

ยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อปัญหาต่อสุขภาพร่างกาย จิต สังคม และปัญญา อีกทั้งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคเท่านั้น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง ประชาชนทั่วไป ชุมชน สังคม และประเทศ ล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบทั้งสิ้น องค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง 2.3 ล้านรายใน พ.ศ. 2545 และก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของภาระโรคทั้งหมด ในประเทศไทยนั้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับที่สอง รองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ 8.1 ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติเกือบเท่าตัว การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อภาระโรคสูงถึงร้อยละ 13.3 ในประชากรชาย และร้อยละ 1.0 ในประชากรหญิง และก่อภาระโรคต่อประชากรที่อายุน้อยมากกว่าวัยที่สูงขึ้น

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ

2. ในขณะที่ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในประเทศพัฒนาแล้วมีแนวโน้มคงที่หรือลดลง ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยในหลายประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทยกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในประชากรผู้ใหญ่ไทยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 50.3 ลิตรต่อคน ในปีพ.ศ. 2550 โดยเฉพาะการขยายตัวต่อเนื่องของตลาดเบียร์และวิสกี้ ปริมาณการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นถึง 12 เท่าระหว่างปี พ.ศ. 2530- 2546 และประมาณการได้ว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีสูงประมาณ 2 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี²

3. นอกจากปริมาณที่เพิ่มขึ้นแล้ว รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยจัดว่ามีความเสี่ยงในระดับสูง² ทั้งจากความชุกของการบริโภคในปริมาณสูง สัดส่วนของผู้บริโภคเป็นประจำและความถี่ในการบริโภคที่เพิ่มสูงขึ้น โดยกลุ่มเยาวชนและผู้หญิงมีการบริโภคเพิ่มขึ้นในขณะที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นบริโภคมีอายุน้อยลง

4. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและการบาดเจ็บกว่า 60 ประเภท³ ทั้งในระยะสั้นและยาว แม้ว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางรูปแบบและโดยบางกลุ่มประชากร จะมีผลป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและเบาหวานในระดับบุคคล แต่การบริโภคในลักษณะดังกล่าวกระทำได้ไม่ถ่วงหนัก และยังก่อพิษภัยต่ออวัยวะอื่น โดยมีกลไกอื่นที่มีความคุ้มค่ามากกว่า อีกทั้งยังไม่พบ

¹ World Health Organization. Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm: Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol (Document A60/14 add.1). 2007

² World Health Organization. Global alcohol database, n.d.

³ World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. 2002

5. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสังคมทั้งทางตรงและอ้อมในหลากหลายรูปแบบ เช่นปัญหาครอบครัว ปัญหาการประกอบวิชาชีพ รวมถึงการขาดงานและการว่างงาน ปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรม และยังก่อผลกระทบต่อศักยภาพและอนาคตของสังคมในระยะยาว จากผลต่อเด็กและเยาวชน รวมถึงผลต่อปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง ระดับสติปัญญาและสุขภาพจิตของบุตร ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การเสียชีวิตและการพิการถาวรตั้งแต่อายุน้อย การสูญเสียศักยภาพและการทำลายสมองของเยาวชนอย่างถาวร และชักนำเยาวชนไปสู่ปัญหาสุขภาพและสังคมอื่นๆ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาทางสังคม ดังนั้นการควบคุมปริมาณการบริโภคของสังคมโดยรวมจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อเศรษฐกิจทั้งเชิงบวกและลบ ผลการศึกษาหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบเชิงลบที่มีต่อสังคมนั้น มีมูลค่า ระหว่าง ร้อยละ 1.1 ถึง 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ⁶ โดยมูลค่าของผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชาคมโลก ในปีพ.ศ. 2545 คิดเป็นมูลค่าสูงถึง 665,000 ล้านดอลลาร์⁴ สำหรับประเทศไทยนั้น ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2549 มีมูลค่าสูงถึง 1.507 แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.92 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ⁷ ซึ่งสูงกว่ามูลค่าผลประโยชน์ต่อรัฐในรูปแบบภาษีสรรพสามิตจากสุรากว่าสองเท่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกี่ยวข้องกับปัญหาความยากจนทั้งระดับบุคคลและสังคม คราวเรือนไทยที่มีสมาชิกรวมถึง 1 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 6-8 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด⁸

