

อิทธิพลของข้อตกลงการค้าเสรีต่อการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์*

บทคัดย่อ

ตั้งแต่ต้นปีค.ศ. 2009 เป็นต้นมา วารสารชั้นนำด้านสาธารณสุขตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่สะท้อนประเด็นของการค้าเสรีและสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจ และเรียกร้องให้ชุมชนสาธารณสุขมีส่วนร่วมแสดงบทบาทให้มากขึ้นในการเจรจาจัดทำนโยบายการค้าระหว่างประเทศ ข้อขัดแย้งระหว่างสาธารณสุขและการค้าระหว่างประเทศ ประเด็นแรกคือ ข้อขัดแย้งทางทฤษฎีระหว่างการค้าเสรี (trade liberalization) และมาตรการต่างๆ ในการลดการบริโภคสินค้าบางประเภทในระดับประชากร ผลประโยชน์จากนโยบายการค้าเสรี เช่น การแข่งขันทางการค้าซึ่งทำให้ราคาสินค้าต่ำลง กลับกลายเป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการกระตุ้นให้เกิดการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ส่งผลให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บและการเสียชีวิตซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ภาษีและการที่รัฐสนับสนุนมีผลต่อราคาของสินค้า ซึ่งมาตรการเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจของผู้บริโภค ประเด็นที่สอง ช่องว่างของความรู้ระหว่างประชาคมทางด้านนโยบายการค้าระหว่างประเทศและประชาคมทางด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องมีการพิจารณารายละเอียดในประเด็นต่างๆ ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพสำคัญทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐศาสตร์ และสังคม

คำสำคัญ อิทธิพล ข้อตกลงการค้าเสรี การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

* รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Impact of Free Trade Agreements on Tobacco Control

Nithat Sirichotiratana*

Abstract

Since 2009, leading public health journals published series of articles on free trade agreement and health, which reflected and attracted interests on the issue of international trade agreement and health. There are calls for public health community to increase presence and participations in free trade agreement negotiation process. The conflicts between public health and free trade agreement are the following. First, there is a conflict in theory between trade liberalization and control measures for certain goods at population level. Benefits from trade liberalization such as commercial competition which lower the price, but increase negative health impact. Consumers' decision depends on the price of products. Secondly, gap of knowledge between international trade policy community and public health community, creates different perspectives. Therefore, different issues on tobacco product must be construed carefully, since they have important impact on public health, economics and society.

Keywords: Impact, Free Trade Agreements, Tobacco products, Control

* Associate Professor at Department of Public Health Administration, Public Health Faculty, Mahidol University.

บทนำ

ในปีค.ศ. 2006 สมัชชาองค์การอนามัยโลก (WHA) ลงมติเน้นความจำเป็นในการประสานความร่วมมือให้มากขึ้นในการพัฒนานโยบายต่างๆ ด้านการค้าและสุขภาพ และสร้างความตระหนักของการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องของการค้านานาชาติและข้อตกลงทางการค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก (Fifty-Ninth World Health Assembly, 2006)

ต้นปีค.ศ. 2009 วารสาร The Lancet ซึ่งเป็นวารสารชั้นนำด้านสาธารณสุขตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการค้าและสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีผู้วิพากษ์จำนวนหนึ่งเรียกร้องให้มีความสัมพันธ์กันมากขึ้นระหว่างชุมชนนโยบายด้านสาธารณสุขและการค้า และเรียกร้องให้ชุมชนสาธารณสุขมีส่วนร่วมแสดงบทบาทให้มากขึ้นในการจัดทำนโยบายการค้า (Fidler, et al. 2009; Smith, et al. 2009; MacDonald, et al. 2009)

เอกสารที่ตีพิมพ์ออกมาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สะท้อนประเด็นของการค้าและสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจนับตั้งแต่การเจรจาการค้ารอบอุรุกวัยยุติลง เช่น ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับลิขสิทธิ์ทางปัญญาและการเข้าถึงยารักษาโรค รวมทั้งการค้าและการบริการด้านสุขภาพ (Smith, et al. 2009; Smith, et al. 2009)

ประเด็นต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นหลังโครงสร้างการค้าปี ค.ศ. 1994 และหลังจากข้อสรุปหรือข้อยุติของข้อตกลงใหม่ๆ เช่น Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) และ General Agreement on Trade in Services (GATS) เมื่อ General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) ปี ค.ศ. 1947 ได้ข้อสรุปในการตกลงจุดมุ่งหมายสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่กล่าวถึงคือ โรคติดต่อ ซึ่งที่เป็นกรณี หรือบริบทเดียวกัน ในปีค.ศ. 1994 เมื่อ GATT ถูกผนวกรวมเข้ากับข้อตกลงขององค์การค้าโลก อย่างไรก็ตาม เมื่อไม่นานมานี้มีกรอบแนวคิดใหม่ทางด้านสาธารณสุขซึ่งครอบคลุมโรคไม่ติดต่อที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และโภชนาการที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

อย่างน้อยสองจุดที่เป็นข้อขัดแย้งระหว่างสาธารณสุขแนวใหม่และการค้า ประเด็นแรกคือ ข้อขัดแย้งทางทฤษฎีระหว่างการค้าเสรี (trade liberalization) และมาตรการต่างๆ ในการลดการบริโภคสินค้าบางประเภทในระดับประชากร ผลประโยชน์จากนโยบายการค้าเสรี เช่น การแข่งขันทางการค้าซึ่งทำให้ราคาสินค้าต่ำลง กลายเป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการกระตุ้นให้เกิดการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บและการเสียชีวิตซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ภาษีและการที่รัฐสนับสนุนมีผลต่อราคาของสินค้า ซึ่งหมายถึงการใช้มาตรการเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจของผู้บริโภค

ประเด็นที่สอง ช่องว่างของความรู้ระหว่างประชาคมทางด้านนโยบายการค้าและ

ประชาคมทางด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องมีการพิจารณา รายละเอียดในประเด็นต่างๆ ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนี้มีผลกระทบสำคัญทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐศาสตร์ และสังคม

ในปีค.ศ. 2007 รัฐมนตรีกระทรวงการต่างประเทศของประเทศบราซิล ฝรั่งเศส อินโดนีเซีย นอร์เวย์ เซเนกัล แอฟริกาใต้ และประเทศไทย ออกแถลงการณ์ประกาศออสโล (Oslo Ministerial Declaration) ซึ่งประกาศจุดยืนความเกี่ยวพันระหว่างนโยบายการค้าและสุขภาพในการจัดทำข้อตกลงต่างๆ ทางการค้าในระดับทวิภาคี ระดับภูมิภาค และระดับพหุภาคี (Oslo Ministerial Declaration, 2007)

