

โครงการย่อย

พระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ [พ.ศ. 2541-2546]

(4) ๑๖๔.๘/๑.๑ (๗๐ หน้า) กศอ๑ ๕๘

พระราชบัญญัติสภา

พ 41-46

amphon@hsro.or.th

From: "Apinya (บี) Tantawevong" <apinya@thaihealth.or.th>
To: <amphon@hsro.or.th>
Cc: <saipin@hsro.or.th>
Sent: 25 มิถุนายน 2546 14:23
Attach: จดเกล้า เข้าพรรษา update version.doc; Structure and Plan to move for Alcohol Control.doc; Work Plan and who doing what.doc; Alcohol ad action plan.doc
Subject: FW: เอกสารให้หมออำพล

เรียน คุณหมออำพล

น้องได้ประสานมาเพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานเรื่องสุราช่วยเข้าพรรษานี้ของ สสส./ภาคี

บีจึงประสานกับพี่แอมว และขอส่งเอกสารมาดังที่แนบค่ะ

บี

-----ข้อความต้นฉบับ-----

จาก: Bung-on Ritthipakdee

ส่งเมื่อ: 25 มิถุนายน 2546 14:21

ถึง: Apinya (บี) Tantawevong

<<จดเกล้า เข้าพรรษา update version.doc>> <<Structure and Plan to move for Alcohol Control.doc>> <<Work Plan and who doing what.doc>> <<Alcohol ad action plan.doc>>

โครงการร่วมของภาคี สสส.

งดเหล้า เข้าพรรษา

การรณรงค์เพื่อส่งเสริมให้ศาสนิกชน ทำสิ่งดีๆ เพื่อตัวเองและครอบครัว
ด้วยการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา

ผู้รับผิดชอบโครงการ : เครือข่ายองค์กรทางศาสนา สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรภาคีของสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

จดเกล้า เข้าพรรษา

โอกาสสำคัญ ที่ได้ทำสิ่งดีๆ เพื่อตัวเอง และครอบครัว
ด้วยการงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ในช่วงเข้าพรรษานี้

ทำไมต้องมีโครงการนี้

แม้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อผลเสียต่อสุขภาพ ทว่า แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยกลับสูงขึ้น ทั้งในแง่ของจำนวนผู้ดื่ม ซึ่งเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.6 แสนคนต่อปี และในแง่ของปริมาณการดื่มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์ปัจจุบันพบว่ามีคนไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราว 15.3 ล้านคน และคิดเป็นมูลค่าการบริโภค 125,000 ล้านบาทต่อปี

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งในเชิงสุขภาพและสังคมในหลายด้าน ที่เห็นชัดเจนที่สุด ได้แก่ การที่ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขับขี่ยานพาหนะ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรมากกว่าร้อยละ 50 ของที่เกิดทั้งหมด และเกี่ยวข้องกับ การก่อความรุนแรงต่อครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ ในลักษณะของการก่ออาชญากรรม

อย่างไรก็ตาม ช่วงเทศกาลเข้าพรรษานับเป็นช่วงเทศกาลที่ชาวพุทธจำนวนมากถือเป็นช่วงเวลาสำคัญในการปฏิบัติธรรม และจากการศึกษาวิจัย พบว่า ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา เมื่อปี 2544 มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 11.8 ตอบว่าตั้งใจงดดื่มสุราในช่วงเข้าพรรษา (ประมาณจำนวนผู้งดดื่ม 1.8 ล้านคน และมูลค่าการบริโภคลดลง 3,600 ล้านบาท)

ด้วยตระหนักในความสำคัญของผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคม และตระหนักในความสำคัญของเทศกาลเข้าพรรษา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงร่วมกับองค์กรศาสนาต่างๆ สำนักงานนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรต่างๆ จัดให้มีโครงการรณรงค์ "งดเกล้า เข้าพรรษา" ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- เพื่อให้สังคมตระหนักถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสังคมจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- เพื่อเชิญชวนให้ประชาชนงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา

- เพื่อให้องค์กรต่างๆ มีมาตรการและกิจกรรมสนับสนุนการงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาของสมาชิกขององค์กรและชุมชน

กิจกรรมสำคัญ

โครงการ "งดเหล้า เข้าพรรษา" ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. การประชุมร่วมระหว่างเครือข่ายศาสนธรรมต่างๆ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนแนวทางและวิธีดำเนินการในการเชิญชวนให้ศาสนิกชนร่วมสร้างวิถีปฏิบัติในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างเทศกาลเข้าพรรษา
2. การสร้างความตื่นตัวและแรงจูงใจแก่สังคมโดยผ่านทางสื่อต่างๆ เรื่องความสำคัญของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างเทศกาลเข้าพรรษา โดยมีกิจกรรมย่อยต่าง ดังนี้
 - การแถลงข่าว
 - การเผยแพร่ข่าวสารทางสื่อต่างๆ
3. การดำเนินกิจกรรมขององค์กรศาสนาและวัดต่างๆ เพื่อแสดงถึง "ปฏิบัติบูชา" ของศาสนิกชน
4. การดำเนินกิจกรรมอาสาสมัครขององค์กรต่างๆ อาทิ โรงเรียน โรงงาน ชุมชน เพื่อเน้นสร้างการมีส่วนร่วมและกิจกรรมใกล้ตัวของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
5. การสัมมนาและเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
6. การเปิดให้ประชาชนสมัครเข้าร่วมโครงการผ่านทางองค์กรต่างๆ ที่ร่วมเป็นภาคีในการดำเนินโครงการ รวมถึงการรวบรวมรายชื่อผู้ปฏิญาณตนต่อครอบครัวว่าจะงดเหล้าจนตลอดพรรษา โดยจะมีการประกาศยอดจำนวนผู้ปฏิญาณทุกสองสัปดาห์
7. การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการเข้าร่วมในโครงการดังกล่าวเป็นระยะตลอดโครงการ

ระยะเวลาดำเนินโครงการ

1 กรกฎาคม - 31 ตุลาคม 2546

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ประชาชนและองค์กรต่างๆ ตระหนักในผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- มีองค์กรต่างๆ เข้าร่วมโครงการ และขยายผลเรื่องนี้สู่ประชาชนทั่วประเทศ
- มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ตั้งใจงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาจากเดิมร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 15 ของจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์
- เครือข่ายและฐานมวลชนที่ขยายใหญ่ขึ้นอันจะเป็นพลังในการรณรงค์ในระยะต่อไป

งบประมาณ

- บุคลากร ความรู้ กิจกรรม และงบประมาณ(บางส่วน) จากภาคีสร้างเสริมสุขภาพ
- ทุนสมทบจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ตัวชี้วัด

1. การรับรู้ ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงการรณรงค์ในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
2. การสนับสนุน ประชาชนทั่วไปที่รับรู้ถึงการรณรงค์มีความเห็นสนับสนุนการรณรงค์ในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และในจำนวนนี้กลุ่มประชาชนผู้ดื่มสุรามีความเห็นสนับสนุนด้วยในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 ของกลุ่มฯ
3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดการรณรงค์ประชาชนกลุ่มผู้ดื่มสุรารายงานว่าพยายามเลิกดื่มสุราในช่วงของการรณรงค์ได้ตามเกณฑ์คิดเป็นจำนวน 2.3 ล้านคน หรืออัตราร้อยละ 15 โดยประมาณว่าจะมีมูลค่าการบริโภคลดลงราว 4,600 ล้านบาท
4. กระบวนการ
 - 4.1 รัฐบาล (บุคคลระดับผู้นำ) ประกาศสนับสนุนการรณรงค์ต่อสาธารณะ
 - 4.2 ภาคีหลัก (เครือข่ายชาวพุทธ กระทรวงศึกษาธิการ สภาอุตสาหกรรม) ประกาศตัวร่วมการรณรงค์และมีการจัดกิจกรรมร่วมกันอย่างพร้อมเพรียง
 - 4.3 กิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปตามกฎหนดการ
 - 4.4 การนำเสนอข่าวและความเห็นสนับสนุนของสื่อมวลชนอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงการรณรงค์
 - 4.5 มีการระดมเชิญชวน ตลอดจนจัดเก็บตัวเลขและรายชื่อผู้สมัครงดดื่มแอลกอฮอล์อย่างเป็นระบบ (คาดว่าจะได้รายชื่อจำนวนไม่น้อยกว่า 2 หมื่นคน)

Structure and Plan to move for Alcohol Control

งานด่วน ภายใน 3 เดือน

1. การผลักดันนโยบาย โดยทำงานผ่านเรื่องอุบัติเหตุ สน. 2 และ อ.ประกิต

1.1 Restrict Advertising

- จำกัดโฆษณาทีวี
- มีค่าเตือนบน Billboard
- ไม่ให้กีฬาสถาบันการศึกษาได้รับเงินจาก บ.เหล้า

1.2 การบังคับใช้กฎหมายห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เช่น การเพิ่มโทษ
โดยถอนใบอนุญาต การตีตบท้ายบริเวณจุดขายเรื่องไม่ขายเหล้าแก่เด็ก

1.3 การจัดระเบียบการขายเหล้า เช่น ห้ามขายในปั้ม ห้ามขายใกล้โรงเรียน

2. การเคลื่อนเรื่อง งตเหล้า เข้าพรรษา.....สำนัก 5/ 6/ 3/ 2 และ อ.อุดมศิลป์

- Press tour to report community based program (4 July)
- ABAC Poll
- Publicize research study on Alcohol and Family Violence
- Conference 7 July
- กิจกรรมของภาคี สสส.
- Media Campaign

3. Open Grant for Alcohol control projects.....สำนัก 1

4. Sport Sponsorship replacement.....สำนัก 6

งานระยะใกล้

5. การสร้างกระแสสังคมต่อเนื่อง.....สำนัก 2

6. Strengthening Policy and stakeholders.....สำนัก 3

7. Database and Benchmarking.....สำนัก 4

Work Plan for Alcohol campaign

- Objective: 1. Social mobilization : งดเหล้าเข้าพรรษา
2. Policy Advocacy : ห้ามโฆษณาทางทีวีก่อน 4 ทุ่ม

Date	Activities	ผู้ประสานงาน
21 มิ.ย.	ประชุมคณะทำงานงดเหล้าเข้าพรรษา ครั้งที่ 1	หมอกฤษ เล็ก
24 มิ.ย.	เสวนาสื่อมวลชน สังคมไทยได้อะไรจากการห้ามโฆษณาเหล้าทางทีวี	ป๋ม และศุณย์ข้าว
25 มิ.ย.	<u>พบจากรนตรี เตรียมการเรื่องโฆษณาเหล้า และ related matters</u>	อ.ประกิต แอ้ว ป๋ม (दारง อ.จรวยพร ไพบุลย์)
25 มิ.ย.	ประชุมเครือข่ายศาสนธรรม	เล็ก คุณสงกรานต์
ภายใน 27	เข้าพบ ปุรชัย และปองพล	สุภกร
28 มิ.ย.	ประชุมคณะทำงานงดเหล้าเข้าพรรษา ครั้งที่ 2 สรุปแผนงาน ต้นฉบับ Factsheet เสร็จ	เล็ก ป๋ม กฤษฎา อุ่ม
30 มิ.ย.	ต้นแบบสื่อเสร็จ (ยกเว้น Spot TV)	ไอ้
30 มิ.ย.	ประชุม War Room Accident	แอ้ว
2 ก.ค.	แถลงข่าว ABAC POLL เรื่องโฆษณาเหล้า	อุ่ม ศุณย์ข้าว
3 ก.ค.	แถลงข่าว Alcohol and Family Violence โดย มูลนิธิเพื่อน หญิง	บี ศุณย์ข้าว
7 ก.ค. (เช้า)	ประชุมภาคีทั้งหมด	กฤษฎา
7 ก.ค. (บ่าย)	แถลงข่าว เปิดตัวโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา	ป๋ม ศุณย์ข้าว
7 ก.ค. (บ่าย)	ประชุมองค์กรด้านกีฬา เรื่อง Alcohol sponsorship replacement	นิ
8 ก.ค.	ไป ครม. ดิดเข้มกลัดงดเหล้าเข้าพรรษา วิทยุประเทศไทยตอนเช้าทำ scoop พิเศษ Spot วิทยุ เริ่ม On Air ทั่วประเทศ	ป๋ม ไอ้
10 ก.ค.	ประชุมใหญ่เครือข่ายศาสนธรรม	คุณสงกรานต์ เล็ก
11 ก.ค.	ขึ้น Billboard	ไอ้
11 ก.ค.	Co กับโรงเรียนดัง ทำขบวนแห่เทียน งดเหล้า เข้าพรรษา	ป๋ม
12 ก.ค.	รายการนายกพบประชาชน	ป๋ม
13 ก.ค.	ทำนปัญญาเทศน์ทางวิทยุประเทศไทย	ป๋ม
13-14 ก.ค.	ABAC POLL สสำรวจกระแส ครั้งที่ 1	อุ่ม
12 ก.ค. เป็นต้นไป	หนุงานระดับพื้นที่ขององค์กรต่างๆ	กฤษฎา
10-30 ก.ค.	สร้างกระแสทางสื่อต่างๆ	ไอ้ ป๋ม
30 ก.ค.	On air Spot TV : Alcohol costs your life and Family	ไอ้

มาตรการลดอุบัติเหตุจากรถ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ

ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ

1. การบังคับใช้กฎหมายเมาไม่ให้อัป
2. การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบังคับใช้กฎหมายเมาไม่ให้อัป	รายละเอียด	การดำเนินการและผู้รับผิดชอบ
มาตรการเร่งด่วนปฏิบัติทันที	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดหาเครื่องตรวจแอลกอฮอล์ 2. พัฒนารูปแบบและวิธีการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพในจังหวัดนำร่อง 8 จังหวัด เพื่อเป็นต้นแบบแก่จังหวัดอื่นๆ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสนอของบปกติ 2. จังหวัดนำร่องพัฒนาแผนการดำเนินงานโดยการสนับสนุนจากหน่วยจัดการความรู้
มาตรการที่ต้องพัฒนาให้แล้วเสร็จ ภายใน 1 ปี	<ol style="list-style-type: none"> 1. การออกกฎหมายว่าด้วยการเจาะเลือดพิสูจน์ 2. การประชาสัมพันธ์เรื่องผลกระทบจากการเมาแล้วขับ และการตรวจจับของตำรวจ อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ไปพัฒนารายละเอียดเรื่องนี้ 2. มูลนิธิเมาไม่ขับ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยการสนับสนุนของ สสส.

การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	รายละเอียด	การดำเนินการและผู้รับผิดชอบ
มาตรการเร่งด่วนปฏิบัติทันที	<ol style="list-style-type: none"> 1. ห้ามการโฆษณาทุกรูปแบบทางโทรทัศน์และวิทยุ ตั้งแต่เวลา 05.00-22.00 น. ทั้งนี้ ในการโฆษณาหลังจากเวลาที่กำหนด ให้มีการแจ้งค่าเตือน ตามที่กฎหมายจะกำหนด 2. การโฆษณานบป้ายกลางแจ้ง ต้องมีการติดป้ายค่าเตือน บริเวณด้านบนของป้าย โดยมีขนาดและสีตามที่กฎหมายกำหนด 3. การจัดแข่งขันกีฬาของสถาบันการศึกษาทุกระดับ ต้องไม่มีการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดทุกรูปแบบ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรมประชาสัมพันธ์ออกประกาศกรมประชาสัมพันธ์ โดยต้องระบุค่านิยามของค่าว่าการโฆษณาให้ชัดเจน 2. สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นผู้ออกประกาศ โดยมีรายละเอียดเรื่องข้อความค่าเตือน ขนาด (ไม่น้อยกว่า 20%) สี (พื้นดำอักษรขาว) และจุดที่แสดง (ด้านบนของป้าย ขนานกับความกว้าง) 3. กระทรวงศึกษา ร่วมกับ สสส. พัฒนาแนวปฏิบัติของเรื่องนี้ขึ้นมา โดยร่วมกับวงการกีฬาที่เกี่ยวข้อง

มาตรการที่ต้องพัฒนาให้แล้วเสร็จ ภายใน 1 ปี	<ol style="list-style-type: none"> 1. ห้ามการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ร้านสะดวกซื้อในบิมน้ำมัน 2. ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี 3. ห้ามใช้บุคคล หรือภาพเหมือนบุคคลเป็นผู้แสดงแบบในการโฆษณาทุกประเภท 4. ให้มีค่าเตือนบนภาชนะบรรจุเหล้า 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรมสรรพสามิตประกาศไม่ต่ออายุร้านค้าที่มีที่ตั้งอยู่ในบิมน้ำมันตั้งแต่ ม.ค. 2546 2. กรมสรรพสามิตมีป้ายค่าเตือนติดบริเวณร้านค้าต่างๆ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติมีมาตรการในการดูแลกฎหมาย 3. สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคออกกระเปียบ 4. สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคออกประกาศ โดยมีรายละเอียดเรื่องข้อความเตือน ขนาด สี และจุดที่แสดง
---	---	---

ประเด็นที่เกี่ยวกับเรื่องโฆษณาที่ยังต้องการคำตอบให้ชัดเจน

1. การห้ามโฆษณาทางทีวี รวมไปถึงโฆษณาแฝงด้วยหรือไม่ เช่น ป้ายที่อยู่ข้างหลัง อักษรตัววิ่ง การชิงโชคจากฝา
2. ช่วงที่ไม่ห้ามโฆษณา 22.00 – 05.00 น. สามารถใช้บุคคลเป็น Presenter ได้หรือไม่
3. ป้ายต่างๆ สามารถใช้บุคคลเป็น Presenter ได้หรือไม่เพราะไม่ใช่สื่อวิทยุหรือโทรทัศน์
4. การห้ามโฆษณารวมถึงเครื่องดื่มพวกไวน์ น้ำผลไม้ที่ผสมแอลกอฮอล์เข้าขายด้วยหรือไม่ และทำไมต้องเข้าขาย
5. การห้ามจำหน่ายที่ร้านสะดวกซื้อ ถ้าเช่นนั้นซื้อที่ห้างสรรพสินค้า หรือรถเข็นข้างทางได้หรือไม่
6. ภาพยนตร์โฆษณาที่ผลิตได้แล้วและเผยแพร่ไปแล้วจะสามารถออกอากาศได้หรือไม่ และจะยอมให้ออกอากาศได้จนถึงเมื่อไหร่
7. หากห้ามโฆษณาผ่านการสนับสนุนกีฬา รวมถึงชกมวย และอื่นๆ สสส.จะมีงบประมาณพอจะสนับสนุนทดแทนหรือไม่

ที่ สวรส.สปรส. ๐๕๕ / ๒๕๕๖

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง แนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการผลิตสุรารวมชน

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

อ้างถึง หนังสือด่วนที่สุดที่ นร.๐๕๐๔ (คกก.๓) /ว(ล) ๑๒๑ ลงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๖

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อเสนอ มาตรการในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
- ๓. นโยบายและมาตรการในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๔. เอกสารเรื่อง “ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ”

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะกรรมการกั่นกรองเรื่องเสนอคณะกรรมการรัฐมนตรี คณะที่ ๓ แจ้งว่าจากการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๕๖ ที่ประชุมได้มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รับไปพิจารณากำหนดแผนหรือแนวทางในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการรณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ใช้ความระมัดระวังและตระหนักถึงคุณภาพของสุราที่จะซื้อบริโภค ผลเสียจากการดื่มสุรามากเกินไป อันตรายจากการดื่มสุราขณะขับขี่ยานพาหนะ ขณะเดียวกันจะส่งเสริมให้ผู้ผลิตพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการผลิตสุราได้อย่างไร รวมทั้งการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุราซึ่งเกินความเป็นจริงและสมควรกำหนดพื้นที่ที่ห้ามจำหน่ายสุรา เพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อ การสร้างเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยให้แจ้งผลการดำเนินการให้ฝ่ายเลขานุการทราบ ภายในวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๕๖ นั้น

บัดนี้ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำข้อเสนอ มาตรการในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ พร้อมทั้งได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องมาด้วยดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒-๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณำเสนอคณะกรรมการกั่นกรองเรื่องเสนอคณะกรรมการรัฐมนตรี คณะที่ ๓ ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

อภิพล จินดาวังษา

(นายอำพล จินดาวังษา)

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

แผนงานบริหารทั่วไป

โทร. ๐-๒๕๕๐๒๓๐๕

โทรสาร ๐-๕๕๐๒๓๑๑

Handwritten mark and date ๒๒/๒/๕๖

ข้อเสนอ มาตรการในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอมาตรการระยะสั้นที่ควรทำทันที

๑. ให้แก้ไขประกาศกรมประชาสัมพันธ์ ห้ามโฆษณาสุราทุกประเภทและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ทางสถานีวิทยุกระจายเสียงและโทรทัศน์ ระหว่างเวลา ๐๕.๐๐ - ๒๒.๐๐ น. (เดิมห้ามเฉพาะการโฆษณาสุรากลั่นซึ่งมีแอลกอฮอล์สูงกว่า ๑๕ ดีกรีขึ้นไปทางโทรทัศน์เท่านั้น)

๒. ห้ามจำหน่ายสุราทุกประเภทและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดตามสถานบริการน้ำมันทั่วประเทศ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

ข้อเสนอมาตรการระยะถัดไป

ควรจัดทำเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อดำเนินมาตรการต่างๆ อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ โดยควรครอบคลุมมาตรการสำคัญๆ ได้แก่

๑. การควบคุมการผลิตและจำหน่ายสุรา

ซึ่งจากการศึกษาในหลายประเทศ พบว่ามาตรการควบคุมสุรามีหลายรูปแบบเช่น

- การกำหนดจำนวนสถานที่และพื้นที่จำหน่ายสุรา
- การกำหนดเวลาและวันในการจำหน่ายสุรา
- การกำหนดพื้นที่การวางสุราในร้านค้า
- การฝึกอบรมผู้จัดการและพนักงานขายเพื่อให้สามารถให้บริการหรือคำแนะนำการดื่มอย่างปลอดภัยแก่ลูกค้า

