

ข้อเท็จจริงและตัวเลข

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565–2568
ภายใต้การเปลี่ยนแปลงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Facts and Figures on Alcohol in Thailand 2022–2025
Amidst the Evolution of Alcohol Control Policies



สาวตรี อับณางค์กรชัย
พลเทพ วิจิตรคุณากร
ชญาบุญ เจียรธนภฤติ
บรรณาธิการ



ข้อเท็จจริงและตัวเลข

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565–2568

ภายใต้การเปลี่ยนแปลงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Facts and Figures on Alcohol in Thailand 2022–2025
Amidst the Evolution of Alcohol Control Policies



ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568:
ภายใต้การเปลี่ยนแปลงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Facts and Figures on Alcohol in Thailand 2022-2025: Amidst the Evolution of Alcohol Control Policies ISBN (ebook) 978-616-271-845-8

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568: ภายใต้การเปลี่ยนแปลงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ = Facts and figures on alcohol in Thailand 2022-2025: amidst the evolution of alcohol control policies.-- สงขลา : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2568.

142 หน้า.

1. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์. 2. แอลกอฮอล์ -- กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ 3. กฎหมายสุรา.
- I. สาวิตรี อังณางค์กรชัย. II. ชื่อเรื่อง.

344.0541

ISBN 978-616-271-845-8

บรรณาธิการ

- : สาวิตรี อังณางค์กรชัย ที่ปรึกษา ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พลเทพ วิจิตรคุณากร ผู้อำนวยการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
อาจารย์ประจำสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ชฎานุญ เจียรณภฤติ นักวิชาการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้เขียน

- : สาวิตรี อังณางค์กรชัย ที่ปรึกษา ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พลเทพ วิจิตรคุณากร ผู้อำนวยการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
อาจารย์ประจำสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
มุขัมมัดฟาห์มี ตาเละ นักวิชาการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
กนิษฐา ไทยกกล้า นักสถิติเชี่ยวชาญ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นิษฐา รุ่งเกษม อาจารย์ประจำสาขาวิชานิติศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
จิราลักษณ์ นนทาร์ักษ์ หัวหน้าภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ชฎานุญ เจียรณภฤติ นักวิชาการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศิลปกรรม : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รูปเล่ม • พัชรินทร์ โพธิ์ทอง

ปก • ปณิธิ ลัมธนิตศักดิ์

พิมพ์ที่ : บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992), กทม.

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ธันวาคม 2568 (จำนวน 500 เล่ม)

จัดทำโดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทร. 083 577 5533

สนับสนุนโดย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

คำนิยม

ในสังคมไทย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักเกี่ยวข้องกับการพบปะสังสรรค์ ความผ่อนคลาย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน แต่ในอีกด้านหนึ่ง ข้อมูลจากหลายปีที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า ผลของการดื่มไม่ได้หยุดอยู่เพียงประสบการณ์ของผู้ดื่ม หากยังส่งต่อไปยังสุขภาพ ความปลอดภัยของครอบครัว คุณภาพชีวิตของครอบครัว และภาระทางสังคมในวงกว้าง จึงเป็นเรื่องที่ควรทำความเข้าใจอย่างรอบด้านบนฐานของข้อเท็จจริง

ข้อมูลจากรายงานฉบับนี้สะท้อนภาพที่ชัดเจนว่า แม้ประเทศไทยจะสามารถลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงจากระดับสูงในอดีต เหลือประมาณ 6 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี แต่ยังคงมีประชากรผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 35.2 ที่ดื่มในรอบปี และร้อยละ 16.9 ดื่มหนักในลักษณะที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เบื้องหลังตัวเลขเหล่านี้ คือความสูญเสียที่เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย ทั้งการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากแอลกอฮอล์เฉลี่ยเกือบ 50,000 รายในแต่ละปีต่อแสนประชากร และการเสียชีวิตกว่า 20,000 รายในแต่ละปีต่อแสนประชากร

ยังไม่นับรวม “ความทุกข์เจียม” ของผู้คนจำนวนมาก ครอบครัวที่ต้องเผชิญความรุนแรง เด็กที่เติบโตท่ามกลางความไม่มั่นคง และผู้บริสุทธิ์ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มของผู้อื่น ซึ่งมีถึงร้อยละ 79 ของประชาชนไทย สิ่งเหล่านี้สะท้อนว่า ปัญหาแอลกอฮอล์ไม่ใช่เรื่องของ “คนดื่ม” เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของ “สังคมทั้งหมด” ที่ต้องร่วมกันรับผิดชอบ

ในขณะเดียวกัน สถานการณ์ปัจจุบันยังเผชิญความท้าทายใหม่จากแรงผลักดันทางเศรษฐกิจ การขยายตัวของตลาดมูลค่าหลายแสนล้านบาท และการตลาดรูปแบบใหม่ที่เข้าถึงเยาวชนได้ง่ายขึ้น ความตึงเครียดระหว่าง “ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ” และ “สุขภาวะของประชาชน” จึงกลายเป็นโจทย์สำคัญของสังคมไทยในช่วงเวลานี้

หนังสือ “ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565–2568” เล่มนี้ ไม่ได้เป็นเพียงการรวบรวมข้อมูล แต่เป็น “กระจกสะท้อนความจริง” ที่ช่วยให้เราเห็นทั้งขนาดของปัญหา รากเหง้าของความเสียหาย และทิศทางของนโยบายที่จำเป็นในอนาคต

สำหรับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การสร้างสังคมสุขภาวะไม่อาจเกิดขึ้นได้จากการทำงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่ต้องอาศัยพลังความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เราทุกคนสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงได้ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างค่านิยมใหม่ในการดื่มอย่างรับผิดชอบ การปกป้องเยาวชนจากการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนมากกว่าผลประโยชน์ทางการค้า

เพราะท้ายที่สุดแล้ว การลดปัญหาแอลกอฮอล์ ไม่ใช่เพียงการลดตัวเลขการดื่ม แต่คือการลดความสูญเสียของชีวิต ลดความทุกข์ของครอบครัว และเพิ่มโอกาสให้สังคมไทยก้าวไปสู่นาคตที่มีสุขภาวะอย่างแท้จริง

ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นทั้ง “ฐานความรู้” และ “พลังขับเคลื่อน” ที่ช่วยให้สังคมไทยร่วมกันออกแบบทางเลือกใหม่ เพื่อจัดการปัญหาแอลกอฮอล์อย่างยั่งยืน

นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์

ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

คำนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประเด็นที่มีความซับซ้อน ครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย ซึ่งมีประวัติการผลิตและบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มายาวนานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับกระแสโลกาภิวัตน์ การขยายตัวของตลาด และอิทธิพลทางการตลาด ทำให้รูปแบบการดื่มของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะเดียวกัน ผลกระทบด้านสุขภาพและสังคมจากการดื่มสุราก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประเทศไทยต้องปรับนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ทันต่อพลวัตเหล่านี้

หนังสือ “ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565–2568: ภายใต้การเปลี่ยนแปลงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอ ข้อมูลสถานการณ์ล่าสุดด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและบริบททางสังคมที่สำคัญ ทั้งในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ การตลาดและวาทกรรมทางสังคม ตลอดจนการปรับปรุงกฎหมายและมาตรการควบคุมในระดับประเทศ โดยเนื้อหาในหนังสือเล่มนี้อาศัยข้อมูลจากแหล่งสำคัญระดับชาติและระดับนานาชาติ เช่น ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมสรรพสามิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อสร้างภาพรวมที่ครบถ้วนของสถานการณ์แอลกอฮอล์ในประเทศไทย ทั้งในเชิงปริมาณการบริโภค ความสุขของนักดื่ม การดื่มนอกระบบภาษี ภาวะผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ (AUDs) รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นในสังคม นอกจากนี้ หนังสือยังนำเสนอการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 อาทิ กฎกระทรวงการผลิตสุรา พ.ศ. 2565 และพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 ซึ่งมีผลต่อโครงสร้างตลาด การผลิต การเข้าถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชน โดยได้วิเคราะห์ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทั้งในมิติสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงที่สำคัญสำหรับนักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และเครือข่ายภาคประชาสังคม ตลอดจนจนเป็นเครื่องมือสนับสนุนการกำหนดนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างยั่งยืน อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทยในระยะยาว

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณ คุณรุ่งอรุณ ลิ้มพิทักษ์ธณ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก (สำนัก 1) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ คุณธีระ วัชรปราณี ผู้อำนวยการสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) นพ.นิพนธ์ ชินานนท์เวช ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) และบุคลากร สคอ. สำหรับการสนับสนุนการทำงานร่วมกันมาโดยตลอด ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยให้เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	1
บทนำ	7
บทที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง	17
1.1 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร	20
1.2 จำนวนนักดื่มและความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย	25
1.3 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ในวัยรุ่นไทย	32
1.4 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี	35
บทที่ 2 ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	43
2.1 จำนวนและความชุกของภาวะความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์	44
2.2 แนวโน้มการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะความผิดปกติ จากการดื่มแอลกอฮอล์ (พ.ศ. 2562-2567)	47
2.3 ภาระโรคจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	51
2.4 ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น	56
บทที่ 3 อุตสาหกรรมและตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: สถานการณ์ระดับโลกและในประเทศไทย	59
3.1 ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลก	60
3.2 สภาวะตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกที่กำลังเผชิญความท้าทาย	61
3.3 กลยุทธ์หลักในการปรับตัวของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	62
3.4 การปรับตัวของตลาดผู้ผลิตรายใหญ่และรายย่อยในประเทศไทย	66
3.5 ตลาดและอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย	67
3.6 การตลาดและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนอินเทอร์เน็ตประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568	70

	หน้า
บทที่ 4 พลวัตของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย	75
4.1 การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2565-2568	79
4.2 สรุปกฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะสามปีในประเทศไทย	85
บทที่ 5 ผลของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย	91
5.1 ความเชื่อมโยงระหว่างเศรษฐกิจ การบริโภคแอลกอฮอล์ และสุขภาพ	92
5.2 ประสิทธิภาพของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551	94
5.3 ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศไทย	96
5.4 การเปลี่ยนแปลงอัตราและโครงสร้างภาษีสรรพสามิต	97
5.5 การผ่อนปรนข้อกำหนดเกี่ยวกับการจำกัดด้านวัน เวลา และสถานที่ขายและดื่ม	102
5.6 ผลกระทบทางเศรษฐกิจสุขภาพและสังคม หากมีการยกเลิกการกำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	106
5.7 ผลกระทบทางเศรษฐกิจสุขภาพและสังคม หากมีการกำหนดพื้นที่พิเศษเพื่อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับการท่องเที่ยวข้ามค่าคืน	107
5.8 การศึกษาผลกระทบของการขยายเวลาเปิดสถานบริการในพื้นที่นำร่องเพื่อกระตุ้นการท่องเที่ยวข้ามค่าคืน	110
5.9 พลวัตของการเปลี่ยนแปลงกฎหมายเกี่ยวกับการผลิตสุรา: จากสุราก้าวหน้าสู่การผ่อนปรนข้อจำกัด	115
5.10 ผลของการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา	119
บทที่ 6 ความคิดเห็นและความรอบรู้ของประชาชนไทยต่อสถานการณ์และนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	125
6.1 ความคิดเห็นต่อนโยบายแนวเสรีนิยมของพรรคการเมือง (พ.ศ. 2566)	126
6.2 ความรอบรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของแอลกอฮอล์ (พ.ศ. 2568)	129
6.3 ความเข้าใจและความคิดเห็นต่อนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	132
6.4 วาทกรรมสังคมเกี่ยวกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พ.ศ. 2565-2568)	134

บทสรุปผู้บริหาร

**ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565–2568:
ภายใต้การเปลี่ยนแปลงนโยบายควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์**

หนังสือเล่มนี้เป็นการนำเสนอภาพรวมสถานการณ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่บริบททางสังคม นโยบาย และกฎหมายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตึงเครียดระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและการพิจารณาด้านสาธารณสุข การทราบพลวัตเหล่านี้จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถออกแบบมาตรการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน เพื่อลดภาระสุขภาพและสังคมจากการบริโภคเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในระยะยาว

1. สถานการณ์โดยรวม

การบริโภคเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย แม้ประเทศจะมีกฎหมายและนโยบายควบคุมที่เข้มแข็ง แต่แรงผลักดันจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การตลาด และแนวโน้มการผ่อนคลายกฎหมายในช่วงหลัง ยังคงเป็นความท้าทายต่อการรักษาผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ได้มาอย่างต่อเนื่องในสองทศวรรษที่ผ่านมา

ประเทศไทยมีพัฒนาการด้านนโยบายสำคัญ เช่น พระราชบัญญัติ (พรบ.) ควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ระยะที่สอง (พ.ศ. 2564–2570) ที่ตั้งเป้าหมายลดปริมาณการบริโภคและผลกระทบจากแอลกอฮอล์ลงอย่างต่อเนื่อง

2. พฤติกรรมการบริโภคและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

1. ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (alcohol per capita consumption; APC)

- o ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ประมาณ 6 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปี ใน พ.ศ. 2566–2567 ซึ่งลดลงจากระดับสูงสุดที่มากกว่า 8 ลิตรในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2550 และคงที่ในระดับต่ำกว่า 7 ลิตรตลอด 15 ปีที่ผ่านมา

2. การดื่มในรอบ 12 เดือนล่าสุด

- o ประชากรผู้ใหญ่ร้อยละ 28.3 ดื่มในรอบ 12 เดือนล่าสุด
- o เพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิงกว่า 3 เท่า

3. การดื่มหนัก (heavy episodic drinking)

- o ประชากรผู้ใหญ่ ร้อยละ 10.6 ดื่มหนัก
- o การดื่มหนักพบบ่อยในกลุ่มอายุ 25–44 ปี

4. ภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorder; AUD)

- o ความซุกของภาวะติดสุรา (alcohol dependence): ในช่วงชีวิต ลดจากร้อยละ 4.1 (พ.ศ. 2556) เป็นร้อยละ 2.5 (2566) และในรอบ 12 เดือน ลดจากร้อยละ 1.8 (พ.ศ. 2556) เป็นร้อยละ 0.5 (พ.ศ. 2566)
- o ความซุกของการดื่มแบบอันตราย (harmful use or alcohol abuse): ในช่วงชีวิต ลดจากร้อยละ 13.9 (พ.ศ. 2556) เป็นร้อยละ 9.9 (พ.ศ. 2566) และในรอบ 12 เดือน ลดจากร้อยละ 3.5 (พ.ศ. 2556) เป็นร้อยละ 1.8 (พ.ศ. 2566)

5. ผู้ป่วยจากแอลกอฮอล์ในระบบบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2567

- o ผู้ป่วยนอก 249,769 ราย แนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565
- o ผู้ป่วยใน 102,386 ราย แนวโน้มค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560

ปริมาณการบริโภคลดลงอย่างต่อเนื่องหลังการบังคับใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 สะท้อนประสิทธิผลของมาตรการทางกฎหมายและการรณรงค์ทางสังคมอย่างยั่งยืน



3. ผลกระทบทางสุขภาพและสังคม

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิด

- การเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-attributable illnesses and injuries) เฉลี่ย 49,644 คนต่อปี (เพศชาย 40,407 คน และเพศหญิง 9,237 คน) ในปี พ.ศ. 2558–2564
- อัตราการเจ็บป่วยต่อประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 58.45 รายต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2558 เป็น 131.94 ราย ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2564 (เพศชาย 246.57 รายต่อประชากร 100,000 คน และเพศหญิง 25.85 รายต่อประชากร 100,000 คน)
- การเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-attributable deaths) เฉลี่ย 20,039 คนในแต่ละปี (เพศชาย 17,726 ราย และเพศหญิง 2,312 ราย)
- อัตราการเสียชีวิตที่ปรับตามอายุ (age-standardized death rates) ต่อประชากร 100,000 คน ที่เกิดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ 35.93 ราย ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2564 (เพศชาย 64.52 รายต่อประชากร 100,000 คน และเพศหญิง 9.44 รายต่อประชากร 100,000 คน)

สาเหตุสำคัญของภาวะโรค ได้แก่

- อุบัติเหตุทางถนน
- โรคตับแข็งและตับอักเสบจากแอลกอฮอล์
- โรคมะเร็งตับและมะเร็งช่องปาก
- ความรุนแรงในครอบครัวและปัญหาสุขภาพจิต

ประชากรกลุ่มเปราะบางยังได้รับ “ภัยหล้ามือสอง” อย่างกว้างขวาง

- ในปี พ.ศ. 2567 ประชาชนร้อยละ 79.0 เคยได้รับผลกระทบจากการดื่มของผู้อื่นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยค่าใกล้เคียงกับผลสำรวจปี พ.ศ. 2556 (ร้อยละ 82.0)
- เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2556 ผลกระทบบางประเภทมีการลดลงอย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในที่สาธารณะ (จากร้อยละ 38.3 เหลือ 16.0) และความรู้สึกหวาดกลัวเมื่อเผชิญหน้ากับผู้ดื่มในที่สาธารณะ (จากร้อยละ 33.2 เหลือ 16.1)



4. โครงสร้างตลาดและแนวโน้มอุตสาหกรรม

1. ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีมูลค่าประมาณ 3 แสนล้านบาท ในช่วงปี พ.ศ. 2568–2570 ปริมาณการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยโดยรวมคาดว่าจะเติบโตในอัตราต่ำที่ร้อยละ 1.0–2.0 ต่อปี

2. ตลาดเบียร์มีมูลค่าราว 2 แสนล้านบาท และตลาดสุรามีมูลค่าราว 1.2 แสนล้านบาท

3. แรงผลักดันให้ตลาดมีการเติบโตมาจากการฟื้นตัวของการท่องเที่ยวและกิจกรรมทางสังคมในประเทศที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ผลิตต้องขยายกำลังการผลิตเพื่อรองรับความต้องการโดยเฉพาะในกลุ่มสินค้าพรีเมียมและคราฟต์

4. เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์สำเร็จรูปและคราฟต์เบียร์มีแนวโน้มเติบโตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใช้ช่องทางออนไลน์

5. ตลาดแอลกอฮอล์ของไทยยังคงอยู่ในภาวะกึ่งผูกขาด โดยกลุ่มทุนหลักเพียง 2 ราย ซึ่งครองส่วนแบ่งตลาดส่วนใหญ่

6. การออกกฎหมายใหม่ ได้แก่

- o กฎกระทรวงการผลิตสุรา พ.ศ. 2565
- o พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 ซึ่งมุ่งส่งเสริมการผลิตรายย่อยและวิสาหกิจชุมชน แต่จำเป็นต้องติดตามผลกระทบด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด

5. ผลของนโยบายและแนวโน้มปัจจุบัน

มาตรการที่มีประสิทธิผลสูง ได้แก่

- การเก็บภาษีตามระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์
- การจำกัดเวลาและสถานที่จำหน่าย
- การห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย
- การเพิ่มอายุขั้นต่ำผู้ซื้อเป็น 20 ปี
- การรณรงค์ระดับชุมชน เช่น งดเหล้าเข้าพรรษา

อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เป็นต้นมา มีแนวโน้มผ่อนคลายกฎหมายเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ เช่น

- การขยายเวลาเปิดสถานบริการถึง 04.00 น. ในพื้นที่นำร่อง
- การผลักดันการปฏิรูปกฎหมายสุรา เพื่อเปิดเสรีการผลิต



ผลสำรวจประชาชนในปี พ.ศ. 2567 พบว่า

- ร้อยละ 60 ไม่เห็นด้วยกับการขยายเวลาเปิดสถานบริการ
- ร้อยละ 70 เห็นว่า ควรเข้มงวดมากขึ้นในการควบคุมการขายและโฆษณา

6. ความท้าทายสำคัญ

1. แรงผลักดันจากภาคธุรกิจและการท่องเที่ยวอาจนำไปสู่การขยายการบริโภค
2. การตลาดรูปแบบใหม่ผ่านสื่อออนไลน์และโซเชียลมีเดียควบคุมได้ยาก
3. การดื่มในกลุ่มเยาวชนหญิงและวัยทำงานเริ่มเพิ่มขึ้นในบางพื้นที่
4. การบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ยังไม่สม่ำเสมอ

7. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการลด “การบริโภคแบบเป็นอันตราย (Harmful use of alcohol)” ลงอย่างน้อยร้อยละ 20 ภายในปี พ.ศ. 2573 ตามกรอบ SDG 3.5 และแผนปฏิบัติการระดับชาติ ควรแนวทางดังนี้

7.1 คงความเข้มแข็งของมาตรการด้านอุปสงค์

- รักษาอัตราภาษีตามระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ และปรับตามอัตราเงินเฟ้อ
- จำกัดการโฆษณา การสื่อสารการตลาด และการขายออนไลน์ให้มีขอบเขตที่ชัดเจน
- สนับสนุนการรณรงค์ลดการดื่มต่อเนื่องในระดับชุมชน

7.2 เสริมความเข้มแข็งด้านอุปทาน

- ควบคุมการผลิตรายย่อยให้มีมาตรฐานความปลอดภัยและไม่กระตุ้นการบริโภค
- ส่งเสริมการผลิตเพื่อวัฒนธรรมและเศรษฐกิจชุมชนโดยไม่ขัดกับนโยบายสาธารณสุข

7.3 ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และภัยเหล้ามือสอง

- พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ในโรงเรียนและสื่อเยาวชน
- สร้างระบบช่วยเหลือครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการดื่ม

7.4 พัฒนาระบบบริการและการบำบัดรักษา

- บูรณาการบริการภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุราเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- สนับสนุนบริการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน



7.5 สร้างระบบข้อมูลและการวิจัยต่อเนื่อง

- จัดตั้งศูนย์ข้อมูลระดับชาติด้านแอลกอฮอล์ เพื่อการติดตามภาวะโรคและนโยบาย
- สนับสนุนการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย



บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่ฝังรากลึกในหลายวัฒนธรรมทั่วโลก ระดับและรูปแบบการบริโภคได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลากหลาย ทั้งพลวัตทางประวัติศาสตร์ การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วัฒนธรรม สถานะทางเศรษฐกิจ แนวโน้มการตลาด รวมถึงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บังคับใช้ในแต่ละประเทศ ในระดับบุคคล ปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ ความเปราะบางทางชีวภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม ล้วนกำหนดพฤติกรรมการดื่ม ความเชื่อทางสังคมที่สนับสนุนการดื่มและการสื่อสารการตลาดที่คลุมเครือเกี่ยวกับโทษและประโยชน์ของการดื่ม ยิ่งส่งเสริมการบริโภค ทำให้เกิดความล่าช้าในการแสวงหาและเข้ารับบริการสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งมีผลต่อการดำเนินการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ทำให้มึนเมาและก่อให้เกิดการเสพติดได้ หลักฐานวิชาการต่างยืนยันว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ แม้ว่าผลกระทบต่อสุขภาพจะแตกต่างกันระหว่างผู้ดื่มแต่ละคน ในระดับประชากร การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าในระดับใดก็ตาม ล้วนสัมพันธ์กับอันตรายสุขภาพที่ป้องกันได้ จากภาวะทางสุขภาพหลายประการ เช่น การบาดเจ็บ ความผิดปกติจากการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders; AUDs) โรคมะเร็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอันตรายต่อบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ดื่ม อันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงผลกระทบด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรม ค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียผลผลิตของแรงงานและการว่างงาน และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานที่อาจจะประมาณค่าเป็นต้นทุนได้ยาก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเป็นอันตรายยังสามารถส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นได้

เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และคนแปลกหน้า หนึ่งในผลกระทบที่เห็นได้ชัดที่สุดต่อบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ดื่มคือ การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดกลุ่มภาวะความผิดปกติของทารกที่สัมผัสแอลกอฮอล์ขณะอยู่ในครรภ์มารดา (fetal alcohol spectrum disorders; FASDs) ซึ่งเป็นที่มาของการกล่าวหาว่า ไม่มีระดับปริมาณที่ปลอดภัยสำหรับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกช่วงของการตั้งครรภ์¹

ในระดับโลก ความตระหนักและการยอมรับต่อผลกระทบเชิงลบโดยรวมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชากรยังคงต่ำในหมู่ผู้กำหนดนโยบายและประชาชนทั่วไป สิ่งนี้ได้รับอิทธิพลจากการสื่อสารเชิงพาณิชย์และการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่มีการควบคุมที่ดี ซึ่งทำให้ความพยายามในการควบคุมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกลดความสำคัญลงเมื่อเทียบกับปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ การระบาดของโควิด-19 ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของนโยบายและระบบสุขภาพที่เหมาะสมในการลดการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างที่ประเทศมีภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ²

ภาวะด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ด้วยการตระหนักถึงคุณสมบัติของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้มีเมเมา เป็นพิษ และการเสพติด จึงมีความพยายามในการควบคุมการผลิต การจัดจำหน่าย และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาโดยตลอด การปกป้องสุขภาพของประชากรโดยการป้องกันและลดการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นความสำคัญสูงสุดด้านสาธารณสุข และควรเป็นจุดเน้นของนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดำเนินการในระดับต่าง ๆ³

¹ World Health Organization. (2024, June 25). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.

² World Health Organization. (2024). *Global action alcohol plan 2022–2030*. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

³ Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., & Sornpaisarn, B. (2023). *Alcohol: No Ordinary commodity - Research and public policy*. Oxford University Press.



สำหรับประเทศไทย ในฐานะประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีรายได้ปานกลางและมีมรดกทางวัฒนธรรมอันยาวนาน ได้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา การขยายตัวของชนชั้นกลางและการได้รับอิทธิพลจากการตลาดทั่วโลก มีส่วนทำให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง ซึ่งนำมาซึ่งความกังวลด้านสาธารณสุขเนื่องจากความเชื่อมโยงระหว่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับอันตรายหลายประการ เช่น อุบัติเหตุทางจราจร โรคตับ ความรุนแรงในครอบครัว

บทนำนี้จะกล่าวถึงภาพรวมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งมีส่วนอย่างมากต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย ก่อนที่จะนำไปสู่สถานการณ์ด้านการบริโภค การตลาด ผลกระทบ และการตอบสนองทางนโยบายในบทต่อไป

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริบทประเทศไทย: จากอดีตสู่ปัจจุบัน

พฤติกรรมการบริโภคและทัศนคติต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยเป็นการผสมผสานที่ซับซ้อนระหว่างประเพณีวัฒนธรรม กิจกรรมทางสังคม และข้อกังวลด้านสาธารณสุขที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป ในอดีต การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีความเชื่อมโยงกับพิธีกรรมทางศาสนาและสังคมอย่างใกล้ชิด แอลกอฮอล์มีบทบาทหลายด้านในสังคม โดยเฉพาะสาโท ซึ่งเป็นไวน์ข้าวเหนียวที่ฝังรากลึกในชีวิตชนบท ในขณะที่เบียร์และสุราแบรนด์ต่างประเทศกลายเป็นที่นิยมมากขึ้นในเขตเมือง ความหลากหลายนี้สร้างความขัดแย้งอย่างต่อเนื่อง เพราะแม้การบริโภคแอลกอฮอล์มักเป็นที่ยอมรับทางสังคมและรวมอยู่ในงานเฉลิมฉลองและการรวมกลุ่ม แต่ก็ยังก่อให้เกิดความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น อัตราการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น^{4,5}

⁴ Talek, M., Vichitkunakorn, P., Assanangkornchai, S., & Wichaidit, W. (2024). Global alcohol policy implementation in Thailand: A narrative review. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 12(S1), S18–S27.

⁵ Thamarangsi, T. (2006). Thailand: alcohol today. *Addiction* 101(6): 783-787.



การเติบโตทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ตลอดสามทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างลึกซึ้งซึ่งต่อรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเทศไทยได้เปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรมและเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยการส่งออก เศรษฐกิจของประเทศไทยมีการเติบโตเฉลี่ยปีละร้อยละ 7.5 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533–2539 ก่อนจะประสบวิกฤตการณ์การเงินในภาคพื้นเอเชียระหว่างปี พ.ศ. 2540–2541 หลังจากนั้น การเติบโตก็กลับมาอีกครั้ง แม้จะลดลงเป็นร้อยละ 5 ต่อปีระหว่างปี พ.ศ. 2542–2548 รายได้ต่อหัวเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 740 ดอลลาร์ในปี พ.ศ. 2523 เป็น 7,080 ดอลลาร์ในปี พ.ศ. 2562 มาตรฐานการครองชีพดีขึ้น และอัตราความยากจนของประเทศลดลงจากร้อยละ 42.5 ในปี พ.ศ. 2543 เหลือร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2564 การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วนี้ได้กระตุ้นการขยายตัวของเมือง การพัฒนาอุตสาหกรรม และการขยายตัวของชนชั้นกลาง ส่งผลให้รายได้สำหรับการใช้จ่ายใช้สอย (disposable income) เพิ่มขึ้นและการเปิดรับวัฒนธรรมการบริโภคทั่วโลก รวมถึงการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานาชาติ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต นอกจากนี้ การขยายตัวของความเป็นเมือง (urbanization) และการอพยพจากพื้นที่ชนบทได้ทำลายโครงสร้างชุมชนและบรรทัดฐานทางสังคมดั้งเดิม ซึ่งเป็นกลไกที่ไม่เป็นทางการในการควบคุมแอลกอฮอล์ การเข้าถึงสื่อที่เพิ่มขึ้นและทัศนคติทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปมีส่วนทำให้กิจกรรมยามว่างมีความหลากหลายและมีการรับรู้การบริโภคแอลกอฮอล์เปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเฉพาะในหมู่นักรุ่นใหม่ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสาธารณสุข⁶

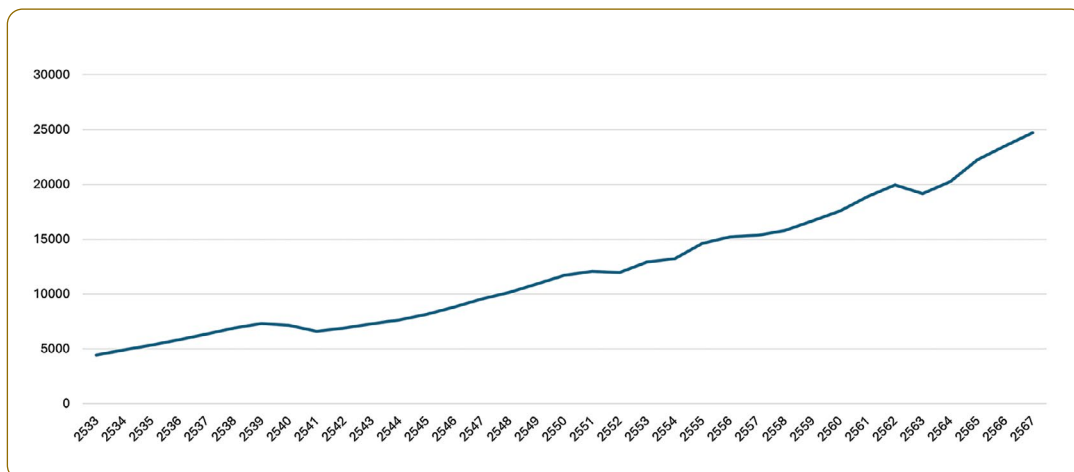
อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประเทศไทยได้ชะลอตัวลงตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2550 โดยมีการเติบโตของการลงทุนค่อนข้างอ่อนแอ ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้และทรัพย์สินยังคงสูง อัตราความยากจนที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559, 2561 และ 2563 สะท้อนให้เห็นถึงเศรษฐกิจที่ชะลอตัว รายได้จากภาคเกษตรและธุรกิจที่ซบเซา และผลกระทบจากวิกฤตการณ์โควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 ประชากรในเมืองร้อยละ 5.4 และประชากรในชนบทร้อยละ 8.6 ใช้ชีวิตอยู่กับความยากจน โดยมีระดับความยากจนสูงที่สุดในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁷ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้ได้วางรากฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการบริโภคและนโยบายแอลกอฮอล์ โดยต่อยอดจากรากฐานทางประวัติศาสตร์อันยาวนานของการผลิตและการใช้แอลกอฮอล์แบบดั้งเดิม

⁶ World Bank Group. (2025, October). *The World Bank In Thailand*. <https://www.worldbank.org/en/country/thailand/overview>

⁷ Ratanawaraha, A. (2024). Thailand: An Urban Country. *Kyoto Review of Southeast Asia*, 2024(38).



ภาพ ก. ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศตามกำลังซื้อต่อหัว (Gross Domestic Product (GDP) per capita based on Purchasing Power Parity (PPP), หน่วยเป็น current international \$) ของประเทศไทย พ.ศ. 2533–2567



แหล่งข้อมูล: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?end=2024&start=1990>

การผลิตและการบริโภคแอลกอฮอล์แบบดั้งเดิม

สังคมไทยได้พัฒนากระบวนการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา เครื่องดื่มพื้นเมืองดั้งเดิม โดยเฉพาะไวน์ข้าวเหนียวที่เรียกว่า “สาโท” ซึ่งมีต้นกำเนิดจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ถูกผลิตในชุมชนชนบทโดยใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น เครื่องดื่มพื้นเมืองดั้งเดิมที่พบบ่อยอีกชนิดหนึ่ง คือ กระแช่ (หรือน้ำตาลเมา) ซึ่งทำโดยการหมักน้ำเลี้ยงจากต้นตาลหรือต้นมะพร้าว ให้รสหวานอมเปรี้ยว การย้ายถิ่นฐานภายในประเทศมีส่วนทำให้การบริโภคผลิตภัณฑ์ดั้งเดิมเหล่านี้ขยายตัว โครงการของรัฐบาลไทยในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในระดับตำบล หรือที่เรียกว่า “โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP)” ซึ่งเริ่มแรกเปิดตัวในปี พ.ศ. 2544 ได้ให้เงินทุนและสิ่งจูงใจสำหรับการผลิตสาโทและกระแช่ในเชิงพาณิชย์ และขยายตลาดและฐานผู้บริโภค⁸

⁸ Wikipedia. (2025). "One Tambon One Product." https://en.wikipedia.org/wiki/One_Tambon_One_Product



ในอดีต แอลกอฮอล์ยังเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนโบราณ ร้านขายยาสมุนไพร (เครื่องยา) ที่เตรียมโดยการหมักสมุนไพรในเหล้าเป็นภาพที่พบเห็นได้ทั่วไปในกรุงเทพฯ เมื่อ 70–80 ปีก่อน ยารักษาโรคเหล่านี้จะบริโภคพร้อมกับเหล้าหนึ่งช็อตและผลไม้รสเปรี้ยว แม้ว่าร้านค้าเหล่านี้ส่วนใหญ่จะหายไปเนื่องจากกฎหมายที่ออกมาในระยะต่อมา แต่ยาตองเหล้าแบบสมัยใหม่ยังคงมีอยู่ในงานวัดซึ่งมักจะทำการตลาดโดยอ้างสรรพคุณด้านสุขภาพ ในอดีต เครื่องดื่มเหล่านี้มีบทบาทนอกเหนือจากการบริโภคทั่วไป มีการนำไปใช้ในการเข้าสังคม พิธีกรรมประกอบการเกษตร และพิธีทางศาสนา สาทิรวมทั้งเครื่องดื่มหมักอื่น ๆ เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องเซ่นไหว้ที่ใช้ในงานสำคัญของชีวิตในชุมชน กระบวนการผลิตเหล้า ซึ่งมักจะส่งต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกับแนวปฏิบัติทางวัฒนธรรมและทรัพยากรท้องถิ่น^{9,10}

ทัศนคติและนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อประเทศไทยเริ่มพัฒนาให้ทันสมัยและมีความสัมพันธ์กับประเทศทางตะวันตกในช่วงราว พ.ศ. 2400–2500 (คริสต์ศตวรรษที่ 19 ถึงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20) การจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในเชิงพาณิชย์ก็เพิ่มขึ้น การไหลเข้ามาของสุราต่างชาติและเทคนิคการผลิตเบียร์นี้เริ่มส่งผลกระทบต่อรูปแบบการบริโภคแบบดั้งเดิม และเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ของการบริโภคแอลกอฮอล์ การรับรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์เปลี่ยนไปจากเครื่องดื่มมาเป็นผลิตภัณฑ์นันทนาการที่สร้างรายได้ และเป็นเครื่องมือสำหรับการท่องเที่ยว มาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ก็พัฒนาควบคู่ไปกับภูมิทัศน์ของการบริโภคแอลกอฮอล์ ในอดีตการบริโภคแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นที่ยอมรับในหมู่ชาวไร่ชาวนาเวลาว่างเฉลิมฉลองพิเศษทางศาสนาและสังคม โดยไม่มีการเก็บภาษี การเก็บภาษีแอลกอฮอล์เริ่มขึ้นในช่วง พ.ศ. 2200 (คริสต์ศตวรรษที่ 17) ครอบคลุมทั้งการผลิตและการขายแอลกอฮอล์ การเข้ามาของผู้อพยพชาวจีนในในช่วง พ.ศ. 2300 (คริสต์ศตวรรษที่ 18) ได้นำความรู้เกี่ยวกับการกลั่นและการจำหน่ายแอลกอฮอล์เข้ามาในประเทศไทย ซึ่งในขณะนั้นรู้จักกันในชื่อสยาม รัฐมองว่า แอลกอฮอล์เป็นแหล่งรายได้ที่สร้างผลกำไร และได้ดำเนินมาตรการเพื่อส่งเสริมให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำหน่ายอยู่เสมอ แต่รัฐบาลสยามในช่วงนั้นสั่งห้ามการผลิตที่บ้าน จึงสร้างการผูกขาดการผลิตแอลกอฮอล์ และเก็บภาษีสรรพสามิตเพื่อสร้างรายได้ให้

⁹ Sukphisit, S. (2012). Thai liquor: In a glass of its own. *Bangkok Post*.

¹⁰ Moolasart, J., & Chirawatkul, S. (2012). Drinking culture in the Thai-Isaan context of northeast Thailand. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 43(3), 795-807.



กับรัฐ สยามได้เปลี่ยนชื่อเป็นประเทศไทยก่อนเกิดสงครามโลกครั้งที่สอง หลังสงคราม มีการออกพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493¹¹ ซึ่งกำหนดให้ผู้ผลิตต้องได้รับใบอนุญาตจากรัฐ โดยรัฐกำหนดให้ผู้อนุญาตต้องแสดงให้เห็นถึงขีดความสามารถในการผลิตเชิงอุตสาหกรรม ดังนั้น กฎหมายดังกล่าวจึงถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า เอื้อประโยชน์ต่อบริษัทขนาดใหญ่มากกว่าวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม¹²

จนกระทั่งในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2568 ตลาดแอลกอฮอล์ของประเทศไทยมีภาวะกึ่งผูกขาดโดยพหุติณัย ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มธุรกิจสองแห่ง แต่มีการออกมาตรการล่าสุด ได้แก่ กฎกระทรวงการผลิตสุรา พ.ศ. 2565 (ออก ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565)¹³ และพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 (ออก ณ วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2568)¹⁴ ซึ่งเป็นการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเดิมคือพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มาตรา 153 ที่ว่าด้วยเรื่องกำหนดขอบเขตในการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการขออนุญาต และการอนุญาตผลิตสุรตามกฎกระทรวง เพื่อสนับสนุนวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (small and medium enterprises; SMEs) และการผลิตเบียร์ในชุมชน

การพัฒนาในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป)

การก่อตั้งอุตสาหกรรมการผลิตแอลกอฮอล์ที่ควบคุมโดยรัฐทำให้รัฐบาลไทยมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในการควบคุมตลาด ควบคุมการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น และสร้างรายได้ ข้อกังวลด้านสาธารณสุขเริ่มเกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนานี้ แม้ว่ามาตรการควบคุมการผลิตจะยังคงจำกัดอยู่ รวมทั้งรัฐให้ความสนใจผลกระทบทางสังคมและสุขภาพจากการบริโภคแอลกอฮอล์น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการควบคุมการผลิตและการค้าแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ความตึงเครียดระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและข้อพิจารณาด้านสาธารณสุขเริ่มก่อตัวขึ้น ในที่สุดประเทศไทยก็ได้พัฒนากรอบนโยบายที่ครอบคลุมสำหรับแอลกอฮอล์ในคริสต์ศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป)

¹¹ พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493. (2493, 6 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 67 ตอนที่ 16. https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/mjaw/mte5/~edisp/webportal_16200119666.pdf

¹² พระไพศาล วิสาโล. (2568). ตำนานแห่งการเสพสุรา เหล้า คือ - ยาเสพติดมีนเมา ถูกนำมฤตเวโรหิต. ศิลปวัฒนธรรม ฉบับวันที่ 4 สิงหาคม 2568. http://www.silpa-mag.com/history/article_25141

¹³ กฎกระทรวงการผลิตสุรา พ.ศ. 2565. (2565, 1 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนที่ 68 ก. หน้า 1-10. <https://lawelcs.excise.go.th/lawdetail?id=7287>

¹⁴ พระราชบัญญัติ ภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568. (2568, 5 มิถุนายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 142 ตอนที่ 38 ก. หน้า 13-16. <https://lawelcs.excise.go.th/lawdetail?id=9124>



กฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551¹⁵ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต¹⁶ และ พระราชบัญญัติจรรยาบรรณ¹⁷

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้รวมข้อจำกัดเกี่ยวกับการจำหน่าย แอลกอฮอล์ การตลาดแอลกอฮอล์ และการเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดรักษาในหมู่ผู้ที่มีปัญหาจากการ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พระราชบัญญัติดังกล่าวห้ามการโฆษณาแอลกอฮอล์ที่ส่งเสริม การบริโภค แต่อนุญาตให้โฆษณาและกิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลหรือเนื้อหาที่สร้างสรรค์สังคม โดยไม่แสดงภาพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือบรรจุภัณฑ์ นอกจากนี้ ยังห้ามการขายแอลกอฮอล์ในสถาน ที่เฉพาะ เช่น ศาสนสถาน สถานพยาบาล โรงเรียน สถานบริการน้ำมัน และสวนสาธารณะของรัฐ พระราชบัญญัติดังกล่าวยังกำหนดข้อจำกัดเกี่ยวกับชั่วโมงและวันทำการขาย ห้ามวิธีการขายบางอย่าง (เช่น การใช้เครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ การเร่ขาย การให้ส่วนลด บริการพิเศษ และการให้ตัวอย่างฟรี) และเพิ่มอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 20 ปี

นอกเหนือจากมาตรการควบคุมโดยตรงตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้แล้ว ประเทศไทยยังใช้ภาษีสรรพสามิต ตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ภาษี มูลค่าเพิ่ม (ร้อยละ 7) ภาษีศุลกากรสำหรับเครื่องดื่มนำเข้า ภาษีเพื่อราชการส่วนท้องถิ่น หรือภาษี เพื่อมหาดไทย (ร้อยละ 10) และภาษีเพิ่มอีกรวมร้อยละ 7.5 (earmark tax) เพื่อใช้เป็นเงินบำรุงเข้า กองทุนและองค์กรต่าง ๆ 4 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) องค์กรกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (Thai Public Broadcasting Service; ThaiPBS) กองทุนพัฒนาการกีฬา และกองทุนกองทุนผู้สูงอายุ¹⁸

นอกจากนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาคาการดื่มแล้วขับ ประเทศไทยได้เพิ่มความเข้มงวดของมาตราที่ เกี่ยวข้องในพระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. 2565 โดยยังคงกำหนดขีดจำกัดแอลกอฮอล์ในเลือด

¹⁵ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. (2551, 13 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 125 ตอนที่ 33 ก. หน้า 34-49. <https://odpc9.ddc.moph.go.th/DPC5/2.2.pdf>

¹⁶ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560. <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/mzm5/~edisp/uatucm339924.pdf>

¹⁷ พระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. 2565. (2565, 7 พฤษภาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 179 ตอนที่ 28 ก. หน้า 5-22. https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/A/028/T_0005.PDF

¹⁸ สลาวิตรี อัมฆางค์กรชัย, และอรทัย วลีวงศ์ (บรรณาธิการ). (2563) *รายงานสถานการณ์การดำเนินนโยบายควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2551-2561*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



(blood alcohol concentration; BAC) ยังคงอยู่ที่ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์สำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป แต่ปรับเป็น 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์สำหรับกลุ่มเปราะบางสี่กลุ่ม ได้แก่ ผู้ขับขี่อายุต่ำกว่า 20 ปี ผู้ขับขี่ที่มีใบอนุญาตขับขี่ชั่วคราว ผู้ขับขี่ที่มีประเภทใบอนุญาตขับขี่ไม่ถูกต้อง และผู้ขับขี่ที่มีใบอนุญาตถูกเพิกถอนหรือระงับ หลังจากการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายเหล่านี้ ปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากร (alcohol per capita consumption; APC) และความชุกของการดื่มในประชากรไทยยังคงค่อนข้างคงที่เกือบสองทศวรรษ แม้ว่ารายได้ต่อหัวจะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงเวลาเดียวกัน¹⁹ อย่างไรก็ตาม มาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า เข้มงวดเกินไปสำหรับผู้ผลิตขนาดเล็กและขนาดกลาง²⁰

หนังสือเล่มนี้เป็นการนำเสนอภาพรวมสถานการณ์ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านนโยบาย กฎหมาย และบริบททางสังคมที่สำคัญ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบที่เกี่ยวข้อง ในด้านปัญหาสุขภาพและการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตัวผู้ดื่มเอง และปัญหาทางสุขภาพและสังคมที่เป็นผลมาจากการดื่มของผู้อื่น รวมทั้งความรู้และความคิดเห็นของประชาชนต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย 2) ลักษณะตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การโฆษณาและส่งเสริมการขาย รวมทั้งกระแสการเปลี่ยนแปลงในสังคมโลกที่มีผลต่อตลาดแอลกอฮอล์ในประเทศไทย และ 3) มาตรการหรือนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดผลกระทบ โดยสรุปการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสามปีที่ผ่านมา รวมทั้งกระแสการขับเคลื่อนจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายดังกล่าว โดยแสดงเป็นกรอบเวลาของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การทราบสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่ม การเปลี่ยนแปลงในตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และมาตรการเชิงนโยบายที่ดำเนินการไป จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าใจพลวัตของปัญหานี้ได้อย่างลึกซึ้ง และใช้ข้อมูลนี้เป็นพื้นฐานในการออกแบบมาตรการที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนและลดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาว

¹⁹ สาวิตรี อัจฉนาค์กรชัย, และพลเทพ วิจิตรคุณากร (บรรณาธิการ). (2565). *ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

²⁰ Suwanmatajam, P. (2025). Liquor law reform: A step towards revitalizing the industry. <https://thelegal.co.th/2025/01/09/liquor-law-reform-a-step-towards-revitalizing-the-industry/>



Facts and Figures on Alcohol in Thailand 2022-2025: Amidst the Evolution of Alcohol Control Policies

บทที่ 1 |

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อปัญหาสุขภาพ ภาวะโรคจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ และเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร รวมทั้งผลกระทบต่อสังคม และเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goal; SDG)²¹ หลายเป้าหมาย เช่น เป้าหมายในการลดการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (SDG 3.6) การลดหรือกำจัดความรุนแรงและการตายที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทุกรูปแบบ (SDG 16.1) รวมทั้งความรุนแรงต่อสตรี เด็กหญิง (SDG 5.2) และเด็ก (SDG 16.2)²² ในระดับประชากร การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าจะในปริมาณใดสัมพันธ์กับผลกระทบต่อระดับสุขภาพของประชากรโดยรวม โดยส่วนใหญ่เกิดจากการดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย และจากภาวะติดแอลกอฮอล์ การลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประชากรจึงเป็นเป้าหมายทางสาธารณสุขที่สำคัญ

²¹ United Nations Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://sdgs.un.org/goals>

²² World Health Organization Regional Office for Europe. (2020). *Alcohol consumption and sustainable development: Fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2020-2370-42125-58041>

จากที่กล่าวมา แอลกอฮอล์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรโลกมากมาย แต่กลับเป็นสารเสพติดเพียงชนิดเดียวที่ยังไม่ถูกควบคุมด้วยอนุสัญญาที่มีผลทางกฎหมายในระดับสากล อย่างไรก็ตาม การบรรจุให้ตัวชี้วัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (harmful use of alcohol) เป็นหนึ่งในเป้าหมายสุขภาพที่ 3.5.2 ของวาระการพัฒนาอย่างยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ ช่วยให้การรับรู้และความตระหนักต่อผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ และการพัฒนาของประชาชน ชัดเจนมากขึ้นทั้งในระดับประเทศและระดับโลก²³

ตัวชี้วัด SDG ที่ 3.5.2 ได้แก่ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ในเวลาหนึ่งปีปฏิทิน โดยคิดเป็นจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ตัวชี้วัดนี้ถูกบรรจุอยู่ในกรอบการกำกับติดตามกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับโลก (Global Monitoring Framework on NCDs)²⁴ แผนปฏิบัติการแอลกอฮอล์ระดับโลกขององค์การอนามัยโลก²⁵ และแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2564 ถึง 2570 ของประเทศไทยด้วย²⁶

²³ World Health Organization. (2024, June 25). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>

²⁴ World Health Organization. (2011, May 30). *NCD Global Monitoring Framework*. <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-surveillance-global-monitoring-framework>

²⁵ World Health Organization. (2023). *Global action plan 2022–2030*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol#:~:text=The%20World%20Health%20Organization%20Global,as%20a%20public%20health%20priority>

²⁶ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2564) *แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2564 ถึง 2570*. กระทรวงสาธารณสุข.



