สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ไทยแอคทีฟทุกที่ สังคมดีทั่วไทย
activethai.org

รายงานสถานการณ์ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงาน ในปี 2569-2571

รายงานฉบับนี้เป็นกิจกรรมภายใต้โครงการพัฒนาบทวิเคราะห์สถานการณ์
การควบคุมยาสูบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดในประเทศไทย

กันยายน 2568

รายงานการประเมินสถานการณ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานในปี 2569 – 2571

ผู้เขียน	สิกิต	ดวิอนอนโต อริฟวิโดโด
	อรณา	จันทรศิริ
	พุฒิปัญญา	เรืองสม
	อรรถยา	ลิ้มวัฒนายิ่งยง
	อินทิรา	สุยา
	วิภาดา	ศิราวรงค์
	กมลพัฒน์	มากแจ้ง
	อรปรียา	มงคล
บรรณาธิการ	อรณา	จันทรศิริ
	สิกิต	ดวิอนอนโต อริฟวิโดโด
ผู้ทรงคุณวุฒิผู้ทบทวน	พลเทพ	วิจิตรคุณากร
ออกแบบและศิลปกรรม	ศตานันท์	วังทิพย์
พิสูจน์อักษร	ฐิติพร	โยทาพันธ์
	อรปรียา	มงคล
	กชมน	สุขโยยศ

จัดทำโดย

ศูนย์วิจัย ActiveThai.org
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เลขที่ 50 ถนนงามวงศ์วาน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 0-2942-8960-3 ต่อ 0 โทรสาร 0-2940-5413
อีเมล activethai.org@gmail.com
เว็บไซต์ www.activethai.org

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

อ้างอิง

รายงานสถานการณ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
และสิ่งเสพติดและข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงาน ในปี 2569 - 2571.
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ร่วมกับสำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2568.

© ข้อมูลในรายงานฉบับนี้ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ โดยให้อ้างอิงที่มาด้วย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานสถานการณ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดและข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงาน ในปี 2569 - 2571 ฉบับนี้เป็นผลผลิตสำคัญจากโครงการพัฒนาบทวิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติดในประเทศไทย คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อการสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก (สำนัก 1) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มิเพียงแต่สนับสนุนด้านงบประมาณเท่านั้น แต่ที่สำคัญยิ่งกว่านั้น คือ การเปิดโอกาสให้คณะผู้วิจัยได้เรียนรู้และทำความเข้าใจประเด็นสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพประเทศไทยในมิติใหม่ รวมทั้งการเชื่อมโยงเครือข่ายสำคัญที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์อันมีค่าตลอดการดำเนินโครงการ

การจัดทำรายงานสถานการณ์การควบคุมยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด ถือเป็นความท้าทายที่ยิ่งใหญ่สำหรับคณะผู้วิจัย เนื่องจากเป็นประเด็นที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง แม้ว่าทีมงานจะมีประสบการณ์ในการวิจัยด้านสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพมาระยะหนึ่งแต่ยังไม่เคยดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดเลยซึ่งเป็นประเด็นที่ซับซ้อนในมิติต่างๆ จึงเรียกว่าเป็นการเรียนรู้ใหม่ครั้งใหญ่ สำนักฯ ได้มอบความไว้วางใจให้คณะผู้วิจัยนำเสนอมุมมองใหม่ในการวิเคราะห์ประเด็น ซึ่งอาจเป็นจุดแข็งในการมองปัญหาจากมุมมองที่แตกต่าง

ความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือข้อจำกัดด้านเวลาในการพัฒนารายงานฉบับนี้ เพื่อให้สอดรับกับกรอบเวลาการปรับแผนดำเนินการประจำปีของ สสส. การดำเนินงานตั้งแต่เริ่มโครงการจนกำหนดต้องแล้วเสร็จมีระยะเวลาเพียงประมาณหนึ่งเดือนในการพัฒนารายงานสำคัญ 2 ฉบับ (ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ยิ่งไปกว่านั้น ช่วงเวลาดังกล่าวตรงกับเทศกาลสงกรานต์ที่เต็มไปด้วยวันหยุดและกิจกรรมสำคัญมากมาย ภายใต้ข้อจำกัดเหล่านี้ ทีมงานได้ทุ่มเทการทำงานอย่างเข้มข้น ตั้งแต่การรวบรวมเอกสารและข้อมูลจำนวนมหาศาล การศึกษาทำความเข้าใจรายละเอียดเชิงลึกของทั้งสองประเด็น และการประชุมหารือเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน

คณะผู้วิจัยเลือกใช้แนวทางการนำเสนอแบบพหุมิติ (Multiple-Lens Analysis) โดยพิจารณาจากการตีความคำว่า “สถานการณ์” เพื่อประโยชน์ในการวางแผนยุทธศาสตร์ควรครอบคลุมทั้งสถานการณ์เชิงบวกที่เอื้อต่อความก้าวหน้า และสถานการณ์เชิงลบที่อาจเป็นอุปสรรคหรือความท้าทาย ด้วยเหตุนี้ การวิเคราะห์ จึงต้องมีความหลากหลายในมุมมอง ทั้งด้านระบาดวิทยา สังคม เศรษฐกิจ นโยบาย ปัจจัยการค้าที่กำหนดสุขภาพ และความสัมพันธ์ทางการค้าระหว่างประเทศ

เมื่อการจัดทำรายงานเสร็จสิ้น คณะผู้วิจัยมีความรู้สึกผสมผสานระหว่างความภูมิใจในผลงาน และความวิตกกังวลในการนำเสนอข้อค้นพบต่อภาคีเครือข่ายที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการขับเคลื่อนงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดของประเทศมาอย่างยาวนาน อย่างไรก็ดี คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจอย่างยิ่งต่อความกรุณาและข้อเสนอแนะอันล้ำค่าจากอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายทุกท่านที่เข้าร่วมเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ซึ่งจัดขึ้นในวันพฤหัสบดีที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ที่ได้ให้คำแนะนำและแบ่งปันความเข้าใจอันลึกซึ้งเกี่ยวกับข้อจำกัดและความท้าทายในการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะและข้อสังเกตจากประสบการณ์ตรงของทุกท่านได้เป็นแรงผลักดันสำคัญให้การศึกษาครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

แม้ว่าเริ่มแรกคณะผู้วิจัยตั้งใจจัดทำเอกสารร่างเพื่อใช้ประกอบการประชุมเท่านั้น แต่จากเสียงสะท้อนเชิงบวกที่เห็นประโยชน์ของรายงานในการนำเสนอมุมมองใหม่และการสนับสนุนการทำงานผ่านการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการอย่างเป็นระบบจึงเป็นแรงบันดาลใจสำคัญในการพัฒนารายงานฉบับนี้เพื่อเผยแพร่ให้กับผู้ที่สนใจในวงกว้างยิ่งขึ้น

คณะผู้วิจัยมีความหวังอย่างแรงกล้าว่า รายงานเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นนักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย หน่วยงานภาครัฐและเอกชน หรือองค์กรภาคประชาสังคม ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างความก้าวหน้าและการพัฒนายุทธศาสตร์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2568

คำนำ

รายงานสถานการณ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดและข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานในปี 2569 - 2571 ฉบับนี้ ใช้ระเบียบวิธีจากการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ การทบทวนวรรณกรรม และข้อเสนอแนะเชิงลึกจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ซึ่งได้ผ่านการหารือร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้บริหารและนักวิชาการสำนัก 1 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมถึงคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 1 โดยเนื้อหาในรายงาน ทั้งข้อมูล ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง และข้อเสนอแนะเบื้องต้น ได้ผ่านการตรวจสอบ ปรับปรุงเพิ่มเติมข้อมูล และแหล่งอ้างอิงอย่างครบถ้วนแล้ว เพื่อให้รายงานมีความสมบูรณ์ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการนำเสนอสถานการณ์

รายงานนี้ นำเสนอการวิเคราะห์สถานการณ์หลักสองประการ ประการแรก มุ่งสร้างความเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยที่เป็นปัจจุบัน อิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากหลากหลายมุมมอง ทั้งด้านระบาดวิทยา เศรษฐกิจ สังคม นโยบาย ปัจจัยทางการค้าที่ส่งผลต่อสุขภาพและนโยบายทางการค้าและแนวโน้มสุขภาพโลก ประการที่สอง ได้ระบุและลำดับช่องว่างทางนโยบายและการดำเนินงานในปัจจุบันที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดยุทธศาสตร์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแผนดำเนินการประจำปีของ สสส. ต่อไป

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อมูลจากรายงานฉบับนี้ จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญ ที่ช่วยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าใจสถานการณ์ร่วมกัน และร่วมผลักดันการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด เพื่อสร้างเสริม ให้สังคมไทยเอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2568

ข้อชี้แจง

ข้อมูลที่นำเสนอในรายงานฉบับนี้ได้รับการทบทวนและรวบรวมจากสถานการณ์ รายงาน และข่าวสารในเดือนเมษายน 2568 โดยคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการภายในกรอบเวลาที่จำกัดและอาศัยข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลัก ดังนั้น หากมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ การปรับปรุงนโยบาย หรือการออกกฎระเบียบใหม่ภายหลังจากระยะเวลาดังกล่าว คณะผู้วิจัยขอแนะนำให้ผู้อ่านตรวจสอบและยึดถือตามข้อมูลล่าสุดจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ทั้งนี้ รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการอ้างอิง และไม่ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลหลักในการตัดสินใจด้านนโยบายโดยไม่มีการตรวจสอบเพิ่มเติม

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**ก**
คำนำ	**ข**
ข้อชี้แจง	**ค**
สารบัญ	**ง**
สารบัญตาราง	**ช**
สารบัญแผนภาพ	**ซ**
สารบัญภาพ	**ฌ**
ส่วนที่ 1 บทนำและระเบียบวิธีวิจัย	**1**
1.1 เหตุผลการเลือกใช้การใช้เหตุผลแบบอุปนัย (Inductive Reasoning)	2
1.2 กรอบแนวคิด (Conceptual framework) ตลอดโครงการ	2
1.3 บทนำ	3
1.4 ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาสถานการณ์	4
1.4.1 รูปแบบการศึกษาและกรอบแนวคิด	4
1.4.2 กรอบการวิเคราะห์และนิยามแต่ละมุมมอง	4
1.5 ข้อจำกัดของการศึกษา	6
ส่วนที่ 2 สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลกและพัฒนาการของประเด็นการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวาระโลก	**7**
2.1 สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก บทบาทของประเทศไทยในบริบทระหว่างประเทศ	8
2.2 พัฒนาการของความสนใจระดับโลกและเหตุการณ์สำคัญ	9
ส่วนที่ 3 ข้อค้นพบสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ในช่วง พ.ศ. 2563-2568	**14**
สรุปข้อค้นพบ	15
A แนวโน้มทางระบาดวิทยาและข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	18
A1 อัตราและรูปแบบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	18
A2 ผลกระทบทางสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	24
A3 การบาดเจ็บทางท้องถนนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	25
B ภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	27
B1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สร้างภาระทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างมหาศาลและยาวนานจากผลกระทบทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการดื่ม	27
B2 การจัดเก็บรายได้ภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง	28
B3 ความเสียหายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากอุบัติเหตุทางท้องถนนมาสู่ความสูญเสียทางผลิตภาพ	28

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

C มิติทางสังคมต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 30

C1 นโยบายสุราก้าวหน้า การปลดล็อกเพื่อส่งเสริมสุราชุมชน: โอกาสทางเศรษฐกิจและความท้าทายในการควบคุมคุณภาพและวัฒนธรรมการดื่ม 30

C2 “การดื่มสุรา” กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม “การไม่ดื่ม” อาจกลายเป็นเข้าสังคมยาก 30

C3 ความรุนแรงในครอบครัวและทางเพศที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาฝังลึกของสังคมไทย 30

C4 ความสูญเสียที่เกิดขึ้นในทุกช่วงเทศกาลจากการดื่มแล้วขับ 31

C5 อุปสรรคต่อการเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา 31

C6 “ผู้หญิง” สุ่มเสี่ยงต่อการเข้าสู่การเป็นนักดื่มหน้าใหม่และเป้าหมายของการตลาด 32

C7 ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการบริโภคแอลกอฮอล์ในครัวเรือนรายได้น้อย 32

C8 ประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดแตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและชนบท 33

C9 บริบทระดับภูมิภาคและวัฒนธรรมสร้างภูมิทัศน์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลากหลายทั่วประเทศไทย 34

C10 การตลาดผ่านอินฟลูเอนเซอร์ดิจิทัลและผู้เนื้อหาออนไลน์สร้างแนวโน้มให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นเรื่องปกติในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น 34

C11 ปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชนที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ยังคงเกิดขึ้น 34

C12 ความเชื่อมโยงการรักษาระหว่างปัญหาสุขภาพจิตและการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงไม่ได้รับการจัดการอย่างครอบคลุมในระบบสุขภาพของประเทศไทย 34

D มิติเชิงนโยบายของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 35

D1 การวิเคราะห์ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ (ร่างเดือนมีนาคม 2568) 36

D2 การวิเคราะห์ร่างแก้ไขพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิตฉบับใหม่ (ร่างฉบับต่อวุฒิสภา เดือนมกราคม 2568) 38

E ปัจจัยทางการค้าจากภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 38

E1 การล็อบบี้เชิงรุกของอุตสาหกรรมเพื่อบ่อนทำลายนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์ 39

E2 การเลี่ยงข้อจำกัดด้านการตลาดโดยอาศัยช่องโหว่ของกฎหมาย 39

E3 สื่อดิจิทัลและโซเชียลมีเดียขยายการเข้าถึงของเยาวชนและทำให้การดื่มกลายเป็นเรื่องปกติ 39

E4 การใช้ข้ออ้างด้านเศรษฐกิจเพื่อเบี่ยงเบนความเสียหายและแทรกแซงนโยบาย 39

E5 ความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (CSR) ถูกใช้เพื่อจัดการภาพลักษณ์และเข้าถึงนโยบาย 39

E6 การจับมือกับอุตสาหกรรมท่องเที่ยว บันเทิง และกีฬา เพิ่มพลังล็อบบี้ในการแทรกแซง 39

E7 การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ทั่วถึงเปิดช่องให้อุตสาหกรรมแทรกแซง 39

E8 มาตรการตามหลักฐานเชิงวิชาการมักถูกต่อต้านหรือถูกลดทอนความสำคัญ 40

E9 การเปิดเสรีในปัจจุบันเพื่อลดทอนความสำคัญของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 40

F นโยบายทางการค้าระหว่างประเทศ 40

F1 ข้อตกลงทางการค้าและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 40

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

G สถานการณ์สิ่งเสพติด 42

G1 วิกฤตรุนแรงจากยาบ้า 42

G2 ความท้าทายด้านกฎหมายกัญชาและกระท่อม และสิ่งเสพติด 42

G3 ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพในระบบการรักษา 43

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด 44

4.1 เกี่ยวกับการประชุม 45

4.2 วัตถุประสงค์การประชุม 47

4.3 ข้อคิดเห็นจากการประชุม 48

4.3.1 ช่องว่างของการดำเนินงาน 48

4.3.2 การจัดลำดับความสำคัญประเด็นเร่งด่วนใน 1-3 ปีข้างหน้า 49

4.3.3 ประเด็นที่เรียนรู้จากกิจกรรมการจัดทำช่องว่างและการลำดับความสำคัญในเวที 51

4.3.4 ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ควรนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายในระยะถัดไป 52

4.3.5 การอภิปรายประเด็นอื่น ๆ 52

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานในปี 2569 - 2571 55

5.1 ทิศทางยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 56

5.1.1 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกรอบกฎหมายและการบังคับใช้นโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ 56

5.1.2 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างศักยภาพของกลไกในระดับจังหวัดและท้องถิ่นผ่านการเพิ่มขีดความสามารถและกลไกความร่วมมือ 56

5.1.3 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผ่านการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมและการสร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงจากแอลกอฮอล์ 56

5.1.4 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 4 การยกระดับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดด้วยข้อมูล ผ่านการบูรณาการข้อมูลและงานวิชาการที่ตอบสนองในพื้นที่ 56

5.2 เป้าหมายและตัวชี้วัดหลัก 56

5.2.1 ยุทธศาสตร์การดำเนินการที่ 1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกรอบกฎหมายและการบังคับใช้นโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ 56

5.2.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินการที่ 2 การเสริมสร้างศักยภาพของกลไกในระดับจังหวัดและท้องถิ่นผ่านการเพิ่มขีดความสามารถและกลไกความร่วมมือ 56

5.2.3 ยุทธศาสตร์การดำเนินการที่ 3 การสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผ่านการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมและการสร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงจากแอลกอฮอล์ 57

5.2.4 ยุทธศาสตร์การดำเนินการที่ 4 การยกระดับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดด้วยข้อมูล ผ่านการบูรณาการข้อมูลและงานวิชาการที่ตอบสนองในพื้นที่ 57

ส่วนที่ 6 แนะนำรายงานที่น่าสนใจ 58

เอกสารอ้างอิง 62

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1 เลนส์ทั้ง 6 มุมมองที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4

ตารางที่ 2.1 พัฒนาของความสนใจในระดับโลกในประเด็นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 9

ตารางที่ 4.1 หน่วยงานที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด 45

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 3.1 อัตราการปริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ 19

แผนภาพที่ 3.2 อัตราการปริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ 20

แผนภาพที่ 3.3 อัตราการดื่มหนัก (heavy drinking) ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ 20

แผนภาพที่ 3.4 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก จำแนกตามเพศ 21

แผนภาพที่ 3.5 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเฉพาะกลุ่ม 15-19 ปี 21

แผนภาพที่ 3.6 ความถี่ของการดื่มของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป 22

แผนภาพที่ 3.7 ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการบริโภคในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 22

แผนภาพที่ 3.8 ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากร (Alcohol Per Capita Consumption: APC) 23

แผนภาพที่ 3.9 อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภูมิภาค 23

แผนภาพที่ 3.10 ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่ดื่มแล้วขับ (ราย) 26

แผนภาพที่ 3.11 สัดส่วนของผู้ขับขี่/ผู้โดยสารที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 26

แผนภาพที่ 3.12 สัดส่วนของผู้ขับขี่ที่ดื่มและเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยบาดเจ็บหรือเสียชีวิตในช่วงเทศกาล ปี 2562-2566 27

แผนภาพที่ 3.13 ต้นทุนทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เปรียบเทียบจากการศึกษาปี 2549 2560 และ 2564 29

แผนภาพที่ 3.14 รายได้การจัดเก็บภาษีเบียร์และสุราภรมสรรพสามิตปีงบประมาณ 2558-2567 29

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework) 3

ภาพที่ 4.1 องค์ประกอบผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด 45

ภาพที่ 4.2 กรอบการจัดลำดับความสำคัญประเด็นเร่งด่วนด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1–3 ปี 49

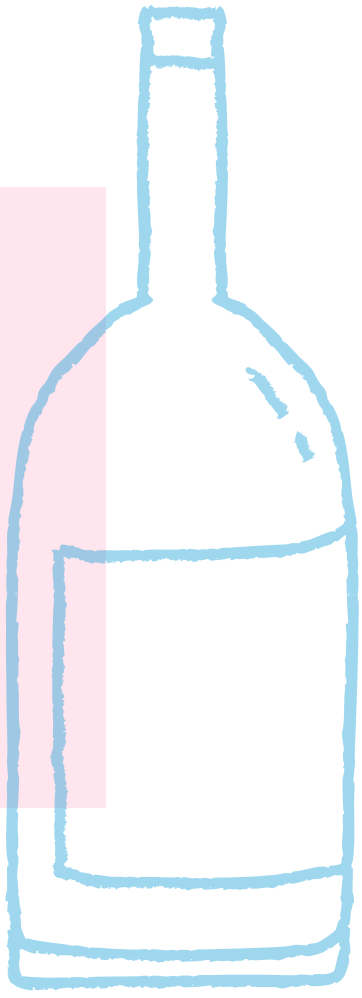
ภาพที่ 4.3 ภาพรวมของการจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จาก Urgency–Feasibility Matrix 50

ภาพที่ 4.4 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 53

ภาพที่ 4.5 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 53

ภาพที่ 4.6 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 54

ภาพที่ 4.7 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 54



ส่วนที่ 1
บทนำและระเบียบวิธีวิจัย

ส่วนที่ 1 บทนำและระเบียบวิธีวิจัย

รายงานฉบับนี้พัฒนาขึ้นเพื่อสะท้อนสถานการณ์ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยอย่างรอบด้านท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในสังคม เศรษฐกิจ กฎหมาย การเมือง และวัฒนธรรม แนวทางการวิจัยเลือกใช้การให้เหตุผลแบบอุปนัย (Inductive reasoning) และการวิเคราะห์สถานการณ์ผ่านหลายมุมมอง (Multiple-lens situational-analysis) เพื่อเปิดพื้นที่ให้การสังเกตข้อเท็จจริงในปัจจุบันถูกสังเคราะห์จนเกิดเป็นภาพรวมที่ชัดเจน พร้อมชี้ให้เห็น “ช่องว่างขององค์ความรู้” ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข เพื่อให้ทุกฝ่ายมีทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและสอดรับกับสถานการณ์จริง

1.1 เหตุผลการเลือกใช้การให้เหตุผลแบบอุปนัย (Inductive reasoning)

การพัฒนาบทวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ครั้งนี้ เราเลือกใช้แนวทาง Inductive reasoning หรือการให้เหตุผลแบบอุปนัย ซึ่งแตกต่างจากการวิเคราะห์ในกรอบเดิม เช่น แผน 5 ปี หรือยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เนื่องด้วย 3 เหตุผล ประกอบไปด้วย

1. เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เป็นปัจจุบันของสถานการณ์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสังคม เช่น พฤติกรรมการบริโภค รูปแบบการตลาด และชีวิตความเป็นอยู่ จำเป็นต้องติดกับกระบวนเดิมที่อาจทำให้มองเห็นการเปลี่ยนบริบทในอดีต ซึ่งไม่สามารถสะท้อนภาพปัจจุบันได้อย่างครบถ้วนและแม่นยำ

2. เป้าหมายหลักคือการวิเคราะห์สถานการณ์สำคัญเพื่อนำไปสู่การวางแผนประจำปี วัตถุประสงค์สำคัญของการใช้ Inductive reasoning และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ในครั้งนี้ คือ การสังเกตสถานการณ์ที่ “เป็นปัจจุบันมากกว่า” โดยยึดเป็นจุดตั้งต้น แล้วนำเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยการสังเคราะห์ออกมาเป็นภาพรวมของสถานการณ์ที่สำคัญ เพื่อให้ได้ “ประเด็นสำคัญ” ที่เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ต่อยอด และสร้างความเชื่อมโยงต่อจากสภาพปัจจุบันไปสู่การออกแบบแผนประจำปี

และ **3. แนวทางหลักของ Inductive reasoning คือ การสังเกตเห็นข้อเท็จจริง** เริ่มต้นจากการ **เก็บรวบรวมข้อมูลสะสม และสรุปผลจากสิ่งที่สังเกตเห็นจริง** ซึ่งช่วยให้เราสามารถเชื่อมโยงข้อเท็จจริงในปัจจุบันได้ดีกว่าแนวทางการวิเคราะห์แบบ Deductive reasoning ที่เริ่มต้นด้วยสมมติฐานหรือกรอบคิดในใจที่มีอยู่แล้ว รูปแบบหรือคำทำนายที่วางไว้ล่วงหน้าอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงรอบตัวหรือคลาดเคลื่อน ทำให้เรามองเห็นปัญหาและโอกาสในมุมที่ชัดเจน และสอดรับแนวทางการปรับให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน

1.2 กรอบแนวคิด (Conceptual framework) ตลอดโครงการ

กรอบแนวคิดงานวิจัย เริ่มต้นจากการทำ **Multi-lens situation analysis** หรือ การวิเคราะห์สถานการณ์แบบหลายมุมมอง เพื่อให้เห็นภาพปัญหาและโอกาสอย่างรอบด้าน ครอบคลุม **6 เลนส์** ได้แก่

1. ระบาดวิทยา (Epidemiology) พบประเด็นย่อย 23 เรื่อง
2. ภาระทางเศรษฐกิจ (Economic burden) 3 เรื่อง
3. บริบททางสังคม/วัฒนธรรม (Social dimension) 12 เรื่อง
4. นโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย (Policy dimension) 9 เรื่อง
5. ปัจจัยทางการค้าจากภาคอุตสาหกรรม (Commercial determinant of health: CDoH) 9 เรื่อง และ
6. นโยบายทางการค้าระหว่างประเทศ (International trade) 11 เรื่อง

ผลจากทั้ง 6 เลนส์ถูกรวบรวมและสังเคราะห์ให้เห็น **“ช่องว่างขององค์ความรู้ (Knowledge gaps)”** อย่างเป็นระบบ เมื่อได้รายการช่องว่างขององค์ความรู้แล้วนั้น ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ในวันที่ 29 พฤษภาคม 2568 เพื่อร่วมกัน “จัดลำดับความสำคัญของช่องว่าง” ให้ชัดเจน และนำไปกำหนดทิศทางการวิจัย พร้อมทั้งดำเนินงานในปีถัดไป (Priority gaps พ.ศ. 2569) ขั้นตอนนี้ยังคง**ความต่อเนื่องจากแผนปี 2568** และ **เชื่อมโยงกับกรอบยุทธศาสตร์ที่กว้างกว่า** ได้แก่ WHO-SAFER, แผน 5 ปีของไทย (TH 5-year plan: Chain of outcome: CoO) และยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อให้ทุกข้อเสนออยู่ในทิศทางเดียวกันกับเป้าหมายเชิงนโยบาย

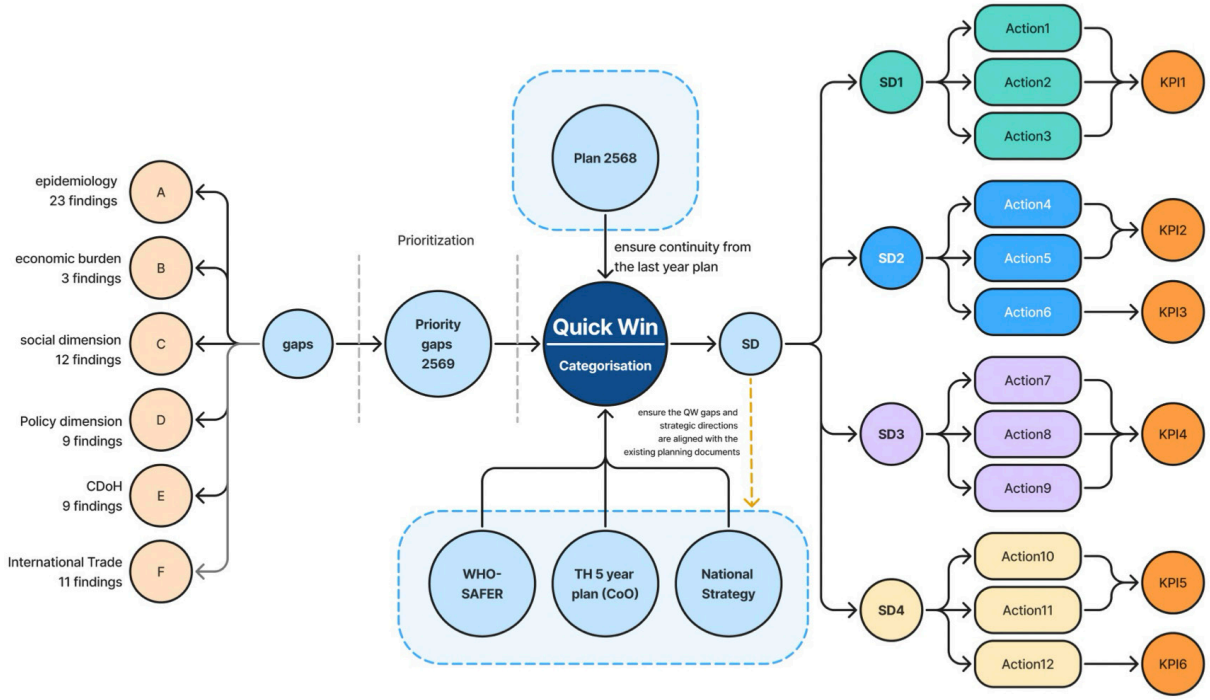
จากการจัดลำดับดังกล่าว มีการคัดเลือกประเด็นที่สามารถ **“ทำได้เร็ว เห็นผลไว” (Quick win)** และทำ**การจัดหมวดหมู่ Quick win** เพื่อให้เลือกเครื่องมือและแนวทางที่เหมาะสม ทั้งนี้ได้มีการกำกับให้ **“เป้าหมายของ Quick win และทิศทางยุทธศาสตร์”** สอดคล้องกับ **ผลลัพธ์ของโครงการที่ต้องการ** (Desired programme outcomes) ไม่ใช่เพียงทำได้เร็ว แต่ต้องตอบโจทย์ผลกระทบที่คาดหวัง

ช่องว่างที่มีความสำคัญและกลุ่ม Quick win ถูก**แปลงเป็น “ทิศทางยุทธศาสตร์ (Strategic directions: SD)” 4 ด้าน** คือ SD1–SD4 ซึ่งทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมจากหลักฐานเชิงวิชาการไปสู่การลงมือปฏิบัติจริง แต่ละ SD ถูกถ่ายทอดต่อไป

เป็น **ชุดข้อปฏิบัติหรือมาตรการ (Actions)** รวม 12 กิจกรรม (เช่น Action1–Action12) ที่ระบุว่า “ใครทำ อะไร ที่ไหน และเมื่อใด” ทำให้ทุกฝ่ายสามารถดำเนินการได้อย่างมีลำดับขั้น

สุดท้าย เพื่อให้ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลได้อย่างโปร่งใส แต่ละกลุ่มของ Actions จะผูกกับ **ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPI)** ที่ชัดเจน (เช่น KPI1–KPI6) โดยบาง SD อาจมีมากกว่าหนึ่ง KPI ตามธรรมชาติของงาน ทั้งหมดนี้ทำให้กรอบแนวคิดมี **เส้นทางเชื่อมโยงครบวงจร** กลายเป็นแผนการวิจัยและปฏิบัติที่ทั้ง **ทันการณ์ วัดผลได้ และสอดคล้องยุทธศาสตร์** ซึ่งช่วยลดช่องว่างองค์ความรู้และเร่งการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและระบบให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



ที่มา: คณะผู้วิจัย Activethai.org

1.3 บทนำ

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจัดทำแผนประจำปี 2569 ของแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ด้านนโยบายและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องมีการประเมินสถานการณ์ด้านแอลกอฮอล์ให้เท่าทันสถานการณ์ผ่านมุมมองแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เพื่อให้เข้าใจปัญหาและวางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและท้าทาย เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับหลายด้าน ทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ กฎหมาย ธรรมาภิบาล วัฒนธรรม การค้า และพลวัตอุตสาหกรรม ด้วยเหตุนี้ รายงานฉบับนี้จึงเลือกใช้วิธีการให้เหตุผลแบบอุปนัย (Inductive reasoning) และวิเคราะห์ปัญหาผ่านมุมมองที่หลากหลายมิติ เพื่อให้สามารถสะท้อนภาพรวมของสถานการณ์ได้อย่างครอบคลุมไม่เพียงแต่ผลกระทบทางสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงปัจจัยโครงสร้างและบริบทอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของนโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์ด้วย รายงานนี้สะท้อนถึงความตระหนักของ สสส. ว่าแนวทางที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้วยวิธีหรือมุมมองจากแค่ด้านใดด้านหนึ่งนั้นไม่เพียงพอที่จะจัดการกับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในสังคมไทยได้

การวิเคราะห์สถานการณ์ในครั้งนี้มีการพัฒนาจากเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด เช่น ข้อเสนอการปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติ กระแสเรียกร้องต่อการเปิดเสรีผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน การโฆษณาในยุคดิจิทัลที่มุ่งเป้าหมายไปที่เยาวชนอย่างต่อเนื่อง และความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ต่าง ๆ เรื่องการบริโภค และการบังคับใช้กฎหมาย สถานการณ์เหล่านี้สร้างความท้าทายต่อกรอบนโยบายกำกับดูแลที่มีอยู่ และเน้นย้ำถึงความสำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากนอกภาคสุขภาพต่อการสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์สถานการณ์ มี 2 ประการ ได้แก่

1. เพื่อเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดในประเทศไทยที่เป็นปัจจุบัน อิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยพิจารณาจากหลากหลายมุมมอง ทั้งด้านระบาดวิทยา เศรษฐกิจ สังคม นโยบาย ปัจจัยทางการค้าที่ส่งผลต่อสุขภาพ และนโยบายทางการค้าและแนวโน้มสุขภาพโลก

2. เพื่อระบุและลำดับช่องว่างทางนโยบายและการดำเนินงานในปัจจุบันที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสาร สถิติระดับประเทศ งานวิจัยทางวิชาการ เอกสารของภาครัฐ และรายงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนด้านล่างในหัวข้อระเบียบวิธีวิจัยมีการอธิบายกระบวนการศึกษาแต่ละส่วนอย่างละเอียดและในรายงานฉบับนี้ยังได้รวมข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่าย ซึ่งได้วางรากฐานสำหรับการดำเนินการในอนาคต โดยการชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญที่ควรศึกษาเพิ่มเติม

ผลการวิเคราะห์นี้หวังว่าจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการกำหนดยุทธศาสตร์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแผนดำเนินการประจำปีของ สสส. โดยนำเสนอข้อมูลพื้นฐานอย่างเป็นระบบสำหรับการจัดลำดับความสำคัญ การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการจัดสรรทรัพยากรในโครงการต่าง ๆ ซึ่งช่องว่างที่ระบุไว้ในรายงานสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนต่อไป

1.4 ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาสถานการณ์

1.4.1 รูปแบบการศึกษาและกรอบแนวคิด

การศึกษาใช้รูปแบบ**การวิเคราะห์สถานการณ์ผ่านมุมมองที่หลากหลาย (Multiple-lens situational-analysis design)** จาก 6 มุมมอง (หรือกรณีนี้ขอเรียกว่า “เลนส์-Lens”) ที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ (A) ระบาดวิทยา (B) ภาระทางเศรษฐกิจ (C) บริบททางสังคม/วัฒนธรรม (D) นโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย (E) ปัจจัยทางการค้าจากภาคอุตสาหกรรม และ (F) นโยบายทางการค้าและแนวโน้มสุขภาพโลก

1.4.2 กรอบการวิเคราะห์และนิยามแต่ละมุมมอง

การวิเคราะห์สถานการณ์ผ่านมุมมองที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้พิจารณาการควบคุมแอลกอฮอล์ซึ่งมีความซับซ้อนใน 6 มุมมอง เนื่องจากการบริโภคและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นความท้าทายที่ซับซ้อน และมีขอบเขตที่กว้างเกินกว่าจะเข้าใจอย่างรอบด้านผ่านเพียงมิติใดมิติหนึ่ง

ดังข้อมูลตารางที่ 1.1 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) สรุปเลนส์ที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้ง 6 มุมมองสอดคล้องกับเสาหลักของ SAFER และกรอบปัจจัยกำหนดการค้ากำหนดสุขภาพ พร้อมทั้งบูรณาการแนวคิด “กรอบการทำงานหลายกระแส หรือ Multiple Stream Framework” ของ Kingdon[1] เพื่อนำเสนอแนวทางการนำเสนอนโยบายสาธารณะบนพื้นฐานมุมมองที่แตกต่าง

