

# เศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศกับนโยบายการควบคุมยาสูบ: กรณีศึกษาสหภาพยุโรป ฝรั่งเศสและเยอรมนี

ภาคภูมิ แสงกนกกุล\*

วรรณภา ลีระศิริ†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ภาคภูมิ แสงกนกกุล

## บทคัดย่อ

การควบคุมยาสูบเป็นประเด็นหนึ่งในด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ แม้ว่าปัจจุบันจะมีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ พ.ศ. 2546 เป็นกลไกในระดับโลกเพื่อควบคุมการระบาดของยาสูบ แต่ระดับการควบคุมยาสูบของประเทศยังคงมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมาก สาเหตุสำคัญที่ทำให้การควบคุมยาสูบเผชิญกับแรงต้านเป็นเพราะตลาดยาสูบมีการเชื่อมโยงในระดับโลกและสร้างกำไรมหาศาล การศึกษานี้ใช้กรอบทฤษฎีระบบอภิบาลสุขภาพโลกเพื่อเสนอว่ากลไกกรอบอนุสัญญาฯ เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการพัฒนาการควบคุมยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพได้ แต่ต้องใช้ทั้งกลไกในระดับภูมิภาค ตัวแสดงระดับรัฐ และตัวแสดงที่มีใช้รัฐร่วมด้วย งานวิจัยฉบับนี้ใช้กรณีของสหภาพยุโรป ฝรั่งเศส และเยอรมนีเป็นกรณีศึกษา ผลการศึกษาพบว่าฝรั่งเศสที่มีการควบคุมยาสูบอย่างเข้มงวด เนื่องจากตัวแสดงด้านการเมือง ภาคประชาสังคม และบุคลากรการแพทย์มีอิทธิพลสูงในการสนับสนุนการควบคุมยาสูบ สามารถทัดทานอิทธิพลจากบริษัทยาสูบข้ามชาติและผู้ค้าปลีกบุหรี่ได้ ตรงกันข้ามกับเยอรมนีที่มีความล่าช้าในการควบคุมยาสูบเนื่องจากฝ่ายการเมืองไม่สนใจ และภาคประชาสังคมที่ต่อต้านยาสูบมีความอ่อนแอ ประกอบกับบริษัทยาสูบในประเทศและข้ามชาติมีผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและอิทธิพลสูงในการแทรกแซงการพัฒนาการควบคุมยาสูบ อย่างไรก็ตามเมื่อสหภาพยุโรปใช้กลไกด้านกฎหมายของสหภาพยุโรปเพื่อดำเนินการสร้างความกลมกลืนนโยบายควบคุมยาสูบระหว่างประเทศสมาชิกส่งผลให้แต่ละประเทศสมาชิกมีการพัฒนาการควบคุมยาสูบมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของเยอรมนีที่ต่อต้านการควบคุมยาสูบมาตลอด อีกทั้งมาตรการภาษียังส่งผลดีต่อสุขภาพประชาชน สามารถหลีกเลี่ยงการตายเนื่องจากบุหรี่ได้จำนวนหนึ่ง และทำให้แนวโน้มการบริโภคบุหรี่ของประชากรลดลง อย่างไรก็ตามการสร้างความกลมกลืนด้านภาษียังเคารพหลักการเรื่องมาตรการภาษีจะจำกัดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศสมาชิก สะท้อนได้จากภาษีบุหรี่ยังคงเป็นรายได้ให้แก่ประเทศสมาชิกเช่นเดิม งานวิจัยฉบับนี้เสนอว่าอาเซียนและประเทศสมาชิกสามารถใช้ในการสร้างความกลมกลืนนโยบายควบคุมยาสูบระหว่างประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปมาใช้เพื่อทำให้เกิดการศึกษาพัฒนาการควบคุมยาสูบระดับอาเซียนรวมถึงประเทศไทยและลดความแตกต่างของนโยบายควบคุมยาสูบระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน

**คำสำคัญ:** การควบคุมยาสูบ, ระบบอภิบาลสุขภาพ, กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ พ.ศ. 2546, สหภาพยุโรป, กลไกระดับภูมิภาค

<sup>1</sup> บทความวิชาการชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “บทบาทของกฎหมายระหว่างประเทศ และองค์กรเหนือรัฐในการดำเนินนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ: กรณีศึกษาสหภาพยุโรป” สัญญาเลขที่ R-62-05-031 โดยการสนับสนุนทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

\* คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

† คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Received 13 February 2021; Revised 24 May 2021; Accepted 23 July 2021

**Suggested citation:** Saengkanokkul P, Leerasiri W. International political economy and tobacco control policies: a case study of European Union, France and Germany. Journal of Health Systems Research 2021;15(3):276-93.

ภาคภูมิ แสงกนกกุล, วรรณภา ลีระศิริ. เศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศกับนโยบายการควบคุมยาสูบ: กรณีศึกษาสหภาพยุโรป ฝรั่งเศสและเยอรมนี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564;15(3):276-93.

## International Political Economy and Tobacco Control Policies: A Case Study of European Union, France and Germany

Pakpoom Saengkanokkul\*, Wannapa Leerasiri†

\* Faculty of Economics, Chiang Mai University

† Faculty of Political Science and Public Administration, Chiang Mai University

Corresponding author: Pakpoom Saengkanokkul, pakpoom888@hotmail.com

### Abstract

Tobacco control is one of the most contentious political-economic issues at present. The Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) of 2003 was crafted to be a global mechanism for tobacco control. However, the degree of tobacco control differs greatly among countries. FCTC has faced strong resistance because tobacco markets are globalized and highly profitable. This study employed global health governance (GHG) as an analytical framework and argued that the FCTC was not sufficient as an effective tobacco control instrument. It required a regional mechanism such as the European Union as well as national level actors, both state and non-state, for effective tobacco control.

This research study used the European Union, France, and Germany as case studies. Findings show that France had strict tobacco control measures because political actors, non-governmental organizations, and medical personnel had strong influences on shaping tobacco control policy and took stance against transnational tobacco companies and retailers. In contrast, Germany encountered significant delays in developing effective tobacco control policies because of both the ignorance of political actors, and the weakness of the anti-tobacco civil society network. Moreover, powerful and profitable international and national tobacco companies stood firm against Germany's tobacco control policies. This research study discovered that the European Union performed a significant role in harmonizing member states' tobacco control policies, and ushered them in developing their own tobacco control policy measures, especially in the case of Germany. Tax measures had a positive impact on people's health. They helped reduce the number of deaths from tobacco consumption, as well as reduce tobacco consumption rates among smokers. However, tax harmonization measures respected national jurisdiction and minimized economic impacts. Tobacco tax still remained a national source of income. This research study proposes that ASEAN and its member countries adopt the EU's harmonization of tobacco-related legislations in order to develop ASEAN's tobacco control mechanisms and to minimize the gap between members' tobacco control policies.

**Keywords:** tobacco control, global health governance, Framework Convention on Tobacco Control 2003, European Union, regional mechanism

### ภูมิหลังและเหตุผล

ประเด็นเรื่องของสุขภาพโลกทวีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการโลกาภิวัตน์ที่เชื่อมร้อยประเทศและระบบเศรษฐกิจต่างๆ เข้าไว้ด้วยกันโดยปราศจากพรมแดน โลกต้องเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพ เช่น การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 หรือการกลับมาระบาดของโรคที่เคยควบคุมได้อย่างอีโบล่า ทำให้ประชาคมโลกจำเป็นต้อง

มีระบบอภិบาลสุขภาพโลก (global health governance: GHG) หรือหน่วยงานที่มีบทบาทโดยตรงกับระบบสุขภาพ เพื่อเป็นระบบและกลไกที่สามารถที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพของโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วทั้ง<sup>(1)</sup>

กลไกของระบบอภิบาลสุขภาพโลกที่เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางได้แก่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่แม้จะถูกวิพากษ์วิจารณ์ถึงความไร้ประสิทธิภาพ แต่ก็ยังนับว่าเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญยิ่ง



ในการส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับโลก (global health) ซึ่งหนึ่งในประเด็นปัญหาดังกล่าวได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ<sup>2</sup> อันเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยประเทศใดประเทศหนึ่งโดยเฉพาะ แต่จำเป็นที่จะต้องมีความร่วมมือในระดับโลกในการแก้ปัญหาดังกล่าว

บทความวิจัยฉบับนี้ศึกษากลไกของระบบอภิมหาสุขภาพโลกในประเด็นเรื่องการควบคุมยาสูบ กล่าวคือ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำความตกลงระหว่างประเทศ ได้แก่ กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ พ.ศ. 2546 (Framework Convention on Tobacco Control 2003: FCTC)<sup>3</sup> ซึ่งเป็นสนธิสัญญาระหว่างประเทศฉบับแรกที่จัดทำขึ้นภายใต้การดูแลขององค์การอนามัยโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองประชากรโลกให้ปลอดภัยจากพิษภัยของยาสูบ ไม่ว่าจะเกิดจากการบริโภคหรือการสูดดมควันของยาสูบ กรอบอนุสัญญาฯ นี้ต้องการที่จะควบคุมไม่ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่ไปทั่วโลกและหยุดยั้งการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม<sup>(2)</sup>

กรอบอนุสัญญาฯ นี้ถือว่าเป็นความตกลงระหว่างประเทศภายใต้องค์การสหประชาชาติที่มีสมาชิกมากที่สุด ฉบับหนึ่งในประวัติศาสตร์ กล่าวคือ มีสมาชิกถึง 182 ประเทศ รวมทั้งสหภาพยุโรป และในจำนวนนี้เป็นประเทศที่ยังไม่ได้ให้สัตยาบัน 14 ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาและอินโดนีเซีย กรอบอนุสัญญาฉบับนี้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548<sup>(2)</sup>

ความน่าสนใจของการขับเคลื่อนด้านสุขภาพโลกในประเด็นเรื่องของการควบคุมยาสูบคือการที่สนธิสัญญาฉบับดังกล่าวประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมนโยบายและกฎหมายว่าด้วยการควบคุมยาสูบในประเทศสมาชิกได้เป็นอย่างดีในหลายๆ ประเทศ เช่น

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นการอนุวัติการตามกรอบอนุสัญญาฯ ขององค์การอนามัยโลก กล่าวได้ว่าประเทศไทยถือเป็นประเทศหนึ่งที่มีความก้าวหน้าในเรื่องการควบคุมยาสูบภายใต้กรอบอนุสัญญาฯ ฉบับดังกล่าว<sup>(1)</sup>

อย่างไรก็ดี ยังคงมีอีกหลายประเทศที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ นี้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากอุตสาหกรรมยาสูบ ปัจจุบันอุตสาหกรรมยาสูบมีมูลค่าถึง 932.11 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 949.82 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี พ.ศ. 2564 นี้<sup>(3)</sup> การควบคุมยาสูบย่อมส่งผลกระทบต่อรายได้ของรัฐบาลและต้องหาแหล่งรายได้อื่นมาทดแทน ส่วนห่วงโซ่อุปทานของยาสูบก็มีการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงระดับโลก และสร้างกำไรมหาศาลแก่บริษัทยาสูบข้ามชาติมาช้านาน ซึ่งแปรเปลี่ยนเป็นอำนาจในการเข้ากีดตันกระบวนการออกนโยบายควบคุมยาสูบในประเทศต่างๆ นอกจากนี้ยาสูบเป็นสินค้าวัฒนธรรมที่มีการบริโภคมาอย่างยาวนานเป็นค่านิยมปกติและได้รับการยอมรับและปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย บางสังคมยังเชื่อว่ายาสูบเป็นยารักษาโรคได้ รวมถึงเป็นสัญลักษณ์ของเสรีภาพและความเท่าเทียมระหว่างเพศชายและหญิงอีกด้วย ดังนั้น ก่อนที่องค์การอนามัยโลกจะสามารถผลักดันกรอบอนุสัญญาฯ ได้จนเป็นผลสำเร็จนั้นประเทศต่างๆ มีจุดยืนในเรื่องการควบคุมยาสูบที่แตกต่างกันมาก ขึ้นอยู่กับประวัติศาสตร์ในอดีต