นโยบายแอลกอฮอล์

7. ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์แบ่งได้เป็นเจ็ดกลุ่มได้แก่ มาตรการทางภาษีและ

⁴ World Health Organization. Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm: Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol (Document A60/14 add.1). 2007

⁵ ทักษพล ธรรมรังสี. ทำไมคนไทยถึงขี้เมา, วารสารวิชาการสาธารณสุข, พ.ศ. 2549

⁶ World Health Organization. *Global status report: Alcohol Policy*. 2004

⁷ มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี 2549. 2550

⁸ วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ. บุหรี่และสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐกิจและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2550

8. มาตรการตามนโยบายแอลกอฮอล์มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าต่างกัน มาตรการที่ได้ผลที่สุดสืบประการ⁹ ประกอบไปด้วย การจำกัดอายุผู้ซื้อ การที่รัฐเป็นเจ้าของร้านขายสุราปลีก การจำกัดเวลาในการขาย การจำกัดความหนาแน่นของจุดขาย ระบบภาษีสุรา การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้ขับขี่ การลดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ การยึดใบอนุญาตขับขี่ การกำหนดระดับใบอนุญาตขับขี่เป็นขั้นตอนโดยคำนึงถึงพฤติกรรมขับขี่ขณะมีเม้า และการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงด้วยระบบการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือแต่แรกเริ่ม (brief intervention) ส่วนมาตรการที่มีความคุ้มค่าสูงที่สุดในการควบคุมปัญหาในประเทศไทยได้แก่ มาตรการขึ้นภาษีสุราและการสุ่มตรวจลมหายใจผู้ขับขี่อย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามบางมาตรการแม้มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาโดยตรงจำกัด แต่อาจสามารถสร้างผลพลอยได้ที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการนโยบาย

9. มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์สามารถแบ่งออกได้เป็นเจ็ดกลุ่มคือ

9.1 มาตรการทางภาษีและราคา ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการตัดสินใจบริโภค, ปริมาณและรูปแบบการบริโภค และความรุนแรงของปัญหา มาตรการทางภาษีมียผลต่อการลดปริมาณและความถี่ของการบริโภคในกลุ่มผู้บริโภค ชะลอการเริ่มดื่มในกลุ่มที่ยังไม่บริโภค โดยเฉพาะมีผลอย่างยิ่งต่อกลุ่มกลุ่มเยาวชนและประชากรอายุน้อย และยังมีอิทธิพลต่อผู้ที่บริโภคที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ที่มีอาการติดสุราด้วย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเมื่อเทียบกับราคาเฉลี่ยของนานาชาติจัดว่ามีราคาถูก¹⁰ ข้อจำกัดสำคัญของระบบภาษีสุราในประเทศไทยคือ ความแตกต่างของอัตราภาษีซึ่งทำให้เครื่องดื่มบางประเภทมีราคาถูก การที่ไม่ได้ปรับอัตราภาษีตามสภาพเศรษฐกิจและภาวะเงินเฟ้อ ทำให้มีราคาเครื่องดื่มที่แท้จริงถูกลง ความเหมาะสมต่อสถานการณ์การตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่นการที่เครื่องดื่มรูปแบบใหม่ๆที่ดึงดูดเยาวชน อย่างเช่นเหล้าปั่นและสุราผสมน้ำผลไม้ยังมีราคาถูก และมีภาวะคุกคามจากผลของข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ

9.2 มาตรการการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมการผลิตและการจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้บริโภคและประชากรทั่วไปหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

