

โรงหนังเล็ก กฎหมายใหญ่: การออกแบบกติกาใหม่สำหรับไมโครซีนีมา

เชมภัทร ทฤษฎีกุล

นักวิจัยอาวุโส (พาร์ทไทม์) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ)

เสนอต่อ

คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาแนวทางส่งเสริมอุตสาหกรรมภาพยนตร์

ละคร และซีรีส์

วันพฤหัสบดี ที่ 23 กรกฎาคม 2569 • ห้อง CA303 อาคารรัฐสภา



Micro Cinema คือโครงสร้างพื้นฐานทางวัฒนธรรมขนาดเล็ก ที่ช่วยเติมเต็มสิ่งที่มัลติเพล็กซ์ทำไม่ได้ทั้งหมด

Micro Cinema คือโครงสร้างพื้นฐานทางวัฒนธรรมขนาดเล็ก ที่ช่วยเติมเต็มสิ่งที่มัลติเพล็กซ์ทำไม่ได้ทั้งหมด

1 เพิ่มความหลากหลาย ของภาพยนตร์



- หนังสือระ
- สารคดี
- หนังทดลอง
- หนังท้องถิ่น

2 สร้างโอกาสให้ ผู้สร้างรายใหม่



- พื้นที่ทดลองฉาย
- สร้างฐานผู้ชม
- ต่อยอดสู่ตลาดใหญ่

3 กระจายวัฒนธรรมสู่ เมืองรองและชุมชน



- ไม่ผูกอยู่กับศูนย์การค้า
- เข้าถึงเมืองรอง
- เชื่อมโยงคนในพื้นที่

4 สร้างพื้นที่สาธารณะ ทางวัฒนธรรม



- ฉายหนัง + เสวนา
- เวิร์กช็อป
- คาเฟ่ / แกลเลอรี
- กิจกรรมชุมชน

“

คุณค่าของ Micro Cinema ไม่ได้อยู่ที่จำนวนที่นั่ง
แต่อยู่ที่ความสามารถในการสร้างพื้นที่ให้หนังเล็ก ผู้สร้างใหม่ และชุมชนท้องถิ่นได้มีที่ทางในระบบภาพยนตร์

”

ตลาดโรงหนังกระจุกตัวอยู่ในเครือขนาดใหญ่ ขณะที่โรงหนังอิสระ และ Micro Cinema มีจำนวนจำกัดและอยู่ในระบบนิเวศที่เปราะบางกว่า

หน่วยนับ: สถานที่/สาขา (ไม่ใช่จำนวนจอ)



รวมกิจการฉายเชิงพาณิชย์

276 แห่ง



รวมสถานที่ฉายทุกกลุ่ม

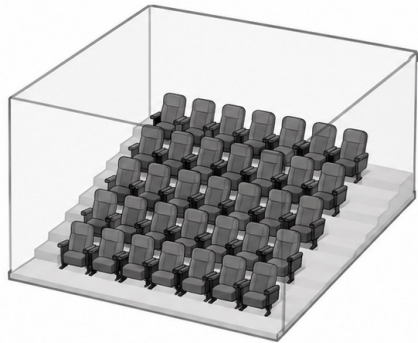
อย่างน้อย **281** แห่ง



หมายเหตุ:
ห้องฉายของสถาบันทางวัฒนธรรม
แยกจากตลาดเชิงพาณิชย์

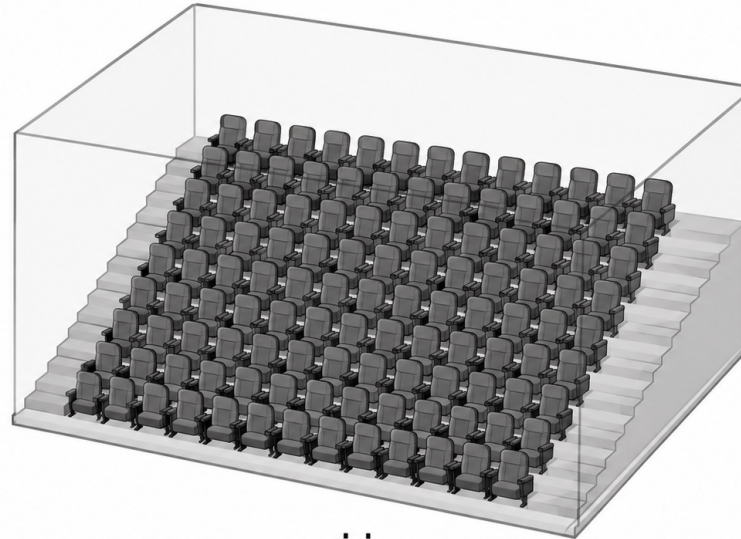
โรงหนังเล็กไม่ได้เสียงเท่าโรงใหญ่ แต่กฎหมายยังมองไม่เห็นความแตกต่าง