ตารางที่ 1.1 เลนส์ทั้ง 6 มุมมองที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เลนส์	คำถามวิจัย	สรุประเบียบวิธีวิจัย
A. ระบาดวิทยา	ใครดื่ม ดื่มมากเท่าไร และเกิดอันตรายอะไรบ้าง?	การสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิและการกำหนดตัวชี้วัด
B. ภาระทางเศรษฐกิจ	ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมต่อสังคมเป็นอย่างไร?	การเก็บรวบรวมสถิติภาครัฐและการทบทวนเอกสาร
C. สังคม/ วัฒนธรรม	สื่อและบรรทัดฐานทางสังคมมีบทบาทอย่างไรต่อพฤติกรรมการดื่ม?	การวิเคราะห์ข่าวสารอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ sentiment
D. นโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย	กฎหมายที่มีอยู่และร่างกฎหมายมีประสิทธิภาพในการควบคุมพียงใด?	การวิเคราะห์เนื้อหากฎหมายเชิงเปรียบเทียบ
E. กลยุทธ์ทางการค้าภาคอุตสาหกรรม	อุตสาหกรรมมีอิทธิพลต่อนโยบายและพฤติกรรมอย่างไร?	การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ (วิชาการและ grey literature)
F. นโยบายการค้าระหว่างประเทศ	กฎระเบียบการค้าและแนวปฏิบัติต่างประเทศมีผลต่อนโยบายในไทยอย่างไร?	การสังเคราะห์กรณีศึกษานโยบายเชิงเปรียบเทียบ

A. วิธีวิจัยการศึกษาด้านระบาดวิทยา

เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ทางระบาดวิทยา คณะผู้วิจัยดำเนินการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สำรวจแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือทั้งในประเทศไทยและระดับนานาชาติที่บันทึกข้อมูลการบริโภคและอันตรายจากแอลกอฮอล์ เช่น การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลอุบัติเหตุจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ฐานข้อมูลสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก (2) สกัดข้อมูลดิบหรือข้อมูลวิเคราะห์ในช่วง พ.ศ. 2563-2568 จัดทำข้อมูลตัวแปร คัดกรองความครบถ้วน และความสอดคล้องระหว่างแหล่งข้อมูล (3) พัฒนาตัวชี้วัดมาตรฐาน เช่น ความชุกของการดื่มปัจจุบันและการดื่มหนัก ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวอายุที่เริ่มดื่ม สัดส่วนที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ และตัวชี้วัดอื่น ๆ (3) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและรวบรวมข้อมูลสนับสนุน และ (4) ตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ บางส่วนตีความจากข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

B. วิธีวิจัยการศึกษาภาระทางเศรษฐกิจ

ข้อมูลภาระทางเศรษฐกิจรวบรวมผ่านการเก็บและสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ คณะผู้วิจัยรวบรวมสถิติอย่างเป็นทางการจากหลายแหล่งข้อมูลของภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข กองทุนชดเชยอุบัติเหตุ เอกสารระบบกฎหมาย และสถิติแรงงานแห่งชาติ ประมาณการภาระทางเศรษฐกิจ พ.ศ. 2563-2568 มาจากรายงานและวารสารวิชาการ มีการตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องระหว่างแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง

C. วิธีวิจัยการศึกษามิติทางสังคมของการควบคุมแอลกอฮอล์

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการสืบค้นข้อมูลอย่างครอบคลุมด้วยการค้นหาบทความข่าวเกี่ยวกับการบริโภคและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2568 กระบวนการนี้ประกอบด้วยการใช้คำหลักเฉพาะในภาษาอังกฤษและภาษาไทยที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น “สุรา” “เมาแล้วขับ” และ “กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” รวมถึงคำหลักอื่น ๆ อีกหลายคำในการค้นหาข้อมูล จากเว็บไซต์ข่าวออนไลน์และคลังข้อมูลดิจิทัลของสื่อหลัก ๆ ในแต่ละบทความผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล Metadata ได้แก่ หัวข้อข่าว วันที่เผยแพร่ แหล่งที่มา ผู้เขียน (หากมี) URL และเนื้อหาบทความทั้งฉบับ จากนั้นกรองเพื่อคัดเลือกเฉพาะเนื้อหาที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยตัดบทความที่ไม่ใช่สถานการณ์ในไทย บทความที่ซ้ำซ้อน และการกล่าวถึงคำหลักที่ไม่เกี่ยวข้อง ผลสุดท้ายนำบทความจำนวน 258 บทความ มาใช้ในการวิเคราะห์เพิ่มเติม ในขั้นสุดท้าย ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ชุดข้อมูลที่คัดกรองแล้วเพื่อระบุประเด็นสำคัญ แนวโน้ม และเหตุการณ์ที่มีนัยสำคัญ จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ความรู้สึก (Sentiment analysis) ของแต่ละประเด็น ซึ่งต่อมาได้รวบรวมและสังเคราะห์เป็นผลการศึกษาที่มีโครงสร้างดังนำเสนอในส่วนนี้

D. วิธีวิจัยการศึกษามิติด้านนโยบายของการควบคุมแอลกอฮอล์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกรอบกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ประกอบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างครอบคลุมของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และร่างพระราชบัญญัติฉบับใหม่ (มีนาคม พ.ศ. 2568) รวมถึงพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างละเอียดระหว่างกฎหมายปัจจุบันและกฎหมายที่เสนอใหม่เพื่อระบุการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่สำคัญ ความท้าทายในการดำเนินการที่อาจเกิดขึ้น และผลกระทบต่อวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข การวิเคราะห์เน้นเฉพาะบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดการโฆษณา องค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคณะกรรมการระดับจังหวัด การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อยกเว้นของสถาบันการศึกษา การบำบัดรักษา และกรอบการบังคับใช้กฎหมาย

E. วิธีวิจัยการศึกษาปัจจัยกำหนดการค้าจากภาคอุตสาหกรรม

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากวารสารนานาชาติที่ตีพิมพ์ และรายงานสื่อเน้นที่แนวปฏิบัติของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ครอบคลุมเอกสารวิชาการ วรรณกรรมสีเทา เอกสารเชิงนโยบาย และแหล่งข่าวออนไลน์ที่ครอบคลุมช่วง พ.ศ. 2563-2568

ผู้วิจัยได้ค้นหาฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยใช้คำหลักที่เกี่ยวข้องกับการล็อบบี้ ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลยุทธ์การตลาด การส่งเสริมการขายทางดิจิทัล เหตุผลทางเศรษฐกิจ ความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท การเป็นพันธมิตรข้ามภาคส่วน การบังคับใช้กฎระเบียบ และการต่อต้านนโยบายในบริบทไทย วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปรูปแบบที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ของพฤติกรรมและยุทธวิธีของอุตสาหกรรมที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและการดำเนินนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาได้มีการตรวจสอบทวนย้อนกลับจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่งเพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ไม่มีการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ โดยนำเสนอการสังเคราะห์เอกสารที่มีอยู่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อนโยบายสาธารณสุข

F. วิธีวิจัยการศึกษานโยบายทางการค้าระหว่างประเทศ

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลหลักจาก 4 ด้าน ได้แก่ ตัวบทกฎหมายการค้า ข้อตกลงองค์การการค้าระหว่างประเทศ Technical Barriers to Trade (TBT) คดีความระหว่างภาครัฐกับนักลงทุน ผลลัพธ์ที่แสดงความพยายามไม่ออกกฎหมายของภาครัฐ (Regulatory chill) ข้อมูลรวบรวมเอกสารทางกฎหมายอย่างเป็นระบบ (ข้อตกลงการค้า ASEAN Free Trade Area, Regional Comprehensive Economic Partnership, ASEAN Comprehensive Investment Agreement และสนธิสัญญาและความตกลงทวิภาคีระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ) การค้นหาคลังเอกสารขององค์การค้าโลก หรือ WTO (รายงานการประชุมคณะกรรมการ TBT และฐานข้อมูลที่มีการบันทึก) ฐานข้อมูลกฎหมายการลงทุน (UNCTAD Investment Policy Hub) การทบทวนวรรณกรรมวิชาการ (ผ่าน Google Scholar, PubMed, SSRN) และการวิเคราะห์ข่าว (Factiva, สื่อภาษาไทย)แหล่งข้อมูลผ่านการคัดกรองเพื่อคัดเลือกเฉพาะที่มีการอ้างอิงชัดเจนถึงเหตุการณ์ในประเทศไทย มีการ-สังเคราะห์และจัดทำตารางสรุปมาตรการ เวทีนานาชาติ ลักษณะของข้อจำกัด ผลลัพธ์ และบันทึกบทสัมภาษณ์หรือถ้อยคำตรงตัวเพื่อการอ้างอิง

1.5 ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้ว่าการวิเคราะห์สถานการณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดนี้จะใช้กรอบการทำงานที่ครอบคลุม Multi-lens และสังเคราะห์แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย แต่ก็มีข้อจำกัดหลายประการ

1) ข้อจำกัดด้านเวลาและการประเมินอย่างรวดเร็ว การทบทวนแบบหลายมุมมองทั้งหมด ตั้งแต่การกำหนดขอบเขตไปจนถึงการทำ Mapping ช่องว่างดำเนินการเสร็จสิ้นภายในเวลาประมาณหนึ่งเดือน กรอบเวลาที่กระชับจำกัดความลึกของการตรวจสอบในแต่ละด้าน

2) การใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ข้อค้นพบทั้งหมดได้มาจากผลสำรวจที่มีอยู่ กฎหมาย วารสารตีพิมพ์นานาชาติ ข่าวสาร และเนื้อหาออนไลน์ไม่มีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งจำกัดความสามารถในการวิเคราะห์ที่จะรวบรวมประสบการณ์จริง (Insights) จากผู้เชี่ยวชาญ

3) การไม่มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ไม่มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก รายงานจึงไม่อาจสะท้อนมุมมองจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

4) การกระจายตัวของข้อมูล ชุดข้อมูลทางระบาดวิทยา เศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมาย และการค้า อยู่ในฐานข้อมูลหน่วยงานที่แตกต่างกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมสรรพสามิต กรมศุลกากร การยื่นเอกสารต่อ WTO) ยากต่อการบูรณาการเพื่อการตรวจสอบข้ามฐานอาจเกิดความผิดพลาดจากข้อมูลที่ไม่ตรงกัน

5) การแจกแจงข้อมูลย่อยระดับประเทศที่ไม่สมบูรณ์ แม้จะมีการเน้นย้ำถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาคและเศรษฐกิจและสังคม แต่กรอบเวลาที่สั้น จึงไม่สามารถแจกแจงข้อมูลทั้งหมดได้ครบถ้วนใน 77 จังหวัด หรือในกลุ่มประชากรเปราะบางต่อสถานการณ์

6) พลวัตทางเศรษฐศาสตร์การเมืองและอุตสาหกรรม การศึกษาสามารถเข้าถึงได้เฉพาะแหล่งข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะ แต่ไม่สามารถครอบคลุมข้อมูลส่วนอื่นที่ไม่เปิดเผย เช่น การต่อรองภายในรัฐบาล

7) ภูมิทัศน์นโยบายที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รายงานอาจไม่สามารถทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ได้

ส่วนที่ 2

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลก และพัฒนาการของประเด็นการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวาระโลก

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลก และพัฒนาการของประเด็นการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวาระโลก

ส่วนนี้จะเป็นการชี้ให้เห็นว่า “แอลกอฮอล์” ถูกยกเป็นวาระสาธารณสุขโลกโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ขับเคลื่อนนโยบายและยืนยันชัดว่าไม่มีระดับการดื่มที่ปลอดภัย ขณะเดียวกันรายงานสถานะโลกสะท้อนภาระโรคและการตายที่ยังสูงกว่า 2.6 ล้านคน/ปี แม้ความชุกการดื่มจะลดลงเล็กน้อย แผนปฏิบัติการปี 2022–2030 และชุดมาตรการ SAFER เน้นเครื่องมือคุ้มค่า ขึ้นภาษี ควบคุมการตลาด และจำกัดการเข้าถึง แต่การดำเนินงานจริงยังติดหล่มจากแรงต้านอุตสาหกรรมและความก้าวหน้าที่ไม่สม่ำเสมอ ประเทศไทยถูกยอมรับว่าเป็นผู้นำระดับภูมิภาคด้านนโยบายเชิงหลักฐาน ทว่าแนวโน้มเปิดเสรีภายในประเทศอาจบั่นทอนบทบาทนำนี้ เนื้อหาถัดไปจะคลี่ภาพพัฒนาการโลก บทบาทประเทศไทย และบทเรียนเชิงนโยบายที่จำเป็นต่อการรักษาดุลระหว่างหลักฐานสุขภาพกับแรงกดดันทางเศรษฐกิจในเวทีภูมิภาคและนานาชาติ

2.1 สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก บทบาทของประเทศไทยในบริบทระหว่างประเทศ

การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีพัฒนาการสำคัญในระดับโลกและที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2566 - 2568 เป็นวาระสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก แม้ว่าความก้าวหน้ายังไม่ค่อยสม่ำเสมอ องค์การอนามัยโลกมีบทบาทเป็นองค์กรแกนนำการพัฒนานโยบายและนำเสนอภาระด้านสุขภาพและสังคมที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความก้าวหน้าสำคัญขององค์การอนามัยโลกในการประเมินภาระโรคทั่วโลก

รายงาน The Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders เผยแพร่ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 นำเสนอสาระสำคัญว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 2.6 ล้านคนทั่วโลกใน พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก[2] ร้อยละ 13.0 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในกลุ่มคนช่วงอายุ 20-39 ปี ข้อมูลเดียวกันใน พ.ศ. 2562 จากจำนวน การเสียชีวิตทั้งหมดที่เกิดจากแอลกอฮอล์ ประมาณ 1.6 ล้านอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 474,000 ราย และโรคมะเร็ง 401,000 ราย สถานการณ์ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกลดลงเล็กน้อยตั้งแต่ปี 2553 แต่ภาระทางสุขภาพจากการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยยังคงสูง ประชากรทั่วโลกประมาณ 400 ล้านคนมีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติจากการบริโภคแอลกอฮอล์และยาเสพติด เพศชายได้รับผลกระทบสูงกว่า มีผู้เสียชีวิต 2 ล้านคนจากแอลกอฮอล์ และ 0.4 ล้านคนจากยาเสพติดในกลุ่มผู้ชายทั่วโลก การวิเคราะห์รูปแบบการดื่มของเยาวชนแสดงแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง ร้อยละ 23.5 ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ทั่วโลกเป็นนักดื่มในปัจจุบันมีอัตราในภูมิภาคยุโรป (ร้อยละ 45.9) รองลงมาเป็นทวีปอเมริกา (ร้อยละ 43.9)

แผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลก พ.ศ. 2565 - 2573 (WHO Global Alcohol Action Plan 2022-2030)

แผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลก พ.ศ. 2565 - 2573 จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก ผ่านการเห็นชอบจากประเทศสมาชิกในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 75 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 เป้าหมายเพื่อเร่งดำเนินการตามยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[3,4] กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกเร่งความพยายามในการดำเนินตามมาตรการที่มีความคุ้มทุน (Best buys interventions) ได้แก่

- การขึ้นภาษีและนโยบายการกำหนดราคาที่มีประสิทธิภาพ
- การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณาในทุกช่องทางการสื่อสาร
- การควบคุมการพื้นที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กระบวนทัศน์ย้ำว่าไม่มีการบริโภคในระดับที่ปลอดภัย

เหตุการณ์สำคัญในเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 องค์การอนามัยโลกแถลงการณ์ในลักษณะที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ผ่านการประกาศชัดเจนว่าไม่มีระดับที่ปลอดภัยและไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[5] ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในแนวทางด้านสุขภาพทั่วโลก และเสริมความเข้มแข็งของมาตรการ SAFER ซึ่งนำเสนอใน พ.ศ. 2561 เป้าหมายเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย ร้อยละ 10 ภายใน พ.ศ. 2568 ผ่าน 5 มาตรการ ได้แก่ S-ข้อห้ามพื้นที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ A-ส่งเสริมมาตรการลดเมาแล้วขับ F-อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการบำบัด E-บังคับใช้มาตรการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ R-ขึ้นราคาผ่านกลไกภาษี

การสนับสนุนมาตรการทางการคลังระหว่างประเทศ

องค์กรระหว่างประเทศย้ำความสำคัญของนโยบายการคลังในการลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ธนาคารโลกเน้นย้ำอย่างสม่ำเสมอว่าการเพิ่มภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่าการลงทุน ในการลดโรคไม่ติดต่อและอันตรายอื่น ๆ [6]

ใน พ.ศ. 2568 องค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรปเผยแพร่ “ชุดเครื่องมือการดำเนินนโยบายภาษีและราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” เป็นคู่มือปฏิบัติเพื่อสนับสนุนผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา การนำมาใช้ และการประเมินมาตรการกำหนดราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[7]

ความท้าทายของการนำมาตรการลงสู่การปฏิบัติและการประเมินผล

ความก้าวหน้าในระดับโลกยังคงล่าช้า รายงานสถานการณ์จากองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2567 ระบุว่าแม้จะมีประเทศสมาชิกที่แสดงนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมากขึ้น แต่ความก้าวหน้าตามมาตรการที่มีผลกระทบสูง เช่น ด้านราคาและการตลาด ยังคงมีน้อย ประเทศส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีความก้าวหน้าตามมาตรการ Best buys และประเทศจำนวนมากรายงานการแทรกแซงอย่างต่อเนื่องอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อกระบวนการพัฒนานโยบาย[2]

ประเทศไทยในฐานะผู้นำนโยบายระดับภูมิภาค

ประเทศไทยถือว่ามีความโดดเด่นในเวทีนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก เป็นแบบอย่างระดับภูมิภาคที่องค์การอนามัยโลกยอมรับ แต่ในอีกทางก็กำลังประสบกับการเปิดเสรีนโยบายที่ขัดแย้งกับข้อแนะนำระหว่างประเทศ ผู้แทนขององค์การอนามัยโลกชื่นชมรูปแบบนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อิงหลักฐานของประเทศไทย โดยจัดให้เป็นแบบอย่างที่ดีในภูมิภาค[8] การได้รับการยอมรับทำให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มผู้นำของการดำเนินการตามกรอบการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ในแนวโน้มการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ณ ปัจจุบันอาจส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่เคยเป็นมา

นัยยะต่อทิศทางนโยบายระดับภูมิภาคและระดับโลก

แนวทางนโยบายของประเทศไทยเป็นบทเรียนสำคัญแก่การเคลื่อนไหวควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก ในฐานะหนึ่งในประเทศที่มีความก้าวหน้าตามกรอบการทำงานระหว่างประเทศ การเปลี่ยนแปลงนโยบายทางเศรษฐกิจของประเทศไปสู่การเปิดเสรีอาจส่งสัญญาณถึงความท้าทายระดับภูมิภาค[9] ประสบการณ์จากประเทศอื่น ๆ เป็นตัวอย่างให้เห็นว่าแม้แต่กรอบนโยบายจะเข้มแข็งและได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติก็อาจไม่เพียงพอที่จะต้านทานเมื่อแรงจูงใจทางเศรษฐกิจสนับสนุนการเปิดเสรี

2.2 พัฒนาการของความสนใจระดับโลกและเหตุการณ์สำคัญ

วาระปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์จัดเป็นวาระหนึ่งที่ถูกผลักดันให้เป็นความสนใจในระดับโลก ด้วยแรงผลักและแรงดึงระหว่างอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับฝ่ายสนับสนุนการควบคุมการบริโภคที่ประกอบด้วยรัฐบาลประเทศต่าง ๆ องค์กรวิชาการ และภาคประชาสังคม พัฒนาการที่เป็นจุดสำคัญ โดยจะเน้นเหตุการณ์สำคัญหลัง พ.ศ. 2543 แสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 พัฒนาของความสนใจในระดับโลกในประเด็นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปี	เหตุการณ์	ความสำคัญ
ค.ศ. 1987 (พ.ศ. 2530)	The International Agency for Research on Cancer (IARC) จัดให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์กลุ่มที่ 1 (Group 1 carcinogen)	เป็นจุดเริ่มต้นในการขับเคลื่อน การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
ค.ศ. 1992 (พ.ศ. 2535)	“Harmful use of alcohol” นำมาใช้อย่างเป็นทางการโดยองค์การอนามัยโลก in the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)	“Harmful use of alcohol” กลายเป็นคำสำคัญที่เป็นบรรทัดฐานและนิยามในการทำงาน
ค.ศ. 2005 (พ.ศ. 2548)	WHA58.26 public-health problems caused by Harmful use of alcohol	เสนอให้มีการประเมินปัญหาสาธารณสุขจาก Harmful use of alcohol และพัฒนาแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหา และมารายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัยที่ 60 (2007)

ตารางที่ 2.1 พัฒนาของความสนใจในระดับโลกในประเด็นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ปี	เหตุการณ์	ความสำคัญ
ค.ศ. 2007 (พ.ศ. 2550)	The world's first-ever summit of heads of government on NCDs prevention and control นำโดยประเทศในเครือประชาคมแคริบเบียน	ก้าวสำคัญของการขับเคลื่อนปัญหา NCDs สู่การเป็นวาระสำคัญระดับโลก และแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่บรรจุอยู่ในวาระ NCDS ด้วย
ค.ศ. 2008 (พ.ศ. 2551)	WHA 61.8 The draft action plan for the global strategy for the prevention and control of NCDs	รับรอง ร่างแผนปฏิบัติการของยุทธศาสตร์ระดับโลกเพื่อการป้องกันและควบคุม NCDs
	ข้อมติ WHA 61.3 (Strategies to reduce the harmful use of alcohol)	มอบหมายให้จัดทำ ร่างยุทธศาสตร์ระดับโลกว่าด้วยการลดการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างเป็นอันตราย และรายงานต่อที่ประชุมใน ค.ศ. 2010
ค.ศ. 2010 (พ.ศ. 2553)	รับรอง The Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol	ครั้งแรกที่มีกรอบยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านการควบคุมแอลกอฮอล์ซึ่งครอบคลุมประเด็นเชิงนโยบาย การป้องกัน และการบังคับใช้
ค.ศ. 2011 (พ.ศ. 2554)	The First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease (NCD) Control รับรอง Moscow Declaration	Moscow Declaration นำไปสู่ การขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นวาระระดับโลก สาระสำคัญของ Moscow Declaration คือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และมาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่า
	The First UN High Level Meeting (UNHLM) and adaptation of UN Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (A66/RES/2)	NCDs จัดเป็นวาระสุขภาพ วาระที่ 2 ที่มีการนำไปบรรจุในการประชุมระดับสูงของสหประชาชาติ
ค.ศ. 2013 (พ.ศ. 2556)	สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 66 รับรอง WHA 66.10 WHO Global Action Plan (GAP) NCDs 2013-2020 และ A Comprehensive Global Monitoring Framework Options & timeline for strengthening and facilitating multisectoral action	ถือเป็นแผนระดับโลกที่บรรลุการเจรจากำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมกันในการทำให้เกิดผลลัพธ์การลดโรค ปัจจัยเสี่ยง ความเจ็บป่วยและการตาย โดยมีกรอบการทำงานพหุภาคีร่วมกันและมีกรอบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน
ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558)	สมัชชาสหประชาชาติรับรองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (A/RES/70/1)	แอลกอฮอล์ได้รับการบรรจุเป็นเป้าหมาย 3.5
ค.ศ. 2014-2020 (พ.ศ. 2557-2563)	มีการประชุม UN HLM ติดตามวาระ NCDs ต่อเนื่อง ค.ศ. 2014, 2016, 2018 (พ.ศ. 2557, 2559, 2561)	สาระสำคัญคือติดตามความก้าวหน้า และเพิ่มคำมั่นระดับรัฐบาล

ตารางที่ 2.1 พัฒนาของความสนใจในระดับโลกในประเด็นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ปี	เหตุการณ์	ความสำคัญ
ค.ศ. 2018-2020 (พ.ศ. 2561-2563)	การบรรจุแอลกอฮอล์ร่วมในประเด็นอภิปรายการผลักดัน NCDs และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	กลุ่มสนับสนุนการควบคุมแอลกอฮอล์แสวงหาพันธมิตรที่มีความสนใจร่วม เพื่อรักษาโมเมนตัมในระดับโลก
	มีการประเมินครึ่งแผนของแผน NCDs ระดับโลก ค.ศ.2020 (พ.ศ. 2563)	การดำเนินงานไม่คืบหน้า
	รายงานระดับโลกการดำเนินงานควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ ค.ศ. 2018, 2024 (พ.ศ. 2561, 2567)	การดำเนินงานไม่คืบหน้า

เหตุการณ์สำคัญช่วง ค.ศ. 2000 - 2010 (พ.ศ.2543 - 2553): “เดินช้าบนทางชัน: ความเห็นต่างที่ขวางการควบคุมแอลกอฮอล์”

ใน ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 53 (WHA 53.17) และคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ 105 (EB105.R12) ได้ให้การรับรอง Global Strategy on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (NCDs) ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่มีการรับรองแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเน้นที่โรคสำคัญ 4 กลุ่ม และปัจจัยเสี่ยง 4 ประการ ซึ่งรวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม แผนฉบับดังกล่าวยังคงอยู่ในระดับหลักการทั่วไป และยังไม่มีตัวชี้วัดหรือระบบติดตามประเมินผลที่ชัดเจน

ช่วงระหว่าง ค.ศ. 2000 - 2010 (พ.ศ.2543 - 2553) ถือเป็นระยะเวลาที่ภาคีเครือข่ายซึ่งมุ่งผลักดันการแก้ไขปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างเป็นระบบ พยายามเรียกร้องให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับโลก ขณะเดียวกัน การควบคุมยาสูบได้ก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด โดยสามารถเจรจาและรับรอง อนุสัญญาควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) ใน ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2549) ซึ่งกลายเป็นแบบอย่างของการใช้กรอบกฎหมายระหว่างประเทศเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสาธารณสุข

ใน ค.ศ. 2005 (พ.ศ. 2548) ความพยายามผลักดันวาระการควบคุมแอลกอฮอล์ก้าวไปอีกขั้น ผ่านการเสนอให้มีการประเมินปัญหาสาธารณสุขจาก Harmful use of alcohol และพัฒนาแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหา โดยสมัชชาอนามัยโลกได้ให้การรับรอง WHA58.26 Public-health problems caused by harmful use of alcohol ซึ่งมอบหมายให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกจัดทำรายงานความก้าวหน้าเสนอต่อสมัชชาอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2007 (พ.ศ. 2550)

ใน ค.ศ. 2007 (พ.ศ. 2550) ความพยายามในการขับเคลื่อนวาระการควบคุมแอลกอฮอล์มีความก้าวหน้ามากขึ้น แต่ยังมีความเห็นต่าง โดยระหว่าง ค.ศ. 2005-2007 (พ.ศ. 2548 - 2550) สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคต่าง ๆ ได้จัดการหารือเชิงยุทธศาสตร์ว่าด้วยมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์อย่างรอบด้าน อย่างไรก็ตาม เมื่อผลการหารือถูกนำเสนอต่อสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 60 รัฐสมาชิกกลับมีความเห็นแตกต่างกันต่อแนวทางการกำหนดยุทธศาสตร์ ทำให้ยังไม่มีข้อมติหรือร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกที่ได้รับการรับรอง ยกเว้นเพียงในระดับภูมิภาค โดยภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกให้การรับรอง Policy options for control of alcohol consumption ซึ่งเป็นกรอบเบื้องต้นให้ประเทศสมาชิกนำไปปรับใช้ในการดำเนินงานระดับประเทศ

ในช่วงเวลาเดียวกัน ความเคลื่อนไหวด้านการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ได้ก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญ สมัชชาอนามัยโลกได้ให้การรับรองโครงร่างเนื้อหาของแผนปฏิบัติการระดับโลกฉบับใหม่ที่มุ่งผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนในระดับประเทศ และเพิ่มคำมั่นจากรัฐบาลให้เข้มแข็งกว่าฉบับปี 2000 นอกจากนี้ ในปีเดียวกันกลุ่มประเทศสมาชิกประชาคมแคริบเบียน (CARICOM) ได้จัด การประชุมสุดยอดผู้นำรัฐบาลว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งนับเป็นครั้งแรกของโลกและเป็นก้าวสำคัญในการผลักดันให้ NCDs กลายเป็นวาระสำคัญระดับโลก โดยมีแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักที่ถูกรวมอยู่ในวาระดังกล่าว ความเคลื่อนไหวนี้ได้รับ

แรงผลักจากความกังวลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่คาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นจากภาระโรค NCDs ในอนาคต

ต่อมาใน ค.ศ. 2008 (พ.ศ. 2551) สมัชชาอนามัยโลกได้ให้การรับรองร่างแผนปฏิบัติการของยุทธศาสตร์ระดับโลกเพื่อการป้องกันและควบคุม NCDs และ ข้อมติ WHA61.3 (Strategies to reduce the harmful use of alcohol) ซึ่งมอบหมายให้จัดทำร่างยุทธศาสตร์ระดับโลกว่าด้วยการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย และรายงานต่อที่ประชุมใน ค.ศ. 2010 (พ.ศ. 2553)

ในที่สุด ใน ค.ศ. 2010 (พ.ศ. 2553) สมัชชาอนามัยโลกได้ให้การรับรอง Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol และขอให้มีการดำเนินการต่อเนื่อง ตามข้อมติที่ได้เคยรับรองไว้ก่อนหน้านี้ นับเป็นครั้งแรกที่มีกรอบยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านการควบคุมแอลกอฮอล์ซึ่งครอบคลุมประเด็นเชิงนโยบาย การป้องกัน และการบังคับใช้

โดยภาพรวม ในช่วง ค.ศ. 2000 - 2010 (พ.ศ. 2543 - 2553) ความเคลื่อนไหวในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปแม้จะเผชิญความท้าทาย แต่ก็มีความก้าวหน้าเพียงพอที่จะนำไปสู่การจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ระดับโลกฉบับแรกได้สำเร็จ ในอีกด้านหนึ่ง การผลักดันวาระโรคไม่ติดต่อ (NCDs) กลับมีพัฒนาการที่ก้าวกระโดดและกลายเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ อันเป็นรากฐานที่แข็งแรงต่อการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับโลก การบรรจุ NCDs ในเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) และการประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases) ในทศวรรษต่อมา ปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญในกระบวนการนี้ คือ ภาระโรคและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสร้างแรงกดดันให้ประเทศต่าง ๆ ต้องยกระดับความร่วมมือและการดำเนินมาตรการเชิงนโยบายอย่างจริงจัง

หลัง ค.ศ. 2010 (พ.ศ. 2553) ถึงปัจจุบัน: "ทศวรรษแห่งการยึดที่มั่นบนเวทีโลกแต่ก้าวสั้นในภาคปฏิบัติ"

ใน ค.ศ. 2011 (พ.ศ. 2553) นับเป็นหมุดหมายสำคัญของการขับเคลื่อนปัญหา NCDs โดยมีแอลกอฮอล์ในฐานะหนึ่งในสี่ปัจจัยเสี่ยงหลัก NCDs ได้รับการยกระดับสู่การเป็นวาระสุขภาพระดับโลก และกลายเป็นวาระด้านสุขภาพลำดับที่สองที่ได้รับการบรรจุเข้าสู่วาระการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ เหตุการณ์สำคัญสองเหตุการณ์ที่มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน ได้แก่ การประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขระดับโลกว่าด้วยวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีและการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (The First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control) และการประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases; A/RES/66/2)

ใน ค.ศ. 2013 (พ.ศ. 2556) สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 66 ได้รับรองข้อมติ WHA66.10 ว่าด้วย WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020 และ A Comprehensive Global Monitoring Framework with Options and Timeline for Strengthening Multisectoral Action ซึ่งนับเป็นแผนระดับโลกที่บรรลุข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกลไกติดตามประเมินผลอย่างชัดเจน พร้อมวางกรอบการความร่วมมือและความรับผิดชอบพหุภาคีเพื่อบรรลุผลการลดโรค ปัจจัยเสี่ยง ความเจ็บป่วย และการตาย

ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) สมัชชาสหประชาชาติรับรอง เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; A/RES/70/1) โดยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บรรจุอยู่ในเป้าหมายย่อยที่ 3.5 (Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including harmful use of alcohol).

