

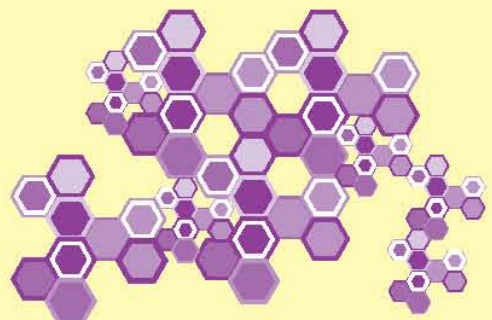
**การศึกษาทบทวนการดำเนินการ
ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
พ.ศ. 2540-2550 และบทบาทของ สสส.**

เลขที่เอกสาร 07002-01-309-2550

ISBN 978-974-04-0846-8

HITAP

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
Health Intervention and Technology Assessment Program



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

รายงานฉบับสมบูรณ์
การศึกษาบทบาทการดำเนินการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ในประเทศไทย พ.ศ. 2540-2550 และบทบาทของ สสส.

พฤศจิกายน 2550



**การศึกษาทบทวนการดำเนินการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ในประเทศไทย พ.ศ. 2540-2550 และบทบาทของ สสส.**

เลขที่เอกสาร 07002-01-309-2550

ISBN 978-974-04-0846-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2551

จำนวน 300 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด
177/9-11 ศุภาลัยเพลส ซอยพร้อมพงษ์ (สุขุมวิท 39) ถนนสุขุมวิท
แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทร : 0-2662-1355-9 โทรสาร : 0-2662-1364
E-mail : graphico_sys@yahoo.com



คณะกรรมการวิจัย

คณะกรรมการ “การศึกษาทบทวนการดำเนินการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2540-2550 และบทบาทของ สสส.” จากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- | | |
|------------------------------------|----------------|
| 1. ญ.ศดาดร ย้งคง | นักว้จยหลัค |
| 2. น.ส.จอมขว้ญ โยธาสมูทร | นักว้จยหลัค |
| 3. ดร.นพ.ศ ตีระว้ฒนานนท้ | นักว้จย |
| 4. ผศ.ดร.ญ.มณทร้ตม้ ถาวรเจรญทร้พย้ | นักว้จย |
| 5. ดร.ญ.ศร้เพ้ญ ตันตเวสส | นักว้จย |
| 6. ดร.ญ.อุษา ฉายเกล้ดแก้ว | นักว้จย |
| 7. ภก.อดุลย้ โมฮาราร | นักว้จย |
| 8. น.ส.ชนดาร เลศพ้ทกัษพงศ้ | นักว้จย |
| 9. นางอินทรร ยมารกัย | นักว้จย |
| 10. ญ.ปฤษฐพรร ก้งแก้ว | นักว้จย |
| 11. น.ส.กาญจนาร อดมสุข | นักว้จย |
| 12. น.ส.ศรรยพาร นันสนานนท้ | นักว้จย |
| 13. นายถ้ฐว้จติ พมพ้สวรรรค้ | ผู้ช้วยนักว้จย |
| 14. นายยุทธนา อรว้ฒนนะกุล | ผู้ช้วยนักว้จย |



คำนำ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยและบทบาทของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และเครือข่าย พ.ศ. 2540-2550 เพื่อให้ทราบสถานการณ์การบริโภค ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการ/นโยบายต่างๆที่นำมาใช้ในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บทบาทของ สสส.และเครือข่ายตลอดจนปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสนอต่อสสส.

คณะผู้วิจัยได้ให้นิยามของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกำหนดกรอบของการศึกษาโดยระบุผลสำเร็จในเชิงนโยบายประกอบด้วย 1) การเลือกใช้นโยบายเพื่อลดการบริโภคและควบคุมปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอยู่อย่างหลากหลายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม 2) การบังคับใช้นโยบายเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) มีระบบการติดตามและประเมินผลที่แม่นยำและทันทั่วถึง กรอบการศึกษานี้ยังเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยประเมินบทบาทขององค์กรต่างๆ ทั้งภาคการเมือง องค์กรภาคราชการ องค์กรภาควิชาการ และองค์กรภาคสังคมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เนื้อหาของรายงานฉบับนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกจะเป็นการทบทวนสถานการณ์ผลกระทบและนโยบายต่างๆที่ใช้ในต่างประเทศ ส่วนที่สองจะชี้ให้เห็นผลการดำเนินนโยบายในประเทศไทยและวิเคราะห์บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องรวมทั้งปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานและส่วนสุดท้ายจะนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ให้แก่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อให้การดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นต่อไป

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นในขณะที่ร่างพระราชบัญญัติสุราฉบับปัจจุบันอยู่ระหว่างการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ดังนั้นเนื้อหาในส่วนการทบทวนมาตรการและนโยบายต่างๆ รวมถึงผลการดำเนินนโยบายที่วิเคราะห์จึงยังไม่ได้รวมร่างพระราชบัญญัติสุราฉบับปี 2550 อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาของรายงานฉบับนี้จะประโยชน์ต่อผู้บริหาร นักวิชาการและผู้อ่านทั่วไปที่ต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนโยบายแอลกอฮอล์ และอาจใช้เป็นแบบอย่างสำหรับการประเมินนโยบายสาธารณะอื่นๆ ในอนาคต

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความหมายของนโยบายแอลกอฮอล์.....	1
1.2 วิธีการศึกษา.....	4
1.3 กรอบแนวคิดในการประเมิน.....	10
บทที่ 2 สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย.....	12
2.1 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์.....	17
2.2 ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆ ของประเทศไทย และอันดับโลก.....	18
2.3 ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศ และภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	19
2.4 ลักษณะทางประชากรของผู้บริโภค.....	19
2.5 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	23
2.6 สถานการณ์ด้านอุปทาน.....	36
2.7 สรุปสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแนวโน้ม.....	41
บทที่ 3 ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	44
3.1 ผลกระทบทางด้านสุขภาพ.....	46
3.2 ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพ (Cost of productivity loss).....	51
3.3 ต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ.....	54
3.4 ต้นทุนจากทรัพย์สินที่เสียหาย.....	56
3.5 อภิปราย.....	56
บทที่ 4 ประเภทของนโยบายและองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย.....	58
4.1 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับนานาชาติ.....	58



	หน้า
4.2 ลำดับความสำคัญของนโยบาย.....	65
4.3 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่บังคับใช้ในประเทศไทย และบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง.....	66
4.4 องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย.....	77
บทที่ 5 ผลการดำเนินนโยบาย บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง.....	81
5.1 ผลการดำเนินนโยบาย.....	81
5.2 บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง.....	91
บทที่ 6 ปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรค.....	99
6.1 ปัจจัยสนับสนุน.....	100
6.2 ปัญหาและอุปสรรค.....	101
บทที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์.....	104
7.1 สรุปสถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์และ นโยบายแอลกอฮอล์ในปัจจุบันและอนาคต.....	104
7.2 ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้นโยบาย.....	105
7.3 ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้นโยบาย.....	106
7.4 ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการติดตามประเมินผลนโยบาย.....	107
7.5 ข้อเสนอแนะสำคัญอื่นๆ.....	108

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 ประเภทของข้อมูลที่ต้องการ จำแนกตามวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล.....	6
ตารางที่ 1.2 กรอบในการพิจารณาผลการดำเนินนโยบายและ บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง.....	11
ตารางที่ 2.1 ข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามหน่วยงานที่เป็นแหล่งข้อมูล.....	13
ตารางที่ 2.2 การสำรวจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	14
ตารางที่ 2.3 ส่วนแบ่งการตลาดของสุราประเภทต่างๆ.....	38
ตารางที่ 2.4 ส่วนแบ่งการตลาดของเบียร์ประเภทต่างๆ.....	39
ตารางที่ 3.1 รายละเอียดต้นทุนจากการรักษาพยาบาล.....	48
ตารางที่ 3.2 แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมที่ใช้ในการรักษาโรค ที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์.....	48
ตารางที่ 3.3 แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมที่ใช้ในการรักษาภาวะการณ้บาดเจ็บ ที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์.....	51
ตารางที่ 3.4 จำนวนการเสียชีวิตและต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิต ก่อนถึงวัยอันควรจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี 2549 จำแนกตามโรค.....	52
ตารางที่ 3.5 จำนวนคดีที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ที่รับแจ้งในปี 2549.....	54
ตารางที่ 3.6 จำนวนคดีที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ที่พิจารณาเสร็จในปี 2549 และต้นทุน.....	54
ตารางที่ 3.7 ต้นทุนโดยรวมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	57
ตารางที่ 5.1 เปรียบเทียบนโยบายด้านต่างๆในการควบคุมการบริโภคและ ลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้ในต่างประเทศ และที่ใช้ในประเทศไทยรวมถึงผู้รับผิดชอบ.....	82