๒. การจำกัดการจำหน่ายสุราแก่เยาวชน

มาตรการที่ปฏิบัติกันอยู่ทั่วไปคือ การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือดื่มสุรา ซึ่งมีประเทศอย่างน้อย ๑๖ ประเทศที่มีกฎหมายกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ โดยส่วนใหญ่กำหนดไว้ที่อายุ ๑๘ ปี

๓. การผูกขาดและการขึ้นทะเบียนการผลิต

จากการศึกษารูปแบบที่พบบ่อยคือมาตรการการให้สัมปทานหรือใบอนุญาตทั้งในกระบวนการผลิตและหรือการจำหน่าย แต่ส่วนใหญ่มักให้สัมปทานการผลิตเบียร์แต่ผูกขาดการผลิตสุรากลั่นประเภทอื่นๆ

๔. ระบบภาษีและการควบคุมราคา

การที่จะใช้ภาษีสุราเพื่อวัตถุประสงค์ของนโยบายในเชิงป้องกันให้มีประสิทธิภาพนั้น รัฐจำเป็นต้องมีกลไกที่สามารถควบคุมตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับหนึ่ง ถ้ามีการผลิตสุราในชุมชนหรือเป็นการผลิตนอกระบบ การเพิ่มภาษีสุราจะทำให้เกิดการลักลอบผลิตและจำหน่ายในตลาดมืดได้และการเพิ่มการเก็บภาษีจะถูกมองจากมุมมองเรื่องการเพิ่มรายได้แก่รัฐว่าเป็นมาตรการที่ล้มเหลวมากกว่าที่จะถูกมองในแง่ของนโยบายเชิงป้องกัน

๕. การพิมพ์คำเตือนบนภาชนะบรรจุ

จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงผลของมาตรการการติดฉลากคำเตือน พบว่าได้ผลในกลุ่มนักดื่มอายุน้อยและคนที่ดื่มหนักและยิ่งการที่นักดื่มรับรู้เกี่ยวกับคำเตือนมากเท่าใดก็ทำให้เพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนเนื้อหาคำเตือนบ่อยๆ มีผลกระทบมากขึ้นในเชิงป้องกัน

๖. การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย

จากการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากการโฆษณาสุราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคสุราของเยาวชนและคนวัยหนุ่มสาว

๗. การควบคุมเรื่องเมาแล้วขับ

นโยบายนี้มีเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่สำคัญคือการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมามาตรการที่ใช้รวมไปถึงการลงโทษด้วยการจับกุมคุมขัง การปรับและยึดทรัพย์สิน การเพิกถอนสิทธิ์ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การใช้มาตรการที่เด็ดขาดมีโอกาสสูงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

๘. กลยุทธ์ด้านการรักษา

กลยุทธ์ในการรักษาปัญหาอันเนื่องมาจากสุรามักมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลเป็นหลักมากกว่ากลุ่มประชากร ซึ่งแนวทางการรักษามีหลายรูปแบบ ตั้งแต่ใช้ความสมัครใจจนถึงการบังคับ การให้การรักษาชั่วคราว จะได้ผลดีสำหรับคนที่เพิ่งมีปัญหา และหากสามารถกระจายการรักษาให้ทั่วถึงทั้งในคลินิกและในชุมชน จะก่อให้เกิดผลกระทบที่ดีต่อสังคมในภาพรวมของชุมชนนั้นๆ เป็นต้น (รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๗)

ทั้งนี้ควรสนับสนุนให้มีกลไกของรัฐที่ทำงานได้อย่างอิสระและคล่องตัว ทำหน้าที่เป็นแกนประสาน ติดตาม และบริหารจัดการให้เกิดความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติที่กำหนดขึ้น อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง โดยทำงานเชื่อมประสานกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) และส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างใกล้ชิด

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๕(คกก.๓)/ว(ล) ๖๖

แจ้งความปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
คดีที่: ๐๕๗/๔๖
วันที่: ๕.๑.๖๖
เวลา: ๑๐.๐๐ น.

คณะกรรมการกั่นกรองเรื่อง
 เสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ ๓
 ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๓๖ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง การมอบหมายให้ส่วนราชการพิจารณากำหนดแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการผลิตสุราชุมชน
 เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๓/ว(ล) ๑๑๔๗
 ลงวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๕๖

ด้วยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๖ เรื่อง การปรับปรุงภาษีสุรา
 เพื่อเศรษฐกิจชุมชน มอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการรณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์
 ในด้านการผลิต เพื่อมิให้เกิดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพ และพิษภัยของ
 การดื่มสุรา โดยให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ความละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

ในคราวประชุมคณะกรรมการกั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ ๓
 ครั้งที่ ๒/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๕๖ ประธานกรรมการกั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี
 คณะที่ ๓ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว ดังนั้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของ
 คณะกรรมการกั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ ๓ ในเชิงรุก จึงขอมอบหมายให้หน่วยงาน
 ที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี
 (สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค) กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงวัฒนธรรม รับไป
 พิจารณากำหนดแผนหรือแนวทางในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการรณรงค์ให้ความรู้และ
 ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ใช้ความระมัดระวังและตระหนักถึงคุณภาพของสุราที่จะซื้อบริโภค ผลเสีย
 ที่จะเกิดจากการดื่มสุรามากเกินไป อันตรายจากการดื่มสุราขณะขับขี่ยานพาหนะ ขณะเดียวกัน
 จะส่งเสริมให้ผู้ผลิตพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการผลิตสุราได้อย่างไร รวมทั้งการโฆษณาผลิตภัณฑ์
 สุราซึ่งเกินความเป็นจริง และสมควรจะกำหนดพื้นที่ที่ห้ามจำหน่ายสุรา เช่น บริเวณริมถนนในที่สาธารณะ
 เป็นต้น ได้อย่างไร เพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพและด้านสิ่งแวดล้อม โดยให้
 ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการกั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ ๓ ประสานขอความเห็นจาก
 กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการคลัง (กรมสรรพสามิต) ด้วย แล้วให้หน่วยงานต่าง ๆ นำผล
 การพิจารณาเสนอคณะกรรมการกั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ ๓ ภายใน ๔ สัปดาห์

/จึงเรียน ...

คําวนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๓/ว(ล) ๑๑๔๗

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๒๕ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง การปรับปรุงภาษีสุราเพื่อเศรษฐกิจชุมชน

เรียน รัฐ-ทส., มท., สธ., อก., ผบ-ตช.

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนมาก ที่ กค ๐๖๒๓/๔๘๓ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๖
- ๒. สำเนาหนังสือสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๙๐๑/๐๐๔๖ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๖
- ๓. สำเนาหนังสือกรมสรรพสามิต ที่ กค ๐๖๐๗/๒๐๗๔ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๖
- ๔. สำเนาหนังสือกรมสรรพสามิต ที่ กค ๐๖๐๗/๒๐๗๔ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๖ และกฎกระทรวงในเรื่องนี้

ด้วยกระทรวงการคลังได้เสนอเรื่อง การปรับปรุงภาษีสุราเพื่อเศรษฐกิจชุมชน พร้อมด้วยร่างกฎกระทรวง ฉบับที่ .. (พ.ศ.) ออกตามความในพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. ๒๔๙๓ มาเพื่อดำเนินการ ความละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๖ ลงมติว่า

- ๑. เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการอนุญาตให้ทำและขายสุรากลั่น ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ
- ๒. อนุมัติหลักการร่างกฎกระทรวง ฉบับที่ .. (พ.ศ.) ออกตามความในพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. ๒๔๙๓ ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาเป็นเรื่องด่วน แล้วดำเนินการต่อไปได้
- ๓. เห็นชอบการยกเว้นภาษีเงินได้ให้แก่ผู้ทำและขายสุรากลั่นชุมชนในระยะแรก เป็นเวลา ๓ ปี
- ๔. คณะรัฐมนตรีเห็นว่า การปรับปรุงภาษีสุราเพื่อเศรษฐกิจชุมชนนี้ เพื่อส่งเสริมพัฒนาผลผลิตจากภูมิปัญญาท้องถิ่น และฟื้นฟูเศรษฐกิจชุมชน ดังนั้น ต้องป้องกันมิให้บุคคลใดฉกฉวยประโยชน์จากประชาชนหรือชุมชนโดยใช้กลไกของรัฐเป็นเครื่องมือ ทุกรูปแบบ ในการผลิตสุรชนิดต่าง ๆ อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตลอดจนถึงสุขภาพอนามัยของผู้ที่ดื่มอย่างต่อเนื่อง จึงมอบให้

๔.๑ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ในด้านการผลิต เพื่อมิให้เกิดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพ และพิษภัยของการดื่มสุรา โดยให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

- ๒ -

๔.๒ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สั่งการและกำกับดูแลให้หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในสังกัดที่อยู่ในจังหวัด และอำเภอ ถือปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดพร้อมทั้งกวาดขันมิให้มีการใช้อิทธิพล ในทางที่มีชอบด้วยกฎหมาย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงดังกล่าว โดยมีการแก้ไขเล็กน้อยเฉพาะถ้อยคำ (ตามแบบการร่างกฎหมาย) ความละเอียดปรากฏ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ต่อมากระทรวงการคลัง (กรมสรรพสามิต) ได้แจ้งยืนยันให้ความเห็นชอบ ร่างกฎกระทรวงดังกล่าวที่ผ่านการตรวจพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว ไปเพื่อ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีทราบ และได้ส่งกฎกระทรวงกำหนดชนิดของสุราและอัตราภาษีสุรา พ.ศ. ๒๕๕๖ และประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง วิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. ๒๕๕๖ (ฉบับที่ ๕) ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังลงนามแล้ว ไปเพื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษา ความละเอียด ปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ และ ๔

จึงเรียนยืนยันมา / จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอได้โปรดพิจารณาดำเนินการ ตามมติคณะรัฐมนตรีในข้อ ๔ ต่อไป ทั้งนี้ ได้แจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการ ตามมติคณะรัฐมนตรี และได้นำกฎกระทรวงในเรื่องนี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม ๑๒๐ ตอนที่ ๗ ก วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๖ ส่วนประกาศกระทรวงการคลัง ฯ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม ๑๒๐ ตอนพิเศษ ๕ ง วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๖ แล้ว

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุรชัย ภูประเสริฐ)

รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

สำนักนิติธรรม

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๓๐๖-๗

๐ ๒๒๘๐ ๙๐๕๔

โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๕๔

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวสายฝน สฤกษ์เจริญ)
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน... 7

เหล่า กับ คนไทย

บัวมลสำดิษ
กรกฎาคม 2544

ฤทธิ์สุราต่อสุขภาพจิต

สารเคมีและแอลกอฮอล์ในเหล้า ส่งผลให้ผู้ดื่มรู้สึกผ่อนคลาย ครื้นอกครื้นใจ สนุกสนานรื่นเริงได้จริง ทว่าในระยะยาวมันไม่เพียงบั่นทอนสุขภาพร่างกายให้เลวร้ายลงเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสติปัญญา และสุขภาพจิตของผู้ดื่มและก่อให้เกิดปัญหาด้านบุคลิกภาพและสังคมในระยะยาวด้วย

□ ทำลายความยับยั้งชั่งใจ

เนื่องจากสุราสามารถละลายในไขในได้ดี จึงสามารถผ่านทาบที่กั้นระหว่างกระแสโลหิตกับเซลล์สมอง (blood-brain-barrier) ได้เป็นอย่างดี ผลที่เกิดขึ้นในทันทีก็คือ กดการทำงานของสมอง โดยเฉพาะสมองส่วนที่ผ่านการพัฒนามามาก นั่นคือ สมองส่วนที่ควบคุมความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ทำให้สมองส่วนอื่น ๆ เพิ่มทวีผลต่อความคิดและพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ดื่มขาดความยับยั้งชั่งใจดังที่มีในภาวะปกติ จนทำให้สามารถก่อความรุนแรงและพฤติกรรมที่ก่อความเดือดร้อนและอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้โดยง่าย

□ เซาว์ปัญญาลด

มีงานวิจัยในประเทศไทยที่ระบุว่า การดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อย ทำให้ผู้ดื่มมีระดับเซาว์ปัญญาลดลง

การวิจัยดังกล่าวได้แก่ การวิจัยเรื่อง ความเสื่อมของเซาว์ปัญญาในผู้ป่วยจิตเวชสุราที่รับไว้ในฝ่ายจิตเวชทั่วไป ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา (มักเรียกกันว่า "โรงพยาบาลบ้านสมเด็จฯ") โดยผู้ศึกษา คือ คุณอัมพร รัตนวิทย์ นักจิตวิทยา ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วย 54 ราย เป็นชาย 52 ราย หญิง 2 ราย อายุเฉลี่ย 41 ปี พบว่า ร้อยละ 39 หรือมากกว่า 1 ใน 3 มีความเสื่อมของเซาว์ปัญญา ตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรง ด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราหลายประการ เช่น ชนิดของการดื่ม วิธีการดื่ม ชนิดของสุราที่ดื่ม ตลอดจน การมีพ่อแม่เป็นนักดื่ม และมีอาการผิดปกติทางจิต

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้พบด้วยว่า กลุ่มผู้เริ่มดื่มสุราในช่วงอายุ 20-29 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มคนวัยเรียนจนถึงเริ่มต้นทำงาน และเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว จะมีความเสื่อม ของเซาว์ปัญญามากกว่ากลุ่มที่เริ่มดื่มในกลุ่มอายุอื่น ๆ

เหล่า กับ คนไทย

ฤทธิ์สุราต่อสุขภาพจิต (2)

□ ต้นเหตุสำคัญของโรคจิต

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยทางจิตในแต่ละประเทศ มีสาเหตุมาจากสุรา

สารพิษที่เกิดจากการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในร่างกาย คือ เตตราไฮโดรไอโซควิโนลีนส์ (tetrahydroisoquinolines) จะเข้าทำลายสารเคมีในสมองที่ช่วยให้คนเรารู้สึกเป็นปกติสุขและสงบ คนติดเหล้าจึงมักมีจิตใจและอารมณ์อ่อนไหว ความอดทนต่อภาวะเครียดหรือกดดันลดน้อยลง ขาดสมาธิ นำไปสู่บุคลิกภาพเสื่อมโทรมในที่สุด

ผู้ดื่มสุราเรื้อรังจะมีการฝ่อลีบของสมองส่วนนอก (Cortex) ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการเสื่อมทางจิต โรคจิตจากการดื่มสุรามีด้วยกันหลายอาการและมักจะรักษาให้หายขาดได้ยาก ได้แก่ โรคประสาทหลอน โรคหวาดระแวง โรคความจำเสื่อม โรคซึมเศร้า โรคหวาดกลัวผิดปกติ ฯลฯ ทั้งนี้โรคจิตจากสุราสามารถเกิดขึ้นได้กับนักดื่มทุกคน ไม่ว่าจะหญิงหรือชาย

อาการทางจิตที่เกิดในผู้ดื่มสุราจนติดชัดเจนคือ ภาวะตื่นกลัวที่เรียกว่า panic disorder อันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ อาการผิดปกติของหัวใจ ระบบประสาท และระบบกระเพาะอาหาร โดยปกติภาวะกลัวเช่นนี้พบในอัตรา 1-2 คนจากประชากร 100 คน แต่ในกลุ่มผู้ดื่มสุราจนเข้าสู่ภาวะผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังอัตราจะเพิ่มเป็น 13-50 คนต่อ 100 คน ทำให้กลายเป็นคนที่ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้

ที่มา :

บทความ “ความเสื่อมของชาวคนไทยในผู้ป่วยจิตเวชติดสุราที่รับไว้ในฝ่ายจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพรหม”
โดย อัมพร รัตติกาย ใน วารสารจิตเวชศาสตร์ ฉบับ ปีที่ 6 ฉบับที่ 1
ศูนย์บรรณคดีป้องกันปัญหาจากสุรา (ฉบับปรับปรุงใหม่) จัดทำโดย สมาคมป้องกันปัญหาจากสุราแห่งประเทศไทย

เหล่า กับ คนไทย

ข้อมูลสำคัญ
กรกฎาคม 2544

“กริบ” วันละนิด พิชิตหลายโรค เรื่องที่ยังไร้บทสรุป

แม้ว่าทุกฝ่ายจะเห็นพ้องต้องกันว่า การดื่มแอลกอฮอล์มาก ๆ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับ “พอประมาณ” ซึ่งโดยทั่วไปอยู่ในราวหนึ่งถึงเจ็ดแก้วต่อสัปดาห์นั้น ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่าจะมีผลกับสุขภาพเพียงใด

ที่ผ่านมามีรายงานการวิจัยหลายชิ้นระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพอประมาณมีผลดีต่อสุขภาพหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการช่วยป้องกันโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ และทำให้อายุยืนขึ้น บางรายงานถึงกับระบุว่า การ *ไม่ดื่ม* แอลกอฮอล์เสียเลย *ไม่เป็นผลดีกับสุขภาพ*

อย่างไรก็ตาม ยังมีนักวิชาการและแพทย์หลายคนตั้งข้อกังขาต่อข้อมูลดังกล่าว โดยชี้ว่า การทำวิจัยอันเป็นที่มาของข้อมูลที่ว่า การดื่มสุราพอประมาณดีต่อสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกจำนวนมาก ทั้งทางด้านอายุ สภาพร่างกาย ที่อยู่อาศัย สภาพการทำงานและการใช้ชีวิต ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ จนยากที่จะได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับน้อยหรือ “พอประมาณ” จะมีผลดีต่อร่างกายมากน้อยเพียงใด

ขณะเดียวกัน ยังมีผลการวิจัยอีกหลายชิ้น ทั้งในยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่ระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อย กับการไม่ดื่มเลย ไม่มีผลแตกต่างกันด้านสุขภาพที่เด่นชัด และมีผลการวิจัยของสหรัฐอเมริกาอันหนึ่งที่สรุปว่า จากการศึกษาที่มีการควบคุมปัจจัยภายนอกไว้ด้วยนั้น ไม่ปรากฏว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับ “พอประมาณ” จะมีผลดีต่อสุขภาพและอายุขัยใด ๆ ชัดเจน รวมทั้งไม่มีหลักฐานว่า การไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลย จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพใด ๆ ทั้งสิ้น

ตัวอย่างที่น่าสนใจหนึ่ง คือ ผลการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 1997 ที่ใช้เวลาศึกษาเป็นเวลานาน 15 ปี ได้ข้อสรุปว่า ผู้ชายที่ดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราการเกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้ชายที่ไม่ดื่ม แต่การวิจัยดังกล่าวยังระบุว่า แอลกอฮอล์ อาจไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้อัตราการเกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจน้อยลง เพราะมีปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ อีกมากที่มีผลต่อการเกิดโรคดังกล่าว และแม้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจลงได้จริง แต่ก็อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคร้ายแรงอื่น ๆ เช่น โรคตับ มะเร็ง และโรคหัวใจอื่น ๆ ขึ้นด้วย

เหล้า กับ คนไทย

ประเด็นที่ยังไร้บทสรุป (2)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยของกระทรวงสาธารณสุขของรัฐฮาวายชิ้นหนึ่ง ระบุว่า แม้การดื่มแอลกอฮอล์วันละหนึ่งถึงสองแก้วจะช่วยบำรุงสมองของผู้สูงอายุ แต่ผู้วิจัยได้ตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับว่า ผลดีที่ได้ อาจไม่คุ้มกับผลเสียด้านอื่น ๆ ที่ตามมา เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ดื่ม อีกทั้งสภาพร่างกายที่แตกต่างกันไปก็ทำให้ตัดสินได้ยากว่า ปริมาณแอลกอฮอล์เท่าใดจึงจะไม่มากเกินไป เนื่องจากความพอดีของคนหนึ่ง อาจมากเกินไปสำหรับอีกคนหนึ่ง

ในตอนนี หลักฐานจากการวิจัยเรื่องผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ ที่พอจะสรุปได้แน่นอนก็คือ การดื่มแอลกอฮอล์ อาจจะไม่เป็นผลดีต่อหัวใจ และ ผู้สูงอายุ ผู้มี อาการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพ ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ หรือดื่มให้น้อยที่สุด ไม่ว่าจะในกรณีใด ๆ

ล่าสุด วารสารแลนเซต (Lancet) ซึ่งเป็นวารสารด้านการแพทย์ที่มีชื่อเสียงที่สุดของอังกฤษ ฉบับเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา ได้สรุปผลการประชุมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญระดับโลกครั้งล่าสุดว่า องค์การทางสุขภาพต่าง ๆ ยังคงลังเลที่จะแนะนำให้ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะน้อยหรือมาก เนื่องจากมีความเป็นไปได้สูงที่ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะค่อย ๆ เพิ่มปริมาณการบริโภคขึ้นจนเป็นภัยแก่ร่างกายในที่สุด

ข้อเสนอที่น่าจะดีที่สุดที่ระบุในวารสารฉบับนี้ก็คือ ก็คือ สำหรับผู้ที่ดื่มอยู่แล้ว ควรควบคุมปริมาณให้อยู่ในระดับพอประมาณ ไม่มากเกินไป จะไม่เลิกดื่มก็ไม่เป็นไร แต่ถ้าหากเป็นคนไม่ดื่มอยู่แล้ว ก็อย่าเริ่มเลยจะดีกว่า

ที่มา :

วารสาร Addiction volume 95 (2) ,2000
วารสาร Lancet ฉบับ 8 January, 2000 / 12 May, 2001
วารสาร Insight on the News ฉบับ September, 2000
วารสาร Alcohol Research and Health, 2000
วารสาร JAMA 18 April, 2001

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

องค์การอนามัยโลก ระบุว่า การดื่มสุราก่อนผลกระทบด้านลบต่อชีวิต อีกทั้งทำให้มนุษย์อายุสั้น ยิ่งกว่าการสูบบุหรี่ และเป็นสาเหตุของโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 60 ชนิด