โรงภาพยนตร์ขนาดเล็ก
1 ห้องฉาย



40 ที่นั่ง

โรงภาพยนตร์ขนาดใหญ่
ในเครือมัลติเพล็กซ์

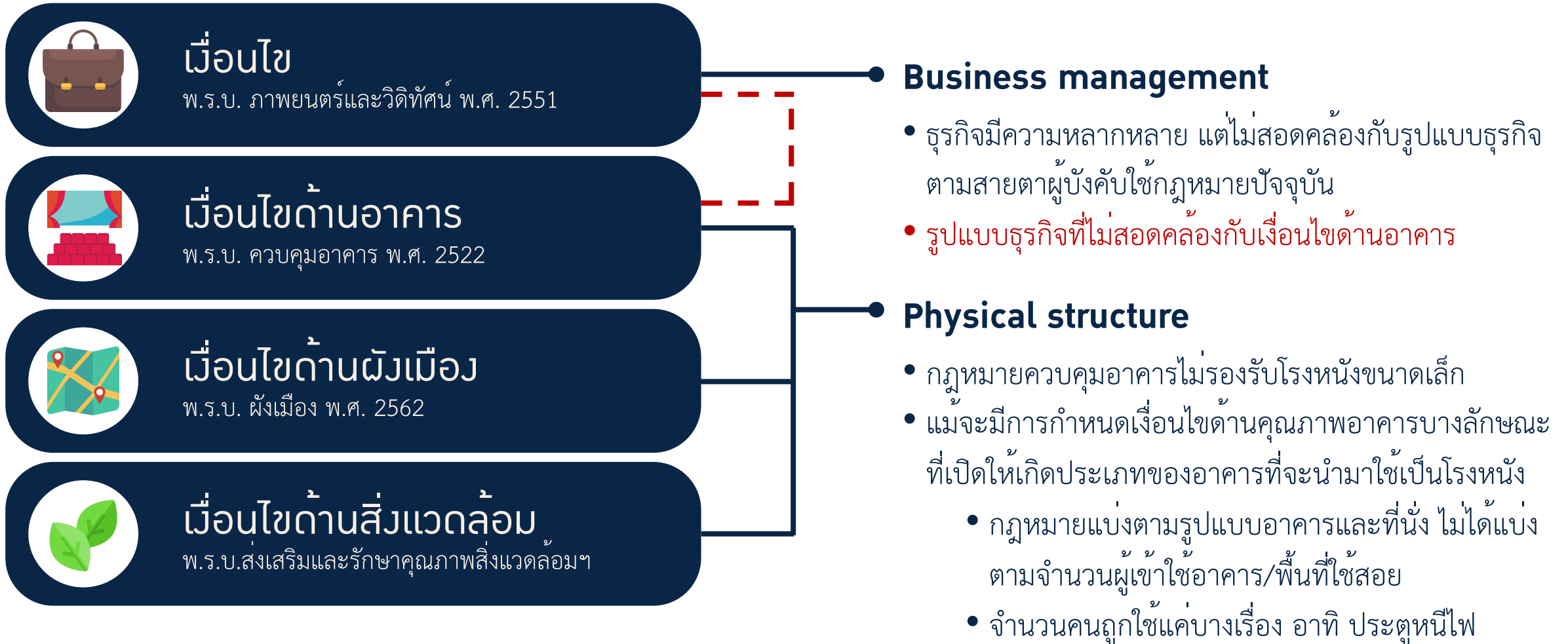


100 ที่นั่ง

- การประกอบกิจการโรงภาพยนตร์ประกอบไปด้วยใบอนุญาต 2 ใบอนุญาต
 - ใบอนุญาตให้ใช้อาคารเพื่อประกอบกิจการโรงมหรสพ (ข้อกำหนดด้านคุณภาพของอาคาร)
 - ใบอนุญาตประกอบกิจการโรงภาพยนตร์ (ข้อกำหนดการเริ่มดำเนินกิจการ)
- การประกอบกิจการโรงภาพยนตร์ ไม่ว่าจะขนาดเท่าใด ก็ใช้มาตรฐานการประกอบกิจการในลักษณะเดียวกัน
- ปัญหาของกฎหมายไม่ใช่เรื่องความปลอดภัย แต่เป็นเรื่องของข้อกำหนดไม่สอดคล้องกับลักษณะกิจการ

การไม่สามารถขอใบอนุญาตประกอบกิจการโรงพยาบาล เป็นผลมาจากโครงสร้างอาคาร

การขอใบอนุญาตประกอบกิจการโรงพยาบาลเป็นใบอนุญาตที่ 2 ซึ่งจะได้ก็ต่อเมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้อาคารเพื่อประกอบกิจการโรงมหรสพแล้วเท่านั้น



ตารางเปรียบเทียบลักษณะความเสี่ยง ต้นทุน และการตอบสนองของกฎหมายระหว่างโรงพยาบาลขนาดเล็กกับขนาดใหญ่