งานวิจัยฉบับนี้ศึกษาปรากฏการณ์ดังกล่าวผ่านกรอบทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง กล่าวคือ ประเด็นเรื่องการควบคุมยาสูบไม่สามารถทำความเข้าใจผ่านกลไกทางกฎหมายแต่เพียงอย่างเดียว ในทางตรงกันข้ามการควบคุมยาสูบเกี่ยวข้องกับภาคส่วนต่างๆ อย่างซับซ้อน และมีลักษณะของการข้ามชาติตั้งแต่ขั้นตอนการผลิตไปจนถึงการค้า ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าวผ่านมุมมองทางด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ เพื่อที่จะได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจ

<sup>2</sup> ผลิตภัณฑ์ยาสูบมีหลากหลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่ได้รับความนิยมมากที่สุดได้แก่ บุหรี่ (cigarette) ดังนั้นในบทความนี้จะใช้คำว่า การสูบบุหรี่ แต่มีนัยถึงการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ด้วย

<sup>3</sup> ต่อจากนี้จะใช้คำย่อว่า กรอบอนุสัญญาฯ

และการเมือง และบทบาทของตัวแสดงต่างๆ ในระดับระหว่างประเทศ รวมถึงผลที่ตามมาของผลลัพธ์และผลประโยชน์ดังกล่าว นอกจากนี้ งานวิจัยฉบับนี้ยังใช้กรอบการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์การเมืองเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยภายในประเทศที่มีความสำคัญด้วยเช่นกัน ในการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมยาสูบในแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน

งานวิจัยฉบับนี้มีข้อถกเถียงว่าแม้กรอบอนุสัญญาฯ จะมีความสำคัญ แต่ก็ไม่เพียงพอให้รัฐสมาชิกปฏิบัติตามข้อกำหนดในกรอบอนุสัญญาฯ ได้ ตัวอย่างเช่น กรณีของประเทศเคนยาที่เข้าเป็นภาคีของกรอบอนุสัญญาฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีการออกกฎหมายใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบหลายฉบับ แต่กฎหมายที่ออกมานี้ก็ยังคงมีข้อบกพร่องมากมาย เช่น อนุญาตให้มีการสูบบุหรี่ในที่ทำงานที่เป็นส่วนบุคคลได้ ข้อบกพร่องเหล่านี้ทำให้กฎหมายว่าด้วยการควบคุมยาสูบและการสูบบุหรี่ของเคนยาไม่เข้มแข็ง<sup>(4)</sup> ทำให้ต้องอาศัยกลไกขององค์กรระหว่างประเทศในภูมิภาคในฐานะองค์กรเหนือรัฐที่มีกลไกในการที่จะทำให้นโยบายการควบคุมยาสูบของสมาชิกสหภาพยุโรปเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือกลมกลืน (policy harmonization)

ในบทความนี้ผู้วิจัยเลือกประเทศฝรั่งเศสและประเทศเยอรมนีเป็นกรณีศึกษา เนื่องจาก ประการแรก ทั้งสองประเทศเป็นประเทศที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดในสหภาพยุโรป และมีอิทธิพลสำคัญในการผลักดันนโยบายของสหภาพยุโรป และประการที่สอง ทั้งสองประเทศมีจุดยืนด้านนโยบายการควบคุมยาสูบที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง กล่าวคือฝรั่งเศสมีนโยบายที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน จึงมีท่าทีในการส่งเสริมการควบคุมยาสูบ ในขณะที่เยอรมนีได้รับอิทธิพลจากอุตสาหกรรมยาสูบเป็นอย่างมากทำให้มีจุดยืนต่อต้านนโยบายการควบคุมยาสูบมาตลอด ประการที่สาม การเปรียบเทียบทั้งสองประเทศที่มีแนวทางในการควบคุมยาสูบที่แตกต่างกันเป็นอย่างมาก ทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าประเทศที่มีประวัติศาสตร์ของการต่อต้านการควบคุมยาสูบอย่างเยอรมนีนั้นจำเป็นต้องมีการ

ปรับเปลี่ยนกฎหมาย ข้อบังคับและเครื่องมือต่างๆ ในการควบคุมยาสูบอันเป็นผลมาจากการดำเนินการสร้างความกลมกลืนนโยบายควบคุมยาสูบระหว่างประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปอย่างไรโดยมีประเทศฝรั่งเศสเป็นตัวอย่งเปรียบเทียบ

## ระเบียบวิธีศึกษา

งานวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย กฎหมาย และกลไกการทำงานของประเทศฝรั่งเศส เยอรมนีและสหภาพยุโรป ทั้งที่เป็นภาษาอังกฤษและฝรั่งเศส รวมทั้งใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลขององค์กร European Commission และองค์การอนามัยโลกเป็นสำคัญ โดยสืบค้นข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลของ PubMed, Google Scholar, BMJ Public Health และฐานข้อมูลขององค์กร European Commission และ WHO โดยคำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ “political economy of tobacco control (เศรษฐศาสตร์การเมืองควบคุมยาสูบ)” “tobacco control in EU (นโยบายควบคุมยาสูบสหภาพยุโรป)” “FCTC WHO” “EU directives tobacco” “politique de lutte contre le tabagisme en France (นโยบายควบคุมยาสูบฝรั่งเศส)” “tobacco control in Germany (นโยบายควบคุมยาสูบเยอรมนี)”

การศึกษานี้ใช้กรอบการวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศซึ่งในที่นี้หมายถึง การศึกษาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและการเมือง ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจและการเมือง รวมถึงผลที่ตามมาของผลลัพธ์และผลประโยชน์<sup>(5)</sup> เนื่องด้วยกระบวนการกำหนดนโยบายยาสูบนั้นมีความซับซ้อน มีผลประโยชน์หลากหลายและความเป็นการเมืองสูง กรอบวิเคราะห์ดังกล่าวเมื่อประยุกต์ใช้จะช่วยให้เห็นภูมิทัศน์การเมือง ตัวแสดงที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบและวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่หลากหลายของตัวแสดงประเมินอำนาจของแต่ละตัวแสดง และตำแหน่งแห่งที่



ของตัวแสดง รวมถึงความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย Kusi-Ampofo<sup>(6)</sup> ใช้กรอบแนวคิดของ Kingdon<sup>(7)</sup> ที่เป็นการวิเคราะห์หุกระแสปะกอบด้วยกระแสปัญหา กระแสการเมือง และกระแสนโยบาย ในการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายควบคุมยาสูบประเทศมอริเชียส งานศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางเจตจำนงการเมือง การมีประสิทธิภาพของสถาบันด้านสุขภาพ การตระหนักถึงปัญหาหรือของประชาชน รวมถึงอิทธิพลของอนุสัญญาฯ มีส่วนช่วยในการพัฒนานโยบายควบคุมยาสูบ Chantornvong & McCargo<sup>(8)</sup> ใช้กรอบเศรษฐศาสตร์การเมืองวิเคราะห์นโยบายควบคุมยาสูบไทยในทศวรรษ 80-90 เพื่อแสดงให้เห็นตัวแสดงสำคัญในการสนับสนุนการควบคุมยาสูบได้แก่ เครือข่ายประชาสังคม เครือข่ายบุคลากรการแพทย์ เจตจำนงนักการเมือง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยภายนอกประเทศอาจส่งผลเป็นอุปสรรคในอนาคตได้แก่ อิทธิพลของบริษัทยาสูบข้ามชาติ Bump et al.<sup>(9)</sup> ใช้กรอบเศรษฐศาสตร์การเมืองวิเคราะห์นโยบายการควบคุมยาสูบในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง และวางแผนที่ผู้มีส่วนได้เสียกรณีการให้ข้อมูลความเสี่ยงสุขภาพของยาสูบกรณีข้อพิพาทการค้ายาสูบ กรณีการลักลอบค้ายาสูบผิดกฎหมาย กรณีการขึ้นภาษียาสูบ และกรณีความขัดแย้งภายในรัฐบาลเนื่องจากประเด็นยาสูบ

โดยกรอบแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองนำมาวิเคราะห์ในหัวข้อ 1 เพื่อศึกษาการพัฒนานโยบายควบคุมยาสูบเปรียบเทียบระหว่างฝรั่งเศสและเยอรมนี พร้อมวิเคราะห์ตัวแสดงต่างๆ ที่มีทั้งฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายต่อต้านการควบคุมยาสูบ และนำข้อมูลดังกล่าวไปวางแผนที่การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียการควบคุมยาสูบ

นอกจากนี้ยังมีการใช้กรอบวิเคราะห์การอภิบาลระบบสุขภาพโลก (global health governance: GHG) ซึ่งอธิบายได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพไม่ใช่เป็นปัจจัยที่ถูกตีกรอบแค้ในเขตแดนรัฐเท่านั้น แต่สามารถข้ามขอบเขตแดนรัฐได้ จึงต้องอาศัยความร่วมมือระดับโลกมากกว่าระดับทวิภาคีในการแก้ปัญหา<sup>(10)</sup> ในอีกความหมาย การ

อภิบาลหมายถึงกระบวนการร่วมมือกันทำงานของกลุ่มต่างๆ สถาบันต่างๆ ในหลายระดับเพื่อบรรลุจุดประสงค์ร่วมกัน การใช้อำนาจรัฐเท่านั้นในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพต่างๆ จึงไม่เพียงพอต่อปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน และจำเป็นต้องร่วมมือกับสถาบันหรือองค์กรต่างๆ ทั้งในรูปแบบสถาบันรัฐ สถาบันที่ไม่ใช่รัฐ และสถาบันเหนือรัฐ หรือภาคประชาสังคม<sup>(11)</sup> ดังนั้นการวิเคราะห์การอภิบาลสุขภาพระดับโลกจึงเป็นการอภิบาลหลายระดับ (multi-level governance) ที่กระบวนการผลิตนโยบายและบังคับใช้ไม่ได้มาจากอำนาจจากรัฐบาลกลางเท่านั้น แต่มาจากชุดของการเจรจาต่อรองระหว่างรัฐบาลและกลุ่มผลประโยชน์ในหลายๆ ระดับการอภิบาล<sup>(12)</sup>

โดยกรอบวิเคราะห์การอภิบาลสุขภาพโลกจะนำมาวิเคราะห์ในหัวข้อที่ 2. สหภาพยุโรปอันเป็นองค์กรภูมิภาคที่สำคัญในการเชื่อมโยงกับองค์การอนามัยโลกและอนุสัญญาฯ FCTC และการสร้างนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศสมาชิกให้เป็นทิศทางเดียวกัน ซึ่งการวิเคราะห์ประกอบด้วย การยกระดับปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาระดับภูมิภาค การเปลี่ยนแปลงระบบอภิบาลในระดับสหภาพยุโรป และบทบาทของตัวแสดงที่มีใช้รัฐ

## การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

งานศึกษาชิ้นนี้ (โครงการวิจัยรหัส CMUREC No. 63/181) ได้รับหนังสือรับรองการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ผลการศึกษา