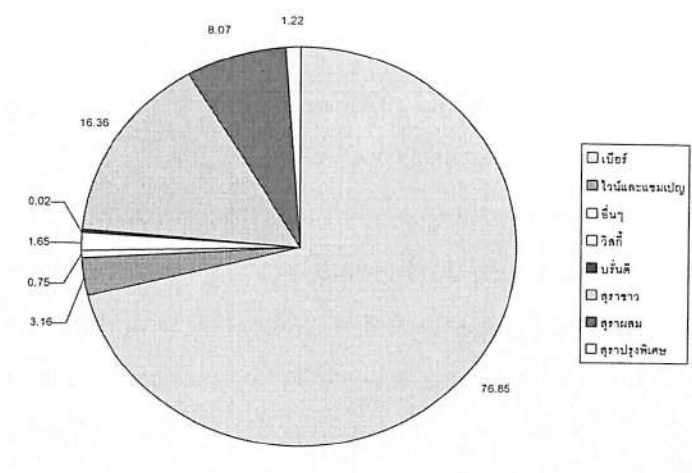
ในปี 2545 พลโลกตายเพราะสาเหตุจากสุรามากกว่ายาเสพติด โดยคิดเป็นร้อยละ 5 ของการตายในประชากรวัย 15-29 ปี หรือ รวมจำนวนประชากรประมาณ 1.8 ล้านคน ในปีเดียว

ในกรณีของประเทศไทย แม้ยังไม่มีการศึกษาเชิงปริมาณถึงผลกระทบของสุราต่อสุขภาพในภาพรวมชัดเจน แต่ได้มีการศึกษาวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าสุราสร้างความเสี่ยงต่อสุขภาพ และสวัสดิภาพในหลายด้าน ดังนี้

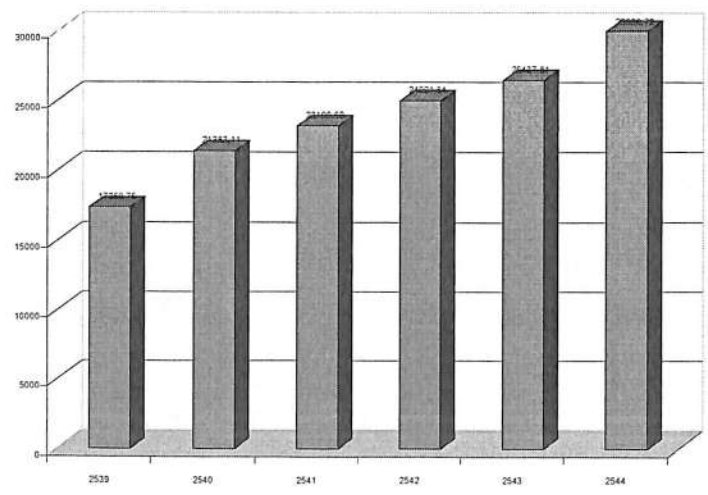
- ศูนย์วิจัยยาเสพติด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า การดื่มสุรามากเกินพอดีมีโอกาสก่อปัญหาทะเลาะวิวาท ร้อยละ 15 ก่อปัญหาสุขภาพร้อยละ 11 และก่ออุบัติเหตุร้อยละ 8
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวหรือคู่สมรสดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 68 เคยมีปัญหทะเลาะจนทำร้ายร่างกาย และส่วนหนึ่งถึงขั้นหย่าร้าง
- ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า การบริโภคสุราสัมพันธ์กับการเกิดการบาดเจ็บในอุบัติเหตุจราจรถึงร้อยละ 40

คนไทยดื่มสุราเพิ่มต่อเนื่อง

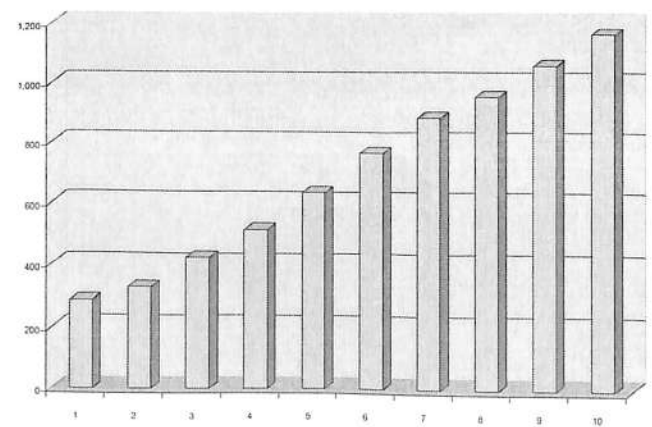
- ปริมาณการดื่มสุราของคนไทยเพิ่มเกือบเท่าตัว (652.3 ล้านลิตร ในปี 2534 เป็น 1,22302 ล้านลิตรในปี 2542) ในเวลาไม่ถึง 10 ปี
- อัตราการบริโภคเบียร์ของคนไทยเฉลี่ยต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นจาก 8 ลิตร ต่อคนต่อปี ในปี 2542 เป็น 16 ลิตร ต่อคนต่อปี (เท่าตัว) ในปี 2545
- การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2544 พบว่า ใน 1 ปี มีผู้ดื่มสุราเพิ่มขึ้น 1.6 ล้านคน หรือ ร้อยละ 2.3 ของประชากร
- จากการคาดการณ์ของ Euro Monitor พบว่า ในปี 2005 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยจะเพิ่มจาก ปี 2545 ร้อยละ 105



ภาพประกอบ 1 ภาษีเครื่องดีเซลแอลกอฮอล์ แยกตามประเภท



ภาพประกอบ 2 ภาษีจากเบียร์ (2539 - 2544)



ภาพประกอบ 3 ปริมาณการผลิตเบียร์ (2534 - 2544) : หน่วย ลิตร

เจาะกลุ่ม "นักดื่ม" ... สตรีและเยาวชนคือ "หน้าใหม่"

- คนไทยเฉพาะที่อายุเกิน 15 ปี มีประมาณ 15.3 ล้านคน หรือ ร้อยละ 32.6 ของประชากรทั้งหมดที่ดื่มสุรา
- เป็นชาย 13 ล้านคน (ร้อยละ 55.9 ของชายไทย) และ เป็นหญิง 2.3 ล้านคน (ร้อยละ 9.8 ของหญิงไทย)
- อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่ม ได้แก่ 20.2 ปี
- วัยทำงาน (25-29 ปี) เป็นกลุ่มที่มีอัตราการดื่มสุราสูงสุด คือ ร้อยละ 39.3 รองลงมา คือ กลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) ร้อยละ 21.6 และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)
- เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ดื่มสุราแยกตามเขตเมืองและชนบท พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในเขตเมืองมีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท ทั้งนี้ สาเหตุอาจเนื่องมาจากในเขตเมือง ผู้บริโภคสามารถซื้อหาเครื่องดื่มเหล่านี้ได้ง่าย และมีหลากหลายประเภท และหลายยี่ห้อให้เลือก รวมทั้งสังคมเมือง เป็นสังคมใหญ่ จึงมีสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ มากมายที่ชักนำให้มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย¹
- อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มคนรุ่นใหม่มีแนวโน้มสูงกว่าในคนที่เกิดรุ่นก่อน ทั้งนี้ อาจจะเป็นเนื่องจาก สภาพแวดล้อม สังคม และค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไปในเด็กรุ่นใหม่ ๆ ที่อาจได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น²
- นักเรียน ม.ปลาย ถึง อุดมศึกษา ประมาณ 2 ใน 3 ยอมรับว่าตนเองเป็น "คนดื่มสุรา"

แนวโน้มที่น่าจับตา

- การคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2550 คาดว่า อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาค ยกเว้นเฉพาะกลุ่มหญิงช่วงวัย 41-60 ปีในภาคใต้
- สำหรับกลุ่มที่ดื่มหนัก คือ ดื่มบ่อยตั้งแต่ 3-4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ในระยะ 5 ปีข้างหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเพศหญิง รวมทั้งกลุ่มผู้ชายในกรุงเทพมหานครที่มีช่วงอายุ 61-80 และผู้หญิงในกรุงเทพมหานครที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี

¹ จาก โครงการการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดย น.พ. วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์ และ คุณนิศานต์ สำอางศรี นำข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในโครงการสำรวจสถิติสังคม เกี่ยวกับอบาณามัย และสวัสดิการ ซึ่งทำการสำรวจในปี 2534, 2539 และ 2544 มาวิเคราะห์ เพื่อทราบถึงแนวโน้มของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

² เติ้งฮ้าง

เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา

1. มาตรการภาษี

กรณีตัวอย่างหนึ่ง คือ ในปี 2527 หลังจากที่รัฐบาลประกาศขึ้นภาษีเครื่องดื่ม ร้อยละ 100 ส่งผลให้ยอดจำหน่ายเบียร์ลดลงจาก 170 ล้านลิตร เหลือ 120 ล้านลิตร ในปี 2528 อย่างไรก็ตาม ผู้บริโภคได้ใช้เวลาปรับตัวระยะหนึ่ง ยอดจำหน่ายก็จะเป็นที่ฟื้นตัวตามเดิม

2. นโยบายเปิดเสรีการผลิต

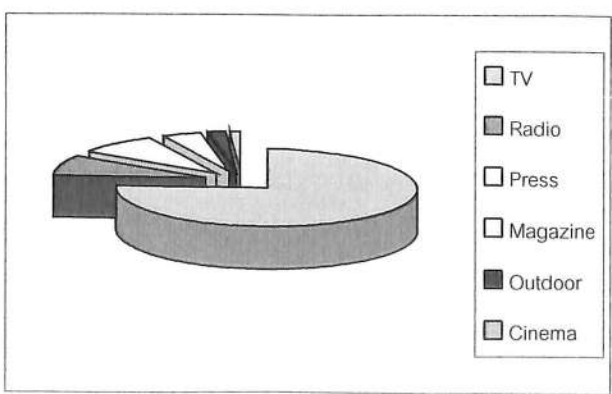
ในปี 2535 รัฐบาล โดยนายอานันท์ ปันยารชุน สนับสนุนระบบการค้าเสรีและส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมผลิตเบียร์อย่างจริงจัง ส่งผลให้เกิดผู้ผลิตเบียร์รายใหม่เกิดขึ้นมากมาย โดยเพิ่มจาก 2 โรงงานในปี 2535 เป็น 4 โรงงานในปี 2536 เป็น 6 โรงงานในปี 2537 เป็น 12 โรงงาน ในปี 2539 และ 18 โรงงานในปี 2542

3. ข้อมูล และ ค่านิยม ในสังคมที่สนับสนุนการดื่มสุรา เช่น การดื่มสุราดีมีผลดีต่อสุขภาพ เป็นต้น

4. โอกาส และ การทุ่มโฆษณาผ่านสื่อมวลชน

ข้อมูลในปี 2543 ระบุว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่ลงทุนกับการซื้อสื่อโฆษณามากที่สุด คือ 2,306.21 ล้านบาท และเมื่อแยกพิจารณาเงินซื้อสื่อโฆษณารายย่อย ยังพบว่ามียี่ห้อยี่ห้อที่ติดอันดับสินค้าที่ลงทุนกับการซื้อสื่อโฆษณามากที่สุดในรอบปี ได้แก่

อันดับ	ชื่อสินค้า	งบประมาณ (ล้านบาท)
3	เบียร์ช้าง	317.82
4	เบียร์สิงห์	315.56
6	ลีโอบีเยอร์	263.47
13	เบียร์มิตต์ไวต์	204.53
14	เบียร์อิมสเทล	200.83
31	เบียร์ไฮเนเก้น	124.69
50	เบียร์คาร์ลสเบิร์ก	90.28



ภาพประกอบ 4 ลักษณะการซื้อสื่อโฆษณาสุรา ในปี 2543 แยกตามประเภทสื่อ

กลยุทธ์การตลาดและโฆษณาประชาสัมพันธ์สินค้า

1. การตลาด ดำเนินการโดยอาศัยช่องทางหลักดังนี้

- ร้านค้าปลีก ซูเปอร์มาร์เก็ต
- สถานบันเทิง
- สื่อมวลชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โทรทัศน์
- จุดที่ชุมนุมของกลุ่มเป้าหมายปัจจุบันและอนาคต เช่น สนามกีฬา

ร้านค้าปลีก / ซูเปอร์	สถานบันเทิง	สื่อมวลชน	แหล่งกลุ่มเป้าหมาย
<ul style="list-style-type: none"> • ตัดราคา • สร้างเงื่อนไขบีบผู้จำหน่ายให้หาทางระบายสินค้าให้มากที่สุด (เช่น การบังคับขายเหล่าฟองเบียร์) • ชิงโชค 	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้ผู้หญิงเชียร์ (พริตตี้) • ตัดราคา • เปิด 1 แถว 1 • ชิงโชค • การสาธิตวิธีการดื่ม 	<ul style="list-style-type: none"> • ชื่อพื้นที่โฆษณา (กรณีโทรทัศน์ สุรา หลัง 22.00 น. / เบียร์ 24 ชั่วโมง) • ใช้ดารา / คนมีชื่อเสียงเป็นพรีเซนเตอร์ • จัดรายการชิงโชคผูกติดกับรายการโทรทัศน์ • แฝงในภาพ / เนื้อหาละครโทรทัศน์ยอดนิยม • เป็นสปอนเซอร์การถ่ายทอด และ จัดแข่งขันรายการกีฬาที่สำคัญ ในลักษณะผูกขาด 	<ul style="list-style-type: none"> • อุปถัมภ์รายการกีฬา เช่น ฟุตบอล แข่งขันออฟโรด โบว์ลิ่ง ยิงปืน) • อุปถัมภ์รายการดนตรีของนักดนตรีไทยและต่างประเทศยอดนิยม • จัดกิจกรรมฝึกทักษะกีฬาแก่เยาวชน • จัดโครงการช่วยเหลือสังคม

2. การโฆษณา

อาศัยกลยุทธ์หลักดังนี้

- นำเสนอสินค้าในเชิงสัญลักษณ์ โดยนำเสนอสินค้าผูกติดกับความรู้สึกเชิงบวกในลักษณะต่าง ๆ เช่น สร้างความภาคภูมิใจผ่านสำนึกความเป็นชาติ ความเป็นสากล ชีวิตสนุกสนานอิสระ
- ผูกติด เกาะเกี่ยวกับคนดัง ดารายอดนิยม
- อาศัยจังหวะช่วงเทศกาล และวาระสำคัญในสังคม เช่น การแข่งฟุตบอลโลก เป็นต้น



ขายความเป็นเบียร์ระดับโลก



ขายความเป็นวีรบุรุษ



▲ปาร์ตีเกม ดึกหน้าบ้านรานแห่งเมือง นาดาร์ดี บาร์เซอร์ของค่ายคอสต์เบดส์ แมคทานเกอร์ คือสิ่งบันเทิงบนสวรรค์ งานปาร์ตี้จะสมเริงก่อกำเนิดในค่ำคืนอันสุขุมวิท

ขายดาราวิตีชีวิดิอิสระ สนุกสนาน



ขายความแปลกใหม่

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

□ การจำกัดเวลาจำหน่าย

มีกฎกระทรวงออกตาม พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ.2493 ซึ่งเป็นกฎหมายหลักที่ควบคุมกระบวนการผลิตและจำหน่ายสุราในประเทศไทย กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับเวลาขายสุรา โดยสืบเนื่องจากมาตรา 20 ของพระราชบัญญัติ ที่ระบุให้ผู้รับใบอนุญาตขายสุรารายย่อย คือจำหน่ายครั้งหนึ่งต่ำกว่า 10 ลิตร สามารถขายสุราได้เฉพาะในเวลาที่กำหนดในกฎกระทรวงการคลังฉบับที่ 35 (พ.ศ.2504) ซึ่งกำหนดเวลาไว้ 2 ระยะเวลาในช่วงหนึ่งวัน ช่วงแรก ตั้งแต่ 11.00 น. ถึง 14.00 น. และช่วงที่สอง ตั้งแต่ 17.00 น. ถึง 02.00 น. ของวันใหม่

□ ควบคุมฉลาก

ใน ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 177) พ.ศ. 2540 กำหนดเรื่องการแสดงฉลากสุรา ระบุให้ สุราเป็นอาหารที่ต้องมีฉลาก นอกจากนี้ ฉลากของสุราต้องมีคำเตือนเป็นภาษาไทยที่มองเห็นได้ง่ายโดยใช้ตัวอักษรเส้นที่ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 2 มิลลิเมตร สีของข้อความติดกับสีพื้นของฉลาก โดยต้องแสดงข้อความ "คำเตือน: การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลง"

□ จำกัดกลุ่มผู้บริโภค

ฉบับที่สำคัญคือ ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 294 เรื่องเด็กซึ่งประพฤติตนไม่สมควรแก่วัย ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2515 ระบุไว้ใน ข้อ 1 ว่า "เด็ก" หมายความว่า ผู้ซึ่งอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ และยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส ต่อเนื่องด้วย หมวด 5 เรื่องการปฏิบัติต่อเด็ก ข้อ 20 ห้ามมิให้ผู้ใดขาย หรือให้สุราหรือบุหรี หรือสิ่งเสพติดให้โทษอื่นใดแก่เด็ก หรือชักจูงเด็กให้ดื่มสุรา หรือสูบบุหรี หรือสิ่งเสพติดให้โทษอื่นใด เว้นแต่การปฏิบัติทางการแพทย์

ในหมวด 6 เรื่องบทกำหนดโทษ ข้อ 24 ระบุว่า ผู้ใดฝ่าฝืนข้อ 20 คือขายหรือให้สุราแก่เด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

□ จำกัดการโฆษณาทางสื่อวิทยุ และ โทรทัศน์

ใน ประกาศกรมประชาสัมพันธ์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจทางสถานีวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์ ข้อ 9 ได้กำหนดไว้ว่า ห้ามทำการโฆษณาสุราประเภทสุรากลั่น ซึ่งมีแอลกอฮอล์สูงกว่า 15 ดีกรีขึ้นไป ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์ ระหว่างเวลา 05.00 – 22.00 น.

□ เมาแล้วห้ามขับ

พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.2522 มาตรา 43 กำหนดไว้ว่า "ห้ามมิให้ผู้ใดขับขี่รถขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น" และกระทรวงมหาดไทย ได้พิจารณาออกกฎกระทรวงบังคับใช้กับผู้เสพสุราหรือเครื่องดื่ม

ที่มีแอลกอฮอล์มีนเมาแล้วขับรถ โดยกำหนดให้มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่หากตรวจพบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายเกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งเปรียบได้กับการดื่มเหล้าผสมโซดา 2 แก้ว หรือดื่มเบียร์ 3 แก้ว จะมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับตั้งแต่ 2,000-10,000 บาท

□ กฎหมายในอนาคต

สำนักงานส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (สยช.) ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดทำร่างกฎหมายคุ้มครองเยาวชน พ.ศ. ... ซึ่งจะมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการห้ามเยาวชน (ต่ำกว่า 18 ปี) ดื่ม/ซื้อ สุรา

□ ข้อสังเกตในประเด็นสำคัญ

- ◆ นิยาม "สุรา" ในกฎหมายจำกัดขอบเขตการโฆษณาได้ครอบคลุมถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมน้อยกว่า 15% ทำให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายชนิด เช่น เบียร์ ไวน์คูลเลอร์ หรือน้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ สามารถโฆษณาทางโทรทัศน์และวิทยุได้ตลอดเวลา
- ◆ หลายฝ่ายเห็นว่ากฎหมายไทยน่าจะมีการกำหนดขอบเขตสถานที่และเวลาจำหน่ายเพิ่มในบางกรณี เช่น ห้ามขายตามสถานีบริการน้ำมัน หรือจำหน่ายตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุจากรถ และความรุนแรงในลักษณะต่าง ๆ
- ◆ กฎหมายเรื่องสุราในประเทศไทยกำหนดจากหลายหน่วยงาน โดยมีวัตถุประสงค์ของกฎหมายและระเบียบที่มีอยู่แตกต่างกัน และไม่มีการประสานแผนปฏิบัติงานเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

นโยบายและมาตรการในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แปลและเรียบเรียงจาก Global Status Report on Alcohol องค์การอนามัยโลก

ในปีพ.ศ. 2522 ในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 32 ได้ผ่านมติองค์การที่ WHOA32.40 เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกในการ "นำมาตรการที่เหมาะสมทุกวิถีทางมาใช้ในการลดการบริโภคในประชากรทุกหมู่เหล่า" และ "พัฒนาแผนงานโครงการด้านป้องกันที่เข้มข้น ซึ่งรวมทั้งการให้ข้อมูล ความรู้ สารสนเทศต่าง ๆ และการออกกฎหมายที่เหมาะสมที่มีประสิทธิผลในการสนับสนุนการดำเนินการที่มีผลต่อการผลิตและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์" ต่อมาในปีพ.ศ. 2526 มติที่ WHOA36.12 สมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 36 ได้เสนอแนะให้ประเทศสมาชิก

- (1) จัดทำนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติที่ชัดเจนและครบถ้วนทุกด้านที่ให้ความสำคัญด้านการป้องกันภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีถ้วนหน้า
- (2) พัฒนากลวิธีและกิจกรรมในแผนงานโครงการที่ต่อเนื่องและระยะยาว เพื่อลดการบริโภคและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์

ตั้งแต่นั้นมา มีประสบการณ์และข้อมูลจำนวนมากมายทางวิทยาศาสตร์เกิดขึ้นจากการพัฒนานโยบายระดับชาติที่ครบถ้วนรอบด้านดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์และงานวิจัยส่วนใหญ่ ดำเนินการในประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นส่วนใหญ่

มีประเทศเพียงไม่กี่ประเทศที่มีการจัดตั้งและมอบหมายให้องค์กรหรือหน่วยงานเฉพาะในลักษณะรวมศูนย์เพื่อดูแลปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ในประเทศส่วนใหญ่หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเรื่องแอลกอฮอล์จะจัดกระจายในหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมศุลกากร หน่วยงานที่ดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสวัสดิการสังคม กระทรวงยุติธรรม และสำนักงานตำรวจ เป็นต้น นอกจากนั้นองค์กรเอกชนหลายแห่งก็มีส่วนร่วมที่สำคัญและมักมีบทบาทผู้เบิกทางในการดูแลปัญหานี้ด้วยเช่นกัน

