



นโยบายของรัฐในการควบคุมการบริโภคบุหรี่และสุรา

ในการศึกษา นโยบายของรัฐในการควบคุมการบริโภคบุหรี่และสุรานั้น ผู้วิจัยจะศึกษาแยกเป็นด้านบุหรี่และด้านสุรา ซึ่งในแต่ละด้านจะกล่าวถึงนโยบายของรัฐทั้งที่เป็นมาตรการทางภาษีและมาตรการควบคุมที่ไม่ใช่มาตรการทางภาษี โดยมาตรการทางภาษีจะกล่าวถึงภาษีสรรพสามิต ซึ่งเป็นภาษีที่มีสัดส่วนมากที่สุดของภาษีบุหรี่และสุรา ส่วนมาตรการที่ไม่ใช่ภาษีจะศึกษากฎหมายและระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภค โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่ ประกอบด้วยกฎหมายหลักๆ ได้แก่ พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคสุรา ประกอบด้วย ห้ามจำหน่ายสุราให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดให้มีข้อความคำเตือนบนฉลากสุรา ห้ามขับรถขณะเมาสุรา จำกัดระยะเวลาการจำหน่าย

รวมทั้งศึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่และสุรา ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรับผิดชอบในการควบคุมการบริโภคทั้งบุหรี่และสุรา คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติที่ดูแลการควบคุมการบริโภคบุหรี่ และคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติที่ควบคุมการบริโภคสุรา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ด้านบุหรี่

2.1.1 มาตรการทางภาษี

บุหรี่ยังถือว่าเป็นสินค้าประเภทที่ต้องควบคุมเป็นอย่างมาก และมาตรการหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมการบริโภค ได้แก่การเก็บภาษีต่างๆ ประกอบด้วย ภาษีสรรพสามิต ภาษีท้องถิ่น ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีสุขภาพ และภาษีนำเข้า (เฉพาะบุหรี่ยำนำเข้า) โดยภาษีสรรพสามิตจะมีสัดส่วนการจกเก็บสูงกว่าภาษีชนิดอื่นๆ มาก ในปัจจุบันจกเก็บในอัตราร้อยละ 75 ของราคารวมระหว่างราคาหน้าโรงงาน / ราคานำเข้า C.I.F กับภาษีสรรพสามิตที่จกเก็บ หรือประมาณ 3 เท่าของราคาหน้าโรงงานหรือราคานำเข้า C.I.F

อัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังไม่ได้เก็บในอัตราสูงสุดที่สามารถจกเก็บได้ เช่น ยาเส้นเก็บเพียงร้อยละ 0.1 ของมูลค่า ซึ่งจกเก็บได้สูงสุดเท่ากับร้อยละ 80 ของมูลค่า ชิการ์จกเก็บเพียงร้อยละ 10 ของมูลค่า โดยสามารถจกเก็บได้สูงสุดร้อยละ 80 ตามมูลค่า มีเพียงชิกาเรตที่จกเก็บในอัตราร้อยละ 75 ของมูลค่า เป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราที่จกเก็บได้สูงสุด เป็นต้น (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 อัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบที่จัดเก็บได้อัตราสูงสุดและที่จัดเก็บจริงในปัจจุบัน

ประเภทยาสูบ	อัตราสูงสุดที่จัดเก็บ		อัตราที่จัดเก็บในปัจจุบัน	
	ตรมมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ (บาท)	ตามมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ (บาท)
1. ยาเส้น	80	0.60 บาท/กรัม	0.1	0.01 บาท/สิบกกรัม
2. ยาสูบ				
- ซิกาแรต	80	0.60 บาท/กรัม	75	-
- ซิการ์	80	0.60 บาท/กรัม	10	0.50 บาท/กรัม
- บุหรี่อื่น ๆ	80	0.60 บาท/กรัม	0.1	0.02 บาท/ห้ากรัม
- ยาเส้นปรุง	80	0.60 บาท/กรัม	10	0.50 บาท/กรัม
- ยาเคี้ยว	80	0.60 บาท/กรัม	0.1	0.09 บาท/กรัม

ที่มา : กรมสรรพสามิต

ตารางที่ 2.2 รายได้ภาษีสรรพสามิตทั้งหมด ยาสูบ และสุรา ปีงบประมาณ 2536-2546

หน่วย : ล้านบาท

ปีงบประมาณ	ภาษีสรรพสามิต	บุหรี่	ร้อยละ*	สุรา	ร้อยละ*
2536	125,788.70	15,637.45	12.43	26,156.52	20.79
2537	138,669.21	19,708.19	14.21	31,534.20	22.74
2538	155,308.45	20,717.20	13.34	34,889.61	22.46
2539	167,198.05	24,057.30	14.39	38,908.20	23.27
2540	180,167.89	29,815.97	16.55	44,146.44	24.50
2541	155,563.18	28,559.57	18.36	43,448.04	27.93
2542	163,891.51	26,655.26	16.27	47,792.24	29.16
2543	168,821.92	28,133.63	16.66	34,713.47	20.56
2544	177,599.76	32,309.86	18.19	38,923.68	21.92
2545	208,152.99	31,696.94	15.23	53,940.50	25.91
2546	246,640.97	33,288.86	13.50	62,662.79	25.41

หมายเหตุ * ร้อยละต่อภาษีสรรพสามิตทั้งหมด

ที่มา : กรมสรรพสามิต

แต่อย่างไรก็ตาม ภาษีสรรพสามิตยาสูบก็เป็นรายได้ที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ และประสบกับภาวะขาดดุลทางการคลัง ซึ่งในช่วงปีงบประมาณ 2540-2545 สามารถจัดเก็บได้ ร้อยละ 15 – 18 ของภาษีสรรพสามิต (ตารางที่ 2.2) สูงกว่าในช่วงก่อนการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ปีงบประมาณ 2536-2539 จัดเก็บได้ร้อยละ 12-14 ของภาษีสรรพสามิต และในช่วง 10 ปีสามารถจัดเก็บได้เพิ่มเป็น 2.1 เท่า โดยปี 2536 จัดเก็บได้ 15,637.45 ล้านบาท เพิ่มเป็น 33,288.86 ล้านบาทในปี 2546

2.1.2 มาตรการที่ไม่ใช่ภาษี

รัฐออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยมีกฎหมายหลักๆ 2 พรบ. ได้แก่ พรบ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ออกมาเพื่อควบคุมอุปสงค์ของบุหรี่ และพรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 เป็นกฎหมายที่ออกมาควบคุมทั้งอุปสงค์และอุปทานของบุหรี่ รายละเอียดดังนี้

2.1.2.1 พรบ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

พรบ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ออกมาเพื่อควบคุมด้านอุปสงค์ของบุหรี่ ได้เริ่มมีผลในทางปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ 11 ตุลาคม 2535 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูดควันที่เป็นเด็กหรือเยาวชน ด้วยการห้ามสูบบุหรี่ในบางสถานที่หรือการจัดเขตให้สูบโดยเฉพาะ โดยมีเนื้อหาของสาระของกฎหมายฉบับนี้มุ่งคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ต่อมาได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งแบ่งสถานที่สาธารณะออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) สถานที่สาธารณะที่ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด เช่น รถโดยสารทั่วไป รถโดยสารปรับอากาศ ลิฟท์โดยสาร เป็นต้น
- 2) สถานที่สาธารณะที่ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้น ห้องพักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัว เช่น โรงเรียนหรือสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน เป็นต้น
- 3) สถานที่สาธารณะที่ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้นเขตสูบบุหรี่ ห้องพักส่วนตัว ห้องทำงานส่วนตัว เช่น สถานพยาบาล อาคารของมหาวิทยาลัย ศูนย์การค้า เป็นต้น

4) สถานที่สาธารณะที่อนุญาตให้มีพื้นที่สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ 50 ของพื้นที่ทั้งหมด เช่น ร้านอาหารที่มีห้องปรับอากาศ ตัดโดยสารทั่วไปของการรถไฟแห่งประเทศไทย เป็นต้น

