

กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

บทคัดย่อ

กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก นำเสนอแนวทางใหม่สำหรับความร่วมมือทางด้านสุขภาพในระดับนานาชาติด้วยกรอบทางด้านกฎหมายในการสร้างอนาคตด้านสุขภาพสำหรับประชากรโลก เวลาหลายปีที่ใช้ในการเตรียมการและเจรจาในการร่างกรอบอนุสัญญาฯ นับเป็นช่วงเวลาที่มีรัฐบาลหลายประเทศดำเนินการออกกฎหมายและนโยบายเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับร่างกรอบอนุสัญญาฯ ช่วงระยะเวลาที่มีการเจรจาต่อรองในการร่างกรอบอนุสัญญาฯ ดูเหมือนจะกระตุ้นประเทศต่างๆ ให้ดำเนินการควบคุมยาสูบไปในแนวทางของร่างกรอบอนุสัญญาฯ ดังกล่าว การเจรจาข้อตกลงกรอบอนุสัญญาฯ เป็นการยกระดับปัญหาการควบคุมยาสูบให้เป็นประเด็นการเมืองด้านสุขภาพของประชาคมโลก นอกจากนี้ยังสร้างความตระหนักและแสวงหาทางแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และเป็นผลทำให้เกิดข้อตกลงระดับโลกในการดำเนินการแก้ไขปัญห การเจรจากรอบอนุสัญญาฯ ทำให้เกิดการก่อตัวของพันธมิตรกรอบอนุสัญญาฯ คือเครือข่ายขององค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐทั่วโลก ร่วมกันทำงานในมิติต่างๆ ของการควบคุมยาสูบ และเป็นกลุ่มที่สำคัญซึ่งส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทที่สำคัญในการกำหนดนโยบายด้วยการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก นับเป็นการสร้างประวัติ ศาสตร์ทางด้านสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นสนธิสัญญาทางด้านสุขภาพระดับโลกฉบับแรกภายใต้การ สนับสนุนขององค์การอนามัยโลก และให้กำเนิดมิติใหม่ทางด้านกฎหมายแก่ความร่วมมือด้านสุขภาพระดับนานาชาติ

คำสำคัญ: กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ องค์การอนามัยโลก พันมิตรกรอบ-
อนุสัญญา

* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control

Assoc. Prof. Dr.Nithat Sirichotiratana

Abstract

World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) has given a new dimension to international health cooperation, with the legal framework in creating healthy future for the world population. The years of preparation and negotiation of the WHO FCTC were seminal years for WHO and its government and private sector partners. The engagement and negotiations were transforming, nurturing a sense of ownership of tobacco control that in many cases translated into early actions at national and local levels. The commitment was most evident in the number of national legislative and policy initiatives consistent with the FCTC that were adopted even before it entered into force. Negotiating the WHO FCTC raised the political profile of tobacco as a global public health problem, improved awareness of the issues and effective interventions among policy-makers and resulted in an agreed global agenda for action. The negotiation for the FCTC gave rise to the Framework Convention Alliance, a global network of nongovernmental organizations working on various aspects of tobacco control. The Alliance was one of the principal non-State participants to the process, promoting the important role of civil society in policy-making. The history of WHO FCTC is public health history in the making. As the first global health treaty negotiated under the auspices of WHO, the FCTC has given a new legal dimension to international health cooperation.

Keywords: Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization, Framework Convention Alliance

* Public Health Administration Department, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก นับเป็นการสร้างประวัติ ศาสตร์ทางด้านสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นสนธิสัญญาทางด้านสุขภาพระดับโลกฉบับแรก ภายใต้การ สนับสนุนขององค์การอนามัยโลก กรอบอนุสัญญาให้กำเนิดมิติใหม่ทางด้านกฎหมายแก่ความร่วมมือด้านสุขภาพระดับนานาชาติ หลังจากที่ได้รับการลงมติยอมรับกรอบอนุสัญญาโดย สมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 2003 กลายมาเป็นสนธิสัญญานานาชาติที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในประวัติศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกโดย 168 ประเทศ เมื่อสิ้นปีค.ศ. 2009

ในทศวรรษ 1990s การระบาดของยาสูบนับเป็นปัญหาใหญ่ทางสุขภาพเพราะเป็นสาเหตุ อันดับหนึ่งของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อัตราที่สูงขึ้นของการสูบบุหรี่ทั่วโลกมีผลทำให้เกิดการ เสียชีวิตอย่างน้อย 3.5 ล้านคนในปีค.ศ. 1998 และได้มีการคาดการณ์ในเวลานั้นว่าจะเป็สาเหตุ การเสียชีวิตอย่างน้อย 10 ล้านคนต่อปีภายในปีค.ศ. 2030 ถ้าหากไม่มีการควบคุม และ 70% ของ การเสียชีวิตจำนวนนี้เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (Resolution WHA 52.18. WHO 1999)

ความพยายามในอดีตที่ผ่านมาในการควบคุมการระบาดของยาสูบทั่วโลกไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติมีแรงจูงใจจากผลกำไรมหาศาลในการผลิตและการค้ายาสูบ ผสมกับการเป็นสารเสพติดของนิโคติน การระบาดจึงแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจากประเทศที่ พัฒนาแล้วไปยังประเทศที่กำลังพัฒนา โลกาภิวัตน์ทำให้ความพยายามของแต่ละประเทศในการ ควบคุมยาสูบอ่อนแอลง วิธีการแบบเดิมๆของสาธารณสุขในการลดการบริโภคยาสูบไม่สามารถสู้ได้ กับพลังอำนาจของอุตสาหกรรมยาสูบ การเข้าถึงในระดับนานาชาติ และทรัพยากรมหาศาล