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1.1 ภาพรวมของกรอบแนวคิดในการประเมิน.....	9
รูปที่ 2.1 อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์บริโภคต่อคนต่อปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504-2547.....	17
รูปที่ 2.2 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริโภค จำแนกตามประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	18
รูปที่ 2.3 สัดส่วนของผู้ดื่มสุร่าจำแนกตามเพศ.....	20
รูปที่ 2.4 ร้อยละของผู้ดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามช่วงอายุ.....	21
รูปที่ 2.5 ร้อยละของผู้ที่ดื่มสุร่าจำแนกตามระดับการศึกษา.....	22
รูปที่ 2.6 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มสุร่าจำแนกตามรายได้.....	23
รูปที่ 2.7 ร้อยละของประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงต่างๆ ในปี พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ.....	24
รูปที่ 2.8 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวันโดยเฉลี่ย (มัชยฐาน) จำแนกตามอายุและเพศ.....	25
รูปที่ 2.9 ร้อยละของผู้ที่เคยดื่มอย่างหนักในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุร่าอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุและเพศ.....	27
รูปที่ 2.10 ร้อยละของประเภทสุร่าที่มีผู้ดื่มมากที่สุด.....	28
รูปที่ 2.11 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามแบบแผนการดื่ม ระหว่างปี พ.ศ. 2539, 2544 และ 2547.....	29
รูปที่ 2.12 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามแบบแผนการดื่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2547.....	29
รูปที่ 2.13 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุร่าของผู้ดื่ม.....	30
รูปที่ 2.14 สัดส่วนสถานที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	31
รูปที่ 2.15 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มสุร่า จำแนกตามสาเหตุที่เริ่มดื่มสุร่า.....	32
รูปที่ 2.16 สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อสุร่าต่อรายจ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน.....	33
รูปที่ 2.17 สถานที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	34
รูปที่ 2.18 รายได้จากภาษีสุร่าและเบียร์.....	40
รูปที่ 2.19 งบประมาณการโฆษณาของธุรกิจสุร่าในประเทศไทย.....	40
รูปที่ 3.1 ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	45



	หน้า
รูปที่ 3.2 ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ.....	46
รูปที่ 3.3 ภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและ ปัจจัยเสี่ยงในประชากรไทย.....	47
รูปที่ 4.1 แผนผังระยะเวลาและการบังคับใช้นโยบายเกี่ยวกับการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย.....	67
รูปที่ 5.1 แสดงปริมาณงบการโฆษณารายปีที่ใช้สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามสื่อที่ใช้โฆษณา.....	83
รูปที่ 5.2 ปริมาณเบียร์และสุราที่เสียภาษีจำแนกรายปี.....	84
รูปที่ 5.3 แสดงสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากรจากการเมาสุราและ การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง.....	85
รูปที่ 5.4 สัดส่วนของงบประมาณที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดสรรให้แก่โครงการที่มีมูลค่ามากกว่า 1 ล้านบาทจำแนกตามประเภท ของกิจกรรม.....	90
รูปที่ 5.5 แสดงวิวัฒนาการของการจัดตั้งองค์กรเครือข่ายที่สำคัญ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์.....	95
รูปที่ 5.6 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	96
รูปที่ 6.1 ปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคของการขับเคลื่อนเรื่องแอลกอฮอล์.....	99



กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาบทบาทการดำเนินการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยและบทบาทของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ. 2540 -2550 ดำเนินการโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program หรือ HITAP) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อรับผิดชอบการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่ครอบคลุมยา เครื่องมือแพทย์ หัตถการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคลและสังคม

HITAP เป็นองค์การภาคีของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, Thailand หรือ IHPP) อยู่ภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับเงินทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐที่สำคัญ 4 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งได้รับทุนวิจัยสนับสนุนเฉพาะกิจจากหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไรอื่นๆ เพื่อทำการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่ตรงกับภารกิจหลักของ HITAP อาทิ ธนาคารโลก ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และ Global Development Network เป็นต้น

ทีมนักวิจัย HITAP ขอขอบคุณ นพ.ทักษพล ธรรมรังสี นักวิจัยจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ นพ.สมาน พูตระกูล หัวหน้ากลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่ช่วยทบทวนและให้ข้อคิดเห็นต่อร่างรายงานฉบับนี้ และขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา เครือข่ายองค์การงดเหล้า สำนักงานสถิติแห่งชาติ คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย (Burden of Disease and Injuries in Thailand) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สมาชิกจากพรรคการเมือง มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กองบังคับการตำรวจจราจร และบุคคลหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ด้วย ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยทั้งในด้านการให้ข้อมูลข้อคิดเห็น การประสานงาน

คณะผู้วิจัย
พฤศจิกายน 2550




บทที่ 1

บทนำ

อาจกล่าวได้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งเสพติดถูกกฎหมายที่ใช้กันแพร่หลายที่สุดที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอย่างกว้างขวางและรุนแรง แอลกอฮอล์ส่งผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ดื่มส่งผลให้เกิดโรคหลายชนิด เช่น มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ มะเร็งรังไข่ [1] โรคหัวใจและหลอดเลือด [2] ระบบกระเพาะอาหาร ภาวะน้ำตาลและตับอ่อน [3] และเป็นสาเหตุสำคัญของโรคตับแข็ง [4] พบว่าการติดแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความเครียด ความพยายามฆ่าตัวตายและอยากฆ่าผู้อื่น [5-9] นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น นอกจากนั้นยังมีรายงานจำนวนมากระบุว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความพิการในเด็กทารก [10] แอลกอฮอล์มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาททำให้ผู้ดื่มสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ จึงมักเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ [11, 12] การทะเลาะ ทำร้ายร่างกาย และอาชญากรรม [13, 14] นอกจากนี้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานและแรงงาน [15, 16] ด้วยเหตุดังกล่าวในทุกประเทศทั่วโลกต่างมีการควบคุมการจำหน่ายและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.1 ความหมายของนโยบายแอลกอฮอล์

ตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 19 ประเทศในแถบสแกนดิเนเวียให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาและบังคับใช้นโยบายสาธารณะสำหรับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนเกิดกระแสความสนใจ “นโยบายแอลกอฮอล์” (Alcohol policy) อย่างกว้างขวางจากผู้บริหาร นักวิชาการ และประชาชนในวงกว้าง อย่างไรก็ตามคำจำกัดความของ “นโยบายแอลกอฮอล์” กลับได้รับนิยามที่แตกต่างกันในแต่ละโอกาสและสถานที่เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันรายงานฉบับนี้จึงกำหนดนิยามของ “นโยบายแอลกอฮอล์” ซึ่งดัดแปลงจากนิยามของ Babor และคณะ [17] ดังนี้



นโยบายแอลกอฮอล์ หมายถึง นโยบายสาธารณะสำหรับควบคุมอุปทานและ/หรืออุปสงค์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากร และเพื่อตอบสนองต่อจุดมุ่งหมายด้านสาธารณสุขและสวัสดิการทางสังคม

Alcohol policy is public policy of which its aim is to control the supply and/or affect the demand for alcohol beverages in a population and to serve the interests of public health and social well-being.

(This definition was modified from one given by Babor et al)

เพื่อความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้น Godfrey และ Maynard [18] ได้จำแนกประเภทของนโยบายแอลกอฮอล์ เป็น 3 ระดับ ได้แก่

- นโยบายในระดับประชากร (population-based policies) ซึ่งมุ่งหวังให้เกิดผลกระทบต่อระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรในวงกว้าง ตัวอย่างของนโยบายแอลกอฮอล์ในกลุ่มนี้ ได้แก่ นโยบายด้านอัตราภาษี จำกัดการโฆษณา หรือการควบคุมการจำหน่ายและจำกัดการซื้อ เป็นต้น สังเกตได้ว่านโยบายในกลุ่มนี้ส่งผลต่อผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกคนมิใช่เฉพาะผู้ที่เกิดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น และมีหลักฐานอย่างชัดเจนในหลากหลายประเทศว่านโยบายกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพดีในการลดระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- นโยบายเฉพาะ (problem-directed policies) ที่มุ่งตรงสำหรับการแก้ไขปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น นโยบายกำหนดและตรวจระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ยานพาหนะเพื่อแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากผู้ขับขี่เมาสุรา ในทางตรงกันข้ามกับกลุ่มแรก นโยบายกลุ่มนี้มีแนวโน้มน้อยที่จะกระทบต่อผู้ดื่มทั่วไปที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหา อย่างไรก็ตามอาจเป็นไปได้ว่าการออกนโยบายในการแก้ไขปัญหาใดปัญหาหนึ่งอาจไม่สามารถเกิดผลดีโดยรวมเพราะอาจก่อให้เกิดปัญหาใหม่ที่อาจไม่สามารถสังเกตหรือทราบได้



- นโยบายระดับปัจเจกบุคคล (direct interventions) ได้แก่ การรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ มาตรการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดสุราเรื้อรัง เป็นต้น ผลสำเร็จของนโยบายในกลุ่มนี้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในระดับบุคคลเป็นสำคัญ หากต้องการให้เกิดผลเชิงบวกในวงกว้างระดับสังคมก็จำเป็นต้องมีจำนวนผู้ที่ได้รับมาตรการจำนวนมาก