### 1. การพัฒนานโยบายควบคุมยาสูบเปรียบเทียบระหว่างฝรั่งเศสและเยอรมนี

#### 1.1 ฝรั่งเศส

ฝรั่งเศสเคยเป็นประเทศที่มีผู้บริโภคผลิตภัณฑ์บุหรื

และยาสูบสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลกจากสถิติแสดงให้เห็นว่าในช่วงทศวรรษที่ 1950 ความชุกของผู้สูบบุหรี่อยู่ที่ร้อยละ 56 ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามก็ตีจำนวนผู้สูบบุหรี่ได้ลดจำนวนลงเรื่อยๆ เป็นร้อยละ 51 ในทศวรรษ 1960, ร้อยละ 42 ในทศวรรษ 1970, ร้อยละ 38 ในทศวรรษ 1980, ร้อยละ 36 ในทศวรรษ 1990 และร้อยละ 26 ในสหัสวรรษใหม่<sup>(13)</sup> กล่าวได้ว่าอัตราการบริโภคบุหรี่ที่ลดน้อยลงนี้เป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายและกลไกการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพ

ฝรั่งเศสเป็นประเทศแนวหน้าของสหภาพยุโรปที่มีความเข้มแข็งในการควบคุมยาสูบอันเป็นผลมาจากปัจจัยบวกหลายประการ ประการแรก ฝรั่งเศสมีฝ่ายการเมืองที่เข้มแข็งและมีเจตจำนงที่มุ่งมั่นในการลดการบริโภคยาสูบเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพและภาระการคลังสาธารณสุขของรัฐ ความพยายามในการควบคุมยาสูบของฝรั่งเศสเริ่มขึ้นในปลายทศวรรษที่ 1970 รัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพ Simon Veil ในรัฐบาลของนายกรัฐมนตรี Jacques Chirac ได้ออกกฎหมายเพื่อต่อต้านบุหรี่ (Loi relative à la lutte contre le tabagisme) เป็นที่น่าเสียดายว่ากฎหมายฉบับนี้ไม่สามารถบังคับใช้ได้จริงและต้องเผชิญกับแรงต้านจากฝ่ายต่างๆ รวมถึงหน่วยงานภาครัฐด้วยกันเองอย่างกระทรวงการคลังและ Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes (SEITA) ที่เป็นองค์กรผูกขาดยาสูบของรัฐ

อย่างไรก็ดี ความพยายามของฝ่ายการเมืองยังคงมีอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2534 มีการออกกฎหมายเพื่อต่อต้านบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme) หรือ Loi Evin กฎหมายฉบับนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของรายงานเรื่องผลกระทบด้านสุขภาพจากยาสูบ โดยกลุ่มวิชาชีพแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ที่มีชื่อเสียงของฝรั่งเศส ผลของกฎหมายนี้ทำให้มีการแยกราคาของบุหรี่ออกจากการค้าปลีกผู้บริโภคราคาผู้บริโภครวมทำให้รัฐบาลมีมาตรการเพิ่มภาษีบุหรี่และราคาบุหรี่โดยไม่กระทบต่ออัตราเงินเพื่อ

ทำให้การขึ้นราคาและการขึ้นภาษีกลายเป็นเครื่องมือในการควบคุมยาสูบอีกทางหนึ่งด้วย ยิ่งไปกว่านั้น กฎหมายฉบับนี้ยังเพิ่มการควบคุมยาสูบโดยไม่ใช้มาตรการภาษี เช่น ห้ามการโฆษณาสูบในสื่อสาธารณะ กำหนดให้มีการแยกพื้นที่สูบบุหรี่ออกจากพื้นที่ไม่สูบบุหรี่ กำหนดข้อความเตือนภัยสุขภาพบนซองบุหรี่ และกำหนดปริมาณจำกัดของทาร์ในส่วนผสมของบุหรี่

ภาคการเมืองยังเป็นตัวแสดงสำคัญในการพัฒนาการควบคุมยาสูบ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ที่นาย Jacques Chirac ขึ้นดำรงตำแหน่งประธานาธิบดีของฝรั่งเศสก็ได้มีการสร้างนโยบายแห่งชาติเพื่อต่อสู้โรคมะเร็งหรือแผน le Plan cancer 2003-2007<sup>(14)</sup> ในแผนการนี้ได้มีการตั้งเป้าเกี่ยวกับยาสูบว่าต้องการลดจำนวนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ลงร้อยละ 30 และผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ลงร้อยละ 20 โดยมีมาตรการห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ห้ามขายบุหรี่ที่บรรจุต่ำกว่า 19 มวนต่อซอง และเพิ่มภาษีอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2546-2547 มีการเพิ่มขึ้นถึงสามครั้ง และราคาเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 39 นอกจากนี้ยังมีมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานที่สาธารณะ การขนส่งสาธารณะ และสถานศึกษา รวมถึงให้การสนับสนุนสมาคมรณรงค์ต่อต้านยาสูบ มาตรการเพื่อช่วยเหลือการเลิกบุหรี่ มาตรการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ในผู้หญิงและผู้หญิงตั้งครรภ์ มาตรการดังกล่าวเหล่านี้ทำให้มียอดขายบุหรีลดลงจาก 83.5 ล้านมวนในปี พ.ศ. 2544 เป็น 55 ล้านมวนในปี พ.ศ. 2547<sup>(15)</sup>

รัฐบาลฝรั่งเศสได้ออกแผนระดับชาติต่อสู้โรคมะเร็งฉบับที่ 2 Le Plan Cancer 2009-2013<sup>(16)</sup> โดยมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการควบคุมยาสูบ ได้แก่ การศึกษาวิจัยความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสังคมต่อการติดบุหรี่ และปัญหาการติดบุหรี่ในประชากรวัยรุ่น และมุ่งเน้นมาตรการป้องกันการเสพติดบุหรี่โดยมุ่งเป้าไปที่ปัจจัยหลายๆ ด้านที่มีผลต่ออุปสงค์บุหรี่ และยังได้มีการทำแผนระดับชาติเพื่อลดการสูบบุหรี่ พ.ศ. 2554-2562 (Le Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019) โดยตั้งเป้าลดความชุกผู้สูบบุหรี่จากเดิมร้อยละ 29.1 เป็น



26.2 ภายใน 5 ปี และลดลงต่ำกว่าร้อยละ 20 ภายใน 10 ปี และในปี พ.ศ. 2575 ต้องลดความชุกของผู้สูบบุหรี่อายุต่ำกว่า 20 ปีให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 5<sup>(17)</sup>

ในด้านการเมืองระหว่างประเทศ ในปี พ.ศ. 2547 ฝรั่งเศสได้เข้าร่วมเป็นภาคีของกรอบอนุสัญญาฯ FCTC อีกทั้งทั่วโลกในสหภาพยุโรปเองก็มีการประยุกต์มาตรการควบคุมยาสูบที่ปรากฏในกรอบอนุสัญญาฯ เพื่อออกกฎหมายระหว่างประเทศบังคับใช้ในประเทศสมาชิก ดังนั้นฝรั่งเศสจึงใช้ความชอบธรรมดังกล่าวพัฒนาให้มาตรการควบคุมยาสูบของฝรั่งเศสแข็งแกร่งยิ่งขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2549 มีการขยายพื้นที่การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการออกกฎหมายเพิ่มอายุขั้นต่ำที่สามารถซื้อบุหรี่ได้ จาก 16 ปี เป็น 18 ปี มีการกำหนดข้อความและรูปภาพเตือนภัยสุขภาพบุหรี่บนซองในปี พ.ศ. 2554 และมีการเพิ่มมาตรการการรักษาผู้ต้องการเลิกบุหรี่โดยได้เพิ่มผลิตภัณฑ์เพื่อทดแทนนิโคตินเข้าไปในบัญชียาของกองทุนประกันสุขภาพ ผู้ประกันตนและให้มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าว 150 ยูโรเพื่อใช้ในการบำบัดสามเดือน

ปัจจัยที่สองที่ทำให้การควบคุมยาสูบในประเทศฝรั่งเศสประสบความสำเร็จ ได้แก่ องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ กล่าวคือ กลุ่มวิชาชีพแพทย์ที่เห็นปัญหาของมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายสำคัญของชาวฝรั่งเศสและมีความเกี่ยวข้องกับบุหรี่ จึงเป็นกลุ่มแรกๆ ที่เคลื่อนไหวเพื่อให้ระบบการป้องกันโรคของฝรั่งเศสได้รับการใส่ใจมากขึ้น ตัวอย่างเช่น กลุ่มแพทย์ Cinq Sages<sup>4</sup> ได้ตีพิมพ์รายงานซึ่งสร้างความสนใจแก่สื่อมวลชนได้ตระหนักถึงปัญหาบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และถูกนำมาใช้เป็นรากฐานสำคัญในการร่างกฎหมาย Loi Evin ในปี พ.ศ.

<sup>4</sup> กลุ่มวิชาชีพแพทย์นี้ได้ถูกสื่อฝรั่งเศสเรียกขานว่า « Les cinq sages de santé publique » หรือผู้รอบรู้ทั้งห้าด้านสาธารณสุขอันประกอบด้วย Albert Hirsch และ Gérard Dubois นายแพทย์และประธานคณะกรรมการอิสระระดับชาติเพื่อต่อต้านการระบาดของบุหรี่เมื่อปี 1991 และ 2003 (Comité national contre le tabagisme) Maurice Tubiana, Claude Got ศาสตราจารย์ด้านพยาธิวิทยา และ François Grémy ศาสตราจารย์ทางด้านสาธารณสุข

2534 นอกจากนี้ กลุ่มวิชาชีพแพทย์มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่มวิชาชีพแพทย์ สร้างความสัมพันธ์อันดีกับสื่อมวลชน รวมถึงสาธารณชนเพื่อเคลื่อนไหวสร้างแรงกดดันแก่รัฐบาล

ปัจจัยที่สาม มีการรวมตัวของภาคประชาสังคมสนับสนุนการควบคุมบุหรี่ โดยมีการรวมตัวครั้งแรกในรูปสมาคมเอกชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2411 และมีการพัฒนาเป็นสถาบันกึ่งเอกชนชื่อ คณะกรรมการต่อต้านยาสูบแห่งชาติ (Comité national contre le tabagisme) และได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล นอกจากนี้มีองค์กรเอกชนอื่น เช่น สันนิบาตแห่งชาติเพื่อต่อสู้มะเร็ง (La ligue nationale contre le cancer) สมาพันธ์โรคหัวใจของฝรั่งเศส (La fédération française de cardiologie) สมาคมเพื่อสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ (Association pour les droits des non-fumeurs) ภาคประชาสังคมเหล่านี้มีบทบาท เช่น ทำภารกิจด้านส่งเสริมการนำมาตรการควบคุมบุหรี่มาปฏิบัติในสังคม มีบทบาทในการใช้กระบวนการฟ้องร้องทางกฎหมายแก่ผู้ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับการห้ามโฆษณาบุหรี่ โดยคดีความที่คณะกรรมการต่อต้านยาสูบได้ฟ้องร้องในช่วงปี พ.ศ. 2534-2540 มีจำนวนมากกว่า 200 คดี และคดีชนะที่โด่งดังได้แก่การฟ้องร้องบริษัททรอยด์เรโนลท์ สถานีโทรทัศน์ TF1 ในการสนับสนุนบุหรี่ที่ห่อคาเมลอย่างโจ่งแจ้งผ่านการนำเครื่องหมายการค้าเผยแพร่ระหว่างการแข่งขันฟอร์มูล่าวัน<sup>(18)</sup>

เป็นที่แน่นอนว่าบริษัทอุตสาหกรรมยาสูบเป็นตัวแสดงสำคัญที่ต่อต้านการควบคุมยาสูบ ในอดีตบริษัทยาสูบรัฐวิสาหกิจผูกขาดอย่าง SEITA เป็นตัวแสดงที่มีอิทธิพลสูง แต่เมื่อมีการเปิดเสรีการค้าบุหรี่และการสร้างตลาดร่วมในประชาคมยุโรป บุหรือนอกจึงทะลักเข้ามาในฝรั่งเศสและแย่งส่วนแบ่งตลาด SEITA จึงประสบปัญหาขาดทุน และในปี พ.ศ. 2551 ต้องขายกิจการทั้งหมดให้บริษัท Imperial Tobacco ดังนั้นปัจจุบันกลายเป็นว่าบริษัทยาสูบข้ามชาติเข้ามาเป็นตัวแสดงที่มีอิทธิพลสูงในการต่อต้านนโยบายควบคุมยาสูบ โดยมี 4 บริษัทที่ครองตลาด ได้แก่ Philip