เมื่อวันที่ 7 เมษายน ค.ศ. 1948 ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกให้อำนาจแก่สมัชชา สุขภาพโลก (World Health Assembly) ในการวางมาตรฐาน กำหนดนโยบายและข้อตกลงต่างๆ – มาตรา 19 (Constitution of the World Health Organization. WHO 2006.) องค์การ อนามัยโลกไม่เคยใช้อำนาจในการกำหนดสนธิสัญญาระหว่างประเทศมาก่อนหน้านี้ แต่การแพร่ ระบาดของยาสูบเป็นความท้าทายทางด้านสาธารณสุขอย่างรุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการที่ สร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ แนวคิดของการใช้อำนาจธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกในการ จัดทำมาตรการการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในระดับนานาชาติ เกิดขึ้นครั้งแรกในรายงานของ คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ (World Health Organization, 1979.) โดยมี Sir George Godber แห่งสหราชอาณาจักรเป็นประธาน Dr. Nigel Gray แห่งออสเตรเลีย เป็นผู้รวบรวมสรุปรายงาน และ Dr. Roberto Masironi จากแผนก โรคหัวใจและหลอดเลือดขององค์การอนามัยโลก ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ โดยรายงานนี้เสนอให้ใช้ มาตรา 19 ของธรรมนูญองค์การอนามัยโลก ในการควบคุมการแพร่ระบาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ แนวคิดนี้ถูกนำไปศึกษาแนวทางและความเป็นไปได้ในการกำหนดกรอบกฎหมายนานาชาติสำหรับ การควบคุมยาสูบโดยศาสตราจารย์ V.S. Mihajlov จากอดีตสหภาพโซเวียตในปีค.ศ. 1989 (Mihajlov VS, 1989)

ในปีค.ศ. 1993 ทนายความและศาสตราจารย์ทางด้านนิติศาสตร์จากประเทศสหรัฐอเมริกา Dr. Ruth Roemer เริ่มการรณรงค์เพื่อการสนับสนุนแนวทางสำหรับกฎหมายนานาชาติในการควบคุมยาสูบสำหรับประชาคมโลก (Roemer R, Taylor AL, Lariviere J, 2005) เธอเสนอแนวทางการใช้กฎหมายนานาชาติเพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่หน่วยควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งในขณะนั้น Neil Collishaw จาก Health Canada เป็นหัวหน้าหน่วย และเมื่อได้ศึกษาแนวทางจึงได้เชิญ Dr. Allyn Taylor ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมงานของ Dr. Roemer มาร่างเอกสารเบื้องต้นสำหรับการศึกษาความเป็นไปได้ (Collishaw N. 2008) และ Dr. Taylor ได้ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาทางกฎหมายให้แก่องค์การอนามัยโลกตลอดระยะเวลาการเจรจาของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ บุคคลอื่นๆที่เป็นผู้สนับสนุนสำคัญมีหลายท่านรวมทั้ง Dr. Judith Mackay ซึ่งเป็นที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลกและมีตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการของหน่วยงานที่ปรึกษาเอเชียสำหรับการควบคุมยาสูบ (Mackay J. 2003) Dr. Derek Yach ซึ่งเป็นประธานของการประชุมการควบคุมการบริโภคยาสูบทวีปแอฟริกาปีค.ศ. 1993

ในเดือนตุลาคมปีค.ศ. 1994 มีการประชุมบุหรืโลก ครั้งที่ 9 (Ninth World Conference on Tobacco or Health) ที่กรุงปารีส Dr. Mackay นำเสนอร่างมติที่ร่างโดยเธอและ Dr. Roemer เรียกร้องให้รัฐบาลของแต่ละประเทศ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก “.....ดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อการประชุมนานาชาติด้านการควบคุมยาสูบเพื่อการรับเป็นมติโดยองค์การสหประชาชาติ...” ร่างมตินั้นผ่านโดยได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวางทั้งจากภาครัฐและหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ (non-governmental organizations) ผู้แทนจากแคนาดาที่ร่วมในการประชุมบุหรืโลกครั้งที่ 9 ที่กรุงปารีส แจ๊ซซาวแก่ Dr. Jean Lariviere ซึ่งเป็นที่ปรึกษาอาวุโสด้านการแพทย์ของ Health Canada และเป็นผู้แทนจากแคนาดาในการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก และได้ดำเนินการร่วมกับ Collishaw ระหว่างปีค.ศ. 1995-1996 เพื่อพัฒนารอบอนุสัญญานานาชาติด้านการควบคุมยาสูบ เพื่อนำไปสู่นโยบายอย่างเป็นทางการขององค์การอนามัยโลก (Lariviere J. 2008)

ในเดือนพฤษภาคม ปีค.ศ. 1996 ที่ประชุมสมัชชาโลกรับร่างมติ WHA49.17 (World Health Organization 1996) ครั้งนี้นับเป็นครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกใช้อำนาจที่มีอยู่ในการใช้กฎหมายนานาชาติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข และเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่องค์การอนามัยโลกหาทางเปลี่ยนแปลงกฎต่างๆเพื่อพิจารณาว่าจะควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างไร

กระบวนการร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การประชุมวางแผนครั้งแรกสำหรับสนธิสัญญานี้จัดที่เมือง Halifax ประเทศแคนาดาในเดือนมิถุนายน ปีค.ศ. 1997 (World Health Organization, 1997) ในปีค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลกโดย Dr. Gro Harlem Brundtland ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ซึ่งเพิ่งได้รับการเลือกตั้ง ประกาศนโยบายว่าการควบคุมยาสูบเป็นความสำคัญอันดับแรก และจัดตั้งโครงการพิเศษ ‘ปลอดบุหรืเชิงรุก’ (Tobacco Free Initiative – TFI) ภายใต้การนำของ Dr. Derek Yach ผู้สนับสนุนการใช้กฎหมายนานาชาติเพื่อการควบคุมยาสูบ แพทย์หญิง Gro Harlem Brundtland