สำหรับประเทศไทยจากสถิติพบว่าคนไทยมีแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นโดยเพิ่มขึ้นจาก 721.8 ล้านลิตรในปี พ.ศ.2531 เป็น 3,783.7 ล้านลิตรในปี พ.ศ.2546 โดยองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติได้คำนวณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปีประชากร พบว่าในปี พ.ศ.2543 คนไทยบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และฟิลิปปินส์ [4]

ทั้งนี้จากอดีตจนถึงปัจจุบันได้มีนโยบายในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น พระราชบัญญัติสุราพ.ศ. 2493 ซึ่งเป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุราที่บังคับใช้ในปัจจุบัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งได้รับงบประมาณจากเงินทุนร้อยละ 2 ของภาษีสุราและบุหรี่ เพื่อดำเนินการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรภาคีต่างๆ ในการดำเนินการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและสังคมโดยรวม สสส.ยังสนับสนุนให้เกิดองค์กรที่ดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมปัญหาสุราอื่นๆ อีก เช่น ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา แผนงานนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเครือข่ายองค์กรงดเหล้า

อย่างไรก็ตามยังไม่มี การประเมินบทบาท มาตรการ กิจกรรม ผลการดำเนินการ และการพัฒนาความสามารถในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม รายงานฉบับนี้เป็นผลการศึกษา “การทบทวนการดำเนินการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2540-2550 และบทบาทของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)” ซึ่งกำหนดโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มนักวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ภายใต้สำนักงานพัฒนานโยบายด้านสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข



ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ

- 1) ทบทวนสถานการณ์และระดับของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบัน
- 2) ศึกษานโยบาย มาตรการ และการดำเนินกิจกรรมด้านต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจำแนกตามองค์กรผู้รับผิดชอบ
- 3) วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค และผลจากการดำเนินนโยบาย มาตรการ และกิจกรรม ตามหัวข้อที่ 2
- 4) ศึกษาบทบาทของ สสส.: วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลงาน ปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น
- 5) วิเคราะห์มาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีการดำเนินการอยู่ในประเทศอื่นๆ รวมทั้งมาตรการที่เสนอแนะโดยองค์กรระหว่างประเทศ ในแง่ของประสิทธิผลและความเป็นไปได้หากนำมาใช้ในประเทศไทย
- 6) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสนอต่อ สสส.

1.2 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพได้แก่ การทบทวนและวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมระดมสมองเป็นหลัก (ดูรายละเอียดในตารางที่ 1.1) ทั้งนี้แบ่งการดำเนินงานวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ทบทวนและศึกษาเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบ

- สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาของคนไทย รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ต่างๆ
- มาตรการ นโยบาย กิจกรรม และบทบาทของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย จำแนกตามองค์กรผู้รับผิดชอบ



- ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค และผลจากการดำเนินการตามมาตรการ นโยบาย กิจกรรมเพื่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 วิเคราะห์เอกสารและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบ

- จุดแข็งและจุดอ่อนของ สสส. ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างยั่งยืน ซึ่งรวมถึงความเหมาะสมในการจัดสรรงบประมาณ บทบาทในการพัฒนาบุคลากรและองค์กรภาคีของ สสส. ในการดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ข้อดี ข้อเสีย โอกาส และปัจจัยคุกคาม หากนำมาตราการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีการดำเนินการอยู่ในประเทศอื่นๆ และมาตรการที่เสนอแนะโดยองค์กรระหว่างประเทศ มาใช้ในประเทศไทย

ระยะที่ 3 สรุปผลการประเมินและดำเนินการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสนอต่อสสส.

ตารางที่ 1.1 ประเภทของข้อมูลที่ต้องการ จำแนกตามวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

วัตถุประสงค์	ข้อมูลที่จะรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/วิเคราะห์เอกสาร	ข้อมูลที่จะจัดเก็บจากการสัมภาษณ์	ข้อมูลที่จะจัดเก็บจากการประชุมระดมสมอง
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ สถิติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆ (เช่น สุรา สุราขาว ไวน์ เบียร์ ฯลฯ) ▪ สถิติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามเศรษฐกิจ อายุ และอาชีพของผู้บริโภค ▪ สาเหตุของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ▪ ปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ▪ ผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 	-	-
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสาธารณสุข นโยบายรัฐบาล และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือลดปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ▪ หน่วยงานที่รับผิดชอบ และงบประมาณของรัฐที่จัดสรรให้ตามแผนปฏิบัติการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ▪ โครงการ/กิจกรรมการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ดำเนินการนอกภาครัฐ และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ สสส. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ โครงการ/กิจกรรมการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ดำเนินการนอกภาครัฐ และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ สสส. 	-



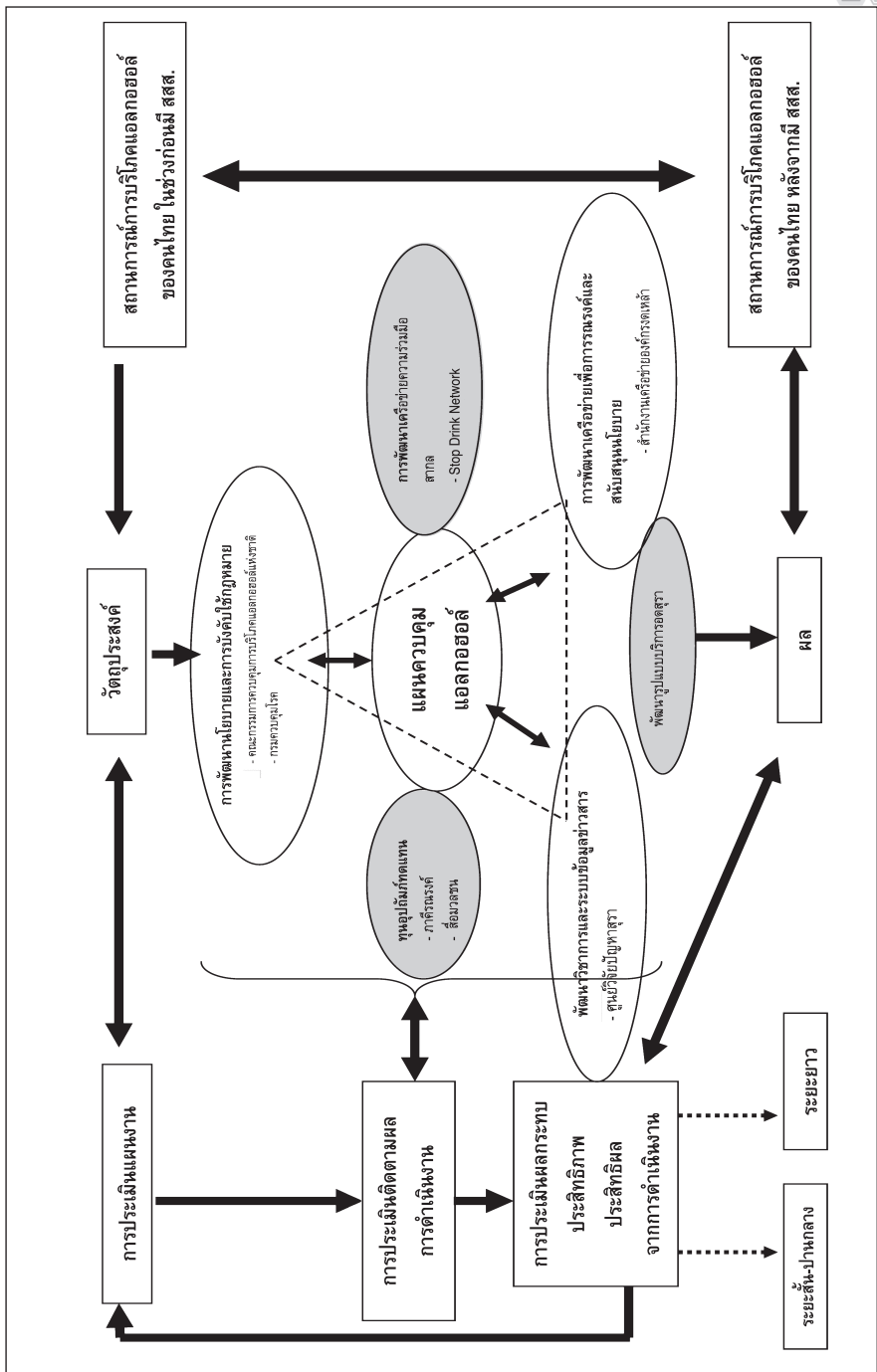
ตารางที่ 1.1 ประเภทของข้อมูลที่ต้องการ จำแนกตามวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ข้อมูลที่จะรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/วิเคราะห์เอกสาร	ข้อมูลที่จะจัดเก็บจากการสัมภาษณ์	ข้อมูลที่จะจัดเก็บจากการประชุมระดมสมอง
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ บัณฑิตสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค และผลจากการดำเนินนโยบาย มาตรการ และกิจกรรม ตามข้อ 2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ บัณฑิตสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค และผลจากการดำเนินนโยบาย มาตรการ และกิจกรรมตาม ข้อ 2 	-
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และการ จัดสรรงบประมาณ ของ สสส. ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภค เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ▪ กลวิธี และตัวชี้วัด เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. และองค์รภาคี เครือข่าย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลด การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ▪ ผลการดำเนินงาน และประสิทธิผลของ แผนงาน/โครงการ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ที่ สสส. ให้การสนับสนุน ▪ การพัฒนาความสามารถในการ ดำเนินการลดการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของ สสส. และองค์รภาคี ที่สำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ความคิดเห็นของ ผู้สังเกตการณ์ เกี่ยวกับบทบาท ความเหมาะสม ในการจัดสรร งบประมาณ ความสำเร็จ หรือ ล้มเหลวของ สสส. ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลดการ บริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ลักษณะของการ พัฒนาและความ สามารถในการ ดำเนินการลด การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ของ สสส. และ องค์รภาคี ที่สำคัญ