นอกจากนี้ ตามพรบ.คุ้มครองฯ ได้กำหนดโทษผู้ฝ่าฝืนไว้ด้วย ได้แก่

- 1) ผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่มีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท
- 2) เจ้าของสถานที่หรือผู้รับผิดชอบที่ไม่จัดเขตปลอดบุหรี่ มีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
- 3) เจ้าของสถานที่หรือผู้รับผิดชอบไม่จัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีลักษณะและได้มาตรฐานที่กำหนด มีโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท
- 4) เจ้าของสถานที่หรือผู้รับผิดชอบไม่ดำเนินการติดเครื่องหมายตามหลักเกณฑ์ มีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท

หลังจากออกพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่า การสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่เป็นการผิดกฎหมาย เห็นได้จากงานของ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (2540) เรื่อง “กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในร้านอาหารที่มีห้องอาหารปรับอากาศ” ซึ่งได้ผลการศึกษาว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 81 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ทราบว่า การสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ภายในห้องอาหารปรับอากาศนั้นเป็นการผิดกฎหมาย โดยทราบข้อมูลเรื่องนี้จากโทรทัศน์มากที่สุด โปสเตอร์/แผ่นพับ และหนังสือพิมพ์ รองลงมา ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดเชื่อว่านุหรั้นมีโทษต่อผู้สูบและผู้ที่อยู่ใกล้เคียงด้วย และผู้มารับประทานอาหารส่วนหนึ่งร้อยละ 34.1 ให้ข้อมูลว่า ยังคงพบเห็นร้านอาหารปรับอากาศที่ไม่มีการแบ่งพื้นที่เขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่

ผู้ใช้บริการร้านอาหารบางส่วนยังฝ่าฝืนกฎหมาย โดยประมาณร้อยละ 29 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดไม่ปฏิบัติตามกฎหมายนี้ แต่ผู้มารับประทานอาหารส่วนใหญ่ร้อยละ 71 ปฏิบัติตามกฎหมายนี้ ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติตามกฎหมายส่วนใหญ่มีความรู้สึกรำคาญกลิ่นบุหรี่ ไม่พอใจคนที่ฝ่าฝืนกฎหมาย และใช้วิธีการเลือกนั่งห่างๆ หรือย้ายไปนั่งไกลๆ มีเพียงส่วนน้อยประมาณร้อยละ 10 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเท่านั้นที่บอกพนักงานเสิร์ฟหรือผู้สูบโดยตรง และผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 96 เห็นว่าควรลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายที่สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ให้จริงจังกว่ที่เป็นอยู่ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังมีความเห็นว่า ต้องการให้ขยายเขตปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเสนอให้ร้านอาหารที่ไม่ปรับอากาศจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ด้วย

สำหรับการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยจัดอบรมเพื่อชี้แจงเนื้อหาสาระของกฎหมายให้เจ้าของหรือผู้รับผิดชอบร้านอาหารทราบ และไม่เคยติดตามตรวจสอบเพื่อดูว่าได้มีการปฏิบัติตามกฎหมายหรือไม่ นอกจากนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่เคยได้รับแจ้งว่าร้านอาหารที่มีห้องอาหารปรับอากาศไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำ ดักเตือน โดยไม่เคยแจ้งความเพื่อดำเนินการตามกฎหมายเลย ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ได้ให้ความเห็นว่าอุปสรรคของการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ได้แก่ ร้านอาหารไม่ให้ความร่วมมือ ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ เจ้าพนักงานขาดอำนาจลงโทษ เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากมีภารกิจด้านอื่นที่สำคัญกว่า ผู้บังคับบัญชาให้ความสนใจน้อยเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่เอาจริงจังในเรื่องนี้

กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มสถานที่สาธารณะและขนาดของพื้นที่สาธารณะเพื่อการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่จากวันนูหรือตลอดมา ซึ่งปี 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ลงวันที่ 15 ต.ค. 2540 ซึ่งมีการเพิ่มเติม เปลี่ยนแปลง สถานที่เขตปลอดบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่ ได้แก่

1) เพิ่มสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ได้แก่

- ที่พักผู้โดยสารบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
- ตู้โทรศัพท์สาธารณะ
- ห้องสมุด
- ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อ สถานเสริมความงาม ร้านขายยา หรือสถานที่บริการอินเทอร์เน็ตเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า หรือสถานจำหน่ายสินค้าเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
- สถานที่ออกกำลังกายเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
- ศาสนสถานเฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ
- สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยค้างคืน

2) เพิ่มสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้น ห้องพักผ่อนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัว

- สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
- สนามกีฬาในร่ม
- อาคารท่าอากาศยาน

3) ให้สำนักงานที่มีระบบปรับอากาศเป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ ยกเว้น ห้องพักผ่อนส่วนตัว ห้องทำงานส่วนตัว บริเวณที่จัดไว้ให้เป็นเขตสูบบุหรี่เป็นการโดยเฉพาะโดยสภาพ ลักษณะและมาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่เกี่ยวกับการระบายควันและอากาศ

4) ให้ผู้โดยสารรถไฟที่ไม่มีระบบปรับอากาศเป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ ยกเว้นตู้ที่จัดให้เป็นเขตสูบบุหรี่ ซึ่งจะต้องมีจำนวนไม่เกินร้อยละ 25 ของจำนวนตู้ที่ไม่มีระบบปรับอากาศ

เอมอร์ พุฒิพิสิฐเชษฐ (2542) ได้ศึกษาเรื่อง “การรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ” เมื่อปี 2542 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการรับรู้เรื่องการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะของผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งศึกษาพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการพิทักษ์สิทธิของตนเองจากการได้รับควันบุหรี่ในที่สาธารณะ พบว่า ในภาพรวมของการรับรู้ของผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การรับรู้เรื่องอันตรายจากบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้เรื่องพรบ.คุ้มครองฯ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2540 และการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่

สำหรับพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ พบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ให้ความเคารพในกฎหมาย เห็นได้จาก ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะดับบุหรี่ก่อนเข้าไปในเขตห้ามสูบบุหรี่ รวมทั้งก่อนสูบบุหรี่จะมองดูว่ามีป้ายห้ามสูบบุหรี่ในบริเวณนั้นหรือไม่ และระมัดระวังไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ที่มีประชาชนอยู่จำนวนมาก เนื่องจากไม่ต้องการให้ควันบุหรี่ยกวนผู้ไม่สูบบุหรี่

ผลการศึกษายังบอกด้วยว่า การรับรู้ทั้ง 3 ด้านมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ และพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิตนเองจากควันบุหรี่ในที่สาธารณะแต่อย่างไรก็ตาม การรับรู้เรื่องอันตรายจากบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและเรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางเท่านั้น ส่วนการรับรู้เรื่องพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ยังไม่มีความจริงจังเท่าที่ควร

ต่อมาในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือปลอดบุหรี่มาทดแทนประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 โดยได้มีรายละเอียดสถานที่สาธารณะที่ได้รับการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่เพิ่มเติมได้แก่

1) เพิ่มสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ได้แก่

- สุขา
- ท่าเทียบเรือสาธารณะ
- สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มหรือสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่ระบบปรับอากาศ

2) ให้โรงเรียนหรือสถานศึกษาค้ำกว่าระดับอุดมศึกษาเป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้น ห้องพักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัว

แต่ประชาชนบางส่วนยังคงฝ่าฝืนกฎหมาย จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพล พบว่า ผู้สูบบุหรี่เคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารปรับอากาศในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ถึงร้อยละ 39.1 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ผู้มารับประทานอาหารร้อยละ 32.1 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ระบุเคยเห็นเพื่อนร่วมโต๊ะอาหารสูบบุหรี่ในร้านอาหารปรับอากาศ และร้อยละ 48.3 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เคยเห็นที่เขี่ยบุหรี่วางอยู่บนโต๊ะอาหาร สำหรับการสำรวจความคิดเห็นของพนักงานร้านอาหาร ได้ผลว่า พนักงานเกือบครึ่งหนึ่งหรือประมาณ ร้อยละ 48.9 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเคยเห็นผู้มาใช้บริการสูบบุหรี่ในร้านด้วย นอกจากนี้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่มีคาราโอเกะหรือนักร้องแต่ไม่ได้จดทะเบียนเป็นสถานบันเทิงในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เคยเห็นการสูบบุหรี่ในร้าน ประมาณร้อยละ 57.2 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด

การฝ่าฝืนกฎหมายได้สร้างความอึดอัดรำคาญใจและอยากให้ลงโทษผู้ฝ่าฝืนและเจ้าของร้านอาหาร ซึ่งจากการสำรวจผู้ใช้บริการร้านอาหาร ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 84.2 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดรู้สึกอึดอัดรำคาญเมื่อเจอควันบุหรี่ในร้านอาหาร แต่อย่างไรก็ตามลูกค้าส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 55.5 ไม่มีความตั้งใจที่จะบอกกล่าวหรือตักเตือนหากพบเจอการฝ่าฝืน และประชาชนส่วนใหญ่และพนักงานร้านอาหารส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า ควรที่จะลงโทษร้านอาหารที่ฝ่าฝืนให้เห็นเป็นตัวอย่างและจับปรับลูกค้าที่ฝ่าฝืน

ต่อมาปี 2546 ได้กำหนดเพิ่มเติมสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 13) เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือปลอดบุหรี่มาทดแทนประกาศกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ที่พักผู้โดยสารรถไฟและสถานที่เล่นกีฬาโบว์ลิ่ง และได้เปลี่ยน ร.ร.หรือสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาจากประเภทเขตปลอดบุหรี่ยกเว้นห้องทำงานทำงานหรือห้องพักผ่อนส่วนตัว มาเป็นประเภทเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด

2.1.2.2 พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535

ทั้งนี้ในทางการแพทย์เป็นที่ยอมรับว่า ยาสูบทำให้เกิดโรคร้ายแรงแก่ผู้บริโภค รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในครรรภ์ ประกอบกับมีการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบด้วยวิธีการต่างๆ อย่างแพร่หลาย ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการป้องกันโรคร้ายอันเกิดจากการบริโภคยาสูบ และการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน รัฐจึงได้ออก พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ควบคุมทั้งด้านอุปสงค์และอุปทานของบุหรี่ มีผลบังคับใช้เมื่อ 5 เมษายน 2536 มีสาระสำคัญและการระวางโทษ ดังนี้ ได้แก่

- 1) ห้ามขาย แลกเปลี่ยนให้บุหรี่แก่บุคคลที่อายุต่ำกว่า 18 ปี หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุก 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 2,000 บาท
- 2) ห้ามขายโดยใช้เครื่องหมาย หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุก 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 2,000 บาท
- 3) ห้ามขายโดยการลด แลก แจก แถม ให้ แลกเปลี่ยน ให้หรือเสนอสิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการ หากฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 20,000 บาท
- 4) ห้ามแจกบุหรี่เป็นตัวอย่าง/เพื่อให้แพร่หลาย (ยกเว้นให้ตามประเพณีนิยม) หากฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 20,000 บาท
- 5) ห้ามโฆษณาหรือแสดงเครื่องหมายในสิ่งตีพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สื่ออื่น ห้ามใช้ชื่อบุหรี่ในการแสดง แข่งขัน การให้บริการ หากฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 200,000 บาท
- 6) ห้ามโฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อหรือเป็นเครื่องหมายของสินค้านั้น หากฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 20,000 บาท
- 7) ห้ามผลิต นำเข้า โฆษณาสินค้าที่เลียนแบบบุหรี่ หากฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 20,000 บาท

แม้ว่าจะมีการห้ามโฆษณาในสิ่งตีพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์และสื่ออื่นๆ แต่บริษัทบุหรี่ยังคงใช้กลยุทธ์ต่างๆที่ทำให้ผู้บริโภคเชื่อว่า บุหรี่รสอ่อนมีอันตรายน้อย โดยบุหรี่เหล่านี้จะมีข้อความภาษาอังกฤษอยู่หน้าซองว่า "Light", "Mild", "Ultra Light" ซึ่งตามข้อเท็จจริง บุหรี่รสอ่อนไม่ได้มีอันตรายลดลง โดยผลการวิจัยของสถาบันมะเร็ง สหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูบบุหรี่รสอ่อนจะสูดเอาปริมาณสารทาร์และนิโคติน ประมาณ 8 เท่าของระดับทาร์และนิโคตินที่เขียนไว้ข้างซอง ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่ยี่ห้อที่มีระดับนิโคตินสูงกว่า จะสูดนิโคตินเข้าไปประมาณ 1.5 เท่าของปริมาณทาร์และนิโคตินที่เขียนไว้ข้างซอง การที่ปริมาณทาร์และนิโคตินที่แต่ละยี่ห้อบอกว่าต่ำนั้น ได้มาจากการทดสอบการสูดโดยเครื่องจักร แต่เนื่องจากบุหรี่ที่มีก้นกรองชนิดพิเศษ ซึ่งมีรูเล็กๆบริเวณก้นกรอง ขณะทำการทดสอบโดยเครื่องจักรสารพิษจะเจือจางไปถึงร้อยละ 83 แต่เวลาคนสูดจริงๆ นิ้วที่คีบบุหรี่ริมฝีปาก ลื่น น้ำลายของผู้สูดจะปิดรูเหล่านั้น จึงไม่มีผลในการเจือจางสารพิษเหมือนตอนทดสอบกับเครื่องจักร และผู้สูบบุหรี่จะสูดควันลึกและนานกว่าเครื่องจักรเพื่อรักษาระดับนิโคตินให้เท่าเดิม เมื่อเปลี่ยนมาสูบบุหรี่รสอ่อน

องค์การอนามัยโลกกำลังผลักดันทั่วโลกให้มีมาตรการในการห้ามพิมพ์คำว่า "Light", "Mild", "Ultra Light" บนซองบุหรี่ โดยประเทศบราซิลเป็นประเทศแรกที่ประกาศใช้กฎหมายนี้ และประเทศสหภาพยุโรปกำลังออกกฎหมายมาตรการนี้ออกมา เพราะถือว่าเป็นการหลอกลวงผู้บริโภค แต่บริษัทบุหรี่ยังหาหนทางในการหลีกเลี่ยงมาตรการดังกล่าว สำหรับประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มี การออกกฎหมายดังกล่าวแต่อย่างใด

8) ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าต้องแจ้งรายการส่วนประกอบของบุหรี่ให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกกฎกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2540 ออกตามความในพรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่ ซึ่งกำหนดให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าบุหรี่ต้องแจ้งรายการสารที่เกิดจากการเผาไหม้ของส่วนประกอบ (Emission Products) โดยระบุปริมาณ ทาร์ นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ต่อบุหรี่หนึ่งมวน และแจ้งส่วนประกอบที่เป็นสารที่ใช้ในการปรุงแต่ง (Additives) ต่อบุหรี่หนึ่งมวน หากฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท

9) ผู้ผลิต ผู้นำเข้าต้องแสดงฉลากที่ซองบุหรี่ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท และห้ามผลิตบุหรี่ที่มีได้แสดงฉลาก หากฝ่าฝืน มีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

ปัจจุบันกำหนดให้มีข้อความเตือนพิษภัยของบุหรี่บนซองบุหรี่ โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงฉลาก

และข้อความในฉลากของบุหรี่ยิกาเรต มีผลบังคับใช้เมื่อ 3 กพ. 2543 ได้กำหนดให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าบุหรี่ยิกาเรตต้องติดฉลากข้อความคำเตือนเป็นภาษาไทยไว้บนซองในตำแหน่งขอบบนสุดทั้งด้านหน้าและด้านหลัง โดยมีพื้นที่รวมทั้งกรอบไม่น้อยกว่า 1/3 ของพื้นที่ด้านหน้าและด้านหลังของซอง หรือกล่องบรรจุยิกาเรต เป็นข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ยิกาเรต จำนวน 10 แบบ ได้แก่

- บุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด
- บุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว
- บุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง
- บุหรี่ทำให้เส้นสมองแตก
- บุหรี่นำไปสู่สิ่งเสพติดอื่น
- บุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม
- บุหรี่ทำให้แก่เร็ว
- ควันบุหรี่ย่าคุณให้ตายได้
- ควันบุหรี่ย่าผู้ใกล้ชิด
- ควันบุหรี่ย่าลูกในครรภ์