คุ้นเคยกับการจัดทำสนธิสัญญาเพราะเคยร่วมดำเนินการจัดทำสนธิสัญญาต่างๆด้านสิ่งแวดล้อมใน
ฐานะรัฐมนตรีสิ่งแวดล้อมของเทศนอร์เวย์ ดังนั้นเธอจึงสนับสนุนการที่องค์การอนามัยโลก
ดำเนินการให้มีกรอบอนุสัญญานานาชาติในการควบคุมยาสูบ มูลนิธิองค์การสหประชาชาติ (The
United Nations Foundation) และกองทุนสหประชาชาติเพื่อความเป็นหุ้นส่วนนานาชาติ
(United Nations Fund for International Partnerships) สนับสนุนงบประมาณจำนวนมากเพื่อ
สนับสนุนงานของโครงการ ‘ปลอดบุหรี่เชิงรุก’ (David AM, Milroy T, 2005.) เงินสนับสนุน
เหล่านี้สร้างความเชื่อมั่นว่าจะได้รับการสนับสนุนทางการเมือง และสร้างพื้นฐานสำหรับโครงสร้าง
ภายในองค์กรที่จำเป็นสำหรับการเตรียมการประชุมกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การจัดตั้งโครงการ ‘ปลอดบุหรี่เชิงรุก’ เป็นกิจกรรมระดับโลก ผู้อำนวยการใหญ่องค์การ
อนามัยโลกได้ดำเนินการอย่างชัดเจน ให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในภูมิภาคต่างๆจัดตั้งทีม
‘ปลอดบุหรี่เชิงรุก’ ในสำนักงานขององค์การอนามัยโลกในแต่ละภูมิภาค และจัดสรรทรัพยากรให้
เพียงพอในการสนับสนุนประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกเพื่อดำเนินการจัดทำสนธิสัญญา การ
ชี้แนะทางสื่อสารมวลชน และการรณรงค์การตลาดเพื่อสังคม เป็นการเน้นย้ำว่าการแพร่ระบาดของ
ยาสูบเป็นความสำคัญลำดับต้นขององค์การอนามัยโลกเพื่อให้รัฐบาลประเทศต่างๆ รวมทั้งภาค
ประชาสังคม ให้ตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการประสานงานระดับโลกเพื่อควบคุมยาสูบ ใน
เดือนธันวาคมปี.ศ. 1998 โครงการ ‘ปลอดบุหรี่เชิงรุก’ จัดการประชุมเตรียมการครั้งที่สอง
อุปถัมภ์โดยรัฐบาล บริติช โคลัมเบีย และสนับสนุนโดย Health Canada เพื่อพัฒนาเสริมสร้าง
ศักยภาพสถาบันในการเตรียมการจัดทำสนธิสัญญา คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านนโยบายและกล
ยุทธ์ และคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านวิทยากรเกี่ยวกับการกำหนดกฎ ระเบียบ เพื่อควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญการควบคุมยาสูบ ได้รับการแต่งตั้งเพื่อให้คำปรึกษา
แนะนำ และสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการ ‘ปลอดบุหรี่เชิงรุก’

ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก Dr. Brundtland แถลงว่า การพัฒนากรอบ
อนุสัญญานานาชาติจะครอบคลุมประเด็นสำคัญต่างๆของการควบคุมยาสูบโดยไม่มีเขตแดน
ระหว่างประเทศเป็นอุปสรรค เช่น การผสมผสานภาษีต่างๆสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลักลอบ
บุหรี่ยาสูบเพื่อหนีภาษี ผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอดภาษี การโฆษณาและการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ การค้า
นานาชาติ การออกแบบหีบห่อผลิตภัณฑ์และคำเตือนสุขภาพ และการกระจายผลิตภัณฑ์ทาง
เกษตรกรรม (Brundtland GH. 1998)

ความมุ่งมั่นของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกในการควบคุมยาสูบ แพร่กระจาย
ออกจากองค์การอนามัยโลกไปยังระบบขององค์การสหประชาชาติ คณะกรรมการปฏิบัติงาน
เฉพาะกิจระหว่างหน่วยงานด้านการควบคุมยาสูบขององค์การสหประชาชาติถูกจัดตั้งขึ้นโดย
เลขาธิการองค์การสหประชาชาติในปี ค.ศ. 1999 เพื่อประสานงานด้านการควบคุมยาสูบระหว่าง
หน่วยงานต่างๆขององค์การสหประชาชาติ และมีหน้าที่รับผิดชอบในการเป็นจุดศูนย์กลางของ
หน่วยงานตั้งแต่คณะกรรมการการค้าระหว่างประเทศ (UNCTAD) จนถึงองค์การอนามัยโลกรวม
ทั้งหมด 17 หน่วยงานขององค์การสหประชาชาติ และอีก 2 หน่วยงานภายนอก (United Nations
Taskforce, 1999.)

คณะกรรมการเฉพาะกิจชุดนี้เป็นกลไกสำคัญในการประสานความร่วมมือด้านการควบคุมยาสูบ และเชื่อมโยงประเด็นต่างๆระหว่างยาสูบและความยากจน ถึงการได้รับควันบุหรี่มือสอง พันธมิตรหน่วยงานต่างๆนอกเหนือจากสุขภาพ เช่น องค์การอาหารและเกษตรกรรม (Food and Agriculture Organization - FAO) ขององค์การสหประชาชาติ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization - ILO) กองทุนสำหรับเด็ก (United Nations Children's Fund - UNICEF) และธนาคารโลก ให้ความมั่นใจว่าประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบจะถูกกล่าวถึง การศึกษาวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ของการควบคุมยาสูบ สนับสนุนส่งเสริมหลักฐานด้านมาตรการที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของต้นทุน เอกสารเรื่อง ควบคุมการแพร่ระบาด มีผลสำคัญต่อการเจรจาสนธิสัญญาโดยให้เหตุผลข้อโต้แย้งที่ทำให้มั่นใจด้านเศรษฐศาสตร์ถึงประสิทธิผลของการควบคุมยาสูบ (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 เริ่มติดต่อพูดคุยกับองค์กรสาธารณะที่ไม่ใช่ของรัฐ (NGO's) ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้ง 'เครือข่ายพันธมิตรสำหรับกรอบอนุสัญญา' (Framework Convention Alliance) ในเดือนตุลาคมปีค.ศ. 1998 (Wilkenfeld J. 2005) องค์กรสาธารณะที่ไม่ใช่ของรัฐที่เป็นองค์กรบุกเบิกในการทำงานด้านการควบคุมยาสูบ เช่น องค์กรความรับผิดชอบขององค์กรธุรกิจนานาชาติ (Corporate Accountability International) ซึ่งเดิมใช้ชื่อ INFACCT และองค์กรการรวมตัวขององค์กรนานาชาติที่ไม่ใช่ของรัฐต่อต้านยาสูบ (International Non-governmental Coalition against Tobacco) เริ่มเข้ามามีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการกับองค์การอนามัยโลกในช่วงเวลานี้ งบประมาณส่วนใหญ่มาจากมูลนิธิสหประชาชาติ (United Nations Foundation) และกองทุนสหประชาชาติ (United Nations Fund for International Partnerships) สำหรับพันธมิตรนานาชาติเป็นช่องทางไปสู่การให้ทุนสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพความสามารถแก่องค์กรสาธารณะที่ไม่ใช่ของรัฐ (David AM. 2005)