ตารางที่ 1.1 ประเภทของข้อมูลที่ต้องการ จำแนกตามวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ข้อมูลที่จะรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/วิเคราะห์เอกสาร	ข้อมูลที่จะจัดเก็บจากการสัมภาษณ์	ข้อมูลที่จะจัดเก็บจากการประชุมระดมสมอง
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องยนต์ดีเซลแอลกอฮอล์ ที่มีการดำเนินการอยู่ในประเทศอื่นๆ ▪ ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องยนต์ดีเซลแอลกอฮอล์ ที่เสนอแนะโดยองค์การระหว่างประเทศ ▪ ประสิทธิภาพของมาตรการข้างต้น ตามที่มีการประเมินไว้ ▪ ข้อดี ข้อเสีย โอกาส และปัจจัยคุกคาม หากนำมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องยนต์ดีเซลแอลกอฮอล์ ที่มีการดำเนินการอยู่ในประเทศอื่นๆ และมาตรการที่เสนอแนะโดยองค์การระหว่างประเทศ มาใช้ในประเทศไทย 	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ข้อดีข้อเสีย โอกาส และปัจจัยคุกคาม หากนำมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องยนต์ดีเซลแอลกอฮอล์ ที่มีการดำเนินการอยู่ในประเทศอื่นๆ และมาตรการที่เสนอแนะโดยองค์การระหว่างประเทศ มาใช้ในประเทศไทย
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อลดการบริโภคเครื่องยนต์ดีเซลแอลกอฮอล์ 	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อลดการบริโภคเครื่องยนต์ดีเซลแอลกอฮอล์ เสนอต่อ สสส.

รูปที่ 1.1 ภาพรวมของกรอบแนวคิดในการประเมิน





1.3 กรอบแนวคิดในการประเมิน

เนื่องจากวัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้มีทั้งที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ระดับของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นโยบายและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 10 ปีที่ผ่านมา นักวิจัยจึงได้กำหนดกรอบสำหรับการวิเคราะห์ในภาพรวม ดังแสดงในตารางที่ 1.1 โดยดำเนินการศึกษาทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และนโยบาย มาตรการ รวมถึงการดำเนินการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสสส. (แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ในการวิเคราะห์นโยบาย มาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยกำหนดนิยามของ “ความสำเร็จของนโยบาย” เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอันสืบเนื่องจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นต้องประกอบไปด้วย 1) การเลือกใช้นโยบายที่มีอยู่หลากหลายอย่างถูกต้องและเหมาะสม 2) การบังคับใช้นโยบายที่เลือกใช้เหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) มีระบบการติดตามและประเมินผลที่แม่นยำและทันท่วงที โดยมีกรอบการวิเคราะห์ในการพิจารณาผลการดำเนินนโยบายและบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงในตารางที่ 1.2

นอกจากนี้ นักวิจัยยังสนใจที่จะทราบบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคสำหรับการเลือกใช้นโยบาย การบังคับใช้ และการติดตามประเมินผลของนโยบายดังกล่าว รวมถึงการติดตามประเมินผลของการดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระยะสั้น ระยะปานกลาง และในระยะยาว



ตารางที่ 1.2 กรอบในการพิจารณาผลการดำเนินนโยบายและบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

	การเลือกใช้นโยบาย	การบังคับใช้นโยบาย	การติดตามและประเมินผล
สถานการณ์ด้านนโยบายในประเทศ...			
บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องต่อ...			
ปัจจัยสนับสนุนต่อ...			
ปัญหาและอุปสรรคต่อ...			

เนื้อหาของรายงานฉบับนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกจะเป็นการทบทวนสถานการณ์ผลกระทบ และนโยบายต่างๆที่ใช้ในต่างประเทศ ส่วนที่สองจะชี้ให้เห็นผลการดำเนินนโยบายในประเทศไทย และวิเคราะห์บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องรวมทั้งปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรคและส่วนสุดท้ายจะนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ โดยแบ่งเป็น 7 บท บทที่ 2 เป็นการรายงานสถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาของคนไทย **บทที่ 3** จะกล่าวถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน ด้านต้นทุนของการบังคับใช้กฎหมายและดำเนินคดี และด้านทรัพย์สินเสียหายจากอุบัติเหตุ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวส่วนใหญ่ได้มาจากโครงการวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดำเนินการโดยทีมนักวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา **บทที่ 4** เป็นการนำเสนอแนะนโยบายที่ใช้ในต่างประเทศเพื่อการลดการบริโภคและควบคุมปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยระบุนำดับความสำคัญของนโยบายต่างๆเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพิจารณาความเหมาะสมของการเลือกใช้นโยบายในประเทศไทยที่ผ่านมา รวมทั้งกล่าวถึงบทบาทขององค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง **บทที่ 5** นำเสนอผลการดำเนินนโยบายและวิเคราะห์บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง **บทที่ 6** แสดงให้เห็นปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการเลือกใช้บังคับใช้นโยบาย และการติดตามประเมินผลตามกรอบการศึกษาในเบื้องต้น และ **บทที่ 7** ซึ่งเป็นบทสุดท้ายจะนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์



บทที่ 2

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ตลอดจนแบบแผนแนวโน้มของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา เช่น ข้อมูลความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ ความถี่ของการบริโภค ปริมาณและพฤติกรรมกรรมการบริโภค ตลอดจนลักษณะทางสังคมประชากรของผู้ดื่ม ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ เป็นหนึ่งในหลายๆ ตัวชี้วัดที่สำคัญของความสำเร็จของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ(สสส.) ซึ่งเป็นองค์กรที่มีบทบาทหลักในการจุดประกาย เชื่อมประสานและสนับสนุนการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผลักดันนโยบายสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นในสังคมวงกว้าง ตลอดจนก่อให้เกิดภาคีเครือข่ายการร่วมงานอย่างกว้างขวาง อันมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย

ปัจจุบันมีหน่วยงาน (หรือองค์กร) อยู่หลายหน่วยงานในประเทศไทยที่ทำการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ทั้งในส่วนของความชุก พฤติกรรมการบริโภค ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมบริโภค ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบริโภค รวมถึงผลกระทบในด้านต่างๆ จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามการเก็บข้อมูลต่างๆ เหล่านี้มีการดำเนินการแบบแยกส่วนกัน การนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาใดๆ จะต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเองจากหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลหรือการสำรวจที่ใกล้เคียงกัน แต่นิยมแบบแผนการสุ่มตัวอย่างและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลมีความแตกต่างกันบ้าง ตัวเลขข้อมูลที่เก็บจากแต่ละหน่วยงานจึงอาจมีความแตกต่างกันไปบ้าง

ทั้งนี้ข้อมูลหลักๆ ที่นำมาใช้ในการสรุปรวบรวมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบทนี้ได้มาจาก 1) ค่าสถิติที่เก็บรวบรวมได้จากหน่วยงานสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศหลายหน่วยงาน ดังแสดงในตารางที่ 2.1 และ 2) การสำรวจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างๆ ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 2.2 [19-21]



ตารางที่ 2.1 ข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามหน่วยงานที่เป็นแหล่งข้อมูล