หลังจาก ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) กลุ่มผู้ขับเคลื่อนการควบคุมแอลกอฮอล์มีความเคลื่อนไหวหลายด้าน ทั้งในเชิงวิชาการ เช่น การริเริ่ม SAFER Initiative เพื่อส่งเสริมมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิผลสูง และการจัดทำ Global Status Report on Alcohol and Health ตลอดจนในเชิงยุทธศาสตร์ เช่น การสร้างพันธมิตรกับกลุ่มที่ทำงานด้าน NCDs และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อผลักดันให้ประเด็นแอลกอฮอล์ไปกับวาระสุขภาพที่มีแรงสนับสนุนสูงในเวทีโลก

โดยภาพรวม หลัง ค.ศ. 2010 (พ.ศ. 2558) ถือเป็นความสำเร็จในด้าน agenda setting ที่ทำให้แอลกอฮอล์มีที่ยืนในเวทีนโยบายระดับโลกและเชื่อมโยงกับวาระสำคัญอื่นได้อย่างมียุทธศาสตร์ แตกต่างจากทศวรรษก่อนหน้าที่การผลักดันในฐานะวาระเดี่ยวประสบความล้มเหลว อย่างไรก็ตาม ในด้านการควบคุมการบริโภคโดยตรงยังมีความก้าวหน้าเพียงเล็กน้อย ความพยายามผลักดันร่างอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแม้แต่ข้อเสนอเพียงเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของอนุสัญญา ก็ถูกปฏิเสธซ้ำหลายครั้ง แสดงให้เห็นถึงการแทรกแซงของอุตสาหกรรมที่มีอิทธิพลสูงในระดับโลก

บทเรียน “แอลกอฮอล์บนเวทีโลก: ก้าวย่าง การต่อรอง และการแทรกแซง”

จากการทบทวนความเคลื่อนไหวและความพยายามผลักดันประเด็นแอลกอฮอล์ในเวทีโลกตลอดกว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าความสำเร็จที่ก้าวหน้าที่สุดอยู่ในด้านวิชาการ ได้แก่ การจัดทำแผนระดับโลก การริเริ่ม SAFER Initiative การพัฒนามาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิผลสูง พร้อมรายงานความก้าวหน้าระดับโลกอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ช่องว่างสำคัญคือองค์ความรู้ที่สามารถประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศต่าง ๆ ซึ่งมีความหลากหลายสูง และความเข้มแข็งของประเทศส่วนใหญ่ในการพัฒนาหลักฐานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานภายในประเทศยังอยู่ในระดับจำกัด

ด้านการขับเคลื่อนนโยบายโลก มีความท้าทายสูงจากทั้งการแทรกแซงของอุตสาหกรรมและความพยายามผลักดันแอลกอฮอล์เป็นวาระเดี่ยว ซึ่งพิสูจน์แล้วว่ามีโอกาสล้มเหลวสูงและถูกตีตกหลายครั้ง จนกระทั่งมีการปรับยุทธศาสตร์โดยเชื่อมโยงแอลกอฮอล์เข้ากับวาระที่มีแรงขับเคลื่อนสูง เช่น NCDs และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงสามารถบรรลุความสำเร็จได้ ปัจจัยสำคัญคือความร่วมมือระหว่างรัฐสมาชิกที่มีความสนใจร่วม ภาควิชาการระดับโลกที่เข้มแข็ง และภาคประชาสังคม โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในภาคีสำคัญที่มีบทบาทต่อเนื่องและเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จนี้

อย่างไรก็ดี บริบทปัจจุบันเต็มไปด้วยความท้าทาย ทั้งจากทัศนคติผู้บริโภคและสังคมที่มองการดื่มเป็นสิทธิส่วนบุคคล หรือเป็นวิถีชีวิตยุคใหม่ รวมถึงยุทธศาสตร์การตลาดเชิงรุกของอุตสาหกรรม แม้จะมีความก้าวหน้าในเวทีโลก แต่ก็ยังไม่เพียงพอในการต่อสู้กับปัญหา จำเป็นต้องมี มาตรการเชิงบังคับ (Hard measures) เช่น อนุสัญญาระดับโลก เพื่อเสริมกลไกบังคับใช้ในประเทศ ควบคู่กับการพัฒนาขีดความสามารถของรัฐสมาชิกในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

ส่วนที่ 3

ข้อค้นพบสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2563-2568

สรุปข้อค้นพบ

ส่วนนี้นำเสนอสรุปข้อค้นพบของสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละเลนส์ ส่วน A นำเสนอข้อค้นพบสถานการณ์แนวโน้มทางระบาดวิทยา ส่วน B นำเสนอภาระทางเศรษฐกิจ ส่วน C ให้ข้อมูลสถานการณ์ทางสังคม ส่วน D สรุปผลที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย ส่วน E รวบรวมสถานการณ์การแทรกแซงของภาคอุตสาหกรรม ส่วน F นำเสนอสถานการณ์ที่เป็นผลจากข้อตกลงทางการค้า และ ส่วน G นำเสนอสถานการณ์การควบคุมสิ่งเสพติดในประเทศไทย ซึ่งในแต่ละประเด็นด้านล่างนี้ จะมีการนำเสนอรายละเอียดข้อมูลในแต่ละรายหัวข้อ

A แนวโน้มทางระบาดวิทยาและข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

A1 อัตราและรูปแบบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

A1-1 อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมมีแนวโน้มทรงตัวต่อเนื่องกว่า 2 ทศวรรษ แต่พบความชุกในการบริโภคมีแนวโน้มสูงขึ้นในประชากรวัยทำงานและในผู้หญิง และแนวโน้มการดื่มหนักเพิ่มสูงขึ้น

A1-2 พฤติกรรมการดื่มหนักมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นและการดื่มหนักเป็นครั้งคราวกำลังเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังในสังคมไทย

A1-3 ผู้หญิงเริ่มดื่มในอายุเฉลี่ยที่น้อยลง

A1-4 อายุที่เริ่มดื่มในกลุ่มเยาวชนอยู่ที่ประมาณ 16 ปี

A1-5 ความถี่ของการดื่มสม่ำเสมอมีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อย

A1-6 เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยอดนิยมของคนไทย

A1-7 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรกลับมามีแนวโน้มที่สูงขึ้นและประเภทเครื่องดื่มเปลี่ยนไป

A1-8 ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูง

A1-9 การดื่มสุรานอกระบบภาษียังเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ

A2 ผลกระทบทางสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

A2-1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งตับ มะเร็งช่องปาก และมะเร็งคอหอย

A2-2 โรคตับ ภาระทางสุขภาพอันดับต้น ๆ ที่มีผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

A2-3 โรคหัวใจและหลอดเลือดมีสาเหตุเชื่อมโยงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

A2-4 การบาดเจ็บและความขัดแย้งในครัวเรือนมีสาเหตุจากแอลกอฮอล์ยังคงเกิดขึ้นซ้ำ ๆ

A2-5 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตโดยรวม

A2-6 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ปีสุขภาวะของคนไทยสูญเสียไปในอันดับต้น ๆ

A2-7 ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังในสังคมไทย

A3 การบาดเจ็บทางท้องถนนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

A3-1 การดื่มแล้วขับเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บบนท้องถนน แม้จะมีความผันผวนในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา

A3-2 สัดส่วนของคดีอุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับการเมาแล้วขับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

A3-3 สัดส่วนผู้ขับขี่ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตและเคยดื่มแอลกอฮอล์ยังคงสูงอย่างน่าตกใจในช่วงเทศกาล

A3-4 ความผิดจากการเมาแล้วขับส่งผลให้มีคดีจำนวนมากเข้าสู่ระบบคุมประพฤติทางกฎหมาย

B ภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

B1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สร้างภาระทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างมหาศาลและยาวนานจากผลกระทบทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการดื่ม

B2 การจัดเก็บรายได้ภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

B3 ความเสียหายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากอุบัติเหตุทางท้องถนนมาสู่ความสูญเสียทางผลิตภาพ

C มิติทางสังคมต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

C1 นโยบายสุราก้าวหน้า การปลดล็อกเพื่อส่งเสริมสุราชุมชน: โอกาสทางเศรษฐกิจและความท้าทายในการควบคุมคุณภาพและวัฒนธรรมการดื่ม

C2 “การดื่มสุรา” กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม “การไม่ดื่ม” อาจกลายเป็นเข้าสังคมยาก

C3 ความรุนแรงในครอบครัวและทางเพศที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาฝังลึกของสังคมไทย

C4 ความสูญเสียที่เกิดขึ้นในทุกช่วงเทศกาลจากการดื่มแล้วขับ

C5 อุปสรรคต่อการเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

C6 “ผู้หญิง” สุ่มเสี่ยงต่อการเข้าสู่การเป็นนักดื่มหน้าใหม่และเป้าหมายของการตลาด

C7 ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการบริโภคแอลกอฮอล์ในครัวเรือนรายได้น้อย

C8 ประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดแตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและชนบท

C9 บริบทระดับภูมิภาคและวัฒนธรรมสร้างภูมิทัศน์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลากหลายทั่วประเทศไทย

C10 การตลาดผ่านอินฟลูเอนเซอร์ดิจิทัลและผู้เนื้อหาออนไลน์สร้างแนวโน้มให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นเรื่องปกติในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น

C11 ปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชนที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ยังคงเกิดขึ้น

C12 ความเชื่อมโยงการรักษาระหว่างปัญหาสุขภาพจิตและการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงไม่ได้รับการจัดการอย่างครอบคลุมในระบบสุขภาพของประเทศไทย

D มิติเชิงนโยบายของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

D1 การวิเคราะห์ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ (ร่างเดือนมีนาคม 2568)

D1-1 ความคลุมเครือของนิยามคำว่า “ข้อมูลและข่าวสาร” อาจส่งผลกับการใช้ประโยชน์เชิงกลยุทธ์จากภาคอุตสาหกรรม

D1-2 การกระจายอำนาจควบคุมแอลกอฮอล์สู่จังหวัดอาจเสี่ยงต่อประสิทธิภาพของนโยบายระดับชาติ

D1-3 การอนุญาตจำหน่ายผ่านเครื่องอัตโนมัติอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

D1-4 การขยายข้อยกเว้นในสถานศึกษาและเพิ่มอำนาจคณะกรรมการควบคุม

D1-5 การปรับปรุงกฎหมายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แสดงให้เห็นความชัดเจนขึ้น แต่การนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมยังต้องการการติดตาม

D1-6 มาตรการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนที่ไม่เพียงพอ

D1-7 การยกเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 0.5 ดีกรีเป็นช่องว่างสู่กลยุทธ์การตลาดที่ไม่ถูกควบคุม

D1-8 การเพิ่มความเข้มงวดในการลดการเมาแล้วขับยังคงต้องการกลไกการบังคับใช้และการติดตามที่มีประสิทธิภาพ

D2 การวิเคราะห์ร่างแก้ไขพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิตฉบับใหม่ (ร่างฉบับต่อวุฒิสภา เดือนมกราคม 2568)

D2-1 แม้การเปิดเสรีการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่ผลกระทบต่อสุขภาพสาธารณะจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบด้าน

E ปัจจัยทางการค้าจากภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

E1 การล็อบบี้เชิงรุกของอุตสาหกรรมเพื่อบ่อนทำลายนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์

E2 การเลี่ยงข้อจำกัดด้านการตลาดโดยอาศัยช่องโหว่ของกฎหมาย

E3 สื่อดิจิทัลและโซเชียลมีเดียขยายการเข้าถึงของเยาวชนและทำให้การดื่มกลายเป็นเรื่องปกติ

E4 การใช้ข้ออ้างด้านเศรษฐกิจเพื่อเบี่ยงเบนความเสียหายและแทรกแซงนโยบาย

E5 ความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (CSR) ถูกใช้เพื่อจัดการภาพลักษณ์และเข้าถึงนโยบาย

E6 การจับมือกับอุตสาหกรรมท่องเที่ยว บันเทิง และกีฬา เพิ่มพลังล็อบบี้ในการแทรกแซง

E7 การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ทั่วถึงเปิดช่องให้อุตสาหกรรมแทรกแซง

E8 มาตรการตามหลักฐานเชิงวิชาการมักถูกต่อต้านหรือถูกลดทอนความสำคัญ

E9 การเปิดเสรีในปัจจุบันเพื่อลดทอนความสำคัญของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

F ข้อตกลงทางการค้าและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

F1 ข้อตกลงการค้ามีความไม่สอดคล้องกันระหว่างเป้าหมายสาธารณสุขและพันธสัญญาระหว่างประเทศ

F2 ระเบียบองค์การการค้าโลกห้ามมิให้มี “อุปสรรคทางการค้าที่ไม่จำเป็น” แม้แต่มาตรการด้านสุขภาพ

F3 สนธิสัญญาการลงทุนก่อให้เกิดความเสี่ยงทางข้อกฎหมายผ่านการปกป้องนักลงทุน

F4 ข้อยกเว้นด้านสาธารณสุขป้องกันนโยบายด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

F5 ผลกระทบ “ปรากฏการณ์การลังเลออกกฎเกณฑ์ (regulatory chill)” ชะลอนโยบายด้านสาธารณสุข

F6 ฉลากคำเตือนถือเป็นอุปสรรคทางการค้า

F7 การจำกัดโฆษณาและการตลาดต้องผ่านการปกป้องการลงทุน

F8 นโยบายราคาสะท้อนการปฏิบัติตามกฎการค้าอย่างมีกลยุทธ์

F9 นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคตของไทยขึ้นอยู่กับการพัฒนาทางกฎหมายและการเมือง

G สถานการณ์การควบคุมสิ่งเสพติดในประเทศไทย

G1 วิกฤตรุนแรงจากยาบ้า

G2 ความท้าทายด้านกฎหมายกัญชาและกระท่อม และสิ่งเสพติด

G3 ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพในระบบการรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อค้นพบสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ในช่วง พ.ศ. 2563-2568

A แนวโน้มทางระบาดวิทยาและข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนนี้นำเสนอข้อค้นพบจากการรวบรวมรายงานสถิติ และรายงานวิชาการต่าง ๆ โดยมีหัวข้อย่อยในการนำเสนอ 3 ส่วน ได้แก่ A1 อัตราและรูปแบบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ A2 ผลกระทบทางสุขภาพ A3 การบาดเจ็บทางท้องถนน

A1 อัตราและรูปแบบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[10]

A1-1 อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมมีแนวโน้มทรงตัวต่อเนื่องกว่า 2 ทศวรรษ แต่พบความชุกในการบริโภคมีแนวโน้มสูงขึ้นในประชากรวัยทำงานและในผู้หญิง และแนวโน้มการดื่มหนักเพิ่มสูงขึ้น

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (Current drinker) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่างร้อยละ 30 ถึง 35 และพบว่าช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงต่ำสุดเหลือร้อยละ 28.0 (ปี 2564) ในขณะที่ข้อมูลการสำรวจล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2567 อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.2 ซึ่งถือว่าสูงขึ้นจากช่วงโควิด 19 และสูงที่สุดในการสำรวจที่ผ่านมา นอกจากนี้ อัตราการบริโภคในเพศหญิงในการสำรวจครั้งล่าสุดอยู่ที่ร้อยละ 16.7 ถือเป็นอัตราสูงที่สุดจากที่เคยสำรวจมา เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้แก่ กลุ่มอายุ 25-44 ปี 45-59 ปี และ 20-24 ปี (ร้อยละ 46.9 41.9 และ 37.8) ในปี 2567 ตามลำดับ

A1-2 พฤติกรรมการดื่มหนักมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นและการดื่มหนักเป็นครั้งคราวกำลังเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังในสังคมไทย

ผลการสำรวจตั้งแต่ปี 2550 ถึง 2567 พบว่า อัตราการดื่มหนัก (Heavy episodic drinking) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในเพศชายและเพศหญิงและพบอัตราการดื่มหนักสูงสุดตั้งแต่มีการสำรวจมาในปี 2567 คือร้อยละ 52.1 ในเพศชาย และร้อยละ 35.7 ในเพศหญิง ตัวเลขนี้สูงมาตั้งแต่ปี 2558 แม้จะมีการปรับระเบียบวิธีการออกแบบการสำรวจ แต่ก็ยังแสดงให้เห็นว่า ความชุกของการดื่มหนักในกลุ่มผู้หญิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 19.3 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 35.7 ในปี 2567

A1-3 ผู้หญิงเริ่มดื่มในอายุเฉลี่ยที่น้อยลง

ตลอดระยะเวลาสองทศวรรษของการสำรวจที่ผ่านมา ซึ่งผลการสำรวจในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ชายในการเริ่มดื่มครั้งแรกคงที่ที่อายุเฉลี่ยประมาณ 19 ปี ในขณะที่อายุเฉลี่ยเริ่มต้นดื่มของผู้หญิงลดลงจากเดิมที่ประมาณ 25.9 ปีในรอบสำรวจปี 2550 ลดเหลืออายุเฉลี่ยเพียง 21.7 ปี ในปี 2567 ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าอายุเฉลี่ยที่ลดลงเป็นกลุ่มประชากรที่น่าจะกำลังศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยหรือเริ่มต้นทำงาน และสังเกตได้ว่าช่องว่างระหว่างเพศ (Gender gap) แคบลงจากประมาณ 6 ปีเหลือเพียงประมาณ 2 ปี ข้อสังเกตเหล่านี้สะท้อนค่านิยมการดื่มในกลุ่มผู้หญิงเปลี่ยนไปจากเดิมโดยเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทดลองดื่มเร็วขึ้น ซึ่งควรต้องเพิ่มการเฝ้าระวังและมีมาตรการจำเพาะสำหรับกลุ่มนี้ โดยเฉพาะมาตรการในสถานศึกษา

A1-4 อายุที่เริ่มดื่มในกลุ่มเยาวชนอยู่ที่ประมาณ 16 ปี

ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 15-19 ปี อายุเฉลี่ยที่ดื่มครั้งแรกยังอยู่ที่ระหว่าง 15-16 ปี นับตั้งแต่การสำรวจในปี 2550 โดยอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17 ปี จากการสำรวจในปี 2557 และลดลงกลับมาที่ 16.1 ปีในปี 2567 ซึ่งข้อมูลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติจะสำรวจในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จึงทำให้พบอายุเฉลี่ยเริ่มดื่มอาจสูงกว่าความเป็นจริง ซึ่งหากสืบค้นผลการสำรวจอื่น ๆ พบอายุที่เริ่มดื่มต่ำสุดที่อายุ 8 ปี[11] ชี้ให้เห็นว่า เด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงหากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงและทดลองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนถึงเกณฑ์อายุที่กฎหมายอนุญาตให้เข้าถึงและนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มในระยะยาว รวมถึงความเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสพติดอื่น ๆ

A1-5 ความถี่ของการดื่มสม่ำเสมอมีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อย

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในส่วนความถี่ของการดื่ม โดยแบ่งเป็น “ดื่มสม่ำเสมอ” (ความถี่เฉลี่ยในการดื่มทุกเดือนจนถึงดื่มทุกวันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา) กับ “ดื่มนาน ๆ ครั้ง” (ความถี่เฉลี่ยในการดื่มน้อยกว่าเดือนละครั้งในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา) พบว่าอัตราความถี่ของการดื่มสม่ำเสมอมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากช่วงการสำรวจปี 2560-2564 ที่ประมาณร้อยละ 43.9-43.8 ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 39.7 จากการสำรวจปี 2567 นอกจากนี้ อัตราการดื่มเป็นประจำทุกวันลดลงจากเดิมที่ประมาณร้อยละ 11.0 เหลือร้อยละ 6.2 ซึ่งเป็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงที่ดีในแง่การลดความถี่ในการดื่ม

A1-6 เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยอดนิยมของคนไทย

ในทุกการสำรวจตั้งแต่ปี 2552 จนถึง 2567 พบว่า “เบียร์” เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการดื่มมากที่สุดหรือดื่มเป็นครั้งแรก และมีแนวโน้มความนิยมในการเป็นเครื่องดื่มที่ดื่มเป็นครั้งแรกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น ถึง 1.5-2.0 เท่า (เทียบจากร้อยละ) โดยในปี 2567 เบียร์เป็นเครื่องดื่มที่ดื่มมากที่สุด ในอัตราร้อยละ 58.3 ในขณะที่สุราขาว (รวมสุราชุมชน) ซึ่งเป็นสุรากลั่นดีกรีสูงและราคาถูกอยู่ในอันดับรองลงมาและมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 37.2 ในปี 2552 เหลือร้อยละ 24.2 ในปี 2567 ตามด้วยสุราสีที่พบในสัดส่วนใกล้เคียงกับเมื่อปี 2552 โดยลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 16.3 เป็นร้อยละ 14.5 ในปี 2567 สำหรับสุราประเภทอื่น ๆ มีสัดส่วนอยู่ในระดับน้อยจากการสำรวจในปีล่าสุด พ.ศ. 2567 ที่ร้อยละ 3 โดยรวมไวน์ (ร้อยละ 0.8) และสุราแช่พื้นบ้าน (ร้อยละ 0.1)

A1-7 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรกลับมามีแนวโน้มที่สูงขึ้นและประเภทเครื่องดื่มเปลี่ยนไป

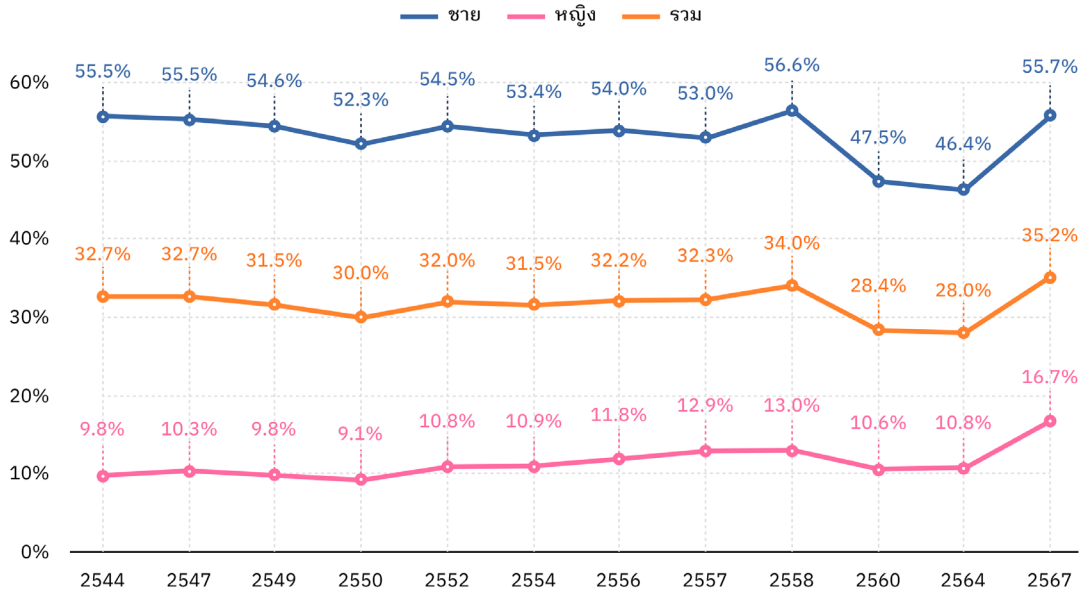
ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากร (Alcohol per capita consumption: APC) สูงสุดถึงประมาณ 8.2 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรในช่วงปี 2549 ต่อมาในปี 2550 มีการขึ้นอัตราภาษีสุราขาวให้เท่ากับสุราสี ทำให้ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรลดลงเหลือ 6.1 ลิตรฯ และต่อมาปริมาณการบริโภคก็ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจาก 6.1-6.6 ลิตรฯ ในช่วงปี 2551-2554 และเพิ่มเป็น 6.9-7.7 จนถึงปัจจุบัน (ทั้งนี้ไม่นับรวมแนวโน้มในช่วงโควิด 19 ที่เป็นที่ทราบโดยทั่วกันว่ามีการบริโภคลดลง)[12]

หากจำแนกตามประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สุรากลั่นมี APC ลดลงจากข้อมูลปี 2540 ที่ 7.1 ลิตรฯ เหลือ 5.2 ลิตรฯ ในปี 2565 ขณะที่เบียร์มีแนวโน้ม APC ที่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจาก 1.0 ลิตรฯ (ข้อมูลปี 2540) เป็น 2.2 ลิตรฯ (ข้อมูลปี 2565) สะท้อนถึงความนิยมในการดื่มเบียร์ของคนไทยที่เพิ่มขึ้น ส่วนไวน์มี APC ในสัดส่วนที่ต่ำ โดยในปี 2565 เท่ากับ 0.2 ลิตรฯ[12]

A1-8 ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูง

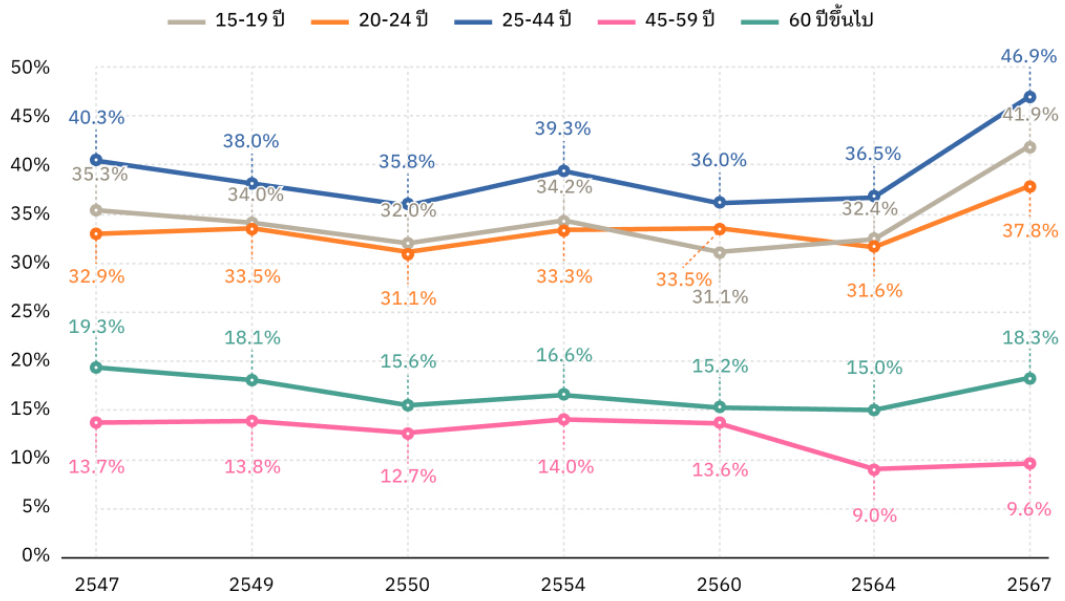
เมื่อพิจารณาอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการบริโภคสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศมาโดยตลอด ซึ่งสูงกว่าประมาณร้อยละ 10 และสูงกว่ากรุงเทพฯ หรือภาคใต้เป็นสองเท่า ในปี 2567 ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการบริโภคสูงถึงร้อยละ 42.1 และ 43.4 เทียบกับภาคกลางและกรุงเทพมหานครที่ประมาณร้อยละ 32-33 และเพียงร้อยละ 23 ในภาคใต้ สัดส่วนการดื่มที่สูงในสองภูมิภาคนี้ยังเป็นความท้าทายที่มีมาต่อเนื่อง

แผนภาพที่ 3.1 อัตราการปริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A1-1)



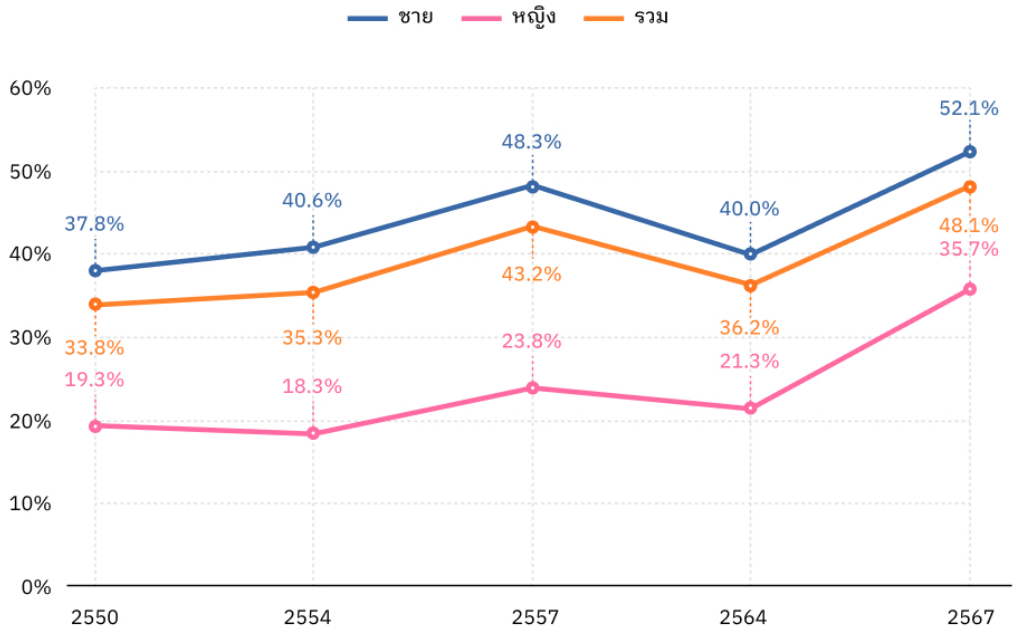
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 และ 2560 สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 3.2 อัตราการปริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A1-1)



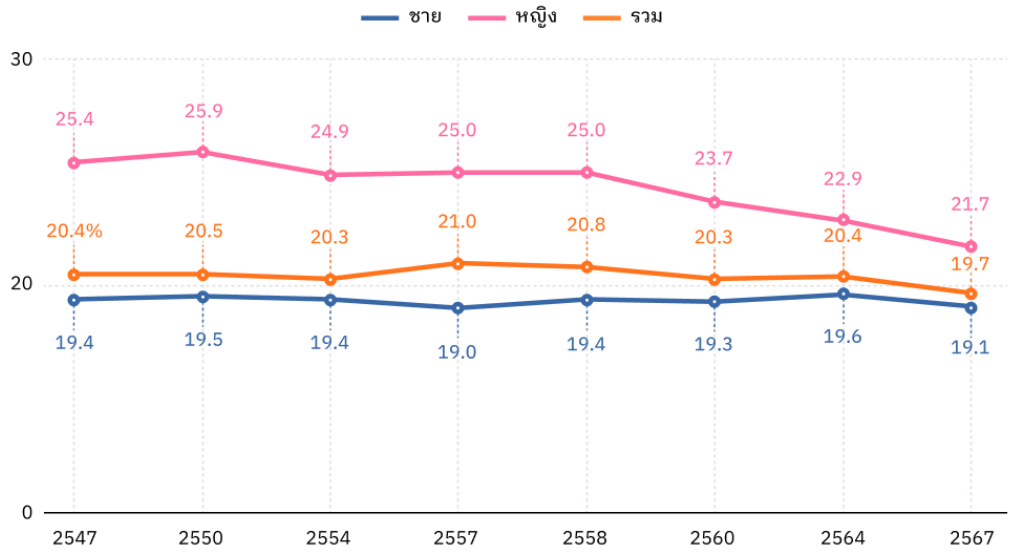
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 และ 2560 สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 3.3 อัตราการดื่มหนัก (Heavy drinking) ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A1-2)



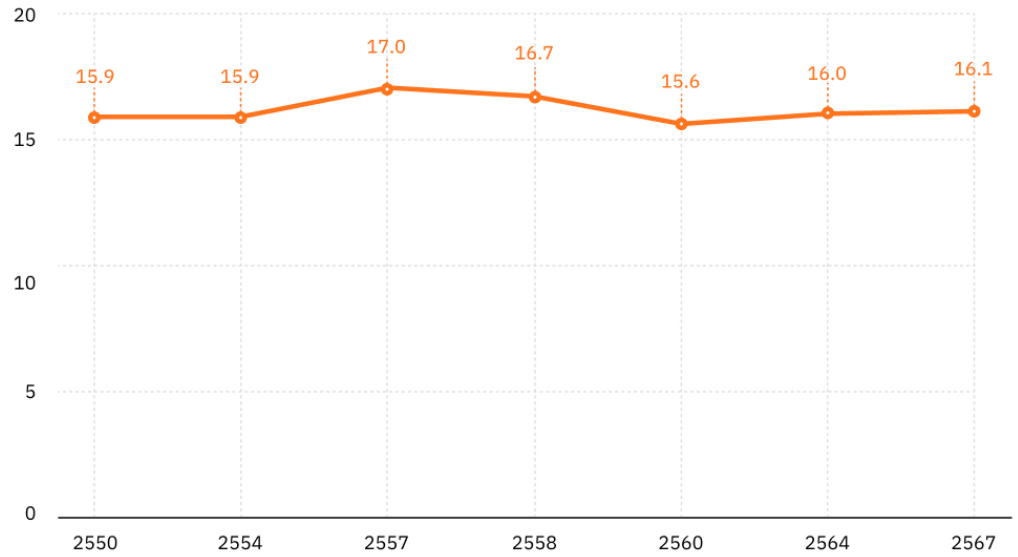
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 และ 2560 สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 3.4 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก จำแนกตามเพศ
(สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A1-3)



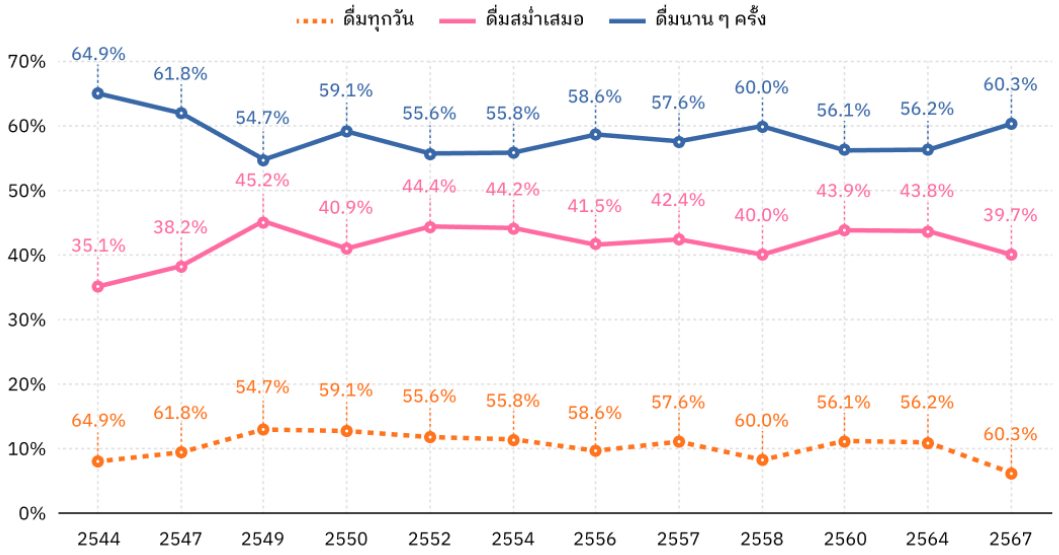
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 และ 2560 สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 3.5 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก เฉพาะกลุ่ม 15-19 ปี
(สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A1-4)



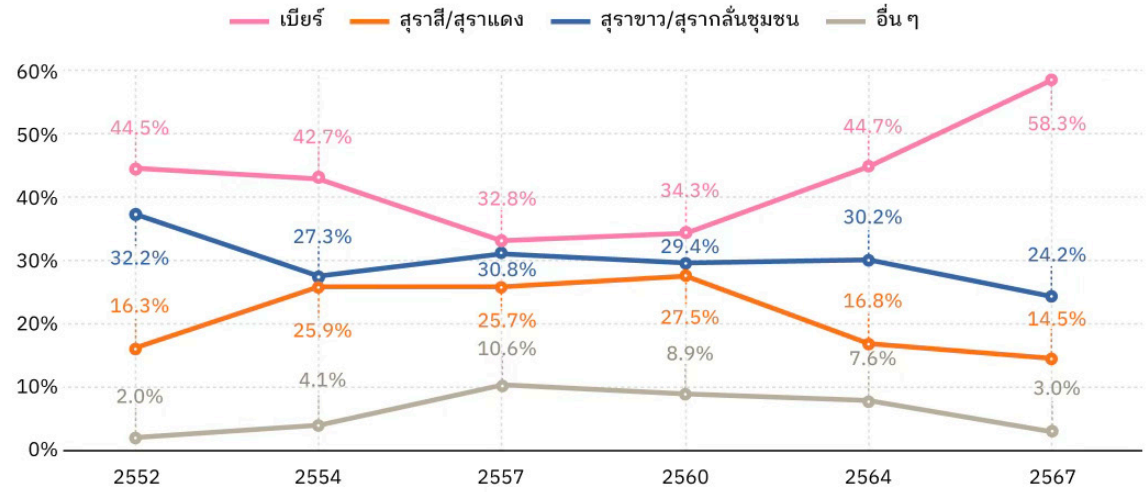
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 และ 2560 สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 3.6 ความถี่ของการดื่มของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป
(สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A1-5)



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 และ 2560 สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

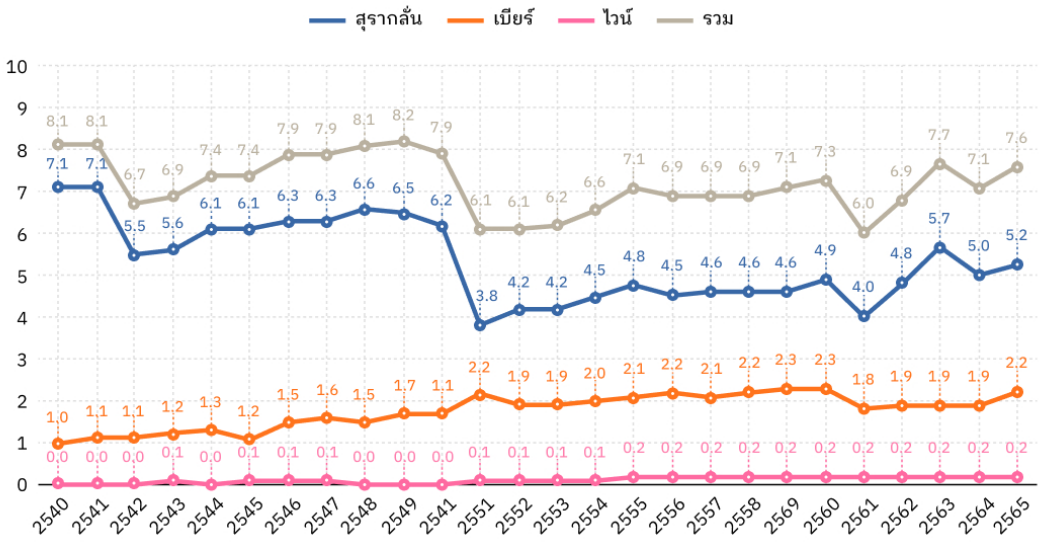
แผนภาพที่ 3.7 ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการบริโภคในประชากร
อายุ 15 ปีขึ้นไป (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A1-6)*