ในปีค.ศ. 1998 การฟ้องร้องอุตสาหกรรมยาสูบโดยสมาคมอัยการ (Association of Attorneys General) ในประเทศสหรัฐอเมริกาส่งผลให้มีการตกลงยอมความ (Master Settlement Agreement) ซึ่งทำให้เอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบถูกบังคับโดยศาลให้เปิดเผยต่อสาธารณะถึงข้อมูลและหลอกลวงของอุตสาหกรรมยาสูบ หลักฐานต่างๆจากเอกสารภายในเหล่านี้เน้นให้เห็นถึงความเร่งด่วนในการประสานงานร่วมมือกันแบบองค์รวมในระดับโลกเพื่อป้องกันการแทรกแซงโดยอุตสาหกรรมยาสูบในการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ เอกสารภายในเหล่านี้ถูกนำมาวิเคราะห์โดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก ซึ่ง

แต่งตั้งโดย Dr. Brundtland ในปี ค.ศ. 1999 โดยมีประธานคือ Dr. Thomas Zeltner ผู้อำนวยการของสำนักงานสาธารณสุข รัฐบาลกลางของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ คณะกรรมการชุดนี้สืบสวนการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบในการทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านการควบคุมยาสูบ (Zeltner T. 2000) Dr. Zeltner บ่งชี้ว่าความพยายามของอุตสาหกรรมยาสูบในการขัดขวางการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกเป็นแผนงานที่ใหญ่ กว้างขวาง สลับซับซ้อนงบประมาณมหาศาล และปกปิดเป็นความลับ อุตสาหกรรมยาสูบมององค์การอนามัยโลกเป็นศัตรูหมายเลขหนึ่ง และวางแผนกลยุทธ์ระดับโลกเพื่อให้องค์การอนามัยโลกไม่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อขัดขวางการดำเนินการขององค์การอนามัยโลก

ในการประชุมครั้งที่ 52 ของสมัชชาสุขภาพโลกในเดือนพฤษภาคมปี ค.ศ. 1999 มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดเตรียมร่างสนธิสัญญา และคณะกรรมการการเจรจาระหว่างรัฐบาล (intergovernmental negotiating body – INB) เพื่อร่างและเจรจากรอบอนุสัญญาและระเบียบการ ดำเนินการ (protocols) ที่เกี่ยวข้อง รายงานโดย Luk Joossens จากประเทศเบลเยียมซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์การอนามัยโลก ถูกนำมาใช้เป็นเอกสารทางเทคนิคสำหรับการประชุมคณะทำงาน Dr. Kimmo Leppo จากประเทศฟินแลนด์ เป็นประธานการประชุมคณะทำงาน 2 ชุดซึ่งได้ร่างเอกสารและถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการเจรจา Dr. Margaret Chan จากประเทศจีน ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกคนปัจจุบัน และ Dr. Vera Luiza da Costa e Silva จากประเทศบราซิล ทำหน้าที่เป็นรองประธาน

ในเวลานั้นองค์ประกอบที่สำคัญต่างๆเพื่อความสำเร็จของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ พร้อมทั้งจะดำเนินการ – ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและมีความมุ่งมั่น ส่วนประกอบโครงสร้าง องค์การ และการเสริมสร้างศักยภาพ หน่วยงานที่หลากหลาย พันธมิตรจากภาคส่วนต่างๆ หลักฐานที่เพิ่มมากขึ้นในการต่อสู้กับอุตสาหกรรมยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบติดตามความก้าวหน้าและกลยุทธ์สำหรับการชี้แนะสื่อ และการตลาดเพื่อสังคม ในที่สุดการเริ่มงานที่จะพัฒนาสนธิสัญญาได้มาถึง

การดำเนินการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ระหว่างเดือนตุลาคม ค.ศ. 1999 และเดือนมีนาคม ปีค.ศ. 2000 คณะทำงานทางเทคนิคระหว่างรัฐบาล (intergovernmental technical working group) ผลิตร่างเอกสารเกี่ยวกับประเด็นต่างๆของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (WHO framework convention on tobacco control. 1999; WHO framework convention on tobacco control. 2000.)

ในเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 2000 การประชุมสมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ 53 ลงมติรับร่างเอกสาร และในมติ WHA 53.16 อนุมัติให้ INB เริ่มดำเนินการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (Resolution WHA 53.16, WHO 2000.) การเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบใช้เวลา 2 ปีครึ่ง การเจรจาครั้งแรกของ INB จัดขึ้นในเดือนตุลาคมปี ค.ศ. 2000 และการเจรจาครั้งที่ 6 ของ INB จบลงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม ปีค.ศ. 2003 Dr. kimmo Leppo กล่าวว่าการอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นเสาหลักในประวัติศาสตร์ของสาธารณสุข

นานาชาติ เป็นกลไกรูปแบบใหม่สำหรับแก้ไขปัญหาของประชาคมโลก ซึ่งรัฐบาลแต่ละประเทศไม่สามารถต่อสู้ด้วยตนเองแต่ผู้เดียว

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

บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบกโก กล่าวว่า ร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก มีข้อบกพร่องและไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้.....บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบกโก มีกรอบของหลักการซึ่งไม่จำเป็นต้องมีกฎ ระเบียบ ในการบังคับใช้ แต่เปิดโอกาสให้รัฐบาลของประเทศต่างๆมีอิสระ เสรีในการพัฒนานโยบายที่เหมาะสมสำหรับบริบทของแต่ละประเทศ และมีระบบตรวจสอบที่จำเป็นเพื่อให้มั่นใจว่า อุตสาหกรรมยาสูบจะต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของบริษัท

ผู้แทนของสมาคมผู้ปลูกยาสูบนานาชาติกล่าวว่า ภูมิภาคที่ปลูกยาสูบจะมีความหนาแน่นของการบริการ ทั้งสาธารณะและเอกชน เช่น สุขภาพ การศึกษา การค้า ธนาคาร.....ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสังคมในภาพรวม...การลดการเพาะปลูกยาสูบจากการบังคับใช้กฎหมายจะทำให้อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นและความยากจนตามมา....