Morris France (ครองตลาดยาสูบร้อยละ 40.2) Imperial Tobacco (ร้อยละ 25.2) British American Tobacco (ร้อยละ 16.4) และ Japan Tobacco International (ร้อยละ 17.1)<sup>(19)</sup>

บริษัทยาสูบข้ามชาติมีกลยุทธ์หลายรูปแบบที่จะชะลอและบั่นทอนการควบคุมยาสูบ เช่น การให้เงินสนับสนุนกับการวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ การให้เงินสนับสนุนธุรกิจสื่อ การให้เงินสนับสนุนด้านกีฬาและวัฒนธรรม การพยายามหาช่องทางติดต่อกับผู้แทนในสภาข้าราชการ ด้วยวิธีการพบปะในงานเลี้ยงต่างๆ นอกจากนี้บริษัทยาสูบยังพยายามกดดันสภาเพื่อลดการห้ามโฆษณาบุหรี่โดยใช้ข้ออ้างเรื่องศิลปะและวัฒนธรรม รวมถึงใช้วิธีการฟ้องร้องทางศาลเพื่อให้องค์กรเอกชนต่อต้านบุหรี่อ่อนแอลง<sup>(20)</sup>

ตัวแสดงสำคัญอีกกลุ่มที่ต่อต้านการควบคุมยาสูบได้แก่ สมาพันธ์เจ้าของบาร์ร้านค้ายาสูบ (La Confédération nationale de buralistes) ซึ่งเป็นการรวมตัวของกลุ่มเจ้าของบาร์ร้านขายปลีกบุหรี่ โดยวัตถุประสงค์ของกลุ่มมีเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มตนเป็นหลัก พวกเขาเรียกร้องให้มีการทบทวนมาตรการขึ้นภาษีบุหรี่ และการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารและบาร์ อันส่งผลกระทบต่อรายได้ของพวกเขาโดยตรง ทางกลุ่มมีการเดินขบวนครั้งใหญ่ระดับประเทศเพื่อต่อต้านมาตรการดังกล่าวในปี พ.ศ. 2550

## 1.2 เยอรมนี

การสูบบุหรี่เป็นวิถีชีวิตของชาวเยอรมันมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 การสูบบุหรี่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางทั้งในหมู่ประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น แม้ว่าจะมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงผลเสียที่จะเกิดต่อสุขภาพ แต่การสูบบุหรี่ก็ยังคงได้รับความนิยมและมีการสร้างภาพลักษณ์ผ่านสื่อโฆษณาโดยมีการนำเอาการสูบบุหรี่ไปเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตที่โก้เก๋ มีความทันสมัยและแสดงออกถึงความความสำเร็จ<sup>(21)</sup>

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี พ.ศ.

2543 มีชาวเยอรมันอายุระหว่าง 18-59 ปี สูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 34.5 โดยมีประชากรเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าประชากรหญิง กล่าวคือเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 38.9 ในขณะที่เพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 30.6 ส่วนเยาวชนอายุ 14-15 ปีสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 29<sup>(22)</sup> อย่างไรก็ตามตัวเลขนี้มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนประชากรผู้สูบบุหรี่โดยรวมในปี พ.ศ. 2555 พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2561 อยู่ที่ร้อยละ 29.7, 29.1, 28.6 และร้อยละ 28 ตามลำดับ<sup>(23)</sup>

ในแต่ละปีมีชาวเยอรมันที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรประมาณ 100,000 ถึง 120,000 คน และเยอรมนีต้องเสียงบประมาณถึงปีละประมาณ 7.5 พันล้านยูโรไปในการรักษาอาการป่วยและปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ และหากนับค่าเสียโอกาสและผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการที่วัยแรงงานไม่สามารถทำงานได้อันเนื่องมาจากอาการป่วยและการเสียชีวิตก่อนวันอันควรที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่จะมีความเสียหายถึงปีละมากกว่า 21 พันล้านยูโร<sup>(24)</sup>

แม้ว่าประเทศเยอรมนีจะเป็นผู้นำของโลกในหลายๆ เรื่อง แต่เมื่อมองจากมุมมองเรื่องการควบคุมยาสูบแล้ว เยอรมนีกลับกลายเป็นประเทศที่มีความล่าช้ากว่าประเทศอื่นๆ ในสหภาพยุโรปเป็นอย่างมาก<sup>(25-28)</sup> กล่าวคือ เยอรมนีเป็นประเทศสุดท้ายในยุโรปเหนือที่มีการออกมาตรการในการควบคุมยาสูบ เยอรมนีออกข้อบังคับเกี่ยวกับการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชน และมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานออกมาในปี พ.ศ. 2545 แต่มาตรการต่างๆ ของเยอรมนียังถือว่าต่ำกว่ามาตรการของประเทศอื่นๆ

พัฒนาการควบคุมยาสูบที่ล่าช้าเนื่องจาก ประการแรก บริษัทยาสูบมีอิทธิพลสูงในการแทรกแซงด้านการเมือง บริษัทในเยอรมนีมีบทบาทในด้านอุปทานยาสูบให้ชาวเยอรมนีอย่างยาวนาน และสั่งสมกำไรรวมถึงอิทธิพลอย่างแข็งแกร่งจนมีบทบาทในการกำหนดนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ นับตั้งแต่ช่วงต้นศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา ประเทศเยอรมนีมีความต้องการในการบริโภค





บุหรี่ยุติในระดับที่สูง โดยเฉพาะซิการ์ถือเป็นวิถีชีวิตอย่างหนึ่งของชาวเยอรมัน ซึ่งต่างจากประเทศอื่นที่ถือว่าซิการ์เป็นสินค้าฟุ่มเฟือย (luxury goods)

ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1940 อุตสาหกรรมยาสูบเข้าไปมีบทบาทในรัฐบาลและหน่วยงานที่มีอำนาจในการตัดสินใจนโยบาย ทำให้มีนโยบายที่เอื้อให้กับบริษัทยาสูบ ในปี พ.ศ. 2491 บริษัทยาสูบยักษ์ใหญ่ 4 แห่ง ได้แก่ Reemstima, Brinkmann, Haus Neuerberg และบริษัทข้ามชาติอย่าง BAT ได้รวมกลุ่มกันก่อตั้งสมาคมอุตสาหกรรมยาสูบ (Verband der Cigarettenindustrie: VdC) ขึ้น สมาคมนี้ทำหน้าที่ในการเป็นตัวแทนของบริษัทต่างๆ ในการลobbies รัฐบาลและปกป้องผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบในเยอรมนี ในเวลาต่อมา บริษัทยาสูบบริษัทอื่นๆ ก็ได้เข้าร่วมกับ VdC ทำให้ VdC กลายเป็นกลุ่มกดดันของบริษัทยาสูบของเยอรมนีที่ใหญ่ที่สุดมาจนถึงปี พ.ศ. 2550 โดย VdC ได้สนับสนุนการทำวิจัยที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่และ VdC ก็ได้ใช้ความสัมพันธ์กับรัฐบาลในการกดดันให้ออกนโยบายที่สนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบอย่างต่อเนื่องและยาวนาน<sup>(29)</sup>

ยิ่งไปกว่านั้น อุตสาหกรรมยาสูบได้สนับสนุนด้านการเงินในหลากหลายช่องทางแก่พรรคการเมืองต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นพรรคสหภาพประชาธิปไตยคริสเตียน (Christian Democratic Union of Germany: CDU) และพรรคสหภาพสังคมคริสเตียน (Christian Social Union in Bavaria: CSU) พรรคสังคมนิยมประชาธิปไตยเยอรมนี (Social Democratic Party of Germany: SPD) พรรคเสรีประชาธิปไตย (Freie Demokratische Partei: FDP) หรือแม้กระทั่งพรรคกรีน กลยุทธ์ที่บริษัทยาสูบใช้ยังมีในลักษณะสร้างความขัดแย้งระหว่างกระทรวงด้วย โดยพยายามให้กระทรวงด้านสุขภาพที่สนับสนุนการควบคุมยาสูบนั้นตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของกระทรวงการคลังและพาณิชย์ที่ให้ความสำคัญด้านผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของยาสูบและต่อต้านการควบคุมยาสูบ รวมถึงการพยายามสนับสนุนตัวแทนจากกระทรวงการคลังและพาณิชย์เข้าไปมีบทบาทในเวทีกรอบอนุสัญญาฯ FCTC<sup>(30)</sup>

นอกจากนี้บริษัทยาสูบยังให้เงินสนับสนุนแก่สื่อมวลชน อุตสาหกรรมกีฬาและบันเทิงอีกด้วย ดังนั้นมาตรการควบคุมยาสูบที่รัฐบาลเยอรมนีออกมามีลักษณะเป็นการทำสัญญาใจให้อุตสาหกรรมมีการควบคุมกำกับตนเอง (self regulation) มากกว่าที่จะออกกฎหมายบังคับใช้<sup>(27)</sup>

ประการที่สอง คือ ความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายควบคุมยาสูบและนาซีเยอรมัน การขึ้นมาถืออิทธิพลของรัฐบาลนาซีในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้มีการควบคุมยาสูบและบุหรี่ปะระาะมีรายงานทางการแพทย์แสดงให้เห็นถึงผลกระทบในเชิงลบจากการบริโภคยาสูบที่มีต่อสุขภาพ ทำให้รัฐบาลออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและขึ้นภาษียาสูบ โดยมีเป้าหมายเพื่อการรักษาไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์อันบริสุทธิ์ และเมื่อสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศเยอรมนีประสบกับความพ่ายแพ้ทำให้ถูกแบ่งออกเป็นหลายส่วนภายใต้การกำกับดูแลของมหาอำนาจไม่ว่าจะเป็นสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และสหภาพโซเวียต เนื่องจากขาดงบประมาณในการบูรณะประเทศ ประเทศผู้ชนะจึงคงอัตราภาษียาสูบขึ้นสูงต่อเนื่องจากที่รัฐบาลนาซีริเริ่มไว้ แต่ทว่า การขึ้นภาษีกลับส่งผลเสียตามมา เนื่องจากการควบคุมบุหรี่ปะระาะเป็นมรดกตกทอดจากนโยบายเผ่าพันธุ์บริสุทธิ์ของนาซีเยอรมันซึ่งสร้างความไม่พอใจแก่ชาวเยอรมันเป็นอย่างมากและยังส่งผลกระทบต่อโรงงานผลิตซิการ์ บีบให้โรงงานต้องปิดตัวลงส่งผลให้คนงานกว่า 9,300 คนต้องตกงาน เช่นเดียวกันกับสภาเมือง Vlotho ก็ออกมาแสดงความเห็นว่าการขึ้นภาษีในลักษณะนี้เป็นการทำลายอุตสาหกรรมผลิตซิการ์ของท้องถิ่น<sup>(29)</sup> การขึ้นภาษีทำให้บุหรี่ปะระาะเป็นสินค้าที่เข้าถึงได้ยากจึงมีการลักลอบนำเข้าบุหรี่ปะระาะมาค้าในตลาดมืดเป็นจำนวนมาก รวมถึงบุหรี่ปะระาะยังถูกนำมาใช้ในการแลกเปลี่ยนแทนเงินตราอีกด้วย