***หมายเหตุ:** พ.ศ. 2552 และ 2567 เป็นข้อคำถามในเครื่องดื่มที่ดื่มมากที่สุด ส่วน พ.ศ. 2557 2560 และ 2564 เป็นข้อคำถามเครื่องดื่มที่ดื่มเป็นครั้งแรก

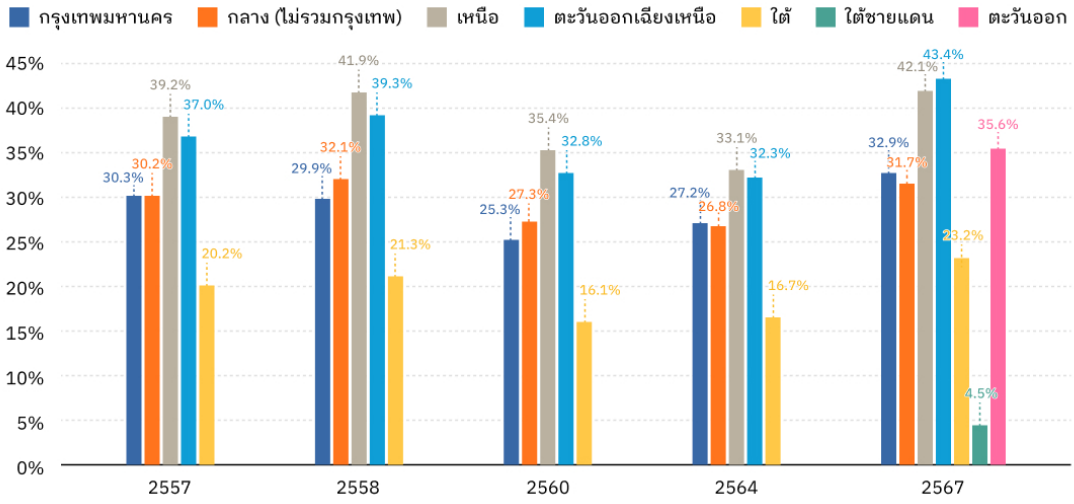
ที่มา: กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค

แผนภาพที่ 3.8 กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 และ 2560 สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

แผนภาพที่ 3.9 อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภูมิภาค (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A1-8)



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 และ 2560 สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

At-a-glance take-aways

ความชุกและรูปแบบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- อัตราการดื่มกลับสู่ระดับก่อนสถานการณ์โควิด 19
- การระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการบริโภค
- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้การดื่มลดลง
- ช่องว่างระหว่างเพศ (Gender gap) แคบลงทั้งในอัตราการดื่มและอายุที่เริ่มดื่มครั้งแรกสะท้อนว่าในผู้หญิงควรมีการเฝ้าระวังมากขึ้น
- ผู้หญิงเริ่มดื่มในอายุเฉลี่ยที่น้อยลง (25.9 ปี เป็น 21.7 ปี)
- อายุเริ่มดื่มในช่วงวัยรุ่นค่อนข้างคงที่ แต่ควรเฝ้าระวังเนื่องจากพบอายุต่ำสุด ที่เริ่มดื่มที่อายุ 8 ปี
- ความถี่ในการดื่มสม่ำเสมอ (ดื่มทุกเดือนจนถึงดื่มทุกวัน) มีแนวโน้มที่ลดลง
- พฤติกรรมการดื่มหนักมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นและการดื่มหนักเป็นครั้งคราวกำลังเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังในสังคมไทย
- เบียร์เป็น “ประตูสู่การดื่ม” และเป็นประเภทเครื่องดื่มยอดนิยมของไทย
- ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์รวมอยู่ที่ประมาณ 7 ลิตร แนวโน้มไปทางเบียร์เพิ่มขึ้น
- ภูมิภาคที่มีอัตราการดื่มสูงยังคงเป็นภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งยังคงต้องเฝ้าระวัง

A2 ผลกระทบทางสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

A2-1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งตับ มะเร็งช่องปาก และมะเร็งคอหอย

ในเพศชายมีสัดส่วนการเกิดโรคมะเร็งจากการการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร (Population attributable fraction; PAF) มากที่สุดคือมะเร็งกล่องเสียง (ร้อยละ 68) รองลงมาคือมะเร็งช่องปากและคอหอย (ร้อยละ 52) และมะเร็งตับ (ร้อยละ 49) สำหรับเพศหญิงสัดส่วนการเกิดโรคมะเร็งจากการการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร มากที่สุดคือมะเร็งกล่องเสียง (ร้อยละ 26) รองลงมาคือมะเร็งหลอดอาหาร (ร้อยละ 24) และมะเร็งช่องปากและคอหอย (ร้อยละ 17)[13]

A2-2 โรคตับภาระทางสุขภาพอันดับต้น ๆ ที่มีผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

รายงานวิจัยเรื่องแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิต อันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี 2558-2562 ระบุข้อมูลการตายของประชากรไทยจากโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ระหว่างปี 2558-2562 ของผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยจากโรคตับจำนวน 40,300 ราย โดยพบว่า ร้อยละ 64 หรือราว 26,000 ราย มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[14]

A2-3 โรคหัวใจและหลอดเลือดมีสาเหตุเชื่อมโยงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในรายงานฉบับเดียวกันยังระบุว่า มีผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดราว 6 แสนคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้มี 30,197 ราย เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหากมีมาตรการลดการดื่มได้จะทำให้ลดผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 9.6 ในเพศชายและร้อยละ 2.3 ในเพศหญิง[14]

A2-4 การบาดเจ็บและความขัดแย้งในครัวเรือนมีสาเหตุจากแอลกอฮอล์ยังคงเกิดขึ้นซ้ำ ๆ

การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดื่มที่ขับรถรายงานว่าเคยขับรถในขณะมึนเมาเป็นครั้งคราว และประมาณร้อยละ 13 ระบุว่าขับขี่ขณะมึนเมาเป็นประจำ การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดื่มเกือบร้อยละ 8 และมีสัดส่วนใกล้เคียงกันที่กับความขัดแย้งในครอบเรือน ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความรำคาญและความรุนแรงทางวาจา[15]

A2-5 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตโดยรวม

รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562 โดยแผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย ระบุว่าการเสียชีวิตราว 44,000 ราย (หรือประมาณร้อยละ 12 ของการเสียชีวิตในเพศชายและเกือบร้อยละ 3 ของการเสียชีวิตในเพศหญิง) ในปี 2562 เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[16] แสดงให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตของคนไทย

A2-6 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ปีสุขภาวะของคนไทยสูญเสียไปในอันดับต้น ๆ

รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562 ยังชี้ให้เห็นว่ามะเร็งตับและตับแข็งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยมะเร็งตับเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในกลุ่มอายุ 45-59 ปี สร้างความสูญเสียของปีสุขภาวะถึงกว่า 170,000 ปี ในขณะที่ตับแข็งอยู่ในอันดับ 5ในกลุ่มอายุเดียวกัน (ปีสุขภาวะที่สูญเสียราว 118,000 ปี) และสร้างการสูญเสียปีสุขภาวะในอันดับ 3 สำหรับกลุ่มอายุ 30-44 ปี คิดเป็น 73,000 ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป[16,17]

A2-7 ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังในสังคมไทย

ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ หรือ Alcohol poisoning คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดในปริมาณมากและดื่มแบบรวดเร็วในช่วงเวลาสั้น ๆ ทำให้ตับไม่สามารถขับสารนี้ออกจากเลือดได้ทัน ระบบการทำงานของร่างกายรวน จนเกิดภาวะช็อกที่เป็นอันตรายร้ายแรงถึงชีวิตได้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพิษ ประกอบด้วย การดูดซึมสารในร่างกายของแต่ละบุคคล ปริมาณความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในแต่ละชนิดของเครื่องดื่ม เพศหญิงจะมีปฏิกิริยาต่อแอลกอฮอล์ได้ไวกว่าผู้ชาย[18]

ปัจจุบันยังไม่มีฐานข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษที่ชัดเจน แต่สังเกตว่ามีรายงานข่าวการเสียชีวิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากในเวลารวดเร็วเป็นระยะ ซึ่งจากข่าวที่พบเห็นได้เกิดจากการจ้างหรือท้าทายให้ดื่ม[19] การดื่มหนักเพราะเป็นอาชีพ การดื่มด้วยความคึกคะนองและดื่มร่วมกับใช้สารเสพติดอื่น ซึ่งภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษถือเป็นภาวะที่มีความรุนแรงและมักทำให้เสียชีวิต เป็นภัยที่ไม่ควรมองข้ามและควรมีการเฝ้าระวังและเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อทราบขนาดปัญหาที่แท้จริงและหาแนวทางแก้ไข

At-a-glance take-aways

ผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้แอลกอฮอล์

- แอลกอฮอล์ก่อให้เกิดโรคร้ายแรง อย่างโรคตับ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง
- การเสียชีวิตประมาณ 40,000 รายในแต่ละปีมีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์
- มะเร็งตับและตับแข็งซึ่งกว่าครึ่งมีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ใหญ่วัยทำงาน
- ผู้ดื่มจำนวนมากประสบกับการบาดเจ็บหรือความขัดแย้งในครอบครัว
- อุบัติเหตุจากการขับรถขณะมึนเมาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา
- ช่วงเทศกาลยังคงมีอัตราอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์สูง
- ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังในสังคมไทย

A3 การบาดเจ็บทางท้องถนนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

A3-1 การดื่มแล้วขับเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บบนท้องถนน แม้จะมีความผันผวนในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา

ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาเมาแล้วขับมากกว่าร้อยละ 25 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด ข้อมูลการติดตามการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเมาแล้วขับสูงที่สุดในช่วงปี 2558-2560 แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา เหลือ 64,957 คน (ร้อยละ 11.9) ในปี 2567[20] อย่างไรก็ตาม ยังถือเป็นจำนวนความสูญเสียที่สูงและเป็นปัญหาความปลอดภัยทางท้องถนนที่สำคัญ อีกทั้งข้อมูลเมาแล้วขับคาดว่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากข้อจำกัดของการตั้งด่านตรวจและความพร้อมของอุปกรณ์การตรวจ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย

A3-2 สัดส่วนของคดีอุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับการเมาแล้วขับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

จำนวนคดีอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยรวมลดลงระหว่างปี 2563-2565 แต่ร้อยละของคดีเหล่านี้ที่ระบุเฉพาะเจาะจงว่าเป็นเหตุการณ์เมาแล้วขับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในปี 2563 การเมาแล้วขับคิดเป็นร้อยละ 2.12 (66,219 คดี จากทั้งหมด 3,117,420 คดี) แต่ตัวเลขนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.49 (76,720 คดี จากทั้งหมด 1,398,231 คดี) ในปี 2565[21] ซึ่งน่าจะเป็นจากการบังคับใช้กฎหมายและมีการรายงานมากขึ้น

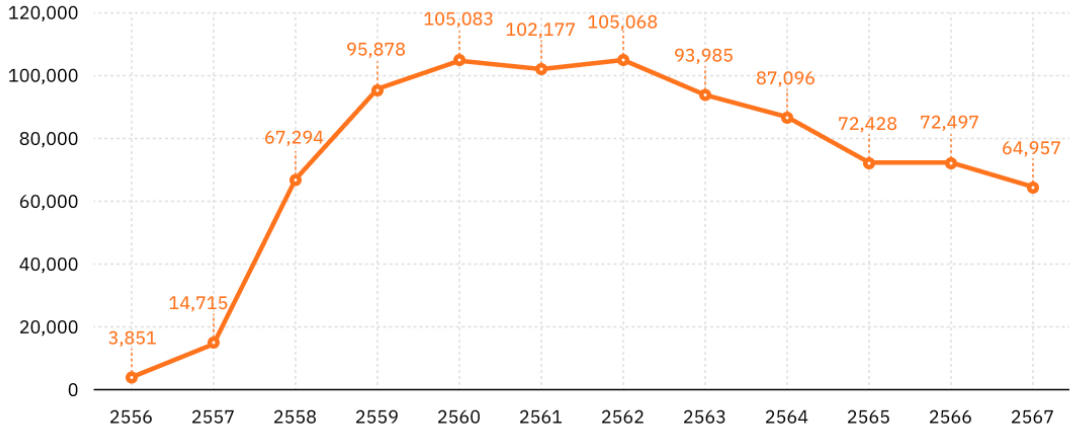
A3-3 สัดส่วนผู้ขับขี่ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตและเคยดื่มแอลกอฮอล์ยังคงสูงอย่างน่าตกใจในช่วงเทศกาล

ข้อมูลจากปี 2562 ถึง 2566 พบว่า สัดส่วนผู้ขับขี่ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตและเคยดื่มแอลกอฮอล์ยังคงสูงอย่างน่าตกใจในช่วงเทศกาล เช่น ในช่วงเทศกาลสงกรานต์พบผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิตและเคยดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 1 ใน 3 ของ ผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บและเสียชีวิตทั้งหมด (ร้อยละ 31-33) และพบลักษณะเช่นเดียวกัน ในช่วงปีใหม่ (ร้อยละ 34.05 ในปี 2566) ข้อยกเว้นที่น่าสังเกตคือสงกรานต์ในปี 2563 พบสัดส่วนลดลงเหลือร้อยละ 15.1822 ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากรูปแบบการจราจรและพฤติกรรมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงการระบาดของโควิด 19

A3-4 ความผิดจากการเมาแล้วขับส่งผลให้มีคดีจำนวนมากเข้าสู่ระบบคุมประพฤติทางกฎหมาย

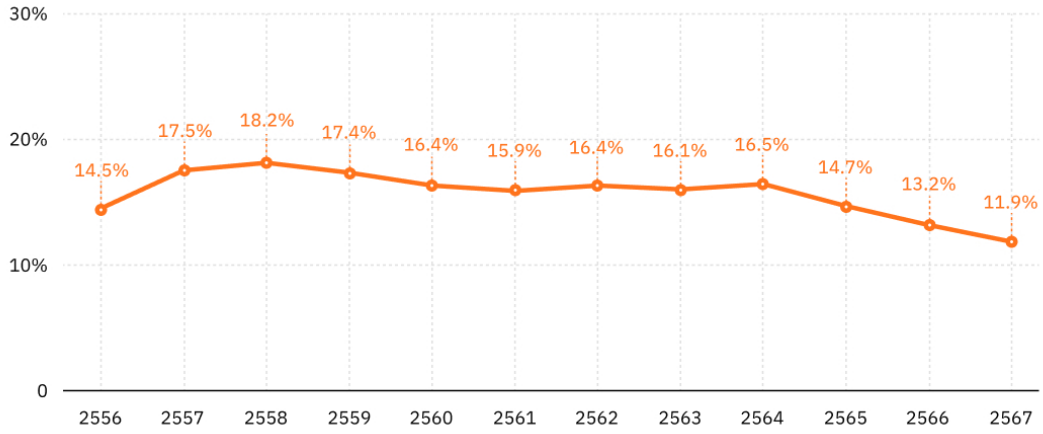
เมื่อพิจารณาสถิติการคุมประพฤติ ปี 2566 พบว่า มี 2,247 คดี ของการเมาแล้วขับที่เข้าสู่กระบวนการคุมประพฤติ (สถิติคดีขับรถขณะเมาสุราสะสมทั้ง 7 วันที่เข้าสู่ระบบงานคุมประพฤติในช่วงเทศกาลปีใหม่ ปี 2566 มีจำนวน 8,567 คดี) ซึ่งคดีขับรถขณะเมาสุราเป็นคดีส่วนใหญ่ในช่วงเทศกาล ตัวเลขนี้แสดงให้เห็นถึงภาระที่สำคัญต่อระบบยุติธรรม ภาระสำคัญต่อสังคม และภาคส่วนต่าง ๆ ที่เข้ามาร่วมตั้งด่านชุมชนและจำนวนบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการเมาแล้วขับ

แผนภาพที่ 3.10 ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่ดื่มแล้วขับ (ราย) (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A3-1)



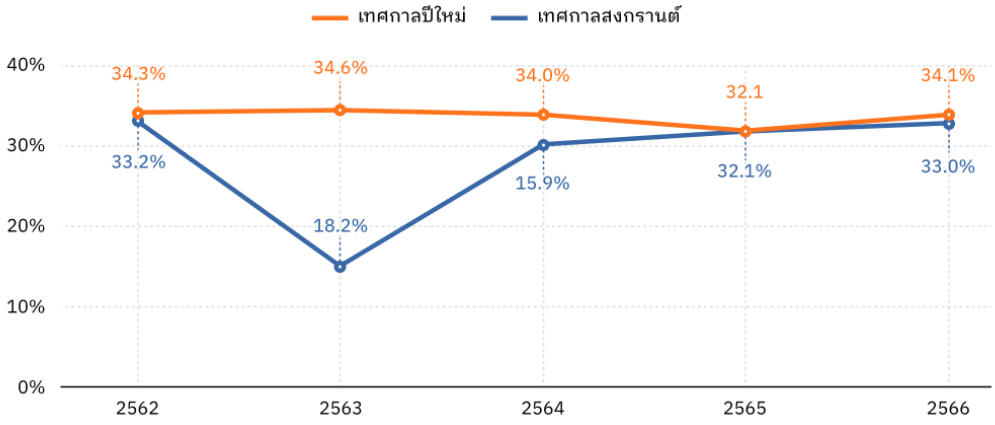
ที่มา: สถานการณ์ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์โดยกลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค

แผนภาพที่ 3.11 สัดส่วนของผู้ขับขี่/ผู้โดยสารที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A3-2)



ที่มา: สถานการณ์ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์โดยกลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค

แผนภาพที่ 3.12 สัดส่วนของผู้ขับขี่ที่ดื่มและเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยบาดเจ็บหรือเสียชีวิตในช่วงเทศกาล ปี 2562-2566 (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ A3-3)



ที่มา: กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. 2567. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทย

At-a-glance take-aways

ข้อสรุปสำคัญเกี่ยวกับการบาดเจ็บทางท้องถนนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- มากกว่าร้อยละ 25 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์
- ช่วงหลายปีที่ผ่านมาเห็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเมาแล้วขับ ซึ่งมีจำนวนหลายหมื่นรายต่อปี
- สัดส่วนของอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมดที่ระบุอย่างเป็นทางการว่าเกิดจากการเมาแล้วขับก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน
- ช่วงเทศกาลอย่างสงกรานต์ยังคงเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์
- การบริโภคแอลกอฮอล์ของเพื่อนร่วมงานก่อให้เกิดการหยุดชะงักในที่ทำงานอย่างมีนัยสำคัญและสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจหลายพันล้านบาท
- มีบุคคลหลายพันคนต้องเข้าสู่การคุมประพฤติทางกฎหมายจากความผิดเมาแล้วขับในแต่ละปี

B ภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปของต้นทุนทางสังคมที่เพิ่มสูงขึ้น การสูญเสียรายได้และผลิตภาพแรงงาน รวมถึงความท้าทายด้านการจัดเก็บภาษีเพื่อควบคุมพฤติกรรมการดื่ม ซึ่งประเด็นต่อไปนี้จะชี้ให้เห็นมิติสำคัญของความเสียหายและผลกระทบดังกล่าวอย่างเป็นระบบ

B1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สร้างภาระทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างมหาศาลและยาวนาน จากผลกระทบทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการดื่ม

ต้นทุนทางสังคม (Docietal cost) จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปี 2564 มีมูลค่าสูงถึง 165,500 ล้านบาท หรือร้อยละ 1.02 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) เป็นตัวเลขที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการคำนวณเมื่อปี 2560 ที่ประมาณ 85,800 ล้านบาท (หรือร้อยละ 0.5 ของ GDP) ซึ่งใกล้เคียงกับจุดสูงสุดของต้นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นปี 2549 ที่ร้อยละ 1.99 ของ GDP หรือประมาณ 156,000 ล้านบาท หากคิดเป็นต้นทุนทางสังคมเฉลี่ยต่อคน ในปี 2564 จะมีมูลค่าเท่ากับ 2,500 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งมากกว่าถึงสองเท่าของต้นทุนเฉลี่ยต่อคนเมื่อเทียบกับปี 2560 โดยมากกว่าร้อยละ 96 ของต้นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเกิดจากต้นทุนทางอ้อมของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการเกิดโรคและอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องจากการดื่ม ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล โดยในปี 2564 เพียงปีเดียว การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากอุบัติเหตุที่มาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เศรษฐกิจของประเทศต้องสูญเสียถึง 157,900 ล้านบาท ส่วนที่เหลือ 6,100 ล้านบาท เป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่ารักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น โดยค่าใช้จ่ายด้านการรักษาเป็นต้นทุนที่สูงเช่นเดียวกัน คิดเป็นมูลค่าถึง 4,370 ล้านบาท[23,24,25,26] เป็นที่น่าสังเกตว่าความเสียหายจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่ลดลง สะท้อนถึงการบังคับใช้กฎหมายและระบบการรายงานข้อมูลที่ดีขึ้น

B2 การจัดเก็บรายได้ภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

การจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากเบียร์และสุราของกรมสรรพสามิต เพิ่มขึ้นเป็น 155,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2567 หรือคิดเป็นร้อยละ 8.4 เมื่อเทียบกับการจัดเก็บในปีงบประมาณ 2558 ที่ประมาณ 143,000 ล้านบาท โดยมีบางช่วงที่รายได้จากการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงระหว่างปีงบประมาณ 2561-2565 เนื่องจากปรับขึ้นอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อปี 2560 และสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโควิด 19 ก่อนที่จะกลับมามีรายได้การจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดอีกครั้งในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 ทั้งนี้ ภาษีสรรพสามิตที่เก็บได้จากเครื่องดื่มประเภทเบียร์คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 60 ของภาพรวมภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[27] ตามแนวโน้มประเภทเครื่องดื่มที่เป็นที่นิยม อย่างไรก็ตาม มูลค่าของรายได้ภาษีสรรพสามิตเบียร์ไม่ได้เพิ่มขึ้นสูงมากเมื่อเทียบกับแนวโน้มอัตราการดื่มที่สูงขึ้นจากผลการสำรวจ จึงควรต้องมีการพิจารณาปรับเพิ่มอัตราภาษีเพื่อควบคุมปริมาณการดื่มและเพิ่มรายได้จากการจัดเก็บภาษีให้มากขึ้น

B3 ความเสียหายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากอุบัติเหตุทางท้องถนนมาสู่ความสูญเสียทางผลิตภาพ

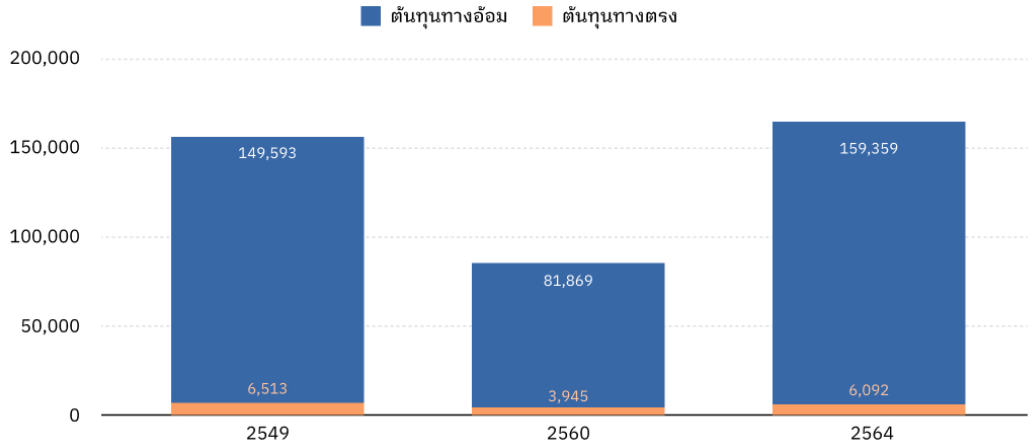
เกือบร้อยละ 17 ของแรงงานไทยรายงานว่าได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนร่วมงาน ส่วนใหญ่ต้องรับทำงานแทนคนที่ดื่มหรือต้องประสบกับประสิทธิภาพการทำงานโดยรวมที่ลดลงของทีม ซึ่งการสูญเสียผลิตภาพเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องที่ควรมองข้าม จากการศึกษาพบว่า มีการสูญเสียชั่วโมงทำงานถึงเกือบ 29 ล้านชั่วโมงต่อปี ทำให้เกิดความสูญเสียของเศรษฐกิจไทยกว่า 1,770 ล้านบาทต่อปี[28] การศึกษาอภิปรายว่า อันตรายและความสูญเสียที่เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของแรงงานและคนทำงาน ยังไม่ค่อยได้รับการกล่าวถึงทั้งที่เป็นประเด็นสำคัญไม่น้อยกว่าการเกิดอุบัติเหตุและการสูญเสียบนท้องถนนจากการดื่ม

At-a-glance take-aways

ภาระทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สร้างภาระทางเศรษฐกิจต่อประเทศไทย มูลค่าสูงถึง 165,500 ล้านบาท (ร้อยละ 1.02 ของ GDP) ในปี 2564
- การจัดเก็บรายได้ภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่ยังอยู่ในสัดส่วนที่ยังน้อยเมื่อเทียบกับแนวโน้มอัตราการดื่มที่สูงขึ้น
- ความเสียหายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากอุบัติเหตุทางท้องถนนคิดเป็นมูลค่ามหาศาล สูญเสียชั่วโมงทำงานเกือบ 29 ล้านชั่วโมงต่อปี คิดเป็นมูลค่าจำนวนกว่า 1,770 ล้านบาทต่อปี

แผนภาพที่ 3.13 ต้นทุนทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
เปรียบเทียบจากการศึกษาปี 2549 2560 และ 2564 (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ B1)



หมายเหตุ :

1. ต้นทุนทางตรง ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรม และมูลค่าความเสียหายของทรัพย์สินจากอุบัติเหตุจราจร และต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ต้นทุนที่เกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากอุบัติเหตุและโรค ต้นทุนการขาดงานเพื่อรับการรักษา และต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน
2. ปี 2549 และ 2564 ใช้วิธี gross cost calculation และปี 2560 ใช้วิธี net cost calculation

ที่มา:

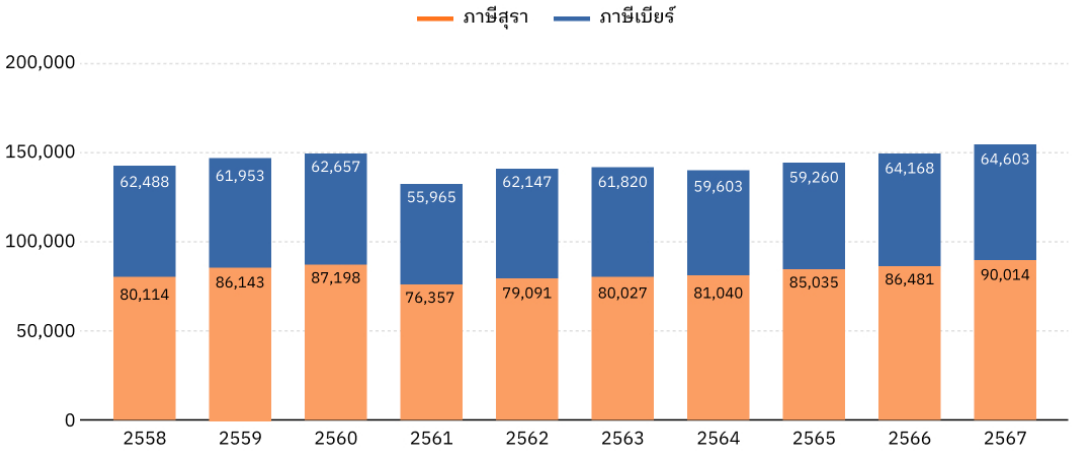
Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P. (2010). The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. BMC Public Health. 10(1): 323.

ธัชนันท์ โกมลไพศาล. (2562). การประเมินต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. (2565). การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2564. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และ พลเทพ วิจิตรคุณากร บรรณาธิการ. (2565). ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2565. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

แผนภาพที่ 3.14 รายได้การจัดเก็บภาษีเบียร์และสุรากรมสรรพสามิต
ปีงบประมาณ 2558-2567 (สัมพันธ์ตามข้อค้นพบ B2)



ที่มา: รายงานประจำปี กรมสรรพสามิต พ.ศ. 2558 - 2567

C มิติทางสังคมต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนนี้นำเสนอข้อค้นพบจากสืบค้นข้อมูลด้วยการค้นหาบทความข่าวเกี่ยวกับการบริโภคและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2558 ถึง 2568 ด้วยการใช้คำหลักเฉพาะในภาษาอังกฤษและภาษาไทยที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น “สุรา” “เมาแล้วขับ” และ “กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” รวมถึงคำหลักอื่น ๆ อีกหลายคำในการค้นหาข้อมูลจากเว็บไซต์ข่าวออนไลน์และคลังข้อมูลดิจิทัลของสื่อหลัก ๆ

C1 นโยบายสุราก้าวหน้าการปลดล็อกเพื่อส่งเสริมสุราชุมชน: โอกาสทางเศรษฐกิจและความท้าทายในการควบคุมคุณภาพและวัฒนธรรมการดื่ม

นโยบายสุราก้าวหน้าไม่ได้เป็นเพียงตัวแทนที่สะท้อนการปฏิรูปกฎหมายและเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังเป็นความเคลื่อนไหวที่สะท้อนรากฐานความคิดด้านความเป็นธรรม อิสระเสรีภาพ การกระจายอำนาจ และการเปลี่ยนผ่านรุ่นสู่คนรุ่นใหม่ ถือเป็นการ “ปลดล็อก” สิทธิของชุมชนและปัจเจกชนให้สามารถผลิตและจำหน่ายสุราได้อย่างถูกกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุราชุมชน ที่รวมถึงคราฟท์หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ท้องถิ่น โดยแก้ไขกฎหมายที่เคร่งครัดที่เอื้อประโยชน์ต่อทุนผูกขาดและจำกัดสิทธิผู้ผลิตรายย่อย[29,30]

การส่งเสริมการผลิตในระดับชุมชนอาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการดื่ม โดยทำให้การบริโภคแอลกอฮอล์กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการยอมรับและเห็นว่าการดื่มเป็นเรื่องปกติในสังคมไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและประชากรที่อ่อนไหวต่อปัญหาสุขภาพ กรณีศึกษาที่น่าเป็นห่วงคือเหตุการณ์การเสียชีวิตและเจ็บป่วยจำนวนมากจากยาดองที่ปนเปื้อนเมทานอลในปี 2567[31] ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้น เมื่อการผลิตขยายตัวแต่ระบบ การควบคุมคุณภาพยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “Thai Craft Beer and Community Spirits Get Green Light” - Khaosod English, May 13, 2025
- “‘Beer barrel’ politics: MPs unlikely to break Thailand’s liquor oligopoly” - Thai PBS World, Sep 30, 2024.
- “Six dead in Thailand after drinking bootleg liquor” - AFP (via Taipei Times), Aug 28, 2024

บทเรียนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการพัฒนานโยบายที่สมดุลระหว่างการส่งเสริมเศรษฐกิจและการคุ้มครองสุขภาพประชาชน โดยต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อวัฒนธรรมการดื่มในสังคม จัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอสำหรับการตรวจสอบและกำกับดูแลคุณภาพผลิตภัณฑ์ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นในวงกว้าง

C2 “การดื่มสุรา” กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม “การไม่ดื่ม” อาจกลายเป็นเข้าสังคมยาก

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “Thailand proposes limited alcohol sales on Buddhist holidays” - Bangkok Post, Mar 5, 2025.
- “New booze rules raise alarm” - Bangkok Post, Mar 2025.
- “Government’s gift to Big Alcohol sparks civil society backlash” - Movendi International, Jan 15, 2024

การเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมค่อย ๆ วิวัฒนาการและแทรกซึมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้การดื่มเป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย ความเป็นชาย ความสำเร็จและวิถีชาวกรุง รวมถึงโลกาภิวัตน์ที่ทำให้การดื่มแบบตะวันตกสะท้อนความเสรี ความสนุก ความเท่าเทียมทางเพศ[32,33] โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชน ผู้หญิง และชนชั้นกลางมากขึ้น ในมุมผลกระทบต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างหนึ่งที่แสดงอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2568 รัฐบาลอนุญาตให้มีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันสำคัญทางพุทธศาสนา[34] เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยว ก่อให้เกิดการตอบโต้ทันทีจากกลุ่มศาสนาและผู้สนับสนุนด้านสุขภาพ

C3 ความรุนแรงในครอบครัวและทางเพศที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์จะยังคงเป็นปัญหาฝังลึกของสังคมไทย

การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านความรุนแรงจากรายงานการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,692 คน ใน 2564 พบว่า ร้อยละ 80 ได้รับผลกระทบจากผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่การก่อความรำคาญจนถึงการทะเลาะวิวาท[35] อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของความรุนแรงในครอบครัว จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านความรุนแรงในครอบครัวของกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวรายงานข้อมูลในปี 2565 ว่า เกือบ 1 ใน 5 ของจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวมีสาเหตุจากสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[36] ในช่วงล็อกดาวน์โควิด 19 ที่คนสูญเสียรายได้จากการทำงานงานและดื่มแอลกอฮอล์ ยิ่งกระตุ้นให้เกิดการทำร้ายกันในครอบครัวเพิ่มขึ้นโดยภาคใต้มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 48

ส่วนเขตกรุงเทพมหานครที่มีสัดส่วนน้อยที่สุดยังสูงถึงร้อยละ 26 สถิติแสดงให้เห็นถึงอันตรายของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “Thailand ranks among top 10 countries for violence against women and girls” - The Nation, Oct 5, 2023
- “Domestic violence on the rise amid pandemic stress” - Bangkok Post, Nov 19, 2020
- “เพื่อนบ้านสุดทุน แฉลูกชายขี้เมา ซ้อมแม่ป่วยอัลไซเมอร์ ไถเงินเบี้ยคนชราซื้อเหล้า” - PPTV Online, 22 มี.ค. 2565

C4 ความสูญเสียที่เกิดขึ้นในทุกช่วงเทศกาลจากการดื่มแล้วขับ

แม้จะมีการรณรงค์ “เมาไม่ขับ” อย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน แต่จำนวนอุบัติเหตุและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลสำคัญ เช่น เทศกาลปีใหม่และเทศกาลสงกรานต์ ยังคงมีตัวเลขที่สูง[37,38] โดยในช่วง 7 วันอันตรายของเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2568 ที่ผ่านมา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุถึง 1 ใน 4 (ร้อยละ 24) และก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตกว่า 330 ราย อีกทั้งยังคงมีผู้เข้าสู่กระบวนการคุมประพฤติตามกฎหมายในฐานความผิดฐานขับรถขณะเมาสุราในช่วงเทศกาลสงกรานต์ปี 2568 ถึง 6,100 คดี[39] สะท้อนให้เห็นว่าการรณรงค์สร้างความตระหนักในเรื่องการดื่มไม่ขับอาจยังไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมได้มีประสิทธิภาพที่มากพอ จึงจำเป็นต้องเพิ่มโทษของการดื่มแล้วขับเพื่อป้องกันการสูญเสียที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะช่วงเทศกาล

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “Road death toll at 116 after three days of Songkran” - The Nation, Apr 14, 2024
- “Speeding and drunk driving blamed for majority of Songkran accidents” - Thai PBS World, Apr 15, 2025
- “‘เมาแล้วขับ-ชนคนตาย’ ในไทย(แทบ)ไม่ติดคุก!! พ่อเหยื่อย้ำโทษเบา กูรูแนะเลิกอ้าง ‘ประมาท’” - ผู้จัดการออนไลน์ 21 ม.ค. 2568
- “วิจารณ์สนั่น ‘ผอ.โรงพยาบาล’ เมาแล้วขับ พุ่งชนนักข่าวขณะยืนสั่งอาหารเจ็บสาหัส” - ไทยรัฐ ออนไลน์, 1 พ.ค. 2568