ผู้แทนจากประเทศเคนยากล่าวว่า ภูมิภาคของเขาเปลี่ยนไปเมื่อเกษตรกรเปลี่ยนไปปลูกยาสูบแทนพืชอื่นที่ใช้แทนอาหารได้ แต่การปลูกยาสูบไม่ได้ทำให้เศรษฐกิจและฐานะความเป็นอยู่ของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบดีขึ้น รัฐบาลของประเทศต่างๆ องค์กรสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก ควรรับฟังเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบผู้ได้รับความทุกข์ยากจากอุตสาหกรรมยาสูบ

ผู้แทนจากสมาคมผู้บริโภคแห่งบังคลาเทศกล่าวว่า การโฆษณาบุหรี่ยาสูบจากต่างประเทศผ่านดาวเทียมมายังรายการโทรทัศน์ในประเทศ และการลักลอบบุหรี่ยาสูบซึ่งเป็นธุรกิจใหญ่ บังคลาเทศไม่สามารถแก้ไขปัญหาเหล่านี้ตามลำพังได้ ด้วยเหตุนี้สมาคมผู้บริโภควินิจฉัยสนับสนุนกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเต็มที่ในการแก้ไขปัญหาข้ามชาติ (transnational issues) ในขณะที่เสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของรัฐบาล

เนื่องจากการเจรจาจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากกระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงการคลัง และเนื่องจากความสลับซับซ้อนของการเจรจา ประธานในการประชุมจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเจรจากับหลายๆกลุ่มในระดับนานาชาติ ดังนั้น ตั้งแต่การประชุม INB ครั้งที่ 1 จนถึงการประชุมครั้งที่ 2 ของ Conference of Parties ประธานในที่ประชุมแต่ละครั้งมีประสบการณ์เป็นนักการทูตมาก่อน ในการเจรจาสันติสัญญานานาชาติมีความสำคัญอย่างมากที่จะเชื่อมโยงเป้าหมายที่อยู่ตรงข้ามกัน บางประเทศซึ่งเป็นผู้ปลูกยาสูบอันดับต้นๆของโลก ต่อต้านการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเมื่อเริ่มต้นการเจรจา อย่างไรก็ตามประเทศบราซิลเป็นทั้งประเทศผู้ปลูกยาสูบที่

สำคัญของโลกและเป็นประเทศผู้นำในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ความเป็นผู้นำของประเทศบราซิลในการเจรจาช่วยสร้างการเชื่อมโยงทางการเมืองระหว่างประเทศต่างๆ ทั้งประเทศผู้ปลูกยาสูบและประเทศที่ควบคุมยาสูบ ประสบการณ์นี้เป็นบทเรียนสำคัญซึ่งใช้เป็นกรณีศึกษาได้สำหรับการเจรจาประเด็นที่สลับซับซ้อนทางด้านสาธารณสุขในอนาคต

การประชุม INB ครั้งที่ 6 และเป็นครั้งสุดท้าย (World Health Organization, 2003.) จัดขึ้นระหว่างวันที่ 17-28 กุมภาพันธ์ปี ค.ศ. 2003 นับเป็นเวลา 4 ปีที่มีการร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ ก่อนที่จะนำเสนอต่อสมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ในวันที่ 21 พฤษภาคม ปีค.ศ. 2003 การประชุมครั้งที่ 56 สมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ลงมติเป็นเอกฉันท์ในการรับร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (Resolution WHA 56.1, WHO 2003) เป็นเวลา 8 ปีนับจากการมีความพยายามเพื่อบุกเบิกในการโน้มน้าวองค์การอนามัยโลกให้ใช้แนวทางกฎการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับนานาชาติ จนได้มาซึ่งสนธิสัญญาด้านสาธารณสุขฉบับแรกสำหรับประชาคมโลก

เวลาหลายปีที่ใช้ในการเตรียมการและเจรจาในการร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ นับเป็นช่วงเวลาที่รัฐบาลหลายประเทศดำเนินการออกกฎหมายและนโยบายเชิงรุกซึ่งสอดคล้องกับร่างกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ ก่อนที่ร่างกรอบอนุสัญญาดังกล่าวจะมีผลบังคับใช้ ช่วงระยะเวลาที่มีการเจรจาต่อรองในการร่างกรอบอนุสัญญาดูเหมือนจะกระตุ้นประเทศต่างๆ ให้ดำเนินการควบคุมยาสูบไปในแนวทางของร่างกรอบอนุสัญญาดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้จากตัวอย่างดังต่อไปนี้

บราซิล – ในเดือน ธันวาคมปี ค.ศ. 2000 รัฐบาลบราซิลได้ออกกฎหมายห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งทางสื่อกระจายเสียงและสื่อสิ่งพิมพ์ รวมทั้งห้ามโฆษณา ณ จุดขาย และห้ามการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ ในปี ค.ศ. 2002 บราซิลสนับสนุนคลินิกงดสูบบุหรี่โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งโครงการที่ต้อง

ใช้ผลิตภัณฑ์ทางเวชภัณฑ์และโครงการที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Blanke DD, Da Costa e Silva VL, 2004)

แคนาดา – ในปี ค.ศ. 2000 แคนาดาเป็นผู้บุกเบิกการออกกฎหมายซึ่งใช้ภาพสีสีดำเตือนใช้พื้นที่ 50% ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของหีบห่อบรรจุภัณฑ์ ในปีค.ศ. 2002 มณฑล Saskatchewan ออกกฎหมายห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบในร้านค้าต่างๆ ซึ่งมณฑล Manitoba ได้ออกกฎหมายดังกล่าวในปี ค.ศ. 2004 (Ibid.)