องค์การอนามัยโลกในภาคพื้นยุโรปได้พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านแอลกอฮอล์ (The European Alcohol Action Plan) ซึ่งประกอบด้วยข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหาแอลกอฮอล์เพื่อให้ประเทศต่างๆ ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนระดับชาติ ขณะนี้มีบางประเทศที่มีแผนระดับชาติเรื่องแอลกอฮอล์เป็นการเฉพาะ เช่น ประเทศฝรั่งเศสและโปแลนด์ซึ่งตระหนักว่าระดับและพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เป็นอยู่ทุกวันนี้ถือได้ว่าเป็นอันตรายสำคัญต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน ประเทศนิวซีแลนด์มีองค์กร New Zealand's Alcohol Liquor Advisory Council ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์เป็นการเฉพาะ

มาตรการสำคัญคืออะไร

1. การควบคุมการผลิตและจำหน่ายสุรา Regulation of Physical Availability

การศึกษาในหลายประเทศซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว แสดงให้เห็นว่ามาตรการจำกัดการผลิตและการจำหน่ายสุราทำให้การบริโภคสุราและปัญหาเนื่องจากสุราลดลง

มาตรการควบคุมสุรามีหลายรูปแบบ เช่น

1. การกำหนดจำนวนสถานที่และพื้นที่จำหน่ายสุรา
2. การกำหนดเวลาและวันในการจำหน่ายสุรา
3. การกำหนดพื้นที่การวางสุราในร้านค้า
4. การฝึกอบรมผู้จัดการและพนักงานขายเพื่อให้สามารถให้บริการหรือคำแนะนำการดื่มอย่างปลอดภัยแก่ลูกค้า เป็นต้น

มาตรการที่ปฏิบัติกันในประเทศส่วนมากเป็นมาตรการควบคุมที่ไม่ได้เข้มงวดจนเกินไป โดยอาจมีการควบคุมเป็นบางพื้นที่ เช่น ในสถานที่ทำงาน หรือรวมทั้งบริเวณรอบ ๆ ที่ทำงานด้วย ประเทศอิตาลี มีกฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เกินร้อยละ 20 ในที่มีกิจกรรมสาธารณะต่างๆ เช่น การแข่งกีฬา สวนสนุก หรือการแสดงดนตรีในที่แจ้ง เป็นต้น ประเทศเควดอร์ห้ามการจำหน่ายสุราในสถานบริการสุขภาพและสถานศึกษาทุกแห่ง ในขณะที่ประเทศอียิปต์อนุญาตให้มีการจำหน่ายสุราเฉพาะในโรงแรมหรือสถานท่องเที่ยวต่างๆ เท่านั้น

2. การจำกัดการจำหน่ายสุราแก่เยาวชน

มาตรการที่ปฏิบัติกันอยู่ทั่วไปคือ การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือดื่มสุรา ผลการศึกษาในประเทศในทวีปอเมริกาเหนือแสดงให้เห็นว่า มาตรการนี้มีผลในการลดการตายของเยาวชนจากยานพาหนะอันเนื่องมาจากสุราแม้ในพื้นที่ที่ไม่ได้มีการบังคับใช้กฎหมายนี้อย่างเคร่งครัดนักก็ตาม (Edwards และคณะ, 1994; Wagenaar & Wolfson, 1995) มีประเทศอย่างน้อย 76 ประเทศที่มีกฎหมายกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ โดยส่วนใหญ่กำหนดไว้ที่อายุ 18 ปี

3. การผูกขาดและการขึ้นทะเบียนการผลิต (Monopolies and Licensing Systems)

รูปแบบที่พบบ่อยๆ ในการควบคุมสุรา คือ มาตรการการให้สัมปทานหรือใบอนุญาตทั้งในกระบวนการผลิตและหรือการจำหน่ายซึ่งเป็นมาตรการที่ปฏิบัติกันอยู่ในมากกว่า 40 ประเทศ นอกจากนี้ยังมีมาตรการเสริมโดยการจำกัดวันและเวลาในการจำหน่ายสุราร่วมด้วย การศึกษาจำนวนมากพบว่า หากมีการเข้มงวดในการบังคับใช้มาตรการต่างๆ เหล่านี้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการบริโภคสุรา (Edwards และคณะ, 1994)

ประเทศบางประเทศเช่น สหรัฐอเมริกามอบอำนาจให้หน่วยงานในระดับท้องถิ่นหรือระดับภาค ในการตัดสินใจเลือกกระหว่างระบบผูกขาดหรือการให้สัมปทานในการผลิตและจำหน่ายสุรา บางประเทศมีการผูกขาดการผลิตเครื่องดื่มบางประเภทและให้สัมปทานการผลิตเครื่องดื่มบางประเภท ซึ่งส่วนใหญ่มักให้สัมปทานการผลิตเบียร์แต่ผูกขาดการผลิตสุรากลั่นประเภทอื่นๆ

4. ระบบภาษีและการควบคุมราคา

ภาษีสุราอาจเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันอันตรายอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา ในประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศพบว่าภาษีสุรามีประสิทธิผล โดยเฉพาะกับนักดื่มที่อายุน้อย ที่มีค่านึงถึงราคา อย่างไรก็ตามภาษีสุรามักถูกใช้เพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐบาล ซึ่งในบางประเทศอาจนำรายได้เข้ารัฐได้ถึงร้อยละ 20 ของงบประมาณทั้งหมด

ขั้นตอนการเก็บภาษีสุราอาจจัดเก็บได้ในหลายระดับตั้งแต่ผู้ผลิต การขายส่งหรือการขายปลีก สุรานำเข้ามักถูกเก็บภาษีในอัตราที่แพงกว่าสุราที่ผลิตภายในประเทศ แต่นโยบายการตั้งกำแพงนี้กำลังจะถูกกดดันด้วยระบบตลาดการค้าเสรี โดยปกติสุรากลั่นมักถูกเก็บภาษีในอัตราที่สูงกว่าเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์น้อย บางประเทศเก็บภาษีสุราที่ผลิตในท้องถิ่นในอัตราต่ำหรือแม้กระทั่งไม่เก็บภาษีเลย เช่น ประเทศออสเตรเลียที่มีการผลิตไวน์เป็นหลัก

การที่จะใช้ภาษีสุราเพื่อวัตถุประสงค์ของนโยบายในเชิงป้องกันให้มีประสิทธิภาพนั้น รัฐจำเป็นต้องมีกลไกที่สามารถควบคุมตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับหนึ่ง ถ้ามีการผลิตสุราในชุมชนหรือเป็นการผลิตนอกระบบ ดังเช่นที่พบมากในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ การเพิ่มภาษีสุราจะทำให้เกิดการลักลอบผลิตและจำหน่ายในลักษณะของตลาดมืดได้ และการเพิ่มการเก็บภาษีจะถูกมองจากมุมมองเรื่องการเพิ่มรายได้แก่รัฐว่าเป็นมาตรการที่ล้มเหลวมากกว่าที่จะถูกมองในแง่ของนโยบายเชิงป้องกัน ตัวอย่างที่พบเช่น ในเดือนกุมภาพันธ์ปี พ.ศ. 2538 ประเทศซิมบับเวได้มีมาตรการเพิ่มภาษีเบียร์แต่ต้องหันกลับมาปรับมาตรการนี้ในเดือนกรกฎาคม เนื่องจากพบว่านักดื่มเบียร์ได้หันกลับไปดื่มสุราที่ผิดกฎหมายแทน ซึ่งทำให้เงินรายได้จากการเก็บภาษีสุราลดลงอย่างมาก (Jemigan, 1997)

5. การพิมพ์ค่าเตือนบนภาชนะบรรจุ

การกำหนดให้มีค่าเตือนบนภาชนะบรรจุสุราในระดับประเทศพบในอย่างน้อย 9 ประเทศ ประสิทธิภาพของการติดฉลากคำเตือนเช่นเดียวกับยุทธศาสตร์การให้ข้อมูลข่าวสารอื่นๆ นั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัดนักเพราะไม่สามารถแยกแยะผลดังกล่าวจากการรับรู้รูปแบบอื่นๆ อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงผลของมาตรการติดฉลากคำเตือนซึ่งประกาศใช้ในปีพ.ศ. 2532 พบว่าได้ผลในกลุ่มนักดื่มอายุน้อยและคนที่ดื่มหนัก และยิ่งการที่นักดื่มรับรู้เกี่ยวกับคำเตือนมากเท่าใดก็ทำให้เพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น เช่น ลดภาวะเมาแล้วขับ หรือลดการดื่มในช่วงตั้งครรรภ์ (Greenfield, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่าการรณรงค์เปลี่ยนเนื้อหาคำเตือนบ่อยๆ แบบเดียวกับคำเตือนบนซองบุหรี่มีผลกระทบมากขึ้นในเชิงป้องกัน (Myers และคณะ, 1981) การติดคำเตือนอาจจะเป็นขั้นตอนหนึ่งไปสู่มาตรการการจัดให้แอลกอฮอล์เป็น

สินค้าเฉพาะที่ต้องมีข้อจำกัดแม้ในตลาดเสรี ทั้งนี้เนื่องจากการตระหนักถึงภัยอันตรายของสุราต่อสุขภาพและความปลอดภัยของสังคม

6. การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย

ผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลจากการโฆษณาสุราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการบริโภคสุราของเยาวชนและคนวัยหนุ่มสาว การศึกษาเร็ว ๆ นี้พบความสัมพันธ์ของการโฆษณาสุรากับอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศสหรัฐอเมริกา (Saffer และคณะ, 1997)

มีประเทศอย่างน้อย 29 ประเทศที่มีการห้ามการโฆษณาสุราในสื่ออย่างน้อยหนึ่งชนิด ส่วนใหญ่แล้วการห้ามโฆษณาครอบคลุมอย่างน้อยในโทรทัศน์หรือวิทยุ แต่ในบางประเทศ เช่น ฝรั่งเศสนั้น มาตรการนี้มีความเข้มงวดและมีประสิทธิผลมาก ทั้ง ๆ ที่อาจเสี่ยงต่อการสร้างความขัดเคืองให้กับบริษัทสุรายักษ์ใหญ่ข้ามชาติผู้ให้การสนับสนุนการแข่งขันกีฬาที่ยิ่งใหญ่ เช่น การแข่งขันฟุตบอลโลกที่ผ่านมา

ประเทศอีกกว่าสิบประเทศมีมาตรการควบคุมการโฆษณาสุราที่ไม่เข้มงวดนัก โดยส่วนใหญ่ไม่อนุญาตการโฆษณาในช่วงกลางวันและตอนหัวค่ำ เพราะเยาวชนส่วนใหญ่ดูโทรทัศน์ในช่วงเวลานี้เป็นจำนวนมาก ประเทศแคนาดามีมาตรการกำหนดลักษณะและสาระในการโฆษณาสุรา เช่น ห้ามโฆษณาในลักษณะที่ชักชวนให้คนมาดื่มสุรา หรือพยายามเชื่อมโยงการดื่มสุรากับกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมเสี่ยงหรือพยายามสื่อไปในทางที่ทำให้คนเชื่อว่าการดื่มสุราทำให้คนได้รับการยอมรับและประสบความสำเร็จในการเข้าสังคม การกีฬาหรือการธุรกิจการงาน ประเทศฮอนดูรัสห้ามการโฆษณาที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการกดขี่สตรีเพศหรือเชื่อมโยงสุรากับกีฬาต่าง ๆ

นอกเหนือจากมาตรการควบคุมการโฆษณาแล้ว บางประเทศยังมีมาตรการควบคุมกิจกรรมที่จะเป็นสนับสนุนการดื่มสุราอื่นๆ อีกเช่น กิจกรรมทางด้านกีฬา ดังที่ประเทศเม็กซิโกและนอร์เวย์ห้ามบริษัทสุราให้การสนับสนุนในการแข่งขันกีฬาต่างๆ ขณะที่ประเทศฝรั่งเศสได้รวมมาตรการนี้เป็นส่วนหนึ่งในชุดมาตรการควบคุมการสนับสนุนการบริโภคสุรา

7. การควบคุมเรื่องเมาแล้วขับ

นโยบายนี้มีเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่สำคัญคือการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมามาตรการที่ใช้รวมไปถึงการลงโทษด้วยการจับกุมคุมขัง การปรับและยึดทรัพย์สิน การเพิกถอนสิทธิและการบำบัดรักษา การกำหนดการกระทำผิดยึดตามปริมาณสุราในเลือด(BAC) โดยวิเคราะห์จากลมหายใจหรือจากการเจาะเลือดโดยตรง

ผลการศึกษาพบว่า การใช้มาตรการที่เด็ดขาดโดยการขอเข้าตรวจมีโอกาสสูงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากความหวาดหวั่นกลัวการจับกุม (Ross, 1982) ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากเพราะสัดส่วนของการละเมิดกฎหมายกับความหวาดหวั่นกลัวการจับกุมนั้นอาจสูงมากในหมู่ผู้ขับขี่ยานพาหนะมีเมามาตรการยับยั้งซึ่งใจลดต่ำลงและก่อให้เกิดการเพิกเฉยต่อกฎหมายหากความกลัวนั้นลดลง จากข้อสรุปดังกล่าวบางประเทศจึงอนุญาตให้เจ้าหน้าที่สามารถตั้งด่านตรวจวัดลมหายใจได้ตามถนนเลย และเจ้า

หน้าที่สามารถดำเนินการลงโทษ เช่น ยึดใบขับขี่ได้ทันทีเมื่อพบการกระทำผิด การวิจัยในสหรัฐอเมริกาได้ยืนยันประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว (Johnson & Walz, 1994)

อย่างน้อย 54 ประเทศมีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ยังอนุญาตให้ขับขี่ยานพาหนะได้ โดยส่วนใหญ่กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 0.05 g%* ขณะที่ 8 ประเทศในกลุ่มยุโรปกลางและยุโรปตะวันออกที่ห้ามมิให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดโดยสิ้นเชิงในการขับขี่ยานพาหนะ ประสิทธิภาพของมาตรการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความเคร่งครัดในการบังคับใช้ ดังเช่นในประเทศพัฒนาแล้วที่มีอุปกรณ์ตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์จากลมหายใจพร้อม ทำให้ตำรวจสามารถปฏิบัติตามมาตรการได้ ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามักพบช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติตามนโยบาย

8. กลยุทธ์ด้านการรักษา (Treatment Strategies)

กลยุทธ์การรักษาปัญหาอันเนื่องมาจากสุรามักมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลเป็นหลักมากกว่ากลุ่มประชากร แต่ละประเทศมีแนวทางการรักษาหลายรูปแบบ ตั้งแต่ใช้ความสมัครใจจนถึงการบังคับ รักษาในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช ในคลินิกผู้ป่วยนอก โดยการบูรณาการในงานสาธารณสุขมูลฐานระดับชุมชน การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และรักษาแผนโบราณ เป็นต้น ประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศมีระบบการรักษาผู้ป่วยจากแอลกอฮอล์ที่เป็นระบบซึ่งครอบคลุมปัญหาทั้งหมด แต่มีเพียงไม่กี่ประเทศที่มีระบบการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการรักษาในรูปแบบต่างๆ อาจกล่าวได้ว่าในโลกนี้การเข้าถึงบริการการรักษาที่มีประสิทธิผลและประชาชนพอที่จะจ่ายได้ยังไม่พอเพียงและทั่วถึงในประเทศส่วนใหญ่

การให้การรักษาชั่วสั้น (brief intervention) พบว่าได้ผลดีสำหรับคนที่เพิ่งมีปัญหา และเป็นที่คาดการณ์ว่าหากสามารถกระจายการรักษาให้ทั่วถึงทั้งในคลินิกและในชุมชนแล้ว น่าจะก่อให้เกิดผลกระทบที่ดีต่อสังคมในภาพรวมของชุมชนนั้นๆ ซึ่งยังคงเป็นเรื่องที่เปิดกว้างสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต

บทสรุป

การบริโภคสุราลดลงในประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งตรงกันข้ามกับแนวโน้มที่พบในประเทศกำลังพัฒนาและยุโรปตอนกลางและยุโรปตะวันออก ผู้ชายมีการบริโภคสุรามากกว่าผู้หญิงและมีหลักฐานบ่งชี้ให้เห็นถึงผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราจัดกำลังเพิ่มขึ้น ภาระของโรคเนื่องมาจากสุรา ปรากฏอย่างชัดเจนทั่วโลกและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดที่ส่งผลให้เกิดการลดลงของอายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนในบางภูมิภาคโดยเฉพาะยุโรปตอนกลางและตะวันออก ถึงแม้ยังคงต้องการการศึกษาเกี่ยวกับ

* g% คือหน่วยกรัมต่อ 100 cc (มิลลิลิตร)

การดื่มสุราและปัญหาจากสุรามากกว่านี้ในหลายประเทศทั่วโลกก็ตาม แต่หลักฐานจากงานวิจัยต่างๆ พอเพียงแล้วที่จะยืนยันได้ว่าสุราเป็นภัยร้ายแรงที่คุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก

หากมองในด้านอุปทาน ขณะที่มีการผลิตสุรารูปแบบต่างๆ เพื่อการบริโภคภายในชุมชนมีอยู่ทั่วไป แต่การผลิตเพื่อส่งออกจำกัดอยู่เฉพาะในประเทศพัฒนาแล้วไม่กี่ประเทศ โดยเฉพาะเบียร์และสุรากลั่นตกอยู่ภายในมีของบริษัทใหญ่เพียงไม่กี่บริษัท บริษัทยักษ์ใหญ่เหล่านี้ใช้งบประมาณเพื่อการตลาดจำนวนมากเพื่อกระตุ้นการบริโภคสุรา มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อครอบครองและส่วนแบ่งการตลาด และขยายตลาดออกไปทั่วโลกอย่างไม่หยุดยั้ง ในตลาดที่เปิดใหม่สุราถูกครอบงำให้มองว่าเป็นเครื่องมือสร้างรายได้ ในขณะที่มองข้ามผลเสียและปัญหาจากสุรา ถึงแม้ว่ามีนโยบายเพื่อป้องกันและลดปัญหาจากสุราก็ตาม เทคโนโลยีทางสาธารณสุขเพื่อลดความต้องการบริโภคสุรานั้นพบมากเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้วเป็นส่วนใหญ่ แต่ในประเทศกำลังพัฒนา นโยบายและเทคโนโลยีเหล่านี้อาจก้าวไปไม่ไกลนัก เนื่องจากแรงกดดันของกระแสการค้าเสรี

องค์การอนามัยโลกพยายามกระตุ้นและสนับสนุนแก่ประเทศต่างๆ ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมและปัญหาจากการบริโภคสุรา และพัฒนาแผนงานเพื่อป้องกันปัญหาเนื่องจากแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละประเทศด้วย หลายประเทศที่มีระบบ กลยุทธ์และเทคโนโลยีต่างๆ ได้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จอย่างชัดเจน ในการลดปัญหาโรคและภาวะทุพพลภาพและความตาย อันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์

ตัวอย่างประเทศที่มีการจำกัดการโฆษณาสุรา

ประเทศ	กฎเกณฑ์การจำกัด
ไทย	ห้ามโฆษณาสุราที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 15 โดยปริมาตรทางสถานีวิทยุและโทรทัศน์ ระหว่างเวลา 05.00-22.00 น.
บราซิล	ห้ามโฆษณาสุราที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 13 โดยปริมาตรระหว่างเวลา 6.00-21.00 น.
บัลแกเรีย	ห้ามโฆษณาวิทยุ โทรทัศน์ โรงภาพยนตร์ สิ่งตีพิมพ์.
แคนาดา	จำกัดเนื้อหา
โครเอเชีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์, วิทยุ, สิ่งตีพิมพ์ และป้าย
เดนมาร์ค	ห้ามโฆษณาทางวิทยุ, โทรทัศน์.
อียิปต์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
ไอซ์แลนด์	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์, วิทยุ, โรงภาพยนตร์ สิ่งตีพิมพ์ และป้าย
ลิทัวเนีย	ห้ามโฆษณาสุรากลั่นและไวน์ทุกรูปแบบ
มาเลเซีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์, วิทยุ, และป้าย ยกเว้นรัฐซาบฮาย์
เม็กซิโก	ต้องมีคำเตือนบนโฆษณาทุกชนิด
เนเธอร์แลนด์	โฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างเวลา 22:00 – 01:00 น. เท่านั้น
นิวซีแลนด์	โฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างเวลา 21:00 – 06:00 น. เท่านั้น จำกัดเนื้อหา
นอร์เวย์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
สโลวีเนีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์, วิทยุ, โรงภาพยนตร์ สิ่งตีพิมพ์ และป้าย
สหราชอาณาจักร อังกฤษ	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่าง 16:00 – 18:00 ยกเว้นวันหยุดธนาคารและวันหยุดสุดสัปดาห์ และห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างรายการทางศาสนาและห้ามก่อนระหว่างและหลังรายการเด็ก
สหรัฐอเมริกา	จำกัดเนื้อหา
เวเนซุเอลา	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์และวิทยุ.

