎ ระเบียบต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับ WHO FCTC มาตรา 5.3 เช่น การออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบต่อนโยบายของรัฐในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ..... ที่ใช้บังคับกับหน่วยงานของรัฐทุกแห่ง รวมถึงการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายควบคุมยาสูบเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบแห่งชาติ

คำสำคัญ: *กรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ มาตรา 5.3, การควบคุมยาสูบ, อุตสาหกรรมยาสูบ*

Abstract **Mechanisms to prevent the interference with tobacco control of the tobacco industry under Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Thailand**

Paisan Limstit*

Background WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) was the first ever global public health treaty under the auspices of the World Health Organization. The FCTC is the treaty that emphasizes on the right of public health by providing a framework for tobacco control measures. Thailand as the Party to the WHO FCTC has obligations to develop and implement national tobacco control strategies, plans and programs in accordance with this Convention including Article 5.3 focusing on protecting public health policies from commercial and other vested interests of the tobacco industry.

Objective To analysis and evaluation of the preparedness of Thailand to implement FCTC Article 5.3 and best practices in Canada, Philippines and Kenya.

*ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Method Qualitative methods were employed for the study including: literature review and documentary analysis and in-depth interview.

Results The findings are Thailand has some progress in implementing WHO FCTC Article 5.3, for example, the Department of Disease Control, Ministry of Public Health issued the regulation regarding measures to limit interactions with the tobacco industry. The comparison studies of Canada, Philippine and Kenya show that all of these countries have the best practices and more progress than Thailand in some aspects. Thai government and Ministry of Public Health should revise laws, regulations and issue some measures regarding WHO FCTC article 5.3, for example, the Regulation of Prime Minister's Office concerning the article 5.3 and propose new tobacco control law in order to set up the national tobacco control board.

Keywords: *WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 5.3, tobacco control, tobacco industry*

ภูมิหลังและเหตุผล

การศึกษาวิจัย มาตรา 5.3 ของ "กรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ" (WHO Framework Convention on Tobacco Control) หรือ WHO FCTC ของประเทศไทยการศึกษาตัวอย่างแนวปฏิบัติที่ดีในต่างประเทศและเพื่อเสนอแนะกลไกสนับสนุนทางกฎหมาย หรือการใช้อำนาจของฝ่ายบริหาร หน่วยงานรัฐตาม WHO FCTC มาตรา 5.3 เป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการควบคุมยาสูบ

สืบเนื่องจากในปี ค.ศ.1996 ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 49 ได้เห็นชอบให้ยกร่างกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบเป็นครั้งแรก ต่อมาที่ประชุมสมัชชาฯสมัยที่ 52 ได้มีมติเห็นชอบให้เริ่มการดำเนินงานจัดทำ FCTC เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม ค.ศ.1999 ซึ่งถือเป็นกลไกทางกฎหมายระดับนานาชาติที่สอดคล้องกับธรรมนูญก่อตั้งองค์การอนามัยโลก (Constitution of the World Health Organization)

WHO FCTC ถือเป็นกฎหมายระหว่างประเทศฉบับแรกขององค์การอนามัยโลก[1] ตามอนุสัญญาเวียนนาว่าด้วยสนธิสัญญา ค.ศ.1969 (Convention on the Law of Treaties, 1969) WHO FCTC มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2548 (ค.ศ.2005) เป็นพันธกรณีระหว่างประเทศ ซึ่งปัจจุบันมีรัฐภาคีที่ต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯดังกล่าวรวม 176 ประเทศ (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม 2555)[2] โดยประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของ WHO FCTC เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2547 (ค.ศ. 2004) จึงมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติต่างๆ รวมถึงมาตรา 5.3 (หรือมาตรา 5 วรรค 3) คือการป้องกันมิให้ธุรกิจยาสูบเข้ามาแทรกแซงการควบคุมยาสูบของภาครัฐ และแนวปฏิบัติตามมาตรา 5.3 คือ Guidelines for implementation of Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on the protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry

ปัจจุบันอุตสาหกรรมยาสูบได้เข้ามามีอิทธิพลหรือแทรกแซงการควบคุมยาสูบของภาครัฐหลายรูปแบบ เช่น การสร้างความสัมพันธ์หรือให้ผลประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้บริหารในอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งเป็นปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน การให้การสนับสนุนหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ โดยอ้างว่าเป็นกิจกรรมเพื่อสังคมหรือ Corporate Social Responsibility (CSR) รวมถึงการขัดขวางมิให้มีการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบที่เข้มงวด ฯลฯ

เมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ.2555 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2553) เรื่อง มาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ โดยระบุถึงการปฏิบัติตาม WHO FCTC มาตรา 5.3 มีสาระสำคัญว่า "ให้หน่วยงานงานราชการปฏิบัติตามแนวทางของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะมาตรา 5.3 การป้องกันการแทรกแซงนโยบายการ

ควบคุมยาสูบของรัฐโดยอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการกำหนดนโยบายหรือระเบียบภายในหน่วยงานเพื่อป้องกันการแทรกแซงดังกล่าว"

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในเรื่องนี้ได้ร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคม นักวิชาการ และภาคส่วนต่างๆจัดทำ "แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 - 2557" และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2553 แผนยุทธศาสตร์ ฯ ดังกล่าว มีสาระสำคัญส่วนหนึ่งเป็นเรื่องแนวทางปฏิบัติตามมาตรา 5.3 ต่อมาเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์นี้