อียิปต์ – ในปี ค.ศ. 2002 กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ปีค.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 รัฐสภานอร์เวย์ออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่อย่างสิ้นเชิงในร้านอาหาร ร้านกาแฟ บาร์ ผับ สถานดิสโก้และสถานบริการอื่นๆ ซึ่งเสิร์ฟอาหารและเครื่องดื่ม นับเป็นประเทศแรกของโลกที่ออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในบาร์ (Ibid.)

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

แอฟริกาใต้ – ในปี ค.ศ. 1999 รัฐสภาแอฟริกาใต้เพิ่มความเข้มงวดให้กฎหมายของปีค.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 ซึ่งได้งบประมาณจากภาษีสรรพสามิตยาสูบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมยาสูบ และการสร้างเครือข่าย (Thailand tobacco control country profile. 2008.)

การเจรจาข้อตกลงกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นการยกระดับปัญหาการควบคุมยาสูบให้เป็นประเด็นการเมืองด้านสุขภาพของประชาคมโลก นอกจากนี้ยังสร้างความตระหนักและแสวงหาทางแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และเป็นผลทำให้เกิดข้อตกลงระดับโลกในการดำเนินการแก้ไขปัญห การเจรจาข้อตกลงกรอบอนุสัญญาเปรียบเสมือน ‘มหาวิทยาลัยเปิดสำหรับการควบคุมยาสูบ’ อีกทั้งเป็นช่องทางและโอกาสสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ชุมชนสาธารณสุขในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ องค์การอนามัยโลกใช้โอกาสดังกล่าวในการจัดและสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพเชิงรุก ทั้งในระดับภูมิภาค และระดับชาติ คู่ขนานกับการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับข้อตกลงกรอบอนุสัญญา แนวทางดังกล่าวทั้งสองเป็นการวางรากฐานสำหรับการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาที่มีประสิทธิผลในระดับชาติ ในขณะที่สร้างพลังสนับสนุนในการให้สัตยาบรรณ 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 เนื่องจากภาระโรคที่มีสาเหตุจากการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นมากในประเทศที่กำลังพัฒนาดังนั้น ประเทศเหล่านี้จึงฉวยโอกาสที่จะเจรจาเพื่อปกป้องประชาชนจากโรคภัยที่มีสาเหตุจากยาสูบ การเจรจากรอบอนุสัญญาเปิดโอกาสให้ประเทศที่กำลังพัฒนาเหล่านี้รวมพลังกันในเวทีประชาคม

โลก ประเทศในภูมิภาคต่างๆ ทั้งในแอฟริกา หมู่เกาะแปซิฟิกตะวันตก ประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียน ตะวันออก และประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ต่างรวมกันเป็นภาคีเครือข่ายเพื่อความเป็นปึกแผ่น

หลายประเทศที่มีขนาดเล็ก เป็นประเทศที่ยากจนและยังไม่พัฒนา มักจะถูกมองข้ามในเวทีระดับนานาชาติกลับได้รับโอกาสในการเจรจากรอบอนุสัญญาฯ เพราะนโยบาย ‘หนึ่งประเทศหนึ่งเสียง’ นอกจากนี้พลังในการเป็นพันธมิตรและการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทำให้เกิดผลในทางบวก จากการประชุมเจรจาระหว่างรัฐบาล (INB) การมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เปิดโอกาสสำหรับการแลกเปลี่ยนความคิด มุมมอง ทักษะ ทศนคติ ซึ่งทำให้เกิดประสิทธิผลในการบรรลุเป้าหมายของการเจรจา ถึงแม้บางครั้งทำให้เกิดความล่าช้าอยู่บ้าง

แนวทางใหม่ของการดำเนินการเจรจา ทำให้เกิดบทเรียนที่สำคัญคือ เราไม่สามารถก้าวไปข้างหน้าจนกว่าหน่วยงานภาครัฐต่างๆ – กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงยุติธรรม – ต่างมีผู้แทนร่วมอยู่ในทีมเจรจา กระบวนการเจรจาสันติสัญญาที่กว้างและครอบคลุมอย่างเช่นกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเดียวไม่เพียงพอ

การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งขององค์กรต่างๆ ที่ไม่ใช่ภาครัฐ มาร่วมกันทำงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการ การเจรจากรอบอนุสัญญาฯ เปรียบเสมือนเวทีเพื่อการรวมตัวของภาคประชาสังคมทั่วโลก นอกจากนี้ยังเป็นการเชื่อมโยงผู้แทนจากภาครัฐกับผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบจากทั่วโลก ซึ่งนำไปสู่ความเข้มแข็งของกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ และการเปลี่ยนแปลงนโยบายในเชิงบวกระดับชาติ

การเจรจากรอบอนุสัญญาฯ ทำให้เกิดการก่อตัวของพันธมิตรกรอบอนุสัญญาฯ (Framework Convention Alliance) คือเครือข่ายขององค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐทั่วโลกร่วมกันทำงานในมิติต่างๆ ของการควบคุมยาสูบ เครือข่ายพันธมิตรกลุ่มนี้นับเป็นกลุ่มที่สำคัญซึ่งส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทที่สำคัญในการกำหนดนโยบายด้วยการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย กลุ่มพันธมิตรกลุ่มนี้ทำงานเพื่อให้เกิดสนธิสัญญาที่เท่าเทียมกัน ในระหว่างการประชุมพันธมิตรจัดพิมพ์จดหมายข่าวรายวัน มอบรางวัล ‘ดอกกล้วยไม้’ และ ‘ที่เชียบูห์รีสกรปรก’ และใช้กลยุทธ์การชี้แนะทางสื่อมวลชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินการเจรจา (Mamudu HM, Glantz SA, 2009.) ความสำคัญของภาคประชาสังคมในกระบวนการเจรจาสันติสัญญาได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ และได้รับการบันทึกไว้ในมาตรา 4 หลักการชี้แนะหมายเลข 7 ในกรอบอนุสัญญาฯ ดังนี้ ‘การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของกรอบอนุสัญญาฯ และขั้นตอน’ (World Health Organization, 2003.) การแถลงข่าวและการสรุปรายงานให้สื่อมวลชนตลอดระยะเวลาการเจรจากรอบอนุสัญญาฯ เป็นผลให้มีรายงานข่าวเป็นระยะสม่ำเสมอ และเป็นไปอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของปัญหาการบริโภคยาสูบและความคืบหน้าของสนธิสัญญานานาชาติในการควบคุมยาสูบ ทำให้ชาวโลกได้รับรู้ถึงปัญหาของการควบคุมยาสูบ