ประเด็น	โรงพยาบาลเล็ก	โรงพยาบาลใหญ่	กฎหมายปัจจุบัน
จำนวนผู้ชม	ต่ำ	สูง	ใช้จำนวนคนกำหนด “บางเรื่อง” เช่น จำนวนทางออก
ความซับซ้อนในการอพยพ	ต่ำกว่า	สูงกว่า	ยังไม่ได้ใช้เป็นฐานปรับมาตรฐาน ทั้งระบบ
รายได้ต่อรอบ	จำกัด	สูงกว่า	ไม่ได้นำมาพิจารณาในการ กำหนดภาระตามกฎหมาย
ต้นทุนระบบพื้นฐาน	สูงเมื่อเทียบรายได้	กระจายต้นทุนได้	หลายข้อยังเป็นต้นทุนขั้นต่ำ แบบเดียวกัน
ความสามารถ ในการดัดแปลงอาคาร	จำกัด	มักออกแบบใหม่ได้	กฎหมายเน้นข้อกำหนด ทางกายภาพค่อนข้างตายตัว

ต่างประเทศไม่ได้ลดมาตรฐานความปลอดภัยให้โรงพยาบาลเล็ก แต่ปรับวิธีกำกับให้สัมพันธ์กับจำนวนคน ลักษณะพื้นที่ และความเสี่ยงจริง

 สหราชอาณาจักร (UK) Risk-Based Approach ใช้การประเมินความเสี่ยงเป็นหลัก กำหนดมาตรฐานตามระดับความเสี่ยง ของกิจการ หลักการสำคัญ • ประเมินความเสี่ยงต่อสาธารณะและบุคลากร • กำหนดมาตรฐานตามระดับความเสี่ยง • เน้นความยืดหยุ่นในการปฏิบัติ ผลต่อโรงพยาบาลขนาดเล็ก • ยืดหยุ่น เน้นสมรรถนะมากกว่าขั้นตอน • ลดภาระเอกสารและต้นทุน • เน้นผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย	 สิงคโปร์ (Singapore) Prescriptive + Scaled กำหนดมาตรฐานที่ชัดเจน แต่แบ่งเกณฑ์ตามขนาด/จำนวนคน (Scaled Requirements) หลักการสำคัญ • แบ่งประเภทตามขนาดและความจุ • กำหนดข้อกำหนดขั้นต่ำที่จำเป็น • ตรวจสอบได้ง่าย ผลต่อโรงพยาบาลขนาดเล็ก • ใช้มาตรฐานที่เหมาะสมกับขนาด • ปฏิบัติตามได้ง่าย • ลดค่าใช้จ่ายในการจัดระบบ	 ญี่ปุ่น (Japan) Category-Based (Scale by Capacity) มีกฎหมายจัดกลุ่มประเภทโรงหนังและ ตาม “ความจุผู้ชม” และ “พื้นที่” กำหนดมาตรฐานตามกลุ่ม หลักการสำคัญ • แบ่งประเภทตามความจุและขนาดสถานที่ • มาตรฐานแตกต่างกันตามประเภท • พิจารณาความเสี่ยงในการออกแบบเป็นหลัก ผลต่อโรงพยาบาลขนาดเล็ก • ไม่ต้องทำทุกอย่างเท่าโรงพยาบาลใหญ่ • จัดระบบเฉพาะตามขนาดความจุ • ส่งเสริมมาตรฐานความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ	 ฝรั่งเศส (France) Commission-Based & Flexible Approval ใช้คณะกรรมการพิจารณาเป็นรายกรณี สามารถให้ “มาตรการเทียบเท่า” (Equivalence) ได้ หลักการสำคัญ • พิจารณาเป็นรายกรณีโดยผู้เชี่ยวชาญ • อนุญาตให้ใช้มาตรการเทียบเท่าได้ • พิจารณาและต้องตรงตามกฎหมายเดิม • เน้นความเหมาะสมและบริบทพื้นที่ ผลต่อโรงพยาบาลขนาดเล็ก • ยืดหยุ่นตามบริบทท้องถิ่น/ต้นทุน • เปิดโอกาสให้แก้ไขตามศักยภาพ • ควบคุมในฐานะผู้ร่วมรับผิดชอบ
--	--	--	--

- ใช้จำนวนคนและความเสี่ยงเป็นฐานมากกว่าจำแนกจากชื่อหรือรูปแบบอาคารเพียงอย่างเดียว
- กำหนดมาตรฐานแบบลดหลั่น โดยโรงพยาบาลเล็กยังต้องปลอดภัย แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ข้อกำหนดเต็มชุดแบบโรงพยาบาลใหญ่
- เปิดทางให้ใช้มาตรการเทียบเท่าเมื่อสามารถพิสูจน์ได้ว่าให้ผลด้านความปลอดภัยในระดับเดียวกัน



ข้อเสนอแนะ ไม่ใช้การลดมาตรฐานความปลอดภัย แต่เป็นการออกแบบกฎหมายให้พอดี