C5 อุปสรรคต่อการเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการบำบัดและฟื้นฟูสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดตั้ง “สายด่วนเลิกเหล้า 1413” ในปี 2563 ได้ให้บริการ 6,369 สาย โดยร้อยละ 27 ของผู้โทรเข้ามาสามารถเลิกดื่มได้สำเร็จด้วยการสนับสนุนและติดตามผลของบริการ[40]

นอกจากนี้ ยังมีความพยายามในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในหลายภูมิภาค และหน่วยมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลระดับอำเภอเพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ[41] อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้ารับบริการของผู้มีปัญหาการดื่มยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าความชุกของปัญหาอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการบำบัดมีหลายประการ ได้แก่ (1) การรับรู้ทางสังคมและทัศนคติส่วนบุคคลที่มองว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติและยอมรับได้มากกว่าการใช้สารเสพติดประเภทอื่น ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด (2) ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับธรรมชาติของการติดสุราว่าเป็นเพียงปัญหาพฤติกรรม มิใช่ภาวะทางสุขภาพที่ต้องการการรักษา (3) การขาดระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดและการรักษาอย่างต่อเนื่อง และ (4) การตีตราทางสังคม (Social stigma) ต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งอาจนำไปสู่การแบ่งแยกและกีดกันในชุมชน[42]

ผลของอุปสรรคเหล่านี้ทำให้เกิดช่องว่างในการรักษา (Treatment gap) ที่มีนัยสำคัญ โดยผู้มีปัญหาการดื่มจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการที่มีอยู่ หรือหากเข้ารับการบำบัดแล้วก็มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปดื่มซ้ำหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการรักษา การพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบำบัดฟื้นฟูจึงจำเป็นต้องครอบคลุมทั้งการปรับทัศนคติของสังคม การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาการเพิ่มแรงจูงใจในระดับบุคคล และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง[43] เพื่อลดช่องว่างระหว่างการมีบริการและการเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิผล

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “A new lease on life, The ‘Stop Drink 1413’ help-line and a chatbot are helping people conquer al-cohol addiction and rebuild their lives” - Bangkok Post, Aug 22, 2023
- “ดีเดย์ 1 ธ.ค. 2566 สธ. เปิด ‘มินิธัญญารักษ์ 146 แห่ง พร้อมกันทั่วประเทศ” - The Coverage, 30 ต.ค. 2566
- “Buddhist Lent: Thailand’s secret cure for alcohol addiction” - Thai PBS World, Jul 2022

C6 “ผู้หญิง” สุ่มเสี่ยงต่อการเข้าสู่การเป็นนักดื่มหน้าใหม่และเป้าหมายของการตลาด

แบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยกำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติทางเพศสภาพ เดิมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่พบเห็นได้มากในประชากรเพศชาย แต่ในปัจจุบัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาบ่งชี้ว่าอัตราการดื่มในกลุ่มผู้หญิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พร้อมกับการลดลงของอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรก ปรากฏการณ์นี้สัมพันธ์กับกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มุ่งเน้นกลุ่มผู้บริโภคหญิงมากขึ้น[44] โดยเฉพาะอย่างยิ่งผ่านผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่ม (Ready to drink หรือ RTD) ซึ่งมีรสชาติที่ดื่มง่าย บรรจุภัณฑ์ที่ดึงดูดใจ และมีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำกว่าเครื่องดื่มแบบดั้งเดิม ข้อมูลการตลาดแสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้บริโภคหญิงในตลาดเครื่องดื่มประเภท RTD สูงถึงร้อยละ 70[45]

การสื่อสารทางการตลาดของผลิตภัณฑ์เหล่านี้มักนำเสนอภาพลักษณ์ของ “ผู้หญิงยุคใหม่” ที่มีความเป็นอิสระ ทันสมัย และสามารถเลือกดื่มได้อย่างมั่นใจเช่นเดียวกับผู้ชาย การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการดื่มกับค่านิยมของการเป็นผู้หญิงทันสมัยนี้ อาจมีผลต่อการตัดสินใจทดลองดื่มในกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นและวัยทำงาน

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “Alarm Over Increasing Alcohol Harm In Thai Women, Girls” - Movendi International, Aug 11, 2017
- “ไม่ต้องรอ TGIF อีกต่อไป แอลกอฮอล์พร้อมดื่ม จับวัยรุ่นชอบสังสรรค์กลางสัปดาห์แบบเบาๆ” - Brand Buffet, 20 ธ.ค. 2567
- “สรุปตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทย ‘เบียร์’ ครองแชมป์ 70% ผู้หญิงซื้อเครื่องดื่ม RTD สูงสุด” - Brand Buffet, 16 ม.ค. 2568

C7 ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการบริโภคแอลกอฮอล์ในครัวเรือนรายได้น้อย

ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อครอบครัวในกลุ่มรายได้น้อยยังเป็นปัจจัยสำคัญ ทั้งรายได้ของครอบครัวที่สูญเสียไปจากค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูญเสียรายได้จากการขาดงานที่เกิดจากผลของการดื่ม และค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตที่มาจากผลกระทบจากดื่มหรือคนในครอบครัวที่ดื่ม เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดวงจรของความยากจนที่ยากจะหลุดพ้น การศึกษาระบุว่า ครัวเรือนไทยกว่า 140,000 ครัวเรือนถูกผลักให้อยู่ต่ำกว่าเส้นความยากจนเป็นประจำทุกปีเนื่องจากค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยครอบครัวที่ยากจนที่สุดมีแนวโน้มที่จะใช้จ่ายส่วนแบ่งที่ร้ายแรงของรายได้ (ร้อยละ 10 หรือมากกว่า)[46]

ครัวเรือนที่มีสมาชิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโอกาสเข้าสู่ภาวะความยากจนมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มี ผู้ดื่มแอลกอฮอล์[47] นอกจากนี้ ผลกระทบทางสังคมและจิตใจที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น ความขัดแย้ง ความรุนแรง และภาวะซึมเศร้า ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะยาว จึงควรมีมาตรการเสริมอย่างมาตรการทางภาษีเพื่อลดและป้องกันการบริโภคในกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้น้อย

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “Alcohol-Harm Paradox : แม้ดื่มเหล้าปริมาณเท่ากัน แต่นักดื่มคนจนมีอัตราการตายสูงกว่าคนรวย” - SDG Move, 8 มิ.ย. 2564
- “สสส.-ภาคี ตั้งเป้าแก้จน เปิดโมเดล “คนหัวใจเพชร 1 ปี ลดค่าเหล้าได้ 121 ล้าน” หลังพบผู้มีรายได้น้อยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าครอบครัวรายได้สูงถึง 6 เท่า” - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 25 มี.ค. 2567
- “ถอดแนวคิด “ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ สร้างเสริมสุขภาพ” โมเดลลดหนี้ ฉบับคนเมืองเพชร(บุรี)” - ผู้จัดการออนไลน์, 21 พ.ค. 2567

C8 ประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดแตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและชนบท

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ (ผลิตเองหรือผิดกฎหมาย) มีความแพร่หลายมากกว่าในระดับภูมิภาค โดยการศึกษาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบจาก

ข้อมูลปี 2560 แสดงให้เห็นว่าผู้ดื่มในภาคเหนือร้อยละ 24.8 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 7.4 ในภาคกลาง48 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติในปี 2564 พบการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีของพื้นที่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 16.4 เทียบกับร้อยละ 12.8)[15] สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดต่อการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่สามารถทำได้อย่างเต็มประสิทธิภาพจากบริบทของพื้นที่ ซึ่งแม้จะมีผู้จำหน่ายที่กระทำผิดกฎหมาย แต่การเข้าไปตรวจสอบและดำเนินคดีทำได้อย่างจำกัด เนื่องจากชุมชนยังมองว่าเป็นเรื่องปกติโดยเฉพาะในต่างจังหวัด[49] อีกทั้งผู้ซื้อและผู้ขายยังร่วมกันปกปิดข้อมูลทำให้ดำเนินคดีได้ยาก[50] เป็นความท้าทายของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่นหรือชุมชน

รายงานสุขภาพคนไทยระบุว่าจากข้อมูลการเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในปี 2564 พบว่า ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด คือ ร้อยละ 75 รองลงมา คือ ยาไอซ์ ร้อยละ 8.6 กัญชาแห้ง ร้อยละ 4.7 และเฮโรอีน ร้อยละ 3.9[51] ด้านการเข้าถึงบริการบำบัดฟื้นฟู ในชนบทยังประสบปัญหาการขาดแคลนศูนย์บำบัดและบุคลากรเฉพาะทาง ทำให้ต้องพึ่งพากลไกชุมชนที่มีความพร้อมในการดำเนินงานเป็นหลัก[52,53] ขณะที่ในเมืองมีบริการที่หลากหลายกว่า การพัฒนานโยบายที่มีประสิทธิภาพจึงควรคำนึงถึงความแตกต่างเหล่านี้ เพื่อกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน พัฒนารูปแบบการบำบัดที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น และนำเทคโนโลยีมาใช้ลดช่องว่างของการบริการและการบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ต่าง ๆ

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “ภาคประชาชนชี้ กม.ห้ามขายเหล้าให้คนเมา โทษหนักมีมานานแต่ไม่เคยบังคับใช้” - Hfocus, 3 ม.ค. 2562
- “เปิดข้อมูลปี 67 เรื่องร้องเรียนความผิดเกี่ยวกับน้ำเมานับพันราย ต่างจังหวัดลงโทษได้น้อยแค่ 10% เผยตลาดออนไลน์ตามจับยาก” - ผู้จัดการออนไลน์, 7 ธ.ค. 2567
- “สคล. ผนึกกำลังชุมชน รณรงค์ลด ละ เลิกเหล้า ต่อเนื่อง พุ่งเป้า “ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่” มุ่งสร้างสังคมสุขภาวะ” - แนวหน้า, 27 มี.ค. 2568

C9 บริบทระดับภูมิภาคและวัฒนธรรมสร้างภูมิทัศน์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลากหลายทั่วประเทศไทย

การบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศไทยแสดงให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนจากปัจจัยทางเพศ ภูมิภาค และศาสนา ผู้ชายดื่มมากกว่าและหนักกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของการดื่มแบบอันตรายสูงที่สุดในประเทศ ส่วนจังหวัดที่มีประชากรมุสลิมจำนวนมากทางภาคใต้มีสถิติการบริโภคต่ำที่สุดอย่างสม่ำเสมอ การสำรวจระดับประเทศและการศึกษาวิจัยพื้นที่ระดับจังหวัดชี้ให้เห็นว่า ความเป็นผู้ชาย หรือการอาศัยอยู่ในภาคเหนือ หรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นปัจจัยส่งเสริมแก่การดื่มหนัก ในทางตรงข้าม การอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรนับถือศาสนาอิสลามลดโอกาสของการเป็นนักดื่มอย่างเห็นได้ชัด[54]

ประเพณีทางวัฒนธรรมยังส่งผลรูปแบบการดื่มในท้องถิ่นที่แตกต่างกันตามภูมิภาค เช่น การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาที่ศึกษาหมู่บ้านชานเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื่มถูกสอดแทรกเข้าไปในชีวิตประจำวันและผสมผสานเข้ากับกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ และพิธีกรรมตามประเพณี ถือเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตทางสังคม[55]

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่มีพื้นที่ศึกษาในภาคเหนือของประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ผสมผสานเข้ากับประเพณีของชนเผ่าพื้นที่ราบสูงอย่างกลมกลืน ทำให้แอลกอฮอล์สามารถเข้าถึงได้อย่างแพร่หลายในทุกกลุ่มอายุผ่านพิธีกรรมตามประเพณีประจำปีและการเฉลิมฉลอง ซึ่งสร้างบริบทการดื่มที่มีลักษณะเฉพาะ[56]

ความหลากหลายในแต่ละบริบทเป็นความท้าทายของการกำหนดนโยบายแอลกอฮอล์ระดับประเทศ เนื่องจากมาตรการที่ได้ผลดีในภูมิภาคหนึ่งอาจต้องการการปรับเปลี่ยนเพื่อนำไปขยายผลในภูมิภาคอื่น ความเข้าใจบริบทที่หลากหลายมีความสำคัญในการพัฒนาแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทภูมิภาค ซึ่งต้องเคารพความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ควบคู่ไปกับการจัดการอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “South Thailand’s Muslim leaders reject weed, liquor and same-sex partnerships” - Thaiger, 26 Jun 2022
- “ภาคอีสาน ดื่มแอลกอฮอล์ สูงอันดับ 2 ของประเทศ รองจากภาคเหนือ: ” - คมชัดลึก, 15 ก.ค. 2567

C10 การตลาดผ่านอินฟลูเอนเซอร์ดิจิทัลและผู้ผลิตเนื้อหาออนไลน์สร้างแนวโน้ม ให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นเรื่องปกติในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น

โซเชียลมีเดียกลายเป็นช่องทางใหม่สำหรับการส่งเสริมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลีกเลี่ยงข้อจำกัดการโฆษณาแบบดั้งเดิมและเจาะจงกลุ่มเป้าหมายผู้ชมที่อายุน้อยกว่า[57] แม้ว่าประเทศไทยจะมีการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้มงวด ซึ่งครอบคลุมถึงการโพสต์โซเชียลมีเดีย และกำหนดโทษฝ่าฝืนเป็นค่าปรับถึง 50,000-500,000 บาท[58] แต่การสร้างภาพลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และวัฒนธรรมการดื่มยังคงแพร่หลายออนไลน์ผ่านเนื้อหาของอินฟลูเอนเซอร์

ผลที่ตามมาอาจร้ายแรง กรณีตัวอย่างในช่วงปลายปี 2567 เมื่อคอนเทนต์ครีเอเตอร์วัย 21 ปีเสียชีวิตจากการเป็นพิษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังจากได้รับเงินให้ดื่มสุราในปริมาณมากในคราวเดียวเพื่อทำคอนเทนต์แลกกับเงินค่าจ้าง[59] นอกจากนี้ ศิลปินที่มีชื่อเสียงก็มีผลกระทบต่อบรรทัดฐานและการรับรู้ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น แฟนคลับที่แชร์โฆษณาเครื่องดื่มวิสกี้ที่มีศิลปินหญิงชาวไทยซึ่งมีชื่อเสียงระดับโลกเป็นพรีเซนเตอร์[60] ที่แพร่กระจายอย่างกว้างขวางบนโซเชียลมีเดีย

แม้ว่าหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายจะพยายามปราบปรามโดยปรับผู้ใช้และธุรกิจมากกว่าร้อยรายสำหรับการโพสต์ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2563[61] แต่ปริมาณเนื้อหาจำนวนมหาศาลทำให้ไม่สามารถติดตามได้อย่างทั่วถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรากฏให้ดูโดดเด่นและเป็นเรื่องปกติต่อเยาวชนที่ได้รับอิทธิพลง่าย ลดทอนความรู้และการตระหนักถึงอันตราย และมีส่วนก่อให้เกิดการทดลองและการทำให้เป็นเรื่องปกติ

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “Hundreds fined as online alcohol pics violate law” – Bangkok Post, Jun 9, 2020
- “Influencer dies after accepting £700 whiskey-drinking challenge” - Independent, Jan 2, 2025
- “Govt warns against sharing Lisa’s whiskey ads” - Bangkok Post, Mar 16, 2022
- “LISA becomes Chivas Regal whisky ambassador” - LiFTED, March 14, 2022

C11 ปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชนที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ยังคงเกิดขึ้น

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ปี 2567 ยังคงพบเห็นการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ที่มีอายุไม่ถึงเกณฑ์ หรือไม่ได้ตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชนก่อนการจำหน่ายให้กับเยาวชน[62] โดยเฉพาะในร้านโชห่วยและร้านค้าปลีกขนาดเล็ก ตัวอย่างงานวิจัยให้อาสาสมัครที่อายุต่ำกว่าเกณฑ์พยายามซื้อจากผู้ค้าปลีก 417 ราย พบว่า ร้อยละ 99 ประสบความสำเร็จ แม้แต่เด็กอายุ 6 ขวบก็สามารถซื้อเบียร์ได้ในระหว่างการทดสอบ[63]

การไม่ปฏิบัติตามกฎหมายขยายไปถึงสถานประกอบการใกล้สถาบันการศึกษาร้อยละ 84 ของร้านค้าใกล้โรงเรียนเต็มใจที่จะจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนอย่างผิดกฎหมาย[64] นอกเหนือจากการเข้าถึงผ่านการค้าปลีกแล้ว ผู้ดื่มที่อายุต่ำกว่าเกณฑ์มักได้รับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ เพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง พ่อแม่ และญาติผู้ใหญ่[65]

รูปแบบเหล่านี้ส่งผลให้มีการเริ่มดื่มตั้งแต่อายุยังน้อย ตรงกับข้อมูลการสำรวจที่เยาวชนไทยมักเริ่มดื่มตั้งแต่ก่อนอายุ 15 ปี[66] โดยได้รับการกระตุ้นจากแรงกดดันของเพื่อนฝูงและการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มแข็ง

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “เด็กไทย ทาสบุหรี่ เหล้า การพนัน ยาเสพติด ส่งผลต่อความรุนแรงในครอบครัว” - Hfocus, 20 ก.ย. 2567
- “ผลสำรวจพบเด็กเมืองเหนือดื่มเหล้าตั้งแต่ละอ่อน คาดอายุไม่เกิน 10 ปี” - กรุงเทพธุรกิจ, 26 มิ.ย. 2567
- “สงกรานต์ 2567 ห้ามขายเหล้าให้เยาวชน ฝ่าฝืนมีโทษ หลังพบเมาแล้วขับ” PPTV Online, 14 เม.ย. 2567

C12 ความเชื่อมโยงการรักษาระหว่างปัญหาสุขภาพจิตและการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงไม่ได้รับการจัดการอย่างครอบคลุมในระบบสุขภาพของประเทศไทย

หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภาวะสุขภาพจิตและจากการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมากขึ้นเรื่อย ๆ การศึกษาพบว่า บุคคลที่ประสบกับอาการซึมเศร้าหลัก (Major depressive episode) มีแนวโน้มที่จะดื่มอย่างหนัก[67] อย่างไรก็ดี ส่วนใหญ่แล้วการรักษาภาวะทั้ง 2 ส่วนแยกจากกัน ผู้ป่วยจำนวนมากที่รับการรักษาโรคติดสุราไม่ได้รับการตรวจคัดกรองอาการซึมเศร้าหรือ

ความวิตกกังวลพร้อมกัน แนวคิดของการดูแลวินิจฉัยซ้อน ซึ่งเป็นการให้การรักษาแบบบูรณาการสำหรับทั้งผู้มีภาวะทางจิตและการติดยาเสพติด[68]

แนวทางที่แยกส่วนเป็นช่องว่างที่สำคัญที่ต้องการมาตรการครอบคลุม เนื่องจากบุคคลอาจไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างรอบด้าน ยิ่งไปกว่านั้น ความอายและการถูกตีตราทางสังคมอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตและทำให้การพึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความซับซ้อนมากขึ้น[69] จนอาจท้อแท้หมดหวังที่จะขอรับความช่วยเหลือ การพัฒนาแนวทางแบบบูรณาการมากขึ้นที่ตรวจคัดกรองและรักษาทั้งสองภาวะพร้อมกันแสดงถึงโอกาสสำคัญในการพัฒนาผลลัพธ์และลดภาระความท้าทายด้านสุขภาพซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน

หัวข้อข่าวที่เกี่ยวข้อง :

- “ปัญหาเหล้า-สารเสพติดทำคนไทยป่วยจิตเวช” - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 28 พ.ย. 2560
- “เปิดข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชกว่า 70% ใช้ยาเสพติดร่วมแค่ดื่มเหล้าอย่างเดียว เสี่ยงเกิดปัญหาสุขภาพจิต” - Hfocus, 10 ก.พ. 2567
- “ดื่มแอลกอฮอล์อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 14 มิ.ย. 2563

At-a-glance take-aways

มุมมองทางสังคม

- นโยบายสุราก้าวหน้าสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและการกระจายอำนาจ แต่ยังมีความท้าทายด้าน การควบคุมคุณภาพและการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานเกี่ยวกับการดื่มในสังคม
- การดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย ความเป็นชาย ความสำเร็จและวิถีชาวกรุง ทำให้การดื่มเป็นบรรทัดฐานทางสังคมที่ยากจะหลีกเลี่ยง
- การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของความรุนแรงในครอบครัว โดยเกือบ 1 ใน 5 ของเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวมีสาเหตุจากสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- แม้จะมีการรณรงค์ “เมาไม่ขับ” อย่างต่อเนื่อง แต่อุบัติเหตุและการเสียชีวิตในช่วงเทศกาลที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ยังคงมีตัวเลขสูง สะท้อนความล้มเหลวในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- อุปสรรคต่อการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีหลายประการ ทั้งการรับรู้ทางสังคม ทัศนคติส่วนบุคคล ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และการตีตราทางสังคม
- กลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มุ่งเน้นกลุ่มผู้บริโภคหญิงมากขึ้น โดยเฉพาะผ่านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่มที่มีสัดส่วนผู้บริโภคหญิงสูงถึงร้อยละ 70
- การบริโภคแอลกอฮอล์ในครัวเรือนรายได้น้อย ทำให้เกิดวงจรความยากจน โดยครัวเรือนไทยกว่า 140,000 ครัวเรือนถูกผลักให้อยู่ต่ำกว่าเส้นความยากจนทุกปีเนื่องจากค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท โดยการบริโภคนอกระบบ การจำหน่ายให้เยาวชน และข้อจำกัดในการบังคับใช้กฎหมายมีมากกว่าในพื้นที่ชนบท
- วัฒนธรรมและบริบทภูมิภาคสร้างความแตกต่างในการบริโภคแอลกอฮอล์ทั่วประเทศไทย โดยภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของการดื่มแบบอันตรายสูงที่สุด ขณะที่จังหวัดที่มีประชากรมุสลิมจำนวนมากมีสถิติการบริโภคต่ำที่สุด
- โซเชียลมีเดียและอินฟลูเอนเซอร์กลายเป็นช่องทางใหม่ในการส่งเสริมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลีกเลี่ยงข้อจำกัดการโฆษณาแบบดั้งเดิม ทำให้การดื่มกลายเป็นเรื่องปกติในกลุ่มเยาวชน
- การจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ยังคงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในร้านค้าปลีกขนาดเล็กและร้านใกล้สถานศึกษา ส่งผลให้เยาวชนไทยเริ่มดื่มตั้งแต่อายุยังน้อย
- การรักษาภาวะสุขภาพจิตและการติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ยังแยกส่วนกัน ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาอย่างครอบคลุม แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภาวะสุขภาพจิตและการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

D มิติเชิงนโยบายของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนนี้นำเสนอข้อค้นพบจากมิติด้านนโยบาย ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกรอบการกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ประกอบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างครอบคลุมของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และร่างพระราชบัญญัติฉบับใหม่ (มีนาคม พ.ศ. 2568) รวมถึงพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างละเอียดระหว่างกฎหมายปัจจุบันและกฎหมายที่เสนอใหม่เพื่อระบุการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่สำคัญ ความท้าทายในการดำเนินการที่อาจเกิดขึ้น และผลกระทบต่อวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข การวิเคราะห์เน้นเฉพาะบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดการโฆษณา องค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการระดับจังหวัด การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้อยกเว้นของสถาบันการศึกษา การบำบัดรักษา และกรอบการบังคับใช้กฎหมาย

D1 การวิเคราะห์ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ (ร่างเดือนมีนาคม 2568)[70,71]

การเสนอแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่จะกำหนดทิศทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ร่างกฎหมายจะมุ่งปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน แต่จำเป็นต้องวิเคราะห์อย่างรอบด้านถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่องทางการตลาดรูปแบบใหม่ ประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมาย และกลไกการป้องกันอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การวิเคราะห์นี้จะเป็นฐานสำคัญในการวางยุทธศาสตร์และมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิผลต่อไป

D1-1 ความคลุมเครือของนิยามคำว่า “ข้อมูลและข่าวสาร” อาจส่งผลกับการใช้ประโยชน์เชิงกลยุทธ์จากภาคอุตสาหกรรม

แม้ว่าร่างพระราชบัญญัติฉบับใหม่จะระบุข้อจำกัดที่มีรายละเอียดและเข้มงวดมากขึ้นเกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งห้ามการประชาสัมพันธ์จากผู้มีชื่อเสียง และการส่งเสริมการขายที่เชื่อมโยงกับกิจกรรมที่แสดงความผิดชอบทางสังคม แต่ยังแสดงความยกเว้นการให้ “ข้อมูลและข่าวสาร” ที่ยังไม่มีคำจำกัดความชัดเจน ความคลุมเครือนี้อาจถูกใช้ประโยชน์เชิงกลยุทธ์โดยภาคอุตสาหกรรมในการโฆษณาที่อิงเนื้อหาซึ่งมีลักษณะข้อมูลหรือสื่อการศึกษาเพื่อสร้างความน่าสนใจและวัฒนธรรมการดื่ม เช่น ประวัติศาสตร์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงขึ้นอยู่กับกฎหมายลำดับรองที่เข้มงวดเพื่อปิดช่องว่างที่อาจเกิดขึ้น

D1-2 การกระจายอำนาจควบคุมแอลกอฮอล์สู่จังหวัดอาจเสี่ยงต่อประสิทธิภาพของนโยบายระดับชาติ

กระบวนการมอบอำนาจที่ปรากฏในร่างกฎหมายสร้างช่องทางให้คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดสามารถกำหนดนโยบายเฉพาะพื้นที่ได้ แม้จะมีเงื่อนไขกำกับ ได้แก่ (1) ต้องได้รับการมอบหมายอย่างเป็นทางการจากคณะกรรมการระดับชาติ (2) ต้องแสดงเหตุผลความจำเป็นที่สมควร และ (3) ต้องดำเนินการภายในกรอบที่คณะกรรมการระดับชาติกำหนด แต่เมื่อพิจารณาถึงข้อจำกัดด้านศักยภาพและประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายระดับพื้นที่ที่ปรากฏมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน กลไกนี้อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญต่อความเข้มงวดในการบังคับใช้ข้อจำกัดด้านสถานที่และเวลาในการจำหน่ายหรือบริโภค โดยผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวในท้องถิ่นอาจถูกยกมาเป็นเหตุผลสำคัญในการผ่อนปรนข้อกำหนด ซึ่งเอื้อต่อการที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะใช้ยุทธศาสตร์การล็อบบี้อย่างมีเป้าหมายเฉพาะในระดับจังหวัด

D1-3 การอนุญาตจำหน่ายผ่านเครื่องอัตโนมัติอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องจำหน่ายอัตโนมัติเป็นการลดความเข้มงวดของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เห็นได้ชัดโดยเป็นการเพิ่มช่องทางการจำหน่ายในรูปแบบอัตโนมัติที่อาศัยเทคโนโลยีตรวจสอบอายุแทนการตรวจสอบโดยบุคคล แม้ว่าร่างกฎหมายจะกำหนดให้มีระบบใบอนุญาตสำหรับเครื่องจำหน่ายประเภทนี้ แต่ในทางปฏิบัติยังมีประเด็นที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบตรวจสอบอายุทางเทคโนโลยี โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือนอกเวลาทำการปกติ ที่อาจมีข้อจำกัดในการกำกับดูแล

การติดตามตรวจสอบเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติที่อาจกระจายตัวในหลายพื้นที่เป็นความท้าทายสำหรับหน่วยงานกำกับดูแลที่มีทรัพยากรจำกัด นอกจากนี้ การมีเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติอาจส่งผลต่อการรับรู้ของสังคมเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะสินค้าทั่วไป ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับแนวทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะสินค้าที่ต้องมีการควบคุมเป็นพิเศษเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

D1-4 การขยายข้อยกเว้นในสถานศึกษาและเพิ่มอำนาจคณะกรรมการควบคุม

การแก้ไขมาตรา 31 ในร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่มีประเด็นที่ติดตาม โดยเฉพาะการขยายขอบเขตข้อยกเว้นในสถานศึกษาและการเพิ่มอำนาจของคณะกรรมการในการกำหนดพื้นที่ห้ามดื่ม การขยายข้อความจาก “สถานศึกษาที่สอนการผสมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” เป็น “สถานศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” สร้างความคลุมเครือของนิยามที่อาจตีความได้กว้างกว่าเดิมมาก ครอบคลุมไปถึงการเรียนการสอนเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ การตลาด หรือวัฒนธรรมการดื่ม ซึ่งสามารถเปิดพื้นที่ให้มีการดื่มแอลกอฮอล์ภายในสถานศึกษาได้อย่างกว้างขวาง เพียงจัดให้มีหลักสูตรหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในรูปแบบใดก็ได้ ซึ่งอาจส่งผลให้เยาวชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้นและเกิดการยอมรับการดื่มในสถานศึกษามากขึ้น

ขณะเดียวกัน การแก้ไขให้ “สถานที่อื่นที่คณะกรรมการควบคุมประกาศกำหนด” เป็นพื้นที่ห้ามดื่ม เพิ่มอำนาจให้คณะกรรมการใช้ดุลยพินิจได้อย่างกว้าง อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกแทรกแซงจากกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ

D1-5 การปรับปรุงกฎหมายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แสดงให้เห็น ความชัดเจนขึ้น แต่การนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมยังต้องการการติดตาม

ร่างพระราชบัญญัติฉบับแก้ไขมีการขยายคำจัดความในการรับบริการบำบัดให้กับ “ผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” แสดงให้เห็นถึงความพยายาม ในการปรับปรุงกรอบกฎหมายเพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความชัดเจนมากขึ้น การกำหนดบทบัญญัติใหม่ที่รวมเอาเนื้อหาสำคัญเดิมไว้ พร้อมทั้งเพิ่มเติมรายละเอียดการดำเนินการและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เป็นการก้าวไปข้างหน้าในทางบวก

อย่างไรก็ตาม ความชัดเจนในเชิงกฎหมายมิได้หมายความว่าการดำเนินการจริงจะเป็นไปอย่างราบรื่น ประสบการณ์จากการบังคับใช้กฎหมายเดิมแสดงให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ ซึ่งยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ การขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละพื้นที่ ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องติดตาม

D1-6 มาตรการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนที่ไม่เพียงพอ

ร่างการแก้ไขมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พ.ศ. 2551 สะท้อนถึงความอ่อนแอของมาตรการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจนำไปสู่การลดทอนประสิทธิภาพของการกำกับดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขเพิ่มเติมในส่วนของคณะกรรมการที่เปิดช่องให้ตัวแทนจากภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผู้มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบาย

โครงสร้างการกำกับดูแลเอื้อให้ผู้มีผลประโยชน์ทางการค้าสามารถมีอิทธิพลต่อทิศทางนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งอาจนำไปสู่การลดทอนประสิทธิภาพของกลไกการป้องกันผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคม

D1-7 การยกเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 0.5 ดีกรีเป็นช่องว่างสู่กลยุทธ์การตลาดที่ไม่ถูกควบคุม

การกำหนดนิยามในร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ที่ระบุว่า เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 0.5 ดีกรีไม่ถือเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีนัยสำคัญต่อการบังคับใช้กฎหมาย แม้ว่าหลักการนี้จะมีที่มาจากพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 แต่การระบุอย่างชัดเจนในกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรงอาจก่อให้เกิดช่องว่างทางกฎหมายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การกำหนดเกณฑ์ดังกล่าวเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการใช้เป็นช่องทางในการพัฒนากลยุทธ์ทางการตลาดที่ปลอดจากการควบคุม โดยอาจมีการดำเนินการในหลายรูปแบบ ได้แก่ การสร้างวัฒนธรรมการดื่มผ่านผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ต่ำ ซึ่งสามารถโฆษณาได้อย่างเสรี การสร้างโอกาสให้ผู้บริโภคทดลองประสบการณ์เกี่ยวกับแบรนด์แอลกอฮอล์โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย การปรับสูตรผลิตภัณฑ์เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดทางกฎหมาย แต่ยังคงรักษาความเชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์หลัก และการขยายภาพลักษณ์สินค้าและการรับรู้แบรนด์ที่เชื่อมโยงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นิยามที่ชัดเจนขึ้นนี้อาจกลายเป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่ผู้ประกอบการสามารถใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการตลาดที่หลีกเลี่ยงมาตรการควบคุม

D1-8 การเพิ่มความเข้มงวดในการลดการเมาแล้วขับยังคงต้องการกลไกการบังคับใช้และการติดตามที่มีประสิทธิภาพ

ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่สำคัญในการขยายขอบเขตความรับผิดชอบของผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกำหนดให้มีหน้าที่ในการประเมินและตรวจสอบอาการมึนเมาของผู้ซื้อ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าวขึ้นอยู่กับความชัดเจนของหลักเกณฑ์ วิธีการ และแนวทางปฏิบัติที่จะกำหนดในกฎหมายลำดับรอง ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์

ประเด็นที่น่ากังวลเพิ่มเติมคือ การแก้ไขพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิตที่เอื้อให้ผู้ผลิตรายย่อยสามารถเข้าสู่ตลาดได้ง่ายขึ้น อาจส่งผลให้เกิดการขยายตัวของช่องทางการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มขึ้นของจุดจำหน่ายทั้งในรูปแบบไม่เพียงแต่เพิ่มการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น แต่ยังสร้างความท้าทายสำคัญในการบังคับใช้มาตรการป้องกันการเมาแล้วขับ

เมื่อพิจารณาประกอบกับการปรับปรุงพระราชบัญญัติจราจรทางบกที่มีการเพิ่มบทลงโทษสำหรับผู้กระทำความผิดฐานเมาแล้วขับ[72] โดยเฉพาะในกรณีของผู้กระทำความผิดซ้ำ จะเห็นได้ว่ามีความพยายามในเชิงนโยบายที่จะใช้มาตรการทางกฎหมายเป็นเครื่องมือในการยับยั้งพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์จากนานาประเทศชี้ให้เห็นว่า ความเข้มงวดของบทบัญญัติกฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการลดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับอย่างมีนัยสำคัญ หากปราศจากการบังคับใช้อย่างสม่ำเสมอ การรณรงค์สร้างความตระหนักในสังคม และระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

D2 การวิเคราะห์ร่างแก้ไขพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต ฉบับใหม่ (ร่างฉบับต่อวุฒิสภา เดือนมกราคม 2568)[70,71]

D2-1 แม้การเปิดเสรีการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่ผลกระทบต่อสุขภาพสาธารณะจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบด้าน

นอกจากร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่กำลังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณา พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิตที่กำลังได้รับการปรับปรุงก็มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการกำหนดกรอบด้านการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แม้กระแสสังคมส่วนใหญ่จะสนับสนุนการลดการผูกขาดจากผู้ประกอบการรายใหญ่และการเปิดโอกาสให้ผู้ผลิตรายย่อยสามารถเข้าถึงกระบวนการขออนุญาตผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเท่าเทียม แต่ประเด็นที่ไม่อาจมองข้ามคือผลกระทบเชิงโครงสร้างที่อาจเกิดขึ้นต่อพฤติกรรมการบริโภคในวงกว้าง โดยเฉพาะการเพิ่มการเข้าถึงผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์และการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมที่อาจทำให้การดื่มกลายเป็นพฤติกรรมปกติในชีวิตประจำวัน ความเสี่ยงนี้มีนัยสำคัญยิ่งในกลุ่มประชากรเปราะบาง โดยเฉพาะเยาวชนและผู้ที่เริ่มทดลองดื่มซึ่งยังขาดวุฒิภาวะในการตัดสินใจบริโภคอย่างรับผิดชอบ