มีการศึกษาวิจัยหลายชิ้นซึ่งบ่งชี้ว่าการค้าเสรีอาจกระตุ้นความต้องการผลิตภัณฑ์ยาสูบ Frank Chaloupka และ Adit Laixuthai (Chaloupka, et al. 1996) เป็น 2 คนแรกที่กล่าวถึง ประเด็นดังกล่าว ในการตรวจสอบการเปิดตลาดยาสูบในประเทศญี่ปุ่น ไต้หวัน เกาหลีใต้ และประเทศไทย ทั้งสองสรุปว่า การบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นเกือบ 10% โดยเฉลี่ย ในปี ค.ศ. 1991 ใน 4 ประเทศซึ่งเปิดตลาดให้กับบุหรี่ของสหรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับตอนที่ยังไม่เปิดตลาด

ในลักษณะที่คล้ายกัน Chee-Ruey Hsieh และทีมตรวจสอบผลกระทบจากการเปิดตลาดให้แก่ผลิตภัณฑ์ยาสูบของสหรัฐ และสรุปว่า “การเปิดตลาดให้กับบุหรี่ยานำเข้า นำไปสู่การบริโภคที่เพิ่มขึ้น 20% ต่อประชากรในปี ค.ศ. 1987” (Hsieh, et al. 1999)

งานศึกษาวิจัยหลายชิ้นตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการค้าเสรีทั่วไป (ใช้ส่วนแบ่งของการค้าในผลผลิตมวลรวมของประเทศเป็นตัววัด) และการบริโภคยาสูบ (Depken, 1999; Taylor, et al. 2000; Bettcher, et al. 2001) ในจุดนี้ Craig Depken สรุปว่า “....การเปิดตลาดของประเทศใดประเทศหนึ่งแก่การค้าระดับนานาชาติ...มีผลทำให้ราคาขายปลีกต่ำลง....”

ในลักษณะที่คล้ายกัน Allyn Taylor และผู้วิจัยอื่นๆ สรุปว่าการค้าเสรีนำไปสู่การสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งไม่ได้เปิดประเทศในอดีต Douglas Bettcher และคณะให้ข้อสรุปใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ Bettcher และคณะพบว่า “เมื่อระดับของการลงทุนจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น”

ข้อสรุปตรงกับข้อสังเกตของ Anne Gilmore และ Martin McKee ซึ่งเปรียบเทียบระดับของการลงทุนกับระดับของการผลิตและการบริโภคยาสูบในประเทศที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของสหภาพโซเวียตระหว่างปี ค.ศ. 1991-2000 (Gilmore, et al. 2005) ซึ่งพบว่า การบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นเกือบเป็นทวีคูณ ตรงกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในการผลิตยาสูบ และการบริโภคที่เพิ่มขึ้นนี้จะเป็นกลุ่มประเทศที่ได้รับการลงทุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ

การบริโภคที่เพิ่มขึ้นเกือบ 56% เป็นสถิติสำหรับประเทศที่ได้รับการลงทุนเป็นจำนวนมากจากอุตสาหกรรมยาสูบ ในขณะที่การบริโภคยาสูบลดลง 1% ถูกบันทึกในกลุ่มประเทศที่ไม่ได้รับการลงทุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ นักวิจัยเหล่านี้นำเสนอทฤษฎีต่างๆ ว่าเหตุใดการบริโภค

ยาสูบจึงเพิ่มขึ้น Chaloupka และ Laixuthai เสนอสองแนวทางในการอธิบาย แนวทางการอธิบายแรกคือ การแข่งขันทางการค้าที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การลดราคาลง ซึ่งทำให้เกิดความต้องการเพิ่มขึ้น อีกแนวทางหนึ่งของการอธิบายคือ การโฆษณาและการส่งเสริมการขายที่เพิ่มขึ้นของยาสูบจากสหรัฐ กระตุ้นให้เกิดอุปสงค์เพิ่มขึ้น (Hagihara, et al. 1995)

นอกเหนือจากปัจจัยเหล่านี้ Bettcher และคณะเสนอแนะคำอธิบายที่เป็นไปได้ว่า การเพิ่มจำนวนยี่ห้อ (brand proliferation) และการมุ่งเน้นไปยังกลุ่มเป้าหมายที่สินค้ายังเข้าไม่ถึง ทั้ง Bettcher และคณะ และ Taylor และคณะ ต่างกล่าวถึงความแตกต่างของคุณภาพสินค้าที่ผลิตในประเทศและยาสูบที่นำเข้าว่าอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการค้า Gilmore และ McKee มีข้อสรุปคล้ายกันคือ ผู้หญิงและเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายของการเสนอขายยี่ห้อใหม่ๆในกลุ่มประเทศที่เคยเป็นสหภาพโซเวียต และระดับการบริโภคก่อนปี ค.ศ. 1990 อาจสะท้อนความเป็นจริงเนื่องจากขาดอุปทาน

อิทธิพลของข้อตกลงการค้าเสรีต่อการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ผลกระทบต่อสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากการค้าเสรีอาจจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ และต่างกันจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งไปยังอีกปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง แต่ผลเสียทางสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ยาสูบย่อมหมายถึงว่าการค้าเสรีไม่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ใดๆ ต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการค้าเสรีย่อมขึ้นอยู่กับกลยุทธ์ต่างๆของรัฐในการวางกฎ ระเบียบ เพื่อควบคุม ทั้งนี้เพื่อป้องกันความเสียหายจากการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้บริโภคซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการค้าเสรี คณะกรรมการข้อตกลงการค้าทั่วไปและภาษี (GATT) รายงานกรณีเกี่ยวกับประเทศไทย กรณีผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นสิ่งที่สะท้อนแนวคิดนี้ (GATT Panel Report Thailand, 1990) ประเทศไทยให้เหตุผลว่าระบบการให้สัมปทาน (licensing system) ซึ่งมีประสิทธิผลในการปิดตลาดยาสูบเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อปกป้องสุขภาพประชาชนจากอันตรายต่างๆ เช่น ผลกระทบจากการเปิดตลาดซึ่งมีผลต่อการบริโภค ระบบสัมปทานดังกล่าวไม่ได้ถูกพิจารณาว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันหรือปกป้องสุขภาพมนุษย์ หรือชีวิตภายใต้มาตรา xx(b) ของข้อตกลงการค้าทั่วไปและภาษี (GATT) แต่คณะกรรมการ GATT มองว่าประเทศไทยสามารถใช้มาตรการทางภาษีต่างๆและการห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยไม่เลือกปฏิบัติ และมาตรการเหล่านี้เป็นทางเลือกที่มีเหตุผลมากกว่าระบบการให้สัมปทาน