⁹ Babor และคณะ. Alcohol No-ordinary Commodity, 2003

¹⁰ World Health Organization. Global Report on Alcohol Policy, 2004

9.3 มาตรการการดัดแปลงสถานการณ์และบริบทของการบริโภค การดำเนินมาตรการกลุ่มนี้ในประเทศไทยประกอบด้วยกิจกรรม 2 กลุ่มคือ กลุ่มกิจกรรมรณรงค์ตามเทศกาล เช่น โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาและการรณรงค์งดเหล้า และมาตรการการกำหนดพื้นที่ห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะที่กำหนดในพ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เช่นสถานที่ทางศาสนา สถานพยาบาล สถานที่ราชการ สถานศึกษา สถานีบริการน้ำมัน เชื้อเพลิง และสวนสาธารณะของรัฐ การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาได้เริ่มมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของประชากร¹¹ เช่นเดียวกันกับผลในการลดการบริโภคในกลุ่มนักศึกษาในกิจกรรมรณรงค์จากโครงการรณรงค์งดเหล้า

9.4 มาตรการการควบคุมพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมเมา ปัญหาพฤติกรรม การขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมเมาได้รับความสนใจและเอาใจใส่มากขึ้น แต่ความรุนแรงของปัญหาจากการขับขี่ขณะมีเมเมา ยังไม่ได้ลดลงเท่าที่ควร ทั้งอัตราการบาดเจ็บและการเกิดอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการขับขี่หลังการดื่ม ข้อจำกัดสำคัญคือความเข้มแข็งและความสม่ำเสมอในการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งมักให้ความสนใจเพียงเฉพาะช่วงเทศกาล ทำให้โอกาสในการถูกตรวจจลมหายใจของ ผู้ขับขี่ยานพาหนะโดยรวมยังอยู่ในระดับต่ำ

9.5 มาตรการการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลลัพธ์สะสมของการโฆษณา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬา ดนตรี เทศกาลประเพณี ของ อุตสาหกรรมสุรา มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทัศนคติของสังคมต่อการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเริ่มต้นดื่มและการบริโภคของเยาวชนและประชากร อายุน้อย ธนาคารโลกจึงได้แนะนำให้ประเทศต่างๆ ใช้มาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัดเพื่อปกป้องเยาวชน¹² การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ ไทย ยังมีข้อจำกัดทั้งเนื้อหาและความเข้มแข็งของการบังคับใช้

9.6 มาตรการการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ มาตรการในกลุ่มนี้มีประสิทธิผลในการ ควบคุมปัญหาต่ำ อีกทั้งยังต้องการงบประมาณสูง จึงมีความคุ้มค่าต่ำ แต่เป็นมาตรการที่นิยมใช้ ส่วนหนึ่งมาจากการที่ปราศจากแรงต่อต้าน มาตรการที่มีการปฏิบัติในระดับชาติในประเทศไทยจึง มีอยู่สองกลุ่ม คือการรณรงค์สาธารณะผ่านสื่อมวลชน และมาตรการคำเตือนบนฉลากเครื่องดื่ม

¹¹ ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ. การขับเคลื่อนทางสังคม ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการประเมินปี 2548-2549. 2549

¹² World Bank Group. World Development Report 2007: Development and the Next Generation. 2006

9.7 มาตรการการบำบัดรักษา การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาและความเสี่ยงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดความรุนแรงของปัญหาทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม รวมถึงการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ข้อจำกัดสำคัญของระบบการบำบัดรักษาและคัดกรองในประเทศไทยประกอบด้วย การขาดแนวทางการบำบัดรักษาผู้มีภาวะติดสุราอย่างเป็นทางการ ระบบการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือแต่แรกเริ่ม (brief intervention) ซึ่งมีประสิทธิผลสูง ยังไม่ได้ถูกผนวกเข้าไปในการบริการระดับปฐมภูมิ ปัญหาการเข้าถึงการบำบัดรักษาของผู้มีปัญหาและมีความเสี่ยง และศักยภาพของบุคลากร และระบบติดตามประเมินผล