ประการที่สาม นโยบายควบคุมยาสูบของสหภาพยุโรปพบกับการต่อต้านจากเยอรมนี ถึงแม้สหภาพยุโรปได้ดำเนินการเพื่อควบคุมยาสูบอย่างแข็งขันและอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนสำคัญในการสร้างความกลมกลืนนโยบายควบคุมยาสูบระหว่างประเทศสมาชิก อย่างไรก็ตาม

ประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากยาสูบของเยอรมนีมีมูลค่ามหาศาล ประกอบกับอิทธิพลของบริษัทยาสูบได้พยายามขัดขวาง จำกัด และทำให้มาตรการควบคุมยาสูบของยุโรปล่าช้าที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ในปี พ.ศ. 2541 เยอรมนีได้ร่วมกับบริษัทยาสูบอีก 4 บริษัทในการยื่นคำร้องต่อศาลให้พิจารณาข้อผิดด้วยการห้ามการโฆษณายาสูบ (Tobacco Advertising Directive: TAD1) (98/43/EC) ส่งผลให้ต่อมาข้อมติเป็นโมฆะในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 จนทำให้คณะกรรมการยุโรปต้องมีการร่างข้อมติใหม่ (Tobacco Advertising Directive: TAD2) (2003/33/EC) ซึ่งข้อมติใหม่นี้มีความเข้มข้นน้อยกว่าฉบับที่ถูกยกเลิกไปเป็นอย่างมาก<sup>(25-27)</sup>

เยอรมนียังคัดค้านการออกข้อมติ (directive) และข้อแนะนำ (recommendation) อื่นๆ ของสหภาพยุโรปในการควบคุมยาสูบมาโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นข้อมติเรื่องการห้ามการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน การห้ามการโฆษณา ยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ยังพยายามขัดขวางการออกกฎเกณฑ์เพื่อควบคุมการผลิตยาสูบ แม้ว่าประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปประเทศอื่นๆ จะไม่เห็นด้วยกับกฎหมายควบคุมยาสูบของสหภาพยุโรป แต่เยอรมนีเป็นประเทศเดียวที่นำประเด็นนี้เข้าสู่การพิจารณาของศาลแห่งสหภาพยุโรป (European Court of Justice: ECJ) คดี C-376/98 ระหว่างสหพันธรัฐเยอรมนีและรัฐสภายุโรปและคณะมนตรียุโรป (ECJ case C-376/98 Federal Republic of Germany v European Parliament and Council of the European Union) และประสพชัยชนะส่งผลให้กฎหมายดังกล่าวต้องสิ้นสภาพไป

ประการที่สี่ ภาคประชาสังคมที่สนับสนุนการควบคุมยาสูบอ่อนแอ การเกิดขึ้นของเครือข่ายบุคลากรการแพทย์และภาคประชาสังคมเพื่อสนับสนุนการควบคุมยาสูบในเยอรมนี เช่น Koalition gegen das Rauchen, Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit และ German Bundesärztekammer เพิ่งเริ่มมีในปี พ.ศ. 2535 ซึ่งช้ามากเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้ว และแทบจะไม่แสดง

บทบาทในเรื่องการควบคุมยาสูบ<sup>(25)</sup>

ประการที่ห้า ระบบสุขภาพให้ความสำคัญด้านการป้องกันการระบาดของยาสูบน้อย เมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 สิ้นสุดลง ประเด็นเรื่องการควบคุมยาสูบและระบบสาธารณสุขที่เคยแข็งแกร่งในสมัยนาซีเยอรมัน ก็ถูกละเลยและไม่ได้รับความสำคัญทั้งทางด้านงบประมาณและการค้นคว้าวิจัย มหาวิทยาลัยต่างๆ ในเยอรมนีก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาทั้งในด้านระบาดวิทยาและด้านระบบสาธารณสุข พบว่าในห้วงเวลาดังกล่าวไม่มีมหาวิทยาลัยในเยอรมนีที่มีหลักสูตรด้านสาธารณสุข และหลักสูตรด้านสาธารณสุขที่เคยมีภายใต้ชื่อ Sozialhygiene และ Sozialmedizin ก็หายไป จนกระทั่งทศวรรษที่ 1990 จึงมีมหาวิทยาลัย 11 แห่งในเยอรมนีได้สร้างหลักสูตรทางด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม เยอรมนีใช้งบประมาณไปในการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพของยาสูบน้อยมาก แต่ให้ความสนใจเกี่ยวกับการรักษาโรครายบุคคลมากกว่าที่จะสนใจระดับสังคมผ่านมุมมองด้านสาธารณสุข ตัวอย่างเช่นระหว่างปี พ.ศ. 2541-2545 มีการตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับผลกระทบของยาสูบ ประเด็นด้านสาธารณสุข และการบำบัดการติดยาสูบใน Deutsches Arzteblatt เพียง 20 บทความเท่านั้น และแนวนโยบายสาธารณสุขของเยอรมนีจะเป็นในรูปแบบควบคุมแบบมีระยะห่าง กล่าวคือ รัฐจะทำการเผยแพร่ข้อมูลเหล่านี้และปล่อยให้ประชาชนตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนด้วยตนเอง เนื่องจากมองว่านโยบายด้านสาธารณสุขที่ออกกฎเกณฑ์เพื่อควบคุมบังคับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในสังคมนั้นไม่เหมาะสม และมีความคล้ายคลึงกับนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลนาซี<sup>(25)</sup>

## 2. สหภาพยุโรปและการสร้างความกลมกลืนนโยบายการควบคุมยาสูบ (policy harmonization)

กลุ่มประเทศยุโรปได้เล็งเห็นความสำคัญของความร่วมมือระหว่างประเทศในการกำหนดนโยบายร่วมกัน



เพื่อควบคุมยาสูบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 โดยได้เริ่มโครงการ Europe Against Cancer Program และการออกข้อมติ (directives) เพื่อเป็นผลบังคับใช้ทางกฎหมายแก่ประเทศสมาชิกในกลุ่มประชาคมยุโรป รวมถึงมีการเพิ่มระดับการบูรณาการทางเศรษฐกิจเป็นสหภาพยุโรปในปี พ.ศ. 2536 และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยสนับสนุนในการสร้างความกลมกลืนนโยบายควบคุมยาสูบในสหภาพยุโรป ได้แก่

## 2.1 การยกระดับปัญหายาสูบเป็นปัญหาระดับภูมิภาค

การสร้างเครือข่ายองค์ความรู้ในระดับยุโรปช่วยในการสร้างพื้นที่การมีส่วนร่วมใหม่ให้แก่เครือข่ายการต่อต้านและควบคุมยาสูบ การสร้างเครือข่ายองค์ความรู้ยังนำไปสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ และเกิดเครือข่ายต่อต้านยาสูบขึ้น โดยริเริ่มจากเครือข่ายแพทย์และบุคลากรการแพทย์ที่เผยแพร่งานวิจัย การเสพติดบุหรี่และผลเสียต่อสุขภาพ และยกปัญหายาสูบเป็นปัญหาระดับนานาชาติ ด้วยการจัดสัมมนาวิชาการกระจายความรู้ใหม่ให้กับประเทศกำลังพัฒนาและประเทศโลกที่สาม เช่น Health for All 2000 ที่จัดขึ้นในเมือง Alma-Ata ในปี พ.ศ. 2520 และ Tobacco or Health Program ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2523<sup>(31)</sup> ต่อมาเครือข่ายบุคลากรสุขภาพสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับประชาชน สื่อ และภาคประชาสังคม จนกลายเป็นเครือข่ายรณรงค์ต่อต้านยาสูบที่มีอำนาจกดดันรัฐบาล

การสร้างองค์ความรู้ยังช่วยให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อเปลี่ยนสังคมยุโรปที่แต่เดิมมีค่านิยมในการสูบบุหรี่ในชีวิตประจำวัน บุหรี่ยังถูกตีความสัมพันธ์ถึงเสรีภาพและความเท่าเทียมทางเพศ ในช่วงปี พ.ศ. 2506-2508 ความชุกของการสูบบุหรี่ของประชากรเพศชายในฝรั่งเศสสูงถึงร้อยละ 72 ในเยอรมนีคิดเป็นร้อยละ 61 และสหราชอาณาจักรร้อยละ 65 ส่วนความชุกของการสูบบุหรี่ของประชากรหญิงในฝรั่งเศสเท่ากับร้อยละ 33 ในเยอรมนีร้อยละ 39 และสหราชอาณาจักรร้อยละ 28<sup>(32)</sup> ดังนั้น จึง

ต้องสร้างค่านิยมใหม่ให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพตนเอง ผลกระทบภายนอกต่อสุขภาพผู้สูบบุหรี่มือสองและสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้องค์ความรู้และงานวิจัยยังเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อโน้มน้าวรัฐบาลให้เปลี่ยนท่าทีจากเดิมที่เห็นผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจของยาสูบ กลายเป็นให้ความสำคัญต่อสุขภาพประชาชนมากกว่า อันนำไปสู่การพัฒนาการควบคุมยาสูบ การศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ของผลประโยชน์จากการควบคุมบุหรี่<sup>(33)</sup> เป็นหลักฐานบ่งชี้ว่าผลดีทางเศรษฐกิจของยาสูบนั้นไม่คุ้มค่ากับผลเสียทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาแล้วที่การเติบโตเศรษฐกิจอาศัยทุนมนุษย์มากกว่าแรงงานไร้ทักษะ เช่น ในปี พ.ศ. 2539 รายได้จากภาษียาสูบของอังกฤษมีเพียงร้อยละ 3.6 ของรายรับทั้งหมดของรัฐบาล และการจ้างงานในอุตสาหกรรมยาสูบในสหภาพยุโรปกลับลดลงร้อยละ 0.13 จากการใช้เครื่องจักรอัตโนมัติแทนแรงงานคนซึ่งสะท้อนว่าบุหรี่ส่งผลดีต่อระบบเศรษฐกิจของอังกฤษเพียงเล็กน้อย<sup>(34)</sup> หลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวยังช่วยให้สหภาพยุโรปตระหนักถึงการสร้างความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากการบูรณาการเศรษฐกิจยุโรปกับการปกป้องสุขภาพของประชาชนยุโรป ซึ่งหลักการดังกล่าวปรากฏอยู่ในมาตรา 129(1) แห่งสนธิสัญญามาสทริชท์ (ต่อมาเปลี่ยนเป็นมาตรา 152) ยาสูบจึงมิใช่ปัญหาเฉพาะรัฐใดรัฐหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นปัญหาร่วมกันในระดับภูมิภาคยุโรปอีกด้วย

ในมุมมองเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ การวิจัยและสร้างองค์ความรู้ด้านการควบคุมยาสูบช่วยให้สหภาพยุโรปเป็นผู้เล่นสำคัญในเวทีโลกในการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบ องค์ความรู้ที่ได้มาเมื่อถูกนำไปต่อยอดผลิตเป็นนโยบายสาธารณะสามารถเกิดการถ่ายทอดและการรับนโยบายภายในกลุ่มประเทศสมาชิกด้วยกัน และสามารถแพร่กระจายองค์ความรู้ไปสู่ประเทศนอกสหภาพยุโรปได้เช่นเดียวกัน<sup>(35)</sup> ยิ่งไปกว่านั้น สหภาพยุโรปได้สร้างเครือข่ายองค์ความรู้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก และมี

บทบาทสำคัญในการผลักดันกรอบอนุสัญญาฯ ทำให้ระบบสุขภาพในระดับภูมิภาคยุโรปมีความเชื่อมโยงกับระบบอภิมหาสุขภาพโลก และทุกประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปได้ลงนามในอนุสัญญาฯ ซึ่งช่วยให้สหภาพยุโรปกำหนดกรอบและบรรทัดฐานการควบคุมยาสูบแบบครอบคลุมและบังคับใช้แก่ประเทศสมาชิก