อย่างไรก็ตามกรณีของประเทศไทย-อุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งเป็นการตัดสินภายใต้ระบบเก่าของข้อตกลงทั่วไปทางการค้าและภาษี (GATT) ไม่ได้ข้อยุติอย่างชัดเจนว่าข้อตกลงการค้าเสรีต่างๆ หรือข้อตกลงอื่นๆขององค์การค้าโลกจะทำให้อำนาจอธิปไตยของประเทศต่างๆในการออกกฎ ระเบียบ ภายในประเทศของตนยังคงดำรงอยู่ โดยข้อเท็จจริงผู้ชี้แนะทางด้านสาธารณสุขบางคนโต้แย้งว่าข้อตกลงการค้าเสรี (GATS - ข้อตกลงทั่วไปเกี่ยวกับการค้าและบริการ) จำกัด

ความสามารถของประเทศสมาชิกในองค์การค้าโลก ที่จะห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์เพราะการกระทำเช่นนั้นอาจจะขัดแย้ง (contravene) กับพันธสัญญาการเข้าถึงตลาดสำหรับการโฆษณาของผู้ให้บริการ (Grieshaber-Otto, et al. 2000; Gould, 2005) นี่เป็นการสะท้อนถึงความกังวลต่างๆ เกี่ยวกับอธิปไตยในการออกกฎ ระเบียบ (regulatory autonomy) ซึ่งเป็นส่วนที่สองของความขัดแย้งระหว่างการค้าและการสาธารณสุขใหม่ (trade regime and the new public health) ตัวอย่างเช่น ผู้ชี้แนะด้านการควบคุมยาสูบโต้แย้งว่า ข้อตกลงทางการค้าต่างๆ ที่ครอบคลุมการบังคับใช้ / อุปสรรคทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษี (non-tariff barriers) จำกัดอิสรเสรีภาพในการออกกฎ ระเบียบ ในประเทศถึงขั้นที่การควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม ไม่ได้รับอนุญาตให้กระทำได้ (Bloom, 2001; Callard, et al. 2001; Callard, et al. 2001; Weissman, 2003)

ในปีค.ศ. 2007 องค์การอนามัยโลกในฐานะประธานคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะทำงานเฉพาะกิจระหว่างหน่วยงาน (Chair of the United Nations Ad Hoc Interagency Task Force on Tobacco Control) องค์การสหประชาชาติ เรียกร้องให้มีการตรวจสอบเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานการค้าระหว่างประเทศ และความพยายามระดับโลกในการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC, 2007)

ในบริบทของการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการค้าที่ผิดกฎหมาย (illicit trade) ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ สมาชิกกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (FCTC) ขององค์การอนามัยโลกต่างพยายามทำความเข้าใจความสำคัญของข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก สำหรับมาตรการป้องกันการค้าที่ผิดกฎหมาย (WHO-FCTC, 2009)

มีคำอธิบายสองทางสำหรับเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่ยังขาดความเข้าใจและความรู้เกี่ยวกับข้อตกลงทางการค้า ทางแรกคือการใช้กฎ ระเบียบ ขององค์การค้าโลก เพื่อวัตถุประสงค์ป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อเป็นมาตรการกว้างๆ และส่วนใหญ่เน้นไปที่บริบทของการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ตัวอย่างเช่น การศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การค้าโลกและองค์การอนามัยโลก สรุปแต่เพียงว่า "ขึ้นอยู่กับว่ารัฐบาลจะเลือกอย่างไรในการจัดการการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ กฎ ระเบียบขององค์การค้าโลกจำนวนหนึ่งอาจจะมีผลเกี่ยวข้องได้" (WTO, 2002) ทั้งนี้จำเป็นจะต้องมีการวิเคราะห์อย่างละเอียดของความสัมพันธ์กันระหว่างการค้าและสาธารณสุข

ความจำเป็นในการวิเคราะห์ประเด็นการค้าและสาธารณสุขเป็นที่สนใจมากขึ้นโดยจำนวนข้อถกเถียงที่เพิ่มมากขึ้น เช่น กรณีคณะกรรมการพิจารณา ประเทศไทย-ตุลกากร และมาตรการทางการเงินเกี่ยวกับยาสูบที่มาจากประเทศฟิลิปปินส์ (WTO, 2008) ประชาคมยุโรป (ปัจจุบันคือสหภาพยุโรป) ได้ร้องขอคำปรึกษากับอินเดียเกี่ยวกับภาษีและมาตรการอื่นๆ ของสินค้านำเข้าประเภทไวน์และสุรากลั่น (WTO, 2008) และประเทศสหรัฐอเมริกาต้องการจัดตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับภาษีสำหรับสุรากลั่นในประเทศฟิลิปปินส์ (WTO, 2010)

ถึงแม้ความขัดแย้งดังกล่าวดูเหมือนจะเกี่ยวข้องกับเล็กน้อยมากกับประเด็นกฎหมายการควบคุมภายในประเทศ ซึ่งต้องไม่ถูกแทรกแซงในการปกป้องสุขภาพของประชาชน ข้อโต้แย้งอื่นๆ ดูเหมือนจะเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับสิ่งที่เป็นกังวล ตัวอย่างเช่น อินโดนีเซียได้ร้องขอปรึกษากับประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับมาตรการในการห้ามบุหรืซุรตต่างๆ รวมถึงบุหรืกานพลู (clove cigarette) ซึ่งผลิตในประเทศอินโดนีเซีย (WTO, 2010) มาตรการดังกล่าวถูกกล่าวถึงถึงความเกี่ยวข้องกับการดึงดูดเด็กและเยาวชนของบุหรืซุรต ในทำนองเดียวกัน มาตรการการยกเว้นบุหรืเมนธอลเป็นข้อโต้แย้งที่อินโดนีเซียประสบความสำเร็จในการต่อสู้กับสหรัฐอเมริกา

ประเทศแคนาดาบังคับใช้มาตรการที่คล้ายกันโดยการห้ามขายบุหรืซุรต ชิการ์มวนเล็ก และ blunt wraps (Cracking Down on Tobacco Marketing Aimed at Youth Act, Bill C32) เหมือนกับมาตรการในประเทศสหรัฐอเมริกา บุหรืเมนธอลได้รับการยกเว้นจากการห้ามจำหน่าย กระทรวงสาธารณสุขแคนาดา (Health Canada) ให้เหตุผลว่าบุหรืเมนธอลมีจำหน่ายอยู่ในตลาดมานานแล้ว แต่มาตรการห้ามบุหรืซุรตมีเป้าประสงค์ห้ามผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ซึ่งถูกออกแบบเพื่อดึงดูดเด็กและเยาวชนให้มาสูบบุหรื (Health Canada, 2009) ถึงแม้บุหรืเมนธอลจะได้รับการยกเว้น และยังมีข้อโต้แย้งสำหรับมาตรการนี้ในแคนาดา แต่รัฐบาลแคนาดาไปไกลอีกก้าวหนึ่งโดยห้ามรสชาติซึ่งใช้ในการผลิตบุหรืที่ใช้ใบยาสูบพันธุ์ต่างๆ (blended-style cigarettes) ซึ่งรวมถึงใบยาสูบพันธุ์เบอร์เลย์ (burley) ในปัจจุบันตลาดยาสูบในแคนาดาส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้ใบยาสูบพันธุ์เวอร์จิเนีย ซึ่งไม่ต้องเปลี่ยนแปลงรสชาติ สมาชิกองค์การการค้าโลกจำนวนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับมาตรการห้ามบุหรืซุรต และแสดงเจตนารณณ์ที่จะถกเถียงประเด็นนี้โดยผ่านทาง คณะกรรมการยุติข้อถกเถียงขององค์การการค้าโลก (WTO dispute settlement)