ในอนาคตจะใช้รูปภาพเตือนพิษภัยของบุหรี่ยิกาเรตแทนการใช้ข้อความเตือนเพียงอย่างเดียว ซึ่งเมื่อ วันที่ 19 มกราคม 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 8) พ.ศ.2547 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ยิกาเรต แต่จะมีผลบังคับใช้อีก 1 ปีข้างหน้า คือ วันที่ 19 มกราคม 2548 ได้กำหนดให้ผู้ผลิตหรือนำเข้าบุหรี่ยิกาเรตต้องพิมพ์ฉลากรูปภาพคำเตือนพิษภัยของบุหรี่ยิกาเรตเป็นรูปภาพ 4 สี พร้อมแสดงข้อความคำเตือนจำนวน 6 แบบด้วยกัน ได้แก่

- รูปภาพประกอบคำเตือน สูบแล้วแก่เร็ว
- รูปภาพประกอบคำเตือน ควันบุหรี่ย่าลูก
- รูปภาพประกอบคำเตือน สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก
- รูปภาพประกอบคำเตือน สูบแล้วถุงลมพองตาย
- รูปภาพประกอบคำเตือน ควันบุหรี่ย่าคนตายได้
- รูปภาพประกอบคำเตือน ควันบุหรี่ย่าเกิดมะเร็งปอด

2.2 ด้านสุรา

2.2.1 มาตรการทางภาษี

รัฐได้ทำการจัดเก็บภาษีสุราเพื่อเป็นมาตรการที่ใช้ในการควบคุมการบริโภคสุรา โดยภาษีสรรพสามิตมีสัดส่วนภาษีมากที่สุดของภาษีสุรา กรมสรรพสามิตได้จัดเก็บภาษีสรรพสามิตสุรา ส่วนใหญ่ในอัตราสูงสุด เช่น ไวน์ จัดเก็บในอัตราสูงสุดร้อยละ 60 ของมูลค่า สุราผสมจัดเก็บในอัตราสูงสุดร้อยละ 50 ของมูลค่า เป็นต้น โดยมีสุราเพียงบางชนิดที่จัดเก็บจริงในอัตราที่ต่ำกว่าอัตราสูงสุดที่จัดเก็บได้เช่น เบียร์ จัดเก็บในอัตรากาฬีสรรพสามิตร้อยละ 55 ของมูลค่า ซึ่งจริงๆ แล้วสามารถจัดเก็บได้ร้อยละ 60 ของมูลค่า สุราขาวจัดเก็บเพียงครั้งของอัตราที่สามารถจัดเก็บได้สูงสุด เป็นต้น (ตารางที่ 2.3)

แต่อย่างไรก็ตาม สุราก็มีประโยชน์ในแง่ของการเป็นรายได้ที่สำคัญของประเทศ โดยกรมสรรพสามิตสามารถจัดเก็บรายได้จากภาษีสรรพสามิตสุรา ได้เพิ่มขึ้นมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ 2536 จัดเก็บได้ 26,156.52 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 62,662.79 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2546 (ตารางที่ 2.2) หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2.4 เท่า โดยเฉพาะช่วงปีงบประมาณ 2541 และ 2542 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจตกต่ำ รายได้จากภาษีสรรพสามิตสุรา สามารถจัดเก็บได้มากเป็นพิเศษ คือ ประมาณร้อยละ 27.93 และ 29.16 ของภาษีสรรพสามิตทั้งหมด ตามลำดับ

ตารางที่ 2.3 อัตรากาฬีสรรพสามิตสุราอัตราสูงสุดและอัตรากาฬีสรรพสามิตที่จัดเก็บจริงในปัจจุบัน

ประเภทของสุรา	อัตราสูงสุดที่จัดเก็บ		อัตราที่จัดเก็บในปัจจุบัน	
	ตามมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ (บาท/ลิตร แอลกอฮอล์)	ตามมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ (บาท/ลิตร แอลกอฮอล์)
1. สุราแช่				
(1) เบียร์	60	100	55	100
(2) ไวน์และสปาร์กลิ่งไวน์ที่ทำจากองุ่น	60	100	60	100
(3) ชนิดสุราแช่พื้นเมือง	60	100	25	70
(4) ชนิดอื่นนอกจาก (1),(2) และ (3)	60	100	25	70

ตารางที่ 2.3 อัตราภาษีสรรพสามิตสุราอัตราสูงสุดและอัตราภาษีที่จัดเก็บจริงในปัจจุบัน

ประเภทของสุรา	อัตราสูงสุดที่จัดเก็บ		อัตราที่จัดเก็บในปัจจุบัน	
	ตามมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ (บาท/ลิตร แอลกอฮอล์)	ตามมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ (บาท/ลิตร แอลกอฮอล์)
2. สุรากลั่น				
(1) สุราขาว	50	400	25	70
(2) สุราผสม	50	400	50	240
(3) สุราปรุงพิเศษ	50	400	50	240
(4) สุราพิเศษ				
- วิสกี้	50	400	50	240
- บรั่นดี	50	400	35	240
- นอกจากวิสกี้และบรั่นดี	50	400	50	240

ที่มา : กรมสรรพสามิต

2.2.2 มาตรการที่ไม่ใช่ภาษี

เพื่อให้คนไทยลดการบริโภคสุราให้ลดลง รัฐจึงจำเป็นต้องออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคสุราที่ไม่ใช่มาตรการทางภาษี ซึ่งมาตรการหลักๆ ได้แก่ ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดให้มีข้อความคำเตือนบนฉลากสุรา และห้ามขายรถขณะเมาสุรา เป็นกฎหมายเพื่อควบคุมด้านอุปสงค์ของสุรา ส่วนการห้ามจำหน่ายสุราให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และการจำกัดระยะเวลาการจำหน่าย เป็นกฎหมายที่ออกมาเพื่อควบคุมด้านอุปทานของสุรา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.2.1 ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โฆษณาเป็นปัจจัยหลักปัจจัยหนึ่งที่ชักนำให้เยาวชนดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เรื่องเยาวชนกับอิทธิพลโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ศึกษา เมื่อปี 2541 พบว่า โฆษณาเป็น

1 ใน 5 ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนวัย 15-24 ปี ใน กรุงเทพมหานคร นอกเหนือจาก เพื่อนชวน คล้อยตามบรรยากาศในสถานศึกษา ครอบครัว แยก และดื่มตามสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงาน ประสิทธิ์ โพธิอาสน์ ที่ได้ศึกษา เมื่อปี 2541 เช่นกัน ซึ่งว่า สื่อที่มีอิทธิพลอย่างสูงในการในการสร้างอิทธิพลให้เยาวชนดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ได้แก่ โทรทัศน์ และภาพยนตร์ นอกจากนี้ จากการสำรวจของเอแบคโพลล์ เมื่อ เดือนธันวาคม 2544 ได้รายงานผลสำรวจภาคสนาม เรื่อง สำรวจพฤติกรรมและความคิดเห็นของ ประชาชนต่อการแก้ปัญหาสุขภาพจากการบริโภคสุรา : กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนทั่วไปในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ว่าประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 58 เชื่อว่าการโฆษณา มีผลกระตุ้น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมาก

บริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โฆษณาผ่านสื่อโทรทัศน์มากที่สุด (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เรื่องการโฆษณาทางสื่อมวลชน) ซึ่งจากการศึกษาของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ อันประกอบด้วย เบียร์ วิสกี้ บรั่นดี ไวน์ และอื่นๆ ทางสื่อมวลชน ในช่วง 3 เดือน ระหว่าง พ.ศ. - ก.ศ. 2544 พบว่า มีการใช้งบโฆษณาสินค้าประเภท นี้ใช้งบประมาณรวมทุกประเภทสื่อจำนวน 1,055 ล้านบาท โดยใช้ผ่านสื่อโทรทัศน์มากที่สุด เป็นเงิน 825.18 ล้านบาทหรือ ร้อยละ 78.22 ของงบประมาณทั้งหมด รองลงมาเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ เป็นเงิน 80.03 ล้านบาท หรือ ร้อยละ 7.59 ของงบประมาณทั้งหมด ในแง่ของความถี่นั้น พบว่า ในช่วง 3 เดือน การโฆษณาทางโทรทัศน์ทุกช่อง 5,774 ครั้ง หรือ เฉลี่ย 62 ครั้งต่อวัน มีการโฆษณาใน หนังสือพิมพ์ 25 ฉบับ จำนวน 1,194 ครั้ง และในนิตยสาร 53 ฉบับ จำนวน 250 ครั้ง