การสร้างกลไกสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันปัญหาการใช้อิทธิพลแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการสร้างเครื่องมือทางนโยบายหรือสร้างมาตรการทางบริหารของรัฐเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ จึงต้องมีการศึกษาวิเคราะห์และประเมินความพร้อมของประเทศไทยในการปฏิบัติตามมาตรา 5.3 ของ WHO FCTC รวมทั้งศึกษาแนวทางปฏิบัติที่ดีของต่างประเทศที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ และเสนอแนะแนวทางการสร้างกลไกสนับสนุนทางนโยบาย กฎหมาย และการใช้อำนาจของฝ่ายบริหาร

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสารและเชิงคุณภาพ (documentary research and qualitative research) ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิเคราะห์เนื้อหาของ WHO FCTC มาตรา 5.3 บทบัญญัติกฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ ระเบียบปฏิบัติด้านการควบคุมยาสูบของไทย และสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการควบคุมยาสูบ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านควบคุมยาสูบ

ผลการศึกษา

การศึกษารวบรวมวิธีการหรือลักษณะแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[3] ได้แก่ ประเทศกัมพูชา มาเลเซีย เวียดนาม และประเทศไทย พบข้อมูลน่าสนใจคือ พฤติกรรมหรือรูปแบบการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบมี 86 กรณี และเมื่อจัดลำดับความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ (relative importance) ของรูปแบบการแทรกแซงที่มีความสำคัญมากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ (1) เทคนิคการทำการตลาดและการสร้างภาพลักษณ์ (องค์กรและผลิตภัณฑ์) (2) หลีกเลี่ยงกฎหมายทางเศรษฐกิจเกี่ยวกับยาสูบ (3) การล็อบบี้และการใช้อิทธิพลทางการเมือง (4) การนิ่งเฉยและลดแรงต่อต้าน (5) การหลอกลวงสาธารณชน

ในกรณีของประเทศไทยนั้น ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ นพ.หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และศาสตราจารย์ นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ทั้งสองท่านได้ให้ข้อมูลรูปแบบหรือลักษณะการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบโดยเฉพาะบริษัทบุหรี่ข้ามชาติตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันเช่น การสร้างปฏิสัมพันธ์กับข้าราชการระดับสูงในหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ในรัฐบาลบางสมัย ตัวแทนของบริษัทบุหรี่เหล่านี้จะพยายามติดต่อหรือสร้างความสัมพันธ์กับนักการเมืองหรือรัฐมนตรี ทำให้การดำเนินการควบคุมยาสูบของไทยไม่มีความก้าวหน้ามากนัก

1. การประเมินการปฏิบัติตามมาตรา 5.3 WHO FCTC ของไทย

แนวทางปฏิบัติตามมาตรา 5.3 (Guidelines for implementation of Article 5.3) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันมิให้นโยบายควบคุมยาสูบถูกภาคธุรกิจยาสูบแทรกแซง ผู้วิจัยได้ศึกษา 4 ประเด็นหลักได้แก่ ข้อ 17 (2), (3), (4) และ (5) ตามลำดับ ดังนี้

1.1) การจำกัดการปฏิสัมพันธ์กับอุตสาหกรรมยาสูบและสร้างความมั่นใจว่าการปฏิสัมพันธ์นั้นมีความโปร่งใส

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ออก "ระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2553" มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 18 ธันวาคม 2553 ซึ่งสอดคล้องกับ

แนวทางปฏิบัติ มาตรา 5.3 ข้อ 17 (2) ต่อมาระเบียบนี้ถูกยกเลิกไปโดย "ระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2555" เนื้อหาของระเบียบส่วนใหญ่เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ของกรมควบคุมโรคที่มีการติดต่อกับผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมยาสูบที่พึงปฏิบัติและไม่พึงปฏิบัติ เนื่องจากการปฏิสัมพันธ์กันอาจทำให้การควบคุมยาสูบถูกแทรกแซง หรือเกิดการทุจริตคอร์รัปชั่นของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีมาตรการป้องกันในเรื่องนี้ อย่างไรก็ดี ระเบียบกรมควบคุมโรคฉบับนี้เป็นเพียงระเบียบภายในกรมควบคุมโรค จึงไม่สามารถใช้บังคับกับหน่วยงานอื่น รวมถึงผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีตำแหน่งเป็นรองประธานกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ" (คบยช.) และไม่สามารถใช้กับหน่วยงานราชการอื่น ๆ ตามมติคณะรัฐมนตรีและมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้

1.2) การปฏิเสธความร่วมมือใด ๆ รวมถึงข้อตกลงที่ไม่มีผลในทางกฎหมาย หรือข้อตกลงที่ไม่สามารถบังคับได้ตามกฎหมายกับอุตสาหกรรมยาสูบ

จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายหรือมาตรการที่ห้ามเรื่องความร่วมมือใด ๆ ในลักษณะหุ้นส่วน (partnership) กับอุตสาหกรรมยาสูบ ไม่ว่าข้อตกลงหรือกิจกรรมนั้น ๆ จะมีผลทางกฎหมายหรือไม่ก็ตาม ตัวอย่างที่มักจะพบเห็นคือ กรณีโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง จัดกิจกรรมสื่อสารการตลาดด้วยการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีในรูปกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม หรือ CSR (corporate social responsibility) ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การบริจาคเงินหรือสิ่งของผ่านหน่วยงาน องค์กรของรัฐ หรือสถานศึกษา

ในรายงานประจำปีของโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2553[4] (2010) มีสรุปข้อมูลสำคัญ ณ วันที่ 30 กันยายน 2553 คือ โรงงานยาสูบมีผลกำไรสุทธิ 5,817.62 ล้านบาท โดยได้จัดสรรเงินค่าใช้จ่ายในการตอบแทนสังคมหรือกิจกรรมทางสังคม หรือ CSR เพิ่มขึ้นอีก 58 ล้านบาท แต่ในรายงานนี้มิได้ให้ตัวเลขรายละเอียดของค่าใช้จ่ายในเรื่องนี้ ทั้งนี้ ข้อมูลค่าใช้จ่ายในกิจกรรมทางสังคมของโรงงานยาสูบในปี 2551 มีมูลค่าราว 210 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2550 ที่มีค่าใช้จ่ายจำนวน 150 ล้านบาท[5] และจากการศึกษาข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2555 เป็นต้นมา ก็ยังพบว่าโรงงานยาสูบยังคงจัดกิจกรรมเพื่อสังคมอยู่ ฉะนั้น การดำเนินกิจกรรมของโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลังในเรื่องนี้จึงขัดต่อมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ.2555 และไม่สอดคล้องกับ WHO FCTC มาตรา 5.3 และแนวทางปฏิบัติ ข้อ 17 (3)

1.3) การหลีกเลี่ยงปัญหาผลประโยชน์ขัดกันของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ข้าราชการการเมืองกับอุตสาหกรรมยาสูบ

ปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest) ของเจ้าหน้าที่ของรัฐกับอุตสาหกรรมยาสูบ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการผลักดันให้การควบคุมการบริโภคยาสูบประสบผลสำเร็จ จากการศึกษากฎหมายและมาตรการของไทยในเรื่องนี้พบว่า ยังไม่มีกฎหมายที่สอดคล้องกับพันธกรณีตาม FCTC มาตรา 5.3 ในเรื่องนี้

ดังตัวอย่างกรณีศึกษาโรงงานยาสูบพบว่า คณะกรรมการอำนวยการโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง(รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังแต่งตั้งตาม "ระเบียบการบริหารงานโรงงานยาสูบ พ.ศ. 2543") คณะกรรมการ ฯ ชุดปัจจุบันประกอบด้วยกรรมการจากหน่วยงานของรัฐและภาคเอกชนรวม 15 ท่าน คณะกรรมการอำนวยการชุดนี้มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของโรงงานยาสูบที่สำคัญหลายเรื่อง กรรมการบางท่านเป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการควบคุมยาสูบของประเทศ เช่น เจ้าหน้าที่กรมสรรพสามิต หรือเป็นข้าราชการระดับสูงในหน่วยงานสำคัญ จึงถือว่าเป็นปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน ไม่สอดคล้องกับ WHO FCTC มาตรา 5.3 และแนวทางปฏิบัติ ข้อ 17 (4) ซึ่งเป็นกรณีที่เกิดขึ้นเป็นประจำตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน

นพ.หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยว่า ในปี ค.ศ.2008 ประเทศฟิลิปปินส์ซึ่งได้รับการกดดันจากบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ เคยร้องเรียนประเทศไทยในเรื่องภาษีสรรพสามิต

ภาษีสุขภาพ ภาษีมูลค่าเพิ่ม รวมถึงเงื่อนไขการออกใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ในประเทศ และใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ต่างประเทศตามกฎหมายไทย ไม่สอดคล้องกับข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า (GATT) มาตรา 10 และมาตรา 3 นั้น ได้ยกข้อเท็จจริงในกรณีที่ผู้แทนกระทรวงการคลังเข้ามาดำรงตำแหน่งเป็นคณะกรรมการอำนวยการของโรงงานยาสูบด้วย จนเป็นเหตุให้ไทยต้องแพ้คดีพิพาททางการค้าระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับยาสูบเป็นครั้งแรก[6]

1.4) การเปิดเผยข้อมูลของอุตสาหกรรมยาสูบที่มีความโปร่งใสและถูกต้อง

การเปิดเผยข้อมูลอุตสาหกรรมยาสูบบางอย่างที่มีความถูกต้องและโปร่งใส เพื่อให้สาธารณชนรับทราบ รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลแก่หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งในการตรวจสอบการดำเนินงานของกลุ่มธุรกิจยาสูบ ในแนวปฏิบัติมาตรา 5.3 กำหนดให้ภาคีมีหน้าที่สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารดังกล่าวตามกฎหมายของรัฐภาคีนั้น ๆ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ทำให้ทราบว่าปัจจุบันยังมีการปกปิดข้อมูลยอดจำหน่าย ปริมาณผลิตภัณฑ์ที่นำเข้าและจำหน่ายได้ในไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่บริษัทบุหรี่ต่างชาติแจ้งกรมสรรพสามิตตามพ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ. 2509 โดยเจ้าหน้าที่กรมสรรพสามิตมักจะกล่าวอ้างว่าข้อมูลดังกล่าวเป็น “ความลับทางการค้า”

จากการศึกษาวิเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ พระราชบัญญัติความลับทางการค้า พ.ศ. 2545 พบว่า ข้อมูลของอุตสาหกรรมยาสูบที่อยู่ในความครอบครองของกรมสรรพสามิต เช่น จำนวนปริมาณยาสูบที่นำเข้ามาในไทย หรือข้อมูลปริมาณและมูลค่าการจำหน่ายยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่) ของผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กรมสรรพสามิตทราบตามกฎหมายคือ พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 ไม่เข้าลักษณะเป็น “ความลับทางการค้า” ตาม พ.ร.บ.ความลับทางการค้า[7] แต่อย่างใด หน่วยงานของรัฐที่ครอบครองข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ จึงสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวได้

นอกจากนี้ กรมสรรพสามิตควรพิจารณาแก้ไข “ประกาศกรมสรรพสามิต เรื่อง การจัดระบบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540” (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 117 ตอน 51ง ลงวันที่ 5 มิถุนายน 2543) ที่มีเนื้อหาที่ไม่สอดคล้องกับ WHO FCTC มาตรา 5.3 และแนวทางปฏิบัติ ข้อ 17 (5) และอาจขัดต่อพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 เพราะข้อมูลที่บริษัทบุหรี่แจ้งให้กรม ฯ ทราบ ไม่ถือเป็น “ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล” ตามกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการ

2. กรณีศึกษาประสบการณ์ต่างประเทศในการปฏิบัติตามมาตรา 5.3

องค์การอนามัยโลกในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบ WHO FCTC ได้จัดทำรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญานี้เมื่อปี ค.ศ.2010 โดยได้สรุปภาพรวมของความก้าวหน้าของภาคีทั้งหลายจากรายงานครั้งแรกที่จัดทำทุก 2 ปี และรายงานครั้งที่ 2 ที่จัดทำทุก 5 ปี โดยในรายงาน 5 ปีจัดทำในปี ค.ศ.2010 มีหัวข้อย่อยเรื่อง “การป้องกันมิให้องค์กรธุรกิจและผู้ที่มีส่วนได้เสียกับอุตสาหกรรมยาสูบเข้าแทรกแซงนโยบายด้านสาธารณสุข” (Protection of public health policies from commercial and other vested interests of the tobacco industry) พบว่ามีรัฐภาคี 11 ประเทศที่มีความก้าวหน้ารวมถึงประเทศไทย[8]

การวิเคราะห์กรณีศึกษาในประเทศที่มีความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามพันธกรณี WHO FCTC มาตรา 5.3 รวม 3 ประเทศ เพื่อนำแนวปฏิบัติที่ดี (best practices) ของประเทศเหล่านั้นมาปรับใช้กับประเทศไทย สรุปได้ดังนี้

2.1) ประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดาเป็นผู้นำเรื่องการควบคุมยาสูบประเทศหนึ่งของโลก สามารถลดอัตราการตายของประชากรจากการบริโภคหรือสูบบุหรี่ได้อย่างมากในช่วงปี ค.ศ.2000 ถึง 2010 แคนาดายังเป็นรัฐภาคี WHO FCTC ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาในเรื่องนี้ในเวทีระหว่างประเทศ รัฐบาลแคนาดาได้จัดทำยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ (Federal Tobacco Control Strategy) ตั้งแต่ปี ค.ศ.2001

ซึ่งประสบความสำเร็จด้วยดี

กฎหมายควบคุมยาสูบของแคนาดาเป็นกฎหมายสหพันธรัฐ (federal law) ที่ใช้บังคับทุกมลรัฐ ชื่อว่า Tobacco Act (1997) มีเนื้อหาเข้มงวดกว่ากฎหมายควบคุมยาสูบเดิมเป็นอย่างมาก รายงานของแคนาดาที่เสนอต่อองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2010 ระบุว่า แคนาดาได้ดำเนินการออกมาตรการเพื่อป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบที่มีต่อการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของรัฐ ซึ่งสอดคล้องกับ WHO FCTC มาตรา 5.3 สรุปได้ดังนี้

ก. การจำกัดการปฏิสัมพันธ์กับอุตสาหกรรมยาสูบ

กระทรวงสาธารณสุขแคนาดาได้ออกมาตรการจำกัดการติดต่อระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับอุตสาหกรรมยาสูบเฉพาะในบางเรื่องเท่านั้น[9] คือ (1) การหารือเรื่องทางเทคนิคที่เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพจากการบริโภคยาสูบตามกฎหมายควบคุมยาสูบ (2) ประเด็นภาษีอากรที่เกี่ยวข้อง (health and tax-related regulations) ตามกฎหมายควบคุมยาสูบ และ(3) คดีความฟ้องร้องตามที่มีกฎหมายบัญญัติไว้