หน่วยงาน	ข้อมูลทางสถิติที่ได้
WHO alcohol database	ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ และอันดับโลก ในปริมาณรวมและจำแนกตามประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ศูนย์ข้อมูลข้อเสนอแนะ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	สถิติอุบัติเหตุจราจรทางบกที่เกิดจากการเมาสุรา
สำนักงานมาตรการป้องกัน สาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	สัดส่วนผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งที่ดื่มสุราก่อนขับขี ยานพาหนะ
กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง	ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศ และ ภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศและที่นำเข้าจากต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการควบคุม ป้องกัน การแก้ไขปัญหา การบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยศูนย์วิจัยสุรา (ศวส.) ในปี พ.ศ.2549 [21] ซึ่งนับได้ว่าเป็นรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฉบับแรกที่มีความครอบคลุม ครบถ้วนและถูกต้องซึ่งคณะผู้จัดทำรายงานฉบับดังกล่าวมีความตั้งใจที่จะทำรายงานสถานการณ์สุราในลักษณะเดียวกันนี้เป็นประจำในแต่ละปีจึงอาจกล่าวได้ว่าในขณะนี้ศวส. เป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยรายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2549 ของ ศวส. แบ่งสถานการณ์สุราออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์ด้านอุปสงค์ สถานการณ์ด้านอุปทาน สถานการณ์ด้านผลกระทบ และสถานการณ์การดำเนินมาตรการต่างๆ ทั้งนี้ในการทบทวนสถานการณ์ในรายงานฉบับนี้จะเน้นไปที่สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสถานการณ์ด้านอุปสงค์เป็นหลัก ส่วนสถานการณ์อื่นๆ จะนำเสนอในบทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ตารางที่ 2.2 การสำรวจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ชื่อการสำรวจ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ความเป็นตัวแทนของประเทศ	ความต่อเนื่องของการสำรวจ	ปี พ.ศ. ที่ทำการทบทวนในรายงานฉบับนี้	ประเภทของข้อมูลที่ได้
1. โครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ของประชากร	สำนักงานสถิติแห่งชาติ (เดิมเป็นส่วนหนึ่งของกรมการสาธารณสุข)	✓	✓ (ประมาณทุก 5 ปี)	ปี 2539, 2544, 2547	<ul style="list-style-type: none"> - ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และ จำแนกตามเพศ/ ช่วงอายุ ภาค เขตการปกครอง - อายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - สาเหตุของการดื่ม - ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยม - การรับรู้หมายและบطلองโทษที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. โครงการศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย	คณะกรรมการบริหารโครงการวิจัย บริหารเครือข่ายวิชาการสาธารณสุข	40 จังหวัดทั่วประเทศ	✓ (ปี 2544 2546 และ 2550)	ปี 2544 และ 2546	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามประเภทต่างๆของเครื่องดื่ม - จำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วันก่อนการสัมภาษณ์ - จำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ
3. โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข	✓	✓ ครั้งที่ 1 ปี 2534 ครั้งที่ 2 ปี 2539 ครั้งที่ 3 ปี 2546-2547	ปี 2539 ปี 2546-2547	<ul style="list-style-type: none"> - ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงต่างๆ และ จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ เขตการปกครอง และภาค (ทั้งนี้ในการตั้งคำถามจะถามว่า เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ้างหรือไม่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา หากเคย)

ตารางที่ 2.2 การสำรวจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ชื่อการสำรวจ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ความเป็นตัวแทนของประเทศ	ความต่อเนื่องของการสำรวจ	ปี พ.ศ. ที่ทำการทบทวนในรายงานฉบับนี้	ประเภทของข้อมูลที่ได้
4. โครงการสำรวจพฤติกรรมการเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและภาวะเบาหวาน	กรมควบคุมโรค	เดิมทำการศึกษาในศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ 41 จังหวัดทั่วประเทศ	✓ ทำการศึกษาเป็นระยะทุก 2-3 ปี	ปี 2547	<p>ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ให้ระบุชนิด ความถี่ต่อเดือนหรือต่อปี และปริมาณที่ดื่ม (โดยใช้แผนภาพแสดงหน่วยดื่มที่เป็นมาตรฐาน) เพื่อนำมาคำนวณปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภคเป็นกรัมต่อวัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความชุกของการดื่มหนักในครั้งเดียว และจำแนกตามเพศและช่วงอายุ - ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยม
5. โครงการสำรวจระดับชาติเพื่อศึกษาค่าความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย	กรมสุขภาพจิต	✓	✓ ปี 2541 และ 2546	ปี 2546	<ul style="list-style-type: none"> - โรคจิตเวชที่มีความชุกสูงสุดในคนไทย - ความชุกของ alcohol disorder ในคนไทยอายุ 15 - 59 ปี จำแนกตามภาค

ตารางที่ 2.2 การสำรวจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ชื่อการสำรวจ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ความเป็นตัวแทนของประเทศ	ความต่อเนื่องของการสำรวจ	ปี พ.ศ. ที่ทำการทบทวนในรายงานฉบับนี้	ประเภทของข้อมูลที่ได้
6. การสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคม	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	✓	✓ ทำต่อเนื่องเป็นประจำทุก 1-2 ปี	ปี 2524-2547	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสัดส่วนของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน
7. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันเครื่องดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนามาประเทศไทย ปี 2548	กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,295 คน จาก 5 จังหวัด	ไม่มีความต่อเนื่อง	ปี 2547	<ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะทางประชากรของผู้ดื่ม - เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - สาเหตุของการดื่ม - สาเหตุของการเลิกดื่ม - รูปแบบของโฆษณาหรือการรณรงค์ที่ได้ผล - ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจดื่ม ความถี่ของการดื่มและค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - สถานที่ที่ซื้อและความสะดวกที่ใช้ในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



ข้อมูลสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบ่งได้ดังนี้

1. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
2. ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆของประเทศไทยและอันดับโลก
3. ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศและภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. ลักษณะทางประชากรของผู้บริโภค
5. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
6. สถานการณ์ด้านอุปทาน
7. สถานการณ์ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
8. ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
9. สถานการณ์การดำเนินมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.1 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

จากรูปที่ 2.1 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของคนไทยต่อคนต่อปีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2504 จนถึง พ.ศ.2547 ประมาณ 33 เท่าในช่วงเวลา 43 ปี จากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (ปรับปรุงล่าสุดปี 2547) [20] ซึ่งหากพิจารณาในระยะ 10 ปีหลังของข้อมูลที่มี (พ.ศ.2537- 2547) พบว่าปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของคนไทยเพิ่มขึ้น จาก 7.85 ลิตรต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2537 เป็น 8.47 ลิตรต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2547

รูปที่ 2.1 อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 - 2547

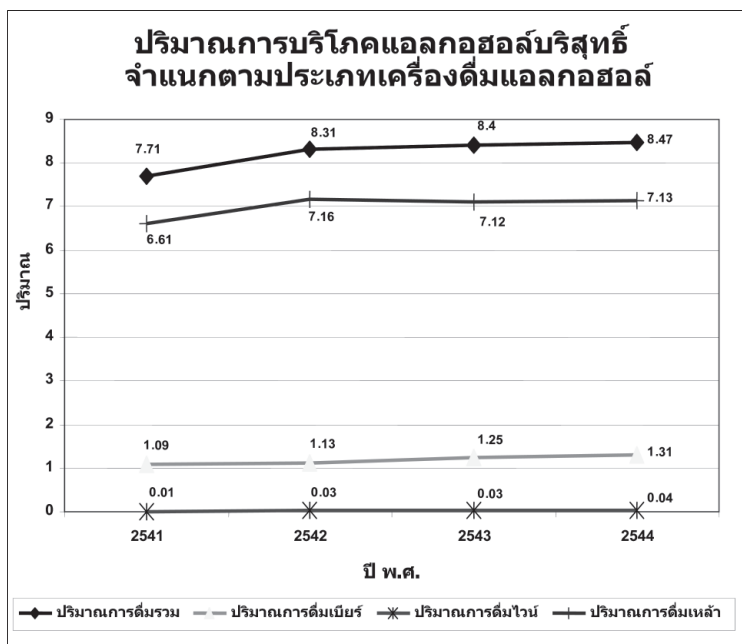


ที่มา: WHO Alcohol Database. Available from http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_app_data_process.cfm?path=whosis_alcohol_alcohol_app_alcohol_app_data&language=english [Dec 20, 2004]

2.2 ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆของประเทศไทยและอันดับโลก

คนไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่สูงกว่าอีกหลายๆ ประเทศทั่วโลก ทำให้ทั้งปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่จำแนกตามประเภทเครื่องดื่ม (รูปที่ 2.2) และอันดับโลกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นและอยู่ในอันดับต้นๆ ทั้งในภาพรวมและในทุกประเภทของเครื่องดื่ม โดยพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2541-2544 คนไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในอันดับที่ 50, 44, 43, และ 40 ตามลำดับ สำหรับเหล้ากลั่น (spirit) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2541-2544 คนไทยบริโภคเหล้ากลั่นอยู่ในอันดับที่ 9, 6, 6 และ 5 ตามลำดับซึ่งในปี พ.ศ.2544 มีปริมาณการบริโภคเหล้ากลั่นต่อคนต่อปีสูงเป็นรองเพียงจากโปรตุเกส สาธารณรัฐไอร์แลนด์ บาฮามาส์ และสาธารณรัฐเชก และสูงเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน เช่นเดียวกัน ในส่วนของเบียร์ ในปี พ.ศ.2541 พบว่าคนไทยบริโภคเบียร์ เป็นอันดับที่ 102 แล้วเลื่อนขึ้นเป็น อันดับที่ 102, 92 และ 85 ในปี พ.ศ.2542-2544 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ.2541 คนไทยบริโภคไวน์ เป็นอันดับที่ 146 แล้วเลื่อนขึ้นเป็นอันดับที่ 138 132 และ 124 ในปี พ.ศ.2542-2544 ตามลำดับ

รูปที่ 2.2 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จำแนกตามประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



ที่มา : WHO Alcohol Database.

เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



2.3 ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศ และภาษีสรรพสามิต ที่เก็บจากการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากข้อมูลที่ระบุในเบื้องต้นซึ่งพบว่าคนไทยมีแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นจากเดิมนั้นสอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ที่พบว่า ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศปี พ.ศ.2541-2548 มีแนวโน้มสูงขึ้นในเกือบทุกประเภทของเครื่องดื่ม โดยเฉพาะเบียร์ โดยปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศทั้งหมดเพิ่มขึ้นจาก 1,728.9 ล้านลิตรต่อปี เป็น 2,099.6 ล้านลิตรต่อปีในปี พ.ศ.2548 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.4 ในเวลา 7 ปี โดยส่วนแบ่งตลาดการจำหน่ายแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศสูงสุดได้แก่ เบียร์ ตามด้วยสุราขาว สุราสี และไวน์ตามลำดับ

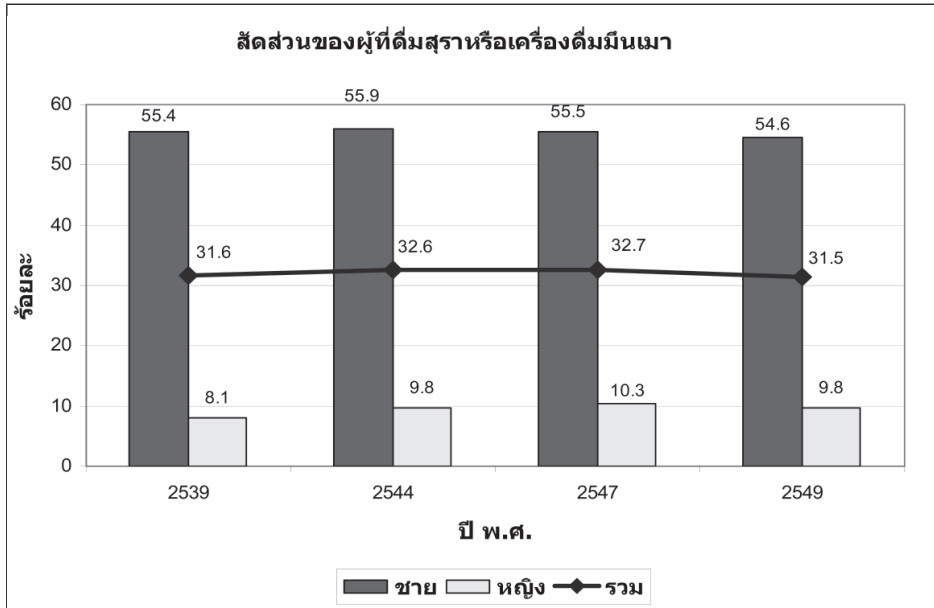
เมื่อคาดการณ์จากภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศและนำเข้าพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มขึ้นจาก 15,386.7 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2537 เป็น 74,029.7 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2548 คิดเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ 381 ในเวลา 11 ปี หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.6 ต่อปี ทั้งนี้ข้อมูลเหล่านี้เป็นหนึ่งในสิ่งบ่งชี้ว่าการผลิตและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น

2.4 ลักษณะทางประชากรของผู้บริโภค

2.4.1 เพศ

ผลจากการสำรวจในปี พ.ศ.2549 พบว่า ประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ถึงร้อยละ 31.5 ที่ยอมรับว่ามีการดื่มสุรา โดยเพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิงประมาณ 5 เท่า โดยในเพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 54.6 ในขณะที่เพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 9.8 อย่างไรก็ตามจากแผนภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของผู้ที่ดื่มสุราไม่เปลี่ยนแปลงมากนักและในทุกๆ ปี เพศชายมีสัดส่วนการเป็นผู้ดื่มสูงกว่าเพศหญิงเกือบ 6 เท่า ดังแสดงในรูปที่ 2.3

รูปที่ 2.3 สัดส่วนของผู้ที่ดื่มสุร่าจำแนกตามเพศ



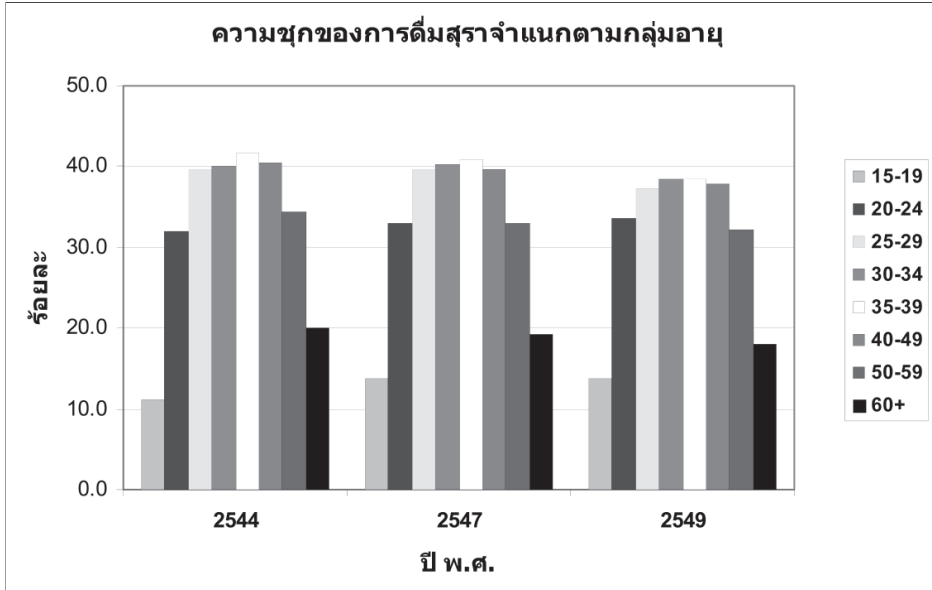
ที่มา : การสำรวจจรรยาและสวัสดิการ พ.ศ.2539 และ 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุร่า ปี พ.ศ.2544 และ 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2.4.2 ช่วงอายุ

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุร่าของประชากร พ.ศ.2544 และ พ.ศ.2547 และการสำรวจจรรยาและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ช่วงอายุ 30-39 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุเดียวกันสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยพบว่าประมาณร้อยละ 40 ของประชากรที่มีอายุ 30-39 ปี เป็นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ตามมาด้วยช่วงอายุ 25 - 29 ปี และ 40-49 ปี ซึ่งมีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มเกือบร้อยละ 40 ในประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน ดังแสดงในรูปที่ 2.4 ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าประชากรในวัยรุนมีสัดส่วนของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้เมื่อเทียบแนวโน้มของการบริโภคพบว่ากลุ่มประชากรในภาพรวมมีแนวโน้มเป็นผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คงที่



รูปที่ 2.4 ร้อยละของผู้ดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามช่วงอายุ

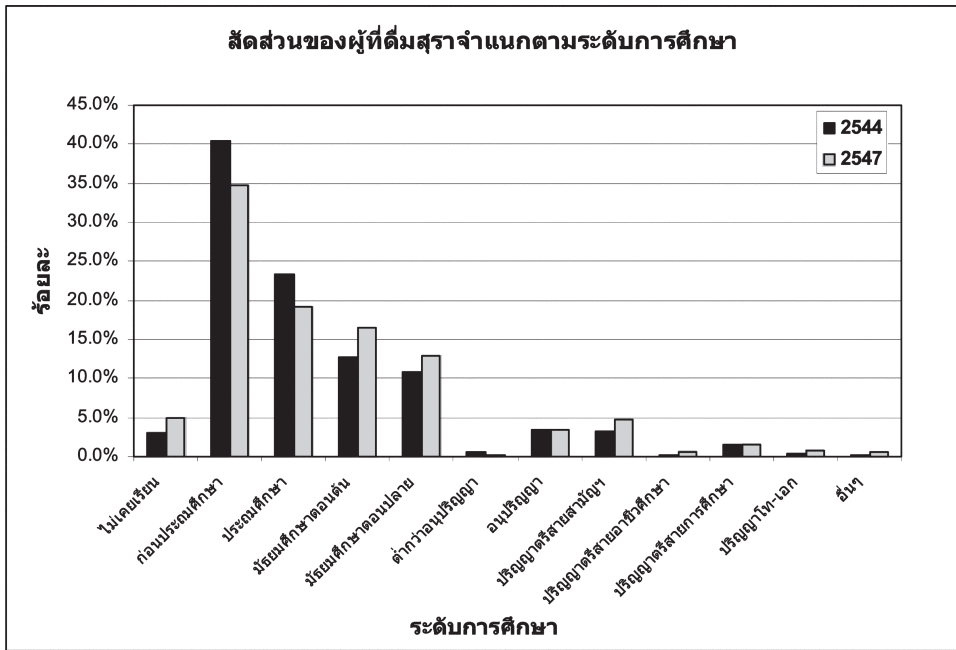


ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พ.ศ. 2544 และ 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2.4.3 การศึกษา