ข้อจำกัดของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

10. ข้อจำกัดเชิงกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญ ได้แก่ ความอ่อนแอของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การขาดการติดตามและประเมินผล การขาดความรู้ทางวิชาการและการนำความรู้ไปใช้ในการสนับสนุนกระบวนการนโยบาย และปัญหาความโปร่งใสของกระบวนการ

11. ข้อจำกัดด้านสาระของนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญได้แก่

11.1 การขาดกรอบนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับชาติเพื่อกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์ของนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

11.2 การขาดนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่และท้องถิ่น

11.3 หลายมาตรการมิได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมปัญหา

11.4 การขาดมาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิผลเช่น การจำกัดจำนวนและความหนาแน่นของจุดขาย, การลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ยานพาหนะ โดยเฉพาะสำหรับผู้ขับขี่หน้าใหม่, การควบคุมเวลาและสถานที่ในการขาย และสถานที่ที่อนุญาตให้บริโภคในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง และมาตรการด้านระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

11.5 เนื้อหาของมาตรการที่ขาดความเข้มแข็ง เช่นการกำหนดพื้นที่ห้ามจำหน่ายและพื้นที่ห้ามบริโภค การบำบัดรักษา และการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

12. ข้อจำกัดด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการนโยบาย

12.1 ผู้เกี่ยวข้องมาจากหลายภาคส่วน ต่างมีความต้องการ ความสนใจ และให้คุณค่าต่อนโยบายแอลกอฮอล์ต่างกัน และบ้างเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์และแนวคิด ซึ่งส่วนหนึ่งมีรากฐานจากความเข้าใจต่อปัญหาที่ต่างกัน

12.2 ระดับการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของนโยบายแอลกอฮอล์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายส่วนซึ่งน่าจะมีศักยภาพต่อกระบวนการนโยบายยังไม่มีส่วนร่วมเท่าที่ควร หลายส่วนมีระดับการมีส่วนร่วมเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง

12.3 ศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งการออกแบบนโยบาย, การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล รวมไปถึง การประสานงาน

13. แม้ว่าสังคมไทยจะมีความตระหนักถึงปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น แต่มักให้ความสนใจเฉพาะประเด็นขนาดของปัญหาและพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ โดยยังไม่เกิดแรงกดดันทางสังคมให้เกิดกระบวนการนโยบายที่มีน้ำหนักเพียงพอ อีกทั้งแนวคิดทฤษฎีนิยมและเศรษฐกิจการค้าเสรี ยังมีผลให้สังคมพิจารณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น “สินค้าธรรมดา” ไม่แตกต่างจากสินค้าทั่วไปอื่นๆ โดยไม่ได้คำนึงถึงความสำคัญของนโยบายแอลกอฮอล์ในการปกป้องสุขภาพของสังคมเท่าที่ควร

14. การลดข้อจำกัดของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย เพื่อสนับสนุนประสิทธิผลของนโยบายในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงควรประกอบด้วย

14.1 การพัฒนากรอบนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเพื่อกำหนดทิศทางและเป็นรากฐานสำหรับมาตรการต่างๆ และการพัฒนานโยบายในอนาคต ในระดับชาติและท้องถิ่น

14.2 การปรับปรุงเพิ่มเติมและแก้ไขเนื้อหามาตรการ รวมถึงการนำมาตรการที่มีประสิทธิผลมาใช้ในประเทศไทย

14.3 การพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพทางวิชาการ และการจัดการความรู้

14.4 การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

14.5 การให้ความสำคัญกับระบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลนโยบายแอลกอฮอล์

14.6 การสนับสนุนการติดตามอย่างใกล้ชิดของสังคม

14.7 การสนับสนุนให้กระบวนการนโยบายมีความโปร่งใสและปลอดภัยประโยชน์ทับซ้อน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ 1/6