ข. การปฏิเสธความร่วมมือใด ๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่มักพบคือ การล็อบบี้ (lobby) นักการเมืองหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ ของกลุ่มอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งในแคนาดามีกฎหมายกำหนดให้ต้องมีการเปิดเผยกิจกรรมการล็อบบี้ให้ประชาชนทั่วไปรับทราบ และเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากที่จะต้องทราบว่า กลุ่มองค์กรหรือบุคคลใดบ้างที่สนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบหรือเป็นฝ่ายที่ต้องการควบคุมการบริโภคยาสูบ ผู้ที่เป็นล็อบบี้ยิสต์จะถูกควบคุมตามกฎหมายระดับ federal law ชื่อ Lobbyist Registration Act (1989) ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ชื่อว่า Office of the Commissioner of Lobbying of Canada กฎหมายฉบับนี้กำหนดเงื่อนไขให้ล็อบบี้ยิสต์ประเภทที่ทำหน้าที่ด้านให้คำปรึกษา (consultant lobbyist) มีหน้าที่เปิดเผยข้อมูลและยื่นรายงานต่าง ๆ ให้แก่นายทะเบียนตามกฎหมาย เช่น กรณีที่มีการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในกรณีที่กฎหมายกำหนดไว้ ข้อสำคัญคือ กฎหมายฉบับนี้กำหนดความผิดในกรณีที่องค์กรธุรกิจทุกประเภทรวมถึงอุตสาหกรรมยาสูบบริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่พรรคการเมืองหรือนักการเมืองซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการเลือกตั้ง[10]

ค. การหลีกเลี่ยงปัญหาผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest) ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของแคนาดาไม่สามารถดำรงตำแหน่งหรือได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการบริหารหรือที่ปรึกษาให้แก่บริษัทบุหรี่ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขแคนาดาได้ออกมาตรการทางบริหารคือ มีนโยบายที่จะไม่ร่วมดำเนินกิจกรรมในลักษณะเป็นหุ้นส่วนกับอุตสาหกรรมยาสูบ

ง. การเปิดเผยข้อมูลของอุตสาหกรรมยาสูบที่มีความโปร่งใสและถูกต้อง

กฎหมายควบคุมยาสูบฉบับปัจจุบันคือ Tobacco Act กำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบมีหน้าที่เปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานของรัฐเกี่ยวกับงานวิจัยและกิจกรรมการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ โดยเฉพาะกฎหมายลำดับรองคือ Tobacco Industry Reporting: Tobacco Reporting Regulations (SOR/2000-273) สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้คือ ผู้ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบหรืออุตสาหกรรมยาสูบ เช่น ผู้ผลิตยาสูบและผู้นำเข้ามีหน้าที่รายงานข้อมูลประจำปีต่อกระทรวงสาธารณสุขแคนาดา ข้อมูลที่ต้องรายงานได้แก่ ข้อมูลการผลิต (manufacturing information), ข้อมูลยอดจำหน่าย (sales data), ยอดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ทั้งหมดจำแนกตามประเภทยี่ห้อ หากเป็นกรณีบุหรี่ไฟฟ้าหรือบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (kits) จะต้องระบุจำนวนที่ผลิตและจำหน่ายได้, น้ำหนักของยาสูบที่อยู่ในบุหรี่ไฟฟ้า, จำนวนกระดาษ หลอดหรือไส้กรอง และกรณีผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ จะต้องแจ้งน้ำหนักเป็นกิโลกรัม จำนวนหีบห่อที่จำหน่ายได้แยกตามชนิดหรือยี่ห้อผลิตภัณฑ์, ข้อมูลการทำวิจัยและกิจกรรมส่งเสริมการขาย (research activities and promotional activities)

องค์กรภาคประชาสังคมในแคนาดามีบทบาทสำคัญในการควบคุมยาสูบของรัฐบาลแคนาดา เช่น การตรวจสอบกิจกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบอย่างใกล้ชิด มีการจัดทำเว็บไซต์และสิ่งพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลที่กำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบมีหน้าที่

รายงานข้อมูลต่อสาธารณชน ข้อมูลเหล่านี้ไม่ถือว่าเป็นความลับทางการค้า โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมาย Access to Information Act และ Privacy Act

2.2) ประเทศฟิลิปปินส์

ประเทศฟิลิปปินส์เป็นประเทศที่มีชื่อเสียงในเรื่องทุจริตคอร์รัปชั่นของนักการเมืองและข้าราชการอย่างรุนแรงเป็นเวลายาวนานหลายทศวรรษ และมีความก้าวหน้าในการควบคุมยาสูบในภาพรวมที่ล้าหลังกว่าประเทศไทย แต่ในช่วงไม่กี่ปีมานี้ กลับพบความก้าวหน้าอย่างมากในการผลักดันเรื่องการปฏิบัติตาม WHO FCTC มาตรา 5.3 โดยมักจะถูกหยิบยกเป็นกรณีศึกษาอยู่เสมอ หน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องนี้คือ กระทรวงสาธารณสุขฟิลิปปินส์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับ มาตรา 5.3 เป็นการเฉพาะชื่อว่า “Article 5.3 Committee” มีภารกิจในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์และแผนงานในการปฏิบัติตามพันธกรณีในเรื่องนี้ โดยมีองค์กรพัฒนาเอกชนคือ Health Justice ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขออกระเบียบปฏิบัติของทางราชการ เพื่อรองรับการปฏิบัติตาม FCTC มาตรา 5.3

