

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์ทุกคนมีสิทธิเสรีภาพคิดตัวมาตั้งแต่กำเนิดและมีความเท่าเทียมกัน ดังนั้นจึงควรได้รับความคุ้มครองจากรัฐเพื่อที่จะสามารถรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ได้ โดยห้ามมิให้รัฐใช้อำนาจทางนิติบัญญัติออกกฎหมายเพื่อลดทอนสิทธิและเสรีภาพของประชาชนโดยไม่มีเหตุอันควรหรือเกินจำเป็น และการใช้สิทธิเสรีภาพนั้นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นด้วย รวมถึงบุคคลทุกคนย่อมมีสิทธิที่จัดการ บำรุงรักษา ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่ได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560¹ และเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชน โดยบุคคลทุกคนมีสิทธิในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สะอาด และยั่งยืน² แต่อย่างที่ทราบกันดีว่าวันนุหรี่นั้น มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่ ทำให้มีโอกาสที่จะได้รับควันนุหรี่ ซึ่งสามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ได้เช่นกันกับผู้สูบบุหรี่ โดยผู้ที่ได้รับควันนุหรี่จากผู้สูบบุหรี่นั้น เรียกว่า ผู้ได้รับควันนุหรี่มือสอง หรือ Secondhand Smokes (SHS) หรือ Passive Smoking หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “ควันนุหรี่ในสภาพแวดล้อม”³ ซึ่งนอกจากควันนุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองแล้ว ยังสามารถพิสูจน์ได้ว่าการที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสูดควันนุหรี่ซึ่งผู้อื่นสูบเข้าไป ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้นั้นเช่นเดียวกันกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูบบุหรี่เอง อีกทั้งควันนุหรี่ที่ปล่อยออกมายังประกอบไปด้วยควันที่เกิดจากการเผาไหม้ที่ปลายม้วนของนุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่นๆ และควันนุหรี่ที่ปล่อยออกมาพร้อมกับลมหายใจของ

¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. มาตรา 25-26, มาตรา 43.

² มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะนิติศาสตร์. (2566). *เอกสารประกอบการบรรยายวิชากฎหมายสิทธิมนุษยชน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://law.kku.ac.th/wp/wp-content/uploads/2016/06/เอกสารประกอบการบรรยายวิชา-กฎหมายสิทธิมนุษยชนประเด็นศึกษาเรื่องสิทธิมนุษยชน.pdf>. [2566, 1 มกราคม]

³ ชนาพิพัฒน์ เคนนิรัตน์. (2560). *การควบคุมการบริโภคยาสูบด้วยการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทยกับกฎหมายสิงคโปร์*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายมหาชน, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 2.

ผู้สูบบุหรี่นั้นต่างประกอบไปด้วยสารเคมีนับพันชนิด โดยในจำนวนนั้นมีอย่างน้อย 250 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็ง⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้สูดควันบุหรี่เป็นเด็ก สตรีมีตั้งครรภ์ หรือผู้สูงอายุ อีกทั้งควันบุหรี่ยังส่งผลทำให้โรคบางโรคมีอาการกำเริบขึ้น จึงสมควรที่จะมีมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องรับควันบุหรี่มือสองทำให้ในปี พ.ศ. 2535 จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ขึ้น

หลังจากที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ได้มีการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในการห้ามสูบบุหรี่บริเวณสถานที่สาธารณะที่เรียกว่า “เขตปลอดบุหรี่” เกิดขึ้น โดยได้ขยายเขตปลอดบุหรี่ออกไปอย่างครอบคลุม แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ 2) สถานศึกษา 3) สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน 4) ยาพาทนะและสถานียขนส่งสาธารณะ และ 5) ศาสนสถาน แม้ว่ากฎหมายจะมีการกำหนดมาตรการด้านการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในการกำหนดเขตปลอดบุหรี่ให้ครอบคลุมตามประเภทของสถานที่สาธารณะดังกล่าว แต่กลับพบว่ายังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ โดยประชากรร้อยละ 36 ยังคงได้รับควันบุหรี่ในบ้าน ส่วนคนทำงานร้อยละ 27.2 ยังคงได้รับควันบุหรี่ในสถานที่ทำงาน และยังคงมีผู้พบเห็นควันบุหรี่มือสอง ในสถานที่สาธารณะสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ ตลาดสดหรือตลาดนัด, ร้านอาหาร/ภัตตาคาร/สถานที่จำหน่ายอาหารเครื่องดื่ม, ศาสนสถาน, สถานบริการขนส่งสาธารณะและอาคารสถานที่ราชการ⁵