สำหรับผู้มีส่วนร่วมในการเจรจาหลายคนที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาชีพด้านสาธารณสุข การ

ทบทวนหลักฐานและการแสดงจุดยืนในการเจรจาต่อรองเพื่อตัดสินใจในประเด็นต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ประสบการณ์ตรงในการเรียนรู้ระหว่างการเจรจาต่อรองกรอบอนุสัญญาทำให้เกิดความตระหนัก สร้างค่านิยม และเป็นฐานความรู้ใหม่ ซึ่งเปลี่ยนแปลงชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน ความสำคัญของสุขภาพหรือการค้าเพื่อผลกำไร การปกป้องคนรุ่นใหม่จากอันตรายของยาสูบเป็นประเด็นที่มีผลต่อการตัดสินใจส่วนบุคคลที่ทำให้ผู้เข้าร่วมการเจรจาหลายคนเลิกสูบบุหรี่

ปฏิกิริยาของอุตสาหกรรมยาสูบต่อการเจรจากรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบเป็นไปในทางลบอย่างคาดหมาย ระหว่างปีค.ศ. 1999 และ 2001 บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก ฟิลิป มอริส และแจแปน โทแบคโก อินเตอร์เนชั่นแนล จัดทำโครงการที่มีชื่อว่า Cerberus เป็นแผนการควบคุมกำกับตนเองด้วยความสมัครใจโดยอุตสาหกรรมยาสูบ เป็นทางเลือกแทนที่กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ (Mamudu HM, Hammond R, Glantz SA. 2008.) อุตสาหกรรมยาสูบพยายามผลักดัน ‘มาตรฐานการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับนานาชาติ’ และ ‘โครงการป้องกันเยาวชน’ ถึงแม้จะมีหลักฐานว่าโครงการเหล่านี้ไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การดำเนินการจัดตั้งโดย Dr. Brundtland เพื่อสืบสวนการแทรกแซงโดยอุตสาหกรรมยาสูบในความพยายามควบคุมยาสูบขององค์การสหประชาชาติ ทำให้มีเอกสารรายงานอย่างละเอียดซึ่งมีหลักฐานว่าอุตสาหกรรมยาสูบพยายามขัดขวาง หน่วงเหนี่ยว และทำให้การดำเนินงานในการควบคุมยาสูบโดยองค์การอนามัยโลกล้มเหลว (Zeltner T, 2000.) หลักฐานเหล่านี้ส่งผลให้องค์การอนามัยโลกเพิ่มความเข้มงวดทางนโยบายเพื่อไม่ให้เจ้าหน้าที่ พนักงาน และที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกติดต่อหรือมีความสัมพันธ์ใดๆกับอุตสาหกรรมยาสูบ ประสบการณ์เหล่านี้เป็นบทเรียนสำคัญในการดำเนินการบังคับใช้กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในบริบทนี้ทำให้มีมติในการประชุม Conference of the Parties ครั้งที่ 3 เกี่ยวกับการดำเนินการบังคับใช้มาตรา 5.3 ซึ่งปกป้องนโยบายการควบคุมยาสูบจากอุตสาหกรรมยาสูบ (World Health Organization, 2009.)

การลงนามและดำเนินการบังคับใช้กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ระหว่างวันที่ 16-23 มิถุนายน ค.ศ. 2003 กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกร่วมลงนามที่สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ หลังจากนั้นประเทศสมาชิกสามารถร่วมลงนามได้ที่สำนักงานใหญ่องค์การสหประชาชาติ นครนิวยอร์ก ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน ค.ศ. 2003 ถึงวันที่ 29 มิถุนายน ค.ศ. 2004 การลงนามในสนธิสัญญานับเป็นพฤติกรรมทางการเมือง ซึ่งบ่งชี้ถึงการบรรลุข้อตกลงและความมุ่งมั่นของประเทศสมาชิกที่จะไม่ขัดขวางการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญา

ในวันแรกที่เปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกร่วมลงนาม 28 ประเทศสมาชิกและสหภาพยุโรปร่วมลงนามในสนธิสัญญา แต่ขั้นตอนของการดำเนินการคือ กรอบอนุสัญญาจะต้องได้รับการลงสัตยาบรรณ (ratification) – การยอมรับและการยืนยันอย่างเป็นทางการ - จาก 40 ประเทศ

สมาชิกเป็นอย่างน้อยเพื่อทำให้มีผลบังคับใช้ เมื่อถึงเวลาในการปิดการร่วมลงนามในวันที่ 29 มิถุนายน ค.ศ. 2004 มีจำนวนประเทศสมาชิกร่วมลงนามทั้งหมด 168 ประเทศ ซึ่งนับเป็นสนธิสัญญานานาชาติที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในประวัติศาสตร์ขององค์การสหประชาชาติ ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2005 กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเริ่มมีผลบังคับใช้

นับเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ปีซึ่งประเทศสมาชิกต่างก็ให้ความร่วมมือในประวัติศาสตร์ของการจัดทำสนธิสัญญานานาชาติ การดำเนินการที่รวดเร็ว การลงมติอย่างเป็นเอกฉันท์ของสมาชิกสุขภาพองค์การอนามัยโลก และการดำเนินการบังคับใช้ในระยะเวลาที่รวดเร็วทำให้กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก นับเป็นเสาหลักที่สำคัญด้านสาธารณสุขสำหรับประชาคมโลกในอนาคต