ช่วงเวลา 22.01 - 23.00 น. เป็นช่วงที่ออกอากาศถี่ที่สุด รองลงมาได้แก่ ช่วง 23.01 - 24.00 น. ส่วนอันดับ 3 และ 4 ได้แก่ ช่วงรายการภาคเช้า เวลา 09.01-12.00 น. และช่วงหัวค่ำ เวลา 19.31-21.00 น.ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ชมโดยทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายโดยตรง เช่น เด็ก และแม่บ้านย่อมได้รับการจูงใจและเชิญชวนให้บริโภคเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ไปด้วย ซึ่งรายการ หลักๆ ที่มีการ โฆษณามากที่สุดได้แก่ รายการกีฬา และข่าว

งานชิ้นข้างต้นนั้นได้ข้อสรุปสอดคล้องกับงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพและเอแบคโพลล์ เรื่องผลการสำรวจภาคสนามเรื่องการรับรู้ผลกระทบจาก โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ก่อนการห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ช่วงเวลา 5.00 - 22.00 น.) : กรณีศึกษา ประชาชนอายุ 11-70 ปีในเขต 13 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.80 เคย พบเห็น/ได้ฟังการโฆษณาหรือชักจูงในรูปแบบต่างๆ ของเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ทางสื่อสาธารณะ

รอบ 1 วันที่ผ่านมา และในกลุ่มนี้ ได้เห็นจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 82.30 ของจำนวนผู้
เห็นหรือได้ฟังการโฆษณาทั้งหมด รองลงมาได้แก่ หนังสือพิมพ์ / สิ่งพิมพ์ ร้อยละ 36.20 และทาง
วิทยุ ร้อยละ 24.60

กลยุทธ์การโฆษณาของบริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้ (สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เรื่องสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มในประเทศไทย
หน้า 5)

1) นำเสนอสินค้าในลักษณะที่ผูกติดกับความรู้สึกเชิงบวก เช่น สร้างความภาคภูมิใจ
ผ่านสำนึกความเป็นชาติ ความเป็นสากล ชีวิตที่สนุกสนานอิสระ

2) ใช้ตัวแสดงที่เป็นคนดัง หรือดารายอดนิยม ซึ่งสอดคล้องกับงานของขงยุทธ
ขจรธรรม เรื่องสถานการณ์ด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปัจจุบัน ที่กล่าว
ว่า เด็กหลงผิดเลียนแบบวัฒนธรรมตะวันตก เพราะภาพพจน์ของผู้แสดงในภาพยนตร์หรือโฆษณา
มักอยู่ในกลุ่มฐานะดี ประสบความสำเร็จในชีวิต มีการผ่อนคลาย โรแมนติก สง่างามหรือสวยสด
ทันสมัย บ้างโฆษณาในภาพนักกีฬา เท่ๆ หุ่นดี หรือกล้าหาญ หรือบู๊ ดุเดือด หรือผจญภัย

3) อาศัยจังหวะช่วงเทศกาล และวาระสำคัญในสังคม เช่น การแข่งขันฟุตบอลโลก
เป็นต้น

นอกจากนี้ ขงยุทธ ขจรธรรม ได้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มประเทศที่มีการห้ามโฆษณา
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการบริโภคน้อยกว่ากลุ่มประเทศที่ไม่มีการห้ามหรือจำกัดการโฆษณา
ถึงร้อยละ 16 และอัตราการตายจากอุบัติเหตุจากรถในกลุ่มประเทศที่มีการห้ามโฆษณาเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ต่ำกว่าถึงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับประเทศที่ไม่มีการห้ามโฆษณาหรือจำกัดการโฆษณา

ในแต่ละประเทศจะมีมาตรการด้านการโฆษณาสุราแตกต่างกันไป บางประเทศก็
ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ เช่น อียิปต์ นอร์เวย์ เป็นต้น บางห้ามโฆษณาในบางสื่อ เช่น บัลกาเรีย
ห้ามโฆษณาในสื่อวิทยุ โทรทัศน์ โรงภาพยนตร์ และสิ่งตีพิมพ์ เดนมาร์กห้ามโฆษณาทางวิทยุ
โทรทัศน์ เป็นต้น บางประเทศห้ามโฆษณาในบางช่วงเวลา เช่น บราซิล ห้ามโฆษณาในช่วง
6.00-21.00 น. เอกวาดอร์ ห้ามโฆษณาในช่วง 20.00-04.00 น. เป็นต้น และบางประเทศไม่ห้าม
โฆษณาแต่จะจำกัดเนื้อหาการโฆษณา เช่น แคนาดา ฮอนดูรัส แอฟริกาใต้ เป็นต้น นอกจากนี้
บางประเทศ ก็บังคับเพียงให้มีคำเตือนบนโฆษณาเท่านั้น เช่น เม็กซิโก เป็นต้น (ตารางที่ 2.4)

ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างประเทศต่างๆที่มีการจำกัดการโฆษณาสุรา

ลำดับที่	ประเทศ	รูปแบบของการจำกัดการโฆษณา
1	อียิปต์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
2	นอร์เวย์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
3	โปแลนด์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
4	รัสเซีย	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
5	เบลารุส	จำกัดการโฆษณาสุรา ยกเว้นช่องต่างประเทศ
6	บราซิล	ห้ามโฆษณาสุราที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 13 โดยปริมาตร ระหว่าง 6.00-21.00 น.
7	บัลแกเรีย	ห้ามโฆษณาวิทยุ โทรทัศน์ โรงภาพยนตร์ สิ่งตีพิมพ์
8	เกาะตุ๊ก	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์
9	โครเอเชีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งตีพิมพ์ และป้าย
10	เคนมาร์ค	ห้ามโฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์
11	เอกวาดอร์	ให้โฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่าง 20.00-04.00 น. และใน โรงภาพยนตร์ในเวลา 19.00 น.
12	ฟินแลนด์	ห้ามโฆษณาสุราที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 22 โดยปริมาตร
13	ไอซ์แลนด์	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ โรงภาพยนตร์ สิ่งตีพิมพ์ และป้าย
14	ลิทัวเนีย	ห้ามโฆษณาสุรากลั่นและไวน์ทุกรูปแบบ
15	มาเลเซีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ และป้าย ยกเว้น รัฐบาล
16	เนเธอร์แลนด์	โฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างเวลา 22.00-01.00 น.เท่านั้น
17	นิวซีแลนด์	โฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างเวลา 22.00-06.00 น.เท่านั้น และจำกัดเนื้อหา
18	สโลเวเนีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งตีพิมพ์ และป้าย
19	ยูเครน	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งตีพิมพ์ ที่เจาะกลุ่มอายุน้อย
20	อังกฤษ	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่าง 16.00-18.00 น. ยกเว้นวันหยุด ธนาคารและวันหยุดสุดสัปดาห์ และห้ามโฆษณาทาง โทรทัศน์ระหว่างรายการทางศาสนาและห้ามก่อนระหว่างและหลัง รายการเด็ก
21	เวเนซุเอลา	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์และวิทยุ

ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างประเทศต่างๆที่มีการจำกัดการโฆษณาสุรา

ลำดับที่	ประเทศ	รูปแบบของการจำกัดการโฆษณา
22	ปานามา	จำกัดเนื้อหา และมีค่าเตือนบนโฆษณา
23	แคนาดา	จำกัดเนื้อหา
24	ฮอนดูรัส	จำกัดเนื้อหา
25	แอฟริกาใต้	จำกัดเนื้อหา
26	สหรัฐอเมริกา	จำกัดเนื้อหา
27	เม็กซิโก	ต้องมีค่าเตือนบนโฆษณาทุกชนิด

ที่มา : ยงยุทธ ขจรธรรม

ต่อมาเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2546 ได้มีการออกกฎหมายห้ามโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บางช่วงเวลาเท่านั้นและเฉพาะสื่อวิทยุและโทรทัศน์เท่านั้น โดยไม่ได้รวมถึงรายการประเภทอื่นหรือสื่ออื่น เช่น ในการแสดงภาพยนตร์ ละคร บทเพลง รายการสารคดี สิ่งพิมพ์ ป้ายโฆษณา เป็นต้น ซึ่งตามประกาศกรมประชาสัมพันธ์เรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่ผสมกาเฟอีนทางสถานีวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์ ลงวันที่ 25 กันยายน 2546 ได้ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะเป็สุรา ไวน์ เบียร์ สาโท หรือเครื่องดื่มอื่นใดที่มีปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 0.5 ของน้ำหนัก ทางวิทยุกระจายเสียงหรือวิทยุโทรทัศน์ ในช่วงเวลา 05.00 – 22.00 น.