ตัวอย่างบางประเทศที่มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่

ประเทศ	BAC LIMIT (g%)	รายละเอียดเฉพาะ
ไทย	0.05	
ออสเตรเลีย	0.05	สำหรับผู้ขับขี่พาหนะหนัก สินค้าอันตรายและรถสาธารณะและผู้ขับขี่และผู้ขับรตอายุต่ำกว่า 25 ปีใน 3 ปีแรกของการขับขี่
อาเซอร์ไบจัน	0.0	-
เบลเยียม	0.04	-
แคนาดา	0.08	ในเกือบทุกจังหวัดจะถูกเพิกถอนใบขับขี่ชั่วคราวถ้าเกิน 0.05 g%
โครเอเชีย	0.05	กำหนดที่ 0.0 g% สำหรับผู้ขับขี่อาชีพ
สาธารณรัฐเช็ก	0.0	-
ฟินแลนด์	0.05	-
ฝรั่งเศส	0.07	เกิน 0.07 g% ถือว่าฝ่าฝืนต้องถูกปรับ แต่ถ้าเกิน 0.08 g% ถือว่ากระทำความผิดกฎหมาย
จอร์เจีย	0.0	-
ฮังการี	0.0	-
นิวซีแลนด์	0.08	กำหนดที่ 0.03 g% สำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี
โปแลนด์	0.03	-
สาธารณรัฐมัลโดวา	0.03	-
โรมาเนีย	0.0	-
สิงคโปร์	0.08	-
สโลวาเกีย	0.0	-
สโลเวเนีย	0.05	กำหนดที่ 0.0 g% สำหรับผู้ขับขี่อาชีพ
สเปน	0.08	กำหนดที่ 0.05 g% สำหรับผู้ขับขี่พาหนะหนักเกิน 3,500 กิโลกรัมและ 0.03 g% สำหรับผู้ขับรถสาธารณะและผู้ขับขี่สินค้าอันตราย
สวีเดน	0.02	-
มาเซโดเนีย	0.05	กำหนดที่ 0.0 g% สำหรับผู้ขับขี่อาชีพ
ยูเครน	0.0	-
อังกฤษ	0.08	-
สหรัฐอเมริกา	0.08-0.10	ขึ้นกับรัฐ โดยมี 17 รัฐกำหนด 0.08g% 33 รัฐกำหนด 0.10g%

หมายเหตุ: ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก

เอกสารอ้างอิง

- Barry K. (1998) Global wine market undergoes a major international evolution. *Impact international* 13 (2):1-12, 15 January 1998.
- Bloomberg News (1997) *Indians toast prohibition's end*. International Herald Tribune, 5 June 1997:17.
- Bruun K et al. (1975) *Alcohol control policies in public health perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, Volume 25, 1975.
- Casswell S (1997) Reply to a questionnaire on the alcohol situation in New Zealand from the World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997.
- Cavanagh J, Clairmonte F. (1985) *Alcoholic Beverages: Dimensions of Corporate Power*. New York, St Martin's Press.
- Collins DJ, Lapsley HM (1991) *Estimating the economic costs of drug abuse in Australia*, Commonwealth Department of Community Services and Health, Canberra.
- Colson E, Scudder T (1988) *For Prayer and Profit*. Stanford, Stanford University Press.
- Cook P, (1981) *Effect of liquor taxes on drinking, cirrhosis, and auto accidents*. pp.225-285 in MH Morre and DR Gerstein eds., *Alcohol and public policy: Beyond the shadow of prohibition*. Washington DC: National Academy Press, 1981.
- Cook P, Moore M (1993) Violence reduction through restrictions on alcohol availability. *Alcohol health and research world* 17:151-156.
- Edwards G, et al. (1994) *Alcohol policy and the public good*. Oxford medical publication. Oxford University Press.
- English DR, et al. (1995) *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1995 edition*. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra. Produced by the Australian Government Publishing Service.
- Farrell S. (1985) *Review of national policy measures to prevent alcohol-related problems*. World Health Organization, Geneva.
- Fleming D (1998) World's leading drinks companies weigh options on future alliances. *Impact International* 13(20&21):1-20, 15 October & 1 November 1998.
- FAO (1998) (Food and Agriculture Organization of the United Nations) FAOSTAT Statistics Database. Website <http://apps.fao.org>.
- Greenfield TK (1997) Warning labels: Evidence on harm reduction from long-term American surveys. In: Plant M, Single E, Stockwell T, eds. *Alcohol: Minimising the Harm. What Works?* New York, Free Association Books Ltd, 1997 (pp.105-125)
- Harkin AM (1995) *Profiles of alcohol consumption in the Member States of the European Region of the World Health Organization*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, ICP/ALDT 94 03 CN01/BD4. Presented at the European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, 12-14 December 1995.
- Harwood H, et al. (1998) *The economic costs of alcohol and drug abuses in the United States, 1992*. Washington, DC., National Institute on Drug Abuse Office of Science Policy and Communications and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Office of Policy Analysis.
- Hill TW (1984) "Ethnohistory and alcohol studies" pp. 313-337 in Galanter, MM, ed. *1984 Recent Developments in Alcoholism*, v.2. New York: Plenum Press.
- Impact Databank (1995) *Worldwide Spirits Report*. New York, 1995, Shanken Communications.
- Impact International (1997) *Russia's brewing industry gets an exemption on new tax rules*. Impact International, 12(2):17, 15 January 1997. New York.
- Jernigan D (1997) *Thirsting for markets: the global impact of corporate alcohol*. San Rafael, California. The Marin Institute, 1997.
- Johnson DM, Walz MC (1994) Preliminary assessment of the impact of lowering the illegal per se limit to 0.08 in five states. Washington DC, National Highway Traffic Safety Administration, 1994.
- Kauhanen J, et al. (1997) Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factors study, a prospective population-based study. *British medical journal* 315:846-851.

- Kortteinen, T (1986) Utilization of agricultural produce in the production of alcohol – world trends 1961 – 1983, *Contemporary drug problems*, 13:679-706. Winter 1986.
- Leon DA, et al. (1997) Huge variation in Russian mortality rates 1984-1994: artifact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383-388.
- Maula J (1997) *Small-scale production of food and traditional alcoholic beverages in Benin and Tanzania: Implications for the promotion of female entrepreneurship*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol 43.
- McKee, M, Britton A (1998) The positive relationship between alcohol and heart disease in Eastern Europe: potential physiological mechanisms. *Journal of the royal society of medicine*, 91:402-407.
- Moser J (1980) *Prevention of alcohol-related problems: an international review of preventive measures, policies and programmes*. Toronto, Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation.
- Moser J, ed. (1985) *Alcohol policies in national health and development planning: Review based on the 1982 technical discussions*. WHO Offset Publication No. 89. Geneva, Switzerland: World Health Organization 1985.
- Moser J (1992) *Alcohol problems, policies and programmes in Europe: A report of a study*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, EUR/ICP/ADA 011.
- Moses PF (1989) The use and abuse of alcohol in Zimbabwe. *Contemporary drug problems*, 16:71-80.
- Murray C, Lopez A (1996) *The global burden of disease*. London, Oxford University Press.
- Myers ML, et al. (1981) *Staff report on the cigarette advertising investigation*. Washington DC, Federal Trade Commission.
- Nakamura K, Tanaka A, Takano T (1993) The social cost of alcohol abuse in Japan. *Journal of studies on alcohol*, 54(5):618-25.
- Parry C, Bennetts AL (1998) *Alcohol policy and public health in South Africa*. Cape Town, Oxford University Press.
- Porter L, Argandóna M, Curran W (in press) Drug and alcohol dependence policies, legislation and programmes for treatment and rehabilitation. (in press) World Health Organization, Geneva.
- Rootman, Moser (1984) *Community response to alcohol-related problems: a World Health Organization monograph*. Washington DC: US Government Printing Office. Cited in: Moser J. Memorandum to World Health Organization, Geneva, February 1996.
- Ross HL (1982) *Deterring the drinking driver*. Legal policy and social control. Lexington, MA, Lexington Books.
- Saffer H (1997) Alcohol advertising and motor vehicle fatalities. *Review of Economics and Statistics*. August 1997:431-442.
- Saxena S (1997) Memorandum to World Health Organization, Geneva, 14 January 1997.
- Wagenaar AC, Wolfson M (1995) Deterring sales and provision of alcohol to minors: A study of enforcement in 295 counties in four states. *Public health reports*, 110(4):419-427.
- World Health Organization (in press) WHO Guidelines for Monitoring Alcohol Consumption and Harm. Substance Abuse Department, World Health Organization, Geneva.
- Wyllie A, Zhang JF, Casswell S (1998a) Positive responses to televised beer advertisements associated with drinking and problems reported by 18-29-year-olds. *Addiction*, 93:749-760.
- Wyllie A, Zhang JF, Casswell S (1998b) Responses to televised advertisement associated with drinking behaviour of 10-17-year-olds. *Addiction*, 93:361-371.
- Zweibach P (1998) Global brewers look eastward, but with a more cautious view. *Impact International*, 13(6):1-12, 1 September 1998.

A summary of
**ALCOHOL
POLICY AND
THE PUBLIC GOOD**



EUROPE

**A
GUIDE
FOR
ACTION**



EUROCARE - Advocacy for the Prevention of Alcohol Related Harm in Europe
Head Office: Elmgren House 1 The Quay Saint Ives Cambridgeshire PE17 4AR England
EU Liaison Office: Rue des Confédérés 96-98 1040 Brussels Belgium
December 1995

Alcohol problems are everyone's business

Alcohol inflicts a costly and unwelcome burden on the majority of societies, both in the developed and the developing worlds. This has provoked an enormous variety of policy responses ranging from the total prohibition of alcohol to the virtual absence of any purposive public health action.

One way or another, the issues surrounding alcohol impinge on almost everyone and on all the main institutions and sectors of society - governments and legislative bodies, the police and the criminal justice system, the education system, health and social services, and the workplace. Alcohol problems are not just problems for individuals; they also impose major demands and costs on society as a whole.

At the same time, in most Western countries, alcohol is a commodity sold on a largely free market, providing pleasure as well as pain and may bring health benefits to some people. How is a balance to be achieved between the pleasure and the pain, the cost and the benefits?

The answer to this question will depend largely on what view is taken of the nature and scale of alcohol problems for societies as well as individuals and how these compare with any health or other benefits. For example:

- Q *Are alcohol problems restricted to a minority of 'deviant' individuals, or are the harms and pain much more widely distributed?*
- Q *At what level of consumption does this risk of harm become significant, and does it vary according to different kinds of harm?*
- Q *Is there a relationship between the likelihood of individuals experiencing harm and the level of consumption in the society of which they are a part?*

In addition there is the very important 'what works' question:

- Q *Given that governments cannot avoid having an alcohol policy of some kind, what approaches to the prevention of alcohol problems can be shown to be effective and what measures are really likely to serve the public good?*

This report is intended as a contribution to informing and empowering policy makers by providing a summary of the present state of knowledge in regard to:

- The nature and extent of alcohol problems.
- The risks of alcohol consumption in relation to a range of medical and social harms.
- Some principal factors influencing the occurrence of alcohol-related harm.
- Effective measures to reduce alcohol-related harm.

One thing above all is clear. It is that however wide-ranging and pervasive alcohol problems are, they are not immutable. They do not have to be accepted as 'given', beyond all control. On the contrary, alcohol problems can be ameliorated and do respond to sensible public policies.

66 However wide-ranging... alcohol problems are, they are not immutable. alcohol problems can be ameliorated and do respond to sensible public policies.

The mix of problems

Policy thinking on alcohol has too often been coloured by the misconception that drinking adversely affects only a tiny minority of the population who drink particularly heavily. They are often regarded as a species apart from the generality of drinkers and thus uninfluenced by ordinary constraints. There has also been a tendency to focus on chronic illnesses which are caused by drinking, neglecting its acute adverse consequences - harm and death from alcohol-related injuries.

In reality, there is a wide range of alcohol problems varying in type and severity which go well beyond a restrictive medical concept of alcoholism. Problems can arise from a single bout of drinking or repeated heavy drinking. Such problems exist in the physical, psychological and social domains. Normally, for both acute and chronic problems, risk is proportionate to dose - the more alcohol consumed, the greater the risk.

The experience of these problems can vary from country to country and within countries. Depending on drinking habits and culture, in some populations problems related to acute intoxication predominate; in others, the major problems are primarily associated with sustained heavy drinking over time. Finland provides an example of the first pattern, France perhaps of the second. The table below should not be seen as exhaustive, but as indicating the types of problems with which policy makers should be concerned.

Table 1: TYPES OF PROBLEM

	Acute	Chronic
PHYSICAL	Accidental injury Injuries from fights Acute medical complications	Brain damage Peripheral neuritis High blood pressure Heart disease Stroke Liver disease Chronic pancreatitis Cancers of: Oropharynx Larynx Oesophagus Stomach Liver Rectum Breast Skin diseases Endocrine disorders Blood disorders Disorders of the immune system
PSYCHOLOGICAL	Impaired reaction time Impaired emotional control Suicide	Short term memory impairment Dementia Alcoholic hallucinosis Dependence Withdrawal fits Delirium tremens
SOCIAL	Work problems Crimes of violence Drink driving Family Violence	Family breakdown Debt Housing problems Destitution

66 Within the abstract listings lie varieties of ill-health, unhappiness, loss, pain, deprivation, denial of self, family disruption, wounds to others and destruction.

There are two particular features of alcohol problems which, while in some ways obvious, need to be made explicit because of their importance to the whole issue of alcohol policy.

- Alcohol problems do not just affect the individual drinker, they also impact on other people and on society at large:

The Family

The spouse and children in terms of psychological and physical trauma as well as education, social and financial hardship.

The Public

Victims of drink driving, violent crime or a workmate affected by an alcohol-related industrial accident.

Society

Costs in lost production, welfare, health services, insurance, law enforcement and the courts.

- There are social as well as individual causes of alcohol problems.

One of the clearest and most important findings to emerge is that the level of alcohol consumption of a population as a whole is significantly related to the level of alcohol-related problems which that population will experience.

Broadly, a population - a country, for example - with a relatively high level of alcohol consumption tends to have a relatively high level of alcohol-related problems, and if the country's alcohol consumption increases, then this is likely to be accompanied by an increase in the level of alcohol problems.

Conversely, if a country's alcohol consumption declines, then there tends to be a commensurate decline in that country's level of alcohol problems.

While the idea that a population's level of consumption is strongly related to its level of alcohol-related harm is sometimes regarded as controversial, it is only what common sense would suggest. There is ample evidence that this commonsensical assumption is correct. We are not here proposing some abstract, inflexible natural law but pointing to the empirical findings.

“ The level of alcohol consumption of a population as a whole is significantly related to the level of alcohol-related problems which that population will experience.

The policy options

What does the available evidence say about the efficacy of preventative measures? Here we move on to look at what can be concluded from the remarkably rich international research which has focused on alcohol policy experience. We will look at policies which:

- Target the availability of alcohol
- Address specific social contexts
- Change the social climate and attitudes to alcohol
- Provide treatment for people with drinking problems

Policies Targeting Availability

Price and Taxation of Alcohol

A large number of studies into the effects of price changes on consumption have now been carried out in a wide range of countries including Australia, Belgium, Canada, Denmark, Germany, Finland, France, Ireland, Italy, Kenya, Netherlands, Norway, Portugal, Spain, Sweden, United Kingdom and the USA. Some studies have looked into the direct effects of price changes on levels of harm.

The main conclusions are:

- Alcohol behaves basically like other commodities - if prices go up consumption goes down and if prices go down consumption goes up.
- Price elasticities - the responsiveness of alcohol to price changes - are not the same for all times and places nor for all beverages.
- Heavy and even alcohol-dependent drinkers are influenced at least as much if not more than lighter drinkers by price changes, contradicting the claim often made that high alcohol prices only penalise moderate consumers while having little or no effect on heavy and problematic drinkers.

The impact of price changes on heavy drinkers is clearly seen in the following examples:-

In Denmark during the First World War, due to the food shortage the price of aquavit was raised more than 10 times and the price of beer was doubled. Within two years, per capita consumption of alcohol fell by three quarters, recorded cases of delirium tremens declined to one thirteenth and deaths due to chronic alcoholism to one sixth of the previous level.

In a study of 'happy hours' - periods of reduced prices in bars and restaurants - while all drinkers drank more when the drinks were cheaper the heavier drinkers increased their consumption by proportionately more than the lighter drinkers.

An American study of the effects of varying price movements due to changes in alcohol taxes in US States found that higher taxes resulted in lower cirrhosis mortality as well as reducing traffic crash fatality rates.

66 Alcohol behaves basically like other commodities - if prices go up, consumption goes down and if prices go down, consumption goes up.

66 Heavy and even alcohol-dependent drinkers are influenced at least as much if not more than lighter drinkers by price changes.

The contention that alcohol taxation is irrelevant to public health is factually unsustainable. The evidence is clear: other things being equal, a population's consumption of alcohol will, to a usually significant degree, be influenced by price. Moreover, given that heavier as well as lighter drinkers are affected, price changes are likely to translate into changes in the prevalence of alcohol problems.

Four objections to the use of alcohol taxation as a public health instrument have been made:

- *A price increase imposed on commercial beverages may stimulate illicit or home production, especially in developing countries.*

The danger should be heeded and monitored. However, letting commercial production go unfettered carries the risk that the harmful effects of legitimate alcohol consumption may exceed the feared dangers arising from contaminated alcohol.

- *Government finance departments may view alcohol taxes as a valuable and easy source of collectable revenue and fear that increases will lead to less purchases and a loss of revenue.*

In most situations price increases will swell rather than diminish revenue.

- *Taxation is not socially equitable, and the poorer proportionately take more of the burden.*

Evidence from New Zealand, UK and the USA does not support this contention. In most circumstances alcohol taxes impose a lower relative burden on low-income groups than most other commodity taxes.

- *The efficacy of fiscal control may be eroded where country borders are long and open.*

This emphasises the need for a strong voice for health advocacy at international level when trade and customs deals are being struck.

Physical Access to Alcohol

Increased access is likely to increase consumption and harm, while restrictions on access can restrain consumption and harm. A wide range of research supports this conclusion.

Density of Outlets

Studies in Finland, UK and USA show that a high density of alcohol outlets in a given locality significantly increases sales of alcohol.

Opening Hours and Days of Sale

Most studies of changes in opening hours and days of sale have shown increased drinking with increased hours and reduced drinking with reduced hours. After the experimental Saturday closing of liquor stores in Sweden, there was a 10 per cent reduction in drunkenness arrests. Similar results were found in Norway and Finland.

Minimum Drinking Age

Uniformly, it has been found that lowering the minimum drinking age results in more alcohol-related road crashes in the age group affected by the change while increased age limits reduce such crashes.

The US General Accounting Office in 1987 reviewed 14 studies of the impact of reducing minimum drinking age by at least one year. They found a 5-28 per cent reduction in fatal crashes, concluding that there was firm evidence that increasing the minimum age for purchasing alcohol reduced the number of alcohol-involved traffic crashes for young people who are below 21 years of age.

Server Training and Service Intervention

Training in responsible beverage service has been shown to reduce the alcohol-impairment of customers leaving bars and alcohol-related road traffic crashes.

A survey in 1994 of Oregon's mandatory training for all persons who sell alcohol showed a statistically significant reduction in alcohol-involved traffic crashes after 55 per cent of servers had received training.

Server Liability

Civil liability of alcohol retail establishments serving alcohol to intoxicated patrons is established in a number of countries. It is used as a legal redress after service to an intoxicated person has resulted in personal loss or injury. It is beginning to be used as a preventative policy to encourage safer beverage serving practices and to prevent drink driving.

After two major liability suits were filed in 1983 and 1984 in Texas, there was a 6.5 per cent and a 5.3 per cent decline in traffic crashes.

Monopolies

In a retail monopoly operated to reduce consumption, demand is not able to stimulate the number of outlets as it would under private enterprise.

In 1970, several US States and the Province of Quebec eliminated public monopolies on the sale of wine. It was found that wine privatisation in Idaho, Maine, Virginia and Washington increased wine consumption in 3 of the 4 states but no change was found in Quebec. The end of the wine monopoly in Iowa in 1985 and West Virginia in 1981 resulted in increases in wine and general alcohol consumption.

Retail Availability of Specific Beverages

Restrictions on the availability of specific beverages have at times been introduced or relaxed in several countries.

- In 1969 Finland permitted the sale of medium beer in all food stores and cafes. Recorded alcohol consumption increased by 46 per cent and there was a substantial increase in heavy drinkers.
- In two counties in Sweden in 1967 strong beer (above 3.6% by weight) began to be sold in grocery stores and bars but the experiment was discontinued because of its adverse consequences. Overall consumption increased by 5 per cent, assaults rose by 32 per cent, and the largest increase in violent crime was experienced by the 15-17 year old age group.
- Research reported in 1987 showed that increases in spirit availability in bars, pubs and restaurants in North Carolina increased total consumption 6 - 8 per cent and alcohol-related traffic crashes by 16-24 per cent.

66 The contention that alcohol taxation is irrelevant to public health is factually unsustainable... price changes are likely to translate into changes in the prevalence of alcohol problems.

66 Increased access is likely to increase consumption and harm, while restrictions on access can restrain consumption and harm. A wide range of research supports this conclusion.

Regulation of Beverages according to Alcohol Strength

In order to provide drinkers an attractive alternative with little or no risk of an alcohol problem, beverages relatively low in alcohol (less than 2% by volume), or with no alcohol are becoming popular in some countries. Such alternative beverages are sometimes encouraged through lower taxes and prices and less legal control.

Prohibition

In the early part of the twentieth century total prohibition was enacted in a number of countries but was generally repealed due to lack of popular support and compliance. Apart from Islamic countries, politicians are unlikely to consider such a total alcohol ban. However, from the public health and welfare point of view, prohibition cannot be regarded as an unmitigated failure. During prohibition in America, cirrhosis mortality declined by almost 50 per cent as did other alcohol-involved problems.

Availability - the Broad Conclusions:

- Research findings on the relationship between alcohol availability and alcohol involved-problems which are confirmed for more than one country show that such findings are not culturally unique - they are generalisable.
- Restrictions on the physical availability of alcohol influence heavy or problematic drinkers as well as more moderate consumers.
- Effectiveness of availability strategies is interactive with public support and compliance.
- Restrictions which are extremely severe and lacking adequate public support, may temporarily succeed in reducing consumption and harm but are unsustainable and counter-productive in the longer run.
- Given public support, many restrictions will produce public health benefits.

Specific Social Contexts

There are strategies which seek to alter a drinker's behaviour within a particular social context.

Drinking and Driving

Laboratory tests have shown repeatedly that alcohol impairs the performance of skilled tasks such as driving even at very low blood alcohol levels. Impairment can begin with as little as one drink.