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2547 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย คือ มีการศึกษาในระดับก่อนประถมศึกษาและประถมศึกษา มีสัดส่วนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น โดยพบว่าประมาณร้อยละ 35 ถึงร้อยละ 40 ของผู้ที่มีการศึกษาในระดับก่อนประถมศึกษา และ ร้อยละ 18 ถึงร้อยละ 22 ของผู้มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา เป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบรายปี พบว่า สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรีในปีพ.ศ.2547 มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี พ.ศ.2544 ดังแสดงในรูปที่ 2.5

รูปที่ 2.5 ร้อยละของผู้ที่ตี๋มสุราจำแนกตามระดับการศึกษา



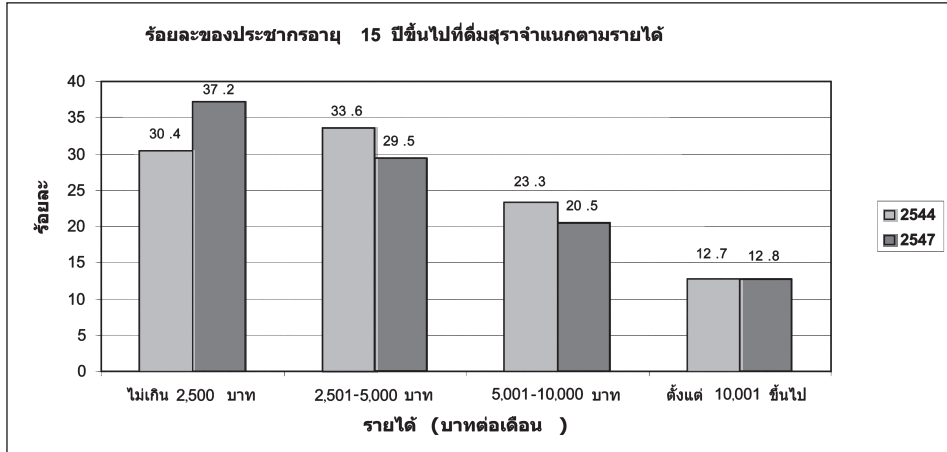
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมกาสูบหรี่และตี๋มสุรา ปี พ.ศ.2544 และ 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2.4.4 รายได้

จากการสำรวจ พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการตี๋มมากที่สุด ซึ่งอาจจะเป็นผลจากราคาเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากการแข่งขันด้านราคาของผู้ผลิตรายต่างๆ หรือมีการหันไปบริโภคสุราพื้นบ้านซึ่งมีราคาถูกแทน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแนวโน้มยังพบอีกว่า สัดส่วนของผู้ตี๋มแอลกอฮอล์ที่มีรายได้น้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือนมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 30.4 ในปี พ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 37.2 ในปี พ.ศ.2547



รูปที่ 2.6 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มสุร่าจำแนกตามรายได้



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมกรสูบบุหรี่และดื่มสุร่า ปี พ.ศ.2544 และ 2547,สำนักงานสถิติแห่งชาติ
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2.5 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

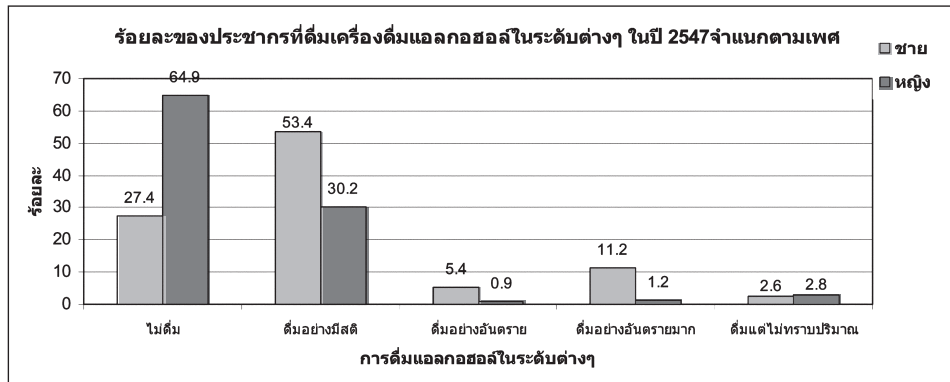
2.5.1 ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยง

การจัดกลุ่มผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยงสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ

- กลุ่มที่ไม่ดื่ม ซึ่งปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค มีค่าเท่ากับ 0 กรัมต่อวัน
- กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำจากการดื่ม (low-risk drinking) ซึ่งปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค มีค่าเท่ากับ 0-39 กรัมต่อวันในเพศชายและ 0-19 กรัม ต่อวันในเพศหญิง
- กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการดื่ม (high-risk drinking) ซึ่งปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค มีค่าเท่ากับ 40-59 กรัมต่อวันในเพศชายและ 20-39 กรัม ต่อวันในเพศหญิง
- กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากจากการดื่ม (hazardous drinking) ซึ่งปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค มีค่ามากกว่า 60 กรัมต่อวันในเพศชายและมากกว่า 40 กรัม ต่อวันในเพศหญิง

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประเทศไทย โดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า ในเพศชายมีจำนวนผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 27.4 โดยผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจากการดื่มคิดเป็นร้อยละ 53.4 และผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจากการดื่ม และมีความเสี่ยงสูงมากจากการดื่มคิดเป็นร้อยละ 5.4 และ ร้อยละ 11.2 ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิง มีจำนวนผู้ที่ไม่ดื่มสูงกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า โดยพบว่าร้อยละ 64.9 ของเพศหญิงเป็นผู้ไม่ดื่ม ในขณะที่ร้อยละ 30.2 ร้อยละ 0.9 และร้อยละ 11.2 ของเพศหญิงระบุว่า มีความเสี่ยงต่ำจากการดื่ม มีความเสี่ยงสูงจากการดื่ม และมีความเสี่ยงสูงมากจากการดื่ม ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 2.7

รูปที่ 2.7 ร้อยละของประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงต่างๆ ในปี พ.ศ.2547 จำแนกตามเพศ



ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประเทศไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรในเขตเมืองหรือในเขตเทศบาล การดื่มอย่างมีความเสี่ยงสูงและการดื่มอย่างมีความเสี่ยงสูงมากมีสัดส่วนสูงกว่านอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อยซึ่งเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งเพศชายและเพศหญิง เมื่อจำแนกตามภาค ในเพศชาย พบว่า ภาคเหนือ การดื่มอย่างมีความเสี่ยงสูงและการดื่มอย่างมีความเสี่ยงสูงมากมีสัดส่วนสูงที่สุดคือคิด

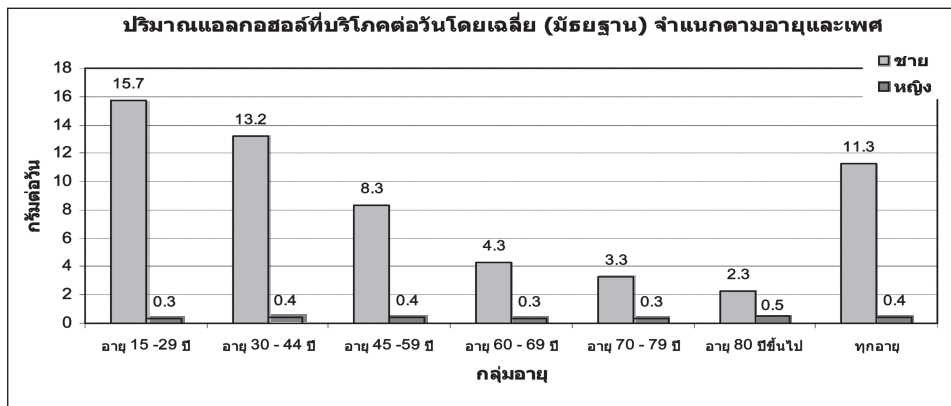


เป็นร้อยละ 19.9 ตามด้วยภาคกลาง ร้อยละ 17.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 15.5 กรุงเทพฯ ร้อยละ 15.2 และภาคใต้ ร้อยละ 14.2 ตามลำดับ สำหรับในภาคเหนือ พบว่า ในกรุงเทพฯ การดื่มอย่างมีความเสี่ยงสูงและการดื่มอย่างมีความเสี่ยงสูงมากมีสัดส่วนสูงที่สุดคือ คิดเป็นร้อยละ 4.6 ตามด้วยภาคเหนือ ร้อยละ 2.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ร้อยละ 2.1 และภาคใต้ ร้อยละ 0.1 ตามลำดับ