## 2.2 การเปลี่ยนแปลงระบบอภิมหาสุขภาพยุโรป

ยุโรปได้ยกระดับการบูรณาการเศรษฐกิจเป็นสหภาพยุโรปในปี พ.ศ. 2536 มีการสร้างสถาบันใหม่ๆ ที่สำคัญต่อการกำหนดนโยบายการควบคุมยาสูบ ได้แก่ 1) คณะมนตรียุโรปที่เป็นการประชุมหารือของผู้นำประเทศกลุ่มสมาชิก และกำหนดทิศทางนโยบายต่างๆ รวมถึงนโยบายยาสูบ 2) คณะกรรมาธิการยุโรป ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากประเทศสมาชิกละ 1 คน และข้าราชการประจำ โดยทำหน้าที่เสนอร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านยาสูบ 3) คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป ประกอบด้วยรัฐมนตรีกระทรวงต่างๆ ของรัฐบาลประเทศสมาชิกตามแต่ประเด็นที่ต้องการหารือ ทำหน้าที่พิจารณาร่างกฎหมายและงบประมาณสหภาพยุโรป ซึ่งมักจะมีแนวโน้มเอียงรักษาผลประโยชน์ของประเทศสมาชิก 4) สภายุโรป สมาชิกสภาเป็นตัวแทนจากประชาชนยุโรป โดยได้รับการเลือกตั้งในประเทศสมาชิกสหภาพฯ และมีวาระ 5 ปี โดยทำหน้าที่เสนอร่างและพิจารณากฎหมายสหภาพยุโรป และเนื่องจากเป็นตัวแทนของคนยุโรปทั้งหมด สภายุโรปจึงมีแนวโน้มรักษาผลประโยชน์ของสหภาพยุโรปมากกว่าประเทศสมาชิก 5) ศาลยุติธรรมสหภาพยุโรป ทำหน้าที่บังคับรัฐสมาชิกให้ปฏิบัติตามสนธิสัญญา ตีความกฎหมายสหภาพยุโรป และทบทวนความชอบด้วยกฎหมายของการดำเนินการทั้งหลายของสถาบันในสหภาพยุโรป 6) Directorate of Health and Consumer Affairs (DG Sanco) เป็นหน่วยงานด้านการสาธารณสุขของสหภาพยุโรป ทำหน้าที่ดำเนินการประยุกต์มาตรการสาธารณสุขให้ปรับใช้ในตลาดร่วมของสหภาพยุโรป

นอกจากนี้ภายหลังสนธิสัญญาลิสบอนปี พ.ศ. 2552 ก็มีการเปลี่ยนกระบวนการบัญญัติกฎหมายสหภาพยุโรปโดยใช้การตัดสินใจร่วมของรัฐสภาแห่งสหภาพยุโรปกับคณะมนตรีแห่งสภายุโรปในการรับรองกฎหมาย (co-decision procedure) เพื่อเป็นการถ่วงดุลอำนาจระหว่างผลประโยชน์ของแต่ละประเทศและผลประโยชน์โดยรวมของสหภาพยุโรป การปฏิรูปเชิงสถาบันของสหภาพยุโรปที่กล่าวมาจึงช่วยเปิดพื้นที่การเจรจาต่อรองผลประโยชน์ระหว่างประเทศสมาชิกที่ไม่ตรงกัน และสร้างสมดุลอำนาจระหว่างอธิปไตยของรัฐ และอำนาจขององค์กรเหนือรัฐ

การเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันของสหภาพยุโรปช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแนวทางการควบคุมยาสูบของสหภาพยุโรปที่จากเดิมเป็นในรูปแบบของข้อเสนอแนะที่ไม่ผูกพันทางกฎหมาย (recommendation) เป็นส่วนใหญ่ เปลี่ยนเป็นแนวทางการควบคุมโดยมีข้อผูกพันทางกฎหมาย เช่น ข้อมติต่างๆ (directives) และยิ่งปรากฏชัดเจนมากขึ้นเมื่อสหภาพยุโรปได้ลงนามกรอบอนุสัญญาฯ ในปี พ.ศ. 2547 นโยบายการควบคุมยาสูบซึ่งแต่เดิมเป็นอำนาจหน้าที่เต็มของรัฐบาลแต่ละประเทศสมาชิก ก็เปลี่ยนเป็นการแบ่งอำนาจบางส่วนให้องค์กรเหนือรัฐ โดยสหภาพยุโรปจะอ้างถึงอำนาจของอนุสัญญาฯ ร่วมกับมาตรา 137 และมาตรา 152 แห่งรัฐธรรมนูญสหภาพยุโรปเสมอ ทำให้ประเทศสมาชิกมีข้อผูกมัดที่ต้องนำกฎหมายระหว่างประเทศของสหภาพยุโรปด้านการควบคุมยาสูบไปประยุกต์บังคับใช้เป็นกฎหมายและนโยบายสาธารณะในประเทศ

สหภาพยุโรปได้เปลี่ยนมาตรการการควบคุมยาสูบจากเดิมที่ค่อยๆ เพิ่มทีละมาตรการเป็นการใช้มาตรการครอบคลุม ได้แก่ 1) การขึ้นราคาผ่านภาษีที่สูงขึ้นสำหรับบุหรี่ยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ 2) ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะและที่ทำงาน 3) การให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภครวมถึงการณรงค์ผ่านสื่อสาธารณะ รวมไปถึงการเผยแพร่ผลงานวิจัย 4) ห้ามการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภท 5) มีฉลากเตือนเกี่ยวกับสุขภาพขนาดใหญ่บนกล่องบุหรี่ยาสูบและยาสูบอื่นๆ และ 6) ผลิตภัณฑ์การรักษาเพื่อช่วยผู้สูบบุหรี่

บุหรี่ยุโรปถึงการรักษาทางการแพทย์<sup>(10)</sup>

อย่างไรก็ตามการบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศก็มีความยืดหยุ่นด้านเวลา และให้อำนาจสมาชิกดำเนินนโยบายการควบคุมยาสูบสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ เช่น Directive 2014/40/EU ซึ่งเป็นกฎหมายเกี่ยวข้องเรื่องหีบห่อบรรจุภัณฑ์มาตรฐานของยาสูบ หรือ Directive 2010/12/EU ซึ่งเป็นกฎหมายเกี่ยวข้องกัภภาษียาสูบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศสมาชิกยังคงมีอำนาจบางส่วนในการกำหนดนโยบายของตนเอง

นอกจากนี้กฎระเบียบที่ไม่มีภาระผูกพัน และการสร้างภาคีเครือข่ายไม่เป็นทางการยังคงเป็นอีกช่องทางในการควบคุมยาสูบของสหภาพยุโรป เช่น สายด่วนแนะนำการเลิกบุหรี่ (Quitlines) และการรณรงค์ผ่านสื่อเพื่อให้เกิดการควบคุมยาสูบในสหภาพยุโรป

### 2.3 บทบาทของตัวแสดงที่ไม่มีใช้รัฐ

การเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจการเมืองยาสูบในยุโรปได้แก่ ประชาชนเริ่มตระหนักถึงผลเสียของบุหรี่และมีแนวโน้มบริโภคลดลง รัฐบาลมีมาตรการควบคุมยาสูบมากขึ้น มีการฟ้องร้องคดีบริษัทยาสูบมากขึ้น ส่งผลให้บริษัทยาสูบข้ามชาติเริ่มมองหาตลาดใหม่และย้ายฐานการผลิตไปยังประเทศกำลังพัฒนาที่มีค่าแรงถูกกว่า อีกทั้งมีมาตรการควบคุมยาสูบที่ไม่เข้มข้นนัก อย่างไรก็ตามอุตสาหกรรมยาสูบก็ไม่ได้มีสถานะในทางกฎหมายระหว่างประเทศและไม่ได้ถูกบัญญัติไว้ในสนธิสัญญาสหภาพยุโรปภายใต้บรรทัดฐานการรวมกลุ่มทางภูมิภาค บริษัทยาสูบในยุโรปยังคงมีอิทธิพลในการกดดันรัฐบาลประเทศสมาชิกและสหภาพยุโรปเรื่องมาตรการการควบคุมยาสูบด้วยกลยุทธ์ต่างๆ เช่น การลดความน่าเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์ของการควบคุมยาสูบ การให้เงินสนับสนุนในการเลือกตั้งเพื่อให้มีอิทธิพลในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เป็นคุณต่อบริษัท หรือกระทั่งการฟ้องร้องคดีทางกฎหมาย เพื่อชะลอมาตรการการควบคุมบุหรี่แบบครอบคลุม<sup>(36)</sup>

เพื่อตัดทอนอิทธิพลของบริษัทยาสูบข้ามชาติ สหภาพยุโรปได้ดึงตัวผู้เล่นใหม่เข้าร่วมในกระบวนการกำหนด

นโยบายการควบคุมยาสูบ โครงสร้างใหม่นี้ได้เพิ่มบทบาทขององค์กรเอกชนและกลุ่มวิชาชีพการแพทย์ เพื่อเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างภาคประชาสังคมและรัฐบาล โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสหภาพยุโรป และสร้างเครือข่ายอย่างกว้างขวางในระดับยุโรปเพื่อการรณรงค์ต่อต้านยาสูบ เช่น The European Network for Smoking Prevention (ENSP), The International Union Against Cancer (IUAC), The European Network on Young People and Tobacco (ENYPT), The International Network of Women Against Tobacco (INWAT), Tobacco Control Resource Center (TCRC), The EuroPharm Forum

การบูรณาการเศรษฐกิจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญเดียวที่ผลักดันให้เกิดการสร้างความกลมกลืนทางนโยบายควบคุมยาสูบระหว่างประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป เนื่องจากกลุ่มประเทศยุโรปยังมีความหลากหลายทั้งระดับการพัฒนา เศรษฐกิจและผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจการค้ายาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบ การพัฒนานโยบายควบคุมยาสูบในสหภาพยุโรปจึงมีลักษณะในรูปสหพันธรัฐ (federalism) ที่องค์กรเหนือรัฐมีอำนาจเต็มในการบังคับให้ประเทศสมาชิกปฏิบัติตามโดยไม่มีข้อโต้แย้ง แต่เป็นรูปแบบการอภิบาลหลายระดับ (multi-level governance) ที่แบ่งสรรอำนาจการกำหนดนโยบายระหว่างองค์กรเหนือรัฐ และอธิปไตยของประเทศสมาชิก นอกจากนี้ยังเปิดพื้นที่ให้ตัวแสดงอื่นที่ไม่มีใช้รัฐ เช่น ภาคประชาสังคมและองค์กรเอกชน (non-governmental organizations: NGOs) เข้าร่วมเจรจาต่อรอง ผลักดันให้เกิดข้อตกลงร่วมกันและผลิตเป็นนโยบายการควบคุมยาสูบตามมา

ความกลมกลืนของนโยบาย (policy harmonization) มีลักษณะสามประการ คือ ประการแรก นโยบายการควบคุมยาสูบของสหภาพยุโรปมีลักษณะที่องค์กรเหนือรัฐกำหนดระดับขั้นพื้นฐานเป็นข้อบังคับเพื่อให้ประเทศสมาชิกต้องปฏิบัติตามภายในเงื่อนไขเวลาที่ตกลง ประการที่สอง ประเทศสมาชิกมีอธิปไตยในการกำหนดนโยบาย

ควบคุมยาสูบเองให้สูงกว่าระดับมาตรฐานที่สหภาพยุโรปกำหนดไว้ก็ได้ ประการที่สาม ทิศทางควบคุมนโยบายยาสูบพัฒนาไปพร้อมระบบตลาดร่วมในสหภาพยุโรป (common market) การแข่งขันเสรีและเป็นธรรม พัฒนาการของสาธารณสุข และการปกป้องสุขภาพของปัจเจกชน