This means that drivers, especially young drivers, may be significantly impaired well below the legal limit for driving presently in operation in most countries.

There is evidence from Australia and the United States, that reducing the limit for young drivers - to zero in the former case and 20 mg% in some US States - has had beneficial effects in relation to road safety. Globally the trend is for legal limits for driving to be reduced.

Other measures which have been evaluated are:

Level of Enforcement:

One of the best known and most fully evaluated approaches to deterrence is random breath testing (RBT) of drivers. In Australia, RBT combined with a 50 mg% legal limit resulted in a 22 per cent drop in the overall number of fatal road crashes and a 36 per cent reduction in alcohol-related crashes.

Punishment:

The punishment which has generally been found to be most effective is the loss of driving privileges. The evidence is more ambiguous in relation to other forms of punishment such as very high fines or imprisonment.

Treatment for Repeat Offenders:

Adding a treatment programme to penal sanctions may have a modest effect on recidivism rates but treatment should not replace other sanctions, particularly loss of driving licence.

Although as individuals repeat offenders are at high risk, they only cause a minority of drink drive problems. Deterrence of drink driving across the whole population is the most effective strategy overall.

Designated Driver Schemes:

Some countries have adopted schemes in which one member of a group is encouraged not to drink in order to be fit to do the driving. There is no evidence available to determine if such schemes reduce alcohol-related traffic crashes. Critics of such schemes suggest they can encourage heavy consumption among the non-driving members of the group.

Alcohol and Boating

Only in recent years has boating and drinking been recognised as a public safety problem. For instance in Finland over half and in some locations up to 75 per cent of fatal boating accidents have positive BAC levels.

Some industrialised countries have established legal BAC levels for boating operators. Waterside breath tests are conducted in Finland and the USA.

Alcohol and Civil Aviation

Effects of alcohol on pilot skills are important and it has been estimated that 30 per cent of fatally injured private pilots have been drinking. Commercial pilots are expected to be alcohol-free.

- In the USA no alcohol is allowed within 8 hours of a flight and a BAC of 4mg% or higher is unacceptable.
- National airlines in Europe have established a programme focusing on prevention, early recognition and treatment of alcohol-abusing pilots.

66 Restrictions on the physical availability of alcohol influence heavy or problematic drinkers as well as more moderate consumers.

66 It is likely that strategies . . . such as mass media education and restrictions on advertising have their most significant impact on the social climate surrounding alcohol use rather than by directly affecting individual behaviour.

Changing the Social Climate

Under this heading we will assess evidence on the efficacy of various strategies which attempt to alter the attitudes and behaviour of the drinker through the provision of information.

Alcohol Advertising and its Curtailment

Alcohol is one of the world's most heavily advertised products. One major study of bans on alcohol advertising revealed significant effects, with countries having advertising bans showing lower levels of consumption and lower motor vehicle fatality rates. Countries with bans on spirits advertising had 16 per cent lower consumption compared with countries with no ban; countries with a ban on wine and beer advertising had 11 per cent lower consumption than countries where the ban only affected spirits. Motor vehicle fatalities were 10 per cent lower in countries with a spirits advertising ban and 23 per cent lower in countries with bans affecting beer and wine as well as spirits.

Other studies have suggested that alcohol advertising does have a small contributory impact on drinking behaviour and that restrictions on advertising may have scientific justification.

Indicative Personal Drinking Limits as an Educational Strategy

So far there is no evidence to support the efficacy of campaigns which seek to teach the population not to exceed some putative 'sensible' or 'safe' limit. In both developed and developing countries the majority of the population are likely to be drinking below any promulgated 'safe' limit, and there is a danger that promoting a 'safe' limit may encourage light drinkers to drink up to the limit. Moreover, for a range of adverse consequences, there is no 'safe' limit, merely a continuity of risk. When campaigns have been supplemented by other personal interventions, they may have contributed to change.

Mass Media Educational Campaigns

Mass media campaigns on drinking have been undertaken in numerous countries. Evaluations suggest that such campaigns by themselves have a limited effect on beliefs and attitudes and no discernible impact on behaviour.

The only convincing evidence for effectiveness is in relation to mass media campaigns which are accompanied by other measures. There was some evidence of a small effect on alcohol use among teenage schoolchildren when mass media messages were combined with a school-based programme, including homework aimed at involving the parents.

Drink driving provides the best evidence for the effectiveness of mass media campaigns when accompanied by other measures such as changes in penalties and higher levels of enforcement.

There is also evidence that mass media campaigns can favourably affect the social climate by increasing support for alcohol policies on availability, pricing and advertising.

School-Based Education

As with mass media campaigns, the evidence suggests that school-based educational programmes can increase knowledge and, less certainly, affect attitudes but there is no consistent measurable impact on actual drinking behaviour.

Warning Labels

The impact of the recent US initiative on warning labels on beverage containers has been evaluated. The available evidence suggests growing public awareness of the labels, this being greater among the targeted risk groups. However, most of the evidence suggests no change in the perception of risk, and only a few results suggest that warning labels have produced any change in behaviour.

Changing the Social Climate - Conclusions:

The principal conclusion is that none of the strategies listed in this section is likely to achieve change in isolation: rather, educational strategies need to be entwined with other strategies especially those which have a more significant impact on the drinker's environment.

It is likely that strategies, particularly highly visible and symbolic ones, such as mass media education and restrictions on advertising have their most significant impact on the social climate surrounding alcohol use rather than by directly affecting individual behaviour.

“ Treatment should never lose its central commitment to helping the individual, but within an economic perspective it is also a good social investment.

Individually Directed Interventions - Treatment

Treatment is an important element within the total policy response and there is a great deal of research to support its value.

Primary Health Care settings

There is now strong evidence from many countries to show that brief interventions in primary health care settings with heavy or problematic drinkers can offer significant benefit, especially to men.

A UK evaluation showed a 13 per cent reduction in the proportion of heavy drinkers after such advice. A Swedish evaluation showed significant benefits in relation to reduced absenteeism from work and days spent in hospital and a small but significant improvement in mortality.

Other Forms of Treatment

General conclusions to emerge are:

- Most kinds of treatment result in significant improvement in the treated population but a direct causal effect of the treatment intervention cannot necessarily be assumed.
- There is no consistent evidence that intensive or in-patient treatment provides greater benefit than less intensive out-patient treatment.
- At least in the short or medium term, treatments which target the actual drinking behaviour are likely to be more effective than complex psychotherapeutic methods.

The Population Impact of Individual Treatment

The provision of treatment, including access to Alcoholics Anonymous, is associated with measurable benefits at the population level. For example, in Canada, the USA and Sweden there is a correlation between the growth of treatment services and a decline in the death rate for cirrhosis of the liver.

There is also evidence that the treatment of people with drinking problems produces a reduction in total health care costs.

Treatment should never lose its central commitment to helping the individual, but within an economic perspective it is also a good social investment.

Conclusions and recommendations

66 The evidence demonstrates factually and forcefully that measures are available which can significantly reduce the burden of alcohol-related harm.

Policies should be Rationally Rooted

The evidence demonstrates factually and forcefully that measures are available which can significantly reduce the burden of alcohol-related harm. Doctrinaire passion and vested interest are equally poor guides to decision making where so much is at stake and there is now sufficient science in this area for policies to be rationally rooted. Not all preventative policies are equally effective, and to put heavy investment into relatively ineffective policies is wasteful and diversionary.

Preventative policy must take cognizance of a number of issues:

- The target for action embraces a wide range of alcohol-related problems, far wider than any narrow medical concept of 'alcoholism'.
- These problems are pervasive and distributed widely through the drinking population, rather than being concentrated only among heavy drinkers. Heavy drinkers and 'alcohol abusers' do not live in their own separate world but are in a very real sense products of their society. They are influenced by much the same factors that affect the generality of drinkers - the social acceptability of drinking and heavy drinking, the cost of alcohol and how easy it is for it to be obtained.
- Preventative measures which influence the generality of drinkers also affect heavy and problematic drinkers.
- The overall level of a population's drinking is significantly related to the level of alcohol-related problems in that population. Increases in per capita consumption of alcohol will normally be followed by an increase in drinking across the drinking population and an increase in the number of heavy drinkers.

It follows that preventative policy cannot be targeted exclusively at the relatively small minority of 'alcoholics' or 'alcohol abusers'. If it is to be effective, policy must also be concerned with the whole population and with the overall level of consumption. To conceive of these intrinsically complementary approaches as contradictory alternatives is unhelpful and mistaken. If overall consumption is allowed to run free and go high, more targeted interventions will be rendered null and void.

Nor should policies to influence overall consumption be avoided or diverted on the grounds that 'moderate' drinking reduces the risk of coronary heart disease. Assuming the reality of the protective effect, most developed countries are already consuming greatly more alcohol than is required to obtain optimum benefit. An attempt to put about a message encouraging drinking on the basis of hoped-for gains in CHD prevention would be likely to result in more harm to the population than benefit.

The Policy Mix

As alcohol problems arise in many different situations and affect diversities of people there is no one policy panacea: inevitably, the needed policies will be a mix rather than a master stroke. Some policy measures have fairly immediate and direct effects on levels of consumption and harm. Others have more indirect and long-term effects by helping to change the general social climate.

Taxation of alcohol is an effective mechanism for reducing alcohol problems across the board. The notion that heavy or dependent drinkers are immune to the influence of price is demonstrably incorrect. Put simply, but with entire scientific accuracy, alcohol taxation is a readily available instrument which can be applied to save lives and avert alcohol-related suffering.

Influencing physical access to alcohol can make a significant contribution to the prevention of alcohol problems. Measures include a minimum legal drinking age; restrictions on hours or days of sale; server training and policies on number, type or location of sales outlets. Countries which already deploy such useful contributions to public health would be unwise to dismantle them because political sentiment turns against 'restrictiveness', with the reasons for these measures having been introduced in the first place forgotten.

Modern trade agreements such as the North American Free Trade Agreement and the European Union have considerable potential effects on alcohol policy. While economic interests are primary in such agreements, there are good reasons therefore to consider their potential effects on alcohol consumption and the level of harm.

Drink-driving countermeasures are effective if vigorously enforced and given a high public profile.

Treatment of alcohol problems can support public health goals and to split off prevention and treatment as two separate or alternative spheres of activity is unhelpful. If treatment is to make a significant, population-wide impact on drinking problems it must be delivered on an appropriate and community wide scale. There is strong evidence for the effectiveness of simple forms of help given in general or primary-care settings.

School-based education, public education, warning labels, and advertising restrictions can be added to the policy mix but that must be on the basis of reasonable hope of long-term pay-off, rather than evidence of the kind which supports the above group of strategies.

Public acceptance and political feasibility are of critical importance in selecting alcohol policies. The evidence for the scope, seriousness and costs of alcohol problems has to be stated and the public helped to understand better the case for policy choice. Public education on the nature of policy issues is itself part of the job of policy makers. Fortunately feasibility and acceptance are not fixed quantities nor any more immutable than levels of alcohol consumption and harm, and there are rational grounds for optimism. As is demonstrated particularly clearly in much of the Western world by the at least partial success of action against drinking and driving, scientifically well-based policies combined with political commitment and public support can succeed.

66 There is no one policy panacea: inevitably the needed policies will be a mix rather than a master stroke.

เหล่า กับสุขภาพคนไทย

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

ไม่กี่วันมานี้ทราบข่าวว่าศูนย์อำนวยการความปลอดภัยบนท้องถนน โดยการนำของนาย จาตุรนต์ ฉายแสง รองนายกรัฐมนตรี กำลังเตรียมที่จะเสนอคณะรัฐมนตรี ห้ามไม่ให้มีการโฆษณา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดทางวิทยุและโทรทัศน์ ในระหว่างเวลา 05.00 – 22.00 น. และ ห้ามให้บุคคลเป็นฟรีเซ็นเตอร์ รวมทั้งห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณปั้มน้ำมัน และร้านค้าสะดวกซื้อบริเวณใกล้ปั้มน้ำมันด้วย

นับเป็นเรื่องที่ดีที่มีคนเห็นปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหามาอย่างตรงจุดเช่นนี้ เพราะน่าจะเป็น มาตรการหนึ่งที่ได้ผลดีในการรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นอีกหนทางหนึ่งในการ “สร้างสุขภาพ” เพราะที่ผ่านมาเราต้องใช้เวลา ใช้เงิน และทรัพยากรอื่น ๆ ในการ “ซ่อม” สุขภาพที่เสีย จากการดื่มน้ำเมาไปแล้วไม่รู้เท่าไรต่อเท่าไร

จากรายงานการสาธารณสุขไทย ประจำปี 2542-2543 ระบุว่า คนไทยมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นโดยตลอด จากปริมาณการบริโภคปีละ 721 ล้านลิตรในปี พ.ศ. 2531 เป็น 1604 ล้านลิตร ในปี พ.ศ. 2544 คือ เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าในรอบสิบกว่าปี โดยเฉพาะเบียร์มีการบริโภค เพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า (จาก 157,801 ลิตรในปี พ.ศ. 2531 เป็น 1,149,184 ลิตร ในปี พ.ศ. 2544) สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดื่มนั้นพบว่า ครึ่งหนึ่งของชายไทยทั้งประเทศยอมรับว่าเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และส่วนใหญ่เริ่มดื่มเมื่ออายุประมาณ 20 ปี

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุของโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 60 ชนิด จากข้อมูลของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระบุว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นนักดื่มร้อยละ 68 เคยมีการทะเลาะเบาะแว้งจนถึงขั้นทำร้ายร่างกาย

จะเห็นว่านอกจากอุบัติเหตุแล้ว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีผลกระทบต่อ การเกิดโรคภัยไข้เจ็บ นำไปสู่การเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม

สำหรับมาตรการควบคุมการบริโภคนั้น ทุกวันนี้เรามีประกาศกรมประชาสัมพันธ์ ห้ามโฆษณา สุรากลั่นที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่า 15 % ขึ้นไปทางโทรทัศน์ ในช่วง 05.00 – 22.00 น. และยังมีอีกหลาย ความพยายาม เช่น การจำกัดเวลาจำหน่าย การจำกัดกลุ่มผู้บริโภค การกำหนดให้พิมพ์คำเตือนบน ฉลาก ฯลฯ ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้กันในระดับสากล เข้มข้นมากน้อยแตกต่างกันไป

ตัวอย่างประเทศที่มีการจำกัดการโฆษณาสุรา

ประเทศ	กฎเกณฑ์การจำกัด
แคนาดา	จำกัดเนื้อหา
เดนมาร์ค	ห้ามโฆษณาทางวิทยุ, โทรทัศน์
อียิปต์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ

มาเลเซีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ , วิทยุ, และป้าย ยกเว้นรัฐชวาบาส์
นอร์เวย์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
สหราชอาณาจักรอังกฤษ	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่าง 16.00 – 18.00 ยกเว้น วันหยุดธนาคารและวันหยุดสุดสัปดาห์ และห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างรายการทางศาสนา และห้ามก่อนระหว่างและหลังรายการเด็ก
สหรัฐอเมริกา	จำกัดเนื้อหา

ขณะเดียวกันก็มีหลายองค์กรที่ช่วยกันทำเรื่องนี้อยู่ เช่น การรณรงค์เมาไม่ขับ เป็นต้น โดยเฉพาะการมีสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่นำเอาเงิน 2 % จากภาษีเหล้าและบุหรี่มาใช้ในการสร้างสุขภาพ นั้น เป็นเรื่องที่กำลังก้าวหน้ามาก

แม้จะมีนโยบายเปิดเสรีการผลิตและจำหน่าย ทั้งยังสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ชุมชนผลิตสุราพื้นบ้าน รัฐบาลก็ได้คำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพ และพิษภัยของการดื่มสุราเช่นกัน โดยในช่วงที่มีการปรับปรุงภาษีสุราเพื่อเศรษฐกิจชุมชนเมื่อเดือนมกราคมที่ผ่านมา คณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอรัฐมนตรี คณะที่ 3 ที่มีนายจาตุรนต์ ฉายแสง เป็นประธานในขณะนั้น ก็ได้ขอความเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) กระทรวงศึกษาธิการ ฯลฯ ให้เสนอแนวทางการปฏิบัติในเรื่องนี้ ซึ่งก็ได้มีข้อเสนอเพื่อการดำเนินการในระยะสั้น 2 ประการ คือ 1. ควรมีการควบคุมการโฆษณา และ 2. การจำกัดสถานที่จำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความเห็นประชาชน โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เมื่อไม่นานมานี้ ที่พบว่าประชาชนสนับสนุนเรื่องนี้เป็นอย่างมาก

ส่วนมาตรการในขั้นถัดไปนั้นควรทำให้เรื่องนี้เป็นวาระแห่งชาติ เพื่อช่วยกันนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน ที่สำคัญต้องมีกลไกของรัฐที่ทำงานได้อย่างอิสระและคล่องตัวเป็นเจ้าของงานนี้โดยตรงมาทำงานเรื่องนี้โดยเชื่อมประสานกับสสส. และส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและองค์กรทุกภาคส่วนอย่างใกล้ชิด เพราะถึงแม้ว่าเราจะอยู่ในประเทศที่เปิดเสรีทางการค้า ตามมาตรา 87 ในรัฐธรรมนูญ แต่การควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภคก็เป็นบทบาทที่รัฐต้องกระทำเช่นกัน

เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ดี และมีผลกระทบต่อหลายด้าน จึงอยากเชิญชวนคนไทยสนับสนุนและให้กำลังใจรัฐบาลให้ผลักดันเรื่องนี้ให้สำเร็จต่อไป

.....

เหล่า กับสุขภาพคนไทย

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

ไม่กี่วันมานี้ทราบข่าวว่าศูนย์อำนวยการความปลอดภัยบนท้องถนน โดยการนำของนาย จาตุรนต์ ฉายแสง รองนายกรัฐมนตรี กำลังเตรียมที่จะเสนอคณะรัฐมนตรี ห้ามไม่ให้มีการโฆษณา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดทางวิทยุและโทรทัศน์ ในระหว่างเวลา 05.00 – 22.00 น. และ ห้ามให้บุคคลเป็นพรีเซ็นเตอร์ รวมทั้งห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณปั้มน้ำมัน และร้านค้าสะดวกซื้อบริเวณใกล้ปั้มน้ำมันด้วย

นับเป็นเรื่องที่ดีที่มีคนเห็นปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหามาอย่างตรงจุดเช่นนี้ เพราะน่าจะเป็น มาตรการหนึ่งที่ได้ผลดีในการรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นอีกหนทางหนึ่งในการ “สร้างสุขภาพ” เพราะที่ผ่านมาเราต้องใช้เวลา ใช้เงิน และทรัพยากรอื่น ๆ ในการ “ซ่อม” สุขภาพที่เสีย จากการดื่มน้ำเมาไปแล้วไม่รู้เท่าไรต่อเท่าไร

จากรายงานการสาธารณสุขไทย ประจำปี 2542-2543 ระบุว่า คนไทยมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นโดยตลอด จากปริมาณการบริโภคปีละ 721 ล้านลิตรในปี พ.ศ. 2531 เป็น 1604 ล้านลิตร ในปี พ.ศ. 2544 คือ เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าในรอบสิบกว่าปี โดยเฉพาะเบียร์มีการบริโภคเพิ่มถึง 7 เท่า (จาก 157,801 ลิตรในปี พ.ศ. 2531 เป็น 1,149,184 ลิตร ในปี พ.ศ. 2544) สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดื่มนั้นพบว่า ครึ่งหนึ่งของชายไทยทั้งประเทศยอมรับว่าเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และส่วนใหญ่เริ่มดื่มเมื่ออายุประมาณ 20 ปี

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุของโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 60 ชนิด จากข้อมูลของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ระบุว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นนักดื่มร้อยละ 68 เคยมีการทะเลาะเบาะแว้งจนถึงขั้นทำร้ายร่างกาย

จะเห็นว่านอกจากอุบัติเหตุแล้ว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีผลกระทบต่อ การเกิดโรคภัยไข้เจ็บนำไปสู่การเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม

สำหรับมาตรการควบคุมการบริโภคนั้น ทุกวันนี้เรามีประกาศกรมประชาสัมพันธ์ ห้ามโฆษณาสุรากลั่นที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่า 15 % ขึ้นไปทางโทรทัศน์ ในช่วง 05.00 – 22.00 น. และยังมีอีกหลาย ความพยายาม เช่น การจำกัดเวลาจำหน่าย การจำกัดกลุ่มผู้บริโภค การกำหนดให้พิมพ์คำเตือนบนฉลาก ฯลฯ ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้กันในระดับสากล เข้มข้นมากขึ้นน้อยแตกต่างกันไป

ตัวอย่างประเทศที่มีการจำกัดการโฆษณาสุรา

ประเทศ	กฎเกณฑ์การจำกัด
แคนาดา	จำกัดเนื้อหา
เดนมาร์ค	ห้ามโฆษณาทางวิทยุ, โทรทัศน์
อียิปต์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ

มาเลเซีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ , วิทยุ, และป้าย ยกเว้นรัฐชวาบาย
นอร์เวย์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
สหราชอาณาจักรอังกฤษ	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่าง 16.00 – 18.00 ยกเว้น วันหยุดธนาคารและวันหยุดสุดสัปดาห์ และห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างรายการทางศาสนา และห้ามก่อนระหว่างและหลังรายการเด็ก
สหรัฐอเมริกา	จำกัดเนื้อหา