ตารางที่ 1.1 เป้าหมายและตัวชี้วัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ตามกรอบการกำกับติดตามระดับโลกและระดับประเทศไทย

ค่าเป้าหมาย	ตัวชี้วัด
กรอบการกำกับติดตามกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับโลก	
<p>ภายในปี พ.ศ. 2568 ต้องลดการใช้แอลกอฮอล์แบบอันตราย (harmful use of alcohol) ลงได้อย่างน้อยร้อยละ 10 ตามความเหมาะสมภายใต้บริบทของประเทศ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ (ในและนอกระบบภาษี) ต่อหัวประชากร (อายุ 15 ปีขึ้นไป) (Total alcohol per capita consumption; APC) ในหนึ่งปีปฏิทิน 2. ความชุกที่ปรับค่าตามมาตรฐานอายุของการดื่มหนักต่อครั้ง (Age-standardized prevalence of heavy episodic drinking) ในประชากรเยาวชนและผู้ใหญ่ 3. การเจ็บป่วยและการตายที่สัมพันธ์กับการบริโภคแอลกอฮอล์ (Alcohol-related morbidity and mortality) ในประชากรเยาวชนและผู้ใหญ่
แผนปฏิบัติการแอลกอฮอล์ระดับโลก (Global alcohol action plan 2022–2030)	
<p>ภายในปี พ.ศ. 2573 ต้องลดการใช้แอลกอฮอล์แบบอันตราย (harmful use of alcohol) ลงได้อย่างน้อยร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ (ในและนอกระบบภาษี) ต่อหัวประชากร (อายุ 15 ปีขึ้นไป) (Total alcohol per capita consumption; APC) ในหนึ่งปีปฏิทิน ปรับค่าด้วยปริมาณการบริโภคของนักท่องเที่ยว 2. ความชุกของการดื่มหนักต่อครั้งที่ปรับค่าตามมาตรฐานตามอายุ (Age-standardized prevalence of heavy episodic drinking) 3. การตายจากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ปรับค่าตามมาตรฐานอายุ (Age-standardized alcohol-attributable deaths) 4. การสูญเสียปีสุขภาวะที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ปรับค่าตามมาตรฐานอายุ (Age-standardized alcohol-attributable DALYs)



ตารางที่ 1.1 เป้าหมายและตัวชี้วัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ตามกรอบการกำกับติดตามระดับโลกและระดับประเทศไทย (ต่อ)

ค่าเป้าหมาย	ตัวชี้วัด
แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2564 ถึง 2570 ของประเทศไทย	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของประชาชน 2. ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมจำนวนผู้บริโภค 3. ลดความเสี่ยงจากการบริโภค ทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบการบริโภค และพฤติกรรมหลังการบริโภค 4. จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาณการบริโภคต่อประชากรผู้ใหญ่ ลดลงร้อยละ 5 ต่อปี 2. ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ ลดลงร้อยละ 5 ต่อปี 3. ความชุกของผู้บริโภคในประชากรอายุ 15–19 ปี ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี 4. ความชุกของผู้บริโภคหนักในประชากรผู้ใหญ่ ลดลงร้อยละ 5 ต่อปี 5. จำนวนการป่วย บาดเจ็บและตาย ด้วยสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 5 ต่อปี

เนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยตามตัวชี้วัดที่สำคัญต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2565–2568 รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าต่าง ๆ เหล่านี้ในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา

1.1 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (Alcohol per capita consumption; APC)

ภาพที่ 1.1 แสดงค่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรไทยโดยรวมในปี พ.ศ. 2543–2565 จากระบบข้อมูลขององค์การอนามัยโลก²⁷ ค่าดังกล่าวนี้ได้รวมทั้งปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มฯ ในระบบภาษี (recorded alcohol) ซึ่งคำนวณมาจากปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายชนิดที่ผลิตจำหน่ายและนำเข้าในระบบภาษีในประเทศไทยในแต่ละปีปฏิทิน ซึ่งได้มาจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง กับปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มฯ นอกบบภาษี (unrecorded alcohol) โดยองค์การ

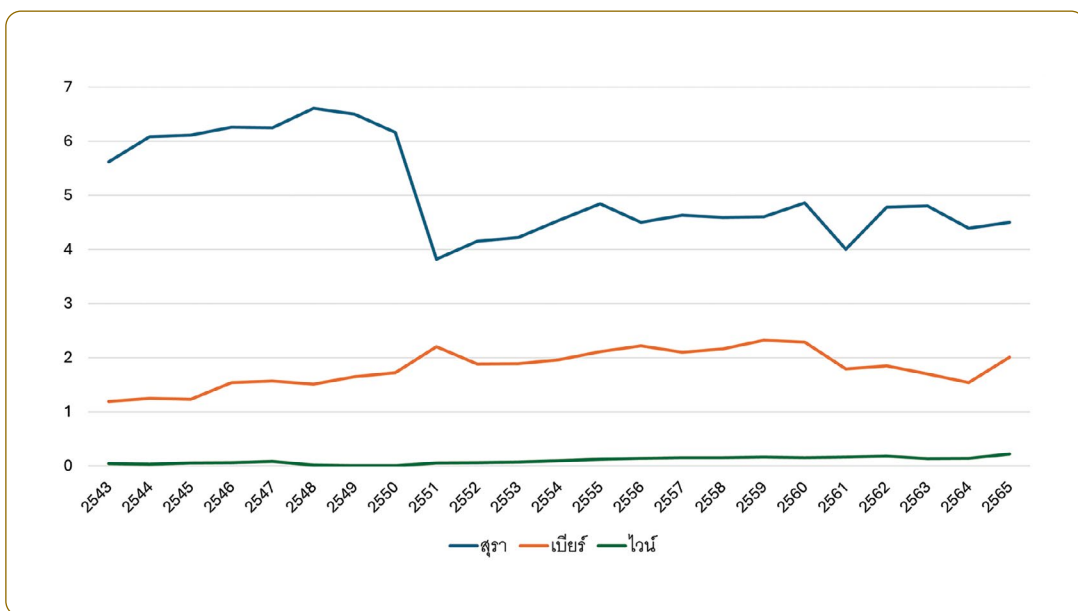
²⁷ World Health Organization. (2025). *Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2)*. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption)



อนามัยโลกใช้การประมาณค่าจากผลการสำรวจระดับชาติหรือการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีค่าอยู่ประมาณร้อยละ 10–15 ของค่าปริมาณการบริโภคฯ ในระบบภาษี และหักลบด้วยค่าประมาณการบริโภคของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามาประเทศไทยในช่วงปีปฏิทินเดียวกัน

จากภาพนี้ จะเห็นว่า ก่อนปี พ.ศ. 2551 (ค.ศ. 2008) ปริมาณการบริโภคฯ นี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมาลดลงอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2551 หลังจากนั้น ปริมาณการบริโภคฯ มีค่าค่อนข้างคงที่ อยู่ที่ประมาณ 7–8 ลิตรต่อคนต่อปี และเมื่อพิจารณารายชนิดของเครื่องดื่มฯ สุรา (เหล้าขาว เหล้าสี) มีสัดส่วนปริมาณการบริโภคฯ สูงสุดในแต่ละปี โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 4–6 ลิตรต่อคนต่อปี ซึ่งแสดงว่า นักดื่มไทยชอบดื่ม “สุรา” มากที่สุด รองลงมาได้แก่ เบียร์ และไวน์ ตามลำดับ โดยสัดส่วนของการบริโภคไวน์ต่ำกว่า 0.2 ลิตรต่อคนต่อปีตลอดมา ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า ไวน์ถูกจัดเป็นเครื่องดื่มที่มีราคาแพง มักนำเข้าจากต่างประเทศ ทำให้หาซื้อได้ยากกว่าเครื่องดื่มชนิดอื่น

ภาพที่ 1.1 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม (Total alcohol per capita (aged 15 years and older) consumption) ต่อหัวประชากรไทยต่อปี และจำแนกรายเครื่องดื่ม ในปี พ.ศ. 2543–2565



แหล่งข้อมูล: World Health Organization. (2025). Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2). Retrieved from [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption).



ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีต่อหัวประชากรต่อปี (Recorded alcohol per capita consumption) พ.ศ. 2536-2567

เมื่อพิจารณาเฉพาะปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีต่อหัวประชากร (recorded alcohol per capita consumption; APC)²⁸ ซึ่งกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลังได้บันทึกข้อมูลปริมาณการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการเสียภาษีรายชนิดเครื่องดื่มและรายเดือนจนถึงปัจจุบัน (ภาพที่ 1.2) จะเห็นว่า ช่วงที่มีการลดลงของค่านี้อย่างชัดเจนมีสี่ช่วงครั้งแรกในช่วงปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจาก ปีนั้นเป็นปีที่ล้มปทานการผลิตสุรารั้ง 12 โรงงานของกลุ่มสุราทิพย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2526 กำลังจะหมดสัญญา ทำให้โรงงานดังกล่าวเร่งผลิตสุรากลั่นในปีก่อนหน้านั้นออกมาปริมาณมากเพื่อกักตุนไว้ เพราะสุรากลั่นสามารถเก็บไว้ได้นาน ทำให้ปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากร (APC) ซึ่งคิดจากปริมาณที่เสียภาษีหน้าโรงงานใน 3-4 ปีก่อนหน้าการหมดสัญญาสูงเกินความเป็นจริง การเร่งผลิตและกักตุนไว้ยังเป็นการกันรายย่อยไม่ให้แข่งขันได้ โดยใช้กลไกด้านราคาหลังเปิดตลาดเสรีอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2542 เมื่อยกเลิกล้มปทาน การผลิตในปีนั้นจึงลดลงอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ปี พ.ศ. 2540 ได้เกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในประเทศไทยและประเทศในภาคพื้นเอเชีย ซึ่งเรียกว่า “วิกฤติต้มยำกุ้ง” โดยในวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 รัฐบาลไทยประกาศลอยตัวค่าเงินบาท ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของวิกฤตการณ์ทางการเงินครั้งใหญ่ในประเทศไทย วิกฤตการณ์ครั้งนี้ ทำให้หลายบริษัทต้องปิดกิจการ และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทยอย่างรุนแรง²⁹ ภาวะดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนให้การผลิตและจำหน่ายสุราเริ่มลดลงในประเทศไทย

ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 มีการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551³⁰ จึงทำให้ปริมาณการผลิตและขายในระบบภาษิลดต่ำลงอีก ส่งผลให้ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2560 หลังพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ 9 เสด็จสวรรคตเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ได้มีการประกาศให้ประชาชนไทยไว้ทุกข์ถวายความอาลัยเป็นเวลาหนึ่งปี รวมทั้งยังมีประกาศขอความร่วมมือให้งดจัดงานรื่นเริงต่าง ๆ เป็นเวลา 30 วัน ส่งผลให้การแสดงรื่นรมย์ต่าง ๆ เช่น คอนเสิร์ต งานมหกรรม กิจกรรมกีฬา การแสดงต่าง ๆ ต่างยกเลิกหรือเลื่อนออกไปอย่างไม่มีกำหนด รวมทั้ง

²⁸ สวัสดิ์ อัมมวงศ์กรชัย, และพลเทพ วิจิตรคุณากร. (2565). *ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2565*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

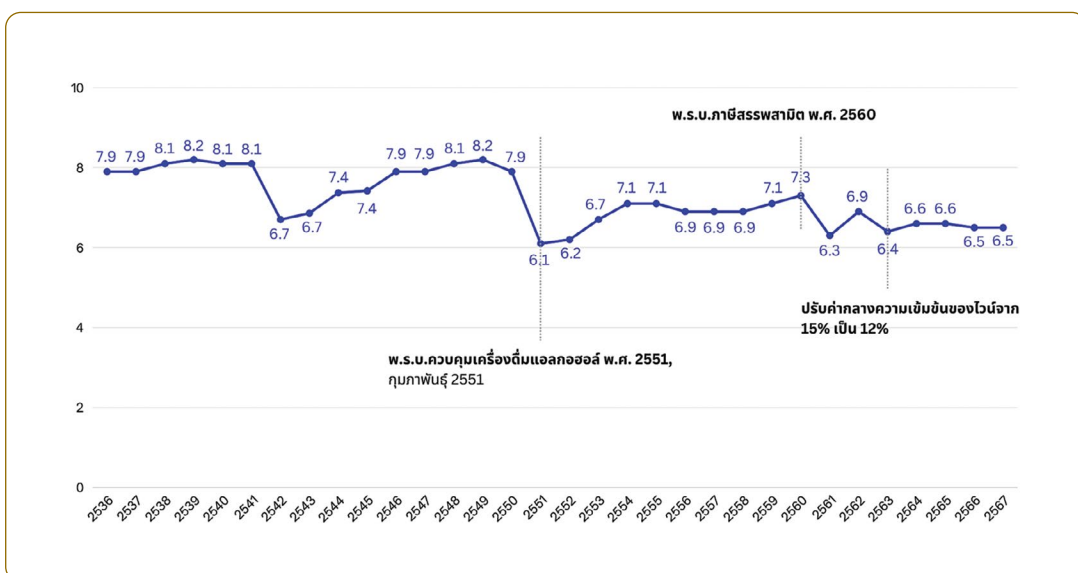
²⁹ PPTV Online. (2567, 2 กรกฎาคม). *ย้อนรอย วิกฤติต้มยำกุ้ง 27 ปี ฟองสบู่แตก ประกาศลอยตัวค่าเงินบาท*. https://www.pptvhd36.com/wealth/monetary/227514#google_vignette

³⁰ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. (2551, 13 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 125 ตอนที่ 33 ก. หน้า 34-49. <https://odpc9.ddc.moph.go.th/DPC5/2.2.pdf>



สถานบันเทิงต่าง ๆ หลายแห่งปิดการให้บริการชั่วคราว³¹ ประกอบกับในช่วงนั้นมีการออกพระราชบัญญัติ ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 18 มีนาคม 2560 และมีผลบังคับ ใช้ใน 180 วันหลังวันประกาศนี้ (วันที่ 14 มีนาคม 2560)³² ซึ่งส่งผลให้อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ระงับ การผลิตในช่วงก่อนออกพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 นอกจากนี้ยังปรับปริมาณและขนาด บรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายชนิด รวมทั้งลดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ (% Alcohol) เพื่อไม่ให้กระทบกับภาษีและราคาสินค้า

ภาพที่ 1.2 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีต่อหัวประชากร (recorded alcohol per capita consumption; APC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536–2567



แหล่งข้อมูล: 1) ปริมาณการจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, กรมสรรพสามิต

2) จำนวนประชากรกลางปี กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์ข้อมูล: พ.ศ. 2536–2560 ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2561–2567 กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) (<https://opendata.ddc.moph.go.th/dataset/oabc-01/resource/c9ca0beb-e007-40b8-a83d-5a389a650170>)

³¹ วิทีพีเดีย สารานุกรมเสรี. (ม.ป.ป.). การสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร. <https://shorturl.at/p4PEX>

³² พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560. (2560, 20 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา, 134 (32ก), 1-47. <https://shorturl.at/Mtv35>



ต่อมา ในปี พ.ศ. 2563–2564 ได้มีการลดลงของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจนอีกครั้ง ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการระบาดของไวรัสโควิด-19 ซึ่งเริ่มเข้ามาประเทศไทยในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 และรัฐบาลได้ใช้มาตรการควบคุมอย่างเข้มงวด เช่น การปิดโรงเรียน สถานประกอบการ ร้านอาหาร สถานบันเทิง จำกัดการเดินทาง และงดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์³³ หลังจากนั้นจนถึงปี พ.ศ. 2567 ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงต่ำอยู่ อาจเป็นผลต่อเนื่องจากสถานการณ์โควิดที่อาจทำให้คนเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม เพราะสังสรรค์น้อยลง อยู่บ้านมากขึ้น ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2567 ยังคงลดลงอยู่ที่ 6.5 ลิตรต่อคนต่อปี ประกอบกับกรมสรรพสามิตยังได้ปรับวิธีรายงานผลปริมาณแอลกอฮอล์ที่เสียภาษีใหม่ให้มีความละเอียดและถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ซึ่งมีการระบุขนาดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแต่ละชนิดอย่างชัดเจน รวมทั้งการระบุปริมาณที่มีการคืนภาษีด้วย

ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีต่อหัวประชากรรายเดือน (monthly alcohol recorded per capita consumption) พ.ศ. 2536–2567

นอกจากจะคำนวณค่าปริมาณการบริโภคฯ ในระบบภาษีรายปีแล้ว เรายังสามารถคำนวณค่าปริมาณการบริโภคฯ ต่อหัวประชากรรายเดือนได้อีกด้วย เนื่องจากข้อมูลที่กรมสรรพสามิตจัดส่งให้แสดงปริมาณการผลิต จำหน่าย และนำเข้าตามชนิดของเครื่องดื่มฯ เป็นรายเดือน จาก**ภาพที่ 1.3** จะเห็นว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาลอย่างชัดเจน โดยมีช่วงที่การบริโภคสูงสุดและต่ำสุดในแต่ละปี โดยปกติแล้ว ช่วงที่มีการบริโภคสูงสุดจะอยู่ในเดือนธันวาคมถึงมกราคม ซึ่งตรงกับเทศกาลวันหยุดปีใหม่ และอีกช่วงในเดือนเมษายน ซึ่งตรงกับเทศกาลสงกรานต์

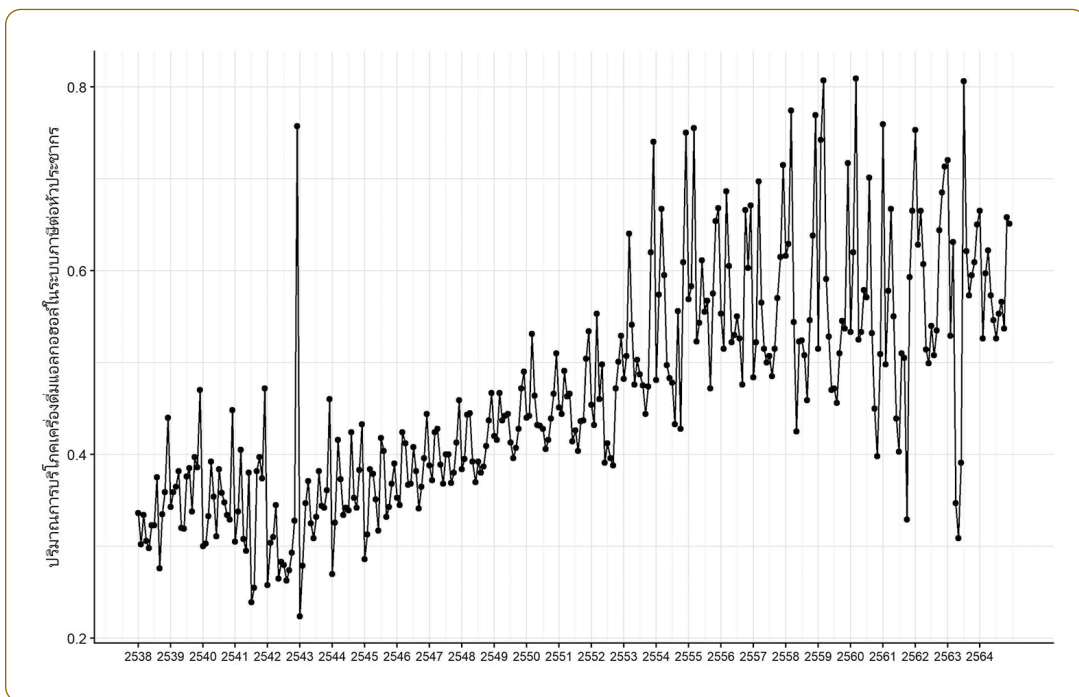
ในทางกลับกัน ช่วงเข้าพรรษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งมักจะอยู่ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม เป็นช่วงที่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การลดลงนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจาก โครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา ซึ่งเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2546 โดยสนับสนุนให้ประชาชนงดเว้นการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลา 3 เดือนในช่วงเข้าพรรษา โครงการนี้ประกอบกับประเพณีทางวัฒนธรรม และการปฏิบัติทางศาสนาในช่วงเวลาดังกล่าว มีส่วนทำให้ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประชากรลดลงอย่างเห็นได้ชัด³⁴

³³ วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (ม.ป.ป.). *การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย*. <https://shorturl.at/vr4sY>

³⁴ Saengow, U. (2019). Drinking abstinence during a 3-month abstinence campaign in Thailand: weighted analysis of a national representative survey. *BMC Public Health* 19, 1688.



ภาพที่ 1.3 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีต่อหัวประชากร (recorded alcohol per capita consumption; APC) รายเดือนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538–2565



แหล่งข้อมูล: จำนวนจากรายการแสดงผลปริมาณและภาษีสุราและเบียร์ในประเทศไทย-นำเข้า. อนุเคราะห์ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

1.2 จำนวนนักดื่มและความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ได้ดำเนินการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยตามปัจจัยเสี่ยงมาตลอดในช่วงเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา³⁵ ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญต่อการกำกับติดตามสถานการณ์ โดยเฉพาะการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งมีการสำรวจทุก 3 ปี (พ.ศ. 2542, 2544, 2547, 2550, 2554, 2557, 2560, 2564 และ 2567) และในการสำรวจปี 2564 ได้บูรณาการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ การบริโภคอาหาร กิจกรรม

³⁵ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.



ทางกาย การเป็นโรคไม่ติดต่อ³⁶ การสำรวจชุดนี้ทำให้ได้ข้อมูลและตัวชี้วัดในระดับพื้นที่ (ระดับประเทศ รายเขตสุขภาพ และรายจังหวัด) ที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคีเครือข่าย เอกชน ตลอดจนสถาบันการศึกษาต่าง ๆ สำหรับใช้ในการติดตามเฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของประชาชนไทย รวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการที่เหมาะสมที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศ

จากผลการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ³⁷ ครั้งล่าสุด โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 ประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ประมาณ 20.9 ล้านคน (ชาย 15.7 ล้านคน, หญิง 5.2 ล้านคน) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (จัดว่าเป็นนักดื่มปัจจุบัน) คิดเป็นความชุกร้อยละ 35.2 (ชาย ร้อยละ 55.7, หญิง ร้อยละ 16.7) ซึ่งสะท้อนถึงความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ยังคงอยู่ในระดับสูง และมีนัยสำคัญต่อการกำหนดนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จาก**ภาพที่ 1.4** จะเห็นได้ว่า ประชากรชายมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าประชากรหญิงถึง 3.3 เท่า และมีอัตราการดื่มในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.4 ในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 55.7 ในปี พ.ศ. 2567 และเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากร้อยละ 10.8 ในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2567 โดยการเพิ่มขึ้นของอัตราการดื่มในทั้งสองกลุ่ม โดยเฉพาะในเพศหญิง สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคสุรา

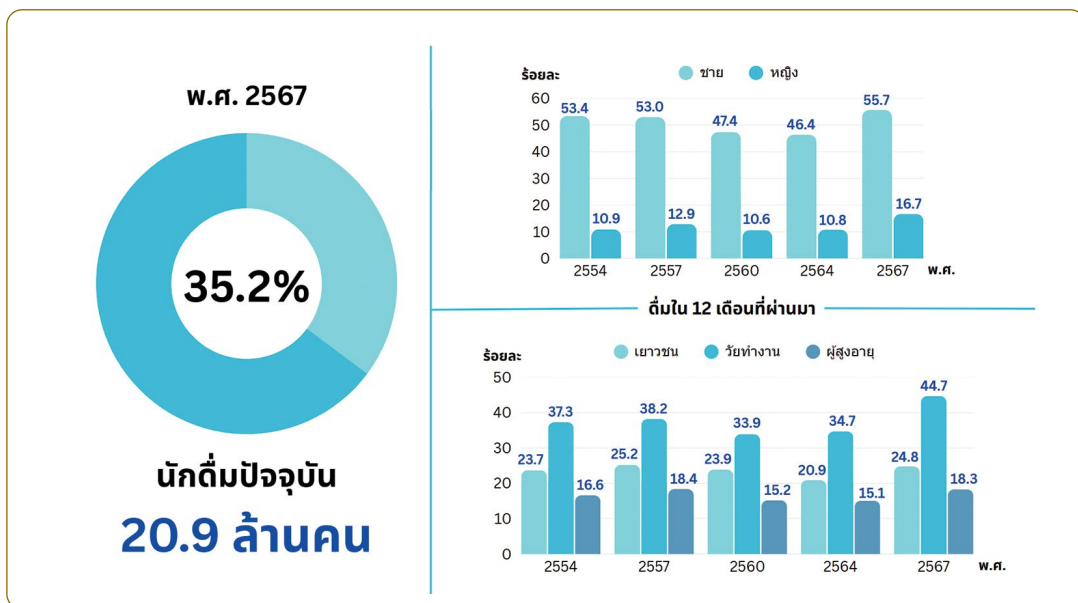
เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกช่วงวัย โดยกลุ่มเยาวชนมีอัตราการดื่มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.9 ในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 24.8 ในปี พ.ศ. 2567 กลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ 34.7 เป็นร้อยละ 44.7 ในช่วงเวลาเดียวกัน และกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการดื่มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 15.1 เป็นร้อยละ 18.3 ซึ่งการเพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ถือเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ และชี้ให้เห็นว่า เยาวชนสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย ประกอบกับอิทธิพลจากกิจกรรมทางการตลาด เช่น การใช้อินฟลูเอนเซอร์หรือบุคคลที่มีชื่อเสียงในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ เป็นกลยุทธ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มอายุน้อย

³⁶ เรืองฤดี ปธานวนิช. (บก.). (2568). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567–2568. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

³⁷ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.



ภาพที่ 1.4 ความซุก (ร้อยละ) ของนักดื่มปัจจุบัน (ดื่มอย่างน้อยหนึ่งครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา) ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และกลุ่มช่วงวัย ในปี พ.ศ. 2554, 2557, 2560, 2564 และ 2567



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พ.ศ. 2554, 2557, 2560, 2564 และ 2567

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

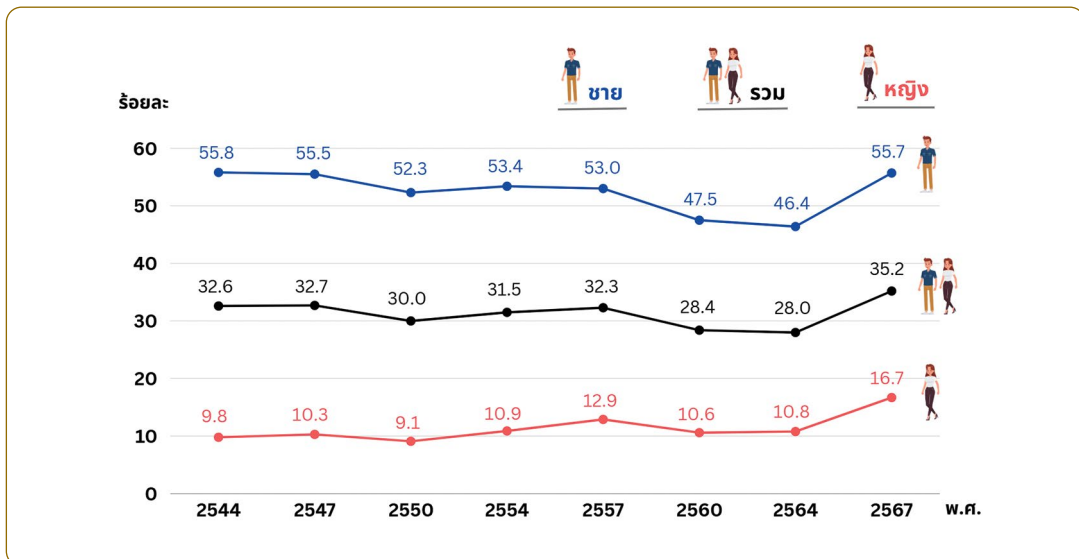
ภาพที่ 1.5 แสดงแนวโน้มความซุกของนักดื่มปัจจุบันในประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2544–2567 โดยรวมและจำแนกตามเพศ เพศชายมีอัตราการดื่มสูงกว่าเพศหญิงอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราอยู่ระหว่างประมาณร้อยละ 46 ถึง 56 ในขณะที่เพศหญิงมีอัตราการดื่มอยู่ระหว่างร้อยละ 9 ถึง 17 และจะเห็นว่า แนวโน้มอัตราการซุกของการดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างคงที่ โดยมีการลดลงเล็กน้อยในช่วงปี พ.ศ. 2560 หลังการเสด็จสวรรคตในปี พ.ศ. 2559 และการออกพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 รวมทั้งการลดลงอีกครั้งในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการออกมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

อนึ่ง ความซุกของการดื่มในปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 28.4 และ 28.0 ในการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 และ 2564 เป็นร้อยละ 35.2 ในการสำรวจในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งขัดแย้งกับปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากรที่ยังคงอยู่ในระดับ 6.4–6.6 ลิตรต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2567 เหตุผลหนึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ในการรายงานอัตราการซุก เราใช้ผลจากการสำรวจประชากร ซึ่งถามถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยหนึ่งครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่รวมการจิบหรือชิมปริมาณ



เล็กน้อยไม่ถึงหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน) ผู้ที่ตอบแบบสอบถามว่า “ดื่ม” ก็จะถูกรับเป็น “นักดื่มปัจจุบัน” แล้วตามนิยาม แม้จะเคยดื่มเพียงครั้งสองครั้งก็ตาม หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ต่ำก็ตาม แต่ในการคิดค่าปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากร (APC) เราใช้ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ถูกจำหน่ายจากการผลิตในประเทศและนำเข้าและมีการเสียภาษีในปีปฏิทินนั้น ๆ มาคิด ดังนั้น หากมีการลดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์และขนาดบรรจุของเครื่องดื่มตั้งแต่หลังปี พ.ศ. 2560 ที่มีการออกพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 จริง ปริมาณแอลกอฮอล์ที่เสียภาษีที่นำมาคิดค่าบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีย่อมมีค่าต่ำต่อเนื่องมา นอกจากนั้น การสำรวจในปี พ.ศ. 2567 เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม ซึ่งเป็นช่วงออกพรรษาแล้ว และเข้าสู่เทศกาลปีใหม่ที่มีวันหยุดยาวหลายครั้ง จึงมีโอกาที่ประชาชนจะเฉลิมฉลองและดื่มกินมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การติดตามผลของการสำรวจในประชากรและข้อมูลการผลิตจำหน่ายและเสียภาษีของกรมสรรพสามิตต่อไปในระยะยาว จะช่วยอธิบายความแตกต่างอันนี้ได้ชัดเจนมากขึ้น

ภาพที่ 1.5 ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน* ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544–2567



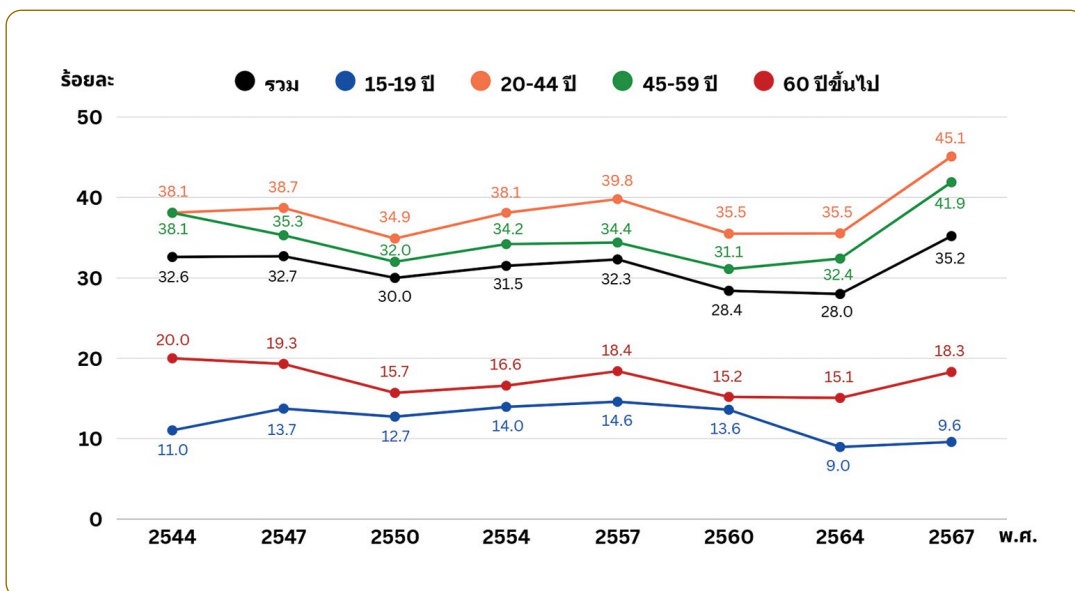
แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พ.ศ. 2544, 2547, 2550, 2554, 2557, 2560, 2564 และ 2567

*การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ไม่รวมการจิบหรือชิมปริมาณเล็กน้อยไม่ถึงหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน) อย่างน้อยหนึ่งครั้งใน 12 เดือนก่อนการสำรวจ



จากการวิเคราะห์แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกลุ่มอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2544–2567 ซึ่งแสดงไว้ใน**ภาพที่ 1.6** พบว่า ในกลุ่มอายุ 20–44 ปี ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 35.5 (พ.ศ. 2564) เป็นร้อยละ 45.1 (พ.ศ. 2567) และกลุ่มอายุ 45–59 ปีเพิ่มจากร้อยละ 32.4 เป็นร้อยละ 41.9 ในช่วงเดียวกัน สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ใหญ่ในวัยทำงานและวัยกลางคนเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ความชุกยังอยู่ในระดับต่ำกว่าแม้จะมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย ขณะที่กลุ่มเยาวชนอายุ 15–19 ปี มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง เหลือร้อยละ 9.6 ใน พ.ศ. 2567 ซึ่งอาจสะท้อนถึงผลการดำเนินงานตามกฎหมายที่มีการเพิ่มอายุผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จาก 18 ปีเป็น 20 ปี การตรวจบัตรประจำตัวประชาชนเวลาซื้อ และการรณรงค์ป้องกันในสถานศึกษา แม้ยังพบการบริโภคในระดับหนึ่งที่ควรเฝ้าระวังผลกระทบระยะยาว

ภาพที่ 1.6 ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544–2567



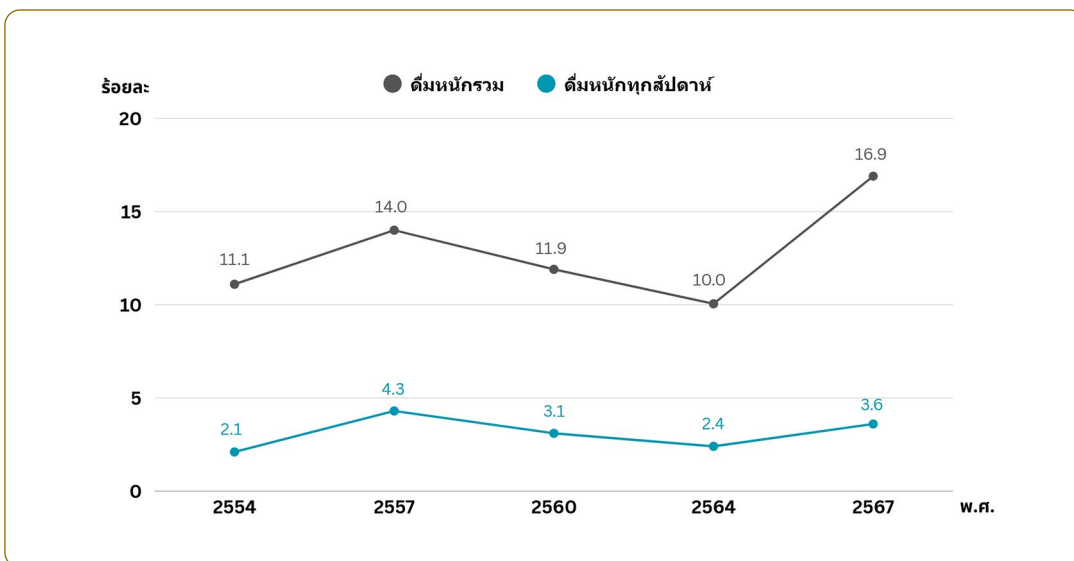
แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พ.ศ. 2544, 2547, 2550, 2554, 2557, 2560, 2564 และ 2567



การดื่มหนัก (Heavy episodic drinking; HED)

การดื่มหนัก หมายถึง การบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในปริมาณตั้งแต่ 60 กรัมขึ้นไปในโอกาสเดียว ซึ่งเป็นรูปแบบการดื่มที่มีความเสี่ยงสูง **ภาพที่ 1.7** แสดงความชุกของการดื่มหนักในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ ระหว่างปี พ.ศ. 2554–2567 พบว่า อัตราความชุกค่อนข้างคงที่ตั้งแต่อดีตจนกระทั่งปี พ.ศ. 2567 ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ความชุกของนักดื่มหนักเป็นประจำ (หมายถึง ดื่มหนักอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์) ยังคงค่อนข้างคงที่ในสัดส่วนที่ต่ำ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การเพิ่มขึ้นของนักดื่มหนักล่าสุดนั้น เกิดจากการดื่มหนักแบบเป็นครั้งคราวมากกว่าดื่มหนักแบบเป็นประจำ สำหรับแนวโน้มที่ลดลงช่วง พ.ศ. 2563–2564 นั้น ก็สอดคล้องกับข้อจำกัดทางสังคมในช่วงโควิด-19 และการกลับมาสูงใน พ.ศ. 2567 หลังการผ่อนคลายมาตรการ

ภาพที่ 1.7 ความชุกของการดื่มหนัก (≥ 60 กรัมแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อครั้ง) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามความถี่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554–2567



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พ.ศ. 2554, 2557, 2560, 2564 และ 2567



ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด

จากการวิเคราะห์ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด และจัดอันดับจังหวัดตามความชุกของการดื่มฯ ระหว่างปี พ.ศ. 2564 และ 2567 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระดับพื้นที่ โดยพบว่า จังหวัดที่มีอัตราการดื่มฯ สูงสุดทั้งในปี พ.ศ. 2564 และ 2567 ล้วนเป็นจังหวัดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2564 ได้แก่ น่าน (ร้อยละ 43.3), แพร่ (ร้อยละ 42.9), เชียงราย (ร้อยละ 41.1), สระแก้ว (ร้อยละ 41.0) และพะเยา (ร้อยละ 40.7) และในปี พ.ศ. 2567 ได้แก่ ขอนแก่น (ร้อยละ 64.1), ลำปาง (ร้อยละ 59.5), มหาสารคาม (ร้อยละ 56.0), เชียงราย (ร้อยละ 53.7) และพะเยา (ร้อยละ 53.6) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มเพิ่มขึ้นของอัตราการดื่มในบางจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการบริโภคแอลกอฮอล์ในบริบทของกิจกรรมชุมชน งานประเพณี และการเข้าสังคม และการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากวัตถุดิบในท้องถิ่น เช่น จังหวัดในภาคเหนือและอีสานตอนบน ซึ่งอาจส่งผลให้การดื่มกลายเป็นพฤติกรรมที่ยอมรับได้ในระดับสังคมในทางกลับกัน จังหวัดที่มีอัตราการดื่มต่ำสุด ได้แก่ ปัตตานี, นราธิวาส, ยะลา, สตูล และพังงา ซึ่งมีความชุกของการดื่มฯ ต่ำอย่างต่อเนื่องในทั้งสองช่วง โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2564 ที่พบว่า ปัตตานีมีอัตราการดื่มเพียงร้อยละ 1.6 และเพิ่มขึ้นมาเป็นร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งสะท้อนถึงบริบทของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ที่มีประชากรมุสลิมจำนวนมาก ที่มีข้อห้ามทางศาสนาเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ การเปรียบเทียบข้อมูลความชุกของการดื่มฯ รายจังหวัดระหว่างปี พ.ศ. 2564 และ 2567 ยังสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับจังหวัดที่อาจเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น การฟื้นตัวหลังสถานการณ์โควิด-19 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ หรือการดำเนินมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ เป็นต้น

ภาพที่ 1.8 5 อันดับจังหวัดที่มีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดและต่ำสุด ปี พ.ศ. 2564 และ 2567

5 อันดับจังหวัดที่มีความชุกของการดื่มสูงสุด ปี 2564 และ 2567				5 อันดับจังหวัดที่มีความชุกของการดื่มต่ำสุด ปี 2564 และ 2567			
อันดับ	จังหวัด	ความชุกปี 2564	ความชุกปี 2567	อันดับ	จังหวัด	ความชุกปี 2564	ความชุกปี 2567
1	น่าน	43.3%	ขอนแก่น 64.1%	1	ปัตตานี	1.6%	ปัตตานี 3.8%
2	แพร่	42.9%	ลำปาง 59.5%	2	นราธิวาส	2.4%	นราธิวาส 4.3%
3	เชียงราย	41.1%	มหาสารคาม 56.0%	3	ยะลา	3.3%	ยะลา 5.8%
4	สระแก้ว	41%	เชียงราย 53.7%	4	สตูล	9.8%	สตูล 7.9%
5	พะเยา	40.7%	พะเยา 53.6%	5	สมุทรสงคราม	12.6%	พังงา 15.2%

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พ.ศ. 2564 และ 2567



1.3 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในวัยรุ่นไทย

โครงการวิจัยการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ดำเนินการโดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และสาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นการสำรวจแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและการเฝ้าระวังปัญหา โดยมีต้นแบบจากโครงการสำรวจรายปี Monitoring the Future (MTF) ประเทศสหรัฐอเมริกา เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2547 โดยทำการศึกษาในระดับพื้นที่ภาคใต้ 4 จังหวัด ได้แก่ สงขลา ปัตตานี สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต ต่อมาปี พ.ศ. 2548 ได้เพิ่มพื้นที่ศึกษาอีก 4 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช ตรัง พัทลุง และยะลา ผลการศึกษา พบว่า อัตราการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ในพื้นที่ภาคใต้มีแนวโน้มลดลง แต่ความชุกของการใช้สารเสพติดในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในภาคใต้เพิ่มสูงขึ้น ต่อมาคณะผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนให้ทำการสำรวจครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลซ้ำทุก 2-3 ปี ได้มีการดำเนินการมาแล้ว 6 ครั้ง ได้แก่ ปีการศึกษา 2550, 2552, 2558, 2561, 2563 และ 2567

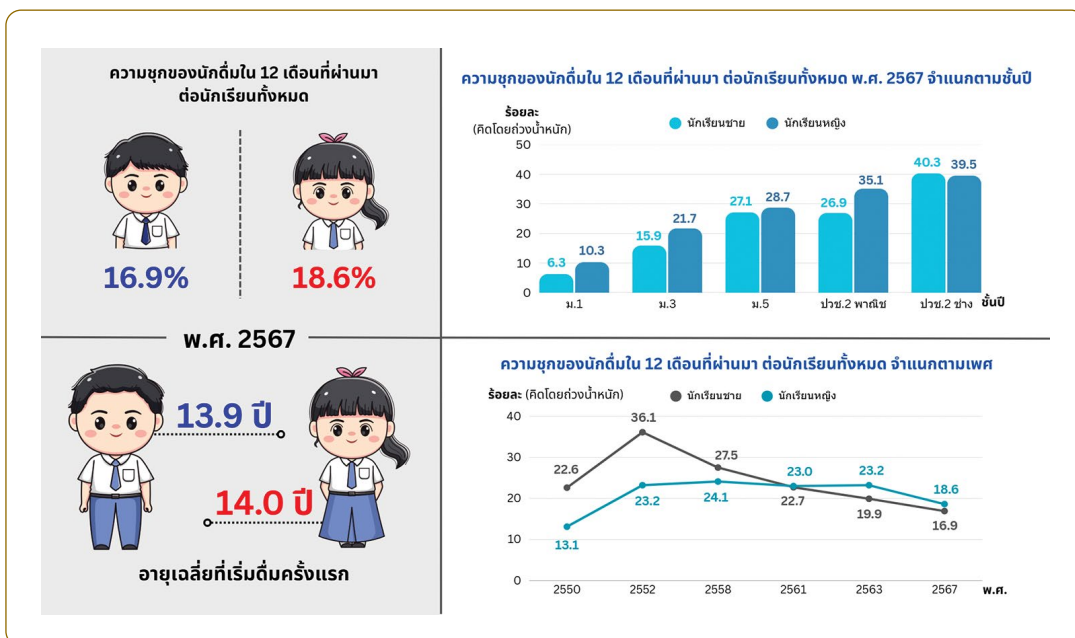
จากผลการวิจัยการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 6 ปีการศึกษา 2567³⁸ มีนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 23,931 คน พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของการเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนหญิงอยู่ที่ร้อยละ 30.0 กล่าวคือ นักเรียนหญิงประมาณ 3 ใน 10 คนเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ซึ่งสูงกว่านักเรียนชายที่มีอัตราการดื่มฯ ร้อยละ 25.9 นักเรียนหญิง เริ่มดื่มเมื่ออายุ 14.0 ปีโดยเฉลี่ย ในขณะที่นักเรียนชายเริ่มดื่มที่อายุ 13.9 ปีโดยเฉลี่ย แสดงให้เห็นว่า เยาวชนไทยเริ่มเข้าสู่การทดลองดื่มตั้งแต่วัยมัธยมต้น และเมื่อเปรียบเทียบความชุกของการดื่มในปัจจุบัน ตามระดับการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 และ ม.3) มีอัตราการดื่มอยู่ระหว่างร้อยละ 6.3 ถึงร้อยละ 21.7 ในระดับชั้นมัธยมปลายหรือเทียบเท่า (ม.5 และ ปวช.2) มีอัตราการดื่มปัจจุบัน ระหว่างร้อยละ 27.1 ถึงร้อยละ 40.3 ดังแสดงใน**ภาพที่ 1.9**

นักเรียนที่เคยดื่มสุราในช่วงชีวิต ได้รายงานแหล่งที่มาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการดื่มครั้งล่าสุด โดยนักเรียนชายร้อยละ 30.6 และนักเรียนหญิงร้อยละ 28.4 ได้รับเครื่องดื่มจากบุคคลอื่นที่มีอายุมากกว่า 20 ปี แต่มีนักเรียนชายถึงร้อยละ 18.7 และนักเรียนหญิงร้อยละ 28.1 ระบุว่า เป็นผู้ซื้อด้วยตนเอง และนักเรียนชายร้อยละ 11.6 และนักเรียนหญิงร้อยละ 13.0 รายงานว่า ใช้วิธีฝากผู้อื่นซื้อให้ นอกจากนี้ นักเรียนชายร้อยละ 33.0 และนักเรียนหญิงร้อยละ 24.2 ระบุว่า ได้รับเครื่องดื่มฯ ผ่านช่องทางอื่น

³⁸ วิทย์ วิชชิตยกุล, และคณะ. (2568). การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 6. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



ภาพที่ 1.9 พฤติกรรมการใช้สุราในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ปีการศึกษา 2550, 2552, 2558, 2561, 2563 และ 2567



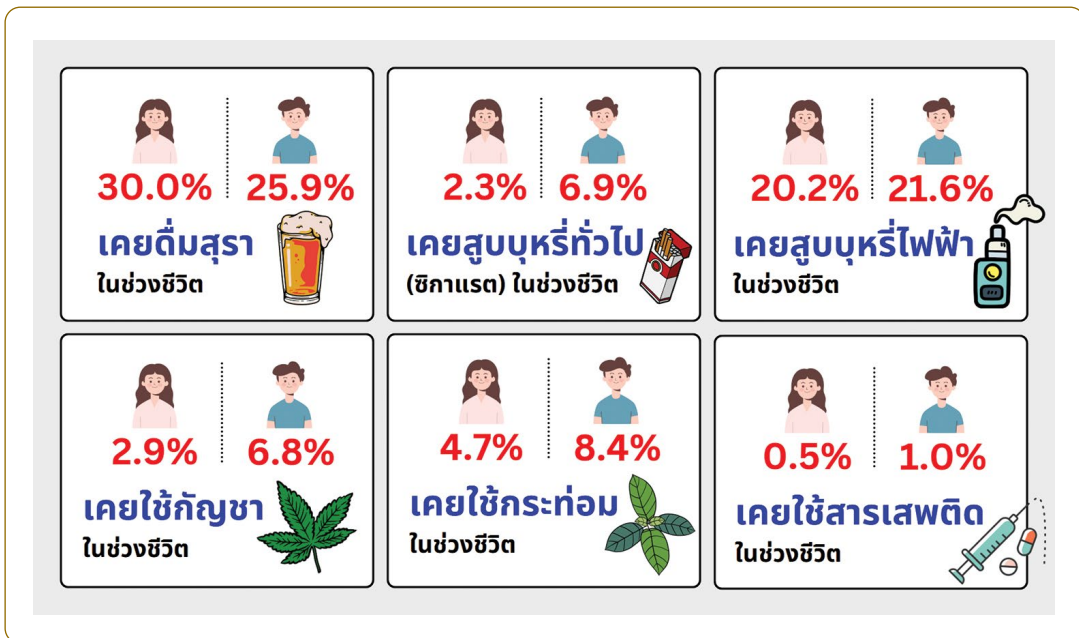
แหล่งข้อมูล: การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย พ.ศ. 2550, 2552, 2558, 2561, 2563 และ 2567