ความจำเป็นสำหรับแนวทางวิเคราะห์ใหม่ๆ สำหรับประเด็นต่างๆ สามารถแสดงให้เห็นได้โดยการอ้างอิงข้อโต้แย้งต่างๆ ในอดีตที่ผ่านมา เช่น ข้อโต้แย้งที่ว่ามาตรการต่างๆ ทางสาธารณสุขเป็นกฎหมายที่ถูกต้อง ตราบใดที่ใช้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งผลิตภัณฑ์ภายในประเทศและผลิตภัณฑ์นำเข้า (Noeth, 2001; Eckhardt, 2002; Burgi, 2011)

อีกข้อโต้แย้งหนึ่งที่อ้างประจําเป็นพื้นฐานคือ มาตรา xx(b) ของข้อตกลงทั่วไปทางการค้าและภาษี (GATT) ซึ่งมีข้อยกเว้นสำหรับมาตรการที่จำเป็นในการปกป้องสุขภาพของมนุษย์ โดยคาดว่าจะรักษามาตรการที่ดีทางด้านสาธารณสุขไว้ (Woo, 2002) ข้อสรุปนี้ไม่ควรจะยอมรับตามเนื้อหาเนื่องจากการโต้แย้งว่าการใช้มาตรการดังกล่าวจะทำให้เกิดความไม่แน่นอนมากยิ่งขึ้น เพราะจะต้องให้คณะกรรมการองค์การการค้าโลกพิจารณาถึงความสำคัญของเป้าประสงค์ในการใช้มาตรการดังกล่าวของประเทศสมาชิก และปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้ทางเลือกอื่นที่สมเหตุสมผล (Howse, 2001)

การบริโภคยาสูบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ที่สูบบุหรืเป็นประจำ 50% ในวัยกลางคน (Doll, et al. 1994) การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและการได้รับควันบุหรื

เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรโลกประมาณ 5 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปีค.ศ. 2000 (Ezzati, et al. 2003) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 5.4 ล้านคนในปีค.ศ. 2006 (Tobacco Free Initiative, 2007) และมีการคาดการณ์ว่า ภายในปีค.ศ. 2030 จะมีการเสียชีวิตของ 10 ล้านคนในแต่ละปีจากการบริโภคยาสูบ (Gajalakshmi, et al. 2000)

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

กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก

ในการตอบสนองต่อปัญหาการบริโภคยาสูบ องค์การอนามัยโลกนำเสนอกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) โดยสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly – WHA) ในปี ค.ศ. 2003 และมีผลบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2005 ในปี ค.ศ. 2011 มี 171 ประเทศร่วมเป็นภาคีกรอบอนุสัญญาดังกล่าว ซึ่งเป็นกรอบกว้างๆในการควบคุมการบริโภคยาสูบ มาตรการในการปกป้องสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ยาสูบมี 5 แนวทางคือ

1. ลดอุปสงค์ (demand reduction)
2. ให้ข้อเท็จจริงแก่ผู้บริโภค
3. ลดอุปทาน (supply reduction)
4. ลดการได้รับควันบุหรี่ และ
5. ลดอันตรายจากผลิตภัณฑ์ยาสูบแต่ละชนิด

จะเห็นได้ว่าแต่ละมาตรการของกรอบอนุสัญญามีความเฉพาะเจาะจง (discretionary character) และเปิดโอกาสให้แต่ละประเทศใช้มาตรการให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ ในปีค.ศ. 2011 กลุ่มประเทศสมาชิกกรอบอนุสัญญาประชุมและลงมติรับแนวทางในการปฏิบัติ (adopted guidelines) การใช้มาตรา 8 (การป้องกันจากควันบุหรี่) มาตรา 5.3 (การป้องกันอุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาเกี่ยวข้องในการจัดทำและดำเนินการบังคับใช้นโยบายต่างๆทางด้านสาธารณสุข) มาตรา 11 (หีบห่อผลิตภัณฑ์และฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบ) และมาตรา 13 (การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการโดยอุตสาหกรรมยาสูบ) (WHO-FCTC, 2009)

เหตุผลสำหรับรัฐบาลในการแทรกแซงและควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

และโภชนาการในระดับชาติเป็นผลสืบเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล และการปกป้องคุ้มครองดูแลประชาชน (paternalism) การศึกษาเพื่อดูเหตุผลในการควบคุมกำกับดูแลของรัฐเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวิเคราะห์ความเหมาะสมของประเด็นต่างๆ (Epps, 2008) เหตุผลต่างๆ ของรัฐ เช่น เป็นหน้าที่ของรัฐโดยตรง (obligation) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องปกป้องสุขภาพ (ดังที่สะท้อนในกลไกสิทธิมนุษยชนต่างๆ) และการคุ้มครองในฐานะผู้ปกครอง (paternalism) มีเหตุผลที่ยอมรับได้ในกรณีของเด็ก หรือผู้ด้อยความสามารถ ซึ่งการแทรกแซงจากภาครัฐจำเป็นที่จะต้องแก้ไขความล้มเหลวทางการตลาด และการแทรกแซงมุ่งเน้นไปยังประเด็นการสร้างคามยุติธรรมให้เกิดอย่างเท่าเทียมกัน (distributive justice)

ความรับผิดชอบพื้นฐานของรัฐบาลคือปกป้องสุขภาพมนุษย์ ซึ่งสะท้อนได้จากกฎ สิทธิ (codification) มนุษยชนในมาตรฐานที่สูงสุดทางด้านสุขภาพ มาตรา 25 ของปฏิญญาสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) มีหลักการพื้นฐานว่าทุกคนมี “...สิทธิที่จะมีมาตรฐานของสภาพความเป็นอยู่เพียงพอต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว” ในลักษณะเดียวกันธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกยอมรับและตระหนักว่า “ความสุขของการได้รับมาตรฐานทางสุขภาพที่สูงสุดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติใด ศาสนาใด ความเชื่อในอุดมการณ์ของพรรคการเมืองใด และไม่ว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจ หรือสังคมใดก็ตาม”