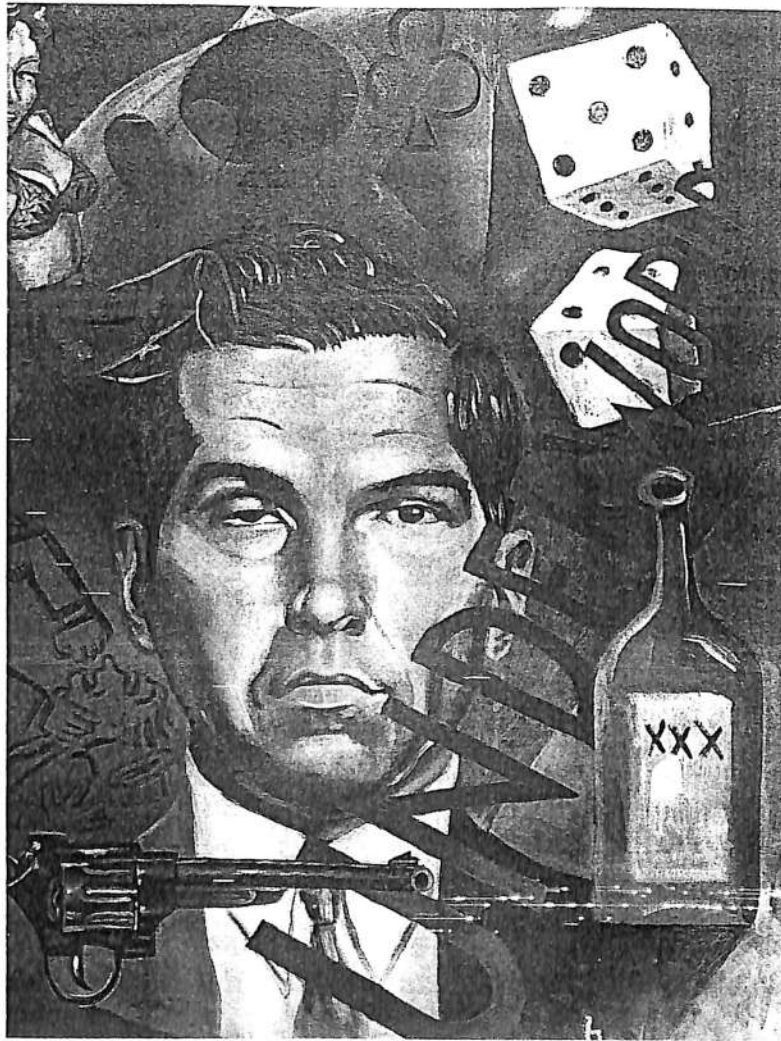
ขณะเดียวกันก็มีหลายองค์กรที่ช่วยกันทำเรื่องนี้อยู่ เช่น การรณรงค์เมาไม่ขับ เป็นต้น โดยเฉพาะการมีสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่นำเอาเงิน 2 % จากภาษีเหล้าและบุหรี่มาใช้ในการสร้างสุขภาพ นั้น เป็นเรื่องที่กำลังก้าวหน้ามาก

แม้จะมีนโยบายเปิดเสรีการผลิตและจำหน่าย ทั้งยังสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ชุมชนผลิตสุราพื้นบ้าน รัฐบาลก็ได้คำนึงถึงผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพ และพิษภัยของการดื่มสุราเช่นกัน โดยในช่วงที่มีการปรับปรุงภาษีสุราเพื่อเศรษฐกิจชุมชนเมื่อเดือนมกราคมที่ผ่านมา คณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอรัฐมนตรี คณะที่ 3 ที่มีนายจาตุรนต์ ฉายแสง เป็นประธานในขณะนั้น ก็ได้ขอความเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) กระทรวงศึกษาธิการ ฯลฯ ให้เสนอแนวทางการปฏิบัติในเรื่องนี้ ซึ่งก็ได้มีข้อเสนอเพื่อการดำเนินการในระยะสั้น 2 ประการ คือ 1. ควรมีการควบคุมการโฆษณา และ 2. การจำกัดสถานที่จำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความเห็นประชาชน โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)เมื่อไม่นานมานี้ ที่พบว่าประชาชนสนับสนุนเรื่องนี้เป็นอย่างมาก

ส่วนมาตรการในขั้นถัดไปนั้นควรทำให้เรื่องนี้เป็นวาระแห่งชาติ เพื่อช่วยกันนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน ที่สำคัญต้องมีกลไกของรัฐที่ทำงานได้อย่างอิสระและคล่องตัวเป็นเจ้าของงานนี้โดยตรงมาทำงานเรื่องนี้โดยเชื่อมประสานกับสสส. และส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและองค์กรทุกภาคส่วนอย่างใกล้ชิด เพราะถึงแม้ว่าเราจะอยู่ในประเทศที่เปิดเสรีทางการค้า ตามมาตรา 87 ในรัฐธรรมนูญ แต่การควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภคก็เป็นบทบาทที่รัฐต้องกระทำเช่นกัน

เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ดี และมีผลกระทบหลายด้าน จึงอยากเชิญชวนคนไทยสนับสนุนและให้กำลังใจรัฐบาลให้ผลักดันเรื่องนี้ให้สำเร็จต่อไป

.....



“โอ บรรดาผู้มีศรัทธา
ทั้งหลาย อันที่จริง
สุรา การพนัน แทน
หินสำหรับเชือดสัตว์บูชาญ และ
การเสี่ยงดีวนั้น เป็นสิ่งโสมมอัน
เกิดจากการกระทำของมาร
ดังนั้นพวกเจ้า จงห่างไกลจากมัน
เสีย เพื่อว่าพวกเจ้าจะได้รับความสำเร็จ

แท้จริงมารนั้น เพียงต้อง
การทำให้เกิดความเป็นศัตรูและ
ความเกลียดชังกัน ระหว่างพวก
เจ้าใน สุราและการพนันเท่านั้น
และมันจะหันเหพวกเจ้าจากการ
รำลึกถึงอัลลอฮ์ และการนมาซ
แล้วพวกเจ้าจะยุติหรือไม่?”

(อัล กุรอาน บทที่ 5 โองการที่ 93-94)

สิ่งมึนเมา มหันตภัย ของมนุษยชาติ

ปัญหาเรื่องสิ่งมีนเมา เป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก เพราะมีอันตรายต่อมนุษย์อย่างมากมาย ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินอย่างมหาศาล ไม่คุ้มกับผลประโยชน์ที่ได้รับในรูปของผลกำไรภาษีและค่าธรรมเนียมที่รัฐเก็บได้ ดังตัวอย่าง เฉพาะปีใหม่ที่ผ่านมาในช่วง 27 ธันวาคม 2544 - 1 มกราคม 2545 เพียง 6 วันมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ 457 คน บาดเจ็บ 26,902 คน ในจำนวนนี้ตายเนื่องจากอุบัติเหตุที่มีสาเหตุมาจากความมีนเมา 351 คน (80 %) และบาดเจ็บ 23,814 คน (70 %) คำนวณความเสียหายคร่าว ๆ ทั้งชีวิตและทรัพย์สินเป็นเงินนับหลายร้อยล้านบาท และถ้านับสถิติทั้งปีตัวเลขคงต้องสูงนับหมื่นๆ ล้านบาท และยังมีผู้ป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ตับแข็ง และโรคอื่นๆ ที่มีสาเหตุมาจากสุราอีกนับแสนคน เสียค่ารักษาพยาบาลอีกนับหมื่นล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่รวมเหตุทะเลาะวิวาท ที่เกิดจากความมีนเมาซึ่งทำให้บาดเจ็บและล้มตายจำนวนมากเช่นกัน

ในอดีตมีบางคนคิดว่า ถ้าดื่มของมีนเมาเพียงเล็กน้อย นอกจากจะไม่มีโทษอะไรแล้วยังเป็นประโยชน์อีกด้วย แต่จากการศึกษาและวิจัยของนักวิทยาศาสตร์ทั้งในยุโรปและอเมริกาที่กระทำเมื่อเร็วๆ นี้ ได้พิสูจน์ออกมาแล้วว่า การดื่มสุราไม่ว่าจะจำนวนน้อยเพียงใด ก็มีผลร้ายเสมอ ขอนำผลการศึกษาวิจัยที่ถูกลำเสนอ

ผลการศึกษาวิจัย
ที่ถูกลำเสนอในที่ประชุม
ทางวิชาการเพื่อ
การรณรงค์ต่อต้านเมรัย
ณ กรุงวอชิงตัน
สหรัฐอเมริกา
ซึ่งนายแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ
ต่างพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า มีนคือศัตรูหมายเลข
หนึ่งของมนุษยชาติ
เลยก็ทีเดียว

ในที่ประชุมทางวิชาการ เพื่อการรณรงค์ต่อต้านเมรัย ณ กรุงวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา ซึ่งนายแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ต่างพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า มีนคือ ศัตรูหมายเลขหนึ่งของมนุษยชาติเลยก็ทีเดียว ดังผลการศึกษาพอสรุปได้ดังนี้

1. แอลกอฮอล์ จะทำลายเซลล์สมอง กล่าวคือทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในโลหิตและเส้นโลหิตจนทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดออกซิเจน หากถูกทำลายมากจะทำให้วิกลจริต และทำลายความเข้าใจ ในปัญหาต่างๆ แอลกอฮอล์ยังเข้าไปขัดขวางกระแสการไหลเวียนของโลหิต ทำให้โลหิตจับตัวเป็นก้อน
2. ทำให้ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย หมดความสนใจและความกระตือรือร้นในการทำงาน รู้สึกเกียจคร้าน เหนื่อยง่าย ขาดความพร้อมที่จะศึกษาวิเคราะห์สิ่งต่างๆ

3. ความสามารถ ในการใช้ งานของอวัยวะบางอย่าง เช่น หู ตา สูญเสียไป ในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ ทั้งในขณะมีนเมาและหลังจากส่างเมาแล้ว

4. ทำให้อารมณ์เกรี้ยวกราด โมโหง่าย ขาดความอดกลั้นเมื่อถูกกดดัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ก่ออาชญากรรมและความรุนแรงได้ง่ายขึ้น

5. มีผลต่อบุตรในครรภ์มารดา อาจพิการทั้งทางสมองและความบกพร่องทางจิตใจ มีความอ่อนแอทางร่างกาย และสติปัญญาพัฒนาช้ากว่าเด็กที่คลอด จากครอบครัวปกติ

6. ผู้ดื่มสุรา และติดเหล้าในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นเยาวชน คนหนุ่มสาว ที่กำลังอยู่ในวัยศึกษาหาความรู้และวัยทำงาน ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคล ที่มีค่าไปจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุของการดื่มสุราก็คือ สำหรับคนที่มึนเมา จะดื่มเพื่อการสังสรรค์รับรองลูกค้า และผ่อนคลายจากภารกิจการงานประจำวัน ส่วนคนที่ต้งงาน จะดื่มสุราเพื่อระบายความเครียด หนีจากความเบื่อหน่าย และปัญหาชีวิตที่รุ่มเร้า

สถิติบางอย่าง ที่มีการรวบรวมกันไว้ เกี่ยวกับผู้ดื่มสุราและความเสียหายที่เกิดจากสุรา ซึ่งนำเสนอในรายงาน ณ ที่ประชุมนานาชาติเกี่ยวกับการรณรงค์ต่อต้านการดื่มสุราที่ฝรั่งเศส คือ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคจิตและร้อยละ 40 ของผู้ป่วยกามโรค เกิดในผู้ดื่มสุรา ร้อยละ 60

ของเด็กปัญญาอ่อนและร้อยละ 40 ของผู้มีนิสัยก้าวร้าว มาจากครอบครัวที่มีการดื่มสุรา เกือบร้อยละ 70 ของเยาวชนในปัจจุบันนิยมดื่มสุรา และในจำนวนนี้ ร้อยละ 20-30 กลายเป็นคนติดเหล้า และอาชญากรรมในห้องถนนเกือบทั้งหมดเกิดจากผู้ติดเหล้า

ในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 25 ของผู้เสียชีวิต เนื่องจากอุบัติเหตุรถยนต์ ร้อยละ 62 ของผู้ก้าวร้าวรุนแรง (ในจำนวนนี้มีร้อยละ 20 ถึงขั้นบ้าคลั่ง) ร้อยละ 17 ของผู้เป็นอัมพาต และร้อยละ 35 ของผู้ป่วยโรคจิตที่รักษาอยู่ตามโรงพยาบาล มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา ในบรรดาชาติที่เจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์นั้น ฝรั่งเศสนิยมดื่มสุรา มากกว่าชาติอื่น นักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส จึงได้รับรางวัลโนเบลน้อยที่สุด (คงมีแต่เมากันอยู่)

ก่อนที่อิสลามจะมายังโลกนี้ การผลิตและการจำหน่ายสุราได้เป็นอาชีพที่สำคัญในหมู่ชาวอาหรับอยู่ก่อนแล้ว และหลังจากอิสลามได้รับการเผยแผ่ในคาบสมุทรอาหรับโดยท่านศาสดามุฮัมมัด จึงมีคำสั่งจากพระเจ้าเป็นเจ้า ห้ามการดื่มสุราอย่างเด็ดขาด หลังจากนั้นในช่วงเวลาเพียงเล็กน้อย มฤตยูตัวนี้ก็ถูกขูดรากถอนโคน ออกไปจากสังคมมุสลิมความสำเร็จนี้ทำให้นักเขียนชาวอังกฤษชื่อ เบนเจม ได้เขียนไว้ในหนังสือ "หลักการแห่งคำสั่ง" ของเขาว่า "ประโยชน์ที่ยิ่งใหญ่อย่างหนึ่งของความศรัทธาของมุสลิมคือ การที่

ในสหรัฐอเมริกา
ร้อยละ 25 ของ
ผู้เสียชีวิตเนื่องจาก
อุบัติเหตุรถยนต์
ร้อยละ 62 ของผู้ก้าว
ร้าวรุนแรง (ในจำนวนนี้มี
ร้อยละ 20 ถึงขั้น
บ้าคลั่ง) ร้อยละ 17
ของผู้เป็นอัมพาต
และร้อยละ 35 ของ
ผู้ป่วยโรคจิตที่รักษา
อยู่ตามโรงพยาบาล
มีสาเหตุมาจาก
การดื่มสุรา

อิสลามห้ามการดื่มสุราทุกชนิด"

ปีแอร์ โลตีนักเขียนและนักท่องเที่ยวยุโรปฝรั่งเศส กล่าวว่า "ข้าพเจ้าพร้อมที่จะเข้าร่วมในครมเป็นมุสลิมได้แล้ว เพราะข้าพเจ้าไม่เคยแตะต้องสุราหรือเครื่องดื่มเมาอื่นๆ เลย"

นายแพทย์ชาวเยอรมันกล่าวว่า "จงปิดประตูโรงขายเหล้าสักครึ่งหนึ่งสิ รับประกันได้ว่าประเทศจะไม่ต้องการโรงพยาบาล โรงพยาบาลโรคจิตและคุกตะราง อีกครึ่งหนึ่งเลย"

จะเห็นว่า กรณีของสิ่งมีนเมา นี้ นับเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนของการต่อสู้ระหว่างความชั่วร้ายกับความดีงาม (ทั้งในทางศาสนาและข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์) ในประวัติ

ศาสตร์ ความชั่วร้ายชนิดนี้มีกองทัพที่เข้มแข็งหนุนหลัง และต่อสู้อย่างเหนียวแน่นกับฝ่ายที่ต้องการปราบปราม เครื่องดื่มที่มีพิษภัยร้ายแรงนี้คร่าทำลายชีวิตมนุษย์ไปอย่างมหาศาล ตลอดประวัติศาสตร์อันยาวนาน และนับวันจะหยั่งรากลึกและแผ่ขยายเป็นวงกว้างออกไป แดกแขนง ออกลูกออกหลานเป็นเครื่องดื่มนานาชนิดที่แอบแฝงมา เพื่อตบตาผู้บริโภค การต่อสู้ขับเคี่ยวกับสุรายาเมา เป็นภารกิจหนึ่งของบรรดาศาสดาทั้งหลาย ในสายธารของมนุษยชาติ แต่ชัยชนะของท่านเหล่านั้น จนบัดนี้ก็ยังไม่บรรลุผลเด็ดขาด

โลกทุนนิยม คือป้อมค่ายแห่งการโฆษณาชวนเชื่อ เป็นเครื่องมือของมารในการเชื่อเชิญมนุษย์ไปสู่ความตกต่ำ แสวงหาผลประโยชน์กอบโกยกำไรจากสิ่งต้องห้าม ได้รับการสนับสนุนจากอำนาจรัฐทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อแบ่งปันผลประโยชน์ในขั้นสุดท้ายร่วมกัน แม้บางครั้ง จะมีการควบคุมของรัฐเกิดขึ้น แต่นั่นก็เพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์จากสุราเท่านั้น มิได้มีเจตนาที่จะกำจัดสิ่งนี้ไปจากสังคมมนุษย์ ไม่ทำให้เกิดความเจริญอกงาม และอิทธิพลของมันที่ขยายใหญ่ขึ้น คือเสียงเย้ยหยันคำสั่งสอนของบรรดาศาสดา และดูหมิ่นต่อคำสอนของศาสนาทั้งหลาย

จากโองการอัล กุรอานข้างต้น คือความตระหนักอย่างจริงจังของอิสลามต่อปัญหานี้ ซึ่งนอกจากจะประกาศสงครามขึ้นเด็ดขาดกับ

สิ่งมีเงินมาแล้ว อิสลามยังห้ามกิจกรรมทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับสุราด้วย ดังนั้นจะของท่านศาสดามุฮัมมัด ซึ่งประณามคนที่มีกิจกรรมเกี่ยวข้องกับสุราดังนี้

1. ผู้ที่ปลุกองุ่น โดยมีเจตนาที่จะเอาผลไปทำสุรา
2. ผู้ที่คั้นผลองุ่น เพื่อนำไปทำสุรา
3. คนขายสุรา
4. คนซื้อสุรา
5. คนดื่มสุรา
6. คนถือด้วยสุรา
7. ผู้ได้รับผลตอบแทนในงานที่เกี่ยวข้องกับสุราไม่ว่าในทางใด

นอกจากห้ามเกี่ยวข้องกับสุราในทางต่างๆ แล้ว ยังมีวจนะจากท่านอิมามญะอ์ฟิร อัซ ซอดิกว่า

“บุคคลผู้ยกลูกสาวให้กับผู้ที่ดื่มเหล้านั้น เท่ากับว่าได้ตัดขาดกับลูกสาวของเขาเสียแล้ว”

ยังมีการสนับสนุนจากวจนะของท่านศาสดามุฮัมมัด อีกบทหนึ่งว่า

“เนื่องจากพระผู้เป็นเจ้าได้ทรงสั่งห้ามการดื่มสุรา โดยผ่านทางฉันแล้ว ดังนั้น ถ้ามีผู้ดื่มสุราคนใดมาขอแต่งงานกับลูกสาวของครอบครัวใด ก็ไม่ควรยกลูกสาวให้ และถ้าเขาขอความช่วยเหลือจากผู้ใด ก็ไม่ควรให้ความช่วยเหลือ ถ้าเขารายงานสิ่งใด ก็ไม่ควรเชื่อถือในคำพูดของเขา ไม่ควรถือว่าเขาเป็นผู้ที่น่าไว้วางใจ หากผู้ใดไว้วางใจเขาในสิ่งใดทั้งๆ ที่รู้ว่าเขามีนิสัยชอบดื่มแล้ว พระผู้เป็นเจ้าจะไม่ทรงประณามใน

ความไว้วางใจนั้น และหากเกิดการสูญหายจากความไว้วางใจนั้น ผู้นั้นก็จะไม่ได้รับการชดเชยใดๆ จากพระองค์”

ท่านอิมามญะอ์ฟิร อัซ ซอดิกกล่าวว่า

“สตรีที่ยอมจำนนต่อสามีผู้เมามายของนาง เท่ากับนางทำบาปไว้มากมาย เท่าดวงดาวในท้องฟ้า และลูกชายของเขาผู้นั้นจะไม่สะอาด แต่จะสกปรกใตโครก พระผู้เป็นเจ้าจะไม่ทรงรับความสำนึกผิดหรือการให้อภัยแก่นาง จนกว่าสามีของนางจะเสียชีวิตไป หรือนางเป็นอิสระจากพันธนาการของการแต่งงานจากเขาแล้ว”

มาตรการเหล่านี้ ดูจะรุนแรงต่อผู้ดื่มสุรา แต่ถ้าย้อนกลับไปศึกษาดูผลเสียหาย ที่เกิดจากการดื่มสุราก็จะพบว่า นี่คือมาตรการที่หวังผลได้ชัดเจนที่สุดในการหยุดความร้ายกาจของโทษจากสุรา

อิมามริฎอ กล่าวว่า

“พระผู้เป็นเจ้าทรงห้ามสิ่งมีเงินมา เพราะมันทำลายสติปัญญา และความรอบรู้ ทำให้ความสงบเสงี่ยม และสมบัติผู้ดีหมดสิ้นไป”

วจนะอีกบทหนึ่ง กล่าวว่า

“จงอย่านั่งร่วมโต๊ะกับผู้ที่ดื่มสุรายาเมา จงอย่าไปงานที่เลี้ยงสุรา แม้ผู้เจ้าจะไม่ได้ดื่มก็ตาม และจงอย่าสังคัมกับผู้ที่ดื่มสุรา มิฉะนั้นผู้เจ้าอาจติดนิสัยเช่นว่ามา”

ท่านอิมามญะอ์ฟิร อัซ ซอดิกกล่าวว่า

“ผู้ดื่มสุรา ก็เช่นเดียวกับผู้

เคารพรูปเจว็ด ย่อมไม่ได้รับอนุญาตให้ได้รับความยุติธรรมของพระผู้เป็นเจ้าของได้”

นี่คือ กฎหมายอิสลาม ซึ่งสั่งห้ามการดื่มสุรา แม้เพียงหยดเดียวที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์อัล กุรอาน ซึ่งเป็นธรรมนูญ ในการดำเนินชีวิตของมุสลิม และวจนะจากท่านศาสดามุฮัมมัด และบรรดาอิมามผู้บริสุทธิ์ จากวงศ์วานของท่าน ซึ่งกล่าวไว้ เมื่อพันกว่าปีล่วงมาแล้ว แต่วิทภัยปัญหาอันยิ่งใหญ่ที่แฝงเร้นอยู่นั้น มีมากมายมหาศาล ซึ่งพิสูจน์ได้จากผลการศึกษาวิจัยของวิทยาศาสตร์และการแพทย์ในปัจจุบัน

และขอยืนยันถึงจุดยืนที่แข็งแกร่งของอิสลามต่อสุรา และสิ่งมีเงินมา ด้วยวจนะจากท่านอิมามญะอ์ฟิร อัซ ซอดิกที่ว่า

“พระผู้เป็นเจ้าผู้ทรงอำนาจภาพ ได้ทรงห้ามไม่ให้สวรรค์เป็นของคนที่สามารถกลุ่ม กลุ่มแรกคือ ผู้ดื่มสุรา...”