ความท้าทายเชิงนโยบายดังกล่าวยิ่งทวีความซับซ้อนเมื่อพิจารณาควบคู่กับร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ ซึ่งได้จัดสรรพื้นที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถมีบทบาทในกระบวนการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจ โครงสร้างเชิงสถาบันเช่นนี้อาจบั่นทอนประสิทธิภาพของกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาว เนื่องจากอาจเกิดความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ระหว่างเป้าหมายทางธุรกิจกับวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข

นอกจากนี้ การเพิ่มจำนวนผู้ผลิตรายย่อยอย่างมีนัยสำคัญยังจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้วยระบบการกำกับดูแลคุณภาพและมาตรฐานการผลิตที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันปัญหาด้านความปลอดภัยที่เคยเกิดขึ้นในอดีต เช่น การปนเปื้อนของเมทานอลในผลิตภัณฑ์สุรากลั่นที่ผลิตนอกระบบควบคุม การขยายขีดความสามารถในการควบคุมคุณภาพและการตรวจสอบมาตรฐานจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จำเป็นต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการเปิดเสรีการผลิต เพื่อให้เกิดดุลยภาพระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและการคุ้มครองสุขภาวะของประชาชน

At-a-glance take-aways

มิติเชิงนโยบายของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ระหว่างการพิจารณา จำเป็นต้องเตรียมการเชิงนโยบายในการจัดกฎหมายรองที่เข้มข้นและแผนการดำเนินงานในพื้นที่ ในหลากหลายประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคลุมเครือของนิยาม “ข้อมูลและข่าวสาร”
  - การกระจายอำนาจควบคุมแอลกอฮอล์สู่คณะกรรมการระดับจังหวัด
  - การอนุญาตเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติทำ
  - การขยายข้อยกเว้นในสถานศึกษาจาก “สอนการผสม” เป็น “จัดการเรียนการสอนด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์”
  - มาตรการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนยังไม่เพียงพอ เปิดช่องให้ตัวแทนจากภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบาย
  - การยกเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 0.5 ดีกรี
- การปรับปรุงกฎหมายการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์มีความชัดเจนมากขึ้น
- การเพิ่มความเข้มงวดในการป้องกันเมาแล้วขับจะมีประสิทธิภาพได้เมื่อมีการบังคับใช้อย่างสม่ำเสมอ การรณรงค์สร้างความตระหนัก และระบบติดตามประเมินผลที่ดี
- การเปิดเสรีการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แม้จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่อาจเพิ่มการเข้าถึงแอลกอฮอล์และสร้างบรรทัดฐานที่ทำให้การดื่มกลายเป็นเรื่องปกติ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน

E ปัจจัยทางการค้าจากภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนนี้นำเสนอผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจัยทางการค้าจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากวารสารนานาชาติที่ตีพิมพ์และรายงานสื่อเน้นที่แนวปฏิบัติของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ครอบคลุมเอกสารวิชาการ วรรณกรรมสีเทา เอกสารเชิงนโยบาย และแหล่งข่าวออนไลน์ที่ครอบคลุมช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2563-2568)

ปัจจัยทางการค้าในบทนี้ หมายถึง กลยุทธ์และแนวปฏิบัติที่ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมใช้เพื่อแสวงหาผลประโยชน์ทางการค้า การเพิ่มผลกำไร และการรักษาเสถียรภาพของธุรกิจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม[73]

E1 การล็อบบี้เชิงรุกของอุตสาหกรรมเพื่อบ่อนทำลายนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์

อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีการใช้กลยุทธ์แทรกแซงทางนโยบายและกฎหมายเพื่อเอื้อประโยชน์แก่ตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการล็อบบี้โดยตรงต่อฝ่ายนิติบัญญัติและเจ้าหน้าที่รัฐ การใช้ความสัมพันธ์ทางการเมือง และการหมุนเวียนตำแหน่งระหว่างภาครัฐและเอกชน (Revolving door) เพื่อแทรกแซง เช่น การลดทอนหรือชะลอกฎหมายที่เน้นประโยชน์ด้านสาธารณสุข รวมถึงการพยายามผ่อนคลายข้อห้ามโฆษณาในช่วงต้น ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) และความพยายามในการปรับนโยบายภาษีเพื่อเอื้อผลกำไรของบริษัท อุตสาหกรรมยังผลักดันการลดกฎระเบียบ เช่น การขยายเวลาและเสรีภาพในการขายและโฆษณา

E2 การเลี่ยงข้อจำกัดด้านการตลาดโดยอาศัยช่องโหว่ของกฎหมาย

แม้จะมีกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 แต่อุตสาหกรรมใช้ ช่องโหว่และความคลุมเครือของกฎหมายในการทำตลาดอย่างกว้างขวาง เช่น การใช้ตราสัญลักษณ์ของแบรนด์เพื่อวัตถุประสงค์ให้ข้อมูล กลายเป็นช่องทางโฆษณาแฝงผ่านกิจกรรมกีฬา ดนตรี สื่อ ณ จุดขาย และสินค้าต่าง ๆ ทำให้แบรนด์ยังคงปรากฏเด่นชัดในสังคม[74,75] และสร้างความคุ้นชินต่อการดื่มแม้ถูกห้ามใช้ภาพผลิตภัณฑ์โดยตรง

E3 สื่อดิจิทัลและโซเชียลมีเดียขยายการเข้าถึงของเยาวชนและทำให้การดื่มกลายเป็นเรื่องปกติ

อุตสาหกรรมใช้สื่อออนไลน์ที่มีการควบคุมน้อยกว่าในการเข้าถึงกลุ่มผู้บริโภค โดยเฉพาะเยาวชนกลยุทธ์รวมถึงการใช้อินฟลูเอนเซอร์ ผู้ที่มีชื่อเสียง การทำคอนเทนต์ไวรัล เพื่อดึงดูดเยาวชน ส่งผลให้เยาวชนได้รับการสื่อสารทางการตลาดมากกว่าผู้ใหญ่ และสัมพันธ์กับการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและถี่ขึ้น การศึกษาพบว่า เยาวชนที่ได้รับการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อออนไลน์มีแนวโน้มที่จะเริ่มดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการดื่มแบบหนัก[76]

E4 การใช้ข้ออ้างด้านเศรษฐกิจเพื่อเบี่ยงเบนความเสียหายและแทรกแซงนโยบาย

อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมักใช้เหตุผลด้านรายได้ภาษี การจ้างงาน และการท่องเที่ยวเพื่อคัดค้านมาตรการด้านสาธารณสุข กลยุทธ์นี้ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มธุรกิจและการท่องเที่ยว เช่น การลดภาษีสรรพสามิตในปี 2567[77] และการลงมติของสภาผู้แทนราษฎรในปี 2568 เพื่อยกเลิกข้อจำกัดการโฆษณาและการขาย[78]

E5 ความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (CSR) ถูกใช้เพื่อจัดการภาพลักษณ์และเข้าถึงนโยบาย

CSR ถูกใช้เป็นกลยุทธ์หลักในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดี สร้างความสัมพันธ์กับผู้กำหนดนโยบายและชุมชน เช่น การสนับสนุนโครงการสุขภาพ การศึกษา และช่วยเหลือภัยพิบัติ ทำให้อุตสาหกรรมถูกมองว่าเป็น “พลเมืองดี” และเบี่ยงเบนการอภิปรายไปสู่แนวทาง “ดื่มอย่างรับผิดชอบ” ซึ่งลดแรงผลักดันให้เกิดกฎระเบียบเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยได้ใช้กลยุทธ์ CSR เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีและเข้าถึงนโยบายสาธารณะ

E6 การจับมือกับอุตสาหกรรมท่องเที่ยว บันเทิง และกีฬาเพิ่มพลังล็อบบี้ในการแทรกแซง

อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์สร้างพันธมิตรกับสมาคมธุรกิจท่องเที่ยว โรงแรมอีเวนต์ กีฬา และสื่อ เพื่อเพิ่มอิทธิพลในการต่อต้านมาตรการควบคุม เช่น สมาคมกีฬาไม่สนับสนุนการห้ามโฆษณาเนื่องจากรายได้จากผู้สนับสนุน ขณะที่ภาคการท่องเที่ยวเรียกร้องให้ผ่อนคลายข้อจำกัดในการขายแอลกอฮอล์[79,80,81]

E7 การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ทั่วถึงเปิดช่องให้อุตสาหกรรมแทรกแซง

การบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ที่อ่อนแอ รวมถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงานรัฐที่ล้มเหลว เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมที่ขัดกับสุขภาพสาธารณะ เช่น การไม่ตรวจสอบอายุผู้ซื้อ ช่วงเวลาการจำหน่าย ความหนาแน่นของจุดจำหน่าย และการตลาดออนไลน์ อุตสาหกรรมจึงยังสามารถเข้าถึงตลาดได้ง่ายและส่งเสริมพฤติกรรมเสี่ยงได้ต่อเนื่อง[82,83]

E8 มาตรการตามหลักฐานเชิงวิชาการมักถูกต่อต้านหรือถูกลดทอนความสำคัญ

อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์มักต่อต้านนโยบายที่อิงหลักฐานทางวิชาการ โดยการตั้งคำถามต่อข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์[84] สนับสนุนงานวิจัยที่เอื้อประโยชน์ต่อธุรกิจของตน หรือคัดค้านมาตรการเชิงนโยบายเฉพาะ เช่น การติดฉลากคำเตือนทางสุขภาพหรือการจัดเก็บภาษี โดยอ้างสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา หรือใช้ข้อตกลงทางการค้าเป็นเครื่องมือในการขัดขวางการบังคับใช้กฎหมาย[85]

E9 การเปิดเสรีในปัจจุบันเพื่อลดทอนความสำคัญของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แรงกดดันในช่วงปี 2567-2568 ในการเปิดเสรี เช่น zการยกเลิกข้อจำกัดเวลาจำหน่าย 14.00-17.00 น. ผ่อนคลายวันหยุดทางศาสนา และการอนุญาตโฆษณา ล้วนเป็นผลจากการแทรกแซงอย่างต่อเนื่องของอุตสาหกรรม ซึ่งหากปล่อยไว้อาจทำลายความก้าวหน้าด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่กฎหมาย พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา

At-a-glance take-aways

ปัจจัยทางการค้าจากภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์มีกลยุทธ์ที่หลากหลาย
  - ใช้การล็อบบี้โดยตรง ข้ออ้างทางเศรษฐกิจ และการสร้างพันธมิตรกับภาคการท่องเที่ยว กีฬา และบันเทิง เพื่อต่อต้านมาตรการควบคุมและผลักดันการเปิดเสรี
  - การตลาดผ่านตราสัญลักษณ์แบรนด์และกิจกรรมต่าง ๆ
  - ใช้สื่อออนไลน์ อินฟลูเอนเซอร์ และ การทำคอนเทนต์ไวรัล เข้าถึงเยาวชน
  - ใช้ CSR เบี่ยงเบนไปสู่แนวทาง “ดื่มอย่างรับผิดชอบ”
- แรงกดดันในปี 2567-2568 เพื่อยกเลิกข้อจำกัดเวลาขาย ผ่อนคลายวันหยุดทางศาสนา และอนุญาตโฆษณา เป็นผลจากการแทรกแซงอย่างต่อเนื่องที่อาจทำลายความก้าวหน้าด้านสุขภาพตั้งแต่ปี 2551

F นโยบายทางการค้าระหว่างประเทศ

F1 ข้อตกลงทางการค้าและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

F1-1 ข้อตกลงการค้าเสรีมีความไม่สอดคล้องกันระหว่างเป้าหมายสาธารณสุขและพันธสัญญาระหว่างประเทศ

ประเทศไทยเผชิญความท้าทายสำคัญในการดำเนินมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากข้อตกลงทางการค้าหลายฉบับ ในฐานะสมาชิกองค์การกลไกระงับข้อพิพาทระหว่างรัฐกับนักลงทุนการค้าโลก (WTO) และอาเซียน (ASEAN) รวมถึงข้อตกลงการค้าเสรีแบบทวิภาคี (FTAs) และสนธิสัญญาทวิภาคีด้านการลงทุน (BITs) หลายฉบับ การพัฒนานโยบายปกป้องสุขภาพของประเทศไทยต้องอยู่ในเงื่อนไขที่ไม่ขัดต่อหลักการและข้อตกลงทางการค้า แรงกดดันนี้ปรากฏชัดเจนในปี 2552-2553 เมื่อประเทศไทยต้องการผลักดันให้มีภาพคำเตือนทางด้านสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ถูกคัดค้านทันทีจากประเทศคู่ค้าหลังจากทำได้เพียงแจ้งเวียนประกาศให้กับประเทศสมาชิก WTO และถูกตีตกไปเนื่องจากสมาชิกหลายประเทศแสดงความกังวลว่าจะขัดต่อข้อตกลง TBT จนต้องชะลอนโยบายออกไปและเหลือเพียงข้อความคำเตือน แม้ว่าจะมีความพยายามการผลักดันภาพคำเตือนมาใช้อีกเมื่อปี 2557 แต่ก็ยังไม่เป็นผล[86,87,88,89,90] บทเรียนดังกล่าวทำให้ประเทศไทยระมัดระวังมากขึ้นและหลีกเลี่ยงข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นต่อข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ

F1-2 ระเบียบองค์การการค้าโลกห้ามมิให้มี “อุปสรรคทางการค้าที่ไม่จำเป็น” แม้แต่มาตรการด้านสุขภาพ

ภายใต้ข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ ประเทศไทยเผชิญกับการตรวจสอบว่านโยบายเป็นไปตามระเบียบข้อตกลงทางการค้า ไม่เว้นแม้แต่นโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ WTO ได้วางข้อห้ามเพื่อลด “อุปสรรคที่ไม่จำเป็นต่อการค้าระหว่างประเทศ” แม้จะยอมรับว่า หากเป็นวัตถุประสงค์ทางสาธารณสุขหรือสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ[91] แต่ในทางปฏิบัตินโยบายด้านสุขภาพมักถูกยกขึ้นมาว่าอาจเป็นอุปสรรคต่อการค้า เมื่อประเทศไทยผลักดันให้มีภาพคำเตือนบนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลายประเทศรวมถึงออสเตรเลียได้แสดงความกังวลโดยยกประเด็นต่อคณะกรรมการว่าด้วยการกีดกันทางเทคนิคต่อการค้าของ WTO โดยแย้งว่านโยบายดังกล่าวแม้จะชอบธรรมในการเตือนผู้บริโภคถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ได้สร้างอุปสรรคทางการค้ามากเกินความจำเป็นและยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของนโยบายการแสดงความกังวลเช่นนี้[86] ส่งผลให้การดำเนินนโยบายเกิดความล่าช้า ถูกตีความ ต้องกลับปรับเปลี่ยน หรือถูกยกเลิกเนื่องจากข้อกังวลทางกฎหมาย ดังที่ประเทศไทยต้องเผชิญหลังจากได้รับแรงกดดันอย่างมาก

F1-3 สนธิสัญญาการลงทุนก่อให้เกิดความเสี่ยงทางข้อกฎหมายผ่านการปกป้องนักลงทุน

นอกจากข้อพิพาทจากกรณีการค้าระหว่างรัฐต่อรัฐแล้ว ประเทศไทยยังต้องเผชิญความท้าทายจากสนธิสัญญาทวิภาคีด้านการลงทุน (BITs) ที่คุ้มครองนักลงทุนต่างชาติ โดยไทยมีสนธิสัญญาทวิภาคีด้านการลงทุนหลายสิบฉบับกับประเทศต่าง ๆ เช่น เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร สิงคโปร์ เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไปให้การคุ้มครองแก่นักลงทุนของประเทศคู่ตกลงโดยกว้างที่ครอบคลุมการประกันในการปฏิบัติที่เป็นธรรมและเท่าเทียม92 และคุ้มครองหากเกิดทรัพย์สินหรือผลประโยชน์ของบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชาติคู่ค้าที่เกิดผลกระทบจากมาตรการหรือนโยบายที่ประเทศไทยดำเนินการ ทำให้บริษัทดังกล่าวมีสิทธิฟ้องรัฐบาลไทยเพื่อเรียกค่าเสียหายในการอนุญาโตตุลาการระหว่างประเทศได้ นอกจากนี้ ยังเป็นอุปสรรคยิ่งกว่าข้อตกลงทางการค้าเนื่องจากสนธิสัญญาด้านการลงทุนทวิภาคีส่วนใหญ่ของไทยลงนามในช่วงทศวรรษ 1990-2000 ซึ่งเป็นช่วงที่ยังไม่ได้กำหนดยกเว้นสำหรับหลักเกณฑ์ด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยอย่างชัดเจน[93] ทำให้เป็นอุปสรรคต่อนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

F1-4 ข้อยกเว้นด้านสาธารณสุขป้องกันนโยบายด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

ข้อตกลงทางการค้าของไทยมีการคุ้มครองในด้านสาธารณสุข แต่ยังเกิดข้อจำกัดอันเกิดจากระเบียบของ WTO โดย WTO มีบทบัญญัติข้อยกเว้นทั่วไปที่อนุญาตให้ประเทศต่าง ๆ ออกกฎหมายที่จำเป็นเพื่อปกป้องชีวิตหรือสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ หรือพืชที่เกิดขึ้นจากค้า[94] ซึ่งประเทศไทยแม้จะอ้างบทบัญญัตินี้เพื่อออกนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และได้พิสูจน์ว่าเป็นการมุ่งเน้นในด้านสาธารณสุขอย่างแท้จริง โดยไม่เลือกปฏิบัติและไม่ใช่เพื่อแอบแฝงข้อจำกัดทางการค้า[95] อย่างไรก็ตาม การใช้ข้อยกเว้นนั้นจำเป็นต้องแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์และต้องผ่านการโต้แย้งทางกฎหมาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่แน่นอนและมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูง นอกจากนี้ และสนธิสัญญาทวิภาคีด้านการลงทุนหลายฉบับในอดีตก็ไม่ได้เปิดช่องแก่ข้อยกเว้นทั่วไป มีเพียง FTAs ไม่กี่ฉบับในช่วงไม่นานมานี้ที่ยกเว้นแก่มาตรการด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ช่องว่างที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดนี้ทำให้อำนาจในการออกนโยบายของไทยถูกจำกัด

F1-5 ผลกระทบ “ปรากฏการณ์การลังเลออกกฎเกณฑ์ (Regulatory chill)” ชะลอนโยบายด้านสาธารณสุข

ผลของข้อตกลงทางการค้ากับประเด็นสาธารณสุข จนการชะลอการออกกฎหมายต่อการพัฒนานโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ผู้กำหนดนโยบายที่กังวลถึงกระบวนการทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นก็จะเลือกมาตรการที่ค่อยเป็นค่อยไปหรือมีความก้าวร้าวน้อยกว่าเพื่อลดการเผชิญหน้าภายใต้ข้อตกลงการค้า เห็นได้ชัดจากการถอนตัวของไทยกรณีภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังจากประเทศสมาชิก WTO ยกประเด็นข้อกังวลทางกฎหมาย[88] หลังจากนั้นก็ไม่เกิดกรณีข้อพิพาทระหว่างนักลงทุนต่อรัฐไทยในเรื่องมาตรการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สะท้อนถึงแนวทางระมัดระวังไม่ให้เกิดข้อพิพาทใหม่ ซึ่งจะทำให้ประเทศไม่มีนโยบายสำคัญ ๆ เกิดขึ้นหรือเป็นไปอย่างเชื่องช้าเนื่องจากการคุกคามของการค้าและการลงทุน

F1-6 ภาพคำเตือนถือเป็นอุปสรรคทางการค้า

ประสบการณ์ของไทยกับฉลากคำเตือนด้านสุขภาพบนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แสดงให้เห็นว่าข้อกังวลทางการค้าสามารถบั่นทอนนวัตกรรมด้านสาธารณสุขได้อย่างไร ประเทศไทยได้นำคำเตือนที่เป็นข้อความบนภาชนะบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้ แต่หยุดที่จะใช้คำเตือนแบบกราฟิกขนาดใหญ่ตามที่วางแผนไว้ในตอนแรกหลังจากสมาชิก WTO อื่น ๆ ยกประเด็นข้อกังวลทางกฎหมาย มาตรการที่อ่อนลงยังคงส่งเสริมข้อมูลด้านสาธารณสุข แต่หลีกเลี่ยงการสร้างบรรทัดฐานระดับโลกที่อาจก่อให้เกิดข้อพิพาทอย่างเป็นทางการ ประเทศต่าง ๆ เช่น ออสเตรเลีย ตั้งคำถามเกี่ยวกับหลักฐานของไทยและโต้แย้งว่าฉลากจะ “จำกัดการค้าระหว่างประเทศโดยไม่จำเป็น” ส่งผลให้ไทยถอยจากแง่มุมที่เข้มงวดที่สุด กรณีที่ชัดเจนของการเซ็นเซอร์ล่วงหน้าเนื่องจากแรงกดดันทางการค้า

F1-7 การจำกัดโฆษณาและการตลาดต้องผ่านการปกป้องการลงทุน

ประเทศไทยได้นำการจำกัดโฆษณากับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยดำเนินมาตรการอย่างระมัดระวังเพื่อหลีกเลี่ยงการขัดสนธิสัญญาด้านการลงทุน พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 กำหนดข้อจำกัดในการโฆษณา ห้ามชักจูงให้ดื่มหรืออวดอ้างประโยชน์[70] ข้อห้ามเหล่านี้ยังไม่เป็นข้อโต้แย้งทางกฎหมายหรือข้อพิพาท อาจเพราะเป็นการบังคับใช้กับยี่ห้อในประเทศและต่างประเทศอย่างเท่าเทียม และอธิบายได้ว่าเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยไม่ได้ขยายการห้ามโฆษณาทั้งหมด นโยบายของไทยยังไม่มีการห้ามแสดงยี่ห้อสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสมบูรณ์หรือใช้บรรจุภัณฑ์ที่ปราศจากตราสินค้า (Plain packaging) เนื่องจากเครื่องหมายการค้าได้รับการคุ้มครอง โดยอาจมีความเสี่ยงในการฟ้องร้องหากมูลค่าแบรนด์หายไปโดยไม่ได้รับการชดเชย[96]

F1-8 นโยบายราคาสะท้อนการปฏิบัติตามกฎการค้าอย่างมีกลยุทธ์

ประเทศไทยได้ใช้นโยบายภาษีแทนการควบคุมราคาโดยตรงเพื่อลดการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นับเป็นกลยุทธ์ที่หลีกเลี่ยงข้อพิพาททางการค้า โดยเป็นไปตามข้อตกลง WTO เนื่องจากใช้กับผลิตภัณฑ์ในประเทศและการนำเข้าอย่างเท่าเทียมกัน ประเทศไทยไม่ได้นำนโยบายการกำหนดราคาขั้นต่ำมาใช้แม้ว่าจะมีผู้สนับสนุนด้านสุขภาพบางส่วนเรียกร้อง อาจเนื่องมาจากประเด็นข้อพิพาทที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ ภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรี ประเทศไทยต้องทยอยลดภาษีศุลกากรสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำเข้าลงเหลือร้อยละ 0[97] ทำให้ตลาดเต็มไปด้วยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างประเทศที่มีราคาถูกลง การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตจึงกลายเป็นเครื่องมือหลักในกลยุทธ์การควบคุมการบริโภค

F1-9 นโยบายแอลกอฮอล์ในอนาคตของไทยขึ้นอยู่กับการพัฒนาทางกฎหมายและการเมือง

ทิศทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยขึ้นอยู่กับปัจจัยทางกฎหมายและการเมืองซึ่งรอการขับเคลื่อน การพัฒนาข้อตกลงทางการค้าในฐานของการคุ้มครองสุขภาพ ภาคสาธารณสุขต้องพิจารณาความสำคัญของเศรษฐกิจระหว่างประเทศควบคู่ไปกับการผลกระทบที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จุดยืนของประเทศไทยจึงเป็นการยืนยันสิทธิทางด้านสุขภาพ โดยใช้ข้อยกเว้นของข้อตกลงทางการค้าและรวบรวมการสนับสนุนระหว่างประเทศ เพื่อขับเคลื่อนให้นโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องของความชอบธรรมมากกว่าเป็นการละเมิดทางการค้า[98]

At-a-glance take-aways
นโยบายทางการค้าและแนวโน้มสุขภาพโลก

- ประเทศไทยเผชิญความท้าทายจากข้อตกลงทางการค้า ห้าม “อุปสรรคทางการค้าที่ไม่จำเป็น”
- ประสบการณ์การถอนตัวจากนโยบายภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์แอลกอฮอล์หลังถูกประเทศสมาชิก WTO คัดค้าน ทำให้ผู้กำหนดนโยบายระมัดระวังและเลือกมาตรการที่อ่อนลงเพื่อหลีกเลี่ยงข้อพิพาท
- จะมีข้อยกเว้นด้านสาธารณสุขแต่ต้องแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์และผ่านการโต้แย้งทางกฎหมาย ทำให้ไทยเลือกใช้นโยบายภาษีแทนการควบคุมราคาโดยตรง และระมัดระวังในการจำกัดโฆษณา
- ส่วนหนึ่งของทิศทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยต้องพิจารณาข้อตกลงทางการค้า

G สถานการณ์การควบคุมสิ่งเสพติดในประเทศไทย

ประเทศไทยต่อสู้กับปัญหาสิ่งเสพติดผิดกฎหมายมายาวนาน การใช้สารเสพติดสังเคราะห์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาบ้า นโยบายระดับประเทศก็มีความเคลื่อนไหวปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้เข้มข้นขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายครั้งล่าสุดมุ่งในแนวทางสาธารณสุขด้านการบำบัดรักษามากกว่าการกำหนดบทลงโทษในอดีต อย่างไรก็ดี ความรุนแรงของปัญหายาเสพติด ความท้าทายเชิงระบบที่หยั่งรากลึก และช่องว่างสำคัญในการดำเนินนโยบายยังเป็นปัจจัยเร่งให้ต้องหาแนวทางจัดการที่ยืดหยุ่นมากขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและขับเคลื่อนโดยชุมชนเป็นฐานสำคัญต่อการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

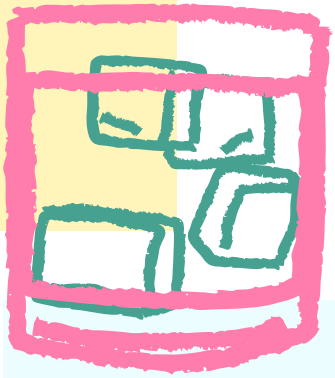
G1 วิกฤตรุนแรงจากยาบ้า

สถานการณ์สิ่งเสพติดในปัจจุบันเรียกได้ว่าเป็นวิกฤตยาบ้าที่รุนแรงมากที่สุดอย่างไม่เคยมีมาก่อน ในปี 2567 ประชากรกลุ่มอายุ 12-65 ปี ประมาณ 1.5 ล้านคนใช้ยาบ้า ในจำนวนนี้ 330,000 คนต้องการเข้ารับการรักษา และ 220,000 คนประสบปัญหาสุขภาพจิต[99] วิกฤตนี้มีแรงหนุนจากอุปทานล้นตลาด เกิดปริมาณมหาศาลจากการขยายการผลิตในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ เป็นภัยความมั่นคงของภูมิภาค โดยเฉพาะพื้นที่รัฐฉานของประเทศเมียนมาร์[100] ในปี 2567 สถิติการจับกุมปรากฏชัดเจนว่าเจ้าหน้าที่ไทยจับกุมยาเสพติดเป็นประวัติการณ์ ยึดยาบ้าได้กว่า 130 ตัน[101] อย่างไรก็ตาม ถือเป็นเพียงเศษเสี้ยวจากปริมาณทั้งหมด เนื่องจากปี 2567 มีการยึดยาเสพติดทั่วเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ถึง 236 ตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 24 จากปี 2566[102] การบังคับใช้กฎหมายจับกุมไม่สามารถส่งผลรุนแรงพอแก่การปราบปรามการขาย การล้นทะลักของยาบ้าในตลาดยังสังเกตได้จากราคาขายที่ดิ่งลง ราคายาบ้าเม็ดลดลงจาก 200 บาท ในปี 2556 เหลือเพียง 80 บาท ในปี 2560[103]

G2 ความท้าทายด้านกฎหมายกัญชาและกระท่อม และสิ่งเสพติด

ความซับซ้อนที่เกิดจากการปลดล็อกกัญชาในปี 2565 และกระท่อมในปี 2564[104] แม้จะมีความตั้งใจให้เกิดการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ แต่ผลกระทบสำคัญเกิดจากช่องว่างทางกฎหมาย นำมาซึ่งสถานการณ์การใช้กัญชาและกระท่อมในกลุ่มเยาวชนที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังการเพิ่มขึ้นของสารออกฤทธิ์ทางจิตใหม่ (New Psychoactive Substances: NPS) และการจำหน่ายยาเสพติดช่องทางออนไลน์ ทำให้การบังคับใช้กฎหมายและการจัดการทางสาธารณสุขซับซ้อนยิ่งขึ้น

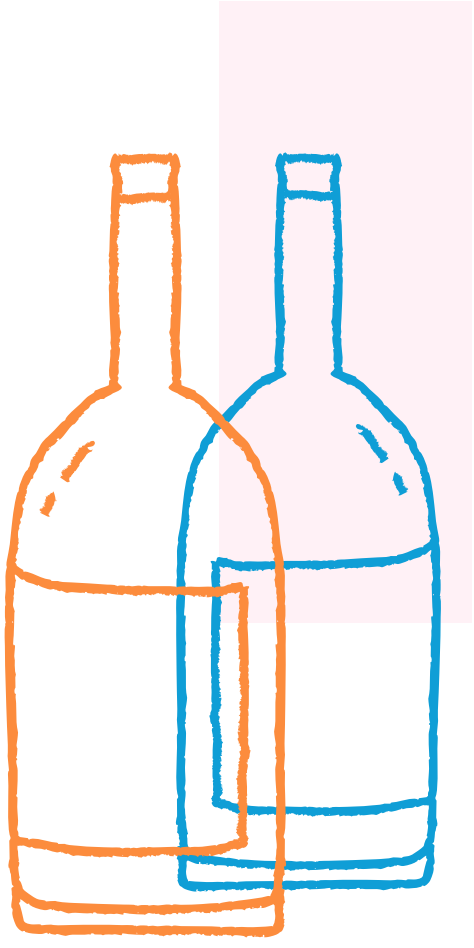
ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงกรอบกฎหมายครั้งสำคัญ ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564[105] เป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการต่อสู้ “สงครามยาเสพติด” ที่เน้นการลงโทษ เป็นให้ความสำคัญกับการบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าการจำคุก ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศแกนนำที่แสดงความก้าวหน้าในภูมิภาคด้านนโยบายยาเสพติด กฎหมายย้ำการลดอันตรายเป็นวัตถุประสงค์หลักและสนับสนุนให้เข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูโดยสมัครใจมากกว่าการบังคับ[106]



อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางนโยบายกับการนำไปปฏิบัติจริงยังมีความไม่สอดคล้องกัน จากข้อมูลเฉพาะต้นปี 2568 เรือนจำมีความแออัดยัดเยียดสูงมากโดยประมาณร้อยละ 72-74 จากผู้ถูกคุมขังเป็นความผิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด[107] ข้อมูลในปี 2560 พบอัตราการกลับไปกระทำความผิดซ้ำสูงถึงร้อยละ 44 ดังนั้นจึงยังจำเป็นต้องเน้นปรับแนวทางการฟื้นฟูและบูรณาการทางสังคมให้มากขึ้น เนื่องจากยืนยันแล้วว่าการจำคุกไม่ใช่แนวทางที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาสิ่งเสพติด[108]

G3 ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพในระบบการรักษา

การเปลี่ยนแปลงไปสู่แนวทางด้านสาธารณสุขยังไม่เกิดความสำเร็จเชิงรูปธรรมอย่างเต็มที่ บุคคลจำนวนมากเข้าสู่ระบบการบำบัดฟื้นฟูโดยไม่สมัครใจ แต่ถูกบังคับเพื่อให้พ้นการถูกดำเนินคดี[109] กอปรกับยังมีความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพที่ในระบบการรักษาด้วย แม้สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะแสดงอัตราความสำเร็จสูง แต่ศูนย์บำบัดฟื้นฟูหลายแห่งกำกับดูแลโดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้ดูแลด้านสุขภาพ เน้นแนวทางการควบคุมวินัยมากกว่าการบำบัดตามแนวทางการแพทย์[110] ความไม่สอดคล้องเชิงระบบทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการบำบัดตามประมวลกฎหมายฉบับใหม่



สถานการณ์ดังกล่าวชี้ความจำเป็นของการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ไปสู่รูปแบบการกระจายอำนาจ แนวทางการดูแลโดยชุมชน หรือ Community Base Treatment and Rehabilitation: CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” เป็นต้นแบบการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีอยู่เป็นแกนสำคัญ สามารถเชื่อมช่องว่างการปฏิบัติผ่านการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นให้เข้ามาร่วมเป็นเจ้าของปัญหา ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่น หน่วยงานบริหาร และสมาชิกชุมชน สร้างระบบนิเวศที่สนับสนุนการป้องกัน การดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและต่อเนื่องที่เข้าถึงได้ง่ายขึ้น ลดการตีตรา และสอดคล้องกับจิตวิญญาณทางสาธารณสุขตามกรอบกฎหมายใหม่[106]

ส่วนที่ 4

สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดขึ้นเพื่อระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดในประเทศไทย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการจัดลำดับความสำคัญเชิงนโยบาย เพื่อเป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับการดำเนินงานช่วงปี 2569–2571

4.1 เกี่ยวกับการประชุม

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้จัดขึ้นภายใต้กรอบของโครงการวิจัยเรื่อง **“โครงการพัฒนาบทวิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติดในประเทศไทย”** เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 29 พฤษภาคม 2568 เวลา 08.30-15.00 น. ณ ห้องประชุม แกรนด์บอลรูม เอ ชั้น 4 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร ผู้เข้าร่วมรวมจากภาคีเครือข่ายของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และผู้แทนองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องจำนวนรวม 65 ท่าน มีความครอบคลุมตามภาคส่วนการขับเคลื่อนงาน ทั้งภาคนโยบาย ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ดังตารางที่ 4.1

องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมประชุมเป็น**ภาคี สสส.** 48 ท่าน (ร้อยละ 74) ที่มีประสบการณ์ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด หากแบ่งตามประเภทองค์กร พบว่าครึ่งหนึ่งเป็นภาคประชาสังคม (ร้อยละ 51) รองลงมาคือภาครัฐและภาควิชาการ (ร้อยละ 29 และ ร้อยละ 20 ตามลำดับ) ผู้เข้าร่วมมีความสมดุลด้านเพศมีจำนวนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน ภาพที่ 4.1 นำเสนอองค์ประกอบผู้เข้าร่วมประชุม

แผนภาพที่ 4.1 องค์ประกอบผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

ตารางที่ 4.1 หน่วยงานที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญของแผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

ลำดับ	รายชื่อหน่วยงาน
1	กรมประชาสัมพันธ์ สำนักนายกรัฐมนตรี
2	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์
3	กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์
4	กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
5	กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