มาตรา 12 ของปฏิญญานานาชาติทางด้านสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR) อธิบายถึงรายละเอียดของสิทธิต่างๆ เหล่านี้ (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966)

ในอารัมภบท (preamble) ของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (FCTC) ย้ำถึงมาตรา 12 ของ ICESCR นอกจากนี้ในหัวข้ออภิปรายทั่วไปหมายเลข 14 คณะกรรมการทางด้านสิทธิทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสังคม อ้างถึง “ความล้มเหลวที่จะลดการผลิต การตลาด และการบริโภคยาสูบ” เป็นการละเมิดพันธะสัญญา (obligation) ที่จะปกป้องประชาชนภายในอาณาเขตจากการถูกละเมิดสิทธิส่วนบุคคลโดยผู้อื่น (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000) นอกจากนี้ ข้ออภิปรายจากด้านวิชาการที่เพิ่มมากขึ้นต่างเน้นถึงประเด็นเฉพาะของพันธะสัญญาต่างๆ ด้านสิทธิมนุษยชน (Wike, 1996; Dheage, 1998; Crow, 2004; Meier, 2005; Dresler, et al. 2006) เช่น การกระทำต่อผู้หญิงและเด็ก (Appleberry, 2000; Appleberry, 2001) และความเสียหายจากการละเมิดสิทธิมนุษยชนโดยบริษัทข้ามชาติในบริบทของยาสูบ (Dresler, et al. 2006)

การแพร่ระบาดของยาสูบ

เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบมักจะชี้ให้เห็นว่ายาสูบเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขายได้ถูกต้องตามกฎหมายซึ่งทำให้ผู้บริโภคคนหนึ่งเสียชีวิตเมื่อใช้ตามเจตนาของผู้ผลิต เมื่อคริสโตเฟอร์ โคลัมบัสพบใบไม้ที่ “แปลกประหลาด” เป็นครั้งแรกในดินแดนใหม่ (น่าจะเป็นใบยาสูบ *nicotiana tobacum plant*) เขาคงไม่ได้คาดคิดว่าหลายศตวรรษหลังจากนั้นจะมีการอภิปรายทางการเมืองอย่างดุเดือดเกี่ยวกับยาสูบ แน่นอนว่าในประวัติศาสตร์ขณะนั้น ยาสูบยังไม่ได้เป็นผลิตภัณฑ์หลักสำหรับการบริโภคยาสูบ แม้กระทั่งตอนปลายศตวรรษที่ 18 ยาสูบถูกบริโภคในรูปแบบของการ “สูด” (snuff) เป็นหลักโดยผ่านทางจมูก เมื่อถึงศตวรรษที่ 19 จึงเริ่มมีการสูบบุหรี่อย่างแพร่หลายมากขึ้น และเป็นรูปแบบหลักในการบริโภคยาสูบ การสูบบุหรี่ถูกแทนที่ด้วยการสูบบุหรี่ในศตวรรษที่ 20 และกลายเป็นรูปแบบหลักของการบริโภคยาสูบ มาจนถึงทุกวันนี้ อย่างไรก็ตามยังคงมีรูปแบบที่นิยมในการบริโภคบุหรี่ไร้ควัน เช่น ยาสูบแบบเคี้ยว และในโลกตะวันออก เช่น ประเทศอินเดีย ประเทศในเอเชียใต้ ยาสูบที่เป็นที่นิยมคือยาสูบมวนเองขนาดเล็กที่เรียกว่า บิดิส (bidis) ซึ่งมีปริมาณน้ำมันดิน (tar) นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ มากกว่าบุหรี่ทั่วไป

มีการประมาณการณ์ว่ามีจำนวนบุหรี่ยากกว่า 5 หมื่นล้านมวน (5 trillion) จำหน่ายแต่ละปี และส่วนใหญ่ผลิตโดยบริษัทบุหรี่ยักษ์ชาติ เช่น ฟิลลิป มอร์ริส (ซึ่งปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งของบริษัท Altria) บริติช อเมริกัน โทแบคโก (British American Tobacco) แจแปน โทแบคโก (Japan Tobacco)/เจ อาร์ เรย์โนลด์ส (JR Reynolds) และ ไซน่า เนชั่นแนล โทแบคโก คอร์ปอเรชั่น (China National Tobacco Corporation) (The Tobacco Atlas, 2002)

บุหรี่ยุคปัจจุบันนี้ไม่เหมือนในสมัยของโคลัมบัสเพราะใบยาสูบเป็นเพียงส่วนประกอบหนึ่งในบุหรี่ยุคปัจจุบัน ซึ่งมีการผลิตที่สลับซับซ้อนและประกอบด้วยสารปรุงแต่งนับร้อยซึ่งปล่อยสารเคมีหลายพันชนิดเมื่อถูกเผาไหม้ รวมทั้งสารเคมีอันตรายอีกมากมาย เช่น อะซิโตน (acetone) แอมโมเนีย (ammonia) สารเบื่อหนู (arsenic) เบนซีน (benzene) แคดเมียม (cadmium) และฟอร์มัลดีไฮด์ (formaldehyde) (Hoffmann and Hoffmann 2004) เป็นที่ทราบกันอย่างกว้างขวางว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลายชนิด โรคหัวใจ โรคเส้นโลหิตในสมองแตก (strokes) โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) และโรคอื่นๆ (WHO, 2008b.)

วิวัฒนาการทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การพัฒนาหลายๆ อย่างเกิดขึ้นตั้งแต่ต้นศตวรรษนี้เพื่อเอื้อต่อการขยายตลาดบุหรี่ยุคโลก ถึงแม้ว่าบุหรี่ยุคนี้จะทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บก็ตาม การค้าเสรีนานาชาติ (international trade liberalization) ซึ่งลดกำแพงหรืออุปสรรคสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบทั่วโลกเพื่อการจำหน่ายและ

การกระจายสินค้า (Taylor et al. 2000) การใช้สื่อโฆษณาระดับนานาชาติเพิ่มขึ้นในการโฆษณาเพื่อเอื้อให้เกิดการขยายตลาดนานาชาติ ทำให้เกิดตลาดใหม่ๆ ในประเทศที่กำลังพัฒนา (Tye, et al. 1987; Amos, et al. 2004) กฎหมายสำคัญอีกอย่างหนึ่งของ 'การระบาด' ของยาสูบคือข้อเท็จจริงที่หลายคนพบว่า การสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมที่เพลิดเพลินอย่างหนึ่ง ถึงแม้จะทำให้เกิดผลเสียทางสุขภาพระยะยาว