ภาพที่ 1.10 แสดงความชุกในช่วงชีวิตของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า การใช้กัญชา กระท่อม และสารเสพติดชนิดอื่นในการสำรวจปีการศึกษา 2567 จะเห็นว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่นักเรียนระดับมัธยมศึกษาเคยมีประสบการณ์ใช้ในช่วงชีวิตมากที่สุด (นักเรียนชาย ร้อยละ 25.9 และนักเรียนหญิงร้อยละ 30.0) ที่น่าเป็นห่วงคือ ความชุกของการเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงมาก (นักเรียนชาย ร้อยละ 21.6 และนักเรียนหญิง ร้อยละ 20.2) และสูงกว่าการสูบบุหรี่ทั่วไปอย่างชัดเจน เพราะเข้าถึงง่ายและถูกมองว่า “ปลอดภัยกว่า” แสดงว่า นักเรียนที่เริ่มสูบบุหรี่จะเริ่มที่บุหรี่ไฟฟ้าเลย โดยไม่ได้สูบบุหรี่ทั่วไปก่อน นอกจากนี้ ความชุกของการใช้กัญชาและกระท่อมก็ค่อนข้างสูง นักเรียนชายร้อยละ 6.8 เคยใช้กัญชา และร้อยละ 8.4 เคยใช้กระท่อม ส่วนนักเรียนหญิง



ร้อยละ 2.9 เคยใช้กัญชา และร้อยละ 4.7 เคยใช้กระท่อม ยิ่งไปกว่านั้น นักเรียนชายร้อยละ 1.0 และนักเรียนหญิงร้อยละ 0.5 เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ในชีวิต แม้อัตราจะต่ำกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ กัญชาและพืชกระท่อมก็ตาม แต่ยังเป็นสัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงของการเข้าสู่การใช้สารเสพติดที่รุนแรงมากขึ้น ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงช่องทางการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนที่หลากหลาย และมีความจำเป็นในการพิจารณามาตรการควบคุมที่ครอบคลุมทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และการบังคับใช้กฎหมาย

ภาพที่ 1.10 พฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด ในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย พ.ศ. 2567



แหล่งข้อมูล: การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2567



1.4 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี

สุรานอกระบบภาษีหรือสุราเถื่อน เป็นปรากฏการณ์ที่ฝังรากลึกในหลายพื้นที่ของสังคมไทย โดยมีความเกี่ยวข้องทั้งในมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสุขภาพประชาชน แม้ประเทศไทยจะมีระบบการควบคุมการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกฎหมายและภาษีที่ชัดเจน แต่สุราเถื่อนยังคงแพร่หลายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเลือกบริโภคสุรานอกระบบภาษีเนื่องจากราคาถูก เข้าถึงง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตในท้องถิ่น โดยการผลิตและจำหน่ายสุราเถื่อนมีลักษณะหลากหลาย ตั้งแต่การกลั่นในโรงงานที่ได้รับอนุญาตแต่มีการขายแบบผิดกฎหมาย ไปจนถึงการผลิตในพื้นที่ลับ เช่น สวน ไร่ หรือภายในบ้านพักอาศัย โดยใช้วัตถุดิบพื้นบ้าน และบรรจุภัณฑ์ที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ส่งผลให้ต้นทุนต่ำและสามารถจำหน่ายในราคาที่เข้าถึงได้สำหรับผู้บริโภคทั่วไป อย่างไรก็ตาม การบริโภคสุราเถื่อนก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงปัญหาทางสังคม เช่น ความรุนแรงในครอบครัว อุบัติเหตุ และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ

จากการศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการผลิต จำหน่าย และบริโภคสุรานอกระบบภาษีหรือสุราเถื่อน ในสังคมไทยในแต่ละช่วงเวลาภายใต้การสนับสนุนของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2568 พบข้อมูลที่น่าสนใจ ดังนี้

● สถานการณ์การผลิต จำหน่าย สุรานอกระบบภาษี และสุราพื้นบ้าน พ.ศ. 2563 และ 2568

การศึกษาสถานการณ์การผลิต การตลาด การจำหน่าย และพฤติกรรมการซื้อ-ดื่มสุราเถื่อน พ.ศ. 2563 เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ในพื้นที่ชุมชนที่มีโรงกลั่นสุราชุมชน หรือผลิตสุราแข่งจำนวนมาก และมีการจับกุมผู้กระทำความผิดจากการลักลอบผลิต จำหน่ายสุราเถื่อนจำนวนมาก พื้นที่เหล่านี้ในแต่ละภูมิภาค คือ 1) ภาคเหนือ ได้แก่ พื้นที่ชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แพร่ 2) ภาคกลาง ได้แก่ พื้นที่ชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม 3) ภาคใต้ ได้แก่ พื้นที่ชุมชนในจังหวัดสงขลา และ 4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ พื้นที่ชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์มีโครงสร้างในผู้ที่เคยดื่มสุราเถื่อน 665 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผลิต 24 ราย³⁹ ผลการศึกษาพบว่า

³⁹ กนิษฐา ไทยกล้า. (2563). *สุราเถื่อนในสังคมไทย*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- ลักษณะการผลิตและต้นทุนการผลิต มีทั้งรูปแบบโรงกลั่นสุราถูกกฎหมาย ซึ่งบางแห่งผลิตและจำหน่ายสุราเถื่อนควบคู่กัน รูปแบบโรงกลั่นเถื่อนตั้งอยู่ในพื้นที่ลับ เช่น สวน ไร่ หรือหลังบ้าน ราคาต้นทุนสุราเถื่อนเฉลี่ย 30–53 บาท/ลิตร มีการพัฒนากลยุทธ์ทางการตลาดด้วยการปรับรสชาติและดีกรีตามความต้องการของลูกค้าในพื้นที่ ตั้งราคาต่ำเพื่อเข้าถึงกลุ่มรายได้น้อย และส่งเสริมการตลาดด้วยการแจกฟรีในงานชุมชน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ภายในพื้นที่ และเพิ่มพฤติกรรมการซื้อ-ดื่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและอาชีพรับจ้างทั่วไป นอกจากนี้ ปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น ความยุ่งยากในการขออนุญาตผลิตสุรา อัตราภาษีที่สูง และการกระทำมิชอบของเจ้าหน้าที่รัฐบางราย เป็นแรงผลักดันให้การผลิตและจำหน่ายสุราเถื่อนยังคงดำเนินต่อไป เพื่อความอยู่รอดและตอบสนองความต้องการของชุมชน
- ผู้ดื่มสุราเถื่อนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 45 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 65.6) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีรายได้เฉลี่ยเพียง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 33.5 เป็นผู้มีรายได้น้อยและอาชีพรับจ้างทั่วไป จากการสอบถามผู้ดื่มสุราเถื่อนทั้งหมดนี้ พบว่า เหตุผลหลักในการเลือกดื่มสุราเถื่อนคือ ราคาถูก (ร้อยละ 54.3) โดยนิยมซื้อจากร้านขายของชำในชุมชน (ร้อยละ 37.2) และโรงกลั่นสุรา (ร้อยละ 36.6) การซื้อสามารถแบ่งย่อยได้ เช่น เบ็กละ 7–10 บาท หรือขวดขนาดเล็ก 20 บาท ทำให้เข้าถึงง่ายและสะดวก ส่วนใหญ่มักจะดื่มเป็นประจำ โดยร้อยละ 25.6 ดื่มทุกวัน และร้อยละ 20.0 ดื่มทุกสัปดาห์ ปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อปีอยู่ที่ 20.78 ลิตรต่อคน นักดื่มเหล่านี้ยอมรับว่า การดื่มสุราเถื่อนนี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคมและสุขภาพ เช่น การถูกพุดจาหยาบค้าย (ร้อยละ 50.2) อุบัติเหตุจากการดื่ม (ร้อยละ 26.2) และภาวะติดสุราในระดับอันตราย (ร้อยละ 32.6)

ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 รัฐบาลได้มีการประกาศกฎกระทรวงการผลิตสุรา พ.ศ. 2565⁴⁰ ผ่อนคลายนโยบายการขยายกำลังการผลิตสุราจากขนาดเล็กเป็นกลาง โดยไม่ต้องเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตขนาดเล็กมาก่อน, ยกเลิกการกำหนดกำลังการผลิตขั้นต่ำและทุนจดทะเบียนกรณีผลิตเบียร์เพื่อขาย ณ สถานที่ผลิต (brewpub) อนุญาตให้เบียร์สด (craft beer) จำหน่ายนอกสถานที่ผลิตได้ หากบรรจุในถัง (keg), เปิดโอกาสให้บุคคลธรรมดาที่มีอายุไม่น้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และนิติบุคคลสามารถขอใบอนุญาตผลิตสุราที่มีไซเพื่อขาย แลกเปลี่ยน หรือดำเนินการอื่นใดโดยได้รับประโยชน์ตอบแทน แต่ต้องมีปริมาณการผลิตสุราไม่เกิน 200 ลิตรต่อปี ผ่อนปรนเรื่องระยะห่างแหล่งน้ำสำหรับ

⁴⁰ กฎกระทรวง การผลิตสุรา พ.ศ. 2565. (2565, 1 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนที่ 68 ก. หน้า 1-10. https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/A/068/T_0001.PDF



โรงสุรากลั่นขนาดเล็กและกลาง หากมีระบบบำบัดน้ำเสียที่ได้มาตรฐาน และส่งเสริมสุราชุมชนและวิสาหกิจขนาดใหม่ ให้เข้าสู่ธุรกิจได้ง่ายขึ้น เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจฐานราก รวมถึงการปรับลดอัตราภาษีสรรพสามิต ไวน์ สุราแช่ และสถานบริการ เพื่อเป็นการเสริมสร้างบรรยากาศ และภาพลักษณ์การเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยว นอกจากนี้ ยังมีการออกพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยมีสาระสำคัญ คือ การปรับปรุง มาตรา 153 ของ พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 เพื่อส่งเสริมการผลิตสุราชุมชนสำหรับผู้ประกอบการรายย่อย สหกรณ์ กลุ่มเกษตรกร วิสาหกิจชุมชน และองค์กรเกษตรกร โดยกำหนดหลักเกณฑ์การขออนุญาตผลิตสุราให้ยืดหยุ่นมากขึ้น ไม่สร้างภาระหรือผูกขาดทางเศรษฐกิจ และสนับสนุนการนำวัตถุดิบทางการเกษตรของไทยมาผลิตสุรา

การศึกษา ผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงหลังจากการเปลี่ยนกฎหมายเกี่ยวกับสุราพื้นบ้าน/ชุมชน พ.ศ. 2565 เพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์ด้านการผลิต จำหน่าย ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการผลิต จำหน่ายสุรา หลังจากเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุราพื้นบ้าน/ชุมชน ศูนย์วิจัยปัญหาสุราจึงสนับสนุนให้มีโครงการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว⁴¹ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผลิตสุราพื้นบ้าน 23 ราย เจ้าหน้าที่ภาครัฐ 35 ราย และการสุ่มตรวจคุณภาพสุราในพื้นที่ รวมถึงการสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมการดื่มของประชาชน 1,211 ราย ในจังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น นครปฐม และสงขลา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ผลการศึกษา พบว่า

- กฎหมายใหม่ช่วยลดข้อจำกัดในการเข้าสู่ระบบของผู้ผลิตรายย่อย ทั้งด้านทุนจดทะเบียนและกำลังการผลิต รวมถึงเปิดช่องให้สามารถผลิตเพื่อบริโภคในครัวเรือนอย่างจำกัด อย่างไรก็ตาม การดำเนินการยังพบอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความไม่พร้อมของผู้ผลิตรายย่อยในการปฏิบัติตามมาตรฐาน ความซับซ้อนและความไม่แน่นอนในกระบวนการอนุญาต ความไม่เข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับกฎหมายใหม่ และความไม่ชัดเจนในการแบ่งบทบาทระหว่างหน่วยงานรัฐ นอกจากนี้ ผลการสุ่มตัวอย่างสุราพื้นบ้านพบความคลาดเคลื่อนของค่าแรงแอลกอฮอล์ที่พิมพ์บนฉลากสินค้าไม่ตรงกับค่าแอลกอฮอล์ที่วัดได้จริง และการปนเปื้อนของสารอัลดีไฮด์เกินมาตรฐานในหลายตัวอย่าง

⁴¹ กนิษฐา ไทยกล้า, มุฮัมมัดฟาห์มี ตาละ, พิณทิพย์ แก้วแกมทอง, และเกรียงไกร พึ่งเชื้อ. (2568) การศึกษา ผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงหลังจากการเปลี่ยนกฎหมายเกี่ยวกับสุราพื้นบ้าน/ชุมชนต่อพฤติกรรมการผลิตการจำหน่ายและการบริโภคสุราในประเทศไทย: กรณีศึกษาเชิงพื้นที่แบบพหุมิติภาค. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



● **สถานการณ์ด้านพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 และ 2568**

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี พ.ศ. 2565 เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3,924 คน (ผู้ชาย 1,885 คน และผู้หญิง 2,057 คน) ในพื้นที่ 15 จังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งกรุงเทพฯ โดยการสำรวจครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากช่วงการระบาดใหญ่ของโรคระบาดโควิด 19 ที่มาตรการทางด้านการจำกัดการเข้าถึงร้านค้า ร้านอาหารผ่อนคลายเป็นมากขึ้น เช่น การขยายเวลาเปิดปิดของผับ บาร์ ร้านอาหาร ร้านค้า ร่วมกับการอนุญาตให้รับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ร้านได้ เป็นต้น⁴² การศึกษานี้พบว่า

- ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.55 เป็นนักดื่มปัจจุบัน (current drinker) หรือเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา
- ความชุกของการดื่มสุรานอกระบบภาษีชนิดใดชนิดหนึ่ง ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 10.57
- เมื่อจำแนกตามประเภท พบว่า ความชุกของการดื่มสุรากลั่นชุมชน เหล้าเถื่อน เบียร์ที่ผลิตเองตามบ้าน (home produced alcohol) คิดเป็นร้อยละ 14.18 เครื่องดื่มที่ผลิตจากโรงงานที่ไม่ได้เสียภาษี หรือติดอากรแสตมป์ ร้อยละ 1.93 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบ/หลบหนีภาษี (smuggling) คิดเป็นร้อยละ 2.80 และซื้อในร้านค้าปลอดภาษี/ร้านค้าตลาดริมชายแดน ร้อยละ 1.81
- ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน ซึ่งคำนวณเป็นปริมาณเอทานอลบริสุทธิ์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 นักดื่มที่เคยดื่มสุรานอกระบบภาษีมีการบริโภคเอทานอลรวม 10,979,979 ลิตร โดย สุรารขา/สุรากลั่นชุมชน เป็นแหล่งบริโภคหลัก คิดเป็น ร้อยละ 74.39 หรือ 8,167,806 ลิตร เมื่อคำนวณเป็นปริมาณเอทานอลบริสุทธิ์ต่อหัวนักดื่มต่อปี อยู่ที่ 2.16 ลิตรต่อคนต่อปี
- นักดื่มส่วนใหญ่ซื้อหรือได้รับเครื่องดื่มประเภทสุรารขา สุรากลั่นชุมชน เหล้าเถื่อน หรือเบียร์ผลิตเองจากร้านขายของชำ/ร้านเบ็ดเตล็ดที่ไม่เสียภาษี คิดเป็น ร้อยละ 29.16 รองลงมาคือ ไม่ได้ซื้อเอง/มีคนซื้อให้ ร้อยละ 21.46

⁴² จิราลักษณ์ นนทารักษ์ และคณะ. (2565). การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.49 เคยดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้ผลิตเพื่อการดื่ม (surrogate alcohol) และในจำนวนนี้ ร้อยละ 12.04 ดื่มเป็นประจำ เมื่อแยกตามเพศ พบว่า เพศหญิงดื่มเป็นประจำมากกว่าเพศชาย โดยคิดเป็นร้อยละ 15.35 และ 9.49 ตามลำดับ

การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรานอกระบบภาษี พ.ศ. 2568 เก็บข้อมูลจากประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่างจาก 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7-21 มีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 3,924 ตัวอย่าง⁴³ พบว่า

- ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.9 เป็นนักดื่มปัจจุบัน (current drinker) หรือเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา
- ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มฯ นอกระบบภาษีประเภทใดประเภทหนึ่ง ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 6.7
- จำแนกเป็นผู้ดื่มสุรากลั่นชุมชน เหล้าเถื่อน ที่ผลิตเองในชุมชนประมาณ 1.752 ล้านคน คิดเป็นความชุกร้อยละ 3.2 ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป, มีผู้ดื่มสุรากลั่นชุมชน เหล้าเถื่อน ที่ผลิตจากโรงงาน 5.4 แสนคน คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.0, มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลักลอบ/หลบหนีภาษี (smuggling) 4.7 แสนคน คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.9, มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ซื้อในร้านค้า duty-free / ร้านค้าริมชายแดน เกือบ 5 แสนคน คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.9, มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เสียภาษี ซื้อมาถึงแกลลอน ซื้อมาใส่ถุงพลาสติกขนาด 10 ลิตร 1 แสนคนเศษ คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.2, และมีผู้ดื่มแอลกอฮอล์อื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้สำหรับบริโภคในลักษณะเหล้า-เบียร์ (อาทิ ยาธาตุ ยาสตรี) 1.170 ล้านคน คิดเป็นความชุกร้อยละ 2.1 ในกลุ่มผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 1.1 เท่านั้นที่รายงานว่า ได้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อดื่มเองในครัวเรือน
- มีผู้เคยได้/ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 2,709,754 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 4.9 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

⁴³ สุริยัน บุญแท้. (2568). การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



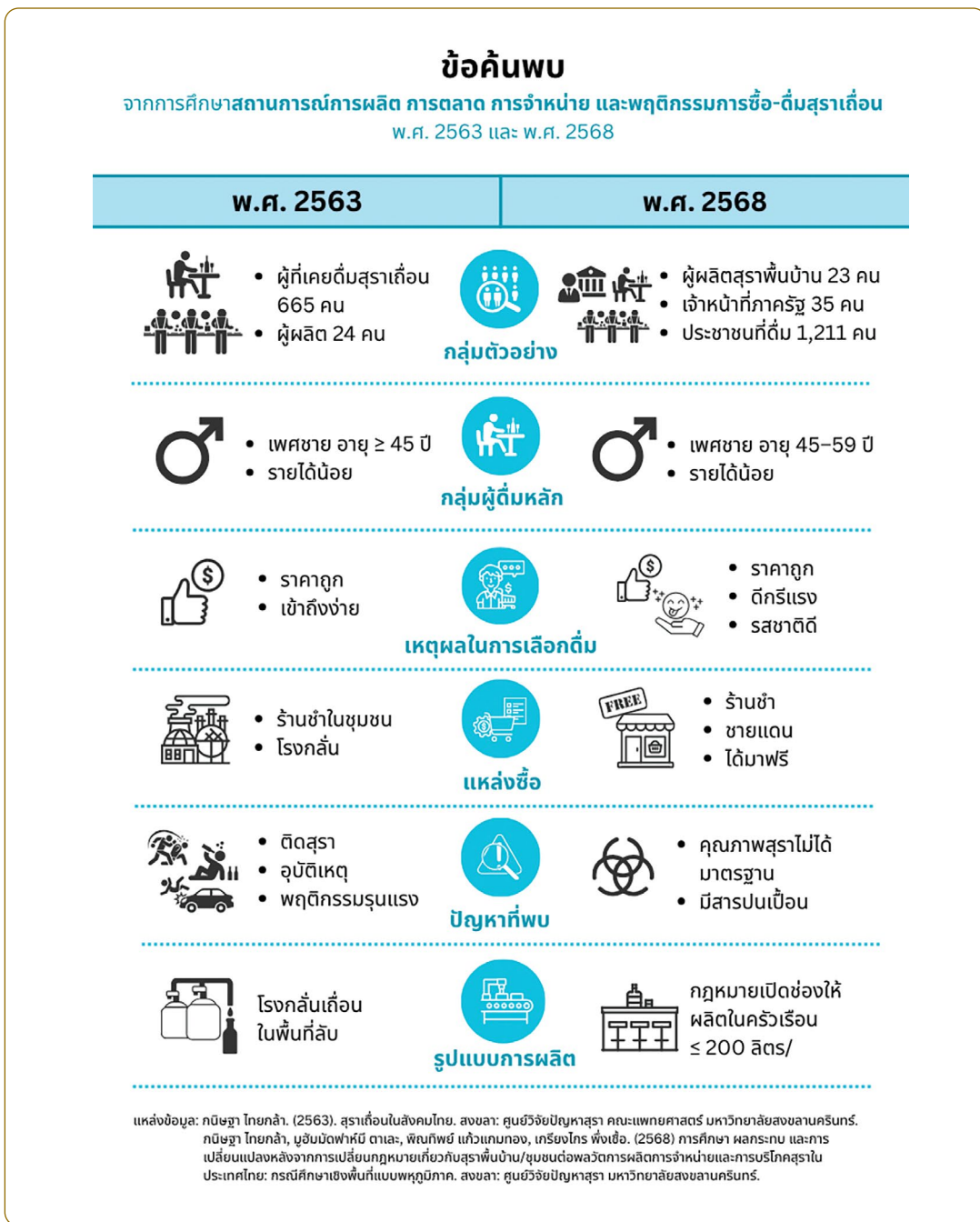
- เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่เคยได้/ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า สถานที่ซื้อหรือวิธีการได้มาซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีบ่อยครั้งที่สุด ได้แก่ ได้มาฟรี/มีคนให้ (ร้อยละ 43.9) ซื้อจากร้านขายของชำ (ร้อยละ 40.2) และร้านค้าริมชายแดน (ร้อยละ 16.9)
- เหตุผลสำคัญที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี ได้แก่ ราคาถูก (ร้อยละ 57.7) รสชาติดี (ร้อยละ 43.4) เมื่อดีกวีแรง (ร้อยละ 42.3) มีคนซื้อให้ (ร้อยละ 38.6) และหาซื้อได้ง่าย อยู่ในพื้นที่ (ร้อยละ 36.5) (ภาพที่ 1.11)

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2563 และ 2568 ผลการศึกษาทั้งสองชี้ว่า ผู้บริโภคสุราเถื่อนส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุ 45 ปีขึ้นไป และมีรายได้น้อย ซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นปัจจัยหนุนการบริโภคสุรานอกระบบภาษี เนื่องจากสินค้ามีราคาถูกและการเข้าถึงง่ายผ่านร้านขายของชำหรือโรงกลั่นในพื้นที่เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมอย่างชัดเจน เช่น ภาวะติดสุรา อุบัติเหตุ และพฤติกรรมรุนแรง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์ เช่น ความคลาดเคลื่อนของความแรงแอลกอฮอล์บนฉลาก และการปนเปื้อนของสารอัลดีไฮด์เกินมาตรฐาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคในระยะยาว

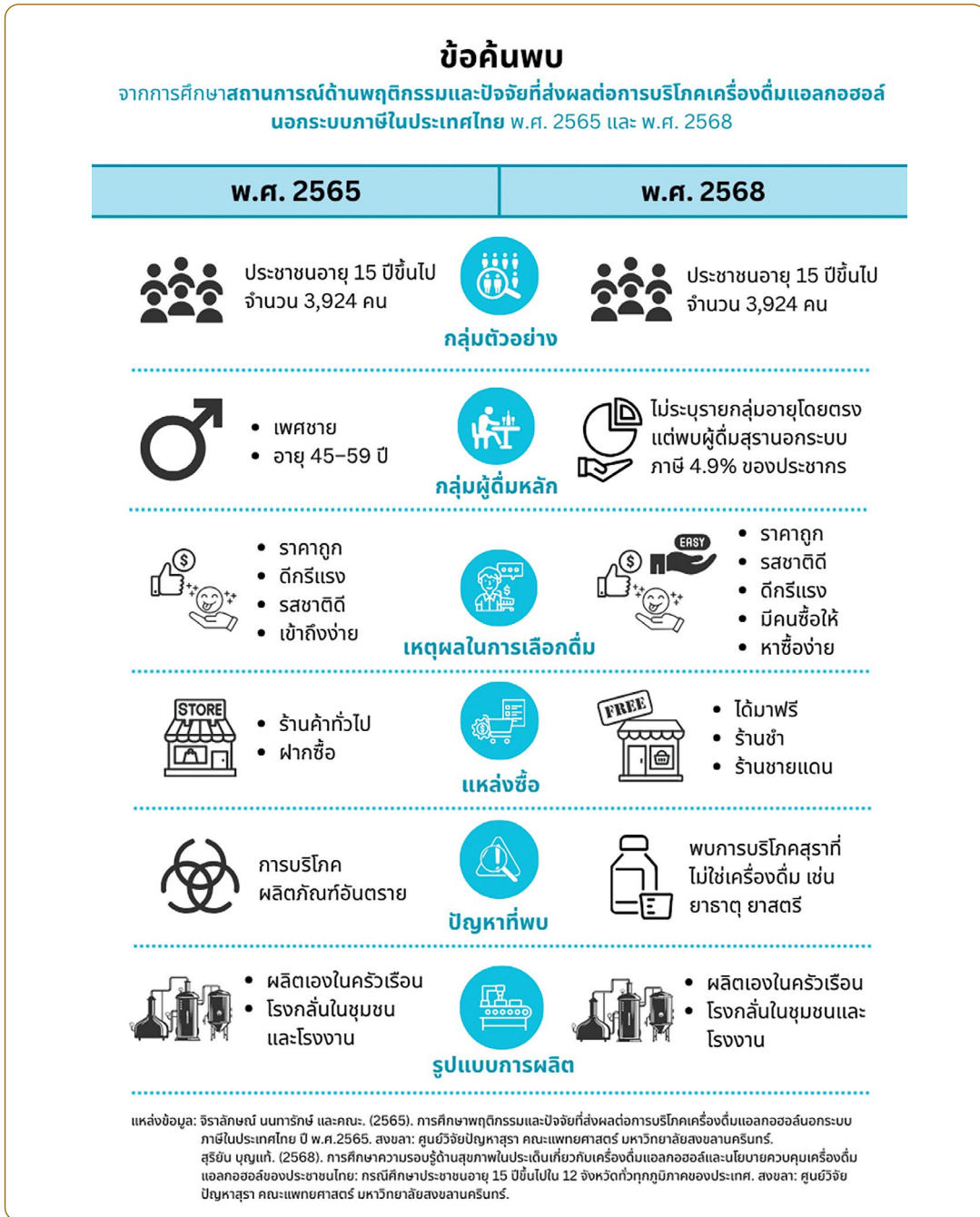
สถานการณ์ด้านพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 และ 2568 ยังพบว่า พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษียังคงปรากฏอย่างชัดเจนในกลุ่มเพศชายวัยกลางคนอายุ 45–59 ปี ซึ่งมีอัตราการบริโภคสูงที่สุด สะท้อนถึงการคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคสุรานอกระบบภาษีในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเลือกบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีมีความคล้ายคลึงกันทั้งสองช่วงเวลา ได้แก่ ราคาถูก ดีกวีแรง รสชาติดี และการเข้าถึงง่ายในพื้นที่ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงบทบาทของปัจจัยทางเศรษฐกิจและความพึงพอใจส่วนบุคคลในการกำหนดพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งอาจเป็นผลจากข้อจำกัดในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีที่มีราคาสูงและไม่ตอบโจทย์ความต้องการเฉพาะกลุ่ม สำหรับแหล่งซื้อและช่องทางการได้มาซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีมีความหลากหลายมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ร้านค้าทั่วไปและการฝากซื้อเป็นช่องทางหลัก ขณะที่ในปี พ.ศ. 2568 การได้รับฟรีหรือมีคนให้ การซื้อจากร้านขายของชำ และร้านค้าริมชายแดนเป็นช่องทางในการได้มาซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี



ภาพที่ 1.11 เปรียบเทียบสถานการณ์การผลิต การตลาด การจำหน่าย และพฤติกรรมการซื้อ-ดื่มสุราเถื่อน พ.ศ. 2563, 2568 และสถานการณ์ด้านพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 และ 2568



ภาพที่ 1.11 เปรียบเทียบสถานการณ์การผลิต การตลาด การจำหน่าย และพฤติกรรมการซื้อ-ดื่มสุราเถื่อน พ.ศ. 2563, 2568 และสถานการณ์ด้านพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภายในประเทศไทย พ.ศ. 2565 และ 2568 (ต่อ)



บทที่ 2 |

ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบาดเจ็บ และปัญหาสังคมในระดับโลกและระดับประเทศ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ประเมินว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุโดยตรงหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตมากกว่า 2.6 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 4.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562⁴⁴ ในประเทศไทย แม้แนวโน้มการบริโภคต่อหัวจะลดลงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แต่ผลกระทบด้านสุขภาพและสังคมยังคงอยู่ในระดับสูง ทั้งในรูปของการเจ็บป่วย การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการรักษาพยาบาลและการสูญเสียผลิตภาพแรงงาน

การทำความเข้าใจลักษณะและขนาดของผลกระทบจากแอลกอฮอล์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาภาระโรคและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ช่วยให้สามารถระบุโรคและสาเหตุการตายที่ได้รับผลกระทบโดยตรงหรือโดยอ้อม ตลอดจนประเมินแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลา ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการติดตามความก้าวหน้าในการลด “การบริโภคแบบเป็นอันตราย” ตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับชาติและกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน⁴⁵

⁴⁴ World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. WHO.

⁴⁵ World Health Organization. (2018). *SDG Target 3.5 | Substance abuse: Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-3.5-substance-abuse>

เนื้อหาในบทนี้นำเสนอภาพรวมของผลกระทบทางสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ทั้งในด้านอัตราการป่วย การเสียชีวิต และภาระโรคที่วัดจากจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย รวมถึงวิเคราะห์สาเหตุสำคัญของภาระโรค เช่น อุบัติเหตุทางถนน โรคตับ มะเร็ง และปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ลดผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในระยะยาว

2.1 จำนวนและความชุกของภาวะความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol use disorders; AUDs)

ภาวะความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol use disorders; AUDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และเป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างยิ่งต่อประเทศไทย การทำความเข้าใจสถานการณ์ AUDs ในประเทศจึงเป็นรากฐานสำคัญในการประเมินผลกระทบและประสิทธิภาพของนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์

เนื้อหาส่วนนี้แสดงความชุกและแนวโน้มของ AUDs ในประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2566 โดยข้อมูลที่น่าสนใจได้มาจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ของกรมสุขภาพจิต^{46,47} และแนวโน้มการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพกลาง (Health Data Center; HDC)⁴⁸

ความชุกของภาวะความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ระหว่างปี พ.ศ. 2541 ถึง 2566

การสำรวจสุขภาพจิตแห่งชาติในประเทศไทยดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยสำรวจทุก ๆ 5 ปี จนถึงปี พ.ศ. 2556 จากนั้นได้ปรับเป็นทุก ๆ 10 ปี โดยครั้งล่าสุดสำรวจในปี พ.ศ. 2566 การสำรวจครั้งแรกใช้เครื่องมือวินิจฉัยที่ดัดแปลงจากคู่มือการวินิจฉัยและสถิติเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of

⁴⁶ นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, อธิป ตันอารีย์, สุทธา สุปัญญา, ปทานนท์ ขวัญสนิท, และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2567) การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติในปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

⁴⁷ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, และสาวิตรี อัมระนางค์กรชัย. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 25(1), 1-19.

⁴⁸ คลังข้อมูลสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567. <https://hdc.moph.go.th>



Mental Disorders, Fourth Edition หรือ DSM-IV)⁴⁹ และรายงานเป็นความชุกตลอดชีวิต ส่วนในปี พ.ศ. 2546⁵⁰ และ 2551⁵¹ ใช้แบบสัมภาษณ์ Mini-International Neuropsychiatric Interview หรือ MINI⁵² โดยในปี พ.ศ. 2546 มีการใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT) ร่วมด้วย ซึ่งรายงานผลเป็นภาวะติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) และการดื่มแบบเป็นปัญหา (alcohol abuse) หรือแบบอันตราย (harmful use)

เนื่องจากการใช้ MINI มีข้อจำกัดด้านการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ และ MINI เป็นเครื่องมือวินิจฉัยทางคลินิกซึ่งรายงานเฉพาะความชุกในช่วงเวลาที่ประเมิน และไม่สามารถรายงานความชุกในรอบ 1 ปีหรือตลอดชีวิตได้ นอกจากนี้ การสำรวจในช่วงแรกยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของความผิดปกติทางจิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญต่อการวางแผนนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขช่องว่างดังกล่าว กรมสุขภาพจิตได้เข้าร่วมโครงการสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey; WMHS) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยใช้เครื่องมือสำรวจที่สามารถวินิจฉัยโรคได้ ได้แก่ Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)⁵³ ซึ่งออกแบบมาให้สามารถประเมินความผิดปกติทางจิตได้ตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-IV โดยเครื่องมือนี้มีความเป็นกลางทางวัฒนธรรม และสามารถเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การสำรวจสุขภาพจิตแห่งชาติในปี พ.ศ. 2556 และ 2566 จึงใช้เครื่องมือ WMH-CIDI ในการเก็บข้อมูล (ตารางที่ 2.1)

⁴⁹ American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision). American Psychiatric Association.

⁵⁰ Siriwanarangsun, P., Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Kittirattanapaiboon, P., & Charatsingha, A. (2004). Prevalence of mental disorders in Thailand: A national survey 2003. *Journal of Mental Health of Thailand*, 12, 177–188.

⁵¹ Junsirimongkol, B., Kittirattanapaiboon, P., Khamwongpin, M., Chutha, W., Kongsuk, T., & Leejongpermpoon, J. (2012). The prevalence of alcohol use disorders and psychiatric comorbidity in Thailand: national epidemiological survey 2008. *Journal of Mental Health of Thailand*, 19(2).

⁵² Kittirattanapaiboon, P., Arunpongpaisal, S., Mahatnirunkul, S., Kongsuk, T., Choovong, K., Booncharoen, H., Kwansanit, P., Charatsingha, A., & Thai M.I.N.I. Core Group. (2007). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview, Thai Version 5.0.0-Revised 2007*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health.

⁵³ Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93–121.



ตารางที่ 2.1 การสำรวจสุขภาพจิตแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541–2566

ปี พ.ศ.	จำนวนตัวอย่าง (n)	อายุ	เครื่องมือ	ประเภทความชุกที่รายงาน
2541	7,517	15–60	DSM-IV	ตลอดชีวิต
2546	11,700	15–59	AUDIT	1 ปี
2551	17,140	15–59	MINI	ณ ช่วงเวลาที่สำรวจ
2556	4,727	≥18	WMH-CIDI 3.0	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ปี • ตลอดชีวิต
2566	4,160	≥18	WMH-CIDI 3.0	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ปี • ตลอดชีวิต

จากตารางที่ 2.2 ความชุกของการใช้แอลกอฮอล์อย่างเป็นทางการในช่วงชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.0 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 13.9 ในปี พ.ศ. 2556 ก่อนจะลดลงเหลือร้อยละ 9.9 ในปี พ.ศ. 2566 ส่วนภาวะติดแอลกอฮอล์ในช่วงชีวิตมีค่าคงที่ระหว่างปี พ.ศ. 2541 (ร้อยละ 4.2) และ 2556 (ร้อยละ 4.1) ก่อนจะลดลงเหลือร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2566 สำหรับอัตราความชุกในรอบหนึ่งปีของการใช้แอลกอฮอล์ในลักษณะที่เป็นปัญหาลดลงจากร้อยละ 3.5 ในปี พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 1.8 ในปี พ.ศ. 2566 และอัตราความชุกในรอบหนึ่งปีของภาวะติดแอลกอฮอล์ก็ลดลงจากร้อยละ 1.8 ในปี พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2566

แม้ว่าผลจากการสำรวจสุขภาพจิตแห่งชาติของประเทศไทยจะให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าเกี่ยวกับแนวโน้มของความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ในช่วงเวลาต่าง ๆ แต่จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังในการตีความและเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างปีต่าง ๆ เนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการสำรวจแต่ละรอบ ตัวอย่างเช่น การสำรวจในปี พ.ศ. 2541 ใช้เครื่องมือที่พัฒนาจาก DSM-IV และรายงานความชุกตลอดชีวิต ขณะที่การสำรวจในปี พ.ศ. 2551 ใช้ MINI ซึ่งสามารถรายงานได้เฉพาะความชุก ณ จุดเวลาเดียว (point prevalence) เท่านั้น ส่วนในปี พ.ศ. 2556 และ 2566 ใช้ WMH-CIDI ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งความชุกในรอบ 1 ปี และความชุกตลอดชีวิต ความแตกต่างทางระเบียบวิธีเหล่านี้จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบค่าความชุกระหว่างปีได้โดยตรง อย่างไรก็ตาม ผลที่พบอย่างสม่ำเสมอในทุกการสำรวจคือ ระดับความชุกของ AUDs ที่ค่อนข้างสูงในประชากรไทย แต่ค่อนข้างลดลงอย่างเด่นชัดในปี พ.ศ. 2566 โดยเฉพาะในอัตราความชุกทั้งในรอบ 1 ปีและตลอดชีวิต อาจสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหลังการระบาดของโควิด-19 เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ พฤติกรรมทางสังคม หรือการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ



ตารางที่ 2.2 ความชุกของความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ ระหว่างปี พ.ศ. 2541–2566

ปี พ.ศ.	ความชุก (ร้อยละ, ช่วงความเชื่อมั่น 95%) และจำนวนประชากรประมาณการ					
	ปัจจุบัน		ในรอบ 1 ปี		ตลอดชีวิต	
	ดื่มแอลกอฮอล์ อย่างเป็นปัญหา	ติด แอลกอฮอล์	ดื่มแอลกอฮอล์ อย่างเป็นปัญหา	ติด แอลกอฮอล์	ดื่มแอลกอฮอล์ อย่างเป็นปัญหา	ติด แอลกอฮอล์
2541					6.0 (5.4–6.6) 2,547,840	4.2 (3.8–4.6) 1,783,488
2546			28.5 (24.6–32.4) 7,766,689			
2551	4.2 (3.8–4.6) 1,928,766	6.6 (6.0–7.2) 3,030,918				
2556			3.5 (2.3–4.7) 1,831,234	1.8 (0.8–2.8) 917,790	13.9 (12.1–15.7) 7,170,851	4.1 (3.1–5.1) 2,137,774
2566			1.8 (1.2–2.4) 1,039,112	0.5 (0.3–0.7) 268,858	9.9 (8.5–11.3) 5,572,719	2.5 (1.9–3.1) 1,417,053

2.2 แนวโน้มการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (พ.ศ. 2562–2567)

ประเทศไทยรวบรวมข้อมูลสุขภาพระดับประเทศผ่านระบบฐานข้อมูลสุขภาพกลาง (Health Data Center; HDC) ซึ่งบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข⁵⁴ ระบบนี้รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพจากทั่วประเทศ และผสมเข้ากับรายงานบริการสุขภาพประจำวัน ซึ่งครอบคลุมด้านต่าง ๆ เช่น อัตราการเจ็บป่วย การใช้บริการ การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และอัตราการเสียชีวิต

⁵⁴ HDC Service. (2025). *Access to the Mental Health Service Delivery System*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89>



จากฐานข้อมูล HDC แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัสโรค ICD-10 รหัส F10.0–F10.9 ซึ่งหมายถึง กลุ่มความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจที่เนื่องมาจากแอลกอฮอล์ (alcohol-related disorders) ทั้งในระบบผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) ในสถานพยาบาลทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2567 (ภาพที่ 2.1) พบว่า

- จำนวนผู้ป่วย OPD และ IPD เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2557–2567 แสดงถึงจำนวนผู้มีภาวะดังกล่าวที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และสะท้อนถึงภาระงานและงบประมาณในระบบสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน
- การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2559–2560 โดยจำนวนผู้ป่วย OPD เพิ่มขึ้นจาก 46,320 ราย เป็น 193,895 ราย ขณะที่ IPD เพิ่มขึ้นจาก 30,466 ราย เป็น 92,505 ราย จำนวนผู้ป่วย OPD สูงสุดในปี พ.ศ. 2562 ที่ 254,512 ราย ก่อนจะลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2563–2564 และกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้งเป็น 249,769 ราย ในปี พ.ศ. 2567 ส่วนผู้ป่วย IPD มีแนวโน้มคงที่หลังปี พ.ศ. 2560 อยู่ในช่วง 88,000–97,000 ราย โดยในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวน 102,386 ราย ทั้งนี้ จำนวน OPD ยังคงสูงกว่า IPD อย่างต่อเนื่อง

ช่องว่างของการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา

ในช่วงเวลาประมาณสิบปีมานี้ ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการรณรงค์คัดกรองด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นไปที่การตรวจพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์ในระยะเริ่มต้น การดูแลรักษาที่ตั้งอยู่ในชุมชน และการดูแลรักษาในระบบผู้ป่วยนอก เพื่อลดความจำเป็นในการรักษาในโรงพยาบาล และใช้ทรัพยากรน้อยลง จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยในคงที่ และมีการลดลงชัดเจนในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดในการให้บริการในช่วงการระบาดของโควิด-19 หรือการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบไปสู่การดูแลแบบผู้ป่วยนอก และการนำบริการบำบัดรักษาทางไกลมาใช้มากขึ้น ในเชิงนโยบาย ประเทศไทยมีความพยายามในการวางกรอบกฎหมายและแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะ AUDs อย่างต่อเนื่อง เช่น การบรรจุ naltrexone และ acamprosate ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติในปี พ.ศ. 2567 เพื่อเพิ่มทางเลือกในการรักษาภาวะติดแอลกอฮอล์ รวมถึงการพัฒนาแนวทาง “แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา” มาตั้งแต่ พ.ศ. 2561⁵⁵ ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องในชุมชน

⁵⁵ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (บรรณาธิการ). (2567). แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ฉบับปรับปรุง. อนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่ม. https://www.ddc.moph.go.th/oabc/journal_detail.php?publish=16618



แม้จะมีความก้าวหน้าในการขยายการรักษา แต่ข้อมูลจากการศึกษาหลายแหล่งยังชี้ว่า ช่องว่างของการเข้าถึงบริการสำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้มีภาวะรุนแรงซึ่งอาจไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ข้อมูลจากการสำรวจยังคงชี้ให้เห็นว่า ความครอบคลุมของการรักษาภาวะความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ (AUD) ในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์จำนวนมากยังไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม⁵⁶

จากผลสำรวจในโครงการระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้ที่มีภาวะ AUD เพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้นที่รายงานว่า เคยเข้ารับบริการใด ๆ จากบุคลากรสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนนี้เป็นการรับบริการจากบุคลากรสุขภาพทั่วไปร้อยละ 1.4 และจากบุคลากรสุขภาพจิตร้อยละ 0.6 ส่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จากฐานข้อมูลของระบบคลังฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข รายงานจำนวนผู้ป่วยรหัส F10.0–F10.9 ที่ได้รับบริการบำบัดรักษามีทั้งสิ้น 137,348 คน (ภาพที่ 2.1) หากอนุมานว่า ประชากรที่มีภาวะติดสุราทุกคนควรจะได้รับบริการบำบัดรักษา พบว่า จากจำนวนประชากรที่มีภาวะติดสุรา (1,174,027 คน) ในปี พ.ศ. 2566 มีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 11.69 แสดงถึงช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหการดื่มสุราที่สูงเกือบร้อยละ 90⁵⁷

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะ AUD ไม่เข้าถึงบริการ ได้แก่ ทักษะของผู้ดื่มเองที่มองว่าการดื่มสุราไม่เป็นปัญหา เป็นเรื่องปกติและจำเป็นในการเข้าสังคม ขาดแรงจูงใจในการลดหรือเลิกดื่ม รวมทั้งมองว่า การดื่มสุราทำให้เกิดประโยชน์มากกว่าโทษ ในส่วนของผู้ให้บริการก็มองว่า ไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจากผู้บริหารและบุคลากรสาขาอื่นในการจัดบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ขาดความรู้และทักษะในการให้บริการ และภาระงานที่มากหลายด้านทำให้มีบุคลากรไม่เพียงพอในการให้บริการ⁵⁸

⁵⁶ Junsirimongkol, B., Kittiratanapaiboon, P., Chamroonsawasdi, S., & Intasitti, S. (2021). The care accessibilities of people with alcohol-use disorder (AUD) and the health service system readiness. *Journal of Mental Health of Thailand*, 29(4), 345–357.

⁵⁷ คลังข้อมูลสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/c053cbe922cb2b0b8aa5ab139c5c7494?subcatalogId=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89>

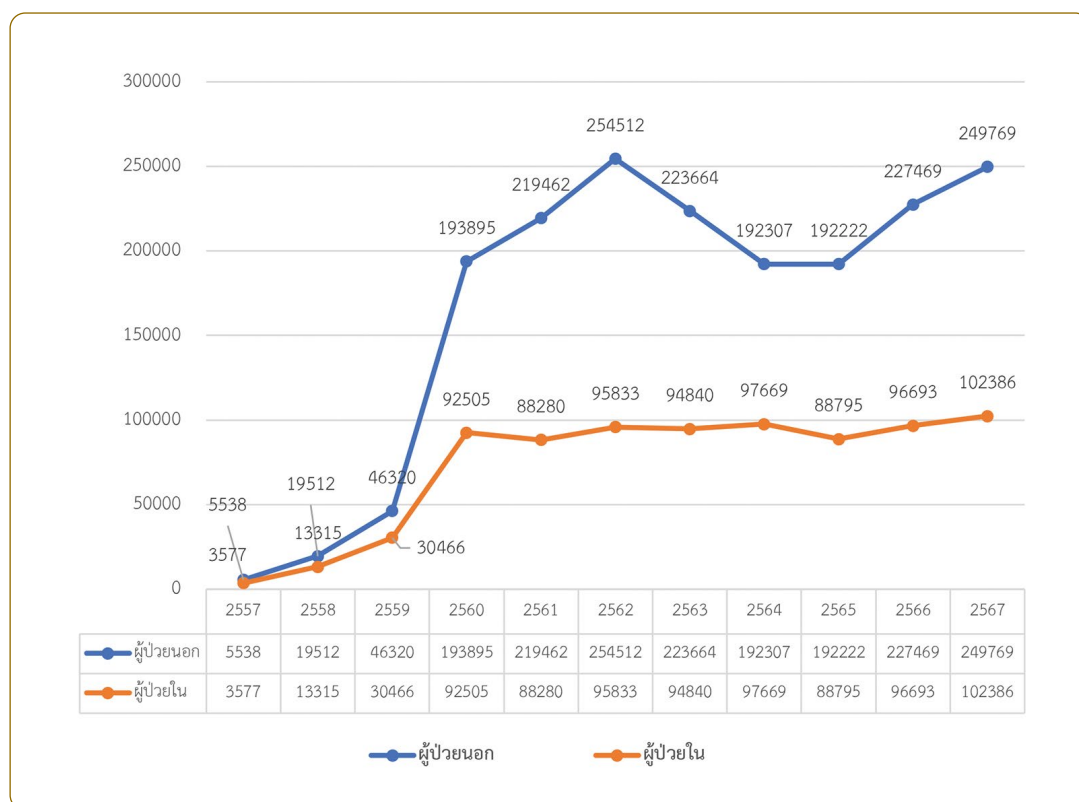
⁵⁸ รุ่งนภา คำผาง. (2564). รายงานผลการศึกษาระบบการเข้าถึงบริการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.