ต่อมาในปี 2548 ประเทศไทยได้เข้าร่วมให้สัตยาบันตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control : WHO FCTC) ลำดับที่ 36 ซึ่งกรอบอนุสัญญาฉบับนี้ ได้ให้ความสำคัญถึงสิทธิของประชาชนพลเมืองของประเทศต่างๆ ที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองรักษามีสภาพอนามัยที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ ถือว่าได้กรอบอนุสัญญาดังกล่าวเป็นการปรับกระบวนการทัศน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นเชิงรุก โดยใช้กลยุทธ์ด้านกฎหมาย ซึ่งเป็นมาตรการที่เห็นผลเร็ว และใช้งบประมาณน้อยที่สุดในการชี้ให้เห็นถึงฤทธิ์เสพติดของยาสูบ ทดแทนหรือเป็นกลไกหนุนเสริมทางการแพทย์และสาธารณสุขแนวเดิม ที่มุ่งเน้นไปที่กลยุทธ์เชิงรับด้วยการรักษาพยาบาล การใช้ยาเพื่อการบำบัดอาการเสพติดยาสูบเป็นกลไกหลัก โดยมุ่งเน้นกลไกเชิงรุกและให้ความสำคัญกับกลยุทธ์การลด

⁴ อมรรัตน์ โทธิพรศ. (2551). *การคุ้มครองสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์. หน้า 9.

⁵ กรมควบคุมโรค. (2560). *สรุป 25 ปี การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2535- 2560*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์. หน้า ๗.

อุปสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply) เป็นสำคัญ สาระสำคัญและข้อบทที่ปรากฏในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นการประยุกต์เครื่องมือ และยกระดับกลไกควบคุมปัญหาการระบาดของยาสูบในระดับโลก ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน อาทิ ปัญหาการแพร่หลายของสินค้ายาสูบระหว่างชายแดน (Cross border) ระบบการค้าแบบเสรีนิยมที่ทำให้กลุ่มธุรกิจยาสูบข้ามชาติมีโอกาสในการดำเนินธุรกิจยาสูบได้สะดวกขึ้น รวมทั้งได้รับการผ่อนปรนกฎเกณฑ์ต่างๆ ลงการตลาดแบบโลกาภิวัตน์ซึ่งถือเป็นตลาดไร้พรมแดนที่เป็นที่มาของการทำโฆษณาข้ามชาติ การส่งเสริมการขายและการห้ามอุปถัมภ์ รวมทั้งขบวนการผลิตบุหรี่ปลอม และการค้าบุหรี่เถื่อนมาซัดเซยช่องว่างส่วนแบ่งการตลาดที่ขาดหายไป ซึ่งสาระสำคัญของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกจะพบกลยุทธ์การลดอุปสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply) ยาสูบที่สำคัญหลายประการ หนึ่งในนั้นคือมาตรการว่าด้วยการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของบุคคล โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์ในการควบคุมยาสูบขึ้น 12 ด้านและหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือการปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่มือสอง และได้มีการพัฒนายุทธศาสตร์หลักที่เรียกว่า MPOWER ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการควบคุมยาสูบ ได้แก่