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

ภัยคุกคามทางสุขภาพของประชากรโลก

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

สงครามกับผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นกรณีศึกษาประเด็นด้านสาธารณสุขซึ่งเจาะลึกถึงต้นเหตุของความไม่มั่นคงทางสุขภาพ ในกระบวนการวางกรอบการบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยคุกคามต่อประชากรและปัจจัยเอื้อต่อการจำกัดความหมายทางด้านการแพทย์ใหม่สำหรับคำว่าความไม่มั่นคง ความหมายของความไม่มั่นคงนี้หมายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคในประชากรมากกว่าจากการคุกคามทางการทหารและศัตรูทางการเมืองจากนอกประเทศ ถ้าจะให้สังคมมีสุขภาพที่ดีและมีความมั่นคง อัตราการสูบบุหรี่ในประชากรจะต้องลดลงเป็นอย่างมากทั่วโลก

เหตุใดการตัดสินใจส่วนบุคคลของประชากรโลกนับล้านทั่วโลกที่สูบบุหรี่เป็นนิสัย จึงถูกมองว่าเป็น ‘วิกฤติการณ์’ ‘ภัยคุกคาม’ และ ‘ระเบิดเวลา’? นอกจากการใช้คำเปรียบเปรยเกี่ยวกับความมั่นคงเป็นกลยุทธ์ทางการสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) ปัจจัยสองอย่าง

มักจะบ่งชี้ให้เห็นถึงการให้มุมมองว่าการสูบบุหรี่เป็นต้นเหตุของความไม่มั่นคงของประชากร ซึ่งจำเป็นต้องกล่าวถึงมาตรการด้านสาธารณสุขและการแพทย์ ปัจจัยแรก มีจำนวนหรือระดับของการเสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบที่มียุทธศาสตร์สำคัญทางสถิติ องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่ามีจำนวนประชากรโลก 1 พันล้านคนที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ถึงแม้ในหลายส่วนของโลกอัตราการสูบบุหรี่ในเพศหญิงกำลังเพิ่มขึ้น) มีการประมาณการณ์ต่อไปว่าในแต่ละปีการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเสียชีวิตราว 5.4 ล้านคน – เป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับการเสียชีวิตจากโรค เอชไอวี วัณโรค และมาลาเรีย รวมกัน (WHO, 2008b) การสูญเสียชีวิต “โดยไม่จำเป็น” เป็นเหตุผลแรกๆที่อธิบายว่า เหตุใดการบริโภคยาสูบจึงเป็นการคุกคามที่ร้ายแรงสำหรับประชากรโลก

การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ผิดที่แทรกซึมอยู่ลึกล้ำสำหรับเหตุผลที่สองก็คือ มีผลกระทบทางลบสำหรับเศรษฐกิจ แน่นอนว่า ผู้แทนของอุตสาหกรรมยาสูบชี้ให้เห็นว่าการผลิตยาสูบนำไปสู่การสร้างงาน ผลกำไร สำหรับธุรกิจและรายได้จากภาษีจำนวนมาก สำหรับท้องถิ่นและรัฐบาล ภาคส่วนธุรกิจยาสูบที่สำคัญมีอยู่ในประเทศต่างๆ เช่น จีน อินเดีย อินโดนีเซีย ไทย ตุรกี อียิปต์ บังกลาเทศ และฟิลิปปินส์ ประเทศเช่น มาลาวี และซิมบับเว ต่างมีรายได้จำนวนมากจากการส่งออกใบยาสูบ

องค์การอนามัยโลกตอบโต้อย่างหนักแน่นมุมมองทางด้านสาธารณสุขว่า “อุตสาหกรรมยาสูบให้กับประเทศต่างๆ มากกว่าที่กล่าวมา คือ ความทุกข์ทรมาน โรคภัยไข้เจ็บ ความตาย – และความสูญเสียต่างๆทางเศรษฐกิจ ในปัจจุบันการบริโภคยาสูบทำให้เกิดความสูญเสียในแต่ละปีเป็นจำนวนเงินหลายแสนล้านดอลลาร์ (hundreds of billions of dollars) ต่อปี การเสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบทำให้สูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความสูญเสียเหล่านี้คิดเป็นมูลค่าราว 9 หมื่น 2 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี การสูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจในประเทศที่กำลังพัฒนา และมีประชากรมาก – หลายประเทศเป็นศูนย์กลางการผลิตทางเศรษฐกิจของโลก – จะเกิดความเสียหายอย่างรุนแรงมากขึ้น เมื่อการระบาดของยาสูบรุนแรงมากขึ้น เพราะเหตุว่าครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เกิดขึ้นในวัยแรงงานทางเศรษฐกิจ ดังนั้น ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคยาสูบ จึงทำให้เกิดภาระในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งการเสียชีวิต 4 ใน 5 จากการบริโภคยาสูบจะเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2030 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคยาสูบที่มีผลต่อค่ารักษาพยาบาลในระดับโลก ยังไม่ครบถ้วน แต่ทราบว่ามีความสูงมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรายปีที่เกี่ยวข้องกับยาสูบมีมูลค่าสูงถึง 8 หมื่น 1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในประเทศเยอรมัน คิดเป็นมูลค่าเกือบ 7 พันล้านเหรียญสหรัฐ และในประเทศออสเตรเลียคิดเป็นมูลค่า 1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบโดยรวมคือ ทำให้เกิดความยากจนมากขึ้น” (WHO, 2008b)

ในภาพรวม องค์การอนามัยโลกไม่ได้มองว่าอุตสาหกรรมยาสูบทำให้เกิดการสร้างงานหรือทำให้เกิดรายได้ทางภาษี แต่เป็น ‘พาหนะนำโรค’ เพราะบทบาทหลักของอุตสาหกรรมยาสูบคือการส่งเสริมการบริโภคยาสูบ (WHO, 2008b) ก่อนหน้านี้ ธนาคารโลกได้ข้อสรุปที่ใกล้เคียงกันในรายงานที่มีอิทธิพลเป็นอย่างมากชื่อว่า ‘จำกัดการระบาด: รัฐบาลของประเทศต่างๆ และเศรษฐศาสตร์ของการควบคุมยาสูบ’ (World Bank, 1999) ดังนั้น การสูบบุหรี่จึงถูกมองว่า เป็นการคุกคามต่อประชากรอย่างกว้างขวางและทุกระดับ เพราะผลโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิต และผลเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ด้วยเหตุนี้ มุมมองของความไม่มั่นคงที่เกิดจากการแพร่กระจายของโรคต่างๆ จึงเปรียบเทียบได้ด้วยเหตุผลเดียวกันกับอุตสาหกรรมยาสูบที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคติดต่อร้ายแรง