ลำดับ	รายชื่อหน่วยงาน
6	กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
7	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
8	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
9	องค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข
10	สำนักการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
11	สำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
12	กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม
13	สำนักการลูกเสือ กระทรวงศึกษาธิการ
14	สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง
15	สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า
16	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
17	ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
18	ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและสารเสพติด
19	ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด
20	เครือข่ายรณรงค์ป้องกันภัยแอลกอฮอล์
21	เครือข่ายองค์กรงดเหล้าภาคตะวันออก
22	เครือข่ายองค์กรงดเหล้าภาคเหนือตอนบน
23	เครือข่ายองค์กรงดเหล้าภาคตะวันตก
24	เครือข่ายองค์กรงดเหล้าภาคกลาง
25	เครือข่ายองค์กรงดเหล้าภาคใต้ตอนบน
26	เครือข่ายองค์กรงดเหล้าภาคอีสานตอนล่าง
27	สมาคมเครือข่ายหมอวิชาการ
28	สมาคมฮักชุมชน

ลำดับ	รายชื่อหน่วยงาน
29	มูลนิธิชีววิถี
30	มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม
31	มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล
32	มูลนิธิขวัญชุมชน
33	มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตดี
34	มูลนิธิรณรงค์หยุดพนัน
35	มูลนิธิสุขภาพไทย
36	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้
37	มูลนิธิสงฆ์เพื่อสังคม
38	มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
39	โครงการ Young สุข Young ไม่เสี่ยง
40	สายด่วนเลิกเหล้า 1413
41	นักวิชาการอิสระ

4.2 วัตถุประสงค์การประชุมฯ

การจัดประชุมครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก (สำนัก 1) สสส. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม รับฟังความคิดเห็น และร่วมกันลำดับความสำคัญในการสนับสนุนการจัดทำสถานการณ์ ประกอบการจัดทำแผนดำเนินการประจำปี 2569

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีบทบาทสำคัญในฐานะกลไกการจัดเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้มีประสบการณ์โดยตรง เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้จากเอกสารทบทวน และตรวจสอบความถูกต้องและความทันสมัยของข้อมูลที่มีอยู่ การประชุมมีวัตถุประสงค์ย่อยดังต่อไปนี้

1. **ระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่าย** ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ในเชิงลึก ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
2. **แลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และข้อเสนอเชิงนโยบาย** เกี่ยวกับความท้าทาย โอกาส และความเร่งด่วนของการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะ 1–3 ปีข้างหน้า
3. **จัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ควรบรรจุในแผนควบคุมฯ ปี 2569** เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับการจัดทำบทวิเคราะห์สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ
4. **สะท้อนบทบาทของ สสส.** ในการสนับสนุนกลไกการดำเนินงานและการกำกับทิศทางของแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคตให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

4.3 ข้อคิดเห็นจากการประชุม

คณะผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจาก (ร่าง) รายงานสถานการณ์การควบคุมควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดในประเทศไทย โดยคณะผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์จากหลายมุมมองโดยใช้วิธีการวิเคราะห์สถานการณ์หลายมิติ (Multiple-lens situational-analysis) และสอดคล้องกับหลักการ WHO-SAFER, การพิจารณาปัจจัยกำหนดเชิงการค้ากำหนดสุขภาพ (CDH), Kingdon's Multiple Streams Framework ในเวทีมีการแสดงความเห็นเพื่อเพิ่มเติมประเด็นช่องว่างของการดำเนินงานและข้อเสนอแนะหลายประการ ดังนี้

4.3.1 ช่องว่างของการดำเนินงาน

เมื่อพิจารณาจากหลายมิติดังกล่าว พบว่าปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมิใช่เป็นเพียงเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นความท้าทายเชิงโครงสร้างที่มีรากลึกทั้งในระดับระบบนโยบาย เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และบริบทสากล ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการของทุกภาคส่วน และการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของหน่วยงานกลางอย่าง สสส. ในการขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ ที่ประชุมร่วมกันอภิปรายช่องว่างของการดำเนินงานเพื่อตอบสนองความจำเป็นเร่งดำเนินการใน 1-3 ปีข้างหน้า ดังนี้

Gap 1 กฎหมายใหม่มีช่องโหว่ทำให้แนวโน้มในการบังคับใช้ไม่เข้มงวด อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ใช้ประโยชน์ได้

Gap 2 ภูมิภาคที่สถานการณ์การดื่มสูงกับความเข้มข้นในการบังคับใช้กฎหมายไม่สัมพันธ์กัน

Gap 3 หลายหน่วยงานทำงานแยกกัน ไม่สามารถจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมจากแอลกอฮอล์ได้รอบด้าน

Gap 4 อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อกลไกนโยบายผ่านการล็อบบี้ การสร้างพันธมิตร และการใช้เหตุผลทางเศรษฐกิจ

Gap 5 กฎหมายปัจจุบันควบคุมการโฆษณาออนไลน์และการที่เยาวชนเห็นเนื้อหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ไม่ได้

Gap 6 ช่วงเทศกาลและในแหล่งท่องเที่ยวมีการบังคับใช้กฎหมายน้อย ทำให้ยังมีคนเสียชีวิตจากการเมาแล้วขับต่อเนื่อง

Gap 7 มีการขายแอลกอฮอล์ผ่านช่องทางออนไลน์และนำเข้าผิดกฎหมายที่รัฐควบคุมไม่ได้

Gap 8 ข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศขัดขวางการออกกฎหมายแอลกอฮอล์ที่เข้มงวดขึ้น

Gap 9 ยังพบการขายแอลกอฮอล์ให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่าเกณฑ์ แม้จะผิดกฎหมาย

Gap 10 ผู้หญิงเริ่มดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น แต่ยังไม่มีมาตรการเฉพาะในการแก้ปัญหา

Gap 11 ผู้มีรายได้น้อย คนในชนบท แต่ละภูมิภาคมีปัญหาแอลกอฮอล์แตกต่างกัน แต่ขาดข้อมูลและการจัดการที่เหมาะสม

Gap 12 ประชาชนไทยมองว่าแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม อาจไม่ใช่ปัญหาหลักที่ต้องแก้

Gap 13 การควบคุมแอลกอฮอล์ ยาสูบ และสิ่งเสพติดแยกส่วนกันไม่ได้บูรณาการจัดการกับผู้ที่เสพร่วมกัน (co-use)

Gap 14 ผู้ที่มีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ไม่ค่อยขอรับความช่วยเหลือ เพราะยังไม่ตระหนัก ไม่ทราบแนวทางหรือจากอคติทางสังคม

Gap 15 การบำบัดรักษาปัญหาแอลกอฮอล์กับสุขภาพจิตแยกส่วนกัน ไม่ได้ดูแลรวม

Gap 16 ข้อมูลที่เกี่ยวกับการทำงานแอลกอฮอล์ของแต่ละหน่วยงานไม่ได้นำมาใช้ร่วมกัน ทำให้ขาดข้อมูลที่รอบด้าน

Gap 17 Platform ในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย

Gap 18 ความรอบรู้และความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงของการดื่มเรื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน

Gap 19 การพัฒนา Key actors และกลไกชุมชน ในการจัดการปัญหาระดับชุมชน

Gap 20 กลไกการจัดการการตลาดในประเทศ เพื่อวิเคราะห์การตลาดในระดับชุมชนและเสริมการทำงานในระดับชุมชน

Gap 21 การทำงานระหว่างฝ่ายนโยบายและฝ่ายการเมืองและทัศนคติของฝ่ายการเมือง

Gap 22 ควรมีการวางกลยุทธ์นอกเหนือจากกลไกปกติ สำหรับนโยบายสุราก้าวหน้า เช่น กลยุทธ์การ lobby หรือการเจรจา

Gap 23 การพัฒนานโยบาย best buy โดยเฉพาะภาษีสรรพสามิตที่ควรปรับอัตราภาษีเพิ่มขึ้น

Gap 24 แผนยุทธศาสตร์ชาติฉบับปัจจุบันยังไม่สามารถขับเคลื่อนนโยบายไปสู่ระดับปฏิบัติได้ ควรส่งเสริมการขับเคลื่อนกลไกระดับจังหวัด

Gap 25 กลไกการควบคุมทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดต้องการการสร้างความเข้มแข็ง และควรสร้างการมีส่วนร่วมจากฝ่ายอื่น เนื่องจากปัจจุบันเน้นจากรัฐเป็นหลัก

Gap 26 การสื่อสารและทำงานกับคนรุ่นใหม่ ซึ่งมีทัศนคติและค่านิยมที่แตกต่างไป

Gap 27 การสร้างความเข้มแข็งชุมชนให้เป็นชุมชนปลอดเหล้า

Gap 28 มายาคติและความเหลื่อมล้ำ และปัญหาโครงสร้างสังคมที่เป็นต้นเหตุของการดื่มสุรา

Gap 29 การวิเคราะห์ landscape ของผู้มีส่วนได้เสียและกฎหมายระดับท้องถิ่นเพื่อทำให้การควบคุมทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Gap 30 การปลูกฝังแนวคิดสุขภาพให้อยู่ในรากฐานชีวิตเด็ก

4.3.2 การจัดลำดับความสำคัญประเด็นเร่งด่วนใน 1-3 ปีข้างหน้า

ที่ประชุมได้ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของช่องว่างในการดำเนินงานด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 61 คน ให้คะแนนแต่ละประเด็นในสองมิติ

X. ความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการใน 1-3 ปีข้างหน้า (Urgency)- พิจารณาจากความรุนแรงของปัญหา แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ดำเนินการโดยเร็ว

Y. ความเป็นไปได้หรือความพร้อมในการดำเนินการใน 1-3 ปีข้างหน้า (Feasibility) - พิจารณาจากการสนับสนุนของ สสส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความพร้อมของงบประมาณและบุคลากร ศักยภาพของภาคีเครือข่าย และบริบททางการเมืองและสังคม

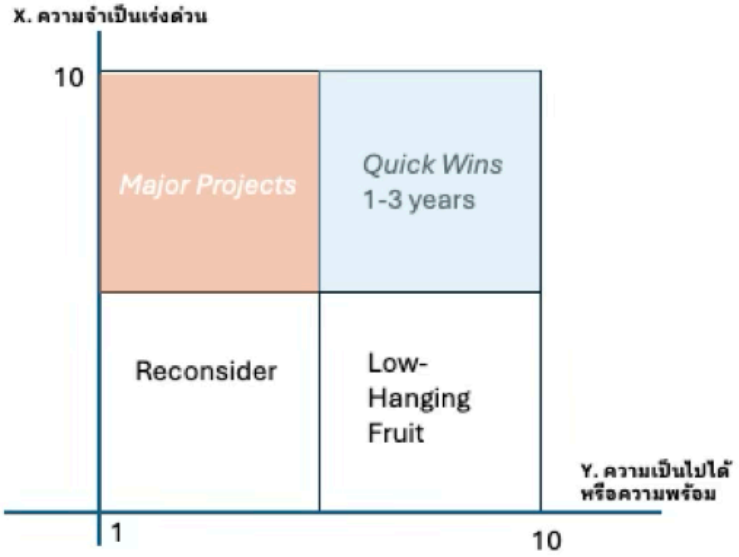
การจัดกลุ่มประเด็นแบ่งออกเป็น 4 ประเภท

- **Quick Wins:** ความเร่งด่วนสูง ความพร้อมในการดำเนินการสูง
- **Major Projects:** ความเร่งด่วนสูง ความพร้อมในการดำเนินการต่ำ
- **Low-Hanging Fruit:** ความเร่งด่วนต่ำ ความพร้อมในการดำเนินการสูง
- **Reconsider:** ความเร่งด่วนต่ำ ความพร้อมในการดำเนินการต่ำ

ผู้ตอบแบบประเมินได้สะท้อนความคิดเห็นโดยการให้คะแนนแต่ละประเด็นในระดับคะแนน 1-10 โดยคะแนนเฉลี่ยจากทั้งสองมิติถูกนำมารวมกันเป็น “คะแนนรวม (SUM score)” เพื่อใช้ประกอบการจัดลำดับความสำคัญของแต่ละประเด็นและแบ่งออกเป็นกลุ่ม ได้แก่

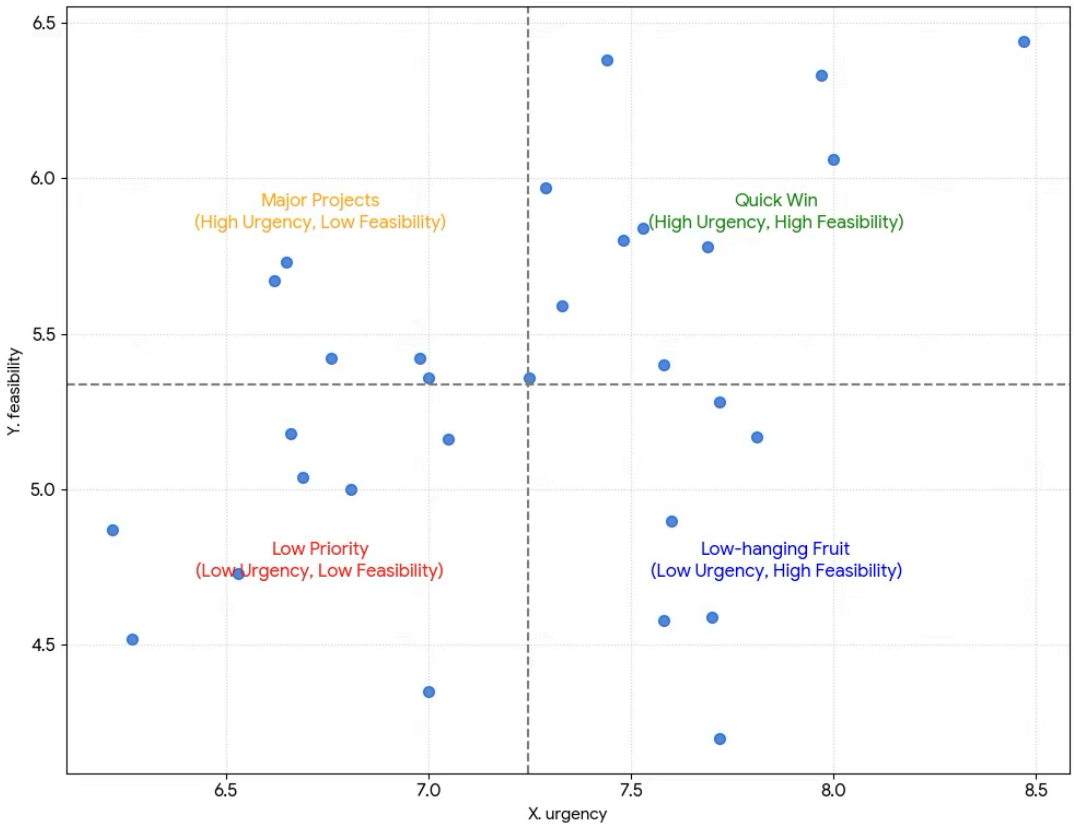
- **Quick wins:** ประเด็นที่มีคะแนนรวมสูงจากทั้งสองมิติ ซึ่งมีความจำเป็นเร่งด่วนและสามารถดำเนินการได้ในระยะสั้น
- **High Priority but Low Feasibility:** ประเด็นที่มีความเร่งด่วนสูงแต่มีข้อจำกัดด้านความพร้อม
- **Low Priority/Lower Feasibility:** ประเด็นที่อาจพิจารณาในระยะกลางหรือยาว

แผนภาพที่ 4.2 กรอบการจัดลำดับความสำคัญประเด็นเร่งด่วนด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1–3 ปี



กรอบการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้เข้าร่วมประชุม 61 คนได้ให้คะแนนแต่ละประเด็นตามสองมิติ คือ ความจำเป็นเร่งด่วน (X: Feasibility) และความเป็นไปได้หรือความพร้อมในการดำเนินการ (Y: Urgency) ในช่วงเวลา 1-3 ปีข้างหน้า ผลการประเมินถูกจัดกลุ่มออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1. Quick Wins ประเด็นที่ทั้งเร่งด่วนและมีความพร้อมสูง สามารถดำเนินการได้ในระยะสั้น (1-3 ปี) 2. Major Projects ประเด็นที่มีความเร่งด่วนสูง แต่ความพร้อมต่ำ จึงต้องการการลงทุนและการสนับสนุนเพิ่มเติม 3. Low-Hanging Fruit ประเด็นที่ความเร่งด่วนต่ำ แต่ความพร้อมสูง สามารถดำเนินการได้ง่ายแม้ไม่ใช่เรื่องเร่งด่วน และ 4. Reconsider ประเด็นที่ทั้งเร่งด่วนและความพร้อมต่ำ อาจพิจารณาในระยะยาวหรือต้องทบทวนใหม่ ซึ่งภาพนี้ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยภาคีเครือข่ายจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงาน เพื่อกำหนดแนวทางเชิงกลยุทธ์และการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนภาพที่ 4.3 ภาพรวมของการจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จาก Urgency–Feasibility Matrix



ผลการวิเคราะห์จาก Urgency–Feasibility Matrix สะท้อนให้เห็นภาพรวมของการจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สองเกณฑ์หลัก คือ ความเร่งด่วน (Urgency) และความเป็นไปได้ (Feasibility) ของการดำเนินงานประเด็นต่าง ๆ ถูกจัดกลุ่มออกเป็น 4 ส่วน คือ Quick Win, Major Projects, Low-hanging Fruit และ Low Priority ซึ่งช่วยให้สามารถมองเห็นแนวทางเชิงกลยุทธ์ที่แตกต่างกัน โดยผลการจัดลำดับเบื้องต้นในกลุ่ม Quick Wins สะท้อน 11 ประเด็น (ผ่านการเรียงลำดับจากคะแนน) ได้แก่

- Gap 9 การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่าเกณฑ์
- Gap 16 ความจำเป็นในการมีข้อมูลแอลกอฮอล์ระดับพื้นที่เพื่อการวางแผนและติดตามผล
- Gap 6 การบังคับใช้กฎหมายช่วงเทศกาลและแหล่งท่องเที่ยว
- Gap 19 การพัฒนา key actors และกลไกชุมชนในพื้นที่

- Gap 30 การปลูกฝังแนวคิดสุขภาพให้อยู่ในรากฐานชีวิตเด็ก
- Gap 18 ความรอบรู้และความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงของการดื่มเรื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน
- Gap 27 การสร้างความเข้มแข็งชุมชนให้เป็นชุมชนปลอดเหล้า
- Gap 3 หลายหน่วยงานทำงานแยกกัน ไม่สามารถจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมจากแอลกอฮอล์ได้รอบด้าน
- Gap 26 การสื่อสารและทำงานกับคนรุ่นใหม่ ซึ่งมีทัศนคติและค่านิยมที่แตกต่างไป
- Gap 25 กลไกการควบคุมทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดต้องการการสร้างความเข้มแข็ง และควรสร้างการมีส่วนร่วมจากฝ่ายอื่น เนื่องจากปัจจุบันเน้นจากรัฐเป็นหลัก
- Gap 11 ผู้มีรายได้น้อย คนในชนบท แต่ละภูมิภาคมีปัญหาแอลกอฮอล์แตกต่างกัน แต่ขาดข้อมูลและการจัดการที่เหมาะสม

ในกลุ่ม **Quick Win** เป็นประเด็นที่ทั้งเร่งด่วนและสามารถดำเนินการได้จริง จึงควรได้รับการผลักดันทันที เช่น การควบคุมการขายแอลกอฮอล์ให้เด็กและเยาวชน (Gap9) การพัฒนา Key actors และกลไกชุมชนเพื่อจัดการปัญหาในระดับพื้นที่ (Gap19) รวมทั้งการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในชีวิตประจำวัน (Gap30) ประเด็นเหล่านี้เน้นการป้องกันเชิงรุกและสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนในชุมชน

ขณะที่กลุ่ม **Major Projects** เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและเร่งด่วน แต่ติดขัดด้านความเป็นไปได้ เช่น การแก้ปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรมจากการดื่ม (Gap18) การจัดการความเข้มข้นของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Gap27) และการลดความซ้ำซ้อนของหน่วยงาน (Gap3) ประเด็นเหล่านี้ต้องอาศัยการบูรณาการหลายภาคส่วนและใช้ทรัพยากรจำนวนมาก จึงเป็นงานระยะยาวที่ต้องอาศัยความร่วมมือเชิงโครงสร้าง

สำหรับกลุ่ม **Low-hanging Fruit** แม้จะไม่เร่งด่วน แต่สามารถทำได้จริง เช่น การปรับปรุงระบบการเข้าถึงการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา (Gap26) และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคม รัฐ และชุมชน (Gap25) ซึ่งเป็นโครงการที่ช่วยเสริมความก้าวหน้าและสามารถสร้างผลลัพธ์เชิงบวกต่อเนื่องได้ในอนาคต

ส่วนกลุ่ม **Low Priority** เป็นเรื่องที่ทั้งไม่เร่งด่วนและทำได้ยาก เช่น การแก้ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายที่ยังมีข้อจำกัด (Gap7) หรือการควบคุมช่องทางการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางออนไลน์และร้านค้าใกล้โรงเรียน (Gap1) แม้จะมีความสำคัญ แต่ในเชิงปฏิบัติอาจต้องใช้เวลานานหรือรอให้มีปัจจัยสนับสนุนที่เหมาะสมก่อน

การจัดลำดับในแผนภาพนี้ช่วยให้เห็นชัดว่าควรเริ่มขับเคลื่อนจาก **Quick Win** เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันก็ควรเตรียมกลไกและความร่วมมือเพื่อรับมือกับ **Major Projects** ซึ่งเป็นประเด็นเชิงโครงสร้างที่ซับซ้อน การผสมผสานระหว่างการทำงานเชิงเร่งด่วนกับการวางรากฐานระยะยาวจะทำให้การแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์มีความต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น

4.3.3 ประเด็นที่เรียนรู้จากกิจกรรมการจัดทำช่องว่างและการลำดับความสำคัญในเวที

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นครั้งนี้สะท้อนให้เห็นมุมมองที่หลากหลายของภาคีเครือข่าย โดยมีการถกเถียงวิเคราะห์ และยกตัวอย่างประเด็นที่สำคัญต่อการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกิดขึ้นในสังคมไทย สิ่งที่น่าสนใจคือภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อชุมชนและประชาชนในชีวิตประจำวันมากกว่าประเด็นเชิงโครงสร้างหรือนโยบายระดับชาติ สะท้อนถึงความเป็นจริงที่ว่าภารกิจในระดับพื้นที่คือสิ่งที่เห็นผลชัดเจนและสามารถดำเนินการได้ทันที การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นยังชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการแก้ปัญหาในระดับจุลภาคและระดับมหภาค แม้ว่าประเด็นเชิงนโยบาย “ภาพใหญ่” จะถูกจัดให้อยู่ในลำดับความสำคัญที่น้อยกว่า แต่ก็ยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่อาจกำหนดทิศทางการทำงานในระยะยาว ขณะเดียวกันภาคีเครือข่ายยังเน้นบทบาทของชุมชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งการป้องกัน การสร้างความรู้ความเข้าใจ และการบังคับใช้กฎหมายเชิงพื้นที่ ซึ่งถือเป็นแนวทางการทำงานที่สะท้อนพลังของสังคมฐานราก โดยมีประเด็นจากการแลกเปลี่ยนดังนี้

1. เน้นลดผลกระทบเร่งด่วนและความปลอดภัยในชุมชน

ภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญสูงกับปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยตรงในชุมชน และต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อสถานการณ์ที่ดีขึ้น เช่น การป้องกันเด็กและเยาวชนไม่ให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Gap9) ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญต่ออนาคตของชาติ การลดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับในช่วงเทศกาล (Gap6) ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน จำเป็นต้องอาศัยการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มข้นขึ้น และการสร้างรากฐานชีวิตที่ดีให้กับเด็ก (Gap30) โดยเน้นการป้องกันเด็กจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ประเด็นเหล่านี้เป็นปัญหาที่มีผลกระทบเชิงลบชัดเจนและแนวทางการแก้ไขตรงไปตรงมา ภาคีเครือข่ายรู้สึกว่ามีความเร่งด่วนและสำคัญเป็นอันดับแรก

2. ให้ความสำคัญกับงานที่ลงมือทำได้จริงและเห็นผลเป็นรูปธรรม

ภาคีเครือข่ายมองว่าประเด็นที่สามารถดำเนินกิจกรรมหรือมาตรการได้จริงและติดตามผลลัพธ์ได้ภายใน 1-3 ปี มีความสำคัญ เช่น การแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (Gap16) ซึ่งเป็นขั้นตอนเชิงปฏิบัติที่สามารถสร้างประโยชน์ร่วมกันได้ การพัฒนาโลโก้ในชุมชน (Gap19) ที่เป็นการลงทุนซึ่งสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงและติดตามผลลัพธ์ได้จริง

3. ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหา

ลำดับความสำคัญของประเด็นต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายมี แนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Centric Approach) และ การแก้ไขปัญหาในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะประเด็น “การพัฒนาบทบาทสำคัญและกลไกในชุมชนเพื่อจัดการปัญหาในระดับท้องถิ่น” (Gap19) สอดคล้องโดยตรงกับการเสริมพลังให้คนในพื้นที่สามารถลุกขึ้นมาจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในบริบทเฉพาะของตนเองได้ด้วยตัวเอง

4. ประเด็นเชิงระบบและนโยบาย “ภาพใหญ่” ไม่ค่อยได้รับความสำคัญ

ประเด็นในเชิงระบบและนโยบาย เช่น กฎหมาย ข้อตกลงระหว่างประเทศ และอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ แม้จะเป็นความท้าทายสำคัญ แต่กลับถูกจัดลำดับความสำคัญต่ำกว่าประเด็นระดับชุมชน เช่น ช่องโหว่ในกฎหมายใหม่ (Gap1) อิทธิพลของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ต่อการกำหนดนโยบาย (Gap4) ข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศที่เป็นอุปสรรคต่อกฎหมายเข้มงวด (Gap8) การควบคุมการตลาดดิจิทัล (Gap5) ที่เข้าถึงง่ายและยากต่อการควบคุม

5. ข้อจำกัดด้านขอบเขตและการรับรู้ข้อมูล

ภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะผู้ทำงานในระดับท้องถิ่น พบว่ามีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลและนโยบายระดับชาติ เช่น การออกกฎหมายหรือการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญและอำนาจที่เกินขอบเขตการทำงานในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ทรัพยากรและการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่กลับมีความเข้มแข็ง โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติจริง (on-the-ground implementation) มากกว่าการมีส่วนร่วมในเชิงผลักดันนโยบาย

6. สอดคล้องกับบทบาทของภาคประชาสังคมและภาคสาธารณสุข

ช่องว่างที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญสูง สอดคล้องกับบทบาทการดำเนินงานประชาสังคม และหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น เน้นการให้บริการโดยตรง การจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ และการ สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ เป็นหลัก

4.3.4 ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ควรนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายในระยะถัดไป

ข้อเสนอจากการประชุมได้สะท้อนประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ควรนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายในระยะถัดไป ได้แก่

- การพัฒนาระบบข้อมูลและหลักฐานเชิงพื้นที่ (Localized evidence and data systems) เพื่อรองรับการกำหนดนโยบายเชิงพื้นที่อย่างแม่นยำและรวดเร็ว ตัวอย่าง เช่น จังหวัดสุรินทร์สามารถดึงความสนใจของผู้บริหารนโยบายได้จากข้อมูลที่ชี้ว่ามีผู้เข้าสู่ระบบบำบัดกว่า 13,000 รายในปีเดียว
- การสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมจากภายใน (Internal behavioural transformation) โดยเน้นการปลูกฝังค่านิยมและความเชื่อใหม่ต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งควรมีความต่อเนื่องในเชิงวัฒนธรรมและจิตวิทยาสังคม
- การบูรณาการภายในองค์กรและระหว่างภาคี (Institutional and inter-sectoral integration) โดยเฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภายใน สสส. และการทำงานร่วมกับหน่วยงานรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมอย่างมีระบบ
- แนวทางการคลังเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ (Fiscal decentralization) เช่น การจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากแอลกอฮอล์โดยตรงในชุมชน
- การเข้าถึงการรักษาและฟื้นฟู (Treatment and rehabilitation access) โดยเน้นความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางและพื้นที่ห่างไกล
- การผลักดันให้การควบคุมแอลกอฮอล์เป็นวาระทางสังคม (Alcohol as a national social agenda) ซึ่งหมายถึงการบูรณาการประเด็นแอลกอฮอล์ให้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และคุณภาพชีวิตอย่างรอบด้าน ไม่จำกัดอยู่เพียงในกรอบสุขภาพ

4.3.5 การอภิปรายประเด็นอื่น ๆ

- พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ ซึ่งอยู่ระหว่างการผลักดันให้ประกาศใช้ มีจุดเด่นสำคัญคือการกระจายอำนาจให้คณะกรรมการระดับจังหวัดและผู้ว่าราชการจังหวัดสามารถออกมาตรการควบคุมในลักษณะเฉพาะพื้นที่ได้ เช่น การกำหนดข้อห้ามการจำหน่ายในพื้นที่วัฒนธรรมหรือวันสำคัญท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจดังกล่าวเกิดขึ้นท่ามกลาง

ข้อเท็จจริงที่ว่านโยบายระดับจังหวัดยังขาดความต่อเนื่องและขีดความสามารถในการดำเนินงาน

- ในบริบทนี้ ผู้เข้าร่วมเสนอให้ สสส. ดำเนินบทบาท “เสริมสร้างขีดความสามารถระดับพื้นที่” (Local capacity building) อย่างเป็นระบบ โดยครอบคลุมการพัฒนาองค์ความรู้ ระบบข้อมูล การประสานกับผู้ว่าราชการจังหวัด และกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในพื้นที่ ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของ สสส. และภาคีใน “การเมืองของนโยบาย” (Politics of policy) ถูกมองว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากประเด็นการควบคุมแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง และมีโอกาสที่พรรคการเมืองจะมีจุดยืนที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

- การปกป้องเด็กและเยาวชนจากพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการเน้นย้ำว่าเป็นวาระเร่งด่วนของชาติ โดยมีข้อเสนอแนวทางเชิงนโยบายที่ครอบคลุมทั้งเชิงโครงสร้างและพฤติกรรม ได้แก่
  - การดำเนินงานแบบองค์รวม (Systemic approach) ซึ่งไม่เพียงพุ่งเป้าไปที่โรงเรียน แต่ต้องครอบคลุมบริบทในครอบครัว ชุมชน และสื่อสาธารณะ โดยเฉพาะในกรณีที่พฤติกรรมการดื่มของผู้ปกครองมีผลกระทบต่อเด็กโดยตรง
  - การพัฒนากลไกสนับสนุนเชิงปฏิบัติ เช่น คู่มือ “how-to” และกรอบแนวทางสำหรับหน่วยงานรัฐ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในการออกแบบและดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพ
  - การจัดทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) และแต่งตั้งคณะทำงานร่วมอย่างเป็นทางการ เพื่อสร้างกลไกร่วมระหว่างภาคประชาสังคมและรัฐ
  - การเปิดพื้นที่สำหรับเสียงของเยาวชน (Youth voice) ทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา เพื่อให้เด็กและเยาวชนสามารถมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการออกแบบนโยบายที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

แผนภาพที่ 4.4 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1

แผนภาพที่ 4.5 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2

แผนภาพที่ 4.6 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3

แผนภาพที่ 4.7 บรรยากาศโดยรวมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 4

ส่วนที่ 5
ข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงาน ในปี 2569-2571

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงานในปี 2569 - 2571

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นเพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ข้อสรุปร่วมกันถึงทิศทางการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2569-2571 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการบูรณาการทั้งมาตรการทางกฎหมาย การเสริมสร้างกลไกระดับพื้นที่ การสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการใช้ข้อมูลเชิงวิชาการ บทนี้จึงนำเสนอทิศทางยุทธศาสตร์ทั้งสี่ด้าน ที่จะเป็นกรอบสำคัญในการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ทิศทางยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน

5.1.1 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกรอบกฎหมาย และการบังคับใช้นโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

- การยกระดับกฎหมายและการบังคับใช้ เน้น targeted strategies เช่น ตรวจสอบการจำหน่ายแอลกอฮอล์ผิดกฎหมายแก่เยาวชน เพิ่มความเข้มข้นในการบังคับใช้ช่วงเทศกาล/พื้นที่ท่องเที่ยว
- การสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่ปฏิบัติ
- การเฝ้าระวังและขับเคลื่อนเชิงนโยบาย เพื่อติดตามอุตสาหกรรมและความสอดคล้องเชิงนโยบาย (Policy coherence)

5.1.2 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างศักยภาพของกลไกในระดับจังหวัดและท้องถิ่นผ่านการเพิ่มขีดความสามารถและกลไกความร่วมมือ

- พัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น
- เสริมความเข้มแข็งกลไกระดับจังหวัด โดยการขยายการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ขยายชุมชนปลอดเหล้า โดยการสนับสนุน “ชุมชน/องค์กรต้นแบบ”

5.1.3 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผ่านการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมและการสร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงจากแอลกอฮอล์

- ยกระดับความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพและสังคม
- เข้าถึงคนรุ่นใหม่ ผ่านสื่อดิจิทัลและความร่วมมือกับเยาวชน
- ปกป้องเด็กจากแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด โดยใช้กฎหมายและมาตรการสังคม

5.1.4 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 4 การยกระดับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดด้วยข้อมูล ผ่านการบูรณาการข้อมูลและงานวิชาการที่ตอบสนองในพื้นที่

- ส่งเสริมการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงาน
- เติมเต็มช่องว่างข้อมูลในระดับจังหวัด/ท้องถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง
- พัฒนางานวิจัยและการเผยแพร่ความรู้ เพื่อตอบโจทย์การแก้ไขปัญหา

5.2 เป้าหมายและตัวชี้วัดหลัก

5.2.1 ยุทธศาสตร์การดำเนินการที่ 1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกรอบกฎหมาย และการบังคับใช้นโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

- เป้าหมาย คือ สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบาย มาตรการ แนวทางการดำเนินงาน หรือกลยุทธ์การบังคับใช้กฎหมาย ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพิ่มประสิทธิภาพในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการจำหน่ายให้ผู้เยาว์ ช่วงเวลา/พื้นที่เสี่ยงสูง และการต้านกลยุทธ์อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ในระดับประเทศ จังหวัด หรือพื้นที่เป้าหมาย เกิดกิจกรรมเชิงรุกหรือนโยบายสนับสนุนอย่างน้อย “XX” โครงการ/เอกสาร (เช่น กฎหมายรอง ข้อสั่งการ ประกาศพื้นที่)

5.2.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินการที่ 2 การเสริมสร้างศักยภาพของกลไกในระดับจังหวัดและท้องถิ่นผ่านการเพิ่มขีดความสามารถและกลไกความร่วมมือ

- เป้าหมาย 1 คือ จัดตั้งหรือเสริมสร้างกลไกที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนและเสริมสร้างขีดความสามารถในระดับจังหวัดเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการพัฒนาบทบาทของผู้เล่นหลักในพื้นที่ (เช่น ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น) และการยกระดับประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด ด้วยการขยายการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย อย่างน้อย “XX” พื้นที่ (เช่น ตำบล/อำเภอ หรือจังหวัด) แสดงให้เห็นถึงการ มีขีดความสามารถในการดำเนินงานที่ดีขึ้น หรือมีการจัดตั้งกลไกใหม่ (newly established mechanisms) ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชนหรือจังหวัด
- เป้าหมาย 2 คือ ขยายผลการสร้าง “ชุมชน องค์กรปลอดเหล้า” หรือกิจกรรมที่เคยสนับสนุนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามประเพณีให้กลายเป็นเป็นต้นแบบปลอด