ทั้งท้าย ในโองการอัล กุรอาน ที่ยกมาข้างต้นเกี่ยวกับสิ่งมีเงินมา เหตุใดอัล กุรอาน จึงนำเรื่องการพนัน การบุชายัญ และการเสี่ยงทายมาไว้ด้วยกัน ?



ข้อ ๒ ให้เรียกเก็บภาษีสุรากลั่นสำหรับสุราที่ทำในราชอาณาจักรและสุราที่นำเข้ามาใน
ราชอาณาจักร ดังนี้

รายการ	อัตราภาษี		
	ตามมูลค่า ร้อยละ	ตามปริมาณ	
		หน่วย	หน่วยละ - บาท
๑. สุราแช่			
๑.๑ ชนิดเบียร์	๕๕	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๑๐๐
๑.๒ ชนิดไวน์และ สปาร์กลิงไวน์ ที่ทำจากองุ่น	๖๐	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๑๐๐
๑.๓ ชนิดสุราแช่ พื้นเมือง	๒๕	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๗๐
๑.๔ ชนิดอื่น ๆ นอกจาก ๑.๑ ๑.๒ และ ๑.๓	๒๕	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๗๐
๒. สุรากลั่น			
๒.๑ ชนิดสุราขาว	๒๕	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๗๐
๒.๒ ชนิดสุราผสม	๕๐	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๒๕๐
๒.๓ ชนิดสุราปรุงพิเศษ	๕๐	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๒๕๐

รายการ	อัตราภาษี		
	ตามมูลค่า ร้อยละ	ตามปริมาณ	
		หน่วย	หน่วยละ - บาท
๒.๔ ชนิดสุราพิเศษ			
(๑) ประเภทบริันดี	๓๕	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๒๕๐
(๒) ประเภทวิสกี้	๕๐	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๒๕๐
(๓) ประเภทอื่น นอกจาก (๑) และ (๒)	๕๐	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๒๕๐
๒.๕ ชนิดสุราสามทับ			
(๑) ที่นำไปใช้ในการ อุตสาหกรรม หรือที่นำไปทำ การแปลงสภาพ ทั้งนี้ ตามวิธีการ ที่อธิบดีกำหนด	๒	ลิตร	๑
(๒) ที่นำไปใช้ใน การแพทย์ เภสัชกรรมและ วิทยาศาสตร์ ทั้งนี้ ตามวิธีการ ที่อธิบดีกำหนด	๐.๑	ลิตร	๐.๐๕
(๓) อื่น ๆ นอกจาก (๑) และ (๒)	๑๐	ลิตร แห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์	๖

สถิติรายได้กรมสรรพสามิตตั้งแต่ปีงบประมาณ 2535-2545

ประเภทภาษี	ปีงบประมาณ										
	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545
1. ภาษีสรรพสามิตและผลิตภัณฑ์กันน้ำ	41,346.16	43,711.36	46,130.67	53,500.77	57,890.92	63,988.15	65,372.93	66,583.53	64,831.99	64,124.31	68,840.46
2. ภาษีสรรพสามิต	15,712.81	34,349.68	34,514.74	38,146.62	37,496.04	32,294.90	8,556.93	13,940.86	26,781.25	30,329.86	41,559.53
3. ภาษีสรรพสามิต	15,489.59	15,637.45	19,708.19	20,717.20	24,057.30	29,815.92	28,559.58	26,655.26	28,133.62	32,309.86	31,696.94
4. ภาษีสรรพสามิตและเงินผลกำไร	15,391.34	16,679.00	19,249.58	19,758.87	21,548.45	22,763.33	20,257.35	22,800.40	8,275.66	8,932.96	22,290.17
5. ภาษีเงินได้	7,817.82	9,477.53	12,284.63	15,130.74	17,359.75	21,383.11	23,190.69	24,991.84	26,437.81	29,990.72	31,650.33
6. ภาษีเครื่องดื่ม	5,124.96	5,157.72	5,636.28	6,598.32	6,843.74	7,519.08	7,023.08	6,483.80	7,444.23	8,100.26	7,748.26
7. ภาษีเครื่องใช้ไฟฟ้า	320.33	545.94	899.15	1,190.29	1,729.04	1,764.79	1,003.04	903.61	1,103.84	1,429.00	1,792.55
8. ภาษีผลิตภัณฑ์เครื่องหอม	37.60	56.15	64.11	68.52	74.63	90.98	103.23	86.59	126.56	112.45	125.64
9. ภาษีไฟและเงินผลกำไร	46.86	53.84	52.05	59.27	54.71	59.25	56.07	48.69	55.03	58.92	60.39
10. ภาษีเรือ	2.25	5.51	6.69	15.71	12.21	18.67	3.07	3.06	52.59	5.37	4.74
11. ภาษีสรรพสามิต	6.61	10.14	10.48	11.57	10.11	10.60	125.52	113.48	96.60	61.75	44.67
12. ภาษีสรรพสามิต	-	-	-	-	-	-	162.95	190.97	217.78	245.82	268.14
13. ภาษีแก้วและเครื่องแก้ว	0.92	1.48	1.84	1.95	1.73	7.38	11.21	6.24	11.19	14.24	14.91
14. ภาษีพรม	-	-	-	-	0.06	16.51	19.32	24.37	19.60	26.07	22.88
15. ภาษีสรรพสามิตยานยนต์	-	-	-	-	-	129.14	537.69	482.03	791.13	931.67	1,224.40
16. ภาษีแบตเตอรี่	-	-	-	-	-	168.28	441.88	419.15	443.70	713.23	581.94
17. ภาษีเงินได้อื่น ๆ	-	-	-	-	-	0.58	-	-	-	-	-
18. ภาษีสรรพสามิตและเงินผลกำไร	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14.77
19. ภาษีสรรพสามิต	680.16	1.33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. รายได้เบ็ดเตล็ด	53.90	101.0	110.80	108.62	119.36	142.22	138.64	157.63	3,999.34	213.27	212.27
รวม	102,031.31	125,788.73	138,669.21	155,308.45	167,198.05	180,167.99	155,563.18	163,891.51	168,821.92	177,599.76	208,152.99

หมายเหตุ สิ้นค้าเดิมคือ ซิเมนต์, ไม้ขัดไฟ และยานยนต์

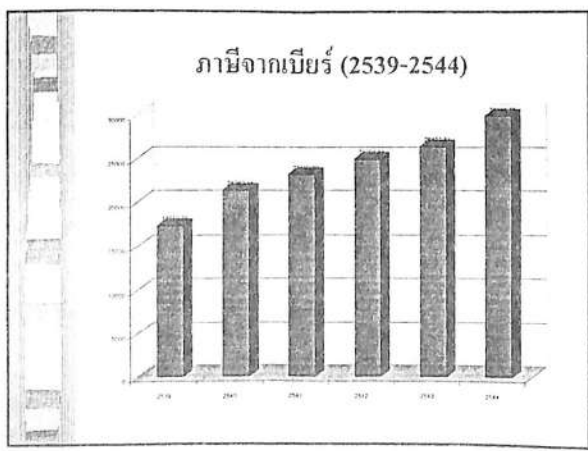
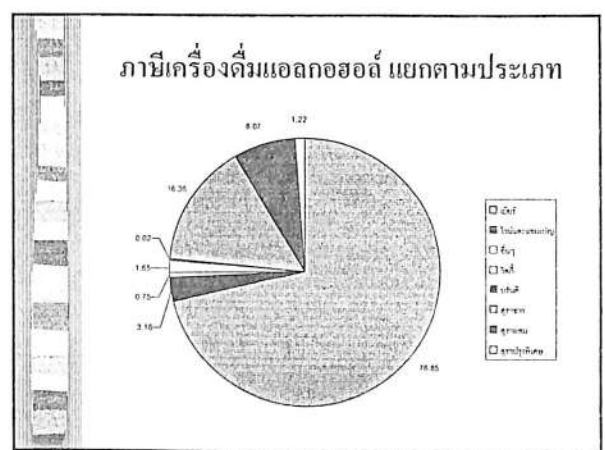
[63]

ทำไม ไทยเมมา ?

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

- ## สุรากระทบสุขภาพ และ สวัสดิภาพ
- การเสียชีวิตของพลโลก 5 จาก 100 คน เกิดจากสุรา
 - สุราเป็นสาเหตุของโรคและการบาดเจ็บ มากกว่า 60 ชนิด
 - ครอบครัวที่มี "นักดื่ม" ร้อยละ 68 เกษะเลาะถึงขั้นทำร้ายร่างกาย
 - สุราสัมพันธ์กับอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 40

- ## คนไทย "ดื่ม" มากยิ่งขึ้นทุกที
- ระหว่างปี 2534 - 2542 ยอดขายสุรา เพิ่มเกือบเท่าตัว
 - เพียง 4 ปี คนไทยดื่มเบียร์ เพิ่มเท่าตัว
 - ระยะเวลาปีเดียว จำนวนคนดื่มสุรา เพิ่ม 1.6 ล้านคน หรือร้อยละ 2.3 ของประชากรทั้งหมด
 - คาดการณ์ว่าในปี 2548 คนไทยจะดื่มสุรา เพิ่มจาก 5 ปีก่อนกว่าเท่าตัว



ใครคือ “นักดื่ม”

- 1 ใน 3 ของคนไทยวัยเลย 15 ปี
- ร้อยละ 55.9 ของชายไทย และ ร้อยละ 9.8 ของหญิงไทย
- เริ่มดื่มโดยเฉลี่ยเมื่ออายุ 20 ปี
- ชุกที่สุดในช่วงวัยเริ่มทำงาน 25 - 29 ปี
- อยู่ในเมืองมากกว่าชนบท

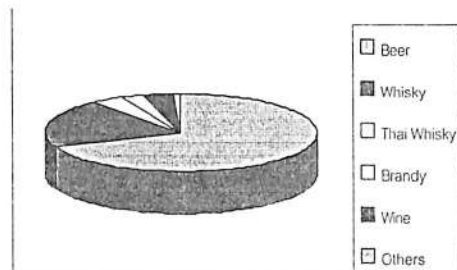
ผู้หญิง และ เด็ก คือ “นักดื่ม” หน้าใหม่

- คนรุ่นใหม่ นิยมดื่มสุรามากกว่าคนรุ่นก่อน
- นักเรียน ม.ปลาย - อุดมศึกษา ประมาณ 2 ใน 3 ยอมรับว่าตนเอง “ดื่มสุรา”
- มีการคาดการณ์ว่าในปี 2550 ผู้หญิงในเมืองที่ “ดื่มหนัก” จะเพิ่มขึ้น

ปัจจัยสำคัญที่ หนุนการ “ดื่ม”

- นโยบายรัฐด้านการเปิดเสรีการผลิต
- ข้อมูล ค่านิยม เกี่ยวกับสรรพคุณการ “ดื่ม”
- การตลาด และการทุ่มโฆษณาทางสื่อมวลชน
- ราคา

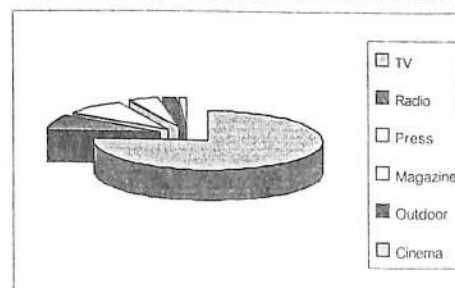
งบการโฆษณาแยกตามประเภทของสุรา



เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้บโฆษณาสูงสุด 50 อันดับแรกประจำปี 2543

■ เบียร์ช้าง	317.82 ล้านบาท
■ เบียร์สิงห์	315.56 ล้านบาท
■ ลิโตนเบียร์	263.47 ล้านบาท
■ เบียร์มิตต์ไวต์	204.53 ล้านบาท
■ เบียร์ฮันสเตล	200.83 ล้านบาท
■ เบียร์ไฮเนเก้น	124.69 ล้านบาท
■ เบียร์คาร์ลเบอร์ก	90.28 ล้านบาท

การโฆษณา แยกตามประเภทสื่อ



กลยุทธ์การตลาดและโฆษณา

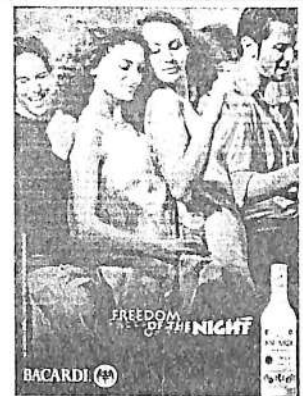
- ร้านค้าปลีก : ตัดราคา / เหล้าฟ่งเบียร์ / ชิงโชค
- สถานบันเทิง : PRETTY / เปิด 1 แดม 1 / ชิงโชค / สาทิศ
- LIFESTYLE กลุ่มเป้าหมาย : สปอนเซอร์กีฬา-ดนตรี / กิจกรรมเยาวชน / โครงการเพื่อสังคม
- สื่อมวลชน : โฆษณา / แสงในรายการทีวี / ถ่ายทอดสด

ขายความเป็นเบียร์
ระดับโลก



ขายความเก่ง ความเป็นวีรบุรุษ

ขายวิถีชีวิต
อิสระ สนุก



เบียร์สิงห์... (Small text describing the beer's quality and availability)



ขายความเป็นวัยรุ่น
ความแปลก

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- การห้ามโฆษณา เช่น ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทก่อนสี่ทุ่ม
- เก็บภาษีการโฆษณาเหล้า หรือให้มี counter ad ในระยะเวลาที่เท่ากัน
- เสนอให้มีการขึ้นภาษี
- ห้ามขายเหล้าในปั้มน้ำมันตลอด 24 ชั่วโมง และริมถนน
- การควบคุมเรื่องเมาแล้วขับ (ตรวจแอลกอฮอล์ทุกรายที่เกิดอุบัติเหตุ)
- การเข้มงวดเรื่องห้ามจำหน่ายแก่เยาวชน
- การจำกัดเวลา/สถานที่ / จุดในการวางในร้านค้า
- ขยายค่าเตือน ให้ชัดเจน
- การกำหนดให้มีวันงดเหล้าแห่งชาติ

กรมการคลัง
 กระทรวงการคลัง
 วันที่ ๑๐/๑๐/๒๕๔๑
 ที่ ๐.๑๐

สำเนา

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
 กระทรวงการคลัง
 วันที่ ๑๐/๑๐/๒๕๔๑
 เลขที่ ๑๐๒๖๑๓
 วันที่ ๑๐ พ.ย. ๒๕๔๑

ที่ นร ๐๒๐๔/ ๑๒๕๕๑

สำนักเลขานุการคณะรัฐมนตรี

ทำเนียบรัฐบาล กท ๑๐๓๐๐

๒๕ กันยายน ๒๕๔๑

ร.ท.ท.ท. (พิเศษ)
 เลขที่ ๑๕๖
 วันที่ ๑๐ พ.ย. ๒๕๔๑

เรื่อง นโยบายการบริหารงานสุราหลังปี ๒๕๔๒

เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

- อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค ๐๓๑๒/๑๔๔๔๔ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๔๑
 ๒. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๓๑๒/๒๑๓๕๑ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๔๑

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือกระทรวงอุตสาหกรรม ที่ อก ๐๔๐๑/๒๒๖๖ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๔๑
 ๒. สำเนาหนังสือสำนักงบประมาณ ที่ นร ๐๔๐๔/๑๓๖๒๕ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๔๑
 ๓. สำเนาหนังสือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ด่วนที่สุด ที่ นร ๑๐๐๕/๔๔๔๒ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๔๑

ตามที่ได้อธิบายให้ท่านเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบนโยบายสุราหลังปี ๒๕๔๒ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงบประมาณ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้เสนอความเห็นมาเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีด้วยความละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๔๑ ลงมติว่า

๑/ เห็นชอบนโยบายการบริหารงานสุราหลังปี ๒๕๔๒ โดยให้ใช้แนวดำเนินการรูปแบบที่ ๑ คือ การเปิดเสรีการผลิตและการจำหน่ายทั้งสุราขาวและสุราสี ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ ทั้งนี้ ให้กระทรวงการคลังรับความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และข้อสังเกตของคณะรัฐมนตรีไปพิจารณาดำเนินการด้วย ดังนี้

๑.๑ กระทรวงการคลังควรชี้แจงเพื่อให้ประชาชนได้เข้าใจชัดเจนในหลักการ และกรอบของการเปิดเสรีด้วยว่าหมายถึงการเปิดให้ขออนุญาตจัดตั้งโรงงานผลิตสุราขาวและสุราสี และจำหน่ายสุราขาวและสุราสีได้โดยเสรีเท่านั้น มิได้หมายความว่าผู้ใดจะผลิตสุราได้เองโดยเสรี ทุกกรณี โรงงานที่ได้รับอนุญาตดำเนินการต้องควบคุมการผลิตให้มีมาตรฐานในด้านคุณภาพตามที่กำหนด ให้อุตสาหกรรมภายในประเทศเป็นส่วนใหญ่ และรัฐต้องเข้าไปควบคุมดูแลในด้านสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัย รวมทั้งทำให้รัฐมีความมั่นใจว่าจะมีการเสียภาษีให้ถูกต้องด้วย

๑.๒ นโยบายเกี่ยวกับอัตราภาษีสุรา นั้น ควรกำหนดอัตราภาษีโดยคำนึงถึงสุรา ที่ผลิตในประเทศไทยแต่ละประเภท และสุราที่นำเข้าจากต่างประเทศเทียบกับสุราที่ผลิตในประเทศไทย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการแข่งขัน และเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมไทย นอกจากนี้ควรส่งเสริม สนับสนุนเพื่อเปิดโอกาสให้สุราที่ผลิตในประเทศไทยสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการส่งออกแข่งขันกับ ต่างประเทศได้ และปลดภาระภาษีที่จัดเก็บซ้ำซ้อน

๒/ นโยบายเกี่ยวกับสุราสามทับ (แอลกอฮอล์) เห็นชอบให้องค์การสุรา กรมสรรพสามิต เป็นผู้ผลิตและจำหน่ายสุราสามทับภายในประเทศแต่เพียงแห่งเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม สำหรับ แอลกอฮอล์แปลงสภาพ มอบให้กระทรวงการคลังรับไปพิจารณาผ่อนปรนให้ผู้ผลิตรายอื่นจำหน่าย แอลกอฮอล์แปลงสภาพได้ด้วย โดยในการผ่อนปรนดังกล่าว กระทรวงการคลังจะต้องพิจารณากำหนด รูปแบบและวิธีการในการกำกับดูแล เพื่อมิให้มีผลกระทบต่อการจัดเก็บภาษีสุราด้วย

๓/ อนุมัติให้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการประมูลและการจำหน่ายโรงงานสุรา กรมสรรพสามิต ซึ่งมีปลัดกระทรวงการคลัง เป็นประธาน รองอธิบดีกรมสรรพสามิต ฝ่ายปฏิบัติการ เป็นกรรมการและเลขานุการ และกรรมการอื่นอีก ๕ คน ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ

๔/ ปัจจุบันราษฎรในชุมชนต่าง ๆ โดยเฉพาะในแหล่งท่องเที่ยวยังคงผลิตสุรา เช่น กะแช่ อุ น้ำตาลเมา ซึ่งส่วนมากจะเป็นการผลิตเพื่อบริโภคในครัวเรือนหรือชุมชนตนเอง เนื่องจากโอกาสงานประเพณีหรือพิธีการต่าง ๆ หรือเพื่อจำหน่ายภายในชุมชน อย่างไรก็ตาม

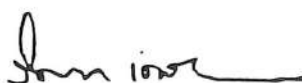
/การกระทำ ...

การกระทำดังกล่าวนี้ราษฎรผู้ผลิตและจำหน่ายมักจะถูกจับกุมอยู่เสมอ และโดยที่การผลิตในลักษณะนี้ น่าจะได้รับการสนับสนุนโดยจัดให้เป็นระบบขึ้นอีกต่างหาก เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการและแนวทาง ในการควบคุมดูแลได้ จึงมอบให้กระทรวงการคลังรับไปพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์ ขอบเขต และ รายละเอียด เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป

✓ (๕) การเปิดเสรีการผลิตและการจำหน่ายสุรา เป็นการให้เสรีทางด้านธุรกิจการค้า ซึ่งเมื่อมีเสรีก็จะต้องมีการแข่งขันกันมาก และผู้ประกอบการจะกำหนดวิธีการเพื่อจูงใจให้ประชาชน ดื่มบริโภคสุรามากขึ้น อันจะมีผลกระทบในด้านสังคม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะได้ควบคุมดูแล เรื่องนี้โดยใกล้ชิด และเนื่องจากการบริโภคสุราจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุและอาชญากรรม ต่าง ๆ ซึ่งเป็นภัยต่อสังคมและนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน จึงมอบให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงมหาดไทย หรือร่วมกับกระทรวงการคลังร่วมกัน ในการรณรงค์เพื่อให้ประชาชนบริโภคสุราน้อยลง ในการรณรงค์ดังกล่าวอาจขอรับการสนับสนุนทางด้านการเงินจากโรงงานสุราต่าง ๆ เช่นเดียวกับที่หลายประเทศดำเนินการอยู่แล้วในขณะนี้

จึงเรียนยืนยันมา ได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตามบัญชีแนบท้ายทราบ และขอได้โปรดแจ้งให้ ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ



(นายวิษณุ เครืองาม)

เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

สำนักบริหารการประชุมคณะรัฐมนตรี

โทร. ๒๕๐๐๓๕๑

โทรสาร ๒๕๑๐๖๒๗

ท่านาถูกต้อง