M คือ Monitor หมายถึง การควบคุม กำกับการบริโภคยาสูบและการมีนโยบายป้องกันการบริโภคยาสูบ พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของประเทศต่างๆ ทั่วโลก และ 2 ใน 3 ของประเทศที่กำลังพัฒนา ไม่มีข้อมูลพื้นฐานว่ามีจำนวนหรืออัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศเป็นจำนวนเท่าไร และยาสูบได้สร้างผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างไร ดังนั้น การมีระบบเฝ้าระวังกำกับการบริโภคยาสูบทั้งในระดับประเทศ และระดับโลก จะช่วยในการวางแผนการป้องกันการระบาดของยาสูบได้

P คือ Protect หมายถึง การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ เพราะนี่คือสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ นโยบายสถานที่ปลอดบุหรี่ นอกจากจะช่วยปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่แล้ว ยังสามารถทำให้ผู้สูบบุหรี่คิดจะเลิกบุหรี่มากขึ้นด้วย ซึ่งพบว่าทั่วโลกมีประชากรเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ได้รับการปกป้องจากนโยบายสถานที่ต่างๆ ปลอดบุหรี่

O คือ Offer หมายถึง การให้ความช่วยเหลือคนที่บริโภคยาสูบให้เลิก พบว่าผู้บริโภคยาสูบทั่วโลกจำนวนกว่าหนึ่งพันล้านคนประมาณ 1 ใน 4 คือผู้ที่อายุมากกว่า 15 ปี และเสพติดยาสูบ ผู้บริโภคยาสูบจำนวนมากต้องการเลิก แต่มีเพียงคนส่วนน้อยเท่านั้น ที่ได้รับการช่วยเหลือให้เลิก มีเพียงร้อยละ 5 ของผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกที่เข้าถึงบริการเลิกยาสูบ ดังนั้น การจัดให้มีบริการช่วยเหลือให้เลิกบริโภคยาสูบ จึงเป็นสิ่งจำเป็น

W คือ Warn หมายถึง การสร้างความตระหนักให้ประชาชนทราบถึงพิษภัยของยาสูบ การสร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยของยาสูบให้แก่ประชาชนสามารถเปลี่ยนภาพลักษณ์ของยาสูบในสายตาของเยาวชน และคนหนุ่มสาวได้ โดยเฉพาะภาพคำเตือนบนผลิตภัณฑ์ยาสูบในขณะนี้ มีเพียง 15 ประเทศหรือร้อยละ 6 ของประชากรทั่วโลกที่ได้รับรู้ถึงอันตรายของยาสูบผ่านภาพคำเตือนบนผลิตภัณฑ์ยาสูบ

E คือ Enforce หมายถึง การบังคับใช้กฎหมายเพื่อห้ามโฆษณาการส่งเสริมการขายและการให้อุปถัมภ์ โดยอุตสาหกรรมยาสูบ การออกกฎหมายจะต้องเน้นการห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายและการให้การอุปถัมภ์โดยสิ้นเชิง จึงจะได้ผลในการลดการบริโภคยาสูบ ขณะนี้มีเพียงร้อยละ 5 ของประชากรทั่วโลกที่มีการห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้อุปถัมภ์โดยสิ้นเชิงในทุกรูปแบบ

R คือ Raise taxes on Tobacco หมายถึง การขึ้นภาษียาสูบ ทั้งนี้พบว่ามาตรการภาษีเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนอันเป็นเป้าหมายหลักของอุตสาหกรรมยาสูบ นอกจากนั้นมาตรการภาษียังช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอีกด้วย องค์การอนามัยโลกยืนยันว่าการขึ้นราคายาสูบร้อยละ 70 สามารถป้องกันการตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประชากรทั่วโลก ได้ถึง 1 ใน 4 การเพิ่มราคายาสูบขึ้นร้อยละ 10 สามารถลดการบริโภคยาสูบในประเทศที่มีรายได้สูง ได้ถึงร้อยละ 4 และร้อยละ 8 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง

จากมาตรการดังกล่าวอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของประเทศสมาชิกไว้ อาทิ การจัดตั้งหรือเสริมสร้างความเข้มแข็ง รวมทั้งการให้ทุนสนับสนุนหน่วยงานกลางหรือกลไกในการประสานงานควบคุมยาสูบ ขอมริบและปฏิบัติตามมาตรการ ทางกฎหมาย การจัดการ รวมทั้งมาตรการอื่นๆ การประสานงานกับสมาชิกอื่นในการพัฒนานโยบายที่เหมาะสม ในการป้องกันและลดการบริโภคยาสูบ การติดสารนิโคติน และการได้รับควันบุหรี่ หรือความร่วมมือในการจัดทำมาตรการ กระบวนการและแนวทางเพื่อการปฏิบัติตามอนุสัญญา⁶ เป็นต้น

ทำให้ประเทศไทยกลับมาอนุวัติการกฎหมายว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ให้สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) โดยพิจารณาปรับปรุงพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ที่มีการบังคับใช้มาเป็นระยะเวลานาน และมีบทบัญญัติหลายประการที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ทำให้การคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากโรค

⁶ กรมควบคุมโรค. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570*. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์. หน้า 8-12.

และภัยที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ยาสูบไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร ดังนั้นเพื่อยกระดับการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนที่เป็นทรัพยากรที่สำคัญของชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงสมควรมีการปรับปรุงพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เป็นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยนำมาตรการด้านการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ มาปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งมีการกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

ประกอบกับ ผศ.นพ.วิรัช เกษมทรัพย์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้กล่าวถึงกรณีของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย โดยมีสาเหตุมาจากการสูดกลิ่นควันบุหรี่จากผู้อื่น ขณะที่ว่า มีอายุเพียง 24 ปี องค์การอนามัยโลกได้มีการระบุว่า บุหรี่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกมากถึง 8 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้ 1.2 ล้านคน คือผู้ที่สัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง โดยประเมินว่าควันบุหรี่มือสองคร่าชีวิตเด็กมากถึง 65,000 รายต่อปี และจากการสำรวจสำนักงานแห่งชาติ ปี 2564 พบว่า มีคนไทยหลายล้านคนได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน โดยพบร้อยละ 23.7 ของคนสูบบุหรี่มีการสูดในบ้าน หรือคิดเป็นทุก 10 ครั้วเรือน จะมี 5 ครัวเรือน ที่มีคนสูบบุหรี่ และมี 3 ครัวเรือนมีการสูดภายในบ้าน ทำให้มีเด็กไม่ต่ำกว่า 5 ล้านคนเป็นอย่างน้อย ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานภาวะทางเศรษฐศาสตร์และการพยากรณ์โรคของเด็กก่อนวัยเรียน ปี 2562 พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีในบ้านก่อให้เกิดควันบุหรี่มือสอง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กเล็ก อายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี ด้วยภาวะหอบเฉียบพลัน มีโอกาสเจ็บป่วยแบบฉุกเฉินซ้ำ โดยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหอบเฉียบพลัน มีต้นทุนเฉลี่ยของการรักษา 1 ราย เท่ากับ 20,269 บาท ทั้งประเทศคิดเป็นค่าใช้จ่ายราว 779 ล้าน⁷

ดังนั้นไม่เพียงแต่การกำหนดมาตรการเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน และสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาเท่านั้น แต่จากสถานการณ์ความรุนแรงและผลกระทบจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของประเทศไทย จึงได้มีการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนจากการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ การกำหนดหน้าที่ของผู้ดำเนินการที่ถูกกำหนดให้เป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ รวมถึงเพิ่มมาตรการด้านการลงโทษแก่ผู้ฝ่าฝืนกฎหมายดังกล่าว เพื่อเป็นการป้องกันและคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้จากการสำรวจภาวะการสูบบุหรี่วัยรุ่นระดับโลก(Global Youth Tobacco Survey: GYTS) พบว่า ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2549 เด็กนักเรียนที่อายุระหว่าง 13-15 ปี ใน 132 ประเทศ

⁷ มติชนออนไลน์. (2566). *ศจย.ชี้ควันบุหรี่มือสองอันตราย คร่าชีวิตทั่วโลก 8 ล้านคน/ปี เด็กเสี่ยงป่วยหอบหืดตายเฉียบพลัน 50-100%*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: ศจย.ชี้ควันบุหรี่มือสองอันตราย คร่าชีวิตทั่วโลก 8 ล้านคน/ปี เด็กเสี่ยงป่วยหอบหืด ตายเฉียบพลัน 50-100% (matichon.co.th). [2566, 1 มกราคม]