ในปี ค.ศ.2010 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกแนวปฏิบัติของกระทรวงเพื่อป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบชื่อว่า “Protection of the Department of Health, including all of its Agencies, Regional Offices, Bureaus or Specialized/ Attached Office/ Units, against Tobacco Industry Interference” ต่อมาในปีเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนออกระเบียบที่ใช้บังคับกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานต่าง ๆ ชื่อว่า Joint Memorandum Circular No.2010-01, Protection of the Bureaucracy against Tobacco Industry Interference เนื้อหาของระเบียบนี้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติตามมาตรา 5.3 ข้อ 17 (2) (3) และ (4) กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ของรัฐในทุกหน่วยงานจะต้องหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์(interaction) ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับอุตสาหกรรมยาสูบ และหากมีความจำเป็นที่จะต้องมีการติดต่อกัน ก็ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด เจ้าหน้าที่จะต้องไม่รับของขวัญ เงิน การเชิญให้ร่วมกิจกรรมสันทนาการ หรือรับผลประโยชน์ใด ๆ จากอุตสาหกรรมยาสูบ ผลของระเบียบฉบับนี้ทำให้ข้าราชการและลูกจ้างของหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐบาลจะต้องปฏิบัติตาม ผู้ที่ฝ่าฝืนจะถือว่ามีความผิดทางวินัยหรือได้รับโทษทางปกครอง หรืออาจต้องมีความผิดทางอาญาและความรับผิดทางแพ่งตามกฎหมายอื่น ๆ

2.3) ประเทศเคนยา

ประเทศเคนยาเป็นประเทศด้อยพัฒนาในทวีปแอฟริกา ได้เข้าเป็นภาคี FCTC ในวันที่ 25 มิถุนายน 2004 อุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติมีอิทธิพลอย่างสูงต่อรัฐบาลและนักการเมืองในประเทศนี้ โดยเฉพาะบริษัทบุหรี่ British American Tobacco Kenya Ltd. (BATK) ซึ่งเป็นบริษัทร่วมทุนกับรัฐบาลเคนยาเป็นเวลานาน[11] บริษัทนี้มีส่วนแบ่งตลาดบุหรี่มากที่สุดในภูมิภาคแอฟริกากลางและแอฟริกาตะวันออก ทำให้การผลักดันนโยบายหรือมาตรการควบคุมยาสูบไม่ค่อยจะบรรลุผลมากนัก

พัฒนาการในการปฏิบัติตาม WHO FCTC มาตรา 5.3 ที่สำคัญคือ การออกกฎหมายควบคุมยาสูบคือ Tobacco Control Act ที่มีกลไกการควบคุมยาสูบที่น่าสนใจ จุดเด่นที่น่าศึกษาในกฎหมายฉบับนี้คือ การจัดตั้งองค์กรกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบระดับชาติชื่อว่า “คณะกรรมการควบคุมยาสูบแห่งชาติ” (Tobacco Control Board) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมยาสูบแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นเรื่องการให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและอนามัยในเรื่องการควบคุมยาสูบ รวมถึงการให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรี ฯ ในการใช้อำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายฉบับนี้บัญญัติไว้ คณะกรรมการชุดปัจจุบันมี 15 คน แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ประธานกรรมการ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและอนามัย กลุ่มที่ 2 กรรมการโดยตำแหน่ง มาจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ และกลุ่มที่ 3 ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านการควบคุมยาสูบ สภาทนายความ องค์กรธุรกิจที่ไม่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบ

เนื้อหากฎหมาย Tobacco Control Act หลายเรื่องสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติตามมาตรา 5.3 หลายประการในข้อ 17 (3) (4) และ (5) เช่น มีกฎหมายกำหนดคุณสมบัติและข้อพึงปฏิบัติของคณะกรรมการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ซึ่งห้ามการมีส่วนได้เสียกับอุตสาหกรรมยาสูบ มีบทบัญญัติเรื่องการเปิดเผยข้อมูลของผู้ประกอบการที่ผลิต จำหน่าย ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น ยอดจำหน่าย ข้อมูลการทำตลาดและการโฆษณา ฯลฯ นอกจากนี้ ยังมีการห้ามการจัดกิจกรรมโฆษณา ส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือโครงการด้านกีฬา, ศิลปะ, วัฒนธรรม, การสันทนาการ, การศึกษา, การพักผ่อนหย่อนใจ ไม่ว่าจะเป็นการจัดขึ้นเองหรือจัดร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ผู้ฝ่าฝืนจะมีโทษตามกฎหมาย

ข้อยุติและข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยในฐานะภาคีตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO FCTC) มีพันธกรณีที่ต้องปฏิบัติตามมาตรา 5.3 หลายประการ ผลการศึกษาสามารถสรุปผลประเมินได้คือ ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการอนุวัติการตามมาตรา 5.3 ระดับหนึ่งเท่านั้น กล่าวคือกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการจำกัดการปฏิสัมพันธ์กับอุตสาหกรรมยาสูบตามแนวทางปฏิบัติ มาตรา 5.3 ข้อ 17 (2) แต่ก็ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ อีกทั้งระเบียบกรมควบคุมโรคก็ไม่สามารถใช้บังคับกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในสังกัดอื่นของกระทรวงสาธารณสุข และไม่สามารถใช้บังคับกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบได้ เช่น กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ รวมถึงหน่วยงานส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้เคยประเมินศักยภาพ จุดแข็ง จุดอ่อนในการควบคุมยาสูบของประเทศไทยเมื่อปี ค.ศ. 2008 พบข้อสรุปที่น่าสนใจคือ[12] โครงสร้างของรัฐในการควบคุมยาสูบยัดขาดความเข้มแข็ง, ความสำเร็จในประเทศไทยเกิดจากแรงผลักดันขององค์กรเอกชนไม่แสวงกำไรและกลุ่มวิชาชีพ, รัฐบาลจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในเรื่องนี้ไม่เพียงพอ ทำให้ต้องอาศัยเงินทุนสนับสนุนส่วนใหญ่จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), รัฐเพิ่งเริ่มมีการทำแผนควบคุมยาสูบระดับชาติ, รัฐควรสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรเอกชนไม่แสวงกำไรและคนในชุมชนท้องถิ่นระดับรากหญ้า ผู้วิจัยมีความเห็นเพิ่มเติมว่าภาครัฐยังขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะผู้ที่มีความรู้ทางกฎหมายควบคุมยาสูบ ทำให้เป็นปัญหาการบังคับใช้กฎหมายในหลายกรณี

สรุปผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 3 ประเทศ พบว่า ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้ามากที่สุดในการปฏิบัติตาม WHO FCTC มาตรา 5.3 กล่าวคือ แคนาดาสามารถปฏิบัติตาม มาตรา 5.3 และแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ประเทศฟิลิปปินส์และประเทศเคนยาก็มีพัฒนาการสำคัญหลายเรื่อง ผู้วิจัยเห็นว่าประเทศไทยยังมิได้ปฏิบัติตามพันธกรณีตาม WHO FCTC มาตรา 5.3 ในหลายประเด็น แม้ว่าจะมีความคืบหน้าในเรื่องการจำกัดปฏิสัมพันธ์กับอุตสาหกรรมยาสูบตาม ข้อ 17 (2) แต่ก็ไม่สามารถทำได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (ดูตารางที่ 1 ประกอบ)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแนวทาง WHO FCTC มาตรา 5.3

ประเทศ	ข้อ 17 (2)	ข้อ 17 (3)	ข้อ 17 (4)	ข้อ 17 (5)
แคนาดา	✓	✓	✓	✓
ฟิลิปปินส์	✓	✓	✓	
เคนยา		✓	✓	✓
ไทย	✓ ?			

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตามพันธกรณี WHO FCTC มาตรา 5.3

1) เร่งจัดทำระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ตาม WHO FCTC มาตรา 5.3

รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในเรื่องนี้ ด้วยการเร่งรัดให้มีการดำเนินการตามพันธกรณีดัง

กล่าวโดยเร็ว ได้แก่ การออก “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบต่อนโยบายของรัฐในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.....” ที่ใช้กับหน่วยงานของรัฐทุกแห่ง และเพื่อให้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีข้างต้นมีสภาพบังคับ จึงควรกำหนดบทลงโทษเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายก ฯ ฉบับนี้ อาทิเช่น หากเป็นกรณีที่ “คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ” (คบยช.) เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือกระทรวงการคลังที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยตรง ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามแล้ว ให้ถือว่ากระทำผิดวินัยที่มีระดับโทษร้ายแรงมากกว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานอื่น ๆ หรือหากเป็นกรณีเจ้าหน้าที่ของรัฐรับเงิน ทรัพย์สินหรือประโยชน์ใด ๆ จากอุตสาหกรรมยาสูบ หรือกรณีเจ้าหน้าที่ของรัฐมีเจตนาหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายก ฯ ฉบับนี้หลายครั้ง ก็จะได้รับโทษวินัย และควรมีกลไกการตรวจสอบหรือเฝ้าระวังการปฏิบัติตามร่างระเบียบสำนักนายก ฯ ฉบับนี้ด้วย

2) การเสนอแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ

การแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบตาม WHO FCTC เป็นแนวทางที่ประเทศภาคี FCTC หลายประเทศดำเนินการเป็นผลสำเร็จแล้ว กฎหมายหลักของไทยคือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ใช้บังคับมาเป็นเวลานานเกือบ 20 ปีแล้ว ควรเสนอแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาบางประการ เพื่อรองรับการปฏิบัติตาม WHO FCTC มาตรา 5.3 การเสนอเป็นกฎหมายควบคุมยาสูบฉบับใหม่คือ ร่างพระราชบัญญัติควบคุมยาสูบ พ.ศ..... ซึ่งมีขอบเขตเนื้อหากว้างกว่า พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 โดยผนวกรวมเอาเนื้อหาของพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 เข้าไว้ด้วยกัน

2.1) กำหนดให้มีคณะกรรมการที่มีกฎหมายรองรับ อาจใช้ชื่อตาม คบยช.คือ “คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ” โดยกำหนดองค์ประกอบของคณะกรรมการออกเป็น 3 กลุ่มในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ กลุ่มที่ 1 ผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องที่เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์การทำงานด้านควบคุมยาสูบ และกลุ่มที่ 3 ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ และกำหนดคุณสมบัติของกรรมการที่ต้องไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.2) กำหนดหน้าที่ของอุตสาหกรรมยาสูบที่ต้องจัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับการประกอบกิจการเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ และกำหนดให้มีการเผยแพร่รายงานต่อสาธารณชน เนื่องจากการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินการด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติตามมาตรา 5.3 ข้อ 17 (5) โดยกำหนดให้อุตสาหกรรมยาสูบเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชน เช่น ข้อมูลการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การสื่อสารการตลาด การส่งเสริมการขายหรือการจัดกิจกรรมทางสังคม (CSR) ทั้งนี้ ควรพิจารณากฎหมายควบคุมยาสูบของประเทศแคนาดาประเทศเคนยาที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการบัญญัติกฎหมายในเรื่องนี้