จากมุมมองที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการคุกคามต่อความเป็นอยู่ (welfare) และความมั่งมี (prosperity) ของประชากรที่กว้างขวางมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพและการแพทย์จะต้องเกี่ยวข้องกับมาตรการทางสังคมโดยการออกกฎ ระเบียบ ที่ควบคุมพฤติกรรมมนุษย์ เช่น การสูบบุหรี่ ด้วยคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ มาตรการต่างๆ ทางด้านนโยบายตลอดหลายปีที่ผ่านมาได้รับการพัฒนาและนำเสนอโดยรัฐบาลของประเทศต่างๆ เพื่อโน้มน้าวประชากรโลก ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสืลาชีวิต เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น มาตรการต่างๆ ที่ได้นำเสนอ ไม่เพียงแต่จำกัดพฤติกรรมของตนเองเพื่อปกป้อง ‘การสูบบุหรี่มือสอง’ แต่พยายามโน้มน้าวและให้กำลังใจผู้สูบบุหรี่ให้หยุดพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพทั้งหมด

สรุป

การที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ในการลดแนวโน้มการบริโภคยาสูบในระดับโลก จำเป็นจะต้องควบคุมและเปลี่ยนแปลงมิติต่างๆ ของสังคมให้ครอบคลุมมากขึ้น มาตรการต่างๆ ควรจะครอบคลุมตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานต่างๆ รวมถึงวิธีการในการดำเนินการปลูก ผลิตและการค้าใบยาสูบในหลายๆ ประเทศ การควบคุมทางสังคมที่ครอบคลุมมากขึ้นเพื่อเป้าประสงค์ในการลดความชุกของโรคไม่ใช่อื่นสิ่งใหม่ และเป็นความหวังของเวชศาสตร์สังคมและสาธารณสุขอย่างใดก็ตาม ในการตั้งเป้าสำหรับแนวโน้มการบริโภคยาสูบระดับโลก ข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศนับเป็นภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรโลกที่สำคัญอย่างมาก เพราะข้อตกลงการค้าเสรีมีอิทธิพลต่อรัฐบาลของประเทศต่างๆ ในการออก กฎ ระเบียบ และมาตรการต่างๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้น รัฐบาลควรจะยกเว้นสินค้าประเภทยาสูบออกจากมาตรการการค้าเสรี เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบ

บรรณานุกรม

- Amos A and Mackay J. 2004. 'Tobacco and Women' in Peter Boyle, Nigel Gray, Jack Henningfield, John Seffrin and Witold Zatonski (eds.) *Tobacco and Public Health: Science and Policy*. Oxford: Oxford University Press: 329-51.
- Appleberry R. 2000. "It's a Woman Thing: Sex, Status, and Human Rights in the Tobacco Epidemic," 15, *Berkeley Women's Law Journal*: 312-326.
- Appleberry R. 2001. "Breaking the Camel's Back: Bringing Women's Human Rights to Bear on Tobacco Control," 13, *Yale Journal of Law and Feminism*: 71-96.
- Bettcher D, Subramaniam C, Guindon E, et al. 2001. "Confronting the Tobacco Epidemic in an era of Trade Liberalization," WHO Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, CMH Working Paper Series, WG 4:8. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01.4.pdf Retrived on July 7, 2009.
- Bloom J. 2001. "Public Health, International Trade and the Framework Convention on Tobacco Control," Campaign for Tobacco-Free Kids. available at <http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/Policy.pdf> Retrieved on December 12, 2007.
- Burgi E. 2011. "The Regulatory Aspects of International Trade in Tobacco," in "WTI Study," p. 21. In: Benn McGrady, *Trade and Public Health: The WTO, Tobacco, Alcohol and Diet*. Cambridge University Press.
- Callard C, Chitanondh H, and Weissman R. 2001. "Why Trade and Investment Liberalization may Threaten Effective Tobacco Control Efforts," *Tobacco Control*, 10: 68-70.
- Callard C, Collinshaw N, and Swenarchuk M. 2001. "An Introduction to International Trade Agreements and Their Impact on Public Measures to Reduce Tobacco Use," Physicians for a Smoke Free Canada. Available at: http://www.smoke-free.ca/pdf_1/Trade&Tobacco_April%202000.pdf Retrieved on January 10, 2008.
- Chaloupka F and Laixuthai A. 1996. *U.S. Trade Policy and Cigarette Smoking in Asia*. NBER Working Paper Series, Working Paper 5543. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights. 2000. The Right to the Highest Attainable Standard of Health, General Comment 14, Committee on Economic,

- Social and Cultural Rights, Twenty-second session, E/C 12/2000/4, 11 August, para 51.
- Crow M. 2004. "Smokescreens and State Responsibility: Using Human Rights Strategies to Promote Global Tobacco Control," 29, *Yale Journal of International Law*: 209-250.
- Depken C. 1999. "The Effects of Advertising Restrictions on Cigarette Prices: Evidence from OECD Countries." *Applied Economics Letters* 6: 307-309.
- Dheage L. 1998. "Smoke Across the Waters: Tobacco Production and Exportation as International Human Rights Violation," 22, *Fordham International Law Journal*: 355-456.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, et al. 1994. "Mortality in Relation to Smoking 50 Year's Observation on Male British Doctors," 309, *British Medical Journal* (October 8): 901-911.
- Dresler C and Marks S. 2006. "The Emerging Right to Tobacco Control," 28, *Human Rights Quarterly*: 599-651; 634-637.
- Eckhardt J. 2002. "Balancing the Interests in Free Trade and Health: How the WHO's Framework Convention on Tobacco Control can Withstand WTO Scrutiny," 12, *Duke Journal of Comparative and International Law*, (Winter): 197-230, 223.
- Epps T. 2008. *International Trade and Health Protection: A Critical Assessment of the WTO's SPS Agreement*, Cheltenham, Edward Elgar: 58-91.
- Esson K and Leeder S. 2004. "The Millenium Development Goals and Tobacco Control: An Opportunity for Global Partnership." World Health Organization, available at http://www.who.int/tobacco/publications/mdg_final_for_web.pdf Retrieved on December 12, 2007.
- Ezzati M and Lopez A. 2003. "Estimates of Global Mortality Attributable to Smoking in 2000," *The Lancet* 362 (9387): 847-852, London.
- Fifty-Ninth World Health Assembly. 2006. International Trade and Health – 59/15 available at: http://www.who.int/...gb/wtowha/pdf_files/WHA59/A59-R26-en.pdf Retrieved on 12 December 2015.
- Fidler D, Drager N, and Lee K. 2009. "Managing the Pursuit of Health and Wealth: The Key Challengers". *The Lancet* 373 (9660): 325-331.
- Gajalakshmi CK, Jha P, Ransom K, Nguyen S. 2000. "Global Patterns of Smoking and Smoking Attributable Mortality," in: Jha and Chaloupka (eds.). *Tobacco Control in Developing Countries*, Oxford University Press: 11-39, 35.