ทั่วโลก พบว่า ร้อยละ 44 ได้รับความทุกข์หรือมือสองที่บ้านและร้อยละ 56 ได้รับความทุกข์หรือมือสองในสถานที่สาธารณะภายในระยะเวลา 7 วันก่อนสำรวจ และมีการวิจัยโดยสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติเม็กซิโกในกลุ่มคนงาน พบว่า ร้อยละ 91 ของกลุ่มคนงานได้รับความทุกข์หรือมือสองอยู่ในระดับหนึ่งจากรายงานการสำรวจทั้งประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวนทั้งสิ้น 39 ประเทศ พบการได้รับความทุกข์หรือมือสองในชุมชนส่วนใหญ่ที่ทำการสำรวจ ในประเทศแถบละตินอเมริกา 7 ประเทศ ตรวจพบการได้รับความทุกข์หรือมือสอง (วัดปริมาณนิโคตินในอากาศ) ถึงร้อยละ 94 แห่งสำรวจทั้งหมด ซึ่งมีทั้งในโรงพยาบาล โรงเรียน และสถานที่ราชการ และระหว่างปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2550 มีรายงานการตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองในอากาศภายในอาคารที่มีการสูบบุหรี่และไม่มี การสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า มีเพียง 2 ประเทศ จาก 32 ประเทศเท่านั้นที่มีนโยบายเขตปลอดบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ ที่มีระดับคุณภาพของอากาศภายในอาคารในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งหนึ่งใน 2 ประเทศนั้นก็คือ นิวซีแลนด์⁸ และจากผลการศึกษายังพบว่า ประเทศแรกในทวีปเอเชียที่มีการเริ่มปลูกยาสูบ นั่นก็คือ สาธารณรัฐฟิลิปปินส์⁹ อีกทั้งสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ยังเป็น 1 ใน 15 ประเทศทั่วโลกที่มีโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับยาสูบอย่างหนัก ทุกปี 87,600 คนที่เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ ทำให้ประเทศมีมูลค่า 4 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปีจากค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล¹⁰, ญี่ปุ่นถือว่าเป็นหนึ่งในตลาดยาสูบที่ใหญ่ที่สุดในโลกและยังได้รับขนานนามว่าเป็นสวรรค์ของผู้สูบบุหรี่ แม้ในปี พ.ศ. 2561 ญี่ปุ่นเองก็ยังไม่มียกกฎหมายควบคุมควันบุหรี่มือสองและได้รับการจัดอันดับให้เป็นหนึ่งในประเทศที่มีการคุ้มครองน้อยที่สุดโดยองค์การอนามัยโลก และยังมี การจัดห้องสำหรับสูบบุหรี่ไว้รองรับผู้สูบบุหรี่ไว้อีกด้วย¹¹ ซึ่งทั้ง 3 ประเทศต่างก็เป็นภาคีสมาชิกในกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก

ดังนั้น เพื่อให้การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาถึงความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงกฎหมายของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับมาตรการในการคุ้มครองสุขภาพของ

⁸ อมรรัตน์ โภธิพรรค. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 13.

⁹ มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. (2566). *ประวัติยาสูบ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=15&chap=3&page=t15-3-infodetail01.html>. [2566, 1 มกราคม]

¹⁰ Republic of the Philippines Department of Health. (2566). *TOBACCO CONTROL KEY FACTS AND FIGURES*. (Online). Available: <https://doh.gov.ph/Tobacco-Control-Key-facts-and-Figures>. [2566, 1 January]

¹¹ Los Angeles Times. (2566). *Japan adopts its first smoking ban, but you can still light up in many restaurants*. (Online). Available: Japan adopts its first smoking ban, but you can still light up in many restaurants - Los Angeles Times (latimes.com). [2566, 1 January]