รัฐห้ามโฆษณาในลักษณะเชิญชวนให้บริโภคหรืออวดอ้างสรรพคุณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้โฆษณาในลักษณะการเสนอภาพลักษณ์ของบริษัทหรือกิจการ (Corporation Image) เท่านั้น ซึ่งตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ลงวันที่ 19 ก.ย. 2546 ได้ห้ามโฆษณาในลักษณะดังต่อไปนี้

- โฆษณาที่ทำให้เกิดทัศนคติว่า การดื่มสุรา ทำให้ประสบความสำเร็จทั้งทางสังคมและทางเพศ และทำให้สมรรถนะทางร่างกายดีขึ้น
- ใช้นักกีฬา ผู้ใช้แรงงานเป็นผู้แสดงแบบโฆษณา
- ใช้ดารา นักร้อง นักแสดง เป็นผู้แสดงแบบโฆษณา
- โฆษณาที่ใช้ภาพการ์ตูน
- โฆษณาที่ชักจูงหรือโน้มน้าวให้ซื้อหรือบริโภคเพื่อนำรายได้ไปบริจาคเป็นสาธารณกุศล

-ในการโฆษณาต้องไม่มีแถมหรือให้รางวัลด้วยการเสียงโชค หรือมีการให้ของแถม นอกจากนี้ในการโฆษณาทางสื่อกลางแจ้งต้องห่างจากสถานศึกษาไม่น้อยกว่า 500 เมตร

การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางสื่อต่างๆต้องแสดงคำเตือนด้วยโดยคำเตือนมีดังนี้

- การดื่มสุราแล้วขับขีรถจะเป็นอันตรายและผิดกฎหมาย
- การจำหน่ายสุราแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี ผิดกฎหมาย
- การดื่มสุราเป็นอันตรายต่อสุขภาพและบั่นทอนสติสัมปชัญญะ

โดยแสดงคำเตือนแตกต่างกันไปตามชนิดของสื่อที่ใช้ในการโฆษณา ดังนี้

1) สื่อวิทยุกระจายเสียง ให้แสดงคำเตือนในส่วนของเสียงโฆษณาฟังได้ชัดเจนทุกพยางค์ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 วินาที

2) สื่อวิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพ และภาพยนตร์ ต้องแสดงคำเตือนในส่วนของเสียงโฆษณาฟังได้ชัดเจนทุกพยางค์ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 วินาที หรือ แสดงคำเตือนเป็นอักษรลอยเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 วินาที ด้วยอักษรสีขาว ความสูงของตัวอักษรไม่น้อยกว่า 1/25 ของขนาดความสูงของจอภาพ ภายในกรอบพื้นที่สีเข้มตัดกับสีพื้นโฆษณา และมีพื้นกรอบ 1/10 ของความสูงของจอภาพ โดยมีรูปแบบของตัวอักษรอ่านง่าย และชัดเจน วางไว้ ณ ตำแหน่งด้านบนหรือด้านล่างสุดของพื้นที่โฆษณา

3) สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกลางแจ้ง ให้แสดงคำเตือนตามแนวนอนอยู่ด้านบนสุด ของพื้นที่โฆษณา ด้วยอักษรสีขาวบนแถบสีเข้ม มีขนาดพื้นที่คำเตือนไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของพื้นที่โฆษณา และขนาดของตัวอักษรไม่น้อยกว่า 1/3 ของพื้นที่คำเตือน โดยให้สามารถอ่านได้ชัดเจน

2.2.2.2 กำหนดมีข้อความคำเตือนบนฉลากสุรา

รัฐกำหนดให้ผู้ประกอบการผลิตหรือนำเข้าสุราต้องมีคำเตือนบนฉลากสุรา ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 275 พ.ศ. 2546 เรื่องสุรา ลงวันที่ 26 พ.ย. 2546 โดยกำหนดข้อความคำเตือนได้แก่ ห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือ การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับขียานพาหนะลดลง หรือ เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีไม่ควรดื่ม เป็นภาษาไทย โดยใช้อักษรเส้นทึบ ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 5 มิลลิเมตร อยู่ในกรอบที่แยกส่วนจากข้อความอื่น สีของกรอบและข้อความตัดกับสีของพื้นฉลากจนอ่านได้ชัดเจน ทั้งนี้สำหรับสุราที่ผลิตหรือนำเข้าก่อนวันที่ 7 เม.ย. 2547 ให้ยังคงใช้ฉลากเดิมได้ จะเห็นได้ว่าเป็นกฎหมายที่ออกมาเพื่อลดอุปสงค์การบริโภคสุรา

2.2.2.3 ห้ามขับรถขณะเมาสุรา

ในแต่ละปีอุบัติเหตุจากรถก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นจำนวนมาก ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ ศึกษา เรื่อง ความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องอุบัติเหตุจากรถ ในปี 2537 พบว่า ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจากรถมีมูลค่าถึง 69,656.20 ล้านบาทในปี 2536 หรือ 2.23 % ของผลิตภัณฑ์ประชาชาติ (GNP) โดยแยกได้ ดังนี้

- 1) รายได้ตลอดชีวิตของผู้เสียชีวิต มูลค่า 52,308 ล้านบาท
- 2) รายได้ที่ลดลงของบุคคลพิการเนื่องจากอุบัติเหตุจากรถ มูลค่า 13,706.90 ล้านบาท
- 3) ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินในการรักษาผู้ป่วยและค่าเสียโอกาสในการทำงาน มูลค่า 2,765.30 ล้านบาท
- 4) ค่าเสียโอกาสในการทำงานของญาติพี่น้องที่ทำหน้าที่ดูแล พยาบาลผู้ป่วย ระหว่างรักษาตัวและพักผ่อน มูลค่า 180 ล้านบาท
- 5) ความเสียหายด้านทรัพย์สิน มูลค่า 696 ล้านบาท

จากผลการตรวจสอบของสถาบันนิติเวช ยืนยันว่า ในบรรดาผู้บาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุทั้งหมด มีผู้เมาสุราเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 39.5 และ 48.7 ตามลำดับ และโอกาสที่เกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่ที่ดื่มสุราสูงกว่าผู้ขับขี่ปกติถึง 6.6 เท่า และโอกาสที่เกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตของผู้ดื่มสุราสูงกว่าคนปกติ 9.6 เท่า

ยิ่งระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเข้มข้นมากเท่าไร ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสเกิดอุบัติเหตุสูงขึ้นเท่านั้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเร่งวิกฤติอุบัติเหตุท้องถนน) หน่วยจัดการความรู้เพื่อถนนปลอดภัย คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ยืนยันระดับความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับรถว่าทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุมากกว่าปกติ โดย

- ระดับแอลกอฮอล์ 20 - 40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์(ไม่เกิน 1 ชั่วโมงหลังการดื่มเบียร์ 1 ขวด) จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าคนที่ไม่ได้ดื่ม 3-5 เท่า

- ระดับแอลกอฮอล์ 50-70 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าคนที่ไม่ได้ดื่ม 6-17 เท่า

- ระดับแอลกอฮอล์ 100-140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าคนที่ไม่ได้ดื่ม 29-240 เท่า

- ระดับแอลกอฮอล์ เกิน 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าคนที่ไม่ได้ดื่ม 300 เท่า