2.3) กำหนดข้อห้ามในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการขายหรือการสื่อสารการตลาดที่เกี่ยวกับยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบในทุกกรณี และอาจกำหนดบทลงโทษแก่ผู้ฝ่าฝืนด้วยตามแนวทางของกฎหมายเคนยา

3) เร่งผลักดันแผนงานหรือกิจกรรมตาม “แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553 - 2557”

แม้ว่า “แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553 - 2557” จะได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้ว แต่ก็ควรมีการผลักดันแผนงานหรือกิจกรรมตาม “แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557” ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมโดยเร็ว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุขคือ กระทรวงสาธารณสุขควรทำงานเชิงรุกร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ เพื่อปฏิบัติตามพันธกรณี

WHO FCTC มาตรา 5.3 เช่น

3.1) กระทรวงสาธารณสุขควรทำบันทึกความร่วมมือ (MOU) กับ หน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้ผู้บริหารสถาบันการศึกษาและหน่วยงานระดับต่าง ๆ ที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิเสธไม่ยอมรับการสนับสนุนของอุตสาหกรรมยาสูบ (โรงงานยาสูบและบริษัทบุหรี่ต่างชาติ) และกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องในทุก ๆ เรื่อง เช่น การรับเงินบริจาค สิ่งของ หรือการจัดกิจกรรมสนับสนุนการศึกษาแก่นักเรียน นิสิต นักศึกษา และการจัดกิจกรรมสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ

3.2) กระทรวงสาธารณสุขควรทำหนังสือถึงกระทรวงการคลัง เพื่อขอความร่วมมือมิให้แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐในสังกัดกรมสรรพสามิตหรือผู้มีอำนาจหน้าที่ด้านควบคุมยาสูบเป็นกรรมการในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานทุกคณะภายใต้โรงงานยาสูบ

3.3) กระทรวงสาธารณสุขควรประสานงานไปยังกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง เพื่อให้เปิดเผยข้อมูลปริมาณการนำเข้า ราคายาสูบ ยาเส้น ยอดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งบริษัทบุหรี่ผู้ได้รับใบอนุญาตมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กรมสรรพสามิตทราบตาม พ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ. 2509 เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวไม่ถือเป็นความลับทางการค้าตามกฎหมาย

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้สรุปความจากรายงานวิจัยโครงการวิจัย "สังคมไทยจะสร้างกลไกป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบตามมาตรา 5.3 ของกรอบWHO FCTC อย่างไร" (2555) ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านในการจัดทำรายงานวิจัยนี้ อาทิเช่น นพ.หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ศาสตราจารย์ นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ คุณบังอร ฤทธิภักดี ผู้อำนวยการเครือข่ายนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ภาคพื้นเอเชียอาคเนย์ (SEATCA) ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ผู้อำนวยการ ศจย. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และรองศาสตราจารย์สุดา วิศรุตพิชญ์ ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. Novotny T E and Carlin D. Ethical and legal aspects of global tobacco control. Tobacco Control 2005;14:ii26-ii30.
2. Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control [online]. [cited 2012 Aug 31] Available from: URL: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html
3. Stillman F, Hoang M, Linton R, Ritthiphakdee B, Trochim W. Mapping tobacco industry strategies in South East Asia for action planning and surveillance. Tobacco Control 2008;17(1).
4. โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. รายงานประจำปี 2553;74-80.
5. การเปรียบเทียบข้อมูลบริษัทบุหรี่รายบริษัท. ก้าวทันวิจัยกับ ศจย. 2553. 2: 8.
6. DISPUTE DS371: Thailand - Customs and Fiscal Measures on Cigarettes from the Philippines (15 July 2011) [online]. [cited 2012 January 19] Available from: URL: http://www.wto.org/english/tratop_e/dispu_e/cases_e/ds371_e.htm
7. กรมทรัพย์สินทางปัญญา. คู่มือความลับทางการค้าสำหรับผู้ประกอบการธุรกิจทั่วไป [online]. (1 เมษายน 2555) Available from: URL: http://www.ipthailand.go.th/ipthailand/index.php?option=com_content&task=view&id=289&Itemid=241
8. World Health Organization. 2010 global progress report on the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO; 2010. FCTC/2010.1
9. ข้อมูลจากการสอบถามเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขแคนาดาชื่อ Greg Loyst, Acting Director Controlled Substances and Tobacco Directorate, Healthy Environments and Consumer Safety Branch, Health Canada ชื่อหัวข้อ "In response to your correspondence of February 8th, 2012 on FTCS and Article 5.3 of WHO FCTC" เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2555.
10. World Health Organization. Technical Resource for Country Implementation of WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 5.3. Geneva: World Health Organization Tobacco Free Initiative (TFI); 2012:15.

11. Patel P, Collin J, Gilmore A. The law was actually drafted by us but the Government is to be congratulated on its wise actions: British American Tobacco and public policy in Kenya. Tobacco Control 2007. p. 16, el.

12. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, สุวัฒนา ไพรแก่น. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทย 2552. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2553. หน้า 41.