## วิจารณ์และข้อยุติ

จากการศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการสรุปตารางแสดงแผนที่วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการควบคุมยาสูบเปรียบเทียบระหว่างฝรั่งเศสและเยอรมนีเพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ดังตารางที่ 1

จะเห็นได้ว่านโยบายการควบคุมยาสูบของเยอรมนีมี

การพัฒนาอย่างล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศฝรั่งเศส ทั้งนี้เนื่องจากผลิตภัณฑ์ยาสูบมีความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจทั้งต่อรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น อีกทั้งทั้งบริษัทยาสูบในประเทศและบริษัทยาสูบข้ามชาติมีอิทธิพลแทรกแซงสูงทั้งด้านการเมืองในประเทศและระหว่างประเทศ พร้อมทั้งจะใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการบั่นทอนและชะลอการควบคุมยาสูบแบบครอบคลุม ส่วนภาคประชาสังคมและบุคลากรการแพทย์ที่สนับสนุนการควบคุมบุหรี่ยังมีพลังการรวมตัวขึ้นไม่นานนักและมีความอ่อนแอ

เมื่อเปรียบเทียบกับฝรั่งเศสที่มีการควบคุมยาสูบระดับแถวหน้าของสหภาพยุโรป มีตัวแสดงทั้งภาคการเมือง บุคลากรทางการแพทย์และภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง

ตารางที่ 1 แผนที่การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการควบคุมยาสูบเปรียบเทียบฝรั่งเศสและเยอรมนี

ชนิดองค์กร	ฝรั่งเศส		เยอรมนี	
	ตำแหน่งหน้าที่	อิทธิพล	ตำแหน่งหน้าที่	อิทธิพล
บริษัทยาสูบข้ามชาติ	ต่อต้านนโยบายการควบคุมยาสูบ	สูง	ต่อต้านนโยบายการควบคุมยาสูบ, บริษัทเข้าไปมีอิทธิพลในการตัดสินใจของรัฐบาล	สูง
บริษัทยาสูบในประเทศ	ในอดีต SEITA มีบทบาทในการต่อต้านยาสูบและมีอิทธิพลมาก แต่ปัจจุบันไม่มีบริษัทยาสูบในประเทศแล้ว	ในอดีต SEITA มีอิทธิพลสูงในการต่อต้านนโยบายควบคุมยาสูบ	ต่อต้านนโยบายการควบคุมยาสูบ, บริษัทเข้าไปมีอิทธิพลในการตัดสินใจของรัฐบาล	สูง
เจ้าของกิจการค้าปลีกยาสูบ	ต่อต้าน	ปานกลาง	ไม่ทราบข้อมูล	ไม่ทราบข้อมูล
บุคลากรทางการแพทย์	สนับสนุนนโยบายควบคุมยาสูบ	สูง	สนับสนุนนโยบายควบคุมยาสูบ	ปานกลาง
ภาคประชาสังคมในประเทศ	สนับสนุน	สูง	สนับสนุน	น้อย
สื่อ	มีทั้งฝ่ายต่อต้านและสนับสนุน	ปานกลาง	มีทั้งฝ่ายต่อต้านและสนับสนุน	ปานกลาง
ผู้นำฝ่ายบริหาร	สนับสนุน	สูง	ไม่สนับสนุน	สูง
กระทรวงการคลัง	ต่อต้าน	ปานกลาง	ต่อต้าน	ปานกลาง
กระทรวงสุขภาพ	สนับสนุน	สูง	สนับสนุน	น้อย
สหภาพยุโรป	สนับสนุน	สูง	สนับสนุน	น้อย

SEITA = Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes



พร้อมที่จะสนับสนุนการควบคุมยาสูบ อีกทั้งมีการประยุกต์ใช้มิติต่างๆ ของสหภาพยุโรป และกรอบอนุสัญญาฯ FCTC เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายการควบคุมยาสูบภายในประเทศ ตัวแสดงฝ่ายสนับสนุนที่กล่าวมามีอิทธิพลสูงและคอยทัดทานอิทธิพลจากบริษัทยาสูบข้ามชาติ รวมถึงกลุ่มผู้ค้าปลีกยาสูบ

อย่างไรก็ตาม การมีระบบอภិบาลสุขภาพโลกและองค์การเหนือรัฐอย่างสหภาพยุโรปช่วยสร้างแรงกดดันภายนอกเพื่อให้ประเทศที่มีตัวแสดงภายในที่ต่อต้านยาสูบที่เข้มแข็งอย่างประเทศเยอรมนีต้องริเริ่มนโยบายการควบคุมยาสูบให้กลมกลืนกับประเทศสมาชิกอื่นในสหภาพยุโรป และค่อยๆ ช่วยลดช่องว่างความแตกต่างด้านการควบคุมยาสูบระหว่างประเทศสมาชิก

กรณีตัวอย่างเช่น การสร้างความกลมกลืนนโยบายภาษียาสูบในสหภาพยุโรป ซึ่งมีลักษณะการอภิบาลหลายระดับ กล่าวคือ สหภาพยุโรปยังคำนึงถึงการประนีประนอมรักษาผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจของสมาชิก โดยการใช้มาตรการภาษีเพื่อลดการบริโภคบุหรี่ต้องไม่กระทบต่อการสร้างตลาดร่วมยุโรปและรายได้จากภาษีบุหรี่ของรัฐสมาชิก กระบวนการออกกฎหมายและนโยบายด้านภาษียาสูบของสหภาพยุโรปเริ่มต้นขึ้นตอนแรกโดยคณะกรรมการยุโรปที่ได้รับการรับรองและการสนับสนุนจากพลเมืองของสหภาพยุโรป เสนอผ่านการร่างกฎหมายและนโยบาย คณะกรรมการยุโรปได้รับข้อมูลด้านการศึกษาเรื่องภัยจากยาสูบ โครงสร้างระบบสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศสมาชิก โครงสร้างภาษียาสูบที่แตกต่างกันของประเทศสมาชิก การศึกษาถึงผลดีผลเสียของภาษียาสูบต่อสุขภาพประชาชน เพื่อนำมาประกอบการพิจารณา กำหนดโครงสร้างภาษียาสูบในระดับสหภาพยุโรป เมื่อคณะกรรมการเสนอผ่านร่างแล้ว ขั้นตอนต่อไปจึงมีการออกข้อมติ (directives) โดยเป็นกระบวนการตัดสินใจร่วมผ่านคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปและสภายุโรป เพื่อสร้างสมดุลอำนาจระหว่างการรักษาผลประโยชน์รัฐสมาชิก และผลประโยชน์โดยรวมของประชาชนทั้งสหภาพยุโรป

ขั้นตอนต่อมาคือ การบังคับใช้ข้อมติดังกล่าวกับประเทศสมาชิกทั้งหมด ซึ่งกระบวนการในการบังคับใช้ข้อมติที่เกี่ยวข้องกับภาษียาสูบจะต้องได้รับความเห็นชอบอย่างเป็นเอกฉันท์จากภาครัฐสมาชิกของสหภาพยุโรปทั้งหมด ส่วนการทบทวนและแก้ไขภาษีนั้น คณะกรรมาธิการจะมีการติดตามและตรวจสอบทุกๆ 4 ปี การเพิ่มเติมและแก้ไขกฎหมายจะต้องดำเนินการไปตามกระบวนการของสหภาพยุโรป พร้อมทั้งการปรึกษาหารือกับสภายุโรป และคณะกรรมการยุโรปด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ศาลยุติธรรมแห่งสหภาพยุโรปก็มีบทบาทในการให้รัฐสมาชิกปฏิบัติตามข้อมติโดยผ่านกระบวนการตีความกฎหมาย และตัดสินคดีข้อพิพาทระหว่างประเทศสมาชิกเกี่ยวกับกฎหมายภาษียาสูบ<sup>(37)</sup>

ผลของการสร้างความกลมกลืนนโยบายภาษียาสูบหรือในสหภาพยุโรปทำให้ประเทศสมาชิกมีอัตราภาษีไม่แตกต่างกันมากนัก ดังข้อมูลตารางที่ 2 ภาษีสรรพสามิตบุหรี่อยู่ระหว่างร้อยละ 57-64 ของราคาขายปลีก และช่วยให้ราคาขายปลีกบุหรี่เมื่อปรับราคาตาม GDP per capita ไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างประเทศสมาชิก อีกทั้งมาตรการภาษียังส่งผลดีต่อสุขภาพประชาชน สามารถหลีกเลี่ยงการตายเนื่องจากบุหรี่ได้จำนวนหนึ่ง และทำให้แนวโน้มการบริโภคบุหรี่ของประชากรลดลง อย่างไรก็ตามการสร้าง ความกลมกลืนด้านภาษียังเคารพหลักการเรื่องมาตรการภาษีจะจำกัดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศสมาชิก สะท้อนได้จากภาษีบุหรี่ยังคงเป็นรายได้ให้แก่ประเทศสมาชิกเช่นเดิม

นอกจากนี้ Tobacco control scale ซึ่งเป็นตัวชี้วัดว่าประเทศสมาชิกยุโรปมีการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบตามกรอบอนุสัญญาฯ หรือไม่ จะเห็นได้ว่าประเทศเยอรมนีเองถึงแม้เป็นประเทศที่มีค่าตัวชี้วัดน้อยที่สุดในกลุ่มสมาชิกยังมีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ การสร้างความกลมกลืนนโยบายภาษียาสูบในสหภาพยุโรปนั้นถึงไม่ได้มีอำนาจเด็ดขาดทันที แต่สามารถช่วยสร้างแรงกดดันประเทศที่มีจุดยืนต่อต้านการควบคุมยาสูบอย่างมากจน

ตารางที่ 2 ภาษีบุหรี่ ผลของภาษีบุหรี่ และ Tobacco control scale ปี พ.ศ. 2553 และ 2562<sup>(37-38)</sup>

	ภาษีสรรพสามิต ในรูปร้อยละ ของราคา ขายปลีกใน ปี พ.ศ. 2553	ประมาณการ ตายที่ลดลง เนื่องจากผลของ การเพิ่มภาษีบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2563 (คน)	การเปลี่ยน ความชุกของ การสูบบุหรี่ของ เพศชายในปี พ.ศ. 2563 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553 (%)	ราคาของ มาร์ลโบโร 1 ของ (ยูโรโดยปรับ ราคาตาม GDP per capita)	รายได้ภาษี สรรพสามิต บุหรี่ต่อคน (ยูโร)	Tobacco Control Scale ปี พ.ศ. 2553 คะแนนเต็มร้อยละ (อันดับ)	Tobacco Control Scale ปี พ.ศ. 2562 คะแนนเต็มร้อยละ (อันดับ)
ฝรั่งเศส	63.6	1277	-7.5	4.45	742	55 (6)	74 (2)
เยอรมนี	60	3121	-7.5	3.97	520	37 (26)	40 (26)
เนเธอร์แลนด์	57	830	-10.3	3.49	n.a.	46 (13)	53 (14)
อังกฤษ	63	1234	-7.5	6.74	614	77 (1)	80 (1)
สเปน	64	807	-6.1	4.05	632	46 (13)	58 (10)
อิตาลี	58.5	2138	-9.0	4.31	820	47 (12)	52 (15)
โปแลนด์	68	502	-2.7	6.79	334	43 (19)	49 (23)

ต้องปรับเปลี่ยนแนวทางตามประเทศสมาชิก และช่วยสร้าง  
เวทีกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบร่วมกันในระดับภูมิภาค  
ในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่ยาสูบกลายเป็นปัญหาที่อยู่เหนือ  
ขอบเขตอำนาจรัฐมากขึ้น