ข้อมูลเหล่านี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการลงทุนอย่างต่อเนื่องเพื่อขยายการเข้าถึงบริการส่งเสริมการบูรณาการระบบบริการในแต่ละระดับ และจัดการกับอุปสรรคเชิงระบบและสังคมที่ขัดขวางไม่ให้บุคคลเข้าถึงการรักษา การติดตามประเมินผลในอนาคตจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้มั่นใจว่า ทั้งการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้รับทรัพยากรอย่างเพียงพอ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง

โดยสรุป แม้สถานการณ์ AUDs ในประเทศไทยจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในแง่ความชุกและการพัฒนาระบบบริการ แต่การลดภาระจาก AUDs ยังต้องอาศัยการดำเนินนโยบายอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลอย่างใกล้ชิด และการลงทุนในระบบบริการที่ครอบคลุม เข้าถึงได้ และไม่ตีตราผู้รับบริการ

ภาพที่ 2.1 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยภาวะความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ (alcohol use disorders; AUDs) ที่ได้รับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2567 โดยอิงจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพกลาง (Health Data Center; HDC)



2.3 ภาวะโรคจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร เนื่องจากคุณสมบัติที่เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ความเป็นพิษ และการก่อให้เกิดการพึ่งพาของแอลกอฮอล์ ผลกระทบด้านสุขภาพเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากเอทานอลที่อยู่ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลต่อร่างกายผ่านสามกลไกหลัก ได้แก่ 1) ผลกระทบที่เป็นพิษต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อ 2) การมีเมตาบอลิซึมเนื่องจากคุณสมบัติที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างมาก ซึ่งนำไปสู่ความบกพร่องในการประสานงานทางกายภาพ สติ การรับรู้ ความรู้สึก หรือพฤติกรรม และ 3) ภาวะเสพติด ซึ่งทำให้ผู้ดื่มสูญเสียการควบคุมตนเองในการดื่ม ส่งผลให้มีการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่สูงขึ้นและมีรูปแบบที่เป็นอันตรายอย่างยิ่ง⁵⁹ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพมากกว่า 200 ภาวะ รวมถึงโรคติดเชื้อ มะเร็ง ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ความผิดปกติทางระบบประสาท โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร และการบาดเจ็บ⁶⁰

นอกจากเอทานอลแล้ว ยังมีสารประกอบอื่น ๆ ที่อาจปนเปื้อนในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น โลหะหนัก ยาฆ่าแมลง เชื้อโรคที่เป็นพิษ หรือสารปนเปื้อนผิดกฎหมายอื่น ๆ ซึ่งสามารถพบได้ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตเชิงพาณิชย์ รวมถึงที่ผลิตอย่างไม่เป็นทางการหรือผิดกฎหมาย^{61,62} ในประเทศไทย จากเก็บตัวอย่างสุราชุมชนจากโรงงานสุราในพื้นที่จากสี่ภูมิภาค โรงงานผลิตละ 1 ตัวอย่าง จำนวน 20 ตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 พบว่า โรงงานสุรา 12 แห่ง ไม่มีการระบุความแรงของแอลกอฮอล์ที่ฉลากข้างบรรจุภัณฑ์ หรือระบุแต่ไม่ตรงกับผลตรวจวิเคราะห์ โรงงานสุรา 7 แห่ง มีปริมาณแอลกอฮอล์สูงกว่ามาตรฐาน ซึ่งอาจเกิดจากกระบวนการหมัก เช่น การใช้วัตถุดิบที่ปนเปื้อน การหมักไม่สมบูรณ์ การหมักในภาชนะที่ไม่เหมาะสม กระบวนการกลั่นไม่มีการตัดหัวกลั่น ไม่แยกหัวกลั่นออกก่อน ไม่ดำเนินการตามมาตรฐาน

⁵⁹ Rehm, J., Gmel, G. E., Sr., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., & Shield, K. D. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, 112(6), 968–1001.

⁶⁰ World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>

⁶¹ Ohimain E. I. (2016). Methanol contamination in traditionally fermented alcoholic beverages: the microbial dimension. *SpringerPlus*, 5(1), 1607.

⁶² He, N. X., & Bayen, S. (2020). An overview of chemical contaminants and other undesirable chemicals in alcoholic beverages and strategies for analysis. *Comprehensive reviews in food science and food safety*, 19(6), 3916–3950.



การผลิตสุรา) การกลั่นต่อเนื่อง หรือเร็วเกินไป การใช้หม้อกลั่นแบบดั้งเดิม หรือไม่มีระบบควบคุม อุณหภูมิ และการเก็บรักษาหลังการกลั่นในภาชนะที่ไม่สะอาด

ปริมาณแอลกอฮอล์ที่สูงเกินเกณฑ์ อาจมีความเสี่ยงต่อสุขภาพหากดื่มต่อเนื่องในระยะยาว การได้รับแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงอาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง และหมดสติได้ เนื่องจากทำให้เกิดสารคัดหลั่งในปอด⁶³

ตารางที่ 2.3 แสดงประเภทของโรคและการบาดเจ็บที่มีหลักฐานวิชาการแล้วว่า มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งรวมถึงโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากแอลกอฮอล์ร้อยละ 100 และกรณีที่แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุร่วม (กล่าวคือ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหรือการพัฒนาของโรคหรือการบาดเจ็บนั้น ๆ) โดยการมีส่วนร่วมของแอลกอฮอล์อาจแตกต่างกันไปตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึงเกือบร้อยละ 50 ของภาระโรคที่เกิดจากภาวะเหล่านั้น

ภาระโรคและการบาดเจ็บ (Burden of disease) หมายถึง ช่องว่างระหว่างสถานะสุขภาพในปัจจุบันกับสถานการณ์ในอุดมคติที่ทุกคนมีชีวิตยืนยาวจนถึงวัยชราโดยปราศจากโรคและความพิการ ภาระโรคโดยทั่วไปจะถูกวัดโดยใช้ตัวชี้วัดหลายอย่าง ได้แก่ ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการทุพพลภาพ (Disability-adjusted Life Years; DALYs) ซึ่งแสดงถึงผลรวมของปีที่ชีวิตสูญเสียไปเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost; YLL) กับปีที่ใช้ชีวิตโดยมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ (Years Living with Disability; YLD) (ภาพที่ 2.2)

การเสียชีวิตและ DALYs ที่เกิดจากแอลกอฮอล์ หมายถึงจำนวนการเสียชีวิตและ DALYs ที่สามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยตั้งสมมติฐานว่า การเสียชีวิตและ DALYs เหล่านี้จะไม่เกิดขึ้นหากไม่มีการบริโภคแอลกอฮอล์

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยหรือจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหรือภาวะที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-related illnesses and injuries) ซึ่งจัดหมวดหมู่ตามรหัสโรค ICD-10 ทั้งหมดในแต่ละปีของประเทศไทย จากฐานข้อมูลด้านการแพทย์ 43 แฟ้ม ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁶⁴ เราสามารถนำมาวิเคราะห์หาจำนวนการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-attributable illnesses and

⁶³ กนิษฐา ไทยกล้า, มุฮัมมัดฟาห์มี ตาละ, พิณทิพย์ แก้วแกมทอง, และเกรียงไกร พึ่งเชื้อ. (2568) การศึกษา ผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงหลังจากการเปลี่ยนกฎหมายเกี่ยวกับสุราที่บ้าน/ชุมชนต่อพฤติกรรมการผลิต การจำหน่าย และการบริโภคสุราในประเทศไทย: กรณีศึกษาเชิงพื้นที่แบบพหุมิติภาค. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

⁶⁴ จิราลักษณ์ นนทารักษ์. (2565). แนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี 2558–2562. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.



injuries) และจำนวนการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-attributable deaths) โดยใช้วิธีการประเมินความเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบ (comparative risk assessment) เช่นเดียวกับวิธีที่ใช้ในการวิเคราะห์ภาระโรคขององค์การอนามัยโลก^{65,66}

ตารางที่ 2.3 กลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและความพิการ ที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลเสีย	ผลดี
<p>กลุ่มโรคติดเชื้อ กลุ่มโรคของมรดา ภาวะปริกำเนิด และภาวะโภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • วัณโรค, เอชไอวี/เอดส์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง 	<p>เฉพาะที่ระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ต่ำ และไม่พบประโยชน์ต่อสุขภาพสำหรับผู้ดื่มหนักต่อครั้ง</p> <p>กลุ่มโรคไม่ติดต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> • โรคเบาหวาน (เฉพาะผู้หญิง), โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด, โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
<p>กลุ่มโรคไม่ติดต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> • มะเร็งริมฝีปากและช่องปาก, มะเร็งคอหอย (ยกเว้นมะเร็งโพรงจมูก), มะเร็งหลอดอาหาร, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, มะเร็งตับ, มะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งกล่องเสียง, ความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์, โรคลมบ้าหมู, โรคหัวใจความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมองแตก, โรคกล้ามเนื้อหัวใจจากการดื่มแอลกอฮอล์, โรคตับแข็ง, ตับอ่อนอักเสบ 	
<p>การบาดเจ็บ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ การบาดเจ็บจากการจราจรถองถนน, การเป็นพิษ, การหกล้ม, ไฟไหม้, ความร้อนและสารร้อน, การจมน้ำ, การสัมผัสกับแรงทางกล, การบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจอื่น ๆ • การบาดเจ็บโดยเจตนา การฆ่าตัวตาย, การฆาตกรรม 	

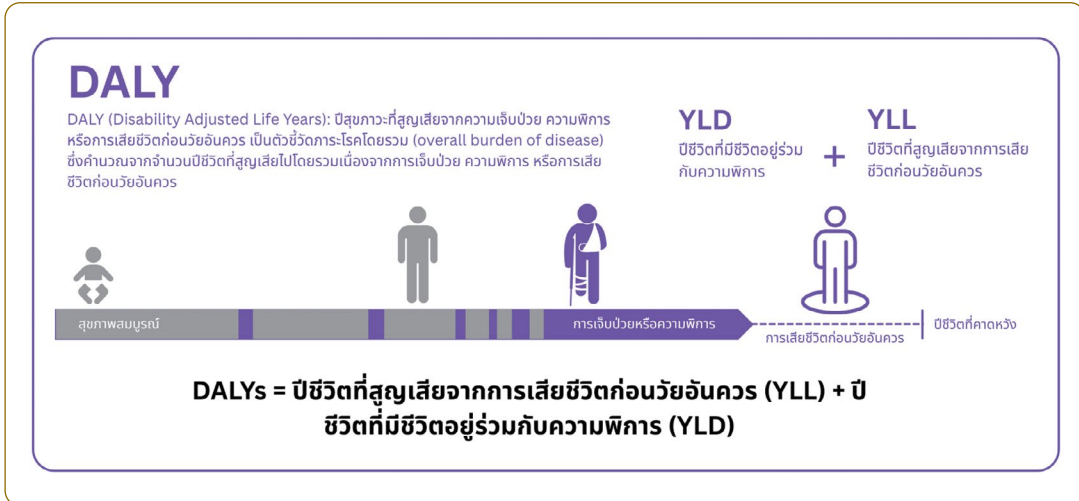
ดัดแปลงมาจาก World Health Organization. (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>

⁶⁵ Shield, K., Manthey, J., Rylett, M., Probst, C., Wettlaufer, A., Parry, C. D. H., & Rehm, J. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet. Public health*, 5(1), e51–e61.

⁶⁶ Nontarak, J., Rehm, J., Rovira, P., & Assanangkornchai, S. (2025). Alcohol-attributable deaths in Thai people from 2015 to 2021 using the comparative risk assessment approach. *Alcohol, clinical & experimental research*, 49(1), 142-152.



ภาพที่ 2.2 แผนภูมิแสดงองค์ประกอบของจำนวนปีสุขภาพที่ปรับค่าความพิการ (Disability-adjusted Life Years; DALYs)



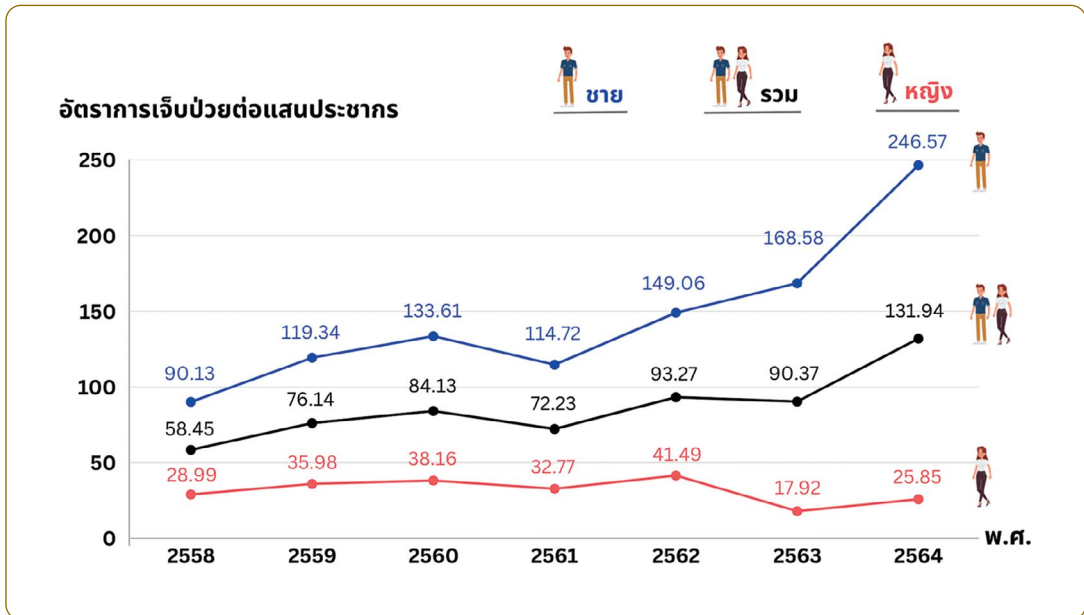
แหล่งข้อมูล: https://it.m.wikipedia.org/wiki/File:DALY_disability_affected_life_year_infographic-it.svg

2.3.1 การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-attributable illnesses and injuries)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558–2564 พบว่า จำนวนการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-attributable illnesses and injuries) อยู่ที่เฉลี่ย 49,644 คนในแต่ละปี (เพศชาย 40,407 คน และเพศหญิง 9,237 คน) อัตราการเจ็บป่วยต่อประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 58.45 รายต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2558 เป็น 131.94 ราย ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2564 เพศชายมีอัตราการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิงถึง 9.54 เท่า อัตราการเจ็บป่วยต่อประชากรในเพศหญิงสูงสุดในปี พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 41.49 ต่อประชากรหญิงหนึ่งแสนคน ส่วนในเพศชาย อัตราการเจ็บป่วยยาสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 246.57 ต่อประชากรชายหนึ่งแสนคน (ภาพที่ 2.3)



ภาพที่ 2.3 อัตราการเจ็บป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนที่สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558–2564

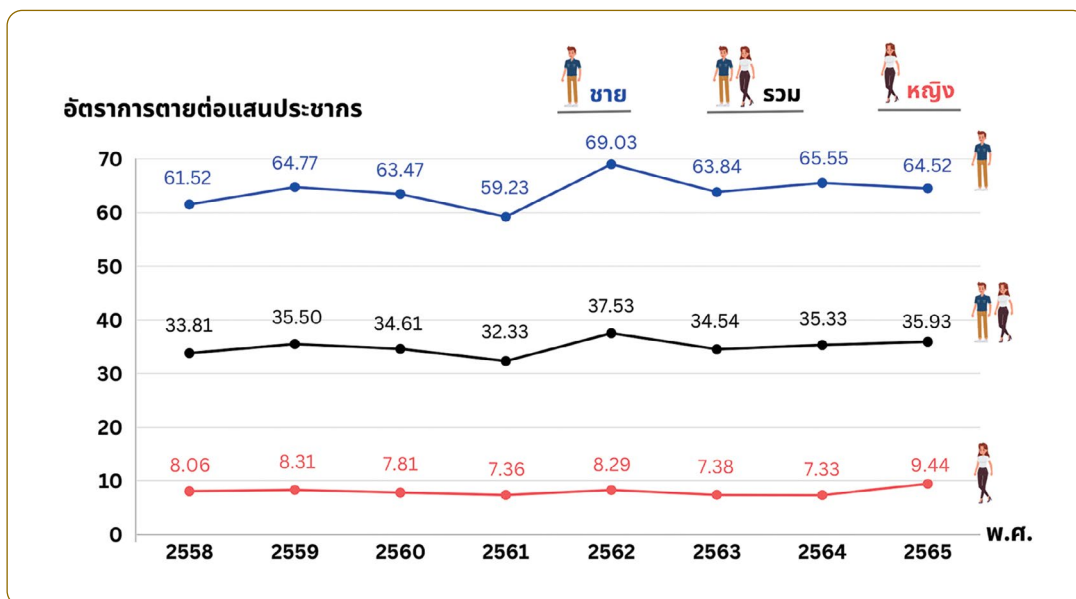


2.3.2 การเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-attributable deaths)

จำนวนผู้เสียชีวิตจากที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-attributable deaths) เฉลี่ยอยู่ที่ 20,039 คนในแต่ละปี (เพศชาย 17,726 ราย และเพศหญิง 2,312 ราย) อัตราการเสียชีวิตที่ปรับตามอายุ (age-standardized death rates) ต่อประชากร 100,000 คนที่เกิดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตโดยรวมจากแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศหญิงถึง 8–9 เท่าในทุกปี โดยอัตราการเสียชีวิตในเพศชายสูงสุดในปี พ.ศ. 2562 ที่ระดับ 69.03 ต่อประชากรชายหนึ่งแสนคน ส่วนในเพศหญิง แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตลดลงเล็กน้อย จาก 8.06 ต่อประชากรชายหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เหลือ 7.33 ต่อประชากรชายหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2564 (ภาพที่ 2.4)



ภาพที่ 2.4 อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคนที่สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558-2564



2.4 ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น (Alcohol harm to others)

ผลกระทบทางลบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับตัวผู้ดื่มเอง แต่ยังเกิดกับผู้อื่นได้อีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบด้านสุขภาพหรือปัญหาทางสังคม อันตรายหรือภัยจากแอลกอฮอล์ที่มีต่อผู้อื่น (alcohol's harm to others; HTO) หรือคำเรียกอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน เช่น ผลกระทบทางลบจากภายนอก (negative externalities) ความเสียหายข้างเคียง (collateral damage) และภัยเหล้ามือสอง (second-hand effects of drinking) อาจเกิดขึ้นในระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเป็นปัญหาที่ถูกมองจากมุมมองของผู้ที่ได้รับผลกระทบนี้ ไม่ใช่การมองจากมุมมองของผู้ดื่มเองหรือจากมุมมองของสังคม ผู้ได้รับผลกระทบอาจจะเป็นครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน หรือแม้แต่คนแปลกหน้าก็ได้ โดยบริบทที่เกิดปัญหานี้อาจจะเป็นที่บ้าน บนถนนที่เกิดรถชน ในผับบาร์ ร้านอาหาร หรือบนถนนรอบร้าน หรือเป็นความเสียหายที่เกิดกับทรัพย์สินของผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับการได้รับผลกระทบนี้ก็ได้ อย่างไรก็ตาม การรับรู้ผลกระทบและการเชื่อมโยงว่า สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นหรือไม่ขึ้นอยู่กับบริบทวัฒนธรรมและเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัยด้วย⁶⁷

⁶⁷ Laslett, A. M., Room, R., Waleewong, O., Stanesby, O., & Callinan, S. (Eds). (2019). *Harm to others from drinking: patterns in nine societies*. World Health Organization.



สถานการณ์ภัยจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้าง ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากผลการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2567⁶⁸ โดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ ภายใต้การสนับสนุนจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3,865 ราย ครอบคลุม 12 จังหวัดในทุกภูมิภาคของประเทศ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 ผลการสำรวจชี้ให้เห็นว่า

- ประชาชนร้อยละ 79.0 ระบุว่า เคยได้รับผลกระทบจากการดื่มของผู้อื่นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผลการสำรวจดังกล่าวมีความใกล้เคียงกับผลการสำรวจครั้งก่อนในปี พ.ศ. 2556 (ร้อยละ 82.0)⁶⁹ แต่ถือได้ว่า ระดับความชุกของปัญหายังคงอยู่ในระดับสูงโดยไม่มีแนวโน้มลดลง และสะท้อนถึงความต่อเนื่องของภัยเหล่านี้มือสองที่ยังฝังลึกในสังคมไทย ดังแสดงใน **ตารางที่ 2.4**
- เมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า ผลกระทบบางประเภทมีการลดลงอย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในที่สาธารณะ (จากร้อยละ 38.3 เหลือ 16.0) และความรู้สึกหวาดกลัวเมื่อเผชิญหน้ากับผู้ดื่มในที่สาธารณะ (จากร้อยละ 33.2 เหลือ 16.1) แสดงถึงการปรับปรุงด้านความปลอดภัยในพื้นที่สาธารณะ ซึ่งอาจเป็นผลจากมาตรการบังคับใช้กฎหมายและการณรงค์ด้านสังคมที่เข้มข้นขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา
- ในทางตรงกันข้าม ผลกระทบบางประเภทกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น การขาดเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในครัวเรือนอันเนื่องมาจากการดื่มของสมาชิกในบ้าน (เพิ่มจากร้อยละ 3.4 เป็น 4.7) และการถูกทำร้ายร่างกาย (เพิ่มจากร้อยละ 2.4 เป็น 3.6) ปรากฏการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางในระดับครัวเรือนและความรุนแรงเชิงพฤติกรรมที่ยังคงดำรงอยู่
- การสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยตรง เช่น ปัญหาด้านการเงิน ความเสียหายต่อทรัพย์สิน และการถูกขโมยทรัพย์สิน มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2556 แต่อย่างไรก็ตาม ความสูญเสียเชิงเศรษฐกิจภายในครัวเรือนจากการดื่มของสมาชิกกลับแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งอาจนำไปสู่ความไม่มั่นคงทางสังคม

⁶⁸ สุริยัน บุญแท้. (2568). *โครงการสำรวจผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้าง (ภัยเหล่านี้มือสอง): กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ*. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ.

⁶⁹ Waleewong, O., Jankhotkaew, J., Thamarangsi, T., & Chaiyasong, S. (2017). Prevalence of harm from others' alcohol drinking and the relationships with demographics and the respondents' drinking behaviors in Thailand. *Journal of Substance Use*, 22(6), 605-611.



ตารางที่ 2.4 ความชุกของผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น พ.ศ. 2556 และ 2567 (ร้อยละ)

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น	พ.ศ. 2556	พ.ศ. 2567
เคยได้รับผลกระทบจากการดื่มของผู้อื่นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	82.0	79.0
เคยรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่ออยู่ในสถานที่สาธารณะ เพราะการดื่มแอลกอฮอล์ของคนแปลกหน้า	38.3	16.0
เคยรู้สึกหวาดกลัว เมื่อต้องเผชิญหน้ากับคนแปลกหน้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ตามถนน/ในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ	33.2	16.1
เคยต้องตื่นขึ้นกลางดึก หรือ นอนไม่หลับ เพราะการส่งเสียงดังรบกวนจากวงสุราหรือผู้มีเมามา (นอกบริเวณบ้าน, นอกรั้วบ้าน)	31.2	18.1
เคยถูกรบกวน/คุกคามตามท้องถนน/ในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ จากคนแปลกหน้าที่ดื่ม	14.6	13.8
เคยมีปัญหาทางการเงิน (เช่น ไม่มีเงินพอสำหรับใช้จ่ายในสิ่งจำเป็น) เนื่องจากการดื่มของคนอื่น	11.2	8.6
เคยเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากการดื่มของคนอื่น	5.2	2.6
บ้าน รถ หรือทรัพย์สินต่าง ๆ เคยได้รับความเสียหาย เพราะการดื่มของคนอื่น	5.1	2.2
เคยถูกคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ คุกคาม/ทำลายข้าวของ	3.8	3.2
เคยมีเงินไม่เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในบ้าน เนื่องจากการดื่มของคนในบ้าน	3.4	4.7
คนในบ้าน/เพื่อน เคยขโมยเงิน หรือ ของมีค่าของคุณ	2.4	2.1
เคยถูก/โดนคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ ทำร้ายร่างกาย	2.4	3.6



บทที่ 3 |

อุตสาหกรรมและตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: สถานการณ์ระดับโลกและในประเทศไทย

การตลาดแอลกอฮอล์ หมายถึง ทุกองค์ประกอบของความพยายามที่จะขายสินค้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตเชิงพาณิชย์ นอกจากการโฆษณาและการส่งเสริมการขายแล้ว การตลาดยังหมายความรวมถึงการออกแบบสินค้า การตั้งราคา การหาช่องทางจำหน่าย และความยากง่ายในการเข้าถึงสินค้า การตลาดผสมสมัยใหม่ (modern marketing mix) จะรวมไปถึงการใช้บุคคลติดต่อสื่อสารกับผู้บริโภค ตลอดจนกระบวนการส่งสินค้าและเข้าถึงสินค้าทางออนไลน์ และการสร้างประสบการณ์ทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมให้กับลูกค้าอีกด้วย องค์ประกอบเหล่านี้ คือ ส่วนผสมทางการตลาดที่ธุรกิจใช้กันมาช้านาน แต่การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบัน ได้ทำให้เกิดเครื่องมือสื่อสารการตลาดใหม่ ๆ ที่ทรงพลังขึ้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตลาดดิจิทัลได้ทำให้เกิดการสร้างเนื้อหาสารทางการตลาดที่มุ่งเป้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แรงผลักดันทางการตลาดผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบันเกิดขึ้นแพร่หลายทั่วโลก ส่งผลให้การตลาดข้ามพรมแดนมีความแข็งแกร่งยิ่งขึ้น องค์การธุรกิจแอลกอฮอล์ข้ามชาติ (transnational alcohol corporations; TNACs) สามารถขยายพรมแดนการตลาดข้ามประเทศ เจาะเข้าไปยังภูมิภาค ประเทศ และอาจเจาะไปถึงกลุ่มประชากรที่แต่เดิมยังไม่ใช่ผู้ดื่มก็ได้ ส่งผลให้สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นสินค้าที่มีมูลค่าการโฆษณาสูงกว่าสินค้าทั่วไป มีผู้เล่นรายใหญ่ที่มีพลังมากขึ้นเข้าร่วมด้วยในการตลาดข้ามพรมแดน เช่น บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ ธุรกิจการประชาสัมพันธ์ กลุ่มธุรกิจสื่อโทรทัศน์ดาวเทียม กลุ่มธุรกิจแพลตฟอร์มดิจิทัล กลุ่มธุรกิจกีฬาระดับโลก และกลุ่มธุรกิจท่องเที่ยว⁷⁰

⁷⁰ Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E., Sornpaisarn, B. (2023). Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy (3rd ed.). Oxford University Press.

การส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหาซื้อได้ทั้งจากร้านค้าปลีกทั่วไปและร้านอาหาร ภัตตาคาร ผับบาร์ที่มีที่นั่งดื่ม และการกำหนดราคา ล้วนสร้าง “สภาพแวดล้อมแอลกอฮอล์ (alcohol environments)” ที่มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับผลกระทบต่อสุขภาพ⁷¹ ผู้ที่ได้ประโยชน์จากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะผู้ผลิตและจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายใหญ่ที่สุด มีบทบาท สำคัญในการกำหนดสภาพแวดล้อมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปผู้ผลิตรายใหญ่จะเป็น ผู้ออกแคมเปญการตลาด และจะส่งผ่านไปยังผู้จัดจำหน่ายแบรนด์⁷² เนื่องจากขนาดที่ใหญ่ของ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นผู้เล่นที่กระตือรือร้นที่สุดในการ กำหนดสภาพแวดล้อมทางการตลาด⁷³ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่วงการสาธารณสุขจะต้องเข้าใจการ จัดองค์กรของอุตสาหกรรมและเฝ้าติดตามกลยุทธ์การตลาดหลักของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับโลกและระดับชาติ

บทนี้จะกล่าวถึงสถานการณ์ตลาดและอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน (ช่วงปี พ.ศ. 2565–2568) โดยเริ่มต้นจากภาพรวมระดับโลก แล้วต่อยอดสถานการณ์ในประเทศไทย โดยเฉพาะ สถานการณ์การตลาดออนไลน์ซึ่งเป็นตลาดสำคัญในปัจจุบัน

3.1 ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลก

ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกเป็นอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ โดยมีมูลค่าตลาดอยู่ที่ 2,313.2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2566 และคาดว่าจะสูงถึง 5,716.2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี พ.ศ. 2575 ตามข้อมูลของ Fortune Business Insights ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปี (compound annual growth rate; CAGR) ที่สูงถึงร้อยละ 10.74 ระหว่างปี พ.ศ. 2567 ถึง 2675 ในระดับภูมิภาค เอเชียแปซิฟิกครองส่วนแบ่งตลาดที่ใหญ่ที่สุดในปี พ.ศ. 2566 คิดเป็นร้อยละ 40.44 ในขณะที่ตลาดสหรัฐอเมริกาที่มีแนวโน้มการเติบโตอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยคาดว่าจะแตะระดับ 702.96 พันล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี พ.ศ. 2575 เมื่อจำแนกตามประเภทของเครื่องดื่ม สุรากลั่นมีส่วนแบ่งตลาดที่ใหญ่ที่สุด ซึ่งได้แรงขับเคลื่อนจากการเพิ่มขึ้นของโรงกลั่นและกระแสความนิยมใน

⁷¹ Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht N., Graham, K., & Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity: Research and public policy* (2nd ed). Oxford University Press

⁷² Jernigan, D. H. The global alcohol industry: An overview. *Addiction* (Abingdon, England), 104 Suppl 1, 6–12.

⁷³ Jernigan, D., & Ross, C. S. (2020). The Alcohol Marketing Landscape: Alcohol Industry Size, Structure, Strategies, and Public Health Responses. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement*, (19), 13–25.



เครื่องดื่มระดับพรีเมียมพิเศษในหมู่ผู้บริโภค เบียร์ยังคงเป็นกลุ่มผลิตภัณฑ์ที่ใหญ่เป็นอันดับสอง โดยมีนวัตกรรมรสชาติและผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ที่ดึงดูดใจกลุ่ม Millennials และ Gen-Z ในส่วนของช่องทางการจัดจำหน่าย กลุ่มบริการด้านอาหารครองส่วนแบ่งตลาดสูงสุด ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้คนกลับมาใช้ชีวิตทางสังคมมากขึ้นหลังการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19⁷⁴

การวิเคราะห์ของ Fortune Business Insights ยังพบว่า ปัจจัยขับเคลื่อนการเติบโตหลักของตลาดนี้มาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนหนุ่มสาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่เศรษฐกิจกำลังพัฒนาที่มีรายได้สำหรับการจับจ่ายใช้สอยได้เพิ่มขึ้น รวมถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรงแรมและโรงเบียร์ทั่วโลก อย่างไรก็ตาม ตลาดยังเผชิญกับความท้าทายจากแนวโน้มที่ผู้บริโภคหันมาสนใจเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์และแอลกอฮอล์ต่ำมากขึ้น เนื่องจากความตระหนักด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าว่าการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 จะทำให้ความต้องการลดลงในช่วงแรกในปี พ.ศ. 2563 แต่ตลาดก็กลับมาที่มีการเติบโตเชิงบวกหลังการแพร่ระบาด เนื่องจากผู้คนกลับมาใช้ชีวิตทำกิจกรรมทางสังคมอีกครั้ง ผู้ผลิตจึงให้ความสำคัญกับการนำเสนอเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลูกผสม (hybrid alcoholic beverages) และการสร้างพันธมิตรทางธุรกิจเพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน

3.2 สถานะตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกที่กำลังเผชิญความท้าทาย

อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันอยู่ในสถานะ “ย้อนแย้งเชิงโครงสร้าง” กล่าวคือ ในขณะที่รายได้รวมของตลาดยังเติบโตในหลายภูมิภาค เช่น เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแอฟริกา แต่ในบางภูมิภาคตัวเลขการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หดตัว เช่น ในภูมิภาคยุโรปและอเมริกา⁷⁵ ผู้เล่นในห่วงโซ่อุปทานต้องเผชิญแรงกดดันจากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนไปสู่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพมากขึ้น นโยบายทางด้านสาธารณสุขที่เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมผลเสียจากการดื่ม และการเฝ้าระวังจากสังคมในเรื่องศีลธรรมวัฒนธรรม ในอีกด้านหนึ่ง เทคโนโลยีใหม่แรงผลักดันตลาดเกิดใหม่ และวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่ม กลับกลายเป็นโอกาสใหม่สำหรับการเติบโตของอุตสาหกรรม⁷⁶

⁷⁴ Fortune Business Insights. (2025, November 10). *Alcoholic Beverages Market Size, Share, and Industry Analysis*. <https://www.fortunebusinessinsights.com/alcoholic-beverages-market-107439>

⁷⁵ Jagger, H. (2025). IWSR preliminary data highlights growth spots despite another tough year in 2024. <https://www.theiwsr.com/insight/iwsr-preliminary-data-release-beverage-alcohol-endures-another-tough-year-in-2024/>

⁷⁶ Anderson, P., Kokole, D., & Llopis, E. J. (2021). Production, Consumption, and Potential Public Health Impact of Low- and No-Alcohol Products: Results of a Scoping Review. *Nutrients*, 13(9), 3153.



ข้อมูลจาก Euromonitor International⁷⁷ ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2566 ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกเผชิญกับการลดลงของปริมาณรวมเป็นครั้งที่สามในรอบ 15 ปี ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความท้าทายรอบด้านที่อุตสาหกรรมนี้ต้องเผชิญ ทั้งนี้ การที่อุตสาหกรรมเข้าสู่ภาวะติดลบนั้นเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก ซึ่งเน้นย้ำถึงความรุนแรงของ “พายุที่สมบูรณ์แบบ (perfect storm)” ที่กำลังเผชิญอยู่ การลดลงโดยรวมของปริมาณอยู่ที่ร้อยละ 0.2 เกิดจากปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการลดปริมาณสินค้าคงคลังในประเทศสหรัฐอเมริกา สถานการณ์ความไม่สงบทางภูมิรัฐศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้บริโภคทั่วโลก แรงกดดันจากภาวะเงินเฟ้อในตลาดตะวันตกส่วนใหญ่ ไปจนถึงการชะลอตัวเชิงโครงสร้างในประเทศจีน ซึ่งล้วนทดสอบความสามารถในการฟื้นตัวของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แม้จะเผชิญกับความท้าทาย แต่ตลาดก็ยังคงมีโอกาสดเติบโตในบางส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เครื่องดื่มผสมสำเร็จรูป (ready to drink; RTD) ที่มีส่วนผสมของสุรา ซึ่งมีการเติบโตของปริมาณรวมถึงร้อยละ 8 ขณะที่เครื่องดื่มปราศจากแอลกอฮอล์ (no/lo alcohol) ทุกประเภทกำลังได้รับความนิยมอย่างมาก และสปาร์กลิงไวน์ก็ได้รับประโยชน์จากการที่ผู้บริโภคหันมาเลือกดื่มแทนแชมเปญเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ในทางกลับกัน เครื่องดื่ม Hard Seltzers RTDs และคอนญัก กลับเป็นกลุ่มที่เติบโตน้อยที่สุด โดยมีปริมาณลดลงถึงร้อยละ 16.6 และ 9.5 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในกลุ่มผลิตภัณฑ์หลัก

3.3 กลยุทธ์หลักในการปรับตัวของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากกระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ทั้งในระดับโลกและภายในประเทศไทยต้องปรับตัวเป็นอย่างมาก โดยใช้กลยุทธ์หลักห้าด้าน ได้แก่

- **สุขภาพเป็นสมรภูมิใหม่: การเติบโตของ No/ Low Alcohol**

การบริโภคอย่างมีสติกลายเป็นค่านิยมหลักในหมู่ผู้บริโภคทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่ม Gen Z และ Millennials ที่มองการดื่มในปริมาณที่น้อยหรือแม้แต่การงดดื่มเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต มีผลให้ตลาดเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ (no/lo alcohol) เติบโตเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี และคาดว่าจะเพิ่มมูลค่ากว่า

⁷⁷ Euromonitor International. (2024, August 15). *Alcoholic drinks market hits total volume decline worldwide for only third time in 15 years*. <https://www.euromonitor.com/press/press-releases/august-2024/alcoholic-drinks-market-hits-total-volume-decline-worldwide-for-only-third-time-in-15-years-euromonitor-international>



4 พันล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี พ.ศ. 2571^{78,79} ผู้ผลิตระดับโลก เช่น Heineken, AB InBev, Carlsberg ต่างลงทุนพัฒนาเครื่องดื่มแคลอรีต่ำ รสชาติดี โดยยังตั้งราคาพรีเมียม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพแต่ไม่ลดทอนภาพลักษณ์ทางสังคม ขณะเดียวกัน ตลาดเกิดใหม่ในประเทศ เช่น อินเดีย เม็กซิโก และแอฟริกาใต้ ก็พบว่า ผู้บริโภคกว่าร้อยละ 50–70 ยังมีช่วงดื่มน้ำหวานอย่างสม่ำเสมอ

เหตุผลสำคัญที่ทำให้กลุ่มเครื่องดื่มปราศจากแอลกอฮอล์มีการเติบโตที่มากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลายประเทศ⁸⁰ ประกอบด้วย

- ตัวเลือกของเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ตอบโจทยกลุ่มผู้ไม่ดื่ม แต่ความนิยมของผลิตภัณฑ์เหล่านี้ไม่ได้จำกัดอยู่แค่กลุ่มนี้เท่านั้น ตัวอย่างเช่น กลุ่มผู้บริโภคที่อยากลองงดดื่มแบบมีสติ (sober-curious consumers) มักมีพฤติกรรมที่เรียกว่า “zebra striping” ซึ่งหมายถึงการสลับระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่มีแอลกอฮอล์ในงานเดียวกัน
- เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์เผชิญข้อจำกัดทางกฎหมายน้อยกว่า ทำให้มีโอกาสมากกว่าในด้านการโฆษณา ช่องทางการขาย และอีคอมเมิร์ซ ทำให้สามารถเข้าสู่พื้นที่ใหม่ ๆ ที่ปกติแล้วเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะไม่สามารถเข้าไปจำหน่ายหรือบริโภคได้
- ผู้บริโภคเข้าใจได้อย่างชัดเจนว่า “ไม่มีแอลกอฮอล์” หมายถึงอะไร ในขณะที่ “แอลกอฮอล์ต่ำ” อาจทำให้สับสน เพราะผู้บริโภคจำเป็นต้องมีความเข้าใจ เช่นว่า สุราทั่วไปมีปริมาณแอลกอฮอล์ร้อยละ 30–40 เพื่อที่จะรับรู้ว่า “สุรา 20%” จัดว่าเป็นแอลกอฮอล์ต่ำ

● เจาะกลุ่มผู้หญิง: พลังใหม่ของตลาดแอลกอฮอล์

ในหลายประเทศ ผู้หญิงเป็นกลุ่มผู้บริโภคที่กำลังเติบโต โดยเฉพาะในกลุ่มผลิตภัณฑ์ไวน์ ค็อกเทล และสุราระดับกลางถึงพรีเมียม ที่ออกแบบมาให้มีรสหวาน กลิ่นผลไม้ หรือรูปทรงขวดทรูทรา ผู้หญิงวัยทำงานในกลุ่มอายุ 20–44 ปี เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มบริโภคเพิ่มขึ้น โดยผู้ผลิตจึงตอบสนองผ่านสินค้าแบบ “ดื่มแบบไม่ผิดศีลธรรม” โดยมุ่งเน้นการสร้างภาพลักษณ์ “มีรสนิยม” มากกว่า “ความเมา” สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้ดื่มหญิงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยดังต่อไปนี้

⁷⁸ IWSR. (2023, April 27). Key statistics: the no-alcohol and low-alcohol market. <https://www.theiwsr.com/insight/key-statistics-the-no-alcohol-and-low-alcohol-market/>

⁷⁹ IWSR. (2025, April 2). *More than moderation: the long-term rise of no and low*. <https://www.theiwsr.com/insight/more-than-moderation-the-long-term-rise-of-no-and-low/>

⁸⁰ World Health Organization. (2024, June 25). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://www.drugsandalcohol.ie/41287/>



- แรงกระตุ้นจากอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ ที่ใช้แนวทางทำตลาดโดยใช้ภาพลักษณ์ความเท่าเทียม ความหรูหรา และการดูแลตัวเอง นอกจากนี้มีการปรับใช้บรรจุภัณฑ์และภาษาที่เน้นผู้หญิง เช่น เวลาของไวน์ (wine O'clock), เครื่องดื่มของแม่ (mummy juice) ซึ่งเป็นการกระตุ้นการสร้างภาพจำถึงสินค้าที่ตอบสนองต่อการพักผ่อนจากการทำงานหนักของสุภาพสตรี
- ค่านิยมทางวัฒนธรรมเปลี่ยนไป ผู้หญิงเข้าสู่พื้นที่สังคมที่เคยถูกจำกัด เช่น ผับ-บาร์ ได้ง่ายขึ้น รวมถึง สื่อบันเทิง ภาพยนตร์ มีวลีทวีตโอบระดับโลกทำให้การดื่มดู “เท่ หูร มีอิสระ” สำหรับสุภาพสตรี
- ผู้หญิงที่ทำงานและมีรายได้ เลือกดื่มเป็นรางวัลให้ตนเองมากขึ้น เนื่องจากมองว่าเป็นเสริมภาพและอิสรภาพทางเศรษฐกิจ
- ผู้หญิงมีแนวโน้มจะใช้การดื่มเพื่อคลายเหงา ผ่อนคลายความเครียด หรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกว่า “ไม่มีใครเห็นคุณค่า”
- อัตลักษณ์และการแสดงออก ดื่มเพื่อแสดงตัวตนนั้นมีความหมายกว้างขึ้นสำหรับผู้หญิง เช่น การดื่มเพื่อแสดงความเป็นผู้ใหญ่ ความเท่าเทียมทางเพศ หรือคงความเป็นวัยรุ่น รวมถึงใช้เป็น “พื้นที่พักจากบทบาท” เช่น แม่ ภรรยา หรือพนักงาน
- ชนชั้นทางสังคมมีผลต่อรูปแบบการดื่ม ชนชั้นสูงดื่มเพื่อเข้าสังคม ชนชั้นกลางดื่มเพื่อผ่อนคลาย ชนชั้นแรงงานดื่มเพื่อทนชีวิต

● Ready to Drink และ Mock tail ประตูลู่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จริง

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ตลาดเครื่องดื่มประเภทพร้อมดื่มหรือ RTD (Ready to Drink) ได้เติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แบบเบา เช่น hard seltzer, ไวน์กระป๋อง และค็อกเทลพร้อมดื่ม หรือแม้แต่เครื่องดื่มเลียนแบบแอลกอฮอล์อย่าง AFMB (Alcohol-Free Mock Beverage) ทั้งหมดนี้ไม่ได้เป็นเพียงแค่ทางเลือกใหม่ แต่กลายเป็น “เครื่องดื่มเริ่มต้น” สำหรับนักดื่มหน้าใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่ยังไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบดั้งเดิมมาก่อน



ความสำเร็จของ RTD ไม่ได้เกิดจากปริมาณการขายเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการผสมผสานของปัจจัยหลายด้าน ทั้งเรื่องรสชาติที่ดี เรื่องราวที่จริง รูปลักษณ์ของบรรจุภัณฑ์ที่สวยงามน่าสนใจ⁸¹ ความสามารถในการเข้าถึงได้ง่าย แอลกอฮอล์ต่ำ แคลอรีต่ำ รสชาติหวานอร่อย ทำลายสุขภาพน้อยกว่าแอลกอฮอล์จริง นอกจากนี้ RTD สามารถขายในช่องทางที่หลากหลายกว่า โดยสามารถขายได้ดีทั้งในรูปแบบ on and off premise⁸² เช่น ร้านอาหารและบาร์ ซึ่ง RTD สามารถเป็นทางออกของปัญหาขาดแคลนพนักงานในร้านอาหารได้ เพราะเสิร์ฟได้รวดเร็ว รสชาติคงที่ และควบคุมต้นทุนได้ดี

นอกจากนี้ ความต้องการฮาร์ดเซลเซอร์ (hard seltzer) ก็เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากการนิยมของผู้บริโภคที่เปลี่ยนไปสู่เครื่องดื่มที่มีผลเสียต่อสุขภาพน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนรุ่นใหม่ อาทิ Millennials และ Gen Z ที่ใส่ใจสุขภาพ และมองหาทางเลือกแอลกอฮอล์ที่มีแคลอรีต่ำและปราศจากน้ำตาล ซึ่งฮาร์ดเซลเซอร์ที่มีกมีแคลอรีไม่ถึง 100 และไม่มีน้ำตาลเพิ่มนั้นสามารถตอบโจทย์ความต้องการนี้ได้อย่างลงตัว ส่งผลให้ตลาดมีรายได้สูงถึง 11.54 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2567 และคาดว่าจะพุ่งไปถึง 80.84 พันล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี พ.ศ. 2574 นอกจากนี้ ความหลากหลายและรสชาติที่สดชื่นของฮาร์ดเซลเซอร์ โดยเฉพาะรสผลไม้ที่ทำงานสังสรรค์และกิจกรรมกลางแจ้งในสภาพอากาศอบอุ่น ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการเติบโตของตลาด ผู้ผลิตเองก็ตอบสนองด้วยการนำเสนอผลิตภัณฑ์ตามฤดูกาลและรูนลิมีเต็ดอิตีชัน เพื่อดึงดูดผู้บริโภคให้ลองสิ่งใหม่ ๆ ซึ่งล้วนส่งผลให้ตลาดฮาร์ดเซลเซอร์ระหว่างปี พ.ศ. 2567 ถึง พ.ศ. 2574⁸³ เติบโตด้วยอัตราเฉลี่ยต่อปี (CAGR) สูงถึงร้อยละ 30.39

⁸¹ Spence, C., & Van Doorn, G. (2022). Visual communication via the design of food and beverage packaging. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 7(1), 42.