ทั้งนี้เนื่องจาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำลายสมรรถภาพการขับรถ เช่น การมอง แคมลง มัวลง เห็นภาพซ้อน ทำให้ผู้ขับขี่ รับผิดชอบต่อความเคลื่อนไหวรอบตัวน้อยลง และการสั่งการของสมองไปยังกล้ามเนื้อช้าลง เมื่อระดับขึ้นจึงอาจทำให้ตะเบรกได้ช้ากว่าปกติ และหักรถหลบหลีกได้ช้ากว่าปกติ

รัฐได้ออกกฎหมายห้ามไม่ให้ประชาชนขับรถขณะเมาสุรา ตามพรบ.จราจรทางบก พ.ศ.2522 มาตรา 43 กำหนดไว้ว่า “ ห้ามมิให้ผู้ใดขับขี่รถขณะเมาสุราหรือของมีนเมาอย่างอื่น” และตามประกาศกรมขนส่งทางบกให้ตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ หากมีปริมาณเกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีความผิดจำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับตั้งแต่ 2,000-10,000 บาท ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าเป็นกฎหมายที่ออกมาเพื่อลดอุปสงค์ด้านสุรา

2.2.2.4 ห้ามจำหน่ายสุราให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

เด็กและวัยรุ่นเกือบครึ่งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เรื่องเด็ก-วัยรุ่นกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ซึ่งจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2544 พบว่า เด็กและวัยรุ่นเพศชายที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนถึง 2.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 43 ของประชากรกลุ่มนี้ และสาววัยรุ่น อายุตั้งแต่ 15- 19 ปี ที่ดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว คือ จากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 1.9 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2539-2544)

สอดคล้องกับผลการวิจัยของสถาบันวิจัยยาเสพติดร่วมกับสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ระบุว่า วัยรุ่นหญิงนิยมดื่มเหล้านอกและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำ ได้แก่ สุราต่างประเทศ สุราผสมผลไม้ หรือไวน์คูลเลอร์ เพราะเชื่อว่ามีแอลกอฮอล์น้อย ดื่มแล้วไม่เมา และในต่างประเทศได้มีการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคสุราผสมผลไม้หรือ RTD (Ready To Drink) พบว่า เครื่องดื่มประเภทนี้เป็นประจวบเหมาะที่ทำให้เยาวชนกลายเป็นผู้ดื่มสุราในที่สุด นอกจากนี้ มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า เด็กที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 13 ปี มีโอกาสติดสุราไปจนโต

นอกจากนี้ การศึกษาเรื่องการกำหนดอายุขั้นต่ำของเยาวชนที่สามารถซื้อเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ได้ จะได้ผลสรุปที่ตรงกันหมด ว่า การลดอายุขั้นต่ำของเยาวชนที่สามารถซื้อเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ได้ลง จะทำให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจรที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรามากขึ้น แต่ในทางกลับกัน การเพิ่มอายุขั้นต่ำของเยาวชนที่สามารถซื้อเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ได้ จะทำให้เกิด

อุบัติเหตุจรรยาที่เกี่ยวเนื่องกับการดื่มสุราน้อยลง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงสุรา

รัฐได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่จะเกิดกับเยาวชน จึงได้ห้ามจำหน่าย แลกเปลี่ยน หรือให้สุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ตามพรบ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตรา 26 (10) และห้ามไม่เด็กซื้อหรือดื่มสุราหรือเข้าไปในสถานที่เฉพาะเพื่อการจำหน่ายสุรา ตามพรบ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตรา 45 จะเห็นได้ว่าเป็นการลดอุปทานด้านสุรา

2.2.2.5 การจำกัดระยะเวลาจำหน่าย

ในประเทศไทยมีการกำจัดการจำหน่ายสุราแต่ยังมีความไม่สอดคล้องเรื่อง ระยะเวลาที่อนุญาตให้จำหน่าย ซึ่งตามกฎหมายกระทรวงฉบับที่ 36 พ.ศ.2504 ลงวันที่ 28 เม.ย. 2504 ซึ่ง ออกตามความในพรบ.สุรา พ.ศ. 2493 กำหนดให้ผู้รับอนุญาตขายสุราประเภท 3 (ขายสุราทุกชนิด ครั้งหนึ่งเป็นจำนวนต่ำกว่าสิบลิตร) หรือ ประเภท 4 (ขายสุราที่ทำในราชอาณาจักรครั้งหนึ่งเป็น จำนวนต่ำกว่าลิตร) ขายได้เฉพาะในเวลาตั้งแต่ 11.00 น ถึง 14.00 น. และตั้งแต่ 17.00 น. ถึง 02.00 น. ของวันถัดไป แต่ในประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 253 พ.ศ.2515 ลงวันที่ 16 พ.ย. 2515 อนุญาตให้ขายได้เพียงเวลา 24.00 น.เท่านั้น โดยได้กำหนดให้ผู้รับอนุญาตขายสุราประเภท 3 ถึง ประเภทที่ 6 (ประเภท 5 สามารถขายสุราทุกชนิดครั้งหนึ่งเป็นจำนวนต่ำกว่าสิบลิตรเพื่อดื่ม ณ สถานที่ ขายเป็นการชั่วคราวไม่เกิน 10 วัน และ ประเภทที่ 6 สามารถขายสุราที่ทำในราชอาณาจักรครั้งหนึ่ง เป็นจำนวนต่ำกว่าสิบลิตร เพื่อดื่ม ณ สถานที่ขายเป็นการชั่วคราวไม่เกิน 10 วัน) สามารถขาย สุราทุกชนิดได้ในเวลา 11.00 น.จนถึง 14.00 น. และตั้งแต่ 17.00 – 24.00 น. ซึ่งหากฝ่าฝืนจะต้อง ถูกจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และยังได้ห้ามดื่มสุราใน สถานที่จำหน่ายสุรา ในช่วงเวลาห้ามจำหน่ายสุราด้วย โดยมีบทลงโทษ จำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือ ปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

นอกจากนี้ ยังมีมาตรการลงโทษผู้รับใบอนุญาตโดยการสั่งพักหรือเพิกถอน ใบอนุญาตด้วย สำหรับการสั่งพักได้ครั้งละไม่เกิน 30 วัน ลักษณะการดำเนินการที่จะลงโทษ ได้แก่

- ผู้รับอนุญาตดำเนินการขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรม หรือก่อให้เกิด ความรำคาญแก่ผู้อื่น

- ผู้รับใบอนุญาตยอมให้ผู้มีอาการเมาสุราจนประพติวุ่นวาย หรือครองสติไม่ได้ แล้วเข้าไปหรืออยู่ในสถานที่ขายสุราในเวลาที่สามารถจำหน่ายได้
- ผู้รับอนุญาตจำหน่ายสุราให้แก่ลูกค้าที่มีอาการเมาสุราจนประพติวุ่นวาย หรือครองสติไม่ได้แล้ว
- ผู้รับอนุญาตจำหน่ายสุรานอกเวลาที่กำหนดในใบอนุญาต
- อื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด

หากผู้รับอนุญาตที่ถูกพักใบอนุญาตจำหน่ายสุรา จะต้องถูกจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ จะเห็นได้ว่ากฎหมายนี้เป็นไปเพื่อควบคุมด้านอุปทานของสุรา

2.3 สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สสส.มีฐานะเป็นหน่วยงานของรัฐ ที่ไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และรายได้หลักของหลักของสสส.ได้จากอัตราภาษีที่เก็บจากผู้เสียภาษีสุราและยาสูบ ในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีทั้งหมดที่เก็บได้ และรายได้ต่างที่ได้มาไม่ต้องนำส่งให้กับรัฐ ทำให้ สสส.มีรายได้เป็นของตนเองและไม่ขึ้นอยู่กับอำนาจทางการเมือง ซึ่งทำให้มีความอิสระและคล่องตัวในการดำเนินงานเป็นอย่างยิ่ง

สสส. มีการดำเนินการเพื่อควบคุมการบริโภคบุหรี่ยและสุรา โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง ได้แก่

- สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพและสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ
- สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดการบริโภคยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ
- ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนไทย

โครงสร้างการบริหารงานของ สสส.ประกอบ ด้วยคณะกรรมการ 2 ชุดได้แก่ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อทำหน้าที่บริหารกิจการของกองทุนฯ และคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่ประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนฯ รายละเอียด ดังนี้

1) คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย จำนวน 20 คน ดังนี้

- 1.1) นายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ฯ
- 1.2) รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานคนที่ 1
- 1.3) ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งคณะรัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้ง เป็นรองประธานคนที่สอง
- 1.4) กรรมการโดยตำแหน่งจากภาครัฐ จำนวน 9 คน
- 1.5) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ซึ่งได้รับการสรรหา จำนวน 8 คน โดยในจำนวนนี้ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานในภาคเอกชนจำนวนไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
- 1.6) ผู้จัดการเป็นกรรมการและเลขานุการ

โดยคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- กำหนดนโยบาย และให้ความความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน
- ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป
- กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินที่จะให้การสนับสนุนกิจกรรมด้านต่างๆ
- ระดมจัดหาทุน
- ดำเนินการอื่นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ

คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะแต่งตั้งผู้จัดการกองทุนฯ ที่สามารถทำงานได้เต็มเวลา โดยทำหน้าที่

- บริหารกิจการของกองทุนฯ
- ศึกษาวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนฯ รวมทั้งเสนอเป้าหมาย แผนงาน โครงการ และแผนการดำเนินงานประจำปีของกองทุนฯ และแผนการเงินและงบประมาณประจำปีต่อคณะกรรมการฯ
- ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง
- อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการฯ มอบหมาย

2) คณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีจำนวน 7 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีโดยการเสนอแนะของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง แต่งตั้งจากผู้มีประสบการณ์ด้านการเงิน การสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผล ในจำนวนนี้ต้องเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินผลไม่น้อยกว่า 2 คน โดยคณะกรรมการประเมินผลมีหน้าที่ในการประเมินผลด้านนโยบายและการกำหนดกิจกรรมของกองทุนฯ และติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนฯ

ในการดำเนินงานนั้น สสส. ได้กำหนดกลยุทธ์ 4 กลยุทธ์ ดังนี้ได้แก่

- 1) สนับสนุนขบวนการพัฒนางานเชิงรุก
- 2) สนับสนุนและพัฒนาให้เกิดกระบวนการพัฒนาเชิงระบบ
- 3) กระตุ้นให้การสร้างเสริมสุขภาพก่อผลเป็นรูปธรรมต่อชีวิตจริงของประชาชน
- 4) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้มีทุนทางสังคมเพียงพอ

พร้อมทั้งได้กำหนดแผนงานหลักเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย จำนวน 11 แผนได้แก่

- 1) แผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ
- 2) แผนงานควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์
- 3) แผนงานควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- 4) แผนงานส่งเสริมการออกกำลังกาย
- 5) แผนงานการเรียนรู้เพื่อสุขภาวะ
- 6) แผนงานปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ
- 7) แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
- 8) แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะในชุมชน
- 9) แผนงานการตลาดเพื่อสังคมสุขภาวะ
- 10) แผนงานสนับสนุนโครงการทั่วไปและนวัตกรรม
- 11) แผนงานสนับสนุน

ในการดำเนินงานของ สสส. ในการควบคุมการบริโภคบุหรี่และสุรา มีผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ 2546 คือ สสส. สามารถจัดเก็บรายได้จากภาษีสุราและยาสูบในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่จัดเก็บได้ทั้งหมด เป็นจำนวน 1,917.97 ล้านบาท และได้ใช้จ่ายไปเพื่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพจำนวน 656 โครงการ เป็นยอดรวมการสัญญาจำนวน 1,563.17 บาท

แค่ยอดการจ่ายเงินจริงเพียง 736.65 ล้านบาท เนื่องจากบางโครงการมีลักษณะเชิงรุกที่มีระยะเวลาการดำเนินการมากกว่า เป็ขึ้นไป

แผนงานควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้รับงบประมาณร้อยละ 2 และ 3 ของงบประมาณที่จัดสรรทั้งหมด ตามลำดับ แต่กิจกรรมการควบคุมการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ ยังได้รับการดำเนินการอยู่ในแผนงานอื่นๆ อีกด้วย โดยแผนงานควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการดำเนินชีวิตของประชาชนได้รับงบประมาณมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 25 รองลงมาได้แก่ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรรวมในชุมชน ได้รับร้อยละ 24 ทั้งนี้หน่วยงานภาครัฐ ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดเป็นสัดส่วนร้อยละ 59 ของงบประมาณทั้งหมด รองลงมาได้แก่ หน่วยวิชาการ ร้อยละ 19 สำหรับ องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม และหน่วยงานเอกชนได้รับในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือประมาณ ร้อยละ 8-9

2.4 คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) ได้รับการแต่งตั้งครั้งแรกเมื่อวันที่ 14 มี.ค. 2532 มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- บริหารงานและประสานการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ควบคุม กำกับ ดูแล และติดตามผลการควบคุมการบริโภคยาสูบ

คณะกรรมการฯ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และ นพ.หทัยชิตานนท์เป็นกรรมการและเลขานุการ และมีปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน ผู้แทนสื่อมวลชน เป็นกรรมการ

สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการฯ โดยจัดตั้งขึ้นเมื่อ วันที่ 27 ธ.ค. 2533 โดยกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของกองแผนงานสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีฐานะเทียบเท่าระดับฝ่าย ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณทุกปีตามโครงการที่สำนักงานฯ เสนอมา โดยสำนักงานฯ มีหน้าที่ดังนี้

- เป็นฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ
- เป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนกฎระเบียบข้อบังคับและ

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชน

- ให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มวิชาชีพต่างๆ และประชาชนทั่วไปเพื่อป้องกันมิให้เริ่มสูบบุหรี่และลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากร

- เสนอแนะแนวทางการสนับสนุนการดำเนินงานการวิจัยเพื่อให้มีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการบริหารจัดการ โครงการควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชน

ต่อมามีการย้ายสำนักงานฯ มาสังกัดกรมการแพทย์ภายใต้ชื่อ สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ และกรมควบคุมโรค ในฐานะกลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ ตามลำดับ

แต่อย่างไรก็ตามในการควบคุมการบริโภคยาสูบนั้นได้ประสบกับกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

1) สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ มีฐานะเป็นหน่วยงานราชการ ทำให้ขาดความอิสระในการบริหารจัดการและการดำเนินงาน

2) การย้ายสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบมาสังกัดหน่วยงานระดับกรม แทนที่สังกัดเดิมที่มีฐานะกระทรวงที่เป็นหน่วยงานกลางที่มีภารกิจของกรมต่างๆ มารวมกัน ไม่ว่าจะเป็นส่งเสริมสุขภาพที่กรมอนามัยรับผิดชอบ งานคุ้มครองผู้บริโภคที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ หรือ การบำบัดรักษาที่กรมการแพทย์รับผิดชอบ และหน่วยงานสถานพยาบาลต่างๆจะสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ทำให้ขาดความคล่องตัวในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ

3) ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินการ ทำให้ขาดการสนับสนุนอย่างเพียงพอต่อจังหวัดที่มีความสนใจในการรณรงค์

2.5 คณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ

วันที่ 29 ก.ค. 2546 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ต่อมาวันที่ 27 สิงหาคม 2546 ได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 724/2546 แต่งตั้งคณะกรรมการฯ โดยมีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน และให้อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นกรรมการและเลขานุการ นอกจากนี้ยังประกอบด้วยกรรมการอีกจำนวนหนึ่งทั้งจากภาครัฐและเอกชน โดยได้กำหนดอำนาจหน้าที่ ได้แก่

1) กำหนดนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานอันเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชาติ

2) ประสานงานนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องดำเนินงานสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ

3) เร่งรัด ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4) ศึกษาหรือจัดให้มีการวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5) สนับสนุนหรือจัดให้มีช่องทางความร่วมมือของสาธารณชนในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6) พิจารณาเสนอมาตรการหรือปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

โดยมีสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติเป็นหน่วยงานธุรการ ทำหน้าที่ติดตามและประสานงานการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายที่คณะกรรมการฯ กำหนด แต่จากการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ของสำนักงานพบว่า มีอุปสรรคในการดำเนินงานได้แก่ ขาดแคลนบุคลากร ขาดแคลนงบประมาณของตนเอง เป็นต้น