- GATT Panel Report Thailand. 1990. Restrictions on Importation of and Internal Taxes on Cigarettes, DS10/R, adopted 7 November, BISD 37S/200. Available at: http://www.wto.org/english/tratop_e/dispu_e/90cigart.pdf Retrieved on 12 December 2015.
- Gilmore A. and McKee M. 2005. "Exploring the Impact of Foreign Direct Investment on Tobacco Consumption in the Former Soviet Union," *Tobacco Control*, 14: 13-21.
- Gould E. 2005. "Trade Treaties and Alcohol Advertising Policy," *Journal of Public Health Policy*, 26(3): 359-376.
- Grieshaber-Otto J, Sinclair S, Schacter N. 2000. "Impacts of International Trade Services and Investment Treaties on Alcohol Regulation," *Addiction* 95 (Supplement 4): S491-S504.
- Hagihara A and Takeshita YJ. 1995. "Impact of American Cigarette Advertising on Imported Cigarette Consumption in Osaka, Japan," *Tobacco Control*, 4: 239-244.
- Health Canada. 2009. An Act to amend the Tobacco Act. See http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/federal/amend_faq-modif-eng.php Retrieved on September 25, 2010.
- Howse R. 2001. "The Legitimacy of the World Trade Organization," in: Jean-Marc Coicaud and Viejo Heiskanen (eds). *The Legitimacy of International Organizations*, Tokyo, New York, United Nations University Press: 355-407, 392.
- Hsieh C-R, Hu TW and Lin CFJ. 1999. "The Demand for Cigarettes in Taiwan: Domestic Versus Imported Cigarettes," *Contemporary Economic Policy* 17 (2): 223-234; 231.
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966. GA Res. 2200A(XXI), 21 UN GAOR Supp. (No 16) at 49, UN Doc. A/6316 (1966); 993 UNTS 3; 6 ILM 368 (1967).
- Kouvonen A, Kivimaki M, Virtanen M, Pentti J and Vahtera J. 2005. 'Work Stress, Smoking Status, and Smoking Intensity: An Observational Study of 46,190 Employees.' *Journal of Epidemiology and Community Health* 59: 63-9.
- MacDonald R and Horton R. 2009. "Trade and Health: Time for the Health Sector to Get Involved." *The Lancet* 373 (9660): 273-274.

- Meier BM. 2005. Breathing Life in the Framework Convention on Tobacco Control: Smoking Cessation and the Right to Health,” 5, *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics*, pp. 137-192.
- Noeth K, 2001. “Taxation to Control Tobacco in Developing States,” in: Edith Brown Weiss and John Jackson (eds.) *Reconciling Environment and Trade*, Ardsley, NY, Transnational Publishers: 101-132, 132.
- Oslo Ministerial Declaration, 2007. “Oslo Ministerial Declaration – Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time.” *The Lancet* 369: 1373-1378.
- Smith R, Chanda R, and Tangcharoensathien V. 2009. “Trade and Health 4: Trade in Health- Related Services.” *The Lancet* 363 (9663): 593-601.
- Smith R, Correa C, and Oh C. 2009. “Trade and Health 5: Trade, TRIPS, and Pharmaceuticals.” *The Lancet* 363 (9664): 684-691.
- Smith RD, Lee K and Drager N. 2009. “Trade and Health 6: Trade and Health: An Agenda for Action.” *The Lancet* 373 (9665): 768-773.
- Strauss R and Mir H. 2001. ‘Smoking and Weight Loss Attempts in Overweight and Normal-Weight Adolescents.’ *International Journal of Obesity* 25(9): 1381-5.
- Taylor A, Chaoupka F, Guindon E, Corbett M. 2000. “The Impact of Trade Liberalization on Tobacco Consumption” in Prabhat Jha and Frank Chaloupka (eds.) *Tobacco Control in Developing Countries*. World Bank and World Health Organization, Oxford: Oxford University Press: 343-364.
- The Tobacco Atlas, 2002. Geneva: World Health Organization, p. 30.
- Tobacco Free Initiative, 2007. World Health Organization, Facts and Figures about Tobacco, June 2007, available at http://www.who.int/tobacco/framework/cop/facts_and_figures_about_tobacco.pdf Retrieved on January 2, 2008.
- Tye J, Warner K and Glantz S, 1987. ‘Tobacco Advertising and Consumption: Evidence of a Causal Relationship.’ *Journal of Public Health Policy* 8(4): 492-508.
- Weissman R. 2003. “International trade agreements and tobacco control: threats to public health and the case for excluding tobacco from trade agreements,” v 2.0 available at: http://www.fctc.org/x/cd/documents/EA_trade_backgrd.pdf Retrieved on November 26, 2007.
- WHO, 2008a. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Geneva: World Health Organization, pp. 8, 14.

- WHO, 2008b. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva: World Health Organization, pp. 6, 11, 18-20, 21.
- WHO-FCTC, 2007. Conference of the Parties Second Session, A/FCTC/COP/2/4 26 April 2007 available at http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_4-en.pdf Retrieved on December 12, 2007.
- WHO-FCTC, 2009. Intergovernmental Negotiating Body on a Protocol on Illicit Trade in Tobacco Products, Third Session. Geneva, Switzerland. Available at http://www.FCTC/COP/INB_IT/3/INF.DOC/4 Retrieved on 7 May 2009.
- WHO-FCTC, 2009. Guidelines for Implementation: Article 5.3, Article 8, Article 11, Article 13. World Health Organization, Geneva.
- Wike J, 1996. "The Marlboro Man in Asia: U.S. Tobacco and Human Rights," 29, *Vanderbilt Journal of Transnational Law*: 329-361.
- Woo A, 2002. "Health Versus Trade: The Future of the WHO's Framework Convention on Tobacco Control," 35, *Vanderbilt Journal of Transnational Law*: 1731-1768.
- World Bank, 1999. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*.
- WTO, 2002. Agreements and Public Health. A Joint Study by the WHO and the WTO Secretariat, World Health Organization and World Trade Organization. Available at http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/who_wto_e.pdf Retrieved on December 12, 2007.
- WTO, 2008. Thailand – Customs and Fiscal Measures on Cigarettes from the Philippines. Request for the Establishment of a Panel by the Philippines, World Trade Organization, WT/DS371/3, 6 October.
- WTO, 2008. India- Certain Taxes and Other Measures on Imported Wines and Spirits, Request for Consultations by the European Communities, World Trade Organization, WT/DS380/1, G/L/855, G/SCM/D79/1, 25 September.
- WTO, 2010. Philippines – Taxes on Distilled Spirits, Request for Consultations by the United States, World Trade Organization, WT/DS403/1, G/L/914, 18 January.
- WTO, 2010. United States – Measures Affecting the Production and Sale of Clove Cigarettes, Request for Consultations by Indonesia, World Trade Organization, WT/DS406/1, G/L/917, G/SPS/GEN/1015, G/TBT/D/38, 14 April.