ผู้ไม่สูบบุหรี่ เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางหรือมาตรการในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่อัน นำสู่ข้อเสนอแนะในการ แก้ไข ปรับปรุง กฎหมายของประเทศไทยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อันนำไปสู่การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไปในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาถึงความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎีของมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ของประเทศไทยและต่างประเทศ
3. เพื่อวิเคราะห์มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ดังนี้
 - 1) ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดสถานที่ในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ 2) ปัญหาเกี่ยวกับการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายรวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการ และ 3) ปัญหาเกี่ยวกับบทกำหนดโทษของผู้ดำเนินการและผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด
4. เพื่อให้ได้แนวทางในการ ปรับปรุง แก้ไข และเสนอแนะแนวทางปรับปรุง แก้ไข พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ในเรื่องการกำหนดสถานที่ในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่, การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่รวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการ และบทกำหนดโทษของผู้ดำเนินการและผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายต่อไป

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

หมวด 5 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มีการกำหนดมาตรการด้านการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ขึ้น เพื่อให้เป็นไปตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการบริโภคยาสูบ พ.ศ. 2546อันเป็นการป้องกันประชาชนจากผลกระทบของควันบุหรี่ ทั้งการกำหนดสถานที่ปลอดบุหรี่ ลักษณะและวิธีการในการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่ หน้าที่ของผู้ดำเนินการ แต่ยังคงไม่เกิดประสิทธิภาพเพียงพอในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าใน 3 ประเด็น ดังนี้ 1. ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดสถานที่ในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และ 2. ปัญหาเกี่ยวกับการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายรวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการ และ 3. ปัญหาเกี่ยวกับบทกำหนดโทษของผู้ดำเนินการและผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ต่อไป

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หลักการและเหตุผลการตรา กฎหมาย แนวคิด ทฤษฎี หลักกฎหมายมหาชน การนำมาบังคับใช้ การนำมาปฏิบัติ และสภาพ ปัญหาจากการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 เปรียบเทียบ กฎหมายต่างประเทศ โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หนังสือ ตำบทยกกฎหมาย วารสาร บทความ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และวิจัยจาก กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติ คຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງຜູ້ໄມ້ສູບບຸຮຶ່ງ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control : WHO FCTC) ประกอบกับศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศโดยเฉพาะ สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ญี่ปุ่น และนิวซีแลนด์

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษาเพื่อจัดทำสารนิพนธ์ในครั้งนี้ เป็นการศึกษาโดยวิธีการศึกษาจาก เอกสารเป็นหลัก (Documentary Research) ในการค้นคว้าโดยทำการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่ เกี่ยวข้อง อันได้แก่ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หนังสือ ตำบทยกกฎหมาย วารสาร บทความ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และคำพิพากษาของศาลตลอดจนคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยชี้ขาดอำนาจ หน้าที่ระหว่างศาล โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎีของมาตรการทางกฎหมายในการคຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງຜູ້ໄມ້ສູບບຸຮຶ່ງຂອງประเทศไทย
2. สามารถเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายในการคຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງຜູ້ໄມ້ສູບບຸຮຶ່ງຂອງประเทศไทยและต่างประเทศ
3. อธิบายถึงมาตรการทางกฎหมายในการคຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງຜູ້ໄມ້ສູບບຸຮຶ່ງ ดังนี้
 - 1) ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดสถานที่ในการคຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງຜູ້ໄມ້ສູບບຸຮຶ່ງ
 - 2) ปัญหาเกี่ยวกับการ แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายรวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการ และ
 - 3) ปัญหาเกี่ยวกับ บทกำหนดโทษของผู้ดำเนินการและผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด

4. ได้แนวทางในการ ปรับปรุง แก้ไข และเสนอแนะแนวทางปรับปรุง แก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ในเรื่องการกำหนดสถานที่ในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่, การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายรวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการ และ บทกำหนดโทษของผู้ดำเนินการและผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายต่อไป