จากกรณีศึกษาสหภาพยุโรปข้างต้นมีประโยชน์ใน  
ด้านการเป็นบทเรียนเพื่อนำไปพัฒนานโยบายยาสูบของ  
ประเทศไทยและของกลุ่มประเทศอาเซียนให้กลมกลืน  
เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากประเทศไทยมีการ  
พัฒนานโยบายการควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุมทัดเทียม  
กับประเทศพัฒนาแล้ว แต่มาตรการบางอย่างเริ่มมีข้อ  
จำกัดจากปัจจัยภายนอกประเทศ เช่น นโยบายด้านภาษี  
ยาสูบ นโยบายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ นโยบายการ  
ค้ายาสูบระหว่างประเทศ อีกทั้งประเทศเพื่อนบ้านอาเซียน  
ก็ตระหนักถึงปัญหายาสูบที่แตกต่างกัน เช่น ประเทศ  
อินโดนีเซียที่มีได้ลงนามในกรอบอนุสัญญาฯ และมีผล  
ประโยชน์ทางเศรษฐกิจมหาศาลจากบุหรี่ ซึ่งนำไปสู่ข้อ  
พิพาททางการค้า

อาเซียนควรริเริ่มสร้างกลไกอภิบาลสุขภาพระดับ  
ภูมิภาคอาเซียนในอนาคต ซึ่งมีข้อดีในการถ่ายทอดองค์

ความรู้ เทคโนโลยี นโยบาย ข้อมูลข่าวสารของการควบคุม  
ยาสูบแก่ประเทศสมาชิก อีกทั้งยังช่วยสร้างความตระหนัก  
รู้ถึงพิษภัยของบุหรี่แก่ประชาคมอาเซียนร่วมกัน ประชาคม  
สังคมวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-cultural Com-  
munity) เป็นอีกช่องทางที่มีศักยภาพในการบูรณาการด้าน  
สุขภาพ และสวัสดิภาพของประเทศสมาชิก หรือสามารถ  
ใช้ช่องทางการประชุมระหว่างประเทศในอาเซียนของ  
รัฐมนตรีสุขภาพ ที่เป็นกลไกตัวแทนปรึกษาหารือตัดสินใจ  
เชิงนโยบายของตัวแทนระดับสูงจากประเทศสมาชิก เป็น  
ทางเลือกอื่น

อีกทั้งอาเซียนยังได้สร้างกลไก ASEAN Standards &  
Conformance Framework เพื่อให้แต่ละประเทศสมาชิก  
มีมาตรฐานการตรวจคุณภาพสินค้าเกณฑ์เดียวกัน เพื่อลด  
การใช้มาตรการที่ไม่ใช่ภาษีในการกีดกันการค้า กลไกดัง  
กล่าวมีศักยภาพในการควบคุมยาสูบระดับอาเซียน เช่น  
การนำไปใช้ควบคุม ตรวจสอบ ส่วนประกอบที่เป็นสารก่อ  
มะเร็งในบุหรี่ หรือผลิตภัณฑ์หีบห่อบุหรี่

แต่ทว่าอาเซียนไม่มีกลไกเช่นสหภาพยุโรป  
ประเด็นอ่อนไหวอย่างการกำหนดโครงสร้างภาษีบุหรี่ของ





ประเทศสมาชิก จึงต้องใช้เวลาและความอดทนมากกว่า อย่างไรก็ตามสามารถริเริ่มได้จากการโน้มน้าวให้ประเทศกลุ่ม CLMV (Cambodia, Laos, Myanmar, Vietnam) ที่มีอัตราภาษียาสูบน้อย ให้เห็นข้อดีของการเพิ่มภาษียาสูบเพื่อให้รัฐบาลมีรายได้มากขึ้น และช่วยทางอ้อมให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น

และเพื่อจำกัดอิทธิพลของบริษัทยาสูบข้ามชาติในการแทรกแซงกระบวนการนโยบายยาสูบ ประเทศสมาชิกและอาเซียนควรประยุกต์มาตรา 5.3 แห่งอนุสัญญาฯ ซึ่งแนะนำกระบวนการจำกัดอิทธิพลของบริษัทยาสูบข้ามชาติ นอกจากนี้ควรสนับสนุนการสร้างเครือข่ายระหว่างประเทศขององค์กรเอกชนต่อต้านบุหรี่ และริเริ่มให้องค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในพื้นที่การเจรจาต้านนโยบายการควบคุมยาสูบ

## อภิปรายและข้อเสนอแนะ

กระบวนการสร้างความกลมกลืนนโยบายสหภาพยุโรปเป็นกลไกที่ใช้เวลาและความพยายามหลายทศวรรษกว่าที่จะเป็นได้อย่างปัจจุบัน แต่ผลที่ได้ก็ช่วยให้เกิดความร่วมมือของประเทศสมาชิกในการควบคุมยาสูบซึ่งเป็นประเด็นที่อำนาจของรัฐอาจจะไม่เพียงพอ และช่วยสร้างเวทีการเจรจาสอดคล้องระหว่างผลดีทางด้านเศรษฐกิจของบุหรี่ และการปกป้องสุขภาพประชาชน ช่วยสร้างเวทีในการเจรจาผลประโยชน์ที่หลากหลายของประเทศสมาชิก

การศึกษาแนวทางการสร้างความกลมกลืนทางด้านนโยบายของสหภาพยุโรปสามารถใช้เป็นแนวทางให้กับกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีระดับการบูรณาการทางเศรษฐกิจที่น้อยกว่าสหภาพยุโรป รวมถึง “แนวทางอาเซียน” ที่ไม่แทรกแซงกิจการภายในประเทศสมาชิก อีกทั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมีจุดประสงค์ด้านส่งเสริมการค้าและลดอุปสรรคทางการค้า การขยายตัวเศรษฐกิจระหว่างประเทศเป็นหลัก อย่างไรก็ตามการริเริ่มมาตรการต่างๆ เช่น กระบวนการกดดันประเทศอินโดนีเซียเพื่อร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาฯ ก็เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อใช้เป็นความชอบธรรมในการสร้างกลไกอภิบาลสุขภาพในระดับอาเซียนและ

สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านการควบคุมยาสูบให้เป็นในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากการปกป้องสุขภาพประชาชนจากภัยบุหรี่ก็มีความสำคัญไม่แพ้ด้านการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ในการสนับสนุนทุนวิจัยแก่โครงการนี้

## References

1. Chamchan C, Suttikasem K. Global health governance in Thailand. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2018. 176 p. (in Thai)
2. World Health Organization. About the WHO Framework Convention on Tobacco Control [internet]. 2003 [cited 2021 Feb 2]. Available from: <https://www.who.int/fctc/about/en>.
3. Grand View Research. Tobacco market size, share & trend analysis report by product (smokeless, cigarettes, cigars & cigarillos, next generation products, waterpipes), by region, and segment forecasts, 2021-2028 [internet]. 2021 Feb [cited 2021 Feb 2]. Available from: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/tobacco-market>.
4. Joossens L, Raw M. Progress in tobacco control in 30 European countries 2005-2007. Berne: Swiss Cancer League; 2007. p. 1-24.
5. Reich MR. Political analysis for health. Bulletin of the World Health Organization 2019;97:514.
6. Kusi-Ampofo O. Negotiating change: ideas, institutions, and political actors in tobacco control policy making in Mauritius. Journal of Health Politics, Policy and Law 2021;46:435-65.
7. Kingdon J. Agendas, alternatives and public policies. Boston: Little, Brown; 1995.
8. Chantornvong S, McCargo D. Political economy of tobacco control in Thailand. Tobacco Control 2001;10:48-54.
9. Bump JP, Reich MR, Adeyi O, Khetratalap S. Towards a political economy of tobacco control in low- and middle-income countries. Washington DC: The World Bank; 2009. 97 p.
10. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy K S, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. Lancet 2009;373(9679):1993-5. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9).

11. de Leeuw E et al. Emerging theoretical frameworks for global health governance. In: Clavier C, de Leeuw E, editors. *Health promotion and policy process*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 231-287.
12. Studlar D. What explains the paradox of tobacco control policy under federalism in the U.S. and Canada? *Comparative Federalism Theory versus Multi-level Governance*. Publius: The Journal of Federalism 2010;40(3):389-411.
13. Hill C, Laplanche A. *Cigarette in France: the true figures*. Paris: La Documentation française; 2003. 139 p.
14. République Française. *Cancer plan 2003-2007*. Paris: Ministry of Health; 2003. 44 p. (in French)
15. Karsenty S, Hirsch A. Evolutions of cigarette consumption in France from 1999 to 2008. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2010;(19-20):214-6. (in French)
16. République Française. *Cancer plan 2009-2013*. Paris: Ministry of Health; 2009. (in French)
17. République Française. *National smoking reduction program 2014-2019*. Paris: Ministry of Health; 2014. 55 p. (in French)
18. Reid R. *Globalizing tobacco control: anti-smoking campaigns in California, France and Japan*. US: Indiana University Press; 2005. 328 p.
19. *La vie des entreprises*. Cigarette market in France [internet]. 2017 Jul 24 [cited 2021 Feb 2]. Available from: <https://lavde.fr/le-marche-du-tabac-en-france/>. (in French)
20. Braillon A, Mereau AS, Dubois G. Tobacco control policy in France: from war to compromise and collaboration. *Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe* 2012;2(2):59-66.
21. Elliot R. Inhaling democracy: Cigarette advertising and health education in Post-war West Germany. *Social History of Medicine* 2015;28(3):509-31.
22. World Health Organization. *European country profiles on tobacco control 2001*. Copenhagen: WHO Regional Office; 2002.
23. Macrotrends. *Germany Smoking Rate 2007-2021* [internet]. [cited 2021 Feb 2]. Available from: <https://www.macrotrends.net/countries/DEU/germany/smoking-rate-statistics>.
24. Lampert T, Lippe EVD, Mütters S. Prevalence of smoking in the adult population of Germany. *Bundesgesundheitsbl* 2013 56:802-8.
25. Cooper AH, Kruzer P. Why Germany lags in tobacco control. *German Politics and Society* 2003;21(3):24-47.
26. Duina F., Kurzer P. Smoke in your eyes: the struggle over tobacco control in the European Union. *Journal of European Public Policy* 2004;11(1):57-77.
27. Grüning T, Strunck C, Gilmore AB. Puffing away? Explaining the politics of tobacco control in Germany. *German Politics* 2008;17(2):140-64.
28. Mons U, Pötschke-Langer M. Tobacco control politics in Germany. Evidence, success, and barriers. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2010;53(2):144-51.
29. Kehoe T, Greenhalgh EM. An indispensable luxury: British American tobacco in the occupation of Germany, 1945-1948. *Business History* 2019;61(8):1326-51.
30. Grüning T, Weishaar H, Collin J, Gilmore AB. Tobacco industry attempts to influence and use the German government to undermine the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Tobacco Control* 2012;21(1):30-8.
31. Reubi D, Berridge V. The internalization of tobacco control 1950-2010. *Med Hist.* 2016;60(4):453-72.
32. Feldman EA, Bayer R. The triumph and tragedy of tobacco control: a tale of nine nations. *Annual Review of Law and Social Science* 2011;7:79-100.
33. Derek Y et al. Globalization and tobacco. In: Kawachi I, Wamala S, editors. *Globalization and health*. Oxford: Oxford University Press; 2007. p. 39-67.
34. Cairney P, Studlar DP, Mamudu HM. *Global tobacco control*. London: Palgrave Macmillan; 2012. 284 p.
35. Joosen L, Raw M. Tobacco control scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control* 2006;(15):247-53.
36. World Health Organization Regional Office for Europe. *The European report on tobacco control policy: review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997-2001*. WHO European Ministerial Conference for a Tobacco-free Europe; 2002 Feb 18-19; Warsaw. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
37. Curie L et al. Policy recommendations for tobacco taxation in the European Union integrated research findings from the PPACTE Project. 147 p.
38. Joossens L. Tobacco control scale [internet]. [cited 2021 Feb 2]. Available from: <https://www.tobaccocontrolscale.org/>.