⁸² Solmonson, L. J. (2024, December 18). *The Value of Serving RTD Cocktails On-Premise*. <https://www.barandrestaurant.com/food-beverage/value-serving-rtd-cocktails-premise>

⁸³ Verified Market Research. (2025, May). *Hard Seltzer Market By Distribution Channel (Off-Trade, On-Trade), Packaging (Cans, Bottles), Raw Materials (Sparkling Water, Alcohol, Fruit Tastes), & Region for 2024-2031*. <https://www.verifiedmarketresearch.com/product/hard-seltzer-market/>



● ตลาดเกิดใหม่: แหล่งพลังใหม่ของอุตสาหกรรมโลก

ท่ามกลางการชะลอตัวในยุโรปและสหรัฐฯ ประเทศอย่างอินเดีย จีน เวียดนาม และเม็กซิโก กลายเป็นตลาดสำคัญที่ผลักดันการเติบโตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โลก โดยเฉพาะกลุ่มเบียร์พรีเมียม สุราท้องถิ่น และ RTD

- อินเดีย: ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ร้อยละ 4 ในครึ่งปีแรกของ พ.ศ. 2567
- แอฟริกาใต้: เติบโตในหมวดไฮเดอรัลและ RTD อย่างเด่นชัด
- เวียดนาม ฟิลิปปินส์: กลุ่มเบียร์และสุราพรีเมียมเติบโตเร็วจากชนชั้นกลางที่ขยายตัว

การเติบโตในภูมิภาคเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงโอกาสด้านยอดขาย แต่ยังเปิดพื้นที่ให้ผู้เล่นใหม่จากท้องถิ่นเข้าสู่เวทีระดับโลก

● การฟื้นตัวของช่องทางดั้งเดิม และพลังของแพลตฟอร์มดิจิทัล

ในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 ช่องทางการบริโภคในร้านอาหาร/บาร์ เริ่มกลับมา เช่น จีน สหรัฐอเมริกา และอิตาลี โดยกลุ่ม Millennials หันกลับมาสั่งเครื่องดื่มแบบกึ่งสังคม ขณะที่ช่องทางออนไลน์ยังคงทรงพลัง โดยผู้บริโภคกว่าร้อยละ 63 ค้นหาข้อมูล เปรียบเทียบราคา และตัดสินใจจากรีวิว ก่อนซื้อแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะออนไลน์หรือในร้านจริง

3.4 การปรับตัวของตลาดผู้ผลิตรายใหญ่และรายย่อยในประเทศไทย

ในบริบทของตลาดโลกที่ผันผวน ผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยก็แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่น่าสนใจเช่นกัน โดยสามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มหลัก คือ ทุนใหญ่ของไทย และผู้ประกอบการรายย่อย สำหรับกลุ่มทุนใหญ่ พวกเขาใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อรักษาและขยายส่วนแบ่งตลาด ได้แก่ การแตกไลน์สินค้า (diversification) ไปสู่ผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ เช่น เครื่องดื่มผสมสำเร็จรูป (RTD) และเบียร์สุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป⁸⁴ นอกจากนี้ ยังมี การปรับภาพลักษณ์แบรนด์ (branding repositioning) จากการเน้นภาพลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการมีเงินมา ไปสู่การสร้างสรรคภาพลักษณ์ที่เชื่อมโยงกับรสนิยมที่ดีและวิถีชีวิต (life style) ที่ทันสมัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้าง ความชอบธรรมเชิงสังคมนผ่านกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR) และพลังละมุน (soft power) เช่น การสนับสนุนกิจกรรมดนตรีและกีฬาต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการดำเนิน

⁸⁴ Bank finance. (2023, November 30). *Singha launches a new low-calorie beer, Singha 89 Cals*. <https://moneyandbanking.co.th/en/2023/77417/>



นโยบายแฝง โดยมีส่วนร่วมในการล๊อบบี้นโยบายเพื่อชะลอการออกกฎหมายโฆษณาฉบับใหม่ และควบคุมการเติบโตของผู้ผลิตรายย่อย ซึ่งเป็นการรักษาสถานะการแข่งขันของตน⁸⁵

ในทางตรงกันข้าม ผู้ประกอบการรายย่อย ตัวอย่างเช่น Chiang Mai Craft และ Ya Dong Modern ได้เลือกใช้กลยุทธ์ที่แตกต่างออกไป พวกเขาจะเน้นความเป็นท้องถิ่นนิยม (localism) นำเสนอผลิตภัณฑ์ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวในรูปแบบของคราฟต์ เช่น เบียร์คราฟต์ หรือสุราผลไม้ที่ผลิตในท้องถิ่น พร้อมทั้งพึ่งพาช่องทางการขายตรงสู่ผู้บริโภค (direct-to-consumer) เป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ผู้ประกอบการรายย่อยเหล่านี้มักประสบปัญหาด้านต้นทุนการผลิตที่สูง และข้อจำกัดทางกฎหมายที่ซับซ้อนและเข้มงวด ทำให้การดำเนินธุรกิจเป็นไปอย่างท้าทาย แม้จะมีอุปสรรคเหล่านี้ แต่ผู้ประกอบการรายย่อยก็มีแนวโน้มที่จะสามารถสร้างกลุ่มผู้บริโภคเฉพาะทาง (niche market) ที่ภักดีต่อแบรนด์ได้ในระยะยาว ซึ่งสะท้อนถึงการเติบโตของความหลากหลายในตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย

3.5 ตลาดและอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเป็นภาคส่วนที่มีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง แม้จะอยู่ภายใต้ข้อจำกัดด้านการโฆษณาตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ความต้องการของผู้บริโภคยังคงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเบียร์และสุรานำเข้า ในขณะที่ไวน์และไซเดอร์/เพอร์รีเป็นตลาดที่มีขนาดเล็กกว่า การฟื้นตัวของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวหลังการระบาดของโควิด-19 มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนยอดขาย โดยเฉพาะในพื้นที่ท่องเที่ยวหลักอย่างกรุงเทพฯ ภูเก็ต และพัทยา นอกจากนี้ แนวโน้มด้านสุขภาพของผู้บริโภคที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ได้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำหรือไม่มีแอลกอฮอล์เลย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคกลุ่มนี้ที่ใส่ใจสุขภาพมากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2567 ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับผลกระทบจากอัตราเงินเฟ้อที่สูงขึ้น ซึ่งนำไปสู่การปรับเพิ่มราคาผลิตภัณฑ์ ส่งผลให้เครื่องดื่มระดับพรีเมียมได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้บริโภคชนชั้นกลางที่มีกำลังซื้อสูง แนวโน้มด้านสุขภาพยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันการพัฒนานวัตกรรมในตลาด รวมถึงการเน้นคุณภาพและประโยชน์ต่อสุขภาพในการโฆษณาสินค้ากลุ่มนี้ โครงสร้างการแข่งขันในตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยมีความเข้มข้น โดยตลาดเบียร์ถูกครอบงำโดยผู้ผลิตรายใหญ่สองราย ได้แก่ บริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) และบริษัท บุญรอดบริวเวอรี่ จำกัด

⁸⁵ Kaewpramkusol, R., Senior, K., Nanthamongkolchai, S., & Chenhall, R. (2019). A qualitative exploration of the Thai alcohol policy in regulating alcohol industry's marketing strategies and commercial activities. *Drug and Alcohol Review*, 38(1), 25–33.



ในขณะที่สยามไวเนอร์เป็นผู้นำในตลาดไวน์และเครื่องดื่มผสม อย่างไรก็ตาม การเข้ามาของผู้เล่นหน้าใหม่ เช่น คาราบาว ที่นำเสนอสินค้าเบียร์หลากหลายประเภทอย่าง Weizen และ IPA ได้เพิ่มความหลากหลายและกระตุ้นการแข่งขันในตลาดเบียร์

อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม (ทั้งเครื่องดื่มที่มีและไม่มีแอลกอฮอล์) ของไทยที่มีมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท ส่วนใหญ่เป็นการผลิตในประเทศคิดเป็นสัดส่วนราวร้อยละ 98.6 ของปริมาณเครื่องดื่มที่บริโภคในประเทศทั้งหมด ส่วนที่เหลือร้อยละ 1.4 มาจากการนำเข้า ส่วนใหญ่เป็นการนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสัดส่วนร้อยละ 58 ในเชิงปริมาณ และร้อยละ 80 ในเชิงมูลค่า โดยตลาดในประเทศเป็นตลาดหลักสัดส่วนร้อยละ 83.7 ของปริมาณจำหน่ายโดยรวม แบ่งเป็นมูลค่าตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในไทยกว่า 3 แสนล้านบาท และเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์กว่า 2.29 แสนล้านบาท ในช่วงปี พ.ศ. 2568–2570 ปริมาณการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศโดยรวมคาดว่าจะเติบโตในอัตราต่ำที่ร้อยละ 1.0–2.0 ต่อปี โดยทั้งเบียร์และสุรา มีแนวโน้มเติบโตในอัตราดังกล่าวเช่นกัน ปัจจุบันตลาดเบียร์มีมูลค่าตลาดราว 2 แสนล้านบาท “สุรา” มากกว่า 1.2 แสนล้านบาท (เฉพาะผลประกอบการเหล้าของไทยเบฟเวอเรจ) แต่ยังมีหมวดอื่น ๆ ทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่ม (RTD) ไวน์ เหล้าบ๊วย บรั่นดี เป็นต้น ซึ่งแรงผลักดันให้ตลาดมีการเติบโตมาจากการฟื้นตัวของการท่องเที่ยวและกิจกรรมทางสังคมในประเทศที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ผลิตต้องขยายกำลังการผลิตเพื่อรองรับความต้องการโดยเฉพาะในกลุ่มสินค้าพรีเมียมและคราฟต์ อย่างไรก็ตาม ผู้ผลิตอาจต้องปรับตัวต่อกฎระเบียบและภาษีที่อาจเปลี่ยนแปลงในอนาคต รวมถึงข้อจำกัดด้านอุปทานจากความผันผวนของราคาวัตถุดิบ เช่น อ้อยและข้าว ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากสภาพอากาศที่แปรปรวน นอกจากนี้ การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บริโภคที่มีแนวโน้มหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้นอาจเป็นอีกปัจจัยที่กดดันการผลิตด้วย⁸⁶

ในส่วนของช่องทางการจำหน่าย การขายผ่านช่องทางออนไลน์ยังคงเป็นหลักสำคัญของตลาด การฟื้นตัวของการบริโภคในร้านอาหารและบาร์มีผลบวกต่อยอดขายอย่างชัดเจน ขณะที่พฤติกรรมผู้บริโภคที่บ้าน ซึ่งเคยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กลับเริ่มลดลงเมื่อผู้บริโภคกลับมาใช้ชีวิตนอกบ้านและทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติ อย่างไรก็ตาม ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเผชิญกับข้อจำกัดทางกฎหมายที่เข้มงวด รวมถึงการควบคุมอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อและดื่ม การห้ามโฆษณาที่ส่งเสริมการบริโภค และกฎหมายเกี่ยวกับการเมาแล้วขับที่กำหนดอัตราแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำสุด ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อกลยุทธ์การตลาดและการจำหน่ายของ

⁸⁶ สุวานเศรษฐกิจ. (2568, 5 มกราคม). “เครื่องดื่ม” 5 แสนล้านบาทคึกคัก ตลาดใน-นอกประเทศสดใสรับปีมะเส็ง.

<https://www.thansettakij.com/business/marketing/616224>



ผู้ประกอบการ นอกจากนี้ การค้าเบียร์ต้มและการนำเข้าสินค้าผ่านพรมแดนยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญเนื่องจากภาษีนำเข้าที่สูงเป็นปัจจัยจำกัด

ในตลาดเบียร์ของประเทศไทย บริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) ยังคงครองส่วนแบ่งตลาดที่ใหญ่ที่สุดด้วยแบรนด์ช้าง (ประมาณร้อยละ 33.7) ในขณะที่บริษัทบุญรอดบริวเวอรี่ จำกัด ตามมาด้วยแบรนด์ลีโอ (ร้อยละ 23.6) และสิงห์ (ร้อยละ 12.8) บริษัทไทยเอเชียแปซิฟิก บริวเวอรี่ ซึ่งเป็นผู้ผลิตไฮเนเก้น มีส่วนแบ่งตลาดอยู่ที่ร้อยละ 0.7 ผู้เล่นแต่ละรายมีจุดเด่นและกลยุทธ์ที่แตกต่างกัน โดยไทยเบฟเวอเรจมุ่งสร้างภาพลักษณ์ระดับประเทศสำหรับแบรนด์ช้าง บุญรอดบริวเวอรี่เน้นครองตลาดพรีเมียมด้วยสิงห์และตลาดมวลชนด้วยลีโอ ขณะที่ไทยเอเชียแปซิฟิก บริวเวอรี่ใช้ไฮเนเก้นเพื่อสร้างภาพลักษณ์ระดับสากล และบริษัทโรงเบียร์เยอรมันตะวันแดงเป็นผู้เล่นใหม่ที่เน้นคราฟต์เบียร์และเบียร์ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ⁸⁷

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อแนวโน้มการบริโภค ได้แก่ พฤติกรรมของผู้บริโภคที่ให้ความสนใจในคราฟต์เบียร์และเบียร์พรีเมียมมากขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่ การแข่งขันที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าสู่ตลาดของผู้เล่นใหม่ และแนวโน้มด้านสุขภาพที่ทำให้ความต้องการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำหรือไม่มีแอลกอฮอล์เป็นที่นิยมมากขึ้น

สำหรับแนวโน้มยอดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท:

- **เบียร์:** ยังคงเป็นเครื่องดื่มที่มีการบริโภคสูงสุดและคาดว่าจะเติบโตต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2566–2571 จากการฟื้นตัวของการท่องเที่ยวและกิจกรรมทางสังคม ความนิยมในคราฟต์เบียร์ และเบียร์พรีเมียมจะเป็นปัจจัยสำคัญในการดึงดูดผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม การเติบโตอาจถูกจำกัดด้วยการแข่งขันและต้นทุนการผลิตที่สูงขึ้น
- **สุรา:** เป็นตลาดใหญ่อันดับสอง โดยเน้นที่สุราขาวและสุราผสม คาดว่ายอดขายจะทรงตัวหรือลดลงเล็กน้อย เนื่องจากแนวโน้มการลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูง แต่ยังคงเป็นที่นิยมในตลาดชนบทและกลุ่มผู้บริโภคที่เน้นราคาประหยัด
- **เครื่องดื่มพร้อมดื่ม:** มีการเติบโตในกลุ่มผู้บริโภคอายุน้อยที่ชื่นชอบความสะดวกและรสชาติที่หลากหลาย ผู้บริโภคมองหาประสบการณ์ใหม่ ๆ เช่น คราฟต์เบียร์หรือเครื่องดื่มที่มีเอกลักษณ์ ซึ่งยังคงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจในตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย

⁸⁷ อนันตชัย อธิวรพงศ์. (2567, 20 ธันวาคม). 2025 Data ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย และแนวโน้มของคนไทยที่มีต่อเครื่องดื่มพร้อมดื่ม Case Study. <https://onlinemedia.idea2mobile.com/?p=7132>



3.6 การตลาดและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนอินเทอร์เน็ตประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

จากการติดตามเผื่อระวังการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ในปี พ.ศ. 2565 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ในโครงการศึกษาแนวโน้ม กลยุทธ์ และวาทกรรมในการสื่อสารการตลาดออนไลน์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นักวิจัยได้รวบรวมโพสต์สาธารณะทั้งสิ้น 27,037 โพสต์ จากผู้โพสต์ 9,002 บัญชีรายชื่อ ใช้วิธีการ capture-recapture สามารถประมาณการจำนวนผู้โพสต์การตลาดและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ ได้ประมาณ 253,272 บัญชี ในปี พ.ศ. 2566 และประมาณ 196,606 บัญชีในปี พ.ศ. 2567 โดยจำแนกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ตามตารางที่ 3.1⁸⁸

ตารางที่ 3.1 จำนวนประมาณการผู้ทำการตลาด-ขายเครื่องดื่มฯ ออนไลน์ จำแนกตามลักษณะผู้โพสต์ พ.ศ. 2566-2567 (จำนวนบัญชี (95% Confidence interval))

	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567
จำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย	61.21 ล้านบัญชี	63.21 ล้านบัญชี
ผู้ทำการตลาด-ขายเครื่องดื่มฯ ออนไลน์	253,272 (95% CI: 253,094 – 253,449)	196,606 (95% CI: 196,169 – 197,043)
ร้านอาหารและเครื่องดื่ม/ผับบาร์	124,914 (95% CI: 124,339 – 125,489)	155,649 (95% CI: 153,360 – 157,939)
รีวิว/บล็อกเกอร์/อินฟลูเอนเซอร์	92,101 (95% CI: 91,121 – 93,080)	82,613 (95% CI: 74,603 – 90,623)
ร้านขายส่ง/ปลีก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	26,854 (95% CI: 26,524 – 27,184)	5,534 (95% CI: 5,496 – 5,571)
เพจทางการ	2,179 (95% CI: 2,044 – 2,315)	3,238 (95% CI: 123 – 6,353)
ผู้ขายหนีภาษี	684 (95% CI: 622 – 745)	494 (95% CI: 33 – 956)

⁸⁸ กนิษฐา ไทยกล้า, และนิษฐา ทรุ่นเกษม. (2568). การศึกษาแนวโน้ม กลยุทธ์ และวาทกรรมในการสื่อสารการตลาดออนไลน์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



● ช่องทางหลักของการตลาดออนไลน์

เมื่อรวบรวมข้อมูลเฉพาะระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 รวม 4,425 โพสต์ จากผู้โพสต์ 1,421 ราย พบว่า โพสต์ร้อยละ 63.2 เป็นบัญชีรายชื่อบนแพลตฟอร์ม Facebook ร้อยละ 13.9 เป็น TikTok ร้อยละ 12.2 เป็น Instagram และร้อยละ 7.8 เป็น Line โดยร้อยละ 63.6 เป็นรายเก่า และอีกร้อยละ 36.4 เป็นรายใหม่ (เพิ่งเกิดขึ้นในช่วงที่รวบรวมข้อมูล) แนวโน้มที่สำคัญคือ Facebook ยังคงเป็นช่องทางหลักต่อเนื่อง เพราะการตั้งค่าความเป็นส่วนตัวที่ง่าย และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดี โดยเพิ่มจากร้อยละ 59.6 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 74.4 ในปี พ.ศ. 2567) ก่อนลดลงในต้นปี พ.ศ. 2568 เหลือร้อยละ 50.2 แต่ TikTok มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2568 (ร้อยละ 33.7) โดยกำลังกลายเป็นพื้นที่ของการสื่อสาร “รูปแบบใหม่” ที่เน้นความไว ความสนุก และการสร้างกระแสในกลุ่มเยาวชนและคนรุ่นใหม่ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เนื้อหาการทำการตลาดที่ได้รับความนิยมที่สุดในปัจจุบันคือรูปแบบการสื่อสารด้วยวิดีโอสั้น (short video) ซึ่งไม่ว่าจะเป็นในแพลตฟอร์ม Facebook หรือ TikTok ก็ตาม ก็มีแนวโน้มจะสนับสนุนครีเอเตอร์ที่ผลิตสื่อในรูปแบบนี้เป็นหลัก เนื่องจากดึงดูดการมีส่วนร่วม (engagement) จากผู้ใช้งานได้สูงสุด ส่วน Instagram และ YouTube มีบทบาทน้อยลงมาก

● เนื้อหาหลักของการตลาดออนไลน์

เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาของทั้ง 4,425 โพสต์ พบว่า เป็นการบอกสถานที่ขายร้อยละ 53.9 การใช้ Brand DNA ร้อยละ 48.2 การแจกแถมร้อยละ 28.2 และการรีวิวเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 21.8 ซึ่งสะท้อนถึงแนวทางที่มุ่งเน้นการสร้างการจดจำแบรนด์และการกระตุ้นให้เกิดการซื้อซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างการรับรู้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 99.2 และกระตุ้นให้เกิดการซื้อ ร้อยละ 69.3 ที่น่าสนใจคือ การใช้สัญลักษณ์อีโมจิแทนตราสินค้าและผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ เพื่อเป็นกลยุทธ์ลดทอนความเป็นสินค้าควบคุมและหลีกเลี่ยงข้อจำกัดทางกฎหมาย

● กลุ่มผู้สื่อสารการตลาดออนไลน์

ผู้โพสต์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.1) เป็นร้านอาหารและเครื่องดื่ม/ผับบาร์ ร้อยละ 21.3 เป็นอินฟลูเอนเซอร์ ร้อยละ 13.9 เป็นร้านขายส่ง/ปลีก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 3.0 เป็นเพจทางการของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 1.2 เป็นผู้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนีภาษี โดยพบว่าร้านอาหาร/เครื่องดื่มและร้านขายของชำเพิ่มขึ้นชัดเจนในปี พ.ศ. 2567 ในขณะที่ อินฟลูเอนเซอร์และผู้ผลิต/ตัวแทนจำหน่ายลดลงในสัดส่วนเกือบครึ่ง และ E-marketplace เริ่มมีบทบาทมากขึ้นในปี พ.ศ. 2567-2568 ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันถึงการเปลี่ยนแนวทางของตลาดแอลกอฮอล์จากการพึ่งพาคน



มีชื่อเสียง ไปสู่การควบคุม narrative ด้วยตนเองโดยร้านค้า อีกทั้งการใช้ marketplace อาจช่วยให้สามารถขายได้ ซึ่งบ่งบอกให้เห็นประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา ที่สามารถป้องกันการรับงานโฆษณาอย่างไม่เป็นทางการของอินฟลูเอนเซอร์ทุกระดับ

● ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตลาดออนไลน์

ประเภทเครื่องดื่มที่มีการโพสต์มากที่สุด ได้แก่ เบียร์ไทย (ร้อยละ 48.2) สุราสีในประเทศ (ร้อยละ 25.9) และเบียร์ต่างประเทศ (ร้อยละ 10.9) เบียร์ไทยจึงเป็นเครื่องดื่มที่ถูกทำการตลาดมากที่สุดในภาพรวมทั้ง 4 ปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2567 ที่พุ่งสูงถึงร้อยละ 49.2 แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการเบียร์ไทยมีความแข็งแกร่งในการใช้ช่องทางออนไลน์เป็นเครื่องมือหลัก ซึ่งสอดคล้องกับตัวเลขยอดขาย และพฤติกรรมการดื่มของคนไทย ที่ยังคงนิยมดื่มเครื่องดื่มเบียร์มากที่สุด

ส่วนเครื่องดื่มที่มีแนวโน้มการเติบโตของสัดส่วนการตลาดออนไลน์สูงที่สุด ได้แก่ สุรากลั่นในประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เติบโตต่อเนื่องทุกปี และพุ่งขึ้นอย่างโดดเด่นในปี พ.ศ. 2568 ถือเป็นตัวชี้วัดว่าผู้ผลิตสุราไทยกำลังขยายตลาดทั้งในเชิงปริมาณและการสื่อสารเชิงท้องถิ่นผ่านออนไลน์ อาจเกี่ยวข้องกับเทรนด์การ “ดื่มเพื่อวัฒนธรรม” หรือ “สุราชุมชน” ที่เริ่มขยายตัวภายหลังการผ่อนคลายกฎหมายบางส่วน

โซลูมีสัดส่วนของการทำการตลาดลดลงชัดเจน สะท้อนการอึดตัวของกระแสเกาหลี หรืออาจเป็นผลจากการควบคุมการนำเข้าสินค้าราคาสูงที่ไม่มีมาตรฐาน ส่วนคราฟต์เบียร์ กลับไม่สามารถเติบโตได้ต่อเนื่อง แม้จะมีฐานกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ อาจสะท้อนข้อจำกัดทางกฎหมาย/ต้นทุนการผลิต/การขอใบอนุญาตที่ยังเป็นอุปสรรค

RTD/เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ต่ำ มีสัดส่วนลดลงในปี พ.ศ. 2568 จากที่เคยอยู่ในช่วงร้อยละ 10–12 ลงมาเหลือเพียงประมาณร้อยละ 6 ซึ่งน่าจับตา เพราะสวนทางกับเทรนด์ No/Low alcohol ในต่างประเทศ

● กลยุทธ์การสื่อสารในตลาดออนไลน์

กลยุทธ์การตลาดที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การบอกสถานที่จำหน่าย (อันดับ 1 ทุกปี) โดยเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากร้อยละ 33.3 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 55.1 ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งสะท้อนว่า เมื่อการโฆษณาโดยตรงถูกจำกัด ร้านค้าจึงเน้นการสื่อสารเชิง “การบอกตำแหน่ง” มากขึ้น แทนการเชิญชวนโดยตรง การใช้ตราสินค้าเสมือน (brand DNA) ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงมาก จากร้อยละ 28.6 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 53.1 ในปี พ.ศ. 2568 บ่งชี้ว่า ผู้ขายมุ่งสื่อสารภาพลักษณ์ของแบรนด์ เช่น ความดั้งเดิม วัตถุดิบพิเศษ หรือเรื่องราวเฉพาะถิ่น เพื่อหลบเลี่ยงภาษาชวนดื่ม ส่วนการออกไปโรมัน



เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2567 แต่ลดลงในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งอาจเกิดจากการเฝ้าระวังเนื้อหาเชิงจงใจมากขึ้นจากรัฐ และการซื้อโฆษณา เป็นเครื่องมือที่แม้มีข้อจำกัด แต่ยังคงถูกใช้อย่างต่อเนื่อง โดยมีสัดส่วนร้อยละ 9-15 ทุกปี

รูปแบบการทำตลาดของผู้ค้าสะท้อนการปรับตัวต่อกฎหมายและวัฒนธรรมออนไลน์ โดยเปลี่ยนจากการ “ชวนดื่ม” มาเป็น “บอกที่ซื้อ” และ “เล่าเรื่องแบรนด์” แทน เพื่อรักษาพื้นที่ทางการตลาดโดยไม่ละเมิดข้อห้ามทางกฎหมาย วิธีการใหม่เหล่านี้บ่งชี้ว่า ผู้ขายไม่ได้หยุดทำตลาด แต่กำลัง “ใช้ภาษาใหม่” ในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างชาญฉลาด

● ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารการตลาด

ในโครงการศึกษาแนวโน้ม กลยุทธ์ และวาทกรรมในการสื่อสารการตลาดออนไลน์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ พบว่า เจ้าของสินค้า (แบรนด์) และผู้ขายใช้วาทกรรมที่สร้างความชอบธรรมและทำให้แอลกอฮอล์ดูเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน ผ่านการใช้คำสแลง วลีติดปาก ภาษาไม่เป็นทางการ ยืดเสียง และการเล่นคำ เช่น “ดีดี”, “ยาวไป”, “หมดแก้วแล้วไปต่อ” นอกจากนี้ยังมีการใช้อีโมจิแทนตราสินค้า เพื่อเลี่ยงข้อจำกัดด้านกฎหมาย พร้อมทั้งสื่อสารความเป็นมิตร ความสนุก และลดภาพลักษณ์ของความเลวร้ายจากการดื่ม

วาทกรรมสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ การสร้างความเป็นธรรมชาติ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความผูกพันทางอารมณ์ ความเข้าใจ และการแสดงอัตลักษณ์ส่วนบุคคล โดยเฉพาะวาทกรรม “ความสัมพันธ์ทางสังคม” ถูกใช้มากในช่วงเทศกาลหรือช่วงเข้าพรรษา ซึ่งสะท้อนถึงความพยายามของแบรนด์ในการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและศีลธรรม นอกจากนี้ ยังพบว่า แม้จะมีกฎหมายควบคุมการโฆษณาแอลกอฮอล์ แต่แบรนด์จำนวนมากยังสามารถใช้กลยุทธ์ influencer-based marketing เพื่อเข้าถึงผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังคงอาศัยวาทกรรมเชิงเสรีภาพ เช่น “ดื่มอย่างรับผิดชอบ” หรือ “ทางเลือกของคุณ” เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อแบรนด์ ทั้งนี้แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงความท้าทายเชิงนโยบายในการควบคุมการตลาดแอลกอฮอล์ยุคดิจิทัล ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารการตลาดแอลกอฮอล์ในโลกออนไลน์กำลังปรับตัวอย่างชาญฉลาด เพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมายและสร้างการยอมรับจากสังคม การปรับปรุงกฎหมายและการเฝ้าระวังเชิงวาทกรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและเครื่องมือการสื่อสารใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว



Facts and Figures on Alcohol in Thailand 2022-2025: Amidst the Evolution of Alcohol Control Policies

บทที่ 4 |

พลวัตของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่าสองทศวรรษ สะท้อนถึงความพยายามของรัฐในการลดผลกระทบทางสุขภาพ และสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายใต้บริบททางเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา “พลวัตนโยบาย” จึงเป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างฐานอำนาจของรัฐ ภาคธุรกิจ และภาคประชาสังคม รวมถึงอิทธิพลจากกระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสังคมไทย

การศึกษาพลวัตของนโยบายมีความสำคัญ เพราะช่วยให้เข้าใจกลไกที่ทำให้นโยบายเกิดขึ้น ดำเนินต่อ หรือเปลี่ยนทิศทางในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง การทำความเข้าใจบริบททางสังคม การเมืองและแรงผลักดันจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะช่วยให้เห็นบทเรียนสำคัญในการออกแบบมาตรการควบคุมที่สามารถรักษาสมดุลระหว่าง “ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ” และ “ผลประโยชน์สาธารณะ” ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดระบบนโยบายที่ยืดหยุ่นแต่ยังคงยึดหลักสุขภาพเป็นศูนย์กลาง

เนื้อหาในบทนี้นำเสนอพัฒนาการของนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ตั้งแต่ช่วงก่อนการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน โดยวิเคราะห์บริบทที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบาย เช่น การออกมาตรการภาษี การจำกัดการขายและโฆษณา การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม รวมทั้งความท้าทายใหม่จากแนวโน้มการผ่อนคลายกฎหมายและแรงกดดันทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เห็นภาพรวมของทิศทางนโยบายแอลกอฮอล์ไทยและข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์สำหรับอนาคต โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 3 ช่วงหลัก

ช่วงที่ 1: ก่อนปี พ.ศ. 2551 ในช่วงนี้ ประเทศไทยได้วางรากฐานทางกฎหมายสำหรับการควบคุมแอลกอฮอล์ผ่านพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 พระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. 2477 และพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2527 นอกจากนี้ การยกเลิกการผูกขาดการผลิตสุราโดยกระทรวงการคลังออกประกาศว่าด้วย “วิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2543” ตามมติคณะรัฐมนตรีที่มีนโยบายเห็นชอบ ให้เปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุรา ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2543⁸⁹ ทำให้ตลาดมีการเปลี่ยนแปลงจากควบคุมอย่างเข้มงวดไปสู่ตลาดที่มีเสรีภาพมากขึ้น แม้จะมีกฎหมายเหล่านี้ แต่ก็ยังมีช่องว่างในการควบคุม โดยเฉพาะด้านการโฆษณาและการสนับสนุนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2544 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนร้อยละ 2 จากภาษียาสูบและแอลกอฮอล์ สสส. ได้นำแนวทาง “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” มาใช้ โดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างภาควิชาการ ภาคส่วนนโยบาย และภาคประชาสังคม⁹⁰ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาและผ่านร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

ช่วงที่ 2: ปี พ.ศ. 2551–2563 เป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทยเปลี่ยนผ่านไปสู่แนวทางการควบคุมแอลกอฮอล์ที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับนโยบายระดับโลกมากขึ้น เนื่องจากการตราพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551⁹¹ และยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติฉบับแรก (พ.ศ. 2554–2563)⁹² พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีข้อกำหนดสำคัญ ได้แก่ การจำกัดการโฆษณาและการตลาด การควบคุมการจำหน่าย และการจัดหาบริการบำบัดและฟื้นฟู การบังคับใช้กฎหมายนี้เผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น ข้อจำกัดด้านการบังคับใช้ อิทธิพลของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ และการขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ⁹³ อย่างไรก็ตาม ช่วงนี้ได้ให้บทเรียนอันมีค่าสำหรับการพัฒนานโยบายในอนาคต โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดำเนินงานทางการเมืองที่เข้มแข็ง แนวทางที่ครอบคลุมหลายภาคส่วน และกลไกการติดตามและประเมินผลที่แข็งแกร่ง

⁸⁹ คลังสารสนเทศรัฐสภา. (ม.ป.ป.). *วิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2543*. <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer/2300/web/viewer.php>

⁹⁰ Pongutta, S., Suphanchaimat, R., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2019). Lessons from the Thai Health Promotion Foundation. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(3), 213–220.

⁹¹ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. (2551, กุมภาพันธ์ 13). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 125 ตอนที่ 33 ก. หน้า 34-49. <https://odpc9.ddc.moph.go.th/DPC5/2.2.pdf>

⁹² ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (ม.ป.ป.). *ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/f311f3228206e602d62905f4e5d5dc6f.pdf>

⁹³ Talek, M., Vichitkunakorn, P., Assanangkornchai, S., & Wichaidit, W. (2024). Global alcohol policy implementation in Thailand: A narrative review. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 12(S1), S18–S27.



ผลกระทบของการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 (ช่วงปี พ.ศ. 2563–2565) การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 ได้สร้างผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค แอลลอกฮอว์ลและนโยบายควบคุมในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ มาตรการปิดสถานที่และเว้นระยะห่างทางสังคม (lock down) และการจำกัดการรวมกลุ่มทางสังคมที่เข้มงวด ส่งผลให้สถานบันเทิง ร้านอาหาร และบาร์ต้องปิดทำการชั่วคราวหรือจำกัดเวลา⁹⁴ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในรูปแบบการบริโภค โดยมีการบริโภคแอลลอกฮอว์ลที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมาก นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้มีนโยบายควบคุมการจำหน่ายแอลลอกฮอว์ลชั่วคราวในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดและความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ซึ่งก่อให้เกิดการถกเถียงอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสิทธิส่วนบุคคล ขณะเดียวกัน การปิดสถานที่จำหน่ายและการจำกัดการเดินทางยังกระตุ้นให้เกิดการเติบโตของการซื้อขายแอลลอกฮอว์ลผ่านช่องทางออนไลน์และบริการจัดส่ง ซึ่งเป็นการท้าทายใหม่สำหรับการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมาย แม้ว่ามาตรการชั่วคราวเหล่านี้จะสิ้นสุดลงเมื่อสถานการณ์คลี่คลายลง แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการปรับตัวของผู้บริโภคไปสู่การดื่มที่บ้าน และการขยายตัวของตลาดออนไลน์ ยังคงส่งผลต่อเนื่องและเป็นประเด็นสำคัญที่นโยบายแอลลอกฮอว์ลต้องพิจารณาในปัจจุบัน

ช่วงที่ 3: ปี พ.ศ. 2564–ปัจจุบัน ช่วงนี้มุ่งเน้นการปรับปรุงประสิทธิภาพของกฎหมายที่มีอยู่และแก้ไขช่องว่างที่เคยมี พัฒนาการที่สำคัญ ได้แก่

- การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565–2573) ซึ่งประกอบด้วย 7 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การควบคุมและจำกัดการเข้าถึงแอลลอกฮอว์ล การควบคุมการดื่มแล้วขับ การคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาการดื่ม การควบคุมการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการสนับสนุนทางการเงิน การเพิ่มราคาผ่านภาษี การสร้างค่านิยมลดการดื่ม และระบบการสนับสนุนและการจัดการที่ดี⁹⁵

⁹⁴ ศรีนยา สิมมา. (2565). มาตรการปิดเมือง (Lockdown) กับการควบคุมโรคโควิด 19 ในประเทศไทย. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. <https://library.parliament.go.th/radioscript-rr2565-jan3>

⁹⁵ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2564). แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่สอง พ.ศ. 2564 ถึง 2570. กระทรวงสาธารณสุข.



- การอนุมัติกฎกระทรวงใหม่ภายใต้พระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. 2565 เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมายมาแล้วซ้ำ โดยขยายวิธีการทดสอบระดับแอลกอฮอล์ไปถึงสารคัดหลั่งอื่น ๆ เช่น ปัสสาวะ และกำหนดให้การปฏิเสธการทดสอบทางการแพทย์โดยไม่มีเหตุผลอันสมควรจะถือว่า มีระดับแอลกอฮอล์เกินกำหนด^{96,97}
- การแก้ไขพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ที่รู้จักกันในชื่อ “กฎหมายสุราชุมชน”) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2568 เพื่อผ่อนคลายข้อจำกัดในการผลิตแอลกอฮอล์สำหรับผู้ผลิตรายย่อยและธุรกิจท้องถิ่น ซึ่งจะส่งเสริมโอกาสทางเศรษฐกิจและลดการผูกขาดในอุตสาหกรรม^{98,99}
- พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 ซึ่งได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2568 พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้แก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในหลายประเด็นสำคัญนี้มีผลใช้บังคับในวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน และลดข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการและประชาชนทั่วไป มุ่งเน้นการปรับสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจกับการสาธารณสุข ประเด็นสำคัญที่มีการแก้ไข เช่น การปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการ การควบคุมการขาย การกำกับดูแลการโฆษณา การขยายขอบเขตการบำบัดและฟื้นฟู และการปรับบทลงโทษ¹⁰⁰

ภาพรวมของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงและต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจกับการสาธารณสุข

⁹⁶ พระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. 2565. (2565, 7 พฤษภาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนที่ 28 ก. หน้า 5-22. https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/A/028/T_0005.PDF

⁹⁷ กรมประชาสัมพันธ์. (2567, 23 กันยายน). *กฎกระทรวงฉบับใหม่ การทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ปี 2567 หากแอลกอฮอล์ในเลือด เกิน 20 มก. เปรอร์เซ็นต์ ในผู้ขับขี่อายุต่ำกว่า 20 ปี ถือว่าเมาแล้วซ้ำ*. https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/326344?fbclid=IwY2xjawFgB4VleHRuA2F1bQIxMAABHa6p22wc04q24mDiVLG15RdK7Ir2QBeVLeMSm8ShQQFpBz-jDnjazppprA_aem_eVtNFJYBaTRkkYkuWuBoTww

⁹⁸ กฎกระทรวงการผลิตสุรา พ.ศ. 2565. (2565, 1 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนที่ 68 ก. หน้า 1-10. <https://lawelcs.excise.go.th/lawdetail?id=7287>

⁹⁹ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568. (2568, 5 มิถุนายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124 ตอนที่ 38 ก. หน้า 13-16. <https://lawelcs.excise.go.th/lawdetail?id=9124>

¹⁰⁰ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568. (2568, 9 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 142 ตอนที่ 57 ก. หน้า 8-30. <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/83910.pdf>



4.1 การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2565–2568

วัน เดือน ปี	การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแอลกอฮอล์
กันยายน พ.ศ. 2565	มีความเคลื่อนไหวในการพิจารณาร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า ในสภาผู้แทนราษฎร
พฤศจิกายน พ.ศ. 2565	ราชกิจจานุเบกษาเผยแพร่ “กฎกระทรวงการผลิตสุรารูปใหม่ ปี 2565” ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2565 โดยมีการผ่อนคลायข้อจำกัดในการผลิตสุราบางส่วน ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า แม้ว่าร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้าจะยังไม่ผ่านตามที่เสนอทั้งหมดในเวลานั้น
กันยายน–ตุลาคม พ.ศ. 2566	รัฐบาลนายเศรษฐา ทวีสิน เริ่มมีการผลักดันนโยบายการกระตุ้นเศรษฐกิจ และการท่องเที่ยวอย่างจริงจัง ซึ่งรวมถึงแนวคิดการขยายเวลาเปิด-ปิดสถานบริการ มีการประชุมหารือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้และผลกระทบของการขยายเวลา
28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566	คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบหลักการร่างกฎกระทรวงมหาดไทย เรื่อง การกำหนดวันเวลาเปิด-ปิดของสถานบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566 สำคัญ คือ การขยายเวลาเปิด-ปิดสถานบริการ (ผับ บาร์) ในพื้นที่น่านของ 5 จังหวัด/เขต และสถานบริการในโรงแรมทั่วประเทศ ให้สามารถเปิดทำการได้ถึง 04.00 น. ของวันรุ่งขึ้น
ตุลาคม–ธันวาคม พ.ศ. 2566	มีการเสนอร่างกฎหมายโดยกระทรวงสาธารณสุข, พรรคการเมือง (เช่น พรรคเพื่อไทย, พรรคก้าวไกล), และภาคประชาชน (ทั้งเครือข่ายที่สนับสนุนการควบคุมเข้มงวด และเครือข่ายที่สนับสนุนการผ่อนคลायเพื่อส่งเสริมธุรกิจ) รวม 5 ฉบับ เข้าสู่การพิจารณาในวาระที่หนึ่ง (รับหลักการ) ของสภาผู้แทนราษฎร <ul style="list-style-type: none"> ฉบับ คณะรัฐมนตรี โดย กระทรวงสาธารณสุข ฉบับ นายชนินทร์ รุ่งธนเกียรติ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พรรคเพื่อไทย กับคณะ ฉบับ นายเท่าพิภพ ลิ้มจิตรกร สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พรรคก้าวไกล ฉบับที่เสนอโดยเครือข่ายผู้สนับสนุนการควบคุมการเข้าถึงแอลกอฮอล์ที่เคร่งครัดขึ้น (นายธีรภัทร์ คหะวงศ์ กับประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง จำนวน 92,978) ฉบับที่เสนอโดยเครือข่ายผู้สนับสนุนการผ่อนคลायเพื่อส่งเสริมธุรกิจแอลกอฮอล์ (นายเจริญ เจริญชัย กับประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 10,942 คน)



วัน เดือน ปี	การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแอลกอฮอล์
10 มกราคม พ.ศ. 2567	<p>นำเสนอและชี้แจงหลักการ “ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่..) พ.ศ. ...”</p> <ul style="list-style-type: none"> • วาระที่ 5.1 ร่างที่นายธีรภัทร์ คหะวงศ์ กับประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง จำนวน 92,978 คนเป็นผู้เสนอ • วาระที่ 5.2 ร่างที่นายเจริญ เจริญชัย กับประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง จำนวน 10,942 คน เป็นผู้เสนอ • ที่ประชุมเห็นชอบให้พิจารณาพร้อมกับระเบียบวาระที่ 6.11 ร่างที่ นายเท่าพิภพ ลิ้มจิตรกร สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรกับคณะเป็นผู้เสนอ • คณะรัฐมนตรี โดย นายสันติ พร้อมพัฒน์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ขอรับร่างพระราชบัญญัติไปพิจารณา ที่ประชุมมีมติอนุมัติให้ คณะรัฐมนตรีรับร่างพระราชบัญญัติ ทั้ง 3 ฉบับ ไปพิจารณาก่อนรับหลักการ ไม่เกิน 60 วัน ตามข้อบังคับฯ ข้อ 118
27 มีนาคม พ.ศ. 2567	<p>ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรชุดที่ 26 ปีที่ 1 ครั้งที่ 30 (สมัยสามัญประจำปี ครั้งที่สอง) ได้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง 5 ฉบับ และมีมติ รับหลักการทั้ง 5 ฉบับ ด้วยคะแนนเสียง 388 เสียง</p>
4 กรกฎาคม พ.ศ. 2567	<p>นายสุริยะ จึงรุ่งเรืองกิจ รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม คณะกรรมการ นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ โดยมีมติเห็นชอบให้ จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันห้ามขาย ณ ท่าอากาศยานนานาชาติ เพื่อ ส่งเสริมการท่องเที่ยว อีกทั้งได้พิจารณาข้อเสนอของ รพท. ในการขอยกเว้น ข้อห้ามการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนรถไฟ โดยให้มีการศึกษาผลกระทบ เพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังมีมติเห็นชอบจัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดหางบประมาณสำหรับ บำบัดและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ และกำหนดให้ปรับปรุง หลักเกณฑ์เกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์และข้อความคำเตือนบนผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์ ให้เสร็จภายใน 27 พฤศจิกายน 2567 โดยต้องแจ้งประเทศสมาชิก WTO ล่วงหน้า</p>
2 ตุลาคม พ.ศ. 2567	<p>สภาพิจารณาร่างแก้ไขกฎหมายสรรพสามิต 3 ฉบับ ในวาระแรก และรับ หลักการ 2 ร่าง คือ ‘สุรารวมไทย’ ของรวมไทยสร้างชาติ และ ‘สุราชุมชน เพื่อเศรษฐกิจฐานราก’ ของเพื่อไทย ส่วนร่างของพรรคประชาชน ‘สุราก้าวหน้า’ ถูกสภาตีตก</p> <p>หลังจากรับหลักการในวาระแรกเมื่อปี 2567 จึงเข้าสู่การตั้งกรรมาธิการเพื่อ แปรญัติติ โดยยึดร่างสุราชุมชนของเพื่อไทยเป็นหลัก ก่อนที่จะเข้าสู่สภาวาระ 2 และ 3</p>



วัน เดือน ปี	การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแอลกอฮอล์
12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567	นายเผ่าภูมิ โรจนสกุล รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง เปิดเผยว่า รัฐบาลมีแนวทางปรับปรุงกฎหมายและกฎกระทรวงภาษีสรรพสามิต เพื่อส่งเสริมการผลิตสุราพื้นบ้านโดยผู้ประกอบการรายย่อย โดยลดข้อจำกัดในการขอใบอนุญาต และส่งเสริมการใช้วัตถุดิบท้องถิ่นเพื่อเพิ่มมูลค่า สร้างรายได้ให้ชุมชน และผลักดันให้สุราท้องถิ่นเป็น Soft Power ของไทย ทั้งนี้ กรมสรรพสามิตได้ปลดล็อกข้อจำกัดหลายประการ และเตรียมปรับปรุงหลักเกณฑ์เพิ่มเติมเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกอบการ พร้อมคงมาตรการควบคุมคุณภาพและค่านึงถึงผลกระทบต่อทางสังคมและสิ่งแวดล้อม
15 มกราคม พ.ศ. 2568	สภาผู้แทนราษฎรได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่..) พ.ศ. ซึ่งถูกเรียกว่า ร่าง พ.ร.บ.สุราชุมชน (Community Alcoholic Beverage Bill) ในวาระ 2 และ 3 โดยมีมติเอกฉันท์ ด้วยคะแนน 415 เสียง
17 มีนาคม พ.ศ. 2568	ที่ประชุมบอร์ดควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่รับข้อเสนอ รพท. ให้ขายแอลกอฮอล์ในสถานีหรือบนรถไฟ เนื่องจากข้อมูลยังไม่ชัดเจน พร้อมให้กลับไปจัดทำรายละเอียดใหม่ โดยย้ำว่าการขายต้องเป็นกรณีชั่วคราวและได้รับอนุญาตจากกรมสรรพสามิตเท่านั้น กลุ่มภาคประชาชนรวมตัวคัดค้าน พร้อมเรียกร้องให้ยกเลิกการผ่อนปรน และไม่ขยายพื้นที่จำหน่ายแอลกอฮอล์ ที่ประชุมยังเห็นชอบมาตรการควบคุมช่วงสงกรานต์ และคงเวลาห้ามขายแอลกอฮอล์ตามกฎหมายเดิม ยกเว้นสนามบินและโรงแรมที่ได้รับอนุญาตพิเศษ
19 มีนาคม พ.ศ. 2568	สภาผู้แทนราษฎรมีมติ ผ่านร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับแก้ไข) ในวาระที่ 2 และ 3 โดยมีสาระสำคัญ การยกเลิกข้อจำกัดในการโฆษณาตามมาตรา 32 ยกเลิกคำสั่งคณะปฏิวัติที่ห้ามขายในช่วงเวลา 14.00 - 17.00 น. ซึ่งเปิดทางให้ผู้ประกอบการรายย่อยและสุราชุมชนสามารถประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ได้มากขึ้น โดยต้องไม่เป็นการชักชวนให้ดื่ม หรืออวดอ้างสรรพคุณ ประเด็นสำคัญที่แก้ไข: <ul style="list-style-type: none"> • การโฆษณา: ผ่อนคลายมาตรา 32 ที่ห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิง อนุญาตให้ประชาสัมพันธ์ชื่อ รายละเอียดสินค้า แหล่งที่มา กรรมวิธีผลิต ได้มากขึ้น แต่ต้องไม่ใช่การเชิญชวนให้ดื่ม หรืออวดอ้างสรรพคุณ และห้ามนำผลิตภัณฑ์ที่มีตราเสมือนมาโฆษณาโดยสื่อให้เข้าใจว่าเป็นแอลกอฮอล์ • เวลาขาย: ยกเลิกคำสั่งคณะปฏิวัติที่ห้ามขายช่วง 14.00-17.00 น. อย่างไรก็ตาม การห้ามขายในวันสำคัญทางศาสนายังคงอยู่



วัน เดือน ปี	การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแอลกอฮอล์
	<ul style="list-style-type: none"> • บทลงโทษ: เพิ่มมาตรการปรับเป็นพินัยในกรณีความผิดที่ไม่รุนแรง และให้อำนาจเจ้าหน้าที่ในการตัดเตือนแทนการใช้บทลงโทษทางอาญาหรือทางปกครองได้ • คณะกรรมการ: เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคธุรกิจและสภาเยาวชนในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ • การบำบัดฟื้นฟู: ขยายขอบเขตผู้ที่สามารถได้รับการบำบัดฟื้นฟูจากเฉพาะผู้ติดแอลกอฮอล์ เป็นผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
31 มีนาคม พ.ศ. 2568	<p>ที่ประชุมวุฒิสภา มีมติรับหลักการ (วาระ 1) ต่อร่าง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่..) พ.ศ. ที่ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรมาแล้ว มีมติตั้งคณะกรรมการวิสามัญ จำนวน 27 คน และกำหนดระยะเวลาในการแปรญัตติ 7 วัน</p>
มีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2568	<p>เปิดการรับฟังความคิดเห็นประกอบการเสนอร่างพระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ ..) พ.ศ.</p> <p>โดยที่พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 ใช้บังคับมาเป็นเวลานาน บทบัญญัติเกี่ยวกับการดำเนินกิจการสถานบริการและบทกำหนดโทษบางประการไม่สอดคล้องกับพฤติการณ์ การกระทำความผิด ส่งผลให้ผู้ประกอบกิจการสถานบริการดำเนินกิจการฝ่าฝืนกฎหมายต่าง ๆ ที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และบทกำหนดโทษกรณีการฝ่าฝืนไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ประกอบกับมีการฝ่าฝืนต่อบทบัญญัติของกฎหมายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุมการดำเนินกิจการที่อาจดำเนินการไปในทางกระทบกระเทือนต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในสังคมและเพื่อให้มีกฎหมายที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509</p>
10 เมษายน พ.ศ. 2568	<p>ที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 3/2568 เห็นชอบให้สามารถจัดกิจกรรมที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ภายในสถานี่รถไฟหัวลำโพงเป็นกรณีพิเศษ โดยจำกัดช่วงเวลาและอยู่ภายใต้การอนุญาตของรัฐมนตรว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ไม่ครอบคลุมสถานี่อื่น ส่วนข้อเสนอของ รฟท. ในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนขบวนรถไฟยังไม่ได้พิจารณา และการอนุญาตจะต้องเสนอเป็นรายครั้งต่อคณะกรรมการควบคุมฯ โดยไม่ให้ รฟท. มีอำนาจอนุมัติเอง เพื่อป้องกันการใช้อำนาจเกินขอบเขต</p>