ตาราง ประเทศ 40 ประเทศแรกที่ร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก

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

เมื่อกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบเข้าสู่ขั้นที่สอง ความท้าทายคือทำให้เกิดความมั่นใจในความมุ่งมั่น และดำเนินการตามข้อผูกพันต่างๆภายใต้สนธิสัญญา เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการแปลงเป็นการปฏิบัติการในชุมชนและระดับชาติที่มีประสิทธิภาพ

การประชุมครั้งแรกของ Conference of the Parties จัดขึ้นระหว่างวันที่ 6-17 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2006 ที่กรุงเจนีวา โดยมีท่านทูต J. Martabit ของประเทศชิลี เป็นประธาน (World Health Organization, 2006.) ในการประชุมครั้งนี้มีวาระสำคัญ เช่น การวางกฎเกณฑ์ (protocols) ด้านการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการข้ามพรมแดน (มาตรา 13.8) และการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย (มาตรา 15) นอกจากนี้มีการเริ่มพิจารณากรอบแนวทาง (guidelines) สำหรับมาตรา 8 (การป้องกันการได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่) และมาตรา 9 (การควบคุมกำกับส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ) Dr. Haik Nikogosian ได้รับการ

แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการของการประชุมกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน ค.ศ. 2007

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

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

ก่อนที่การประชุมครั้งที่สองจะสิ้นสุดลง มีจำนวนประเทศสมาชิก 146 ประเทศเข้าร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ นอกจากนี้มีการเลือกตั้งคณะทำงาน (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 จากประเทศอูรุกวัย เป็นรองประธานทั้ง 5

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

การประชุมครั้งนี้ลงมติว่าการประชุมครั้งที่สี่ Conference of the Parties จะจัดในปลายปีค.ศ. 2010 ที่ประเทศอูรุกวัย 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

อนาคตของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ : สุขภาพเหนือการค้า

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 เป็นต้นมา นายแพทย์ ทัตย์ ชิตานนท์ ต่อสู้ในประเด็นสุขภาพเหนือการค้าตลอดมาในเวลานั้น ท่านเป็นผู้แทนจากประเทศไทยไปประชุมสมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 42 และได้ร่างแนวทางชี้แนะว่าการโต้ตอบ (sanctions) ทางการค้าไม่ควรนำมาใช้บังคับประเทศใดประเทศหนึ่งให้ยอมรับการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ แต่ผู้แทนจากประเทศอื่นๆยังไม่เข้าใจ และตอบว่า เรามาพูดเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องการค้า แต่นายแพทย์ ทัตย์ นำเสนอประเด็นดังกล่าวในคณะกรรมการชุด A และนับเป็นครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการถึงอันตรายอย่างมหันต์จากการค้าต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเด็นนี้ยังคงเป็นประเด็นที่สำคัญสำหรับ กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ

กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ นำเสนอแนวทางใหม่สำหรับความร่วมมือทางด้านสุขภาพในระดับนานาชาติด้วยกรอบทางด้านกฎหมายในการสร้างอนาคตด้านสุขภาพสำหรับประชากรโลก กรอบอนุสัญญานำเสนอรูปแบบที่มีพลังและประสิทธิภาพในการตอบสนองของประชาคมโลกต่อผลกระทบทางลบด้านสุขภาพจากกระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประเด็นทางสาธารณสุขด้านอื่นๆได้

บรรณานุกรม

- 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.
- Brundtland GH. (1998) **Seminar on tobacco industry disclosures; implications for public policy.** Geneva, World Health Organization.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- Jha P, ed. (1999) **Curbing the epidemic: the economies of tobacco control**. Washington DC, World Bank.
- 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.
- Mackay J. (2003) **The making of a convention on tobacco control**. Bulletin of the World Health Organization, 81:551.
- 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. **Project Cerberus: tobacco industry strategy to create an alternative to the Framework Convention on Tobacco Control**. American Journal of Public Health, 2008, 98:1630-1642.
- Mihajlov VS. **International health law: current status and future prospects. Round table: future of international law**. International Digest of Health Legislation, 1989, 40:9-16.
- Public hearings on the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Available online at http://www.who.int/tobacco/framework/public_hearings/submissions/en/index.html Accessed December 9, 2009.
- Resolution WHA 49.17. **International framework convention on tobacco control**. In: **Forty-ninth World Health Assembly**. Geneva, 20-25 May 1996. 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 **Framework Convention on Tobacco Control**. In: Fifty-third World Health Assembly, 15-20 May 2000. Volume 1. Resolutions and decisions, Geneva, WHO, 2000 (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 **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, 2003 (WHA56/2003/REC/1). Available at http://www.who.int/tobacco/framework/final_text/en/ Accessed December 9, 2009.
- Roemer R, Taylor AL, Lariviere J. (2005) **Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco control**. American Journal of Public Health, 95:936-938.

Thailand tobacco control country profile. (2008) Mahidol University, Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Bangkok.

United Nations Taskforce. (1999). Geneva, World Health Organization

http://www.who.int/tobacco/global_interaction/un_taskforce/en/index.html Accessed December 9, 2009.

WHO framework convention on tobacco control. Report of the first meeting of the Working Group, 25-29 October 1999. Geneva, World Health Organization, 1999 (A/FCTC/WG1/7). Available at <http://www.who.int/gb/fctc/PDF/wg1/elt7.pdf> Accessed December 9, 2009.

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> Accessed December 9, 2009.

WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003.

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.

<http://www.who.int/tobacco/surveillance/en/> Accessed December 9, 2009.

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. (2009) **Guidelines for implementation of Article 5.3**. Guidelines on the protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests. Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3/en/index.html Accessed December 9, 2009.

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. (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. (2003) **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. (2003) **Policy recommendations on protection from exposure to second hand smoke.** Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/pol_recommendations/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. (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, (2006) **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, (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, (2008) **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. (2009) 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 Accessed December 9, 2009.