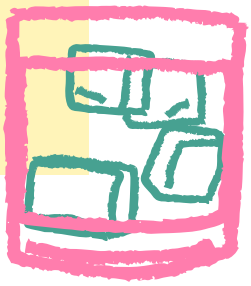
แอลกอฮอล์ โดยแสดงความเป็นเจ้าของโดยคนในพื้นที่ และมีมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พัฒนาหรือนำไปใช้โดยชุมชน/องค์กรนั้น ๆ อย่างน้อย “XX” แห่ง (ซึ่งเป็นพื้นที่/องค์กร/กิจกรรม) ที่เป็น แห่งใหม่ หรือแห่งเดิมที่ได้รับการขยายผลอย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถแสดงให้เห็นถึงการเป็น “ต้นแบบปลอดเหล้า”

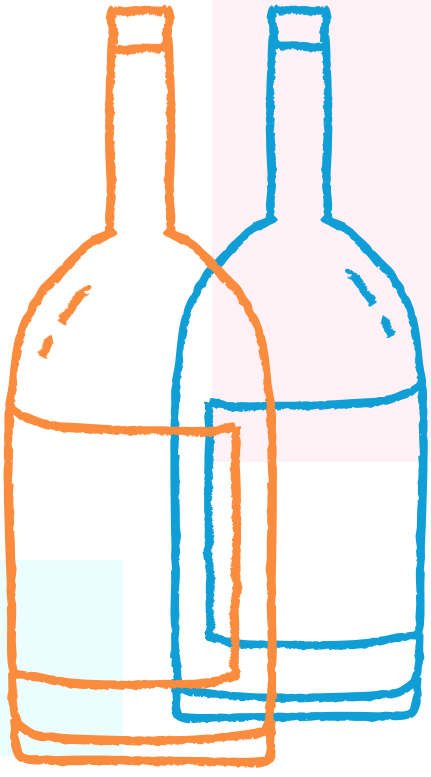
5.2.3 ยุทธศาสตร์การดำเนินการที่ 3 การสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผ่านการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมและการสร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงจากแอลกอฮอล์

- เป้าหมาย คือ รณรงค์ความรอบรู้ความเสี่ยงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวงกว้าง พัฒนาความร่วมมือในการทำงานกับเยาวชน เพื่อส่งเสริมบรรทัดฐานที่รับผิดชอบและปกป้องเด็กจากการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเริ่มต้นดื่มตั้งแต่อายุน้อย โดยผ่านความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย อย่างน้อย “XX” รณรงค์สื่อสาธารณะหลัก และ/หรือ โปรแกรมที่ครอบคลุมด้านการปกป้องเยาวชน/เด็ก

5.2.4 ยุทธศาสตร์การดำเนินการที่ 4 การยกระดับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดด้วยข้อมูล ผ่านการบูรณาการข้อมูลและงานวิชาการที่ตอบสนองในพื้นที่

- เป้าหมาย 1 คือ พัฒนาชุดความรู้เชิงวิชาการ (เช่น บทสรุปงานวิจัย, แนวปฏิบัติที่ดี, สื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ) และยกระดับระบบข้อมูล รวมถึงระเบียบปฏิบัติ/แพลตฟอร์มการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และการวิจัยเพื่อแก้ไขช่องว่างของข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มเปราะบาง อย่างน้อย “XX” ชุดความรู้สำคัญที่มีการเผยแพร่ หรือ/และ อย่างน้อย “YY” โครงการในการพัฒนาระบบข้อมูล/งานวิจัย
- เป้าหมาย 2 คือ พัฒนางานวิจัยและการเผยแพร่ชุดความรู้เชิงวิชาการ (เช่น บทสรุปงานวิจัย, แนวปฏิบัติที่ดี, สื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ) เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านการป้องกันสิ่งเสพติด (Drug protection literacy) มุ่งเน้นการทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหา การป้องกัน การแก้ไขปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิ่งเสพติด ต้องมีอย่างน้อย “XX”งานวิจัย/ชุดความรู้สำคัญที่ได้รับการเผยแพร่และใช้ประโยชน์ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านการป้องกันสิ่งเสพติด





ส่วนที่ 6
แนะนำรายงานและหนังสือที่น่าสนใจ

ส่วนที่ 6 แนะนำรายงานและหนังสือที่น่าสนใจ

ขอแนะนำรายชื่อรายงานและหนังสือที่น่าสนใจซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมและลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ที่ช่วยเปิดมุมมองใหม่ต่อปัญหาเชิงโครงสร้าง เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างรอบด้าน

WHO Global Alcohol Action Plan 2022-2030

แผนยุทธศาสตร์ระดับโลกที่ได้รับการรับรองโดยองค์การอนามัยโลก (WHO Member States) ในการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก ครั้งที่ 75 เมื่อ พฤษภาคม 2022 แผนนี้มีเป้าหมายเพื่อต่อสู้และลดผลกระทบด้านสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย โดยใช้วิธีการที่มี

สืบค้นจาก: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol

---

The Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders

รายงานสำคัญที่นำเสนอภาพรวมสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาการใช้สารเสพติดทั่วโลก โดยอ้างอิงข้อมูลล่าสุดจากหลายประเทศทั่วโลก จุดเด่นของหนังสือคือการสรุป แนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์, ภาระโรคและผลกระทบต่อสาธารณสุข, รวมถึง มาตรการและนโยบายที่ประเทศต่าง ๆ ใช้ในการควบคุม ตลอดจน ความก้าวหน้าและช่องว่างในการเข้าถึงการรักษาโรคจากการใช้สารเสพติด

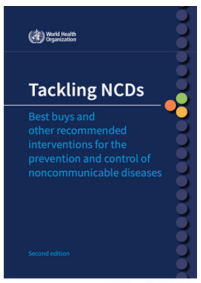
สืบค้นจาก: https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745

The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels

นำเสนอ 5 มาตรการแทรกแซงหลักในการลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ ทั้งในระดับชาติและพื้นที่เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับนักนโยบายและนักปฏิบัติที่ต้องการผลักดันมาตรการอย่างเป็นระบบ เนื้อหากระชับ ชัดเจน และอิงหลักฐานวิชาการระดับสากล

สืบค้นจาก:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330053/9789241516419-eng.pdf?sequence=1



Tackling NCDs

คู่มือสำคัญขององค์การอนามัยโลกที่นำเสนอชุดมาตรการคุ้มค่าและได้ผลที่สุดในการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง หนังสือเล่มนี้สรุปแนวทางเชิงประจักษ์ที่ลงทุนต่ำแต่สร้างผลลัพธ์สูง เหมาะสำหรับผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และนักปฏิบัติด้านสาธารณสุขที่ต้องการเครื่องมือเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุม NCD อย่างยั่งยืน

สืบค้นจาก: https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078

Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook

คู่มือเชิงกลยุทธ์ที่ช่วยเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและนักรณรงค์มีความมั่นใจในการเผชิญความท้าทายด้านนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หนังสือเล่มนี้สรุปองค์ความรู้หลักหลักฐานทางวิชาการ และกรณีตัวอย่างจากหลายประเทศ พร้อมนำเสนอแนวทางการสื่อสาร การสร้างพันธมิตร และการขับเคลื่อนเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ เหมาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อปกป้องสุขภาพประชาชนและลดผลกระทบจากแอลกอฮอล์ในสังคมอย่างยั่งยืน

สืบค้นจาก: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EU-RO-2024-5624-45389-76520

แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570)

คู่มือสำคัญที่วางกรอบการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน เพื่อลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เนื้อหานำเสนอเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ มาตรการสำคัญ และแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจภาพรวมการขับเคลื่อนนโยบายไทยสู่สังคมที่ปลอดภัยและยั่งยืนมากขึ้นจากปัญหาแอลกอฮอล์

สืบค้นจาก:

https://www.ddc.moph.go.th/oabc/publishinfodetail.php?publish=13805&deptcode=oabc

สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

เอกสารฉบับนี้นำเสนอข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย ปี 2567 วิเคราะห์แนวโน้ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อใช้กำหนดนโยบายและแนวทางป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ

สืบค้นจาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/YG?set_lang=th

ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564

หนังสือที่รวบรวมข้อมูลเชิงสถิติและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยอย่างครบถ้วน ช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันและใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการออกแบบนโยบายและมาตรการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สืบค้นจาก: https://cas.or.th/content?id=31

Joint Assessment Mission to review alcohol control policy and strategy in Thailand

ถ่ายทอดการประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งในและต่างประเทศ ชี้ให้เห็นทั้งความสำเร็จ ความท้าทาย และข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับมาตรการสากลของ WHO เหมาะสำหรับนักนโยบายและผู้สนใจด้านสาธารณสุขที่ต้องการข้อมูลเชิงลึกเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

สืบค้นจาก: https://cas.or.th/content?id=540

หนังสือสุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา

ชวนเปิดมุมมองใหม่ต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ว่าเบื้องหลังแก้วเหล้าคือโครงสร้างอำนาจและความเหลื่อมล้ำทางนโยบาย หนังสือเล่มนี้ชวนคิด ตั้งคำถาม และมองเห็นภาพรวมของสังคมผ่าน “สุรา” อ่านเพื่อเข้าใจ ไม่ใช่แค่ดื่มรู้รส แต่รู้เท่าทันระบบที่อยู่เบื้องหลัง

สืบค้นจาก: https://cas.or.th/content?id=32

เอกสารอ้างอิง

[1] Kingdon, J. (2010). Agendas, Alternatives and Public Policy, (2nd ed.). New York: Pearson.

[2] World Health Organization. (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. World Health Organization.

[3] World Health Organization. (2023). Global alcohol action plan 2022–2030 to strengthen implementation of the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization.

[4] Casswell, S., & Gilmore, I. (2024). Are we moving into a new era for alcohol policy globally? An analysis of the Global Alcohol Action Plan 2022–30. Journal of Epidemiology & Community Health, 78(4), 209–212. https://doi.org/10.1136/jech-2023-220423

[5] Sornpaisarn, B., Kaewmungkun, C., & Rehm, J. (2022). Estimated impacts of alcohol control policies on NCD premature deaths in Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(15), 9623. https://doi.org/10.3390/ijerph19159623

[6] World Health Organization. (2024). Health taxes. World Health Organization. Retrieved from: https://www.worldbank.org/en/topic/nutrition/brief/health-taxes

[7] Vichitkunakorn, P., Khampang, R., Leelahavarong, P., & Nontarak, J. (2024). Cost-utility analysis of an alcohol policy in Thailand: A case study of a random breath testing intervention. BMC Health Services Research, 24,739. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10715-9

[8] World Health Organization. (2023, January 4). No level of alcohol consumption is safe for our health. World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health

[9] Moolasart, V., Sornpaisarn, B., Rehm, J., et al. (2023). Assessing data availability of NCD prevention and control in six ASEAN countries based on WHO global monitoring framework and the progress monitor indicators. BMC Public Health, 23, 318. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15288-7

[10] รวบรวมข้อมูลจากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประกอบด้วย สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และ การดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544 2547 2550 2554 2557 และ 2560 สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558 สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และ สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

[11] Hfocus. (2564). เริ่มต้นดื่มเมื่อวัยเยาว์ เพิ่มความเสี่ยงการดื่มจนเมาหัวราน้ำ. สืบค้นจาก: https://www.hfocus.org/content/2021/02/21028

[12] กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2567). ข้อมูลรายงานปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (Total annual alcohol per capita consumption; APC). สืบค้นจาก: https://ddcopendata.ddc.moph.go.th/f/datasetView/602/1

[13] ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2565). ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564. สืบค้นจาก: https://cas.or.th/content?id=31

[14] จิราลักษณ์ นนทารักษ์. (2565). รายงานวิจัย เรื่อง แนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิต อันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี 2558-2562. สืบค้นจาก: https://cas.or.th/content?id=175

[15] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

[16] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานฯ.

[17] แผนงานการพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. (2566). ทวงคืน ตับ! ทวงคืนปีสุขภาพดีคนไทย. สืบค้นจาก: https://2023.bodthai.net/download/ทวงคืน-ตับ-ทวงคืนปีสุขภ/

[18] Harvard Health Publishing. (2013). Ask the doctor: Why does alcohol affect women differently?. Retrieved from: https://www.health.harvard.edu/womens-health/why-does-alcohol-affect-women-differently

[19] สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2567). สบยช. เตือนดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากในระยะเวลาสั้น ออกฤทธิ์รุนแรงอันตรายถึงตาย. สืบค้นจาก: https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=5420&Itemid=159

[20] สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2567). สถานการณ์ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สืบค้นจาก:

https://ddc.moph.go.th/oabc/news.php?news=45155&deptcode=

[21] แผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด. (2567). รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนประเทศไทย ปี 2565. สืบค้นจาก: https://www.rswgsthai.com/download.php?year=2024

[22] กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2567). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทย ปี 2567. สืบค้นจาก: https://ddc.moph.go.th/dip/journal_detail.php?publish=15876&deptcode=dip

[23] Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K & Neramitpitagkul P. (2010). The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. BMC Public Health. 10(1): 323. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-323

[24] ธัชนันท์ โกมลไพศาล. (2562). การประเมินต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

[25] มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. (2565). การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2564. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

[26] สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และพลเทพ วิจิตรคุณากร. (2565). ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2565. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

[27] กรมสรรพสามิต. (2568). รายงานประจำปี กรมสรรพสามิต 2561 – 2567. สืบค้นจาก: https://www.excise.go.th/excise2017/NEWS/YEARLY_REPORT/index.htm

[28] อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว. (2564). ผลกระทบจากเพื่อนร่วมงานที่ดื่มแอลกอฮอล์: ข้อค้นพบจากโครงการย่อย Estimated cost of extra work from co-workers' drinking in Thailand [อินโฟกราฟิก]. สงขลา: สถาบันวิจัยวิทยาการสุขภาพ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. สืบค้นจาก: https://cas.or.th/content?id=731

[29] iLaw. (2565). ผ่านกฎหมาย #สุราก้าวหน้า แล้วจะควบคุมเหล้ายากจริงหรือ? แจงทุกประเด็นจากข้ออ้างรัฐบาล. สืบค้นจาก: https://www.ilaw.or.th/articles/5489

[30] The Active Thai PBS. (2568). ครม.ไฟเขียวแก้กฎกระทรวงผลิตสุรา ลดข้อจำกัด 'สุราชุมชน'. สืบค้นจาก: https://theactive.thaipbs.or.th/news/economy-20250513

[31] AFP, BANGKOK. (2024). Six dead in Thailand after drinking bootleg liquor. Taipei Times. Retrieved from: https://www.taipeitimes.com/News/world/archives/2024/08/28/2003822917

[32] The People. (2566). 'Hang Over Forum' วงเสวนาที่บอกเล่าวัฒนธรรมการดื่มที่ไม่ได้มีแค่ความเมา. สืบค้นจาก: https://www.thepeople.co/event/hang-over-forum/51619

[33] Hfocus. (2565). คำสารภาพจากนักดื่ม “ดื่มเหล้าเข้าสังคม” ค่านิยมฉุดชีวิตติดลบ. สืบค้นจาก: https://www.hfocus.org/content/2022/07/25491

[34] Bangkok Post. (2025). Thailand proposes limited alcohol sales on Buddhist holidays. Retrieved from: https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2972716/thailand-proposes-limited-alcohol-sales-on-buddhist-holidays

[35] Hfocus. (2567). เปิดตัวเลขข่าวความรุนแรงในครอบครัว ปี 66 กว่า 1 พันเรื่อง ชี้แอลกอฮอล์-สารเสพติด ตัวกระตุ้นสำคัญ. สืบค้นจาก: https://www.hfocus.org/content/2024/11/32306

[36] กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2566). รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านความรุนแรงในครอบครัว ตามมาตรา 17 พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก: https://dwf.go.th/contents/48156

[37] ThaiPublica. (2567). สถิติ 5 ปี “ดื่มแล้วขับ” ไทยสูญ 3.7 แสนล้าน เสนอเพิ่มโทษ – บังคับใช้เข้มข้น เหตุคนไม่กลัวกฎหมาย ทำผิดซ้ำพุ่ง. สืบค้นจาก: https://thaipublica.org/2024/09/drunk-driving-costs-over-three-billion-baht-in-past-five-years/

[38] THE STANDARD. (2568). กรมคุมประพฤติสรุปสถิติช่วง 10 วันอันตราย รวม 7,654 คดี เป็นเมาแล้วขับกว่าร้อยละ 95 กรุงเทพฯ อันดับ 1. สืบค้นจาก: https://thestandard.co/probation-drunk-driving-stats-bangkok/

[39] ไทยรัฐ ออนไลน์. (2568). สรุป 7 วันอันตรายสงกรานต์ 2568 เสียชีวิต 253 ราย กทม. เมาแล้วขับสูงสุด. สืบค้นจาก: https://www.thairath.co.th/news/politic/2853620

[40] Hfocus. (2566). สสส.-1413 รับมือเลิกเหล้าเข้าพรรษา เพิ่มนักจิตวิทยาช่วยเลิกสิ่งเสพติด. สืบค้นจาก: https://www.hfocus.org/content/2023/07/28058

[41] ศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด. (ม.ป.ป.). สถานบำบัด. สืบค้นจาก: https://www.1413.in.th/rehabilitation-center/

[42] Crozier, M. E., Farokhnia, M., Persky, S., Leggio, L., & Curtis, B. (2023). Relationship between self-stigma about alcohol dependence and severity of alcohol drinking and craving. BMJ Mental Health, 26(1), e300852. https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300852

[43] บุญเลิศ วิเศษปรีชา. (2567). ท้าทายการตีตรา สู่ความเข้าใจวัฒนธรรมการดื่มสุราของคนจนเมือง. วารสารมานุษยวิทยา, 7(2).

[44] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). กลยุทธ์การตลาดธุรกิจน้ำเมา รุกนักดื่มหญิง-เยาวชนมากขึ้น. สืบค้นจาก: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/content/5639-content-กลยุทธ์การตลาดธุรกิจน้ำเมา%20รุกนักดื่มหญิง-เยาวชนมากขึ้น

[45] Brand Buffet. (2568). สรุปตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทย ‘เบียร์’ ครองแชมป์ 70% ผู้หญิงซื้อเครื่องดื่ม RTD สูงสุด. สืบค้นจาก: https://www.brandbuffet.in.th/2025/01/kantar-reported-thailand-alcoholic-beverage-market/

[46] จินตนา จันทร์โคตรแก้ว, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, วุฒิพันธ์ วงษ์มงคล, สุพล ลิมวัฒนานนท์ และทักษพล ธรรมรังสี. (2558). การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความยากจน: ความยากจนจากค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และรูปแบบการดื่มในกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(1).

[47] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). สสส.-ภาคี ตั้งเป้าแก้จน เปิดโมเดล “คนหัวใจเพชร 1 ปี ลดค่าเหล้าได้ 121 ล้าน” หลังพบผู้มีรายได้น้อย บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าครอบครัวรายได้สูงถึง 6 เท่า. สืบค้นจาก: https://www.thaihealth.or.th/สสส-ภาคี-ตั้งเป้าแก้จน-เ/

[48] Srisuk, N., Penpong, M. S., & Saengow, U. (2022). Unrecorded alcohol consumption in Thailand: Prevalence, geographical variation, relationship with socioeconomic factors and related consequences. Drug and Alcohol Review, 41(3), 657-665. https://doi.org/10.1111/dar.13365

[49] The Coverage. (2564). กม.คุมเหล้ายังบังคับใช้ไม่เต็มที่ พบขายเด็ก-คนเมาขาดสติ วอนจัด สวล. เพื่อความปลอดภัยเด็ก. สืบค้นจาก: https://www.thecoverage.info/news/content/2876

[50] ผู้จัดการออนไลน์. (2566). ลุยเอาผิด “ร้านขายเหล้า” ให้เด็ก แต่รับเรื่องยาก เหตุเกิดอุบัติเหตุแล้วไม่บอกแหล่งเที่ยว-ร้านต้นตอ. สืบค้นจาก: https://mgronline.com/qol/detail/9660000024737

[51] คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย. (2567). “ยาเสพติด” วิกฤตวัยรุ่นไทย. สืบค้นจาก:

https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=264

[52] นิตยา ฤทธิศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร และศุภลักษณ์ จันทาญ. (2565). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 19(2), 50-63.

สืบค้นจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/256337

[53] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). สสส. สานพลังภาคี ขับเคลื่อน “ชุมชนล้อมรักษ์ CBTx” ใช้พื้นที่เป็นฐาน ชุมชนเป็นศูนย์กลาง แก้ปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน. สืบค้นจาก:

https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=182

[54] Chaiyasong S, Thamarangsi T. (2016). Provincial alcohol index and its relationship to alcohol-related harm in Thailand: implications for subnational alcohol policy development. BMC Public Health. 2016 Jul 11;16:541. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3217-4

[55] Moolasart J, Chirawatkul S. (2012). Drinking culture in the Thai-Isaan context of northeast Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2012 May;43(3):795-807. PMID: 23077860.

[56] Noosorn N, Wanaratwichit C, Yau S, Kedsai N. (2020). Prevalence and Correlates of Alcohol Consumption among Hill-Tribe Adolescents below the Legal Drinking Age-A Community-based Cross-Sectional Study in Northern Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2020 Nov 9;17(21):8266. https://doi.org/10.3390/ijerph17218266

[57] Hfocus. (2566). งานวิจัยชี้ 5 รูปแบบโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บน TikTok. สืบค้นจาก: https://www.hfocus.org/content/2023/04/27456

[58] สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. (2563). กรมควบคุมโรค ชี้แจงประเด็นการแชร์ข้อมูลเกี่ยวกับการโพสต์รูปเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงสื่อสังคมออนไลน์. สืบค้นจาก:

https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=13294&deptcode=brc&news_views=5735

[59] ไทยรัฐออนไลน์. (2567). “แบงค์ เลสเตอร์” ดื่มรวดเดียวตาย เทียบกฎหมาย คนจ้างเล็งเห็นผล?. สืบค้นจาก: https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2833152

[60] BrandAge Online. (2565). Chivas ผสมผสานโลกของ K-pop และสก็อตซ์วิสกี้ ทำงานร่วมกันกับ Lisa สุดยอดศิลปินระดับโลก. สืบค้นจาก: https://www.brandage.com/article/29929

[61] Bangkok Post. (2020). Online alcohol pics row blows up again after hundreds fined. Retrieved from: https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1931436/online-alcohol-pics-row-blows-up-again-after-hundreds-fined

[62] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

[63] Puangsuwan, A., Phakdeesettakun, K., Thamarangsi, T., & Chaiyasong, S. (2012). Compliance of off-premise alcohol retailers with the minimum purchase age law. WHO South East Asia Journal of Public Health, 1(4), 412-422. doi: 10.4103/2224-3151.207043. PMID: 28615606.

[64] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). เยาวชนล่อซื้อเหล้าพบ 84% ขายผิดกม. สืบค้นจาก: https://www.thaihealth.or.th/เยาวชนล่อซื้อเหล้าพบ-84-ข/

[65] WorkPoint Today. (2564). รณรงค์ส่ง “จดหมายสื่อรัก” วอนพ่อแม่เลิกเหล้า หลังค้นพบ ผู้ปกครองยื่น ‘น้ำเมาแก้วแรก’ ให้ลูกดื่ม. สืบค้นจาก: https://workpointtoday.com/alcohol-free-2564/

[66] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). ห่วงนักดื่มหน้าใหม่พุ่ง พบเยาวชนดื่มครั้งแรกอายุไม่ถึง 15 ปี. สืบค้นจาก: https://www.thaihealth.or.th/ห่วงนักดื่มหน้าใหม่พุ่/

[67] iStrong.co. (2562). 5 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ควรทำอย่างเด็ดขาด. สืบค้นจาก:

https://www.istrong.co/single-post/5-behavior-that-depression-patients-should-not-do-strictly?srsltid=AfmBOoormNKaib-5h7-MBx3HKcb-AY4HoGElGQ6-5zhtzMas2qHXHLf6

[68] Assanangkornchai, S., Nontarak, J., Aekplakorn, W. et al. (2020). Socio-economic inequalities in the association between alcohol use disorder and depressive disorder among Thai adults: a population-based study. BMC Psychiatry 20, 553 (2020). Retrieved from: https://doi.org/10.1186/s12888-020-02958-6

[69] นรากร สารีแหล้, กันตวิชญ์ จูเปรมปรี และกัลยา มั่นล้วน. (2561). ตราบาปของผู้ป่วยติดสุรากับการเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน. ศรีนครินทร์เวชสาร, 33(6), 589-594. Retrieved from:

https://thaidj.org/index.php/smnj/article/view/5813/5509

[70] พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. (2551). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 125 ตอนที่ 33 ก, 13 กุมภาพันธ์ 2551. สืบค้นจาก: https://odpc9.ddc.moph.go.th/DPC5/2.2.pdf

[71] สำนักกรรมาธิการ 2 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2568). รายงานของคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... สภาผู้แทนราษฎร (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม). สืบค้นจาก: https://web.parliament.go.th/view/357/หน้าหลัก/TH-TH

[72] พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565. (2565). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 139 ตอนที่ 28 ก, 7 พฤษภาคม 2565. สืบค้นจาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/A/028/T_0005.PDF

[73] กมลพัฒน์ มากแจ้ง, อรทัย วลีวงศ์, พเยาว์ ผ่อนสุข, เบญจภรณ์ นามเสนา และสุภิกา เชื้อจิ๋ว. (2566). ปัจจัยทางการค้ากำหนดโรคไม่ติดต่อ: นิยามและกรอบแนวคิด จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 17(4), 621-646.

[74] Sanook. (2562). “Singha Series Run” สนามเชียงใหม่ สัมผัสบรรยากาศการวิ่งแบบขึ้นเขาและชมวิวในอุทยานหลวงราชพฤกษ์. สืบค้นจาก: https://www.sanook.com/sport/886122/

[75] Ballthai. (2564). “กระทิงเพลิง” เปิดตัว “LEO” เข้ามาเป็นผู้สนับสนุนหลักอย่างเป็นทางการ: สโมสรบางกอก เอฟซี ได้สปอนเซอร์รายใหม่เป็นที่เรียบร้อย โดยจะได้ “LEO” เข้ามาเป็นผู้สนับสนุนหลักอย่างเป็นทางการ. สืบค้นจาก: https://www.ballthai.com/กระทิงเพลิง-เปิดตัว-leo-เข้ามาเป็นผู้สนับสนุนหลักอย่างเป็นทางการ/

[76] Jindarattanaporn, N., Chaiyasong, S., Vongmongkol, V., & Akaleephan, C. (2023). Alcohol Marketing and Consumption in Thailand: Results from the International Alcohol Control Policy Study. International Journal of Alcohol and Drug Research, 11(1), 36-45. Retrieved from: https://doi.org/10.7895/ijadr.401

[77] Thai PBS. (2567). ดีเดย์ 23 ก.พ. สรรพสามิตลดอัตราภาษีไวน์-สุราแช่-สถานบริการ. สืบค้นจาก: https://www.thaipbs.or.th/news/content/337357

[78] The Active. (2568). ผ่านแล้ว พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เหล้า-เบียร์ โฆษณาได้. สืบค้นจาก: https://theactive.thaipbs.or.th/news/economy-20250319

[79] The Macao News. (2024). Is Thailand about to lift its 52-year-old ban on afternoon drinking? Retrieved from: https://macaonews.org/news/around-the-world/thailand-alcohol-afternoon-drinking-ban/

[80] The Nation. (2025). Unlocking Thailand’s Tourism Potential: Why Lifting the 2-5 PM Alcohol Ban is an Economic Imperative. Retrieved from: https://www.nationthailand.com/business/economy/40047316

[81] Khaosod English. (2025). THAILAND CONSIDERS LIFTING AFTERNOON ALCOHOL SALES BAN TO BOOST TOURISM. Retrieved from: https://www.khaosodenglish.com/politics/2025/02/13/thailand-considers-lifting-afternoon-alcohol-sales-ban-to-boost-tourism/

[82] Bangkok Post. (2024). Fixing flaws in Thailand's booze law. Retrieved from:

https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/2822053/fixing-flaws-in-thailands-booze-law

[83] โศภิต นาสืบ, กมลพัฒน์ มากแจ้ง และอรทัย วลีวงศ์. (2567). รูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษา 5 จังหวัดนำร่อง. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย, 3(1), 30-46. สืบค้นจาก: https://thpjournal.thaihealth.or.th/archive/detail/10

[84] Petticrew, M., van Schalkwyk, M. C. I., & Knai, C. (2025). Alcohol industry conflicts of interest: The pollution pathway from misinformation to alcohol harms. Future Healthcare Journal, 12(2), 100270. https://doi.org/10.1016/j.fhj.2025.100270

[85] Mitchell, A. D., & O'Brien, P. (2020). If one Thai bottle should accidentally fall: Health information, alcohol labelling and international investment law. Journal of World Investment and Trade, 21(5). Retrieved from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3739594

[86] O'Brien, P. (2013). Australia's double standard on Thailand's alcohol warning labels. Drug and Alcohol Review, 32(1), 5-10. Retrieved from: https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00485.x

[87] สำนักงานกองทุนสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). สืบค้นจาก: ถกติดฉลากเหล้า9 แบบ. https://www.thaihealth.or.th/ถกติดฉลากเหล้า9-แบบ/

[88] Tilleke & Gibbins. (2015). Thailand's Increasingly Stringent Regulatory Controls on the Packaging and Labeling of Alcoholic Beverages. Retrieved from: https://www.tilleke.com/insights/thailands-increasingly-stringent-regulatory-controls-packaging-and-labeling-alcoholic-beve/

[89] กรุงเทพธุรกิจ. (2567). รับได้ไหม ภาพคำเตือนสุขภาพ-น่ากลัวฉลากน้ำเมา 'TABBA' ค้านไม่ให้เกิดขึ้น!. สืบค้นจาก: https://www.bangkokbiznews.com/business/business/1114510

[90] The MATTER. (2567). ไม่ห่วงแค่สุขภาพ แต่ยังสั่งสอนศีลธรรม: สำรวจฉลากเตือนบนขวดสุรา ตามร่างประกาศฯ ฉบับใหม่. สืบค้นจาก: https://thematter.co/quick-bite/alcohol-label/223194

[91] London School of Economics and Political Science. (2022). Industry arguments against alcohol labelling influencing policy discussions at World Trade Organization. Retrieved from:

https://www.lse.ac.uk/News/Latest-news-from-LSE/2022/b-Feb-22/Industry-arguments-against-alcohol-labelling-influencing-WTO

[92] International Arbitration. (2022). Fair and Equitable Treatment in Investment Arbitration. Retrieved from: https://www.international-arbitration-attorney.com/fair-and-equitable-treatment-in-investment-arbitration/

[93] Qu, G., & Shen, W. (2022). Public Health and Investment Protection in the Context of the COVID-19 Pandemic—From the Sustainable Perspective of Exception Clauses. Sustainability, 14(11), 6523. Retrieved from: https://doi.org/10.3390/su14116523

[94] The World Trade Organization. (n.d.). WTO rules and environmental policies: GATT exceptions. Retrieved from: https://www.wto.org/english/tratop_e/envir_e/envt_rules_exceptions_e.htm

[95] American Public Health Association. (2015). Ensuring That Trade Agreements Promote Public Health. Retrieved from: https://www.apha.org/policy-and-advocacy/public-health-policy-briefs/policy-database/2015/12/08/16/04/ensuring-that-trade-agreements-promote-public-health

[96] O'Brien, P., Room, R., & Anderson-Luxford, D. (2022). Commercial Advertising of Alcohol: Using Law to Challenge Public Health Regulation. Journal of Law, Medicine & Ethics, 50(2), 240. Retrieved from: https://doi.org/10.1017/jme.2022.43

[97] The drinks business. (2024). Rocky start for Thailand's latest alcohol tax reform. Retrieved from: https://www.thedrinksbusiness.com/2024/03/rocky-start-for-thailands-latest-alcohol-tax-reform/

[98] American Public Health Association. (2015). Ensuring That Trade Agreements Promote Public Health. Retrieved from: https://www.apha.org/policy-and-advocacy/public-health-policy-briefs/policy-database/2015/12/08/16/04/ensuring-that-trade-agreements-promote-public-health

[99] Bangkok Post. (2025, June 5). 1.5m used meth in 2024: ONCB. Bangkok Post. Retrieved from https://www.bangkokpost.com/thailand/general/3041976/1-5m-used-meth-in-2024-oncb

[100] United Nations Office on Drugs and Crime. (2025, May 28). Exponential rise in synthetic drug production and trafficking in the Golden Triangle. Global Security. Retrieved from https://www.globalsecurity.org/security/library/news/2025/05/sec-250528-unnews01.htm

[101] Al Jazeera. (2025, May 29). Methamphetamine trafficking surges from 'Golden Triangle' region. Al Jazeera. Retrieved from https://www.aljazeera.com/news/2025/5/29/methamphetamine-trafficking-surges-from-golden-triangle-region

[102] The Diplomat. (2025, May). Golden Triangle methamphetamine trafficking continues to surge, UN says. The Diplomat. Retrieved from https://thediplomat.com/2025/05/golden-triangle-methamphetamine-trafficking-continues-to-surge-un-says/

[103] Reuters. (2019, February 11). Exclusive - Meth 'disaster' for region as seizures surge in Thailand. Reuters. Retrieved from https://www.reuters.com/article/us-asia-crime-meth-thailand-exclusive/exclusive-meth-disaster-for-region-as-seizures-surge-in-thailand-idUSKCN1Q00QX/

[104] Reuters. (2024, May 8). Thailand to recriminalise cannabis as PM vows to get tough on drugs. Reuters. Retrieved from https://www.reuters.com/world/asia-pacific/thai-pm-says-cannabis-be-re-listed-narcotic-by-end-2024-2024-05-08/

[105] United Nations Office on Drugs and Crime. (2022, April 26). Thai agencies and UNODC discuss the future of new Narcotics Code. UNODC Regional Office for Southeast Asia and the Pacific. Retrieved from https://www.unodc.org/roseap/2022/04/thailand-new-narcotics-code/story.html

[106] United Nations News. (2023, June 26). Thailand: Moving from punishment to treatment of people who use drugs. UN News. Retrieved from https://news.un.org/en/story/2023/06/1137927

[107] International Federation for Human Rights. (2025, March 27). Thailand: Prison population grows, overcrowding remains unaddressed, annual report finds. FIDH. Retrieved from https://www.fidh.org/en/region/asia/thailand/thailand-prison-population-grows-overcrowding-remains-unaddressed

[108] Department of Corrections (Thailand). (2020). Wikipedia. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Department_of_Corrections_(Thailand)

[109] International Drug Policy Consortium. (2021, December). Thailand reforms drug laws to reduce impacts of criminal justice system. IDPC. Retrieved from https://idpc.net/blog/2021/12/thailand-reforms-drug-laws-to-reduce-impacts-of-criminal-justice-system

[110] United Nations Office on Drugs and Crime. (2023, August). Thailand: Moving from punishment to treatment of people who use drugs. UNODC. Retrieved from https://www.unodc.org/unodc/frontpage/2023/August/thailand_-moving-from-punishment-to-treatment-of-people-who-use-drugs.html

[111] Reuters. (2024, October 2). Myanmar civil war fuels surge in cross-border drug trade, Thailand official says. Reuters. Retrieved from https://www.reuters.com/world/asia-pacific/myanmar-civil-war-fuels-surge-cross-border-drug-trade-thailand-official-says-2024-10-02/

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ไทยแอคทีฟทุกที่ สังคมดีทั่วไทย
activethai.org

รายงานสถานการณ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และข้อเสนอแนะต่อทิศทางการดำเนินงาน ในปี 2569-2571