วัน เดือน ปี	การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแอลกอฮอล์
6 มิถุนายน พ.ศ. 2568	<p>พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 หรือ “พ.ร.บ. สุราชุมชน” หรือ “พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า” ได้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2568 โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปลดล็อกข้อจำกัดการผลิตสุรา: <ul style="list-style-type: none"> • ยกเลิกข้อกำหนดปริมาณขั้นต่ำ: เดิมมีข้อกำหนดให้โรงเบียร์ขนาดเล็กต้องผลิตไม่น้อยกว่า 30,000 ลิตรต่อวัน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำหรับผู้ประกอบการรายย่อย พ.ร.บ. ฉบับนี้ได้ยกเลิกข้อกำหนดนี้ ทำให้ผู้ประกอบการรายย่อย เกษตรกร และวิสาหกิจชุมชนสามารถผลิตสุราได้ตามกำลังการผลิตของตนเอง • เปิดกว้างการขออนุญาต: กำหนดให้ผู้ที่ประสงค์จะผลิตสุราหรือมีเครื่องกลั่นไว้ในครอบครอง สามารถยื่นคำขออนุญาตต่ออธิบดีกรมสรรพสามิตได้ง่ายขึ้น และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ประกาศกำหนด • อนุญาตให้ผลิตสุราหลากหลายประเภท: ไม่จำกัดเฉพาะสุราขาวหรือเหล้าสี แต่รวมถึงสุราทุกประเภท โดยสามารถใช้วัตถุดิบทางการเกษตรในประเทศ และสุราที่ผลิตอาจมีสีหรือกลิ่นได้ • ใบอนุญาตมีอายุ 3 ปี: ใบอนุญาตที่ออกตามกฎหมายนี้จะมีอายุ 3 ปี นับแต่วันที่ได้รับอนุญาต 2. ส่งเสริมผู้ประกอบการรายย่อยและเศรษฐกิจฐานราก: <ul style="list-style-type: none"> • สนับสนุนกลุ่มเกษตรกร สหกรณ์ วิสาหกิจชุมชน องค์กรเกษตรกร หรือผู้ประกอบการรายย่อย: กฎหมายนี้มีเจตนารมณ์เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเหล่านี้สามารถยื่นขอใบอนุญาตผลิตสุราเพื่อการค้าได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย • ห้ามเลือกปฏิบัติหรือผูกขาด: กฎกระทรวงที่จะตามมาจะต้องไม่กำหนดหลักเกณฑ์ที่เป็นการเลือกปฏิบัติ หรือก่อให้เกิดการผูกขาดทางเศรษฐกิจ โดยไม่เป็นธรรม หรือสร้างภาระเกินสมควร เว้นแต่ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการถือครองของชาวต่างชาติ หรือการผลิตสุราของรัฐวิสาหกิจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมผู้ประกอบการรายย่อย • ส่งเสริมการแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร: เปิดโอกาสให้เกษตรกรนำผลผลิตทางการเกษตรมาแปรรูปเป็นสุรา เพิ่มรายได้และสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสินค้าเกษตรในประเทศ • ยกระดับ Soft Power: ส่งเสริมให้สุราชุมชนเป็นอีกหนึ่งเสน่ห์ของประเทศ สร้างการรับรู้และยอมรับของชาวต่างชาติ เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมท่องเที่ยวและอุตสาหกรรมอาหาร



วัน เดือน ปี	การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแอลกอฮอล์
	<p>3. การปรับปรุงกฎกระทรวงและระเบียบที่เกี่ยวข้อง:</p> <ul style="list-style-type: none"> • กำหนดกรอบเวลา: กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกรมสรรพสามิต ต้องดำเนินการปรับปรุงกฎกระทรวง ประกาศ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องให้แล้วเสร็จภายใน 180 วัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัติฉบับนี้มีผลบังคับใช้ เพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายใหม่ • ครอบคลุมถึงการบรรจุภัณฑ์และการทำบัญชี: คาดว่าจะมีการปรับแก้ระเบียบในเรื่องต่าง ๆ เช่น บรรจุภัณฑ์ และการทำบัญชี เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการรายย่อย <p>โดยสรุปแล้ว พ.ร.บ. สุราชุมชนนี้ มีเป้าหมายหลักเพื่อปลดล็อกข้อจำกัดทางกฎหมายที่เคยเป็นอุปสรรคต่อผู้ผลิตสุรารายย่อย ส่งเสริมการแข่งขันที่เป็นธรรม ลดการผูกขาด และสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจในระดับฐานราก โดยเฉพาะสำหรับสุราชุมชน ซึ่งถือเป็นผลิตภัณฑ์ Soft Power ของไทยที่มีศักยภาพในการต่อยอดทางเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว</p>
4 สิงหาคม พ.ศ. 2568	<p>พิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ ...) พ.ศ. ... ของวุฒิสภา ใช้เวลาพิจารณาคราวต่อต่อเนื่อง ก่อนเสนอรายงานและร่างแก้ไขต่อที่ประชุมวุฒิสภา ซึ่งได้บรรจุเข้าสู่วาระพิจารณาเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2568 โดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • วาระที่ 2: พิจารณารายมาตรา ที่ประชุมได้พิจารณาแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาในหลายประเด็นตามข้อเสนอของกรรมาธิการ โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดขอบเขตการสื่อสารการตลาดให้ชัดเจนขึ้น การปรับกระบวนการอนุญาตให้จำหน่ายและทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ การส่งเสริมบทบาทคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติและระดับจังหวัด การเพิ่มความชัดเจนในการบังคับใช้บทลงโทษ และลดการพึ่งพาโทษอาญาในกรณีไม่ร้ายแรง • วาระที่ 3: ลงมติในร่างกฎหมายทั้งฉบับ ผลการลงมติวาระสามปรากฏว่า วุฒิสภาเห็นชอบ ด้วยคะแนนเห็นชอบ 105 เสียง ไม่เห็นชอบ 2 เสียง งดออกเสียง 12 เสียง และไม่ลงคะแนน 1 เสียง โดยคะแนนเสียงส่วนใหญ่สะท้อนการเห็นพ้องว่าเนื้อหาของร่างกฎหมาย ฉบับนี้ มีความสมดุลระหว่างการคุ้มครองสุขภาพประชาชนและการสนับสนุนเศรษฐกิจฐานราก โดยเฉพาะในส่วนของผู้ประกอบการรายย่อยและสุราพื้นบ้าน รวมทั้งเป็นการปรับปรุงกฎหมายให้ทันต่อสภาพสังคมและธุรกิจสมัยใหม่



วัน เดือน ปี	การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแอลกอฮอล์
9 กันยายน พ.ศ. 2568	พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2568 ซึ่งมีผลบังคับให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดภายใน 60 วัน นับแต่วันที่ประกาศ
8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568	พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 มีผลบังคับใช้

4.2 สรุปกฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะเวลาสามปีในประเทศไทย

วันที่ประกาศใช้	กฎหมาย/ระเบียบ	สาระสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7 พฤษภาคม พ.ศ. 2565	พระราชบัญญัติการจราจรทางบก พ.ศ. 2565	เป็นการแก้ไขเพิ่มเติมจาก พ.ร.บ. การจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยระบุว่า ห้ามผู้ขับขี่ขณะมีเมามาจากแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่นใด หากเจ้าหน้าที่สงสัยว่าผู้ขับขี่อยู่ในสภาพดังกล่าว และไม่สามารถให้ความยินยอมในการตรวจสอบได้ (เช่น ทมตลติ) เจ้าหน้าที่สามารถ ขอให้แพทย์เป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบ โดยต้องกระทำในลักษณะที่ลดความเจ็บปวดและความเสี่ยงต่อผู้ตรวจ และค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบให้เบี่ยงจากงบประมาณของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565	กฎกระทรวงการผลิตสุรา พ.ศ. 2565	เพื่อผ่อนคลายข้อกำหนดในการผลิตสุราที่บ้านและสุราชุมชนมากขึ้น โดยกำหนดนิยามโรงเบียร์ขนาดเล็กและขนาดกลาง เพื่อสนับสนุนผู้ประกอบการ SMEs
7 กันยายน พ.ศ. 2566	ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง หลักเกณฑ์การแบ่งเงินรางวัลหรือวิธีปฏิบัติในการจ่ายเงิน และแบบการขอรับเงินลิบบนรางวัล ตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566	ประกาศฉบับนี้มีเป้าหมาย เพื่อปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินลิบบนและรางวัลให้มีความชัดเจน โปร่งใส และเหมาะสมมากขึ้น สำหรับผู้แจ้งความนำจับผู้กระทำผิดตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยมีสาระสำคัญ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> • การกำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินเมื่อมีการชำระค่าปรับในคดีสิ้นสุดแล้ว • การระบุคุณสมบัติของผู้แจ้งความนำจับที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ตามกฎหมาย และช่องทาง • การแจ้งเบาะแสผ่านเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจในพื้นที่



วันที่ประกาศใช้	กฎหมาย/ระเบียบ	สาระสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
		<p>ทั้งนี้ ประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ทันทีหลังประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายและลดการกระทำผิดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p>
1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566	กฎกระทรวงว่าด้วยการผลิตสุรา พ.ศ. 2565	<p>ออกตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มีสาระสำคัญดังนี้:</p> <ul style="list-style-type: none"> • กำหนดว่า “การผลิตสุราเพื่อการพาณิชย์” หมายถึง การผลิตเพื่อขาย แลกเปลี่ยน หรือเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์อื่น และรวมถึงการผลิตที่มีปริมาณเกินกว่า 200 ลิตรต่อปี • แบ่งประเภทโรงงานผลิตสุราออกเป็น โรงงานขนาดเล็กและขนาดกลาง โดยพิจารณาจากกำลังของเครื่องจักรหรือจำนวนแรงงาน • กำหนดกระบวนการ ขอบใบอนุญาตผลิตสุรา สถานที่ยื่นคำขอ และวิธีการชำระค่าธรรมเนียม
20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566	คำสั่งกรมควบคุมโรคที่ 2172/2566 เรื่อง กำหนดผู้เป็นหัวหน้าองค์คณะและองค์คณะในการปรับเป็นพินัย	<p>คำสั่งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดบุคคลที่มีอำนาจในการพิจารณาและสั่งปรับทางปกครอง (การปรับเป็นพินัย) สำหรับกรณีที่มีค่าปรับสูงเกินหนึ่งหมื่นบาท ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยคำสั่งนี้อ้างอิงตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการปรับเป็นพินัย พ.ศ. 2565 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2566 กำหนดให้มีการแต่งตั้ง “หัวหน้าองค์คณะ” และ “องค์คณะ” ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ เพื่อให้การพิจารณาความผิดเป็นไปอย่างรอบคอบ โปร่งใส และมีประสิทธิภาพ เป็นการกระจายอำนาจและเพิ่มมาตรฐานในการบังคับใช้กฎหมายภายในกรมควบคุมโรค</p>
7 ธันวาคม พ.ศ. 2566	กฎกระทรวงมหาดไทย กำหนดวันเวลาปิดของสถานบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566	<p>การแก้ไขกฎกระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2566 อนุญาตให้สถานบริการเปิดถึงเวลา 04.00 น. จากเดิม 02.00 น. เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ 15 ธันวาคม 2566 ในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (บางเขต), ภูเก็ต, ชลบุรี, เชียงใหม่ และเกาะสมุย รวมถึงสถานบริการที่ตั้งอยู่ใน</p>



วันที่ประกาศใช้	กฎหมาย/ระเบียบ	สาระสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
		<p>โรงแรมทั่วประเทศที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายโรงแรมถือเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว แม้ได้รับเสียงสนับสนุนเรื่องรายได้และการจ้างงาน แต่ก็มีความกังวลด้านอุบัติเหตุ สุขภาพ และเยาวชน รัฐบาลจึงวางมาตรการควบคุมควบคุม เช่น การตั้งด่านตรวจวัดแอลกอฮอล์ การเพิ่มเจ้าหน้าที่ดูแลความสงบเรียบร้อย และการควบคุมอายุผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังอยู่ระหว่างการประเมินผลกระทบ เพื่อปรับปรุงนโยบายในระยะต่อไป</p>
<p>10 กรกฎาคม พ.ศ. 2567</p>	<p>ระเบียบคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ว่าด้วยการเลือกและการแต่งตั้งที่ปรึกษา คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. 2567</p>	<p>ระเบียบคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. 2567 ว่าด้วยการเลือกและแต่งตั้งที่ปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คณะกรรมการได้รับข้อมูลและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนองค์กรอย่างรอบด้าน โดยกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และคุณสมบัติของที่ปรึกษาให้ชัดเจน ครอบคลุมทั้งผู้แทนจากองค์กรภาคประชาชนและผู้ทรงคุณวุฒิในด้านสังคมศาสตร์ กฎหมาย และเทคโนโลยีสารสนเทศ พร้อมกำหนดกระบวนการสรรหาผ่านคณะกรรมการ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและประสิทธิภาพในการดำเนินงานของคณะกรรมการ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และส่งเสริมสุขภาพประชาชน</p>
<p>13 สิงหาคม พ.ศ. 2567</p>	<p>ระเบียบคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอรับการสนับสนุนเพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูผู้ติดสุรา พ.ศ. 2567</p>	<p>ระเบียบนี้จัดทำโดย คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับ บุคคล ญาติ กลุ่ม หรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ในการยื่นคำขอรับการสนับสนุนด้านการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูผู้ติดสุรา โดยมีเนื้อหาสำคัญเกี่ยวกับบทบาทของสำนักงาน ได้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดทำนโยบายและแผนงานด้านการรักษาและฟื้นฟู • ประสานกับหน่วยบริการสาธารณสุขในการตรวจสุขภาพ คัดกรอง และประเมินระดับการติดสุรา • ส่งต่อผู้ติดสุราเข้าสู่ระบบการรักษา



วันที่ประกาศใช้	กฎหมาย/ระเบียบ	สาระสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
		<ul style="list-style-type: none"> ติดตามและประเมินผลกระบวนการสนับสนุน ทำงานร่วมกับเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาสังคม จัดทำฐานข้อมูลผู้ขอรับการบำบัดและผู้ได้รับการรักษา ให้คำแนะนำแก่ผู้ติดสุราและญาติ <p>ทั้งนี้ ระเบียบยังได้กำหนดขั้นตอนการยื่นคำขอ การพิจารณาของสำนักงาน การประสานกับหน่วยงานบริการสุขภาพ และการรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการและคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย</p>
22 ตุลาคม พ.ศ. 2567	ประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์ พร้อมทั้งข้อความคำเตือนสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตหรือนำเข้า พ.ศ. 2567	<p>ประกาศฉบับใหม่นี้มุ่งควบคุมการสื่อสารบนบรรจุภัณฑ์และฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันผลกระทบต่อกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน โดยมีสาระสำคัญ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> การยกเลิกประกาศเดิมปี 2558 การกำหนดนิยาม “บรรจุภัณฑ์” การกำหนดปริมาณสุรাত่อภาชนะไม่น้อยกว่า 175 มล. และข้อห้ามเกี่ยวกับข้อความหรือภาพที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด ส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเชื่อมโยงกับบุคคลหรือกิจกรรมบางประเภท ทั้งนี้ ยังต้องแสดงข้อความคำเตือนชัดเจน 30–50% ของฉลาก โดยมีข้อยกเว้นสำหรับสุราสามทับและสินค้าที่ผลิตเพื่อส่งออกหรือใช้ในการวิจัย
7 พฤษภาคม	ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 142 พ.ศ. 2568 ตอนพิเศษ 189 ง.	<p>ราชกิจจานุเบกษา เผยแพร่ ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2568 รวม 5 วัน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา



วันที่ประกาศใช้	กฎหมาย/ระเบียบ	สาระสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
		<p><u>ยกเว้นการขายในกรณีดังต่อไปนี้</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • การขายในอาคารที่ให้บริการแก่ผู้โดยสารภายในสนามบินที่ให้บริการเที่ยวบินระหว่างประเทศ • การขายในสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ • การขายในสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่หรือบริเวณที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย • การขายในโรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม • การขายในสถานที่ซึ่งใช้จัดกิจกรรมพิเศษระดับชาติหรือนานาชาติ และมีคนจำนวนมากไปทำกิจกรรมร่วมกันตามรายชื่อสถานที่ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา <p>มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม 2568 เป็นต้นไป</p>
<p>5 มิถุนายน พ.ศ. 2568</p>	<p>พระราชบัญญัติ ภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568</p>	<p>กฎหมายฉบับนี้เน้นการปรับปรุงมาตรา 153 เพื่อสนับสนุนผู้ผลิตสุราชุมชน เพิ่มโอกาสให้รายย่อยเข้าถึงโครงสร้างการผลิตสุราเชิงพาณิชย์ได้อย่างเท่าเทียม ลดอุปสรรคจากอดีต เลิกผูกขาด ส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน และกลุ่ม SMEs</p> <p>รายละเอียดที่สำคัญ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แก้ไขมาตรา 153 เดิมรูปแบบ <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ประสงค์จะผลิตสุราหรือครอบครองเครื่องกลั่นต้องยื่นขออนุญาตต่ออธิบดีกรมสรรพสามิต ตามหลักเกณฑ์กฎกระทรวง • กฎกระทรวงต้องส่งเสริมให้กลุ่มเกษตรกร วิสาหกิจชุมชน และผู้ประกอบการรายย่อยมีโอกาสขอใบอนุญาต • ไม่อนุญาตให้มีเกณฑ์ใดๆ ที่เป็นการเลือกปฏิบัติหรือผูกขาดทางเศรษฐกิจเกินสมควร ยกเว้นข้อกำหนดในกรณีถือครองโดยชาวต่างชาติหรือรัฐวิสาหกิจ



วันที่ประกาศใช้	กฎหมาย/ระเบียบ	สาระสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
		<p>2. อายุใบอนุญาต 3 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> ใบอนุญาตผลิตสุราที่ออกตามมาตรานี้มีอายุนับตั้งแต่วันออกถึง 3 ปี <p>3. สิทธิของคำขอเดิม</p> <ul style="list-style-type: none"> คำขอที่ยื่นก่อนวันที่ 6 มิ.ย. 2568 ถือเป็นคำขอตามกฎหมายฉบับใหม่โดยอนุโลม ใบอนุญาตเดิมยังมีผลจนกว่าจะถึงอายุสิ้นสุดตามที่ออกไว้ <p>มีผลบังคับใช้: ตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2568 เป็นต้นมา</p>



บทที่ 5 |

ผลของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย

นโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดสองทศวรรษที่ผ่านมา เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม บทเรียนจากหลายประเทศแสดงให้เห็นว่า การบังคับใช้นโยบายที่ครอบคลุม ทั้งด้านภาษี การจำกัดการเข้าถึง การควบคุมการตลาด และการรณรงค์สื่อสารสาธารณะ สามารถลดการบริโภคโดยรวมและผลกระทบทางสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ การประเมินผลของนโยบายจึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการสะท้อนประสิทธิผลของการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมทั้งระบุช่องว่างที่ควรได้รับการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในอนาคต

ประเทศไทยถือเป็นประเทศต้นแบบด้านนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เป็นกลไกสำคัญที่วางรากฐานของมาตรการควบคุมในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นการจำกัดอายุผู้ซื้อ การกำหนดวัน เวลา และสถานที่ขาย การห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ตลอดจนการเพิ่มภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ในผลิตภัณฑ์ มาตรการเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการลดปริมาณการบริโภคต่อหัวของประชากรและลดความชุกของการดื่มหนักในช่วงหลังปี พ.ศ. 2551 อย่างมีนัยสำคัญ

เนื้อหาในบทนี้มุ่งนำเสนอผลลัพธ์ของการดำเนินนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย ทั้งในระดับประชากรและระดับนโยบาย โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายกับแนวโน้มการบริโภค การเจ็บป่วย และการเสียชีวิต รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม บทนี้ยังสรุปบทเรียนสำคัญของประเทศไทย ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ในระยะต่อไป เพื่อคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ยั่งยืน และลดการบริโภคแอลกอฮอล์แบบเป็นอันตรายอย่างต่อเนื่อง

5.1 ความเชื่อมโยงระหว่างเศรษฐกิจ การบริโภคแอลกอฮอล์ และสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ นโยบายแอลกอฮอล์ การบริโภคแอลกอฮอล์ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพในประเทศไทย เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ตามโมเดลแนวคิดที่พัฒนาขึ้นสำหรับประเทศในกลุ่มอาเซียน¹⁰¹ (ภาพที่ 5.1) เมื่อประเทศมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ทั้งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (alcohol per capita consumption; APC) และอายุขัยเฉลี่ย (life expectancy; LE) มักจะเพิ่มขึ้น การพัฒนาเศรษฐกิจโดยทั่วไปช่วยปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพและสภาพความเป็นอยู่ ซึ่งนำไปสู่อายุขัยที่สูงขึ้น ในขณะเดียวกัน รายได้ที่ใช้จ่ายได้มากขึ้นก็อาจนำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการเปลี่ยนแปลงภาระโรคจากโรคติดต่อไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) อย่างไรก็ตาม การบริโภคแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นสามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและอายุขัยได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ โรคตับ โรคมะเร็งบางชนิด และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ สิ่งนี้สร้างพลวัตที่อาจหักล้างกันระหว่างการเติบโตทางเศรษฐกิจและสาธารณสุข ดังนั้น นโยบายควบคุมแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการลดผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัว โมเดลนี้ชี้ให้เห็นว่า ประเทศที่มีสภาพแวดล้อมนโยบายแอลกอฮอล์ที่แข็งแกร่งสามารถทำลายความเชื่อมโยงนี้ได้ โดยบรรลุการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยไม่มีการเพิ่มขึ้นของการบริโภคแอลกอฮอล์ และด้วยเหตุนี้จึงเป็นการรักษาสุขภาพของประชากร¹⁰²⁻¹⁰⁴

¹⁰¹ Rehm, J., Assanangkornchai, S., & ASEAN Alcohol Policy Analysis Research Group. (2025). Protocol to study the role of alcohol consumption and alcohol control policy for economic development and health in membership countries of the Association of South East Asian Nations (ASEAN) 2000-2023: a modelling study. *International Journal of Alcohol and Drug Research* 13(2).

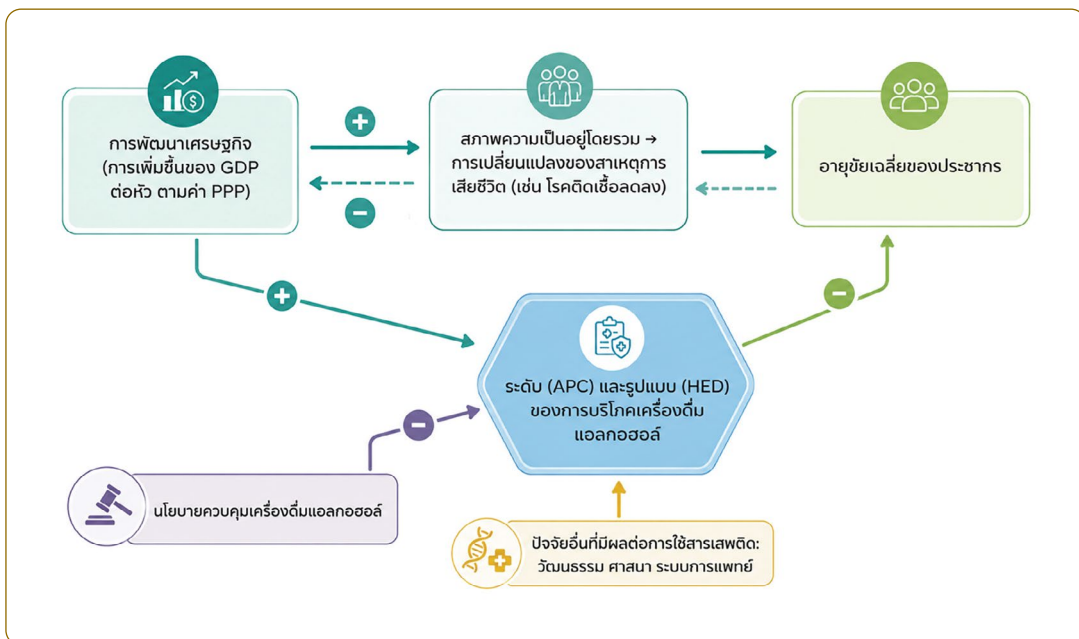
¹⁰² Deaton, A. (2013). *The Great Escape – health, wealth and the origins of inequality*. Princeton University Press.

¹⁰³ Leon, D. A. (2011). Trends in European life expectancy: a salutary view. *International Journal of Epidemiology*, 40(2), 271–277.

¹⁰⁴ Rehm, J. D., Rovira, P., Shield, K. D., Sompaisarn, B., Thang, V. V., & Room, R. (2024). Alcohol use, economic development and health burden: A conceptual framework. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 12(S2), S139–S145.



ภาพที่ 5.1 โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคแอลกอฮอล์ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ



GDP-PPP: gross domestic product based on purchasing power parity; APC: alcohol per capita consumption; HED: heavy episodic drinking

ที่มา: Rehm J, Jiang H, Hassan AS, Rovira P, Shield KD. Economic development, alcohol consumption and life expectancy in low- and lower-middle-income countries in the Western Pacific Region: a structural equation modelling study. *BMJ Public Health*. 2025 Feb 6;3(1): e001453. doi: 10.1136/bmjph-2024-001453.

ประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่น่าสนใจในเรื่องนี้ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงจากประเทศรายได้ปานกลางระดับล่างในปี พ.ศ. 2553 เป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับบน และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัว (gross domestic product based on purchasing power parity; GDP-PPP) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวของไทยกลับไม่เพิ่มขึ้นตามแนวโน้มที่คาดการณ์ โดยปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวทรงตัวและลดลงเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญหลังจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งถือเป็นหนึ่งในนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์ที่ครอบคลุมมากที่สุดในเอเชีย ซึ่งแตกต่างจากแนวโน้มที่พบในหลายประเทศรายได้ปานกลางอื่นในภูมิภาค นโยบายที่ครอบคลุมทั้งด้านภาษี การจำกัดเวลา



และสถานที่จำหน่าย การห้ามโฆษณา และการรณรงค์ทางสังคม ได้ช่วยลดผลกระทบเชิงลบจากการบริโภคและรักษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนให้คงอยู่ในระดับที่ดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำคัญว่า การดำเนินนโยบายที่มุ่งเน้นสุขภาพสาธารณะสามารถทำงานร่วมกับการเติบโตทางเศรษฐกิจได้อย่างสอดคล้องและยั่งยืน

5.2 ประสิทธิผลของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัตินี้จัดเป็นนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ครอบคลุมหลายด้าน เช่น การเพิ่มอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็น 20 ปี การห้ามขายห้ามดื่มในสถานที่สำคัญ (เช่น สถานศึกษา ศาสนสถาน และสถานที่ราชการ) การจำกัดเวลาขาย การห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการขายส่วนใหญ่ การจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติและระดับจังหวัด นอกจากนี้ พระราชบัญญัตินี้ ยังถูกออกแบบให้มีผลกระทบที่ยั่งยืน โดยมีการออกกฎหมายระดับรองและมาตรการเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องตลอดหลายปีที่ผ่านมา เช่น การห้ามขายและดื่มในบริเวณโรงงานและบนถนนขณะขับซึ่หรือเป็นผู้โดยสาร (พ.ศ. 2555) การห้ามขายและการบริโภคในสถานีส่งและใกล้สถานศึกษา (พ.ศ. 2558) และการห้ามขายออนไลน์ (พ.ศ. 2563) แนวทางที่ครอบคลุมและต่อเนื่องนี้เองที่ทำให้กฎหมายฉบับนี้แตกต่างจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายเพียงครั้งเดียวและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประเทศไทย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้วิเคราะห์ข้อมูลผลของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 นี้ โดยใช้แบบจำลองอนุกรมเวลาที่มีการแทรกแซง (interrupted time-series: ITS) พบว่าพระราชบัญญัตินี้ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการบริโภคแอลกอฮอล์ และอัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญและต่อเนื่อง¹⁰⁵ ดังนี้

¹⁰⁵ Chaiyasong, S., Assanangkornchai, S., Correia, D., Hassan, A., Htet, K., Jandee, K., Nontarak, J., Rovira, P., Shield, K., Sornpaisarn, B., Saengow, U., Vichitkunakorn, P., Wichaidit, W., Zayar, N., & Rehm, J. (2025). *Alcohol Consumption, Mortality and Life Expectancy in Thailand: Examining the Roles of Economic Growth and Policy*. Centre for Alcohol Studies.



- การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (APC): ก่อนการบังคับใช้พระราชบัญญัติฯ (ก่อนปี พ.ศ. 2551) การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยขึ้นสูงสุดที่ประมาณ 9.50 ลิตรต่อคนในปี พ.ศ. 2548–2549 ทันทีหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติฯ ในปี พ.ศ. 2551 การบริโภคต่อหัวประชากรลดลงอย่างมากเหลือ 7.39 ลิตร และยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าอย่างยั่งยืนตลอดช่วงหลังปี พ.ศ. 2551
- การวิเคราะห์ ITS โดยเปรียบเทียบกับแนวโน้มในระดับภูมิภาค ได้แก่ ฟิลิปปีนส์และสิงคโปร์ พบว่า พระราชบัญญัติฯ มีความเชื่อมโยงกับการลดลงของการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรอย่างมีนัยสำคัญ โดยลดลงเฉลี่ย 1.513 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคน ในช่วงปี พ.ศ. 2551–2565 ผลลัพธ์นี้ยืนยันว่า การลดลงดังกล่าวเป็นผลมาจากพระราชบัญญัติฯ โดยตรง ไม่ใช่เป็นส่วนหนึ่งของแนวโน้มทางเศรษฐกิจหรือภูมิภาคที่กว้างขึ้น
- อัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์: อัตราการเสียชีวิตมาตรฐานตามอายุที่เกิดจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยลดลงอย่างต่อเนื่องและมีนัยสำคัญมากขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2551–2561 การวิเคราะห์ ITS พบว่า พระราชบัญญัติฯ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ โดยลดลงเฉลี่ย 4.683 รายต่อ 100,000 ประชากรต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2551–2564 เมื่อเทียบกับแนวโน้มที่ควรจะเป็น
- อายุคาดเฉลี่ย: แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยจะดีขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปตลอดช่วงการศึกษา (เพิ่มขึ้นจาก 72.3 ปีในปี พ.ศ. 2543 เป็น 79.7 ปีในปี พ.ศ. 2565) แต่ผลการวิเคราะห์ ITS ชี้ว่า การเปลี่ยนแปลงของอายุคาดเฉลี่ยที่เกิดขึ้นนั้น ไม่สัมพันธ์กับพระราชบัญญัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผลกระทบของกฎหมายต่ออายุคาดเฉลี่ยยังไม่ชัดเจน

สรุป ข้อมูลจากประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ครอบคลุมและมีการบังคับใช้อย่างต่อเนื่อง สามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร และอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ผลการวิจัยนี้ช่วยเสริมหลักฐานในระดับโลกเกี่ยวกับนโยบายที่ยั่งยืนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชากร และเป็นข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าสำหรับประเทศอื่น ๆ ที่ต้องการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจกับความสำคัญด้านสาธารณสุข



5.3 ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศไทย

ในปัจจุบัน รัฐบาลมีนโยบายมุ่งเน้นการกระตุ้นเศรษฐกิจผ่านการผ่อนปรนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การขยายเวลาเปิดสถานบันเทิง และการลดภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีสมมติฐานจากภาคอุตสาหกรรมว่า การกระตุ้นการบริโภคจะช่วยส่งเสริมการท่องเที่ยวและสร้างรายได้เพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม การกำหนดนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์จำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบด้าน เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์เชิงลบด้านสุขภาพ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก และก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจมหาศาลต่อประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ การศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเติบโตทางเศรษฐกิจจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้กำหนดนโยบายพิจารณาความคุ้มค่าของการดำเนินมาตรการที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศไทย โดย ผศ.ดร.ชิตตะวัน ชนะกุล คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์¹⁰⁶ ซึ่งการศึกษานี้วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยกับการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2533–2562 เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเชิงเศรษฐศาสตร์มหภาค ด้วยการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) รายปีของประเทศไทยจากแหล่งข้อมูลระหว่างประเทศ เช่น World Bank, WHO และ UNDP ครอบคลุมตัวแปรสำคัญ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัว (GDP per capita growth) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งในภาพรวมและจำแนกตามประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ สุรา ไวน์) รวมถึงตัวแปรควบคุมด้านการศึกษาเฉลี่ยของประชากรและสัดส่วนการค้าระหว่างประเทศต่อ GDP การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐมิติ Autoregressive Distributed Lag (ARDL) Cointegration Model ซึ่งเหมาะสมกับข้อมูลอนุกรมเวลาจำนวนจำกัดและตัวแปรที่อยู่ในลำดับความนิ่งต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า

- การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อประชากรบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1 ลิตรต่อหัว อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจจะลดลงประมาณร้อยละ 15.06

¹⁰⁶ ชิตตะวัน ชนะกุล. (2567). รายงานการศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- เมื่อจำแนกตามประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การบริโภคเบียร์ส่งผลให้การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลงร้อยละ 15.11 และการบริโภคสุราส่งผลให้เศรษฐกิจลดลงร้อยละ 16.58
- จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรส่งผลเชิงบวกต่อเศรษฐกิจอย่างชัดเจน จำนวนปีการเข้ารับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่เพิ่มขึ้น 1 ปี ส่งผลให้การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.89

ผลการศึกษาที่ตอกย้ำว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น **อุปสรรคสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืน** ของประเทศไทย ซึ่งสวนทางกับข้อสมมติฐานที่เชื่อว่า การกระตุ้นการบริโภคแอลกอฮอล์จะนำมาซึ่งผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจตามที่ภาคอุตสาหกรรมมักอ้างว่า “การผ่อนคลายข้อจำกัดจะช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว” ตรงกันข้าม กลับสร้างผลกระทบทางลบทั้งในเชิงประสิทธิภาพแรงงาน และต้นทุนทางสังคมและสุขภาพ เช่น การลางานและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งลดกำลังแรงงานของประเทศ งานวิจัยนี้จึงเสนอให้ภาครัฐดำเนินมาตรการควบคุมที่เข้มงวดมากขึ้น ทั้งทางภาษีและมาตรการที่มีใช้ภาษี เช่น การจำกัดเวลาและสถานที่จำหน่าย การควบคุมการโฆษณาและการตลาด และการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยั่งยืน

5.4 การเปลี่ยนแปลงอัตราและโครงสร้างภาษีสรรพสามิต

5.4.1 ผลของการปรับอัตราและโครงสร้างภาษีสรรพสามิตต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในช่วงปี พ.ศ. 2539–2565 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านอัตราและโครงสร้างภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายครั้ง (**ตารางที่ 5.1**) ซึ่งครอบคลุมการขึ้นภาษีอย่างต่อเนื่อง และการปฏิรูปโครงสร้างภาษีครั้งสำคัญ 2 ช่วง ได้แก่ ในปี พ.ศ. 2556 และ 2560 ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2550 การเปลี่ยนแปลงมักเป็นการเพิ่มอัตราภาษีสุราโดยตรง เช่น การปรับขึ้นภาษีวิสกี้ สุราขาว สุราผสม และไวน์ ซึ่งมีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มรายได้ภาครัฐและควบคุมการบริโภค

สำหรับการปรับโครงสร้างภาษีในปี พ.ศ. 2556 แม้จะยังคงใช้ระบบ “สองทางเลือกหนึ่ง” (two-chosen-one) ที่คำนวณภาษีจากทั้งราคาต่อหน่วยและมูลค่ารวมแล้วเลือกเก็บในอัตราที่สูงกว่า แต่มีการกำหนดประเภทสุราและอัตราใหม่อย่างชัดเจนมากขึ้น ส่วนในปี พ.ศ. 2560 ภายใต้ พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ได้มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญโดยใช้ “ราคาขายปลีกแนะนำ” เป็นฐานในการคำนวณภาษีตามมูลค่า ซึ่งสะท้อนราคาที่ผู้บริโภคต้องจ่ายจริงมากขึ้น และลดช่องว่างในการหลีกเลี่ยงภาษี ทำให้การจัดเก็บมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



ตารางที่ 5.1 การเปลี่ยนแปลงอัตราและโครงสร้างภาษีสุราในประเทศไทย พ.ศ. 2539–2565

วันที่มีผลบังคับใช้	ประเภทการเปลี่ยนแปลง	รายละเอียด
26 มิถุนายน พ.ศ. 2539	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีไวน์และแชมเปญ
11 กันยายน พ.ศ. 2539	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีวิสกี้
17 ตุลาคม พ.ศ. 2540	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท
25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2541	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีเบียร์และไวน์
29 มีนาคม พ.ศ. 2543	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีสุราขาว สุราผสม และสุราพิเศษ
28 มีนาคม พ.ศ. 2544	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท
6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544	ยกเว้นภาษี	ยกเว้นภาษีสรรพสามิตสุรากลั่น “สามทับ” ที่ผสมน้ำมันเชื้อเพลิง
22 มีนาคม พ.ศ. 2546	ขึ้น/ลดภาษี	ขึ้นภาษีสุราทุกประเภท ยกเว้นสุราขาวและสุราหมักชุมชน (ลดภาษี)
7 กันยายน พ.ศ. 2548	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีสุรา
29 สิงหาคม พ.ศ. 2550	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีสุราขาว สุราผสม และบรันดี
7 พฤษภาคม พ.ศ. 2552	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีเบียร์ บรันดี และวิสกี้
22 สิงหาคม พ.ศ. 2555	ขึ้นภาษี	เพิ่มภาษีเบียร์ สุราขาว สุราผสม บรันดี วิสกี้ และไวน์
3 กันยายน พ.ศ. 2556	ปรับโครงสร้างภาษี (ครั้งที่ 1)	ยังคงใช้ระบบ “two-chosen-one” โดยเลือกเก็บภาษีสูงสุดจากภาษีตามมูลค่าหรือปริมาตร ฐานภาษี ad valorem คือ ราคาจากโรงงาน
20 มีนาคม พ.ศ. 2560	เตรียมการ	ประกาศ พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มีผลใช้ใช้อีก 180 วัน
16 กันยายน พ.ศ. 2560	ปรับโครงสร้างภาษี (ครั้งที่ 2)	ใช้ระบบภาษีผสมอย่างเป็นทางการ โดยใช้ ราคาขายปลีกแนะนำ เป็นฐาน ad valorem มีผลให้ราคาสุราทุกประเภทเพิ่มขึ้น และลดการหลีกเลี่ยงภาษี



ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้วิเคราะห์ผลของการเพิ่มอัตราหรือปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิตสุราต่อปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีต่อหัวประชากรรายเดือนในช่วง พ.ศ. 2538–2564¹⁰⁷ พบว่า การเพิ่มภาษีสรรพสามิตสุราในช่วงปี พ.ศ. 2540–2551 ส่งผลให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรรายเดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเพิ่มภาษีครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2540–2542) และครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2544–2551) ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อเดือนลดลงร้อยละ 10.1 และร้อยละ 6.5 ตามลำดับ ต่อมากรมสรรพสามิตมีการปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิตสุราในปี พ.ศ. 2556 และ 2560 ทำให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อเดือนลดลงอย่างเห็นได้ชัด ร้อยละ 13.0 และร้อยละ 27.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 5.2 และภาพที่ 5.2) ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่า การขึ้นภาษีและปรับโครงสร้างภาษีช่วยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรได้จริง แต่ช่วยลดได้ในระยะสั้น เนื่องจากมีสถานะเงินเพื่อเกิดขึ้นในทุกปี หากรัฐบาลออกนโยบายให้มีการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตสุราให้ทันกับอัตราเงินเฟ้อเป็นประจำจะช่วยให้นโยบายการเพิ่มภาษีสูรานี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁰⁸ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในด้านมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁰⁹

ตารางที่ 5.2 ผลจากการปรับภาษีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย พ.ศ. 2538–2564

ปี พ.ศ.	การเปลี่ยนแปลง	ผลกระทบต่อการใช้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2540–2541	เพิ่มภาษี ครั้งที่ 1	ลดลง 10.1%*
2544–2551	เพิ่มภาษี ครั้งที่ 2	ลดลง 6.5%*
2552	เพิ่มภาษี ครั้งที่ 3	ลดลง 1.1%
2555	เพิ่มภาษี ครั้งที่ 4	ลดลง 6.0%
2556	ปรับโครงสร้างภาษี ครั้งที่ 1	ลดลง 13.0%*
2560	ปรับโครงสร้างภาษี ครั้งที่ 2	ลดลง 27.5%*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

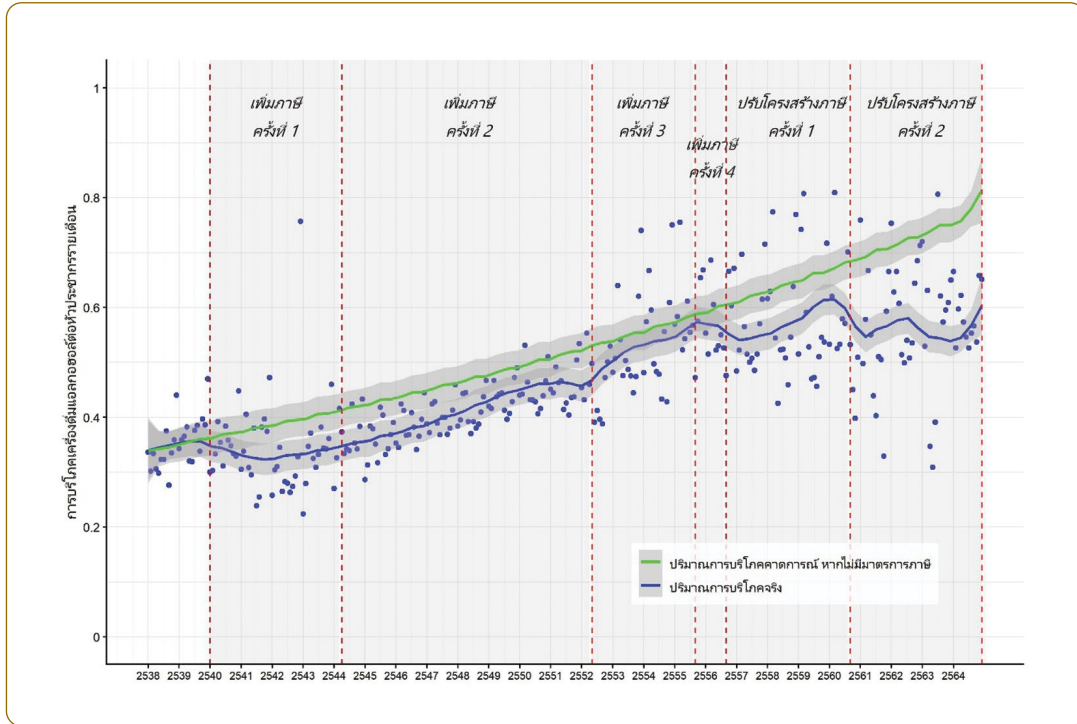
¹⁰⁷ Zayar, N., Vichitkunakorn P. (2025). *Impact of alcohol excise taxation and structural reforms on per capita consumption in Thailand, 1995–2021*. (In submission).

¹⁰⁸ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2568) *การใช้ประโยชน์จากข้อมูลของกรมสรรพสามิต* (เอกสารวิชาการ 2568-1 วันที่ 23 มิถุนายน 2568). ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

¹⁰⁹ World Health Organization. (2018). *The SAFER initiative: A world free from alcohol related harm*. <https://www.who.int/initiatives/SAFER>



ภาพที่ 5.2 ผลกระทบของมาตรการภาษีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2538–2564



5.4.2 ผลกระทบทางเศรษฐกิจของการลดภาษีนำเข้าของไวน์และสุราแช่ พ.ศ. 2567–2568

ในช่วงปี พ.ศ. 2567 รัฐบาลภายใต้การนำของนายเศรษฐา ทวีสิน มีนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจ ยามค้าคืนและส่งเสริมการท่องเที่ยว กรมสรรพสามิตจึงได้ออกมาตรการยกเว้นภาษีและลดอัตราภาษี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะไวน์และสุราแช่ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567¹¹⁰ มาตรการดังกล่าวประกอบด้วย การยกเว้นอากรขาเข้าของไวน์ทุกชนิดจากร้อยละ 54–60 เหลือศูนย์ การลดภาษีสรรพสามิตของไวน์ที่มีราคาสูงกว่า 1,000 บาทต่อขวดจากร้อยละ 10 เหลือร้อยละ 5 และการลดภาษีของสุราแช่พื้นเมืองจากร้อยละ 10 เหลือศูนย์ ทั้งหมดนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ผลิต รายย่อย และเพิ่มศักยภาพการแข่งขันของอุตสาหกรรมสุราในประเทศไทย

¹¹⁰ ข่าวกรมสรรพสามิต. (2567, 23 กุมภาพันธ์). สรรพสามิตปรับลดอัตราภาษี ไวน์ สุราแช่ และสถานบริการหวัง กระตุ้นการท่องเที่ยวและใช้จ่าย มีผล 23 ก.พ. นี้. <https://webdev.excise.go.th/act2560/files/secretary/press7-2567.pdf>



ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้สนับสนุนคณะวิจัยของ ผศ.ดร.มานะ ลักษณะมีอรุโณทัย และ รศ.ดร. ชิตตะวัน ชนะกุล จากคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์¹¹¹ จัดทำโครงการประมาณการผลกระทบและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากมาตรการลดภาษีไวน์และสุราแช่ โดย ซึ่งดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 เพื่อศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการลดภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของรัฐบาลไทย

คณะผู้วิจัยใช้ข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิควบคู่กัน โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 800 คนทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ครอบคลุมกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี กลุ่มวัยทำงานอายุ 25–59 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังมาตรการลดภาษี โดยใช้แบบสอบถามที่ครอบคลุมเรื่องความถี่ ปริมาณ และค่าใช้จ่ายในการดื่ม รวมทั้งทัศนคติที่มีต่อนโยบายภาษีและผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภค การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีทางสถิติทั้งเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน เพื่อคำนวณผลกระทบและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาพบว่า

- ภายหลังจากมาตรการลดภาษีไวน์และสุราแช่มีผลบังคับใช้ มูลค่าการนำเข้าไวน์เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ภายในหนึ่งปี ราคาขายปลีกของไวน์ระดับสูง (ราคาสูงกว่า 1,000 บาทต่อขวด) ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ในขณะที่ไวน์ราคาต่ำกว่า 1,000 บาท ได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อย การลดลงของราคาส่งผลให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายต่อหัว ความถี่ในการดื่ม และปริมาณการดื่มต่อครั้ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุช่วงอายุ 60–69 ปี และกลุ่มเกษียณอายุ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายและความถี่ในการดื่มเพิ่มขึ้นมากที่สุด
- ประชากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายมีแนวโน้มใช้จ่ายเพื่อซื้อไวน์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง
- การบริโภคที่เพิ่มขึ้นจากมาตรการลดภาษีดังกล่าวก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจรวมสูงถึง 109,446.17 ล้านบาท และต้นทุนส่วนเพิ่ม (marginal cost) อยู่ที่ 10,377.89 ล้านบาท ในขณะที่กระทรวงการคลังคาดว่าจะสูญเสียรายได้จากภาษีรวมเพียงประมาณ 579 ล้านบาท ต่อปี ซึ่งหมายความว่าต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น สูงกว่ารายได้ที่รัฐสูญเสียไปหลายเท่า ภาระดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และค่าใช้จ่ายทางสังคมอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

¹¹¹ มานะ ลักษณะมีอรุโณทัย, และชิตตะวัน ชนะกุล. (2568). การประมาณการผลกระทบและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากมาตรการลดภาษีไวน์และสุราแช่. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- บทสรุปจากที่รัฐบาลได้ยกเว้นและลดภาษีไวน์และสุราแช่ตั้งแต่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ส่งผลให้รัฐสูญเสียรายได้รวมไม่น้อยกว่า 579 ล้านบาทต่อปี การสำรวจพบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่รู้สึกราคาลดลง โดยเฉพาะไวน์ต่ำกว่า 1,000 บาท ที่แทบไม่ปรับราคา ขณะที่ไวน์ราคาแพงลดลงชัดเจน และมีกลุ่มผู้มีฐานะหันมาบริโภคเพิ่มขึ้น ภายหลังจากปรับภาษีการดื่มไวน์ สุราแช่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ เพิ่มขึ้น ทั้งความถี่ ปริมาณ และค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้เกษียณ การประเมินพบว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และสังคมเพิ่มขึ้นสูงถึง 10,377.89 ล้านบาทต่อปี สะท้อนภาระที่ตกแก่รัฐและสังคมมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับจากมาตรการลดภาษีครั้งนี้
- ผู้วิจัยได้เสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเน้นให้รัฐบาลทบทวนมาตรการลดภาษีไวน์และสุราแช่โดยเร่งด่วน เนื่องจากก่อให้เกิดต้นทุนทางสังคมสูงกว่าประโยชน์ที่ได้รับ และควรประเมินผลกระทบจริงหลังดำเนินการอย่างรอบด้าน โดยใช้ข้อมูลเปรียบเทียบต้นทุน-ผลประโยชน์ และพิจารณาทางเลือกนโยบายอื่นที่มีประสิทธิภาพกว่า หากยังจำเป็นต้องคงมาตรการลดภาษี ควรมีมาตรการควบคุมเสริม เช่น การจำกัดการโฆษณาและการตลาดที่มุ่งเป้าเยาวชน การให้ความรู้ความเสี่ยงจากแอลกอฮอล์ และการพัฒนาระบบคัดกรอง-รักษาในระบบสาธารณสุข พร้อมทั้งสร้างระบบติดตามและประเมินผลที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ ควรพิจารณาตั้งกองทุนหรือกลไกงบประมาณชดเชยจากรายได้ของตลาดแอลกอฮอล์ เพื่อใช้ลงทุนในระบบสาธารณสุข การป้องกันอุบัติเหตุ การแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และงานวิจัยเชิงนโยบายเพื่อบรรเทาผลกระทบทางสังคมในระยะยาว

5.5 การผ่อนปรนข้อกฎหมายเกี่ยวกับการจำกัดด้านวัน เวลา และสถานที่ขายและดื่ม

ประเทศไทยได้เผชิญกับพลวัตที่ซับซ้อนในการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการจำกัดวัน เวลา และสถานที่ขายและดื่ม นับตั้งแต่พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้ มาตรการเหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดผลกระทบทางลบที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้มาตรการเหล่านี้ก่อให้เกิดข้อถกเถียงและความท้าทาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาคส่วนธุรกิจและอุตสาหกรรมท่องเที่ยวที่มองว่า เป็นการจำกัดการเติบโตทางเศรษฐกิจมากเกินไป

ประเทศไทยมีการกำหนดเวลาซื้อ-ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 สมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี จากนั้นมีการปรับเปลี่ยนเวลาตามยุคสมัยของรัฐบาล จนมาถึงยุคจอมพลถนอม กิตติขจร ที่ออกประกาศของคณะปฏิวัติในปี พ.ศ. 2515 ห้ามขายเครื่องดื่ม



แอลกอฮอล์ทุกชนิดในเวลาอื่น นอกจากเวลา 11.00–14.00 น. และเวลา 17.00–24.00 น. เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต¹¹² ช่วงเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 นี้ทำให้มีเสียงเรียกร้องให้ทบพวทกฏหมายดังกล่าว เพราะมองว่าล้าหลัง จนกระทั่งเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้มีมติเห็นชอบให้ทดลองยกเลิกการห้ามขายในช่วงเวลา 14.00–17.00 น. เป็นการชั่วคราว (ระยะเวลา 6 เดือน) และจะมีการทบทวน โดยมอบหมายให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดทำการศึกษาและนำผลการศึกษาลงกลับมาเพื่อพิจารณาอีกครั้ง

การ “ห้ามขายเหล้าวันพระใหญ่” เริ่มต้นในรัฐบาล พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ ในปี พ.ศ. 2551 โดยการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดห้ามไม่ให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันหรือเวลาที่รัฐมนตรีประกาศ กำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ¹¹³

ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ มีการออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี กำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4 วันคือ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชาและวันเข้าพรรษา ยกเว้นการขายในโรงแรม นับตั้งแต่เวลา 24.00 น. ของวันนั้น ถึงเวลา 24.00 น. ของวันรุ่งขึ้น¹¹⁴

ปี พ.ศ. 2558 รัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา เพิ่มวันห้ามขายจากเดิมอีก 1 วันคือ “วันออกพรรษา”¹¹⁵ และยกเว้นการขายในอาคารท่าอากาศยานนานาชาติและการขายในสถานบริการ นอกจากนี้ยังกำหนดเวลาให้จำหน่ายได้เฉพาะ 11.00–14.00 น. และ 17.00–24.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มาจากประกาศคณะปฏิวัติ พ.ศ. 2515¹¹⁶ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2563 รัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ยังเพิ่มการควบคุมพื้นที่การขายและห้ามขายทางออนไลน์¹¹⁷

¹¹² ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 (ปร.253) ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2515. (2515, 20 พฤศจิกายน).

ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 89 ตอนที่ 174. หน้า 10-13.

¹¹³ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (2551, กุมภาพันธ์ 13). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 ตอนที่ 33 ก. หน้า 34-49.

¹¹⁴ ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2552. (2552, 4 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 96 ง.

¹¹⁵ ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558. (2568, 18 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 132 ตอนพิเศษ 39 ง. หน้า 10.

¹¹⁶ ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558. (2568, 22 มกราคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 132 ตอนพิเศษ 18 ง.

¹¹⁷ ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2563. (2563, 8 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 204 ง.



ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังการระบาดใหญ่ของโควิด-19 และการฟื้นตัวของภาคการท่องเที่ยว รัฐบาลได้เริ่มพิจารณาและดำเนินการผ่อนปรนมาตรการบางอย่าง เพื่อตอบสนองต่อข้อเรียกร้องจากผู้ประกอบการและเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ การผ่อนปรนที่เห็นได้ชัดที่สุดคือการขยายเวลาในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากเดิมที่เคยจำกัดอย่างเข้มงวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลากลางคืน ในปี พ.ศ. 2566 ในรัฐบาลนายเศรษฐา ทวีสิน กระทรวงมหาดไทยได้ออกประกาศกฎกระทรวงกำหนดวันเวลาเปิดปิดของสถานบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป ทั้งนี้ ได้ดำเนินการปรับปรุงระยะเวลาเปิดให้บริการของสถานบริการบางประเภท¹¹⁸ โดยสถานบริการที่เข้าเกณฑ์ คือ ผับ บาร์ เคาท์เฮาส์ โรงแรม โรงน้ำชา สถานบริการที่มีการแสดงดนตรี หรือร้านอาหารที่มีการแสดงดนตรี เพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยวในช่วงฤดูท่องเที่ยว (high season) และส่งเสริมเศรษฐกิจในระดับพื้นที่และระดับประเทศ โดยได้กำหนดให้สถานบริการในพื้นที่นำร่องด้านการท่องเที่ยว ได้แก่ กรุงเทพมหานคร จังหวัดภูเก็ต จังหวัดชลบุรี จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมถึงสถานบริการที่ตั้งอยู่ในโรงแรมทั่วประเทศ สามารถเปิดให้บริการได้ถึงเวลา 04.00 น. ของวันรุ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นการขยายเวลาจากข้อกำหนดเดิม เพื่อรองรับพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวและผู้ให้บริการในช่วงกลางคืน โดยยังคงอยู่ภายใต้การควบคุมตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงในกรณีพิเศษของคืนวันที่ 31 ธันวาคมของทุกปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาส่งท้ายปีเก่าและต้อนรับปีใหม่ สถานบริการทั่วประเทศได้รับอนุญาตให้เปิดให้บริการได้จนถึงเวลา 06.00 น. ของวันที่ 1 มกราคม เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวในการเฉลิมฉลองอย่างต่อเนื่อง โดยต้องดำเนินการภายใต้กรอบของความปลอดภัยและความรับผิดชอบต่อสังคม¹¹⁹

ต่อมาในรัฐบาลนางสาวแพทองธาร ชินวัตร ได้ผลักดันการผ่อนปรนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลด้านการส่งเสริมเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว โดยการออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2568 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2568¹²⁰ และให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ถัดจากวันประกาศฯ เป็นต้นไป โดยในประกาศฉบับนี้ยังคงห้ามขายในห้าวันพระใหญ่ ยกเว้นการขายในกรณีดังต่อไปนี้

¹¹⁸ ไทย พีบีเอส. (2568, 5 มีนาคม). *ย้อนใหม่ไลน์กำหนดเวลา “ขายเหล้า” ปลอดภัยบางสถานที่*.
<https://www.thaipbs.or.th/news/content/349911>

¹¹⁹ ประกาศกฎกระทรวง กำหนดวันเวลาเปิดปิดของสถานบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566. วันที่ 7 ธันวาคม 2566.

¹²⁰ ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2568. (2568, 9 พฤษภาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 142 ตอนพิเศษ 189 ง.



- การขายในอาคารที่ให้บริการแก่ผู้โดยสารภายในสนามบินที่ให้บริการเที่ยวบินระหว่างประเทศ ซึ่งได้แก่ ในอาคารอากาศยานนานาชาติ 6 แห่ง คือ สุวรรณภูมิ ดอนเมือง เชียงใหม่ เชียงราย ภูเก็ตและหาดใหญ่
- การขายในสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ
- การขายในสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่หรือบริเวณที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย
- การขายในโรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม
- การขายในสถานที่ซึ่งใช้จัดกิจกรรมพิเศษระดับชาติหรือนานาชาติ และมีคนจำนวนมากไปทำกิจกรรมร่วมกันตามรายชื่อสถานที่ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ซึ่งได้แก่สถานที่ต่อไปนี้รวม 12 แห่ง 1. ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค (Bangkok International Trade and Exhibition Centre; BITEC) 2. พารากอน ฮอลล์ (Paragon Hall) 3. ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ (Queen Sirikit National Convention Center; QSNCC) 4. บราโว่ บีเคเค (Bravo BKK; SHOW DC) 5. ไอคอนสยาม (ICONSIAM) 6. วัน แบงค็อก (ONE BANGKOK) 7. เอ็มสเฟียร์ (EMSPHERE) 8. อิมแพ็ค อารีน่า เมืองทองธานี (IMPACT Arena, Muang Thong Thani) 9. สิงห์ปาร์คเชียงใหม่ (Singha Park Chiang Rai) 10. ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ ไคซ์ ขอนแก่น (KICE Khonkaen International Convention and Exhibition Center) 11. บลูพอร์ต หัวหิน (Bluport Hua Hin) และ 12. ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบพระชนมพรรษา จ.เชียงใหม่ (Chiang Mai International Exhibition and Convention Centre; CMECC)¹²¹

¹²¹ ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง สถานที่ซึ่งให้จัดกิจกรรมพิเศษระดับชาติหรือนานาชาติ พ.ศ. 2568. (2568, 7 กรกฎาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 142 ตอนพิเศษ 240 ง. หน้า 20. <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/77384.pdf>



นอกจากนั้น ยังได้มีการออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทางรถไฟ พ.ศ. 2568 ซึ่งลงในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2568 และมีผลบังคับใช้ในวันถัดมาจากวันประกาศ¹²² ตามประกาศฉบับนี้ ยังคงห้ามขายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณสถานีรถไฟ หรือในชบวนรถที่อยู่บนทางรถไฟตามกฎหมายว่าด้วยการจัดวางการรถไฟและทางหลวง ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้สำหรับการจัดกิจกรรมพิเศษในโถงสถานีกรุงเทพ (ห้องปรับอากาศ) ภายในสถานีรถไฟกรุงเทพ ที่มีการคัดกรอง และมาตรการที่จำเป็นเพื่อการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม ความปลอดภัยของประชาชน และการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชน โดยได้รับอนุญาตจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สำหรับการจัดกิจกรรมในครั้งนั้น

5.6 ผลกระทบทางเศรษฐกิจสุขภาพและสังคม หากมีการยกเลิกการกำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากรายงาน “การประเมินผลทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม หากมีการยกเลิกการกำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ซึ่งดำเนินการโดย ผศ.ดร.เฉลิมพงษ์ คงเจริญ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์¹²³ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม หากมีการยกเลิกการกำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลา 14.00–17.00 น. ซึ่งเป็นนโยบายที่ถูกกำหนดไว้ภายใต้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และใช้บังคับมานานกว่า 15 ปี โดยการศึกษาจะใช้กระบวนการวิจัยเชิงผสมผสาน ประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรม การเก็บข้อมูลเชิงสำรวจพฤติกรรมผู้บริโภค และการประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์ ผ่านแบบจำลอง Alcohol Purchase Task (APT) เพื่อวิเคราะห์ความยืดหยุ่นของความต้องการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านราคาและเวลาเปิดขาย ข้อมูลเชิงปริมาณถูกรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ เพื่อสะท้อนพฤติกรรมการดื่มในบริบทของประเทศไทยอย่างครอบคลุม นอกจากนี้ ยังมีการเปรียบเทียบข้อมูลจากร้านค้าและสถานประกอบการในเขตเมืองและพื้นที่ท่องเที่ยว เพื่อประเมินผลเชิงเศรษฐกิจและพฤติกรรมเชิงสังคมของการบริโภคในช่วงกลางวัน ผลการศึกษาพบว่า

¹²² ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทางรถไฟ พ.ศ. 2568. (2568, 26 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 142 ตอนพิเศษ 230 ง. หน้า 1. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/353646>

¹²³ เฉลิมพงษ์ คงเจริญ. (2566). การประเมินผลทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม หากมีการยกเลิกการกำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- การยกเลิกช่วงเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ยอดขายรวมของภาคธุรกิจเพิ่มขึ้นประมาณ 577.6 ล้านบาทต่อปี โดยเฉพาะในกลุ่มร้านอาหารและสถานบริการในพื้นที่ท่องเที่ยวที่มีลูกค้าชาวต่างชาติหรือกลุ่มผู้บริโภคริวกวัยทำงาน อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตว่า ตัวเลขนี้เป็นเพียงรายได้ทางตรงจากการจำหน่าย และยังไม่ได้รวมผลคูณทางเศรษฐกิจในภาพรวม เช่น การจ้างงาน หรือการกระตุ้นกิจกรรมทางการค้าอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกัน
- ในด้านสุขภาพ การเปิดขายในช่วงเวลา 14.00–17.00 น. จะส่งผลให้ภาระต้นทุนทางสุขภาพเพิ่มขึ้นราว 70.6 ล้านบาทต่อปี ซึ่งมาจากความเสี่ยงที่ประชาชนจะมีโอกาสดื่มเพิ่มขึ้นในช่วงกลางวัน แม้ว่าผลการสำรวจจะชี้ว่า คนไทยส่วนใหญ่ไม่ดื่มในช่วงเวลานี้ก็ตาม

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยเตือนว่า การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาทำงานหรือระหว่างวัน อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความปลอดภัยในการขับขี่ และปัญหาความรุนแรงในครอบครัวได้ สำหรับผลกระทบทางสังคม พบว่า การยกเลิกเวลาห้ามขายอาจนำไปสู่การรบกวนในพื้นที่สาธารณะ การเพิ่มขึ้นของอุบัติเหตุจากการดื่มในช่วงกลางวัน และความตึงเครียดในชุมชน โดยเฉพาะในเขตเมืองและพื้นที่ท่องเที่ยวที่มีนักดื่มต่างกลุ่มรวมตัวกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม หากภาครัฐยังคงมีมาตรการภาษีที่เข้มงวด ควบคู่กับการจำกัดการโฆษณาและการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ก็อาจลดผลกระทบเชิงลบเหล่านี้ได้บางส่วน

5.7 ผลกระทบทางเศรษฐกิจสุขภาพและสังคม หากมีการกำหนดพื้นที่พิเศษเพื่อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับการท่องเที่ยวยามค่ำคืน

ในการศึกษาของ ผศ.ดร.เฉลิมพงษ์ คงเจริญ¹²⁴ ได้มีการวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคมของนโยบาย “การกำหนดพื้นที่พิเศษเพื่อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับการท่องเที่ยวยามค่ำคืน” เพื่อประเมินว่า หากภาครัฐเปิดโอกาสให้พื้นที่ท่องเที่ยวบางแห่งสามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินเวลาที่กฎหมายปกติอนุญาต เช่น หลังเวลา 24.00 น. จะก่อให้เกิดผลในด้านต่าง ๆ อย่างไร ทั้งในมิติของรายได้เศรษฐกิจ ภาระทางสุขภาพ และผลกระทบต่อสังคมโดยรวม

¹²⁴ เฉลิมพงษ์ คงเจริญ. (2566). การประเมินผลทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม หากมีการยกเลิกการกำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



การศึกษานี้เก็บข้อมูลแบบสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวชาวไทย และชาวต่างประเทศ จำนวน 1,200 ตัวอย่าง แยกเป็นชาวไทย 900 คน และชาวต่างประเทศ 300 คนจากสี่พื้นที่พิเศษ ได้แก่ ถนนข้าวสาร กรุงเทพมหานคร, Walking Street พัทยา จ.ชลบุรี, หาดป่าตอง จ.ภูเก็ต และหาดเฉวง อ.สมุย จ.สุราษฎร์ธานี ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามจากสถานการณ์สมมติหากกำลังบริโภคเครื่องดื่มจากสถานบันเทิงในบริเวณเขตท่องเที่ยวพิเศษในช่วงเวลาปกติ กับสถานการณ์ที่ดื่มได้หลังเวลา 24.00 น. โดยกำหนดราคาเครื่องดื่มที่หลากหลาย รวมทั้งสอบถามพฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่า

- นักท่องเที่ยวชาวไทยประมาณร้อยละ 65 มีพฤติกรรมการดื่มนอกบ้าน แต่มักจะเกิดขึ้นเดือนละครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง โดยดื่มในร้านอาหาร และสถานบันเทิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน การดื่มในร้านอาหารมักจะเป็นช่วง 17.00–20.00 น. ในขณะที่การดื่มในสถานบันเทิงมักจะเป็นช่วง 20.00–23.00 น. ในขณะที่นักท่องเที่ยวต่างชาติมีรูปแบบการดื่มที่แตกต่างจากนักท่องเที่ยวไทย โดยประมาณ ร้อยละ 25, 47, 67, 35 ของผู้ตอบแบบสอบถามดื่มในช่วง 14.00–17.00 น., 17.00–20.00 น., 20.00–23.00 น. และ 23.00–02.00 น. ตามลำดับ
- หากอนุญาตให้สถานบันเทิงเปิดขายเพิ่มขึ้นได้จากเวลา 24.00 น. จะส่งผลให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น แต่ผลดังกล่าวจะลดลงเมื่อราคาเครื่องดื่มปรับตัวสูงขึ้น เช่น หากเครื่องดื่มราคา 70 บาทต่อหน่วยมาตรฐาน การเปิดเพิ่มขึ้นหนึ่งชั่วโมงจะส่งผลให้นักท่องเที่ยวชาวไทยและต่างชาติดื่มเพิ่มขึ้น 0.449 และ 0.562 หน่วยมาตรฐาน ในขณะที่หากเครื่องดื่มราคา 160 บาทต่อหน่วยมาตรฐาน ผลจะลดลงเหลือ 0.277 และ 0.253 หน่วยต่อชั่วโมงที่เพิ่มขึ้น
- การเปิดพื้นที่พิเศษให้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงดึกสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจในระยะสั้น โดยเฉพาะในพื้นที่ท่องเที่ยวสำคัญ เช่น กรุงเทพฯ พัทยา ภูเก็ต และเชียงใหม่ ซึ่งมีนักท่องเที่ยวต่างชาติและนักท่องเที่ยวภายในประเทศจำนวนมาก ยอดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3,698,396,809 บาท อย่างไรก็ตาม ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจดังกล่าวจะกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มธุรกิจเฉพาะ เช่น ผับ บาร์ และสถานบันเทิง มากกว่าที่จะกระจายสู่เศรษฐกิจท้องถิ่นในวงกว้าง อีกทั้งยังอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจในพื้นที่ เช่น การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมเชิงพาณิชย์กลางคืนที่เบียดบังวิถีชีวิตของชุมชนในบริเวณใกล้เคียง



- ในด้านสุขภาพ การเปิดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่พิเศษยามค่ำคืนทำให้ความเสี่ยงต่อการดื่มหนักและการดื่มแบบต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและนักท่องเที่ยวต่างชาติ ซึ่งมักดื่มในช่วงเวลายาวนานกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน งานวิจัยประเมินว่า การขยายเวลาขายแม้เพียง 2–3 ชั่วโมง จะทำให้ภาระต้นทุนทางสุขภาพ เช่น อุบัติเหตุจากการขับขี่หลังดื่ม การบาดเจ็บ และการทะเลาะวิวาท เพิ่มขึ้นราวร้อยละ 10–20 เมื่อเทียบกับสถานการณ์ปกติ โดยหากพิจารณาจำนวนนักท่องเที่ยวในสี่พื้นที่พิเศษ และการเปลี่ยนแปลงจากการทดลองจะพบว่า ต้นทุนทางสุขภาพและสังคมจะเพิ่มขึ้น 258,370,096 บาท
- การเพิ่มพื้นที่จำหน่ายในเวลากลางคืนมีแนวโน้มทำให้ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ท่องเที่ยวต้องรับภาระมากขึ้น โดยเฉพาะห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลท้องถิ่น ซึ่งต้องรองรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม
- ในมิติทางสังคม การเปิดพื้นที่จำหน่ายพิเศษในเวลากลางคืนมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านบวก คือ การสร้าง “สีสันทางเศรษฐกิจ” และส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมยามค่ำคืน ซึ่งอาจช่วยยืดเวลาการใช้จ่ายของนักท่องเที่ยวและทำให้เมืองมีชีวิตชีวามากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลลบที่ตามมา คือ ปัญหาเสียงดังรบกวน ความขัดแย้งกับชุมชนโดยรอบ การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ และความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม เช่น ปัญหาขยะและความไม่ปลอดภัยในพื้นที่

คณะผู้วิจัยจึงเสนอว่า หากรัฐบาลต้องการเปิดพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวยามค่ำคืน

- ควรมีมาตรการควบคุมเสริม เช่น การจำกัดเวลาขายสูงสุดไม่เกิน 02.00 น. การอบรมพนักงานขาย และการจัดจุดพักคอยหรือระบบขนส่งปลอดภัยสำหรับนักดื่ม
- ควรดำเนินการในลักษณะ “โซนนิ่งควบคุม” โดยให้หน่วยงานท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการออกไปอนุญาตและติดตามผลอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งต้องมีกลไกกำกับร่วมจากตำรวจ ท้องถิ่น และสาธารณสุข เพื่อป้องกันการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นอย่างไร้การควบคุม



5.8 การศึกษาผลกระทบของการขยายเวลาเปิดสถานบริการในพื้นที่นำร่อง เพื่อกระตุ้นการท่องเที่ยวภาคค่ำคืน

นโยบายขยายเวลาเปิดสถานบริการจาก 02.00 น. เป็น 04.00 น. ในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัด ประมาณ 1,200 แห่ง (กรุงเทพมหานคร (221 แห่ง) ชลบุรี (866 แห่ง) ภูเก็ต (108 แห่ง) เชียงใหม่ (26 แห่ง) เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (7 แห่ง)) เป็นหนึ่งในมาตรการของรัฐบาลเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวภาคค่ำคืน¹²⁵ ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 โดยมีผลให้มีการขยายเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกไปด้วย ในการรองรับนโยบายดังกล่าว คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ในการประชุมของคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2566 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ได้กำหนดมาตรการเพื่อลดผลกระทบทางสังคม โดยเน้นย้ำให้สถานบริการต้องปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการห้ามจำหน่ายแก่บุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และบุคคลที่มีอาการเมามาจนครองสติไม่ได้ นอกจากนี้ยังกำหนดให้สถานบริการต้องมี มาตรการในการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจแก่ผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกราย ก่อนออกจากสถานบริการ และต้องจัดหาที่พักคอยหรืออำนวยความสะดวกในการจัดหายานพาหนะเดินทางกลับแก่ผู้ที่มีระดับแอลกอฮอล์เกิน 50 mg%¹²⁶ และได้ออกกฎกระทรวงมหาดไทย เรื่อง “กำหนดวันเวลาเปิดปิดของสถานบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566” ประกาศในราชกิจจานุเบกษา¹²⁷ เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป ซึ่งมีผลให้มีการขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกไปด้วย

ต่อมาในการประชุมคณะรัฐมนตรี ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการขยายเวลา ให้ครอบคลุมสถานประกอบการอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน รวมถึงร้านอาหารต่าง ๆ ในพื้นที่นำร่องทั้ง 5 จังหวัดให้สอดคล้องกันด้วย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้สนับสนุนการศึกษาและประเมินผลกระทบของนโยบายนี้ใน 3 โครงการหลัก ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยใช้ระเบียบวิธีที่หลากหลาย:

¹²⁵ ไทย พีบีเอส. (2566, 28 พฤศจิกายน). *กรม. ไฟเขียวขยายเปิดสถานบริการถึงตี 4 นำร่อง 5 จังหวัด.*

<https://www.thaibps.or.th/news/content/334378>

¹²⁶ กรมควบคุมโรค. (2566, 9 ธันวาคม). *กกก. นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ เห็นชอบมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วงเทศกาลปีใหม่ 2567 เน้นย้ำ “ขับไม่ดื่ม ดื่มไม่ขับ” และมาตรการรองรับการขยายเวลาเปิดผับ.*

<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=39126&deptcode=brc>

¹²⁷ กฎกระทรวง กำหนดวันเวลาเปิดปิดของสถานบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566. (2566, 15 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา.* เล่ม 150 ตอนที่ 70 ก. หน้า 7-9. <https://ratchakittha.soc.go.th/documents/14672.pdf>



- การวิจัยเชิงคุณภาพ: สัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ประกอบการ สถานบริการ พนักงานให้บริการ ประชาชนในพื้นที่ ผู้แทนเยาวชนและนักศึกษา ผู้นำทางศาสนา องค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานกับแรงงานภาคกลางคืน นักการเมืองทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ผู้บริหารท้องถิ่น บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยกู้ชีพและกู้ภัยในพื้นที่ รวมถึงเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และเจ้าหน้าที่ตำรวจ รวม 75 ราย ใน 3 จังหวัดนำร่อง (กรุงเทพฯ ชลบุรี และภูเก็ต) เพื่อรวบรวมมุมมองผลกระทบในมิติต่าง ๆ¹²⁸
- การสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรม: สุ่มกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่รวม 6,458 คน (ประชาชนในย่านสถานบันเทิง 3,227 คน และนักท่องเที่ยว 3,231 คน) เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่นำร่องกับพื้นที่เปรียบเทียบ (กรุงเทพฯ นอกเขตนำร่อง ประจวบคีรีขันธ์ เชียงราย กระบี่ และสงขลา)¹²⁹
- การศึกษาข้อเท็จจริงโดยคณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระ: วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลสำคัญ (เช่น ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ) โดยเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ห้าจังหวัดนำร่องกับพื้นที่อื่นที่ถูกจัดเป็นเมืองท่องเที่ยวหลัก ได้แก่ กระบี่ นนทบุรี ปทุมธานี สงขลา สมุทรปราการ กาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสาคร พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ฉะเชิงเทรา ระยอง พังงา ขอนแก่น และ นครราชสีมา ควบคู่กับการลงพื้นที่สังเกตการณ์ในพื้นที่นำร่องสองจังหวัด ได้แก่ เมืองพัทยา จ.ชลบุรี และ ต.ป่าตอง อ.กระบี่ จ. ภูเก็ต¹³⁰

ผลการศึกษาและผลกระทบที่สำคัญ

ผลการศึกษาทั้งสามโครงการชี้ให้เห็นว่า การขยายเวลาเปิดสถานบริการจนถึง 04.00 น. นั้นก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่ซับซ้อน โดยมีข้อค้นพบและตัวเลขที่สำคัญ ดังนี้

¹²⁸ ดาริกา ไสงาม. (2567). รายงานผลการประเมินผลกระทบของพื้นที่ขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

¹²⁹ สุริยัน บุญแท้. (2567). การสำรวจความคิดเห็นและผลกระทบจากนโยบายขยายเวลาเปิดสถานบันเทิงถึงตี 4 ของประชาชนในย่านสถานบันเทิงและนักท่องเที่ยว. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

¹³⁰ คณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระเพื่อศึกษาแนวทางการขยายเวลา (2567). การประเมินผลกระทบของนโยบายการขยายเวลาเปิดสถานบริการจากตีสองเป็นตีสี่ในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัดของประเทศไทย 2567. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย 3(2), 1-6.



1. มิติเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว

แม้ว่าผู้ประกอบการสถานบริการหลักบางส่วนจะรายงานว่า รายได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากนักท่องเที่ยวใช้เวลาและมีการใช้จ่ายนานขึ้น แต่ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะกระจุกตัว อยู่ในกลุ่มทุนขนาดใหญ่และนักลงทุนต่างชาติ นอกจากนี้ การศึกษาเปรียบเทียบพบว่า รายได้และจำนวนนักท่องเที่ยวในจังหวัดท่องเที่ยวอื่นที่ไม่ได้ขยายเวลาขาย กลับเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่า พื้นที่นาร่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจไม่ได้เป็นผลมาจากการขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง แต่เป็นผลจากการฟื้นตัวของนักท่องเที่ยวและมาตรการอื่น ๆ ของรัฐบาล

ตารางที่ 5.3 เปรียบเทียบจำนวนและรายได้การท่องเที่ยวของจังหวัดนาร่องและจังหวัดคู่เทียบระหว่างเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2567 และ 2566

ค่าสถิติ	พื้นที่ขยายเวลา (คน)			พื้นที่คู่เทียบ* (คน)		
	2567	2566	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง	2567	2566	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
จำนวนผู้เข้าพัก	13,787,541	10,877,769	26.7	6,325,133	5,584,950	13.3
นักท่องเที่ยว (รวม)	20,580,807	18,323,880	12.3	19,241,440	16,488,858	16.7
นักท่องเที่ยว (ไทย)	10,032,005	10,553,351	-4.9	16,627,931	14,971,010	11.1
นักท่องเที่ยว (ต่างชาติ)	10,548,802	7,770,529	35.8	2,613,509	1,517,848	72.2
รายได้รวมจากนักท่องเที่ยว (ล้านบาท)	325,552	232,678	39.9	69,655	48,981	42.2
รายได้จากนักท่องเที่ยวไทย (ล้านบาท)	59,726	61,338	-2.6	45,513	37,098	22.7
รายได้จากนักท่องเที่ยวต่างชาติ (ล้านบาท)	265,826	171,340	55.1	24,143	11,883	103.2

แหล่งข้อมูล: กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2567. สรุปสถานการณ์พักผ่อน จำนวนผู้เยี่ยมชม และรายได้จากผู้เยี่ยมชม เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2567 (เบื้องต้น). <https://www.mots.go.th/news/category/760>.



2. มิติสุขภาพและความปลอดภัย (ผลกระทบหลัก)

การขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงดึกมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเพิ่มขึ้นของความเสียหายต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอุบัติเหตุทางถนน:

- **อุบัติเหตุทางถนนและผู้เสียชีวิต:**
 - หลังการขยายเวลา อุบัติเหตุในจังหวัดน่านร่อง เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.4 และผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 เมื่อเทียบกับช่วงเดือนเดียวกันของปีก่อนหน้าที่ยังไม่ได้ขยายเวลา ในขณะที่จังหวัดคู่เทียบมีการเพิ่มขึ้นของอุบัติเหตุบนท้องถนนร้อยละ 2.9 และมีการเสียชีวิตที่ลดลงถึงร้อยละ 11.2
 - ในช่วงเวลาที่ขยายการขาย (02.00–06.00 น.) พบว่า อุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญถึง ร้อยละ 16.2 และมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.1¹³¹
- **คดีเมาแล้วขับ:**
 - ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (สตช.) ชี้ว่า คดีเมาแล้วขับในพื้นที่น่านร่อง เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 114 (จาก 6,221 คดี ในปี 2566 เป็น 13,323 คดี ในปี พ.ศ. 2567) ภายในระยะเวลา 3 เดือนเปรียบเทียบ
- **พฤติกรรมการดื่ม:**
 - ผลสำรวจพบว่า ประชาชนร้อยละ 60 และนักท่องเที่ยวร้อยละ 96.6 ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเปลี่ยนพฤติกรรมหลังนโยบายยัด 4 เช่น ดื่มนานขึ้น ใช้จ่ายมากขึ้น และออกเที่ยวบ่อยขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการบริโภคที่เพิ่มขึ้น
- **ความเชื่อมั่นในมาตรการควบคุม:**
 - มาตรการรองรับจากภาครัฐได้รับความเชื่อมั่นจากประชาชนและนักท่องเที่ยวสูงสุดในด้าน “การควบคุมอายุผู้เข้าใช้บริการ” และ “การตั้งด่านตรวจแอลกอฮอล์” ขณะที่มาตรการป้องกันไม่ให้ผู้ดื่มขับรถและจัดบริการรถรับส่ง ได้รับความเชื่อมั่นในระดับต่ำ เนื่องจากขาดการบังคับใช้จริงและขาดความต่อเนื่อง
- **ภาระต่อระบบสาธารณสุขและฉุกเฉิน:**
 - พบการโทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน (1669) เพิ่มขึ้น แม้บางกรณีจะไม่ใช่เหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ และโรงพยาบาลหลายแห่งต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลจากนักท่องเที่ยวที่ไม่ชำระเงิน ซึ่งเป็นภาระทางการคลังของภาครัฐ

¹³¹ ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (Thai RSC). (2567). ข้อมูลรับแจ้งอุบัติเหตุทางถนน ในรอบ 24 ชั่วโมง. <https://www.thairsc.com/index.html>.



3. มิติสังคมและสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาพบว่า การขยายเวลาบริการส่งผลกระทบต่อชุมชนรอบข้าง:

- **ความปลอดภัยในชุมชน:** พบปัญหาอาชญากรรม การทะเลาะวิวาท การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมไม่เหมาะสมของนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น เช่น ไม่เคารพกฎระเบียบ ส่งเสียงดัง ตี๋มกินโดยไม่ชำระเงิน และก่อความวุ่นวายในพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่โซนนิ่งที่มีสถานบริการหนาแน่น
- **ภาระของเจ้าหน้าที่รัฐ:** เจ้าหน้าที่ตำรวจ เทศกิจ และบุคลากรทางการแพทย์ต้องรับภาระงาน เพิ่มขึ้นอย่างมาก ในการระงับเหตุร้าย ดูแลผู้บาดเจ็บ และตรวจจับผู้เมาแล้วขับ โดยไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณหรือกำลังคนเพิ่มเติม
- **ผลกระทบต่อวิถีชีวิต:** ประชาชนในชุมชนได้รับความเดือดร้อนจากเสียงดังรบกวนและความวุ่นวาย จนรู้สึกว่่า สูญเสียพื้นที่และวิถีชีวิตของตนเอง และไม่ได้รับการดูแลจากภาครัฐ มีบางกรณีที่ชาวบ้านถูกรถชนโดยนักท่องเที่ยวแต่ไม่ได้รับการเยียวยาอย่างเหมาะสม อีกทั้งมีร้านค้าและนักท่องเที่ยวบางส่วนใช้พื้นที่ชายหาดตี๋มสุราต่อเนื่องหลังร้านปิด ทำให้การควบคุมเป็นไปได้ยาก

บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการประเมินจากทั้งสามงานวิจัยสรุปได้ว่า นโยบายขยายเวลาเปิดสถานบริการถึง 04.00 น. อาจสร้างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจในระยะสั้นและกระจุกตัว แต่กลับก่อให้เกิด ผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยในระยะยาวที่มีมูลค่าสูงกว่า โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับและความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน

คณะผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิตี๋มอิสระจึงเสนอข้อแนะนำเชิงนโยบาย ดังนี้

1. **การทบทวนและจำกัดพื้นที่:** ไม่ควรขยายนโยบายการขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเติมไปยังพื้นที่อื่น และควรมีการทบทวนนโยบายที่ดำเนินอยู่โดยเร็ว โดยเน้นการคงระบบเขตควบคุม (zoning) ให้เข้มงวด

2. **การบังคับใช้มาตรการรองรับ:** ภาครัฐต้องกำหนดให้มี มาตรการรองรับที่เข้มงวดและมีสภาพบังคับจริง โดยเฉพาะการป้องกันเมาแล้วขับ (เช่น การวัดระดับแอลกอฮอล์ก่อนออกจากร้าน และการตั้งด่านสุ่มตรวจอย่างสม่ำเสมอ) และจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนเจ้าหน้าที่ภาครัฐให้เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้น



3. ทางเลือกในการกระตุ้นเศรษฐกิจ: ภาครัฐควรให้ความสำคัญกับ คุณภาพชีวิตและวิถีชีวิตของคนในชุมชน มากกว่าผลประโยชน์ทางธุรกิจระยะสั้น และมุ่งส่งเสริมการท่องเที่ยวทางเลือก (เช่น เชิงสุขภาพ วัฒนธรรม และธรรมชาติ) ที่สามารถสร้างรายได้ที่ยั่งยืนและลดผลกระทบทางสังคมในระยะยาว

ผลจากการศึกษานี้ได้ถูกนำไปประกอบการพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รองนายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ยืนยันว่า จะไม่มีมติให้ขยายเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และย้ำถึงความจำเป็นที่จะต้องศึกษาผลกระทบของการขยายเวลานี้อย่างละเอียดและรอบด้านก่อน

5.9 พลวัตของการเปลี่ยนแปลงกฎหมายเกี่ยวกับการผลิตสุรา: จากสุราก้าวหน้าสู่การผ่อนปรนข้อจำกัด

นอกเหนือจากการผ่อนปรนข้อจำกัดด้านวัน เวลา และสถานที่ขายและดื่มแล้ว อีกหนึ่งประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงพลวัตของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยคือ การเปลี่ยนแปลงกฎหมายเกี่ยวกับการผลิตสุรา ซึ่งมีความพยายามยกเลิกหรือผ่อนปรนข้อจำกัดเพื่อให้เกิดการแข่งขันและส่งเสริมผู้ผลิตรายย่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลิตน พระราชบัญญัติสุราก้าวหน้า

จุดเริ่มต้นของการเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลงกฎหมายผลิตสุราอย่างจริงจังมาจากพรรคประชาชน (หรือพรรคก้าวไกลในขณะนั้น) ที่ได้รับเริ่มผลักดันร่างพระราชบัญญัติสุราก้าวหน้ามาตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2563–2564 ร่างกฎหมายนี้มีเจตนารมณ์หลักเพื่อ เปิดเสรีการผลิตสุรา โดยยกเลิกข้อจำกัดด้านกำลังการผลิตขั้นต่ำที่กำหนดให้ผู้ผลิตรายย่อยต้องมีเครื่องจักรที่มีกำลังการผลิตสูง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับชาวบ้านหรือผู้ประกอบการขนาดเล็กที่ต้องการผลิตสุราที่บ้านหรือสุราราคาฟต์เพื่อจำหน่าย การผลักดัน พ.ร.บ. สุราก้าวหน้ามุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมเศรษฐกิจท้องถิ่น การสร้างงาน และการเพิ่มมูลค่าให้กับวัตถุดิบทางการเกษตร รวมถึงการส่งเสริมวัฒนธรรมการผลิตสุราที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละภูมิภาค¹³²

¹³² The Concert. (ม.ป.ป.). 5 เหตุผลทำไมเราถึงควรมี พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า. <https://www.theconcert.com/news/nightlife/1402>



ร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ.....(พระราชบัญญัติสุราก้าวหน้า) ได้เข้าสู่อการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรในวาระแรก ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยสภาผู้แทนราษฎร ได้มีมติให้คณะรัฐมนตรี นำร่าง พ.ร.บ. ไปพิจารณาก่อนรับหลักการ เป็นเวลา 60 วัน ต่อมาในวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 พระราชบัญญัติฉบับนี้ก็ได้เข้าสู่อการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรใน วาระสองและวาระสาม โดยที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรได้ลงมติ “ไม่เห็นด้วย” ในวาระสาม¹³³ ทั้งนี้ ในวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 หนึ่งในวันที่สภาฯ จะพิจารณาร่างกฎหมายสุราก้าวหน้า คณะรัฐมนตรีก็มีมติเห็นชอบร่างกฎกระทรวงการผลิตสุรา พ.ศ. ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ และมีการประกาศกฎกระทรวงการคลัง เรื่อง การอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2565 ในราชกิจจานุเบกษา โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 2 พฤศจิกายน 2565 เป็นต้นไป¹³⁴ ประกาศฉบับนี้ถือเป็นก้าวสำคัญที่ผ่อนปรนข้อกำหนดด้านทุนจดทะเบียนและกำลังการผลิตสำหรับการขอใบอนุญาตผลิตสุราประเภทต่าง ๆ เช่น สุราแช่ (เบียร์ ไวน์) และสุรากลั่น (สุราขาว เหล้ากลั่นชนิดต่าง ๆ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับโรงงานขนาดเล็ก ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ผลิตรายย่อยสามารถขอใบอนุญาตผลิตได้ง่ายขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องลงทุนสูงเหมือนในอดีต

พลวัตของกฎหมายการผลิตสุรายังคงดำเนินต่อไป เมื่อต่อมาได้มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568¹³⁵ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2568 เป็นต้นไป พ.ร.บ. ฉบับนี้ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตสุรา โดยให้ยกเลิกความในมาตรา 153 แห่งพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“มาตรา 153 ผู้ใดประสงค์จะผลิตสุราหรือมีเครื่องกลั่นสำหรับผลิตสุราไว้ในครอบครอง ให้ยื่นคำขออนุญาตต่ออธิบดี และต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่อธิบดี ประกาศกำหนด การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

¹³³ iLaw. (2565, 2 พฤศจิกายน). ร่างกฎหมาย #สุราก้าวหน้า ตกไป! สภาคว่ำในวาระสาม 194:196 เสียง. <https://www.ilaw.or.th/articles/5495>

¹³⁴ ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง การอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2565. (2565, 1 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 258 ง.

¹³⁵ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568. (2568, 5 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 142 ตอน 38 ก. หน้า 13-16. <https://lawelcs.excise.go.th/api/api/pdfviewer/6464>



กฎกระทรวงตามวรรคสอง ให้ค่านึงถึงมาตรฐานการผลิตสุรา และต้องสนับสนุนให้สหกรณ์ กลุ่มเกษตรกร วิสาหกิจชุมชน องค์กรเกษตรกร หรือผู้ประกอบการรายย่อย สามารถขอรับใบอนุญาตผลิตสุราเพื่อการค้า โดยนำสินค้าเกษตรในประเทศมาผลิตเป็นสุราทุกประเภทที่อาจมีสีหรือมีกลิ่นได้ แต่มีให้กำหนดหลักเกณฑ์ใดในการพิจารณาออกใบอนุญาตที่เป็นการเลือกปฏิบัติหรือผูกขาดทางเศรษฐกิจโดยไม่เป็นธรรม หรือสร้างภาระเกินสมควร เว้นแต่เป็นการกำหนดสัดส่วนความเป็นเจ้าของของบุคคลซึ่งมิใช่บุคคลสัญชาติไทย หรือเป็นการผลิตสุราของรัฐวิสาหกิจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการผลิตสุรา หรือเพื่อส่งเสริมผู้ประกอบการอุตสาหกรรมรายย่อย ใบอนุญาตที่ออกตามมาตรานี้ให้มีอายุสามปีนับแต่วันที่ได้รับอนุญาต¹³⁶

■ **ผลกระทบทางเศรษฐกิจสุขภาพและสังคม หากมีการอนุญาตให้ผู้ผลิตรายย่อยสามารถผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้**

การผ่อนปรนกฎหมายการผลิตสุราส่งผลกระทบในหลายมิติ โดยมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนปรนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย ผศ.ดร.เฉลิมพงษ์ คงเจริญ และคณะ (2566) ได้วิเคราะห์ผลกระทบกรณีอนุญาตให้ผู้ผลิตรายย่อยสามารถผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเสรีมากขึ้นโดยมีข้อค้นพบและตัวเลขที่สำคัญ¹³⁶ ดังนี้:

มิติผลกระทบ	ข้อค้นพบและตัวเลขที่สำคัญ
การบริโภคแอลกอฮอล์	คาดการณ์ว่าการผ่อนปรนกฎหมายอนุญาตให้ผู้ผลิตรายย่อยผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ จะทำให้มีการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.51 หรือ 1.32 ลิตรต่อคนต่อปี
มูลค่าการบริโภคที่เพิ่มขึ้น	มูลค่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทที่เปลี่ยนแปลงไป คาดว่าจะเพิ่มขึ้น 45,863.31 ล้านบาท (มูลค่าปัจจุบันในปี พ.ศ. 2566) โดยแบ่งเป็น: <ul style="list-style-type: none"> - คราฟต์เบียร์: 12,196 ล้านบาท - เหล้าขาวไทยรายย่อย: 9,963 ล้านบาท - เหล้าสีไทยรายย่อย: 5,559 ล้านบาท
การกระจายรายได้	คาดว่ามูลค่าที่เพิ่มขึ้นนี้ประมาณร้อยละ 50 จะถูกจัดเก็บเป็นภาษี และประมาณร้อยละ 40 จะตกเป็นของเจ้าของวัตถุดิบและแรงงาน

¹³⁶ เฉลิมพงษ์ คงเจริญ. (2566). การประเมินผลทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม หากมีการยกเลิกการกำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



มิติผลกระทบ	ข้อค้นพบและตัวเลขที่สำคัญ
ต้นทุนทางสุขภาพและสังคม	การคำนวณจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ประชาชนบริโภคเพิ่มขึ้น คาดว่าจะเกิดต้นทุนทางสุขภาพและสังคม เพิ่มขึ้นเท่ากับ 30,673.55 ล้านบาท (มูลค่าในปี พ.ศ. 2564)
โครงสร้างตลาด	ผลิตภัณฑ์ใหม่ (เหล้าขาวไทยรายย่อย, เหล้าสีไทยรายย่อย, คราฟต์เบียร์ราคาลดลง) จะทำหน้าที่เป็น สินค้าทดแทน (replacement) เบียร์ไทยรายใหญ่และเหล้าขาวไทยรายใหญ่เดิม และยังเป็น สินค้าประกอบ (complementary) ซึ่งกันและกัน
การกระจายผลประโยชน์	ผู้ผลิตรายย่อยให้ความเห็นว่า มูลค่าการผลิตที่เพิ่มขึ้นจะถูกกระจายไปยังเจ้าของวัตถุดิบภายในประเทศและแรงงาน ในอัตราที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับผู้ผลิตรายใหญ่

โดยสรุปแล้ว การลดข้อจำกัดการผลิตสุรา โดยกฎกระทรวงและการแก้ไข พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต มีเป้าหมายในการเปิดโอกาสทางเศรษฐกิจและทำลายโครงสร้างการผูกขาด ซึ่งจะช่วยกระตุ้นกิจกรรมทางเศรษฐกิจในระดับชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ประกอบการขนาดเล็ก เกษตรกรและผู้ผลิตเครื่องดื่มพื้นบ้านที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น เหล้าพื้นบ้าน เบียร์คราฟต์ หรือไวน์ผลไม้ ซึ่งสามารถสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับวัตถุดิบทางการเกษตรในท้องถิ่นและสร้างรายได้หมุนเวียนภายในชุมชนได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบทางวิชาการชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การปลดล็อกดังกล่าวจะส่งผลให้ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์โดยรวมเพิ่มขึ้น โดยจะดื่มเครื่องดื่มจากผู้ผลิตรายใหญ่เดิมลดลง (เบียร์ไทยรายใหญ่) นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของ ต้นทุนทางสุขภาพและสังคม ซึ่งมีมูลค่าสูงถึง 30,673.55 ล้านบาท ต่อปี (ณ มูลค่าปี พ.ศ. 2564)

การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นการทำทลายโครงสร้างการผูกขาดในอุตสาหกรรมสุราของประเทศไทยที่ดำเนินมาอย่างยาวนาน หากมีระบบอนุญาตที่โปร่งใสและมาตรฐานการผลิตที่ชัดเจน ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจอาจขยายไปถึงภาคการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (creative economy) เช่น การท่องเที่ยวเชิงประสบการณ์ “เบียร์โฮมเมด-ไวน์ท้องถิ่น” หรือการจัดเทศกาลท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่ม แต่หากไม่มีระบบกำกับดูแลที่รัดกุม อาจเกิดปัญหาการแข่งขันที่ไม่เป็นธรรมระหว่างผู้ผลิตรายย่อยกับบริษัทขนาดใหญ่ ตลอดจนความเสียด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคในระยะยาว



ดังนั้น ความท้าทายที่สำคัญของภาครัฐคือ การสร้างสมดุล ระหว่างการส่งเสริมการแข่งขันทางเศรษฐกิจกับการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน งานวิจัยจึงเสนอแนะว่า การเพิ่มภาษีสรรพสามิต จะมีผลในการลดการดื่มโดยรวมได้ดี อย่างไรก็ตาม หากมีการปรับโครงสร้างจัดเก็บภาษีโดยจัดเก็บจากผู้ผลิตรายใหญ่ในอัตราที่สูงกว่า หรือให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ผลิตรายย่อย ก็จะสามารถส่งผลดีต่อการกระจายรายได้และช่วยควบคุมการบริโภคโดยรวมได้พร้อมกัน การดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยกลไกการกำกับดูแลที่รัดกุมเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์ การเข้าถึงที่เพิ่มขึ้น และผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

5.10 ผลของการรณรงค์ลดเหล้าเข้าพรรษา

โครงการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ซึ่งริเริ่มดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีเป้าหมายหลักในการส่งเสริมให้ประชาชน “ลด ละ เลิก” การดื่มในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาสามเดือน เพื่อใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว

ยุทธศาสตร์การรณรงค์ประกอบด้วยวิธีการสื่อสารแบบผสมผสาน (air war และ ground war) กล่าวคือ air war คือ การเผยแพร่สื่อโฆษณาผ่านช่องทางหลัก เช่น โทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ เพื่อสร้างกระแสการรับรู้ในวงกว้าง ในขณะที่ ground war คือ การขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์ในระดับพื้นที่ ชุมชน และเครือข่ายทางศาสนา เพื่อสร้างค่านิยมทางสังคมและส่งเสริมการงดดื่มในงานบุญและประเพณี การรณรงค์ในแต่ละปีจะมีการปรับเปลี่ยน แนวคิดหลัก (theme) เพื่อชูประเด็นที่สอดคล้องกับสถานการณ์และความห่วงใยทางสังคมในช่วงเวลานั้น ๆ การรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา ปี พ.ศ. 2567” ดำเนินการภายใต้แคมเปญ “เปลี่ยนตัวเอง เป็นคนใหม่ใน 90 วัน”

ในแต่ละปี ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) จัดให้มีการประเมินผลการรณรงค์นี้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) สํารวจพฤติกรรมและความคิดเห็นของประชาชนทั่วประเทศ ในช่วงออกพรรษา ยังมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการนี้ในมิติผลกระทบต่อระดับประชากร และผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์อีกด้วย



ผลลัพธ์ของการรณรงค์ด้านพฤติกรรมและการบริโภคระดับประเทศ

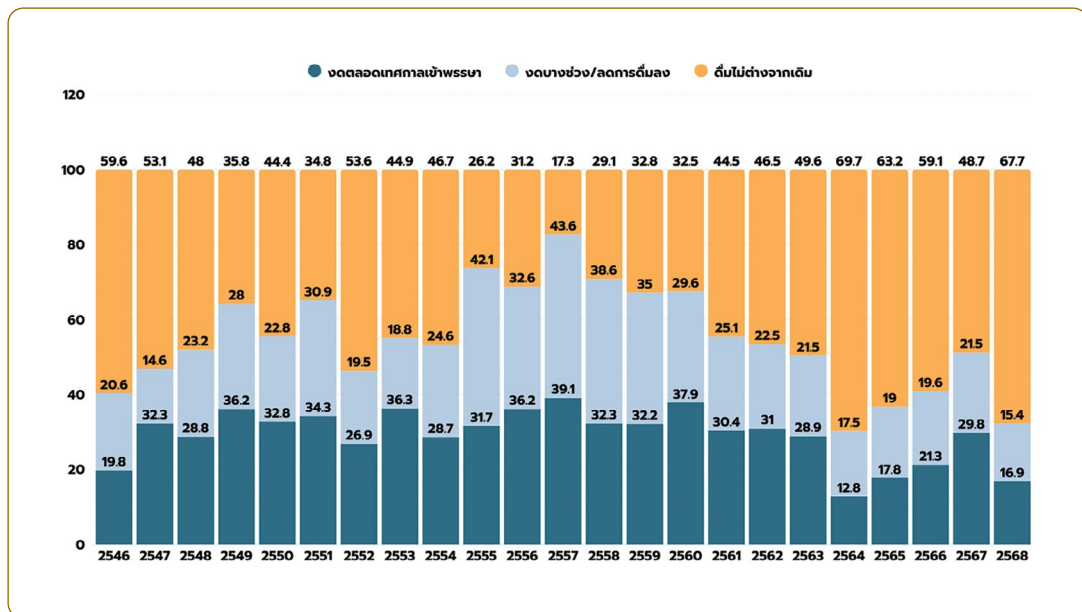
ผลการศึกษาชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับพฤติกรรมส่วนบุคคลและระดับประชากร

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล (ผลสำรวจปี พ.ศ. 2567¹³⁷) ภาพที่ 5.3 และ 5.4

การสำรวจประชาชน 3,909 คน อายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 12 จังหวัดทั่วประเทศ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามภาคสนาม (face-to-face interview) ระหว่างวันที่ 3–16 ตุลาคม พ.ศ. 2567 สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดำเนินมาต่อเนื่องกว่าสองทศวรรษ:

- **การรับรู้สื่อรณรงค์:** ประชาชนร้อยละ 64.8 หรือประมาณ 35.6 ล้านคน รับรู้หรือเคยพบเห็นสื่อรณรงค์ โดยช่องทางหลักที่เข้าถึงประชาชนมากที่สุดคือ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ และกิจกรรมในชุมชน

ภาพที่ 5.3 แสดงค่าร้อยละการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาเปรียบเทียบระหว่างปี 2546–2567



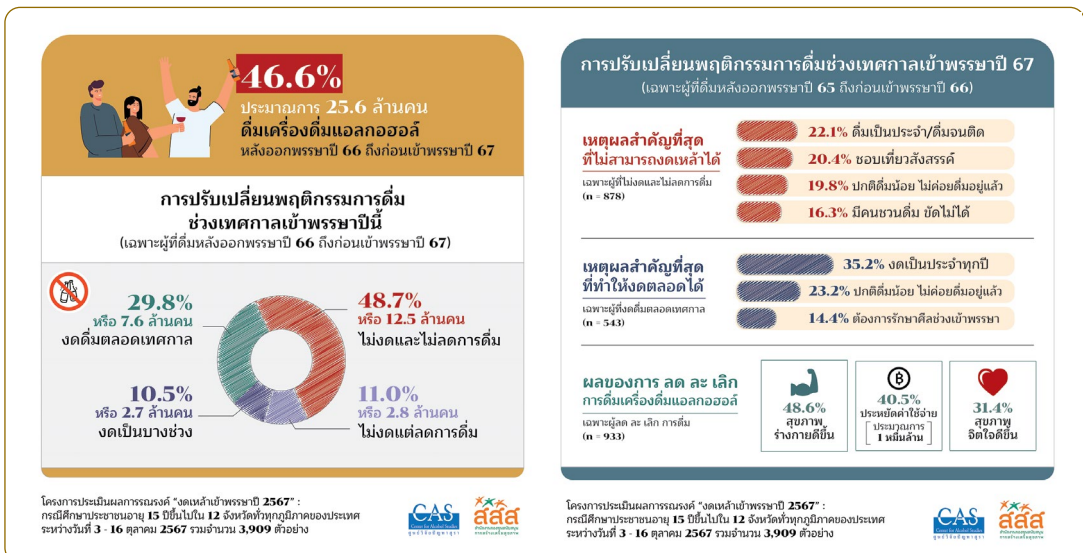
แหล่งข้อมูล: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2567). รายงานการประเมินผลโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ประจำปี พ.ศ. 2567. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

¹³⁷ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2567). รายงานการประเมินผลโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ประจำปี พ.ศ. 2567. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- **กลุ่มงดเหล้าได้ตลอดพรรษา:** สัดส่วนของผู้ที่สามารถงดดื่มได้ตลอด 3 เดือน เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 19.8 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 29.8 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 ตลอดช่วงเวลาโครงการ
- **กลุ่มดื่มไม่ต่างจากเดิม:** สัดส่วนของกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรณรงค์ ลดลงชัดเจนในระยะยาว จากร้อยละ 59.6 ในปี พ.ศ. 2546 เหลือร้อยละ 48.7 ในปี พ.ศ. 2567 แม้จะยังเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด แต่แนวโน้มการลดลงนี้บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสังคมไทยต่อการดื่มในช่วงเข้าพรรษา โดยเฉพาะในช่วงหลังปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ซึ่งตรงกับช่วงที่การสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์และเครือข่ายชุมชนมีบทบาทมากขึ้น
- **กลุ่มที่งดบางช่วงหรือลดการดื่มลง:** มีแนวโน้มผันผวนตามช่วงปี โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. 2555–2557 มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 43.6 ซึ่งเป็นช่วงที่ภาครัฐและเครือข่ายมีการรณรงค์เข้มข้นในระดับประเทศ ต่อมาแม้สัดส่วนจะลดลงเล็กน้อยแต่ยังคงอยู่ในระดับเฉลี่ยประมาณร้อยละ 20–30 ตลอดช่วงปี พ.ศ. 2559–2567 แสดงให้เห็นว่า การรณรงค์ยังคงมีผลกระทบให้ผู้ดื่มจำนวนหนึ่ง “ลดการบริโภค” ได้ แม้ยังไม่สามารถงดได้ตลอดเทศกาล

ภาพที่ 5.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มและเหตุผลที่เกี่ยวข้อง ช่วงเทศกาลงดเหล้าเข้าพรรษา ปี พ.ศ. 2567



แหล่งข้อมูล: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2567). รายงานการประเมินผลโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ประจำปี พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



2. ผลกระทบต่อปริมาณการบริโภคระดับประชากร (ผลสำรวจปี พ.ศ. 2538–2560¹³⁸)

การวิเคราะห์หอนุกรมเวลา (Time-series analysis) ข้อมูลยอดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายเดือนตลอด 23 ปี (มกราคม 2538 – กันยายน 2560) ยืนยันว่า แคมเปญงดเหล้าเข้าพรรษามีผลกระทบเชิงบวกในระดับประเทศ ดังนี้

- **การลดปริมาณการบริโภค:** การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษามีความสัมพันธ์กับการลดลงของการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรในระดับประชากร ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา
- **สัดส่วนการลดลง:** ภายหลังการปรับค่าสำหรับแนวโน้มเวลา (time trend) และการผันผวนรายเดือน (Monthly Seasonality) พบว่าแคมเปญนี้ส่งผลให้เกิดการลดลงของการบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยประมาณร้อยละ 9.97 (95% CI: 3.65% ถึง 24.18%) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการรณรงค์ระยะสั้นที่มีผลต่อปริมาณการขายโดยรวมของประเทศ

3. ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของโครงการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” (ผลสำรวจปี พ.ศ. 2565¹³⁹)

การประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของโครงการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา ปี พ.ศ. 2565” มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic benefits) ที่เกิดขึ้นจากการรณรงค์ โดยมุ่งเน้นการคำนวณมูลค่าผลประโยชน์ในสามด้านหลัก ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายในการดื่มที่สามารถประหยัดได้ ทั้งในระยะสั้นช่วงเทศกาลเข้าพรรษา และในระยะยาวหากสามารถงดดื่มได้ตลอดชีวิต 2) ผลประโยชน์จากสุขภาพจิตที่ดีขึ้นอันเกิดจากการลด ละ หรือเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) ผลประโยชน์จากการลดต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพ (productivity loss) ที่เกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือการขาดงานเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถลดลงได้จากการเลิกดื่มอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ผลการประเมินพบว่า

- **มูลค่าผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์รวม:** การรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา ปี พ.ศ. 2565” สามารถสร้างผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์โดยรวมประมาณ 35,069 ล้านบาท โดยมีช่วงประมาณการระหว่าง 22,094–40,676 ล้านบาท

¹³⁸ Saengow, U., Patanavanich, R., Suriyawongpaisul, P., Aekplakorn, W., Sornpaisam, B., Jiang, H., & Rehm, J. (2024). The effect of an annual temporary abstinence campaign on population-level alcohol consumption in Thailand: a time-series analysis of 23 years. *BMJ Glob Health*, 9(7), e014428.

¹³⁹ มนทรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, วรางคณา จิรรัตนโสภณา, และชัยศิริ เหลืองสินลิริ. (2566). รายงานการวิจัย การประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของโครงการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา ปี 2566”. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- **ผลประโยชน์ระยะสั้นและระยะยาว:**
 - **ผลประโยชน์ระยะสั้น (3 เดือน):** การงดเหล้าในช่วงเข้าพรรษาเพียง 3 เดือน สามารถสร้างผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์รวมมูลค่า 33,031 ล้านบาท โดยส่วนใหญ่มาจากค่าใช้จ่ายในการดื่มที่ประชาชนประหยัดได้ ซึ่งมีมูลค่าสูงถึง 32,880 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 99.5) และอีก 151 ล้านบาท (ร้อยละ 0.5) มาจากสุขภาพจิตใจที่ดีขึ้น
 - **ผลประโยชน์ระยะยาว:** หากรวมผลประโยชน์ระยะยาวที่เกิดจากการงดดื่มต่อเนื่องตลอดชีวิต (เช่น การลดต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพ) มูลค่าผลประโยชน์รวมทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นเป็น 57,652 ล้านบาท โดยในจำนวนนี้ ผลประโยชน์ระยะสั้นคิดเป็นร้อยละ 57.3 และผลประโยชน์ระยะยาวคิดเป็นร้อยละ 42.7
 - **ผลการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis):** แสดงให้เห็นว่า ช่วงค่าประมาณของผลประโยชน์ทั้งหมดอาจอยู่ระหว่าง 36,323–66,870 ล้านบาท โดยในกรณีอนุรักษ์นิยมที่สุด ซึ่งสมมติว่า มีเพียงร้อยละ 17 ของผู้ตั้งใจงดเหล้าที่สามารถเลิกได้จริง และคำนวณเทียบกับการเลิกดื่มที่อายุ 54 ปี ผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์จะอยู่ที่ 37,045 ล้านบาท หรือลดลงร้อยละ 35.7 เมื่อเทียบกับกรณีพื้นฐาน

อย่างไรก็ตาม การประเมินในครั้งนี้อาจไม่ได้รวมผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจในด้านอื่น ๆ เช่น การลดอุบัติเหตุบนท้องถนน การลดเหตุทะเลาะวิวาท การมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น หรือความล้มพันธ์ในครอบครัวที่แน่นแฟ้นขึ้น ตลอดจนผลประโยชน์ในระยะยาวของกลุ่มที่แม้จะไม่ได้งดดื่มตลอดชีวิตแต่มีพฤติกรรมการดื่มที่ลดลง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่อาจทำให้มูลค่าผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์ของโครงการสูงยิ่งกว่าที่ประเมินไว้ในปัจจุบัน

ผลการศึกษาทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า โครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาเป็นยุทธศาสตร์ที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูง สามารถคงแรงส่งทางสังคมได้อย่างต่อเนื่องกว่าสองทศวรรษ โดยเฉพาะการสร้างฐานประชาชนที่งดดื่มได้ตลอดพรรษาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 จากจุดเริ่มต้นของโครงการ และไม่เพียงแต่ประสบความสำเร็จในการสร้างความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวกทางสังคม แต่ยังก่อให้เกิดผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์ที่สูง รวมถึงมีผลกระทบที่วัดได้ต่อการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับประชากร



ภาพที่ 5.5 ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของโครงการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” ปี พ.ศ. 2565



บทที่ 6 |

ความคิดเห็นและความรอบรู้ของประชาชนไทย ต่อสถานการณ์และนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและความรอบรู้ของประชาชนต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และนโยบายที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการกำหนดนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย เนื่องจากทัศนคติของสาธารณชนมีอิทธิพลต่อบรรทัดฐานและพฤติกรรมทางสังคม รวมถึงระดับการยอมรับและการปฏิบัติตามกฎหมายที่บังคับใช้ นับตั้งแต่การประกาศใช้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ระดับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโทษของแอลกอฮอล์และการปฏิบัติตามกฎหมายได้มีการพัฒนาไปอย่างมาก ข้อมูลข้อสนเทศที่น่าเสนอในบทนี้จึงมุ่งเน้นที่การติดตามความเปลี่ยนแปลงของความคิดเห็น ความรอบรู้ และพฤติกรรมในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 เพื่อประเมินช่องว่างเชิงนโยบายและปรับกลยุทธ์การสื่อสารและการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ได้สนับสนุนการจัดทำโครงการสำรวจพฤติกรรม ความรู้ และความคิดเห็นของประชาชนต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และนโยบายที่เกี่ยวข้องตลอดมา โดยใช้ระเบียบวิธีที่สอดคล้องและสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าผลลัพธ์ที่ได้สามารถเป็นตัวแทนของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในระดับประเทศ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน (multistage stratified sampling) ซึ่งมีการแบ่งชั้นภูมิของจังหวัดตามภูมิภาคและระดับความเป็นเมือง จากนั้นจึงสุ่มเลือกเขตพื้นที่และครัวเรือน และเลือกผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าเกณฑ์ด้วยกระบวนการสุ่มที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face structured interviews) หรือให้ผู้ตอบอ่านและตอบเอง (self-administered questionnaire) โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานที่ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับ

โทษของแอลกอฮอล์ ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายแอลกอฮอล์ และการรับรู้สื่อโฆษณา ขนาดตัวอย่างของแต่ละชุดการสำรวจมีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,600 ถึง 4,000 ตัวอย่าง ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการสำรวจในครั้งนั้น ๆ นอกจากการสำรวจในพื้นที่กายภาพที่กล่าวมาแล้ว เรายังมีการติดตามการแสดงความคิดเห็นและวาทกรรมต่าง ๆ ในสื่อสังคมออนไลน์ด้วย ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 มีการสำรวจที่สำคัญซึ่งจะกล่าวถึงในบทนี้

ผลการศึกษาความคิดเห็นและความรอบรู้ของประชาชน (พ.ศ. 2565–2568)

ผลการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2564–2568 สะท้อนถึงความคิดเห็นของสาธารณชนต่อประเด็นนโยบายใหม่ ๆ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทัศนคติเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6.1 ความคิดเห็นต่อนโยบายแนวเสรีนิยมของพรรคการเมือง (พ.ศ. 2566)

โครงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อนโยบายของพรรคการเมืองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนและสังคม¹⁴⁰ ได้ดำเนินการสำรวจสองครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ – 3 มีนาคม พ.ศ. 2566 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,679 คน และครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 20–28 เมษายน พ.ศ. 2566 จากกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ จำนวน 2,692 คน ซึ่งการสำรวจทั้งสองครั้งดำเนินการในช่วงก่อนการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเป็นการทั่วไปในวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยผลการสำรวจทั้งสองครั้งสะท้อนแนวโน้มความคิดเห็นของสาธารณชนที่สอดคล้องกัน (ภาพที่ 6.1) โดยพบว่า

- **นโยบายเกี่ยวกับกัญชา**

ประชาชนจะเห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเป็น 78.2% แต่ประเด็นการเปิดกว้างในชีวิตประจำวันยังไม่ได้รับการสนับสนุนมากนัก โดยยังมีผู้ไม่เห็นด้วยหรือยังไม่สนับสนุนต่อการปลูกกัญชาในครัวเรือน 61.7% และการใช้กัญชาในอาหารหรือเครื่องดื่ม 57.6% สะท้อนว่าประชาชนยอมรับกัญชาในกรอบการแพทย์มากกว่าการเปิดเสรีทั่วไป

¹⁴⁰ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). (2566). รายงานการสำรวจความคิดเห็นต่อนโยบายของพรรคการเมืองต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนและสังคม กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ครั้งที่ 1 และ 2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



ภาพที่ 6.1

ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อนโยบายของพรรคการเมืองต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนและสังคม กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อนโยบายของพรรคการเมืองต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและปัจจัยแวดล้อมของประชาชนและสังคม ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2
กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ใน 12 จังหวัด ทั่วประเทศทุกภูมิภาคของประเทศ ครั้งที่ 1 ดำเนินการวันที่ 27 ก.พ.-3 มี.ค. 2566 จำนวน 2,679 ตัวอย่าง ครั้งที่ 2 ดำเนินการวันที่ 20-28 เม.ย. 2566 จำนวน 2,692 ตัวอย่าง

นโยบายเกี่ยวกับ การปลูกและขายกัญชา	“ร้อยละของผู้เห็นด้วย”	
	สำรวจครั้งที่ 1 27 ก.พ.-3 มี.ค.	สำรวจครั้งที่ 2 20-28 เม.ย.
1) กำหนดพืชกัญชา ไม่ใช่ยาเสพติด	28.4%	32.7% ↑
2) อนุญาตให้ประชาชนสามารถปลูกพืชกัญชา และนำมาใช้ในครัวเรือนได้	29.5%	38.3% ↑
3) ส่งเสริมการนำพืชกัญชาส่วนที่ไม่เป็นยาเสพติด มาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่ม เครื่องสำอาง	34.6%	42.4% ↑
4) จัดโซนนิ่งการขายและสูบกัญชา	37.6%	40.3% ↑
5) ปลดล็อกการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์	66.3%	78.2% ↑
6) ควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์จากกัญชา	N/A	68.3%
7) กำหนดภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์จากกัญชา	N/A	59.0%

นโยบายเกี่ยวกับเงื่อนไข การผลิต/ขาย/โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	“ร้อยละของผู้เห็นด้วย”	
	สำรวจครั้งที่ 1 27 ก.พ.-3 มี.ค.	สำรวจครั้งที่ 2 20-28 เม.ย.
1) ประชาชนผลิตเหล้า/เบียร์ ดื่มเองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต	15.6%	21.3% ↑
2) ไม่กำหนดทุนจดทะเบียนขั้นต่ำ สำหรับผู้ที่จะขออนุญาตผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อจำหน่าย	7.7%	11.8% ↑
3) ไม่จำกัดกำลังแรงม้าของเครื่องจักรที่ใช้ผลิต สำหรับผู้ที่จะขอผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อจำหน่าย	6.7%	11.1% ↑
4) ตั้งโรงงานผลิตเหล้าเบียร์ ไม่จำเป็นต้องผ่าน EIA	3.1%	8.0% ↑
5) สถานบันเทิงในเขตท่องเที่ยวพิเศษ ให้ขยายเวลาปิดจากที่ 2 เป็นที่ 4	29.5%	32.2% ↑
6) ร้านเบียร์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตลอดเวลา	25.3%	23.8% ↓
7) ยกเลิกการห้ามขายเหล้า/เบียร์ ใน 5 วันพระใหญ่ของไทย	15.9%	14.7% ↓
8) ยกเลิกการขายเหล้า/เบียร์ ในสถานศึกษาและบริเวณใกล้เคียง	7.5%	15.6% ↑
9) เปลี่ยนเกณฑ์อายุห้ามขายแก่ผู้เยาว์ จาก 20 ปี เป็น 21 ปี	33.0%	32.5% ↓



โครงการสำรวจความคิดเห็นต่อนโยบายของพรรคการเมืองต่าง ๆ
ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและปัจจัยแวดล้อมของประชาชนและสังคม ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2
กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ใน 12 จังหวัด ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ
ครั้งที่ 1 ดำเนินการวันที่ 27 ก.พ.-3 มี.ค. 2566 จำนวน 2,679 ตัวอย่าง
ครั้งที่ 2 ดำเนินการวันที่ 20-28 เม.ย. 2566 จำนวน 2,692 ตัวอย่าง

นโยบายเกี่ยวกับเงื่อนไข การผลิต/ขาย/โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	“ร้อยละของผู้เห็นด้วย”	
	สำรวจครั้งที่ 1 27 ก.พ.-3 มี.ค.	สำรวจครั้งที่ 2 20-28 เม.ย.
10) โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเสรี	14.3%	18.0% ↑
11) อนุญาตให้ขายเหล้า/เบียร์ ผ่านช่องทางออนไลน์	14.9%	20.8% ↑
12) ปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทให้มีอัตราเท่ากัน	N/A	35.2%
13) ควรเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มมอลต์ไม่มีแอลกอฮอล์/เบียร์-ไวน์ไร้อัลกอฮอล์ในอัตราเท่ากับเบียร์/ไวน์ทั่วไป	N/A	29.6%
14) ควรควบคุมการขายเครื่องดื่มมอลต์ไม่มีแอลกอฮอล์/เบียร์-ไวน์ไร้อัลกอฮอล์ แบบเดียวกันกับเบียร์/ไวน์ทั่วไป	N/A	31.9%

นโยบายอื่น ๆ	“ร้อยละของผู้เห็นด้วย”	
	สำรวจครั้งที่ 1 27 ก.พ.-3 มี.ค.	สำรวจครั้งที่ 2 20-28 เม.ย.
1) ปลดล็อกบุหรี่ไฟฟ้าให้ขายได้เหมือนบุหรี่ทั่วไป	20.1%	17.3% ↓
2) เปิดบ่อนกาสิโนได้อย่างถูกกฎหมาย	15.1%	15.4% ↑
3) เปิดเว็บไซต์การพนันออนไลน์ถูกกฎหมาย	13.0%	9.9% ↓

ภาพที่ 6.1

ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อนโยบายของพรรคการเมืองต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนและสังคม กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัด ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

• **นโยบายเกี่ยวกับกัญชา**

ประชาชนจะเห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเป็น 78.2% แต่ประเด็นการเปิดกว้างในชีวิตประจำวันยังไม่ได้รับการสนับสนุนมากนัก โดยยังมีผู้ไม่เห็นด้วยหรือยังไม่สนับสนุนต่อการปลูกกัญชาในครัวเรือน 61.7% และการใช้กัญชาในอาหารหรือเครื่องดื่ม 57.6% สะท้อนว่าประชาชนยอมรับกัญชาในกรอบการแพทย์มากกว่าการเปิดเสรีทั่วไป

• **นโยบายเกี่ยวกับสุรา เบียร์ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**

ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สนับสนุนการผ่อนคลายด้านการผลิตสุราและเบียร์ โดยเฉพาะการผลิตดื่มเองที่ยังมีผู้ไม่เห็นด้วย 78.7% การไม่กำหนดทุนจดทะเบียนขั้นต่ำ 88.2% และ



การไม่ต้องผ่าน EIA 92.0% แสดงให้เห็นว่าสังคมยังต้องการมาตรการกำกับดูแลที่ชัดเจน ไม่ใช่การลดเงื่อนไขควบคุมมากเกินไป ด้านมาตรการที่เพิ่มการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังคงคัดค้านค่อนข้างสูง เช่น การให้ร้านค้าปลีกขายได้ตลอดเวลายังมีผู้ไม่เห็นด้วย 76.2% และการยกเลิกวันห้ามขายในวันพระใหญ่มีผู้ไม่เห็นด้วย 85.3% สะท้อนว่าประชาชนยังเห็นความสำคัญของข้อจำกัดด้านเวลาและวันจำหน่ายเพื่อป้องกันผลกระทบทางสังคม นอกจากนี้การขายเหล้า/เบียร์ออนไลน์ยังมีผู้ไม่เห็นด้วยสูงถึง 79.2% แม้สัดส่วนเห็นด้วยจะเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งแรก ส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 0% ยังมีผู้ไม่เห็นด้วยต่อการเก็บภาษีเทียบเท่าเครื่องดื่มทั่วไป 70.4% และการควบคุมการขายแบบเดียวกัน 68.1% สะท้อนว่ายังต้องสร้างความเข้าใจต่อความเสี่ยงเชิงการตลาดของผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้

- **นโยบายอื่น ๆ ได้แก่ บุหรี่ไฟฟ้า คาลิโน และการพนันออนไลน์**

กลุ่มนโยบายที่เกี่ยวข้องกับอบายมุขหรือพฤติกรรมเสี่ยงยังได้รับการคัดค้านค่อนข้างสูง โดยการปลดล็อกบุหรี่ไฟฟ้ามียุติเห็นด้วยลดลงจาก 20.1% เหลือ 17.3% หรือมีผู้ไม่เห็นด้วย 82.7% ขณะที่การเปิดบ่อนคาลิโนอย่างถูกกฎหมายมีผู้ไม่เห็นด้วย 84.6% และการเปิดเว็บไซต์พนันออนไลน์อย่างถูกกฎหมายมีผู้ไม่เห็นด้วยสูงถึง 90.1% ซึ่งเป็นหนึ่งในประเด็นที่ประชาชนคัดค้านมากที่สุด ผลดังกล่าวสะท้อนว่าประชาชนยังระมัดระวังต่อการเปิดเสรีนโยบายที่อาจเพิ่มความเสี่ยงด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจครัวเรือน และปัญหาการเสพติดในระยะยาว

6.2 ความรอบรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของแอลกอฮอล์ (พ.ศ. 2568)

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁴¹ (พ.ศ. 2568) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความคิดเห็นนโยบาย และประสบการณ์จากการบังคับใช้กฎหมาย กลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่างจาก 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7-21 มีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 3,924 ตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า

¹⁴¹ สุริยัน บุญแท้. (2568). การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

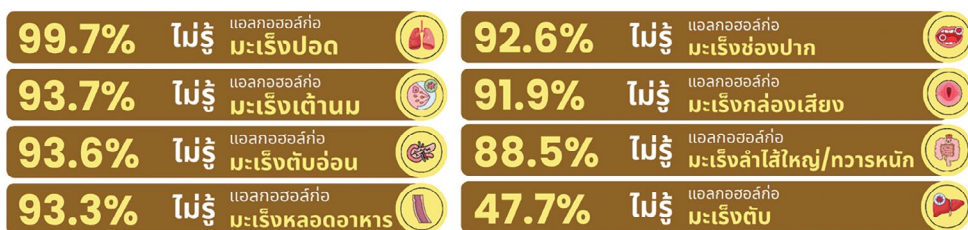


- **ความรู้เกี่ยวกับโรค:** ประชาชนไทยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหรือผลกระทบที่มีสาเหตุเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างจำกัด โดยโรคหรือผลกระทบที่มีสาเหตุเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5 อันดับแรกที่ประชาชนไทยรู้จักมากที่สุด ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน โรคตับมะเร็งตับ การทะเลาะวิวาท และบาดเจ็บหกล้มเดินชน จากสูญเสียการควบคุมร่างกาย โดยที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ว่าแอลกอฮอล์เป็นสารก่อมะเร็ง (**ภาพที่ 6.2**)
- **ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการดื่มที่ปลอดภัย:** คนไทยส่วนหนึ่งยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะทราบว่า การดื่มหนักและดื่มประจำมีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพและการเกิดโรคมะเร็ง แต่คนไทยประมาณหนึ่งในสามคนก็ยังคิดว่าการดื่มวันละนิด ไม่เกิน 1 แก้วเป็นประจำมีประโยชน์ต่อร่างกาย (**ตารางที่ 6.1**)
- **การรับรู้ข้อมูล:** ร้อยละ 63.8 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยแหล่งที่ได้รับข้อมูลมากที่สุดคือ โซเชียลมีเดีย (ร้อยละ 57.3) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.1) เห็นว่าข้อมูลที่ได้รับเข้าใจได้ค่อนข้างง่ายถึงง่ายมาก ร้อยละ 56.2 เคยได้ยิน “สายด่วนเลิกเหล้า” แต่ประชาชนส่วนน้อย (ร้อยละ 21.4) ทราบดีว่า การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดเหล้าจากโรงพยาบาลรัฐ ไม่เสียค่าใช้จ่าย (**ภาพที่ 6.3**)

ภาพที่ 6.2 ประเด็นเรื่องการรับรู้เรื่อง แอลกอฮอล์เป็นสารก่อมะเร็ง จากการสำรวจการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ

คนไทยส่วนใหญ่ **ไม่รู้!!** แอลกอฮอล์ก่อมะเร็งหลายชนิด

จากการสำรวจความคิดเห็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่างจาก 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7 - 21 มีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 3,924 ตัวอย่าง พบว่า



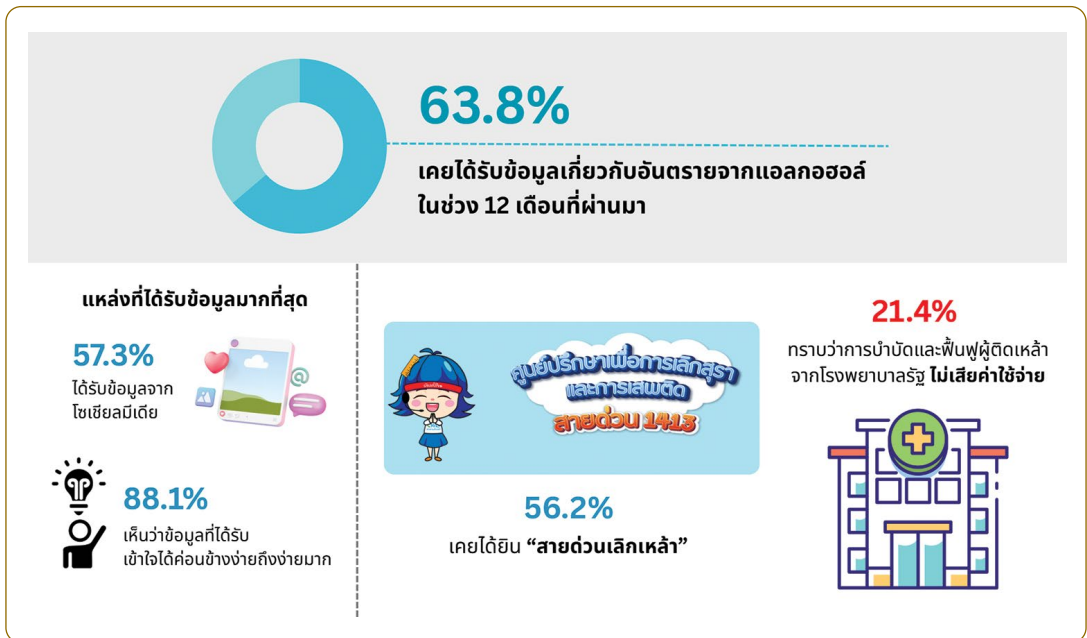
ข้อมูลจาก: การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย : กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ



ตารางที่ 6.1 จำนวนและร้อยละของประชาชนที่แสดงความคิดเห็นต่อปริมาณและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรดื่มได้ต่อวัน เกี่ยวกับระดับและผลของการดื่มสุราต่อสุขภาพ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ชายดื่มเหล้า/เบียร์ได้เฉลี่ย 6 แก้วต่อวัน	2,294	58.5
ผู้หญิงดื่มได้เฉลี่ย 3 แก้วต่อวัน	1,873	47.7
ผู้หญิงตั้งครรรภ์ดื่มได้เฉลี่ย 1 แก้วต่อวัน	138	3.5
การดื่มหนักมีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพ	3,746	95.5
การดื่มเป็นประจำเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง	3,518	89.6
การดื่มวันละนิด ไม่เกิน 1 แก้ว เป็นประจำมีประโยชน์ต่อร่างกาย	1,328	33.9
ยาต้องมีประโยชน์ต่อสุขภาพ	494	12.6

ภาพที่ 6.3 ผลการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา



6.3 ความเข้าใจและความคิดเห็นต่อนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.5) ทราบว่า ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่มีเพียงร้อยละ 26.8 ทราบว่า ในช่วงที่สำรวจ (มีนาคม 2568) กำลังอยู่ระหว่างการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และมีประชาชนส่วนน้อยเท่านั้นที่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างถูกต้อง (ตารางที่ 6.2)

ประชาชนส่วนใหญ่มีแนวโน้มเห็นด้วยกับมาตรการในเชิงการควบคุมเข้มงวด โดยเฉพาะมาตรการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพ เช่น การจำกัดเวลาและสถานที่ขายและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ ในทางกลับกัน ประชาชนมีแนวโน้มไม่เห็นด้วย กับมาตรการเชิงผ่อนปรน โดยเฉพาะการอนุญาตให้มีการผลิตเหล้า/เบียร์ในครัวเรือนเพื่อการบริโภคส่วนตัว โดยมีผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่เห็นด้วยสูงถึงร้อยละ 71¹⁴² (ตารางที่ 6.3 และภาพที่ 6.4)

ตารางที่ 6.2 การรับรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
(จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 3,924 คน)

มาตรการ	เกณฑ์ที่ถูกต้องตามกฎหมาย	ผู้ที่ตอบถูกต้องตามเกณฑ์	
		จำนวน	ร้อยละ
1. อายุขั้นต่ำที่อนุญาตให้ซื้อ	20 ปีบริบูรณ์	2,225	56.7
2. เวลาที่ห้ามจำหน่าย	นอกเหนือเวลา 11.00–14.00 น. และ 17.00–24.00 น.	883	22.5
3. ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดขณะขับรถ	50 มิลลิกรัม%	1,151	29.3
4. วันที่กฎหมายห้ามจำหน่าย (สถานที่ทั่วไป)	วันเข้าพรรษา	2,458	62.6
	วันมาฆบูชา	2,256	57.5
	วันวิสาขบูชา	2,235	57.0
	วันอาสาฬหบูชา	2,087	53.2
	วันออกพรรษา	1,809	46.1
	หลัง 6 โมงเย็นก่อนวันเลือกตั้ง ถึง 6 โมงเย็นของวันเลือกตั้ง	1,287	32.8
5. ยาดองเหล้า	ผิดกฎหมาย	1,295	33.0

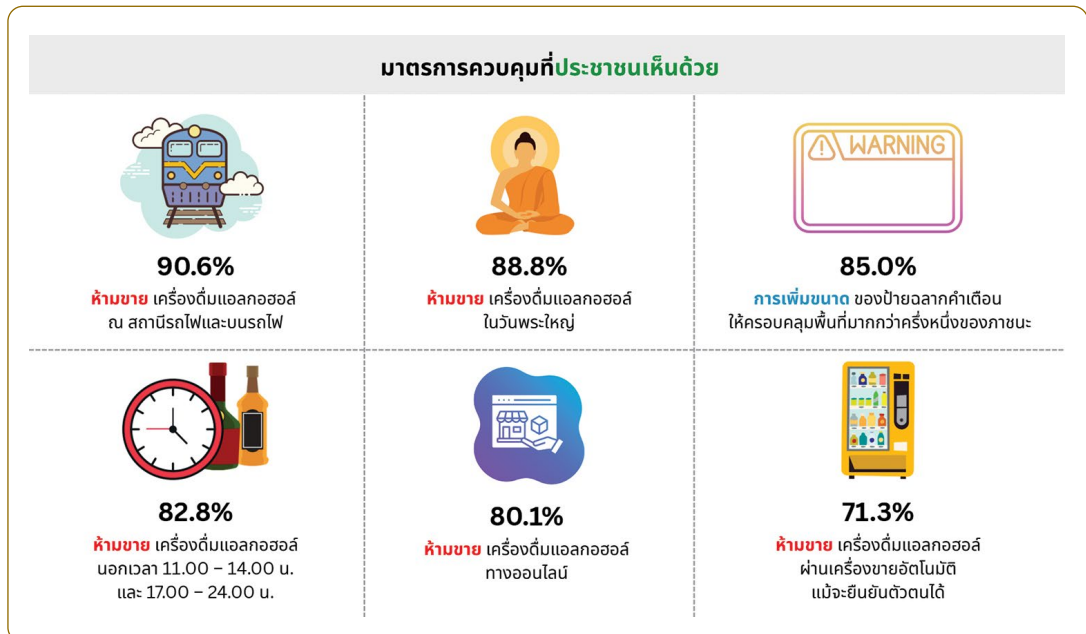
¹⁴² การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ. (ม.ป.ป.). สงขลา. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



ตารางที่ 6.3 ความคิดเห็นต่อมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
(จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 3,924 คน)

มาตรการควบคุมที่ประชาชนเห็นด้วย	ร้อยละที่เห็นด้วย
การคงมาตรการ ห้ามขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ณ สถานีรถไฟและบนรถไฟ	90.6
การคงมาตรการ ห้ามขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันพระใหญ่	88.8
การเพิ่มขนาดของ ป้ายฉลากคำเตือน ให้ครอบคลุมพื้นที่มากกว่าครึ่งหนึ่งของภาชนะ	85.0
การคงมาตรการ ห้ามขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเวลา 11.00–14.00 น. และ 17.00–24.00 น.	82.8
การคงมาตรการ ห้ามขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางออนไลน์	80.1
การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่าน เครื่องขายอัตโนมัติ แม้จะยืนยันตัวตนได้	71.3

ภาพที่ 6.4 ผลการสำรวจความคิดเห็นประชาชนต่อมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



6.4 วาทกรรมสังคมเกี่ยวกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พ.ศ. 2565–2568)

จากกรณีวิเคราะห์วาทกรรมเกี่ยวกับเบียร์/คราฟต์เบียร์และกฎหมายแอลกอฮอล์ในไทย โดยใช้ข้อมูลจากข่าว บทสัมภาษณ์ และระบบ AI ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 คัดกรองทั้งฝ่ายสนับสนุน การควบคุมและฝ่ายผลักดันนโยบายเสรี รวมถึงใช้ระบบวิเคราะห์ภาษาที่ตรวจจับคำแสดงและสัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตลาดแอลกอฮอล์บนออนไลน์¹⁴³ ซึ่งพบวาทกรรมทางสังคมสองด้าน คือ วาทกรรมของฝ่ายสุขภาพ/ควบคุม กับฝ่ายเสรี/เศรษฐกิจ ดังนี้

- 1) วาทกรรม “สุขภาพประชาชนเหนือผลประโยชน์ทางธุรกิจ” มุ่งเน้นการให้ความชอบธรรมกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเน้นผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม มากกว่าผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ โดยอ้างอิงข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนบทบาทรัฐในการจำกัดการเข้าถึงและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การผ่อนปรนกฎหมายสุราจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน
- 2) วาทกรรม “เบียร์ประชาชนเพื่อเสรีภาพและประชาธิปไตย” เชื่อมโยงการเรียกร้องสิทธิในการผลิตคราฟต์เบียร์กับการต่อต้านการผูกขาดและการส่งเสริมประชาธิปไตย เสรีภาพทางเศรษฐกิจ และความเท่าเทียมในระบบเศรษฐกิจผ่านพลังของภาคประชาชน เช่น การเคลื่อนไหวของกลุ่มคราฟต์เบียร์ไม่ต่างกับประชาธิปไตยในฐานะการมีส่วนร่วมและต่อต้านการผูกขาด
- 3) วาทกรรม “ผูกขาดและเหลื่อมล้ำกับการทำหายอำนาจทุน” วิเคราะห์กฎหมายและโครงสร้างตลาดที่เอื้อกลุ่มทุนใหญ่ในอุตสาหกรรมเบียร์ โดยใช้ข้อมูลเศรษฐกิจและแนวคิดความเป็นธรรมทางอาชีพเป็นเครื่องมือในการเรียกร้องการกระจายอำนาจและทำหายระบบผูกขาด เช่น ผู้ประกอบการรายย่อยต้องขายเบียร์ของตัวเองผิดกฎหมาย ในขณะที่ทุนใหญ่ได้สิทธิเต็มรูปแบบ
- 4) วาทกรรม “คราฟต์เบียร์ในฐานะวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ใหม่” สื่อให้เห็นว่า คราฟต์เบียร์เป็นมากกว่าเครื่องดื่ม โดยเป็นการแสดงออกทางวัฒนธรรม อัตลักษณ์ท้องถิ่น และค่านิยมของคนรุ่นใหม่ที่เน้นความคิดสร้างสรรค์และความแตกต่างจากกระแสหลัก เช่น คราฟต์เบียร์ไทยไม่ใช่แค่เลียนแบบตะวันตก แต่เป็นการผสมผสานวัตถุดิบและรสชาติท้องถิ่นเข้ากับเทคนิคการผลิตสมัยใหม่

¹⁴³ กนิษฐา ไทยกล้า, และนิษฐา ทรุ่นเกษม. (2568). การศึกษาแนวโน้ม กลยุทธ์ และวาทกรรมในการสื่อสารการตลาดออนไลน์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- 5) **วาทกรรม “เบียร์ = เศรษฐกิจสร้างสรรค์และโอกาสทางธุรกิจ”** เสนอให้เห็นว่า เบียร์ โดยเฉพาะคราฟต์เบียร์ เป็นกลไกสำคัญในการสร้างงาน สร้างรายได้ และส่งเสริมเศรษฐกิจท้องถิ่นผ่านการพัฒนาอุตสาหกรรมสร้างสรรค์และการเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการรายย่อย เช่น การเปิดเสรีคราฟต์เบียร์จะช่วยเพิ่มมูลค่าให้วัตถุดิบเกษตรไทย เช่น ข้าว ผลไม้ และสมุนไพรท้องถิ่น
- 6) **วาทกรรม “กฎหมายล้าสมัยต้องปฏิรูป”** ชี้ให้เห็นว่า กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยไม่ทันต่อยุคสมัยและขีดขวางการพัฒนา จึงจำเป็นต้องปฏิรูปให้ทันสมัย สอดคล้องกับประชาธิปไตยและเศรษฐกิจยุคใหม่ เช่น กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย ล้าหลังกว่าหลายประเทศในอาเซียน
- 7) **วาทกรรม “ดื่มอย่างรับผิดชอบ”** เน้นสิทธิผู้บริโภคในการเลือกบริโภคอย่างมีสติ แต่ถูกใช้เป็นเครื่องมือของธุรกิจแอลกอฮอล์ในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีและลดแรงต้านต่อการควบคุมจากภาครัฐ เช่น การให้ความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดื่มอย่างรับผิดชอบคือคำตอบ ไม่ใช่การห้ามโดยสิ้นเชิง
- 8) **วาทกรรม “มาตรา 32 = เครื่องมือควบคุมความรู้”** วิพากษ์ว่า กฎหมายนี้เป็นอุปสรรคต่อเสรีภาพในการสื่อสารข้อมูลของผู้ผลิตเบียร์ โดยเฉพาะรายย่อย ทำให้ไม่สามารถบอกเล่าคุณค่าผลิตภัณฑ์ได้ และเปิดช่องให้เกิดการตีความที่ไม่แน่นอนและละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น มาตรา 32 ห้ามไม่ให้เราพูดถึงรสชาติ คุณภาพ หรือแม้แต่แหล่งที่มาของวัตถุดิบ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารคุณค่าของผลิตภัณฑ์ได้
- 9) **วาทกรรม “สุราก้าวหน้า การปลดล็อกอำนาจและเศรษฐกิจ”** เน้นการผลักดันกฎหมายปลดล็อกการควบคุมสุราเพื่อกระจายอำนาจและสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจแก่ผู้ผลิตรายย่อย รวมถึงเปิดทางสู่ความเป็นธรรมและเสรีภาพทางธุรกิจ เช่น พ.ร.บ.สุราก้าวหน้า ไม่ใช่แค่เรื่องเบียร์ แต่เป็นการปลดล็อกโชครวนที่รัฐใช้ควบคุมประชาชนมาเกือบศตวรรษ

ในการสร้างวาทกรรมข้างต้นจะมีตัวแสดงหลักในวาทกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทย ได้แก่ กลุ่มประชาชนและผู้ประกอบการรายย่อยที่เรียกร้องเสรีภาพทางเศรษฐกิจ พรรคการเมืองที่สนับสนุนการกระจายอำนาจ นักวิชาการและองค์กรสิทธิมนุษยชนที่สร้างความรู้สนับสนุน และผู้ผลิตรายใหญ่ที่ใช้วาทกรรม “ดื่มอย่างรับผิดชอบ” เพื่อรักษาภาพลักษณ์ ทั้งหมดนี้เป็นการแข่งขันทางวาทกรรมระหว่างสุขภาพกับเศรษฐกิจ รัฐกับประชาชน และทุนใหญ่กับรายย่อย ผ่านการใช้ภาษาซึ่งความหมายและสร้างอำนาจ โดยนิยามคราฟต์เบียร์เป็นสัญลักษณ์เสรีภาพและประชาธิปไตย ตลอดจนเชื่อมโยง



ประเด็นส่วนตัวกับการเมืองเพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย ขณะที่ทุนใหญ่ใช้วาทกรรมลดทอนข้อเรียกร้อง กลไกทางภาษาลจึงเป็นเครื่องมือสร้างความจริงและการตอรองอำนาจทางสังคม (ภาพที่ 6.5)

ภาพที่ 6.5 วาทกรรมสังคมเกี่ยวกับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการสำรวจและวิเคราะห์ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 ยืนยันว่า ประชาชนไทยส่วนใหญ่ยังคงสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มงวด โดยเฉพาะในมิติการควบคุมการเข้าถึงและเวลาการขาย และปฏิเสธ นโยบายที่มุ่งเน้นการเปิดเสรีอย่างสุดโต่ง (เช่น สุราเสรี) เนื่องจากมีความห่วงใยในผลกระทบทางสังคมและสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม พบช่องว่างในด้านความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปริมาณการดื่มที่ปลอดภัย และยังคงมีความท้าทายในการบังคับใช้กฎหมายที่ผ่อนปรน

นโยบายในอนาคตจึงควรเน้นการสร้างความรู้ที่ถูกต้องแก่สาธารณชน ทั้งในด้านโทษภัยของการบริโภคแอลกอฮอล์ นโยบายหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้ร่วมมือปฏิบัติตามกฎหมาย ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่าย ในด้านข้อกฎหมายและบทบาทอำนาจหน้าที่ของตน เพื่อจะได้บังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่าง “การส่งเสริมเศรษฐกิจฐานราก” กับ “การคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน” อย่างยั่งยืน





ข้อเท็จจริงและตัวเลข

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565–2568
ภายใต้การเปลี่ยนแปลงนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Facts and Figures on Alcohol in Thailand 2022–2025
Amidst the Evolution of Alcohol Control Policies



CAS PSU
Centre for Alcohol Studies
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ
Srinakharinwirot University

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

 074-451165, 083-5775533

 <https://cas.or.th/>  facebook.com/cas.org.th



TEXT BOOK
PRODUCTION UNIT

ISBN (ebook) 978-616-271-845-8