2.5.2 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวันโดยเฉลี่ย (มัธยฐาน) จำแนกตามอายุและเพศ

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประเทศไทย โดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2547 พบว่าประชากรชายดื่มแอลกอฮอล์ต่อวันโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 11.3 กรัม ซึ่งมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ โดยปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวันโดยเฉลี่ยของเพศหญิงอยู่ที่ 0.4 กรัม ทั้งนี้เพศชายที่อยู่ในช่วงอายุ 15-29 ปีเป็นช่วงอายุที่บริโภคแอลกอฮอล์ต่อวันโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 15.7 กรัม ตามมาด้วยช่วงอายุ 30-44 ปี ซึ่งดื่มเฉลี่ย 13.2 กรัมต่อวัน ดังแสดงในรูปที่ 2.8

รูปที่ 2.8 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวันโดยเฉลี่ย (มัธยฐาน) จำแนกตามอายุและเพศ



ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประเทศไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



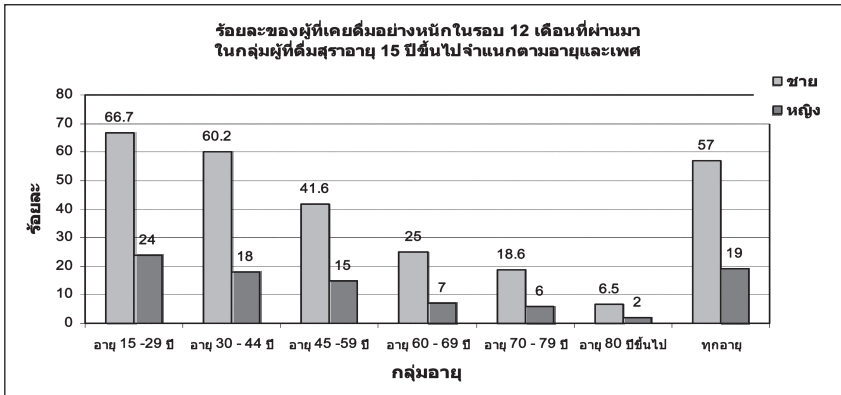
2.5.3 ความชุกของการดื่มหนักในครั้งเดียว

การดื่มหนักในครั้งเดียวนี้ใช้ความหมายตามการศึกษาของ [22] การดื่มอย่างหนัก (binge drinking) ในครั้งเดียวหมายถึง การดื่มที่ตรงกับลักษณะต่อไปนี้

- ดื่มเหล้าผสมโซดาตั้งแต่ 8 แก้วหรือ 8 เบิกขึ้นไป
- ดื่มเหล้าขาว 40 ดีกรีตั้งแต่ครึ่งขวดขึ้นไป
- เหล้าโรง 28 ดีกรีตั้งแต่ครึ่งขวดขึ้นไป
- เบียร์ตั้งแต่ 4 กระป๋องหรือขวดใหญ่ 2 ขวดครึ่งขึ้นไป
- ไวน์หรือแชมเปญตั้งแต่ 8 แก้วขึ้นไป
- น้ำตาลเมา สาโท กระแช่ขนาดเท่าขวดเบียร์ขนาดใหญ่ (630 CC.) ตั้งแต่ขวดครึ่งขึ้นไป
- ไวน์คูลเลอร์หรือเหล้าผสมรสผลไม้ตั้งแต่ 5 ขวดขึ้นไป

สำหรับการดื่มหนักในครั้งเดียว ในผู้ที่เคยดื่มสุราพบว่ามีมากที่สุดในประชากรชายอายุ 15- 29 ปี โดยพบว่าร้อยละ 66.7 ของประชากรชายที่ดื่มสุราระบุว่าเคยดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้ในทุกช่วงอายุเพศชายมีการดื่มอย่างหนักมากกว่าเพศหญิง ดังแสดงในรูป ทั้งนี้พบว่าในเพศหญิง กลุ่มอายุที่เคยมีการดื่มหนักมากที่สุดได้แก่อายุ 15-29 ปี เช่นเดียวกับในเพศชาย

รูปที่ 2.9 ร้อยละของผู้ที่เคยดื่มอย่างหนักในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุราอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุและเพศ



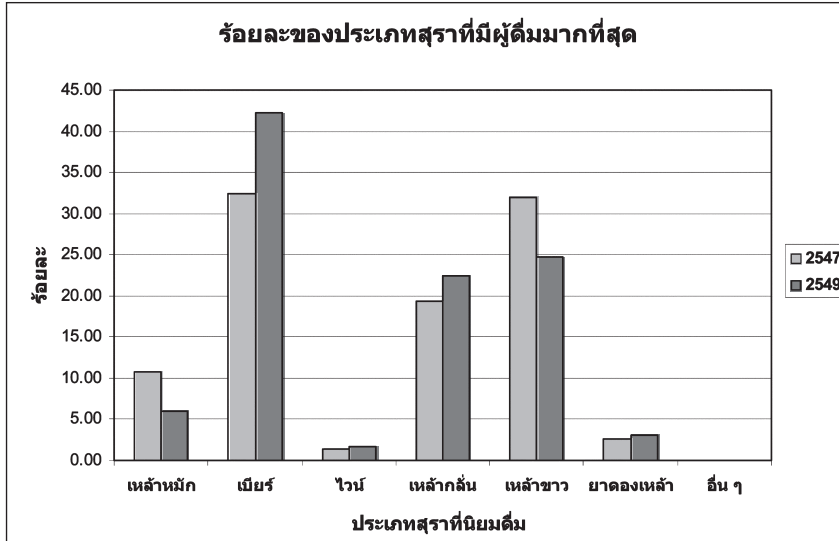
ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพพจนามัยของประเทศไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2.5.4 ประเภทของเครื่องดื่มที่ดื่ม

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ. 2549 เกี่ยวกับประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีผู้นิยมดื่มมากที่สุดโดยให้ตอบได้ประเภทเดียว (ในรายงานสถานการณ์สุรา ของศวส. ยังไม่มีข้อมูลของปี พ.ศ.2549) พบว่า เบียร์ เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผู้นิยมดื่มมากที่สุด และได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ตามมาด้วยเหล้าขาวและเหล้าก๊อแลน ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 2.10

อย่างไรก็ตามจากการสำรวจสภาวะสุขภาพพจนามัยของประเทศไทยโดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2547 พบว่าเครื่องดื่มที่นิยมมากที่สุดในประเทศชาย 3 อันดับแรกได้แก่ เบียร์ ตามมาด้วย วิสกี้ เหล้าโรง 40 ดีกรี ตามลำดับ ส่วนในประเทศหญิง เครื่องดื่มที่นิยมมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ เบียร์ ตามมาด้วย วิสกี้ ไวน์คูลเลอร์หรือเหล้าผลไม้ ตามลำดับ ทั้งนี้สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ที่พบว่า ส่วนแบ่งตลาดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศสูงสุดปี พ.ศ.2541-2548 ได้แก่ เบียร์ ร้อยละ 70 ตามมาด้วยสุราขาว ร้อยละ 24.2 สุราสี ร้อยละ 5.7 และไวน์ร้อยละ 0.2 ตามลำดับ

รูปที่ 2.10 ร้อยละของประเภทสุราที่มีผู้ดื่มมากที่สุด



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปี พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

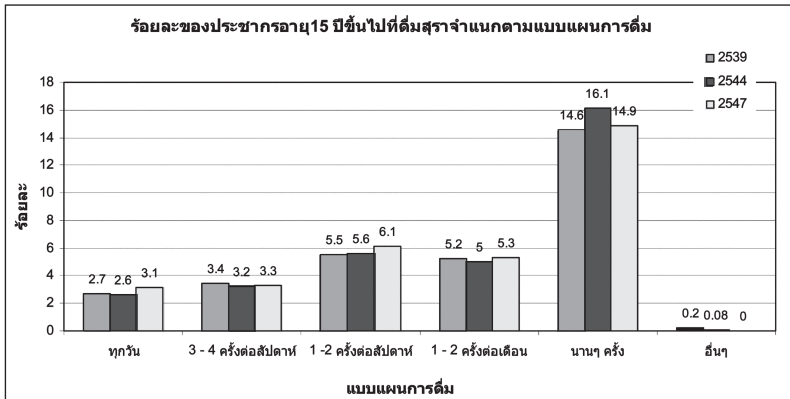
2.5.5 แบบแผนการดื่ม

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ.2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ.2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2539, 2544 และ 2547 มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 31.6, 32.6 และ 32.7 ของจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปตามลำดับ ทั้งนี้ ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีแบบแผนการดื่มโดยส่วนใหญ่ดื่มมานานๆ ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 14.6-16.1) ในขณะที่จำนวนร้อยละ 2.6-3.1 ระบุว่าดื่มทุกวัน ดังแสดงในรูปที่ 2.11

ทั้งนี้การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา โดยโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี 2548 พบว่าโดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างดื่มสุรา 7 ครั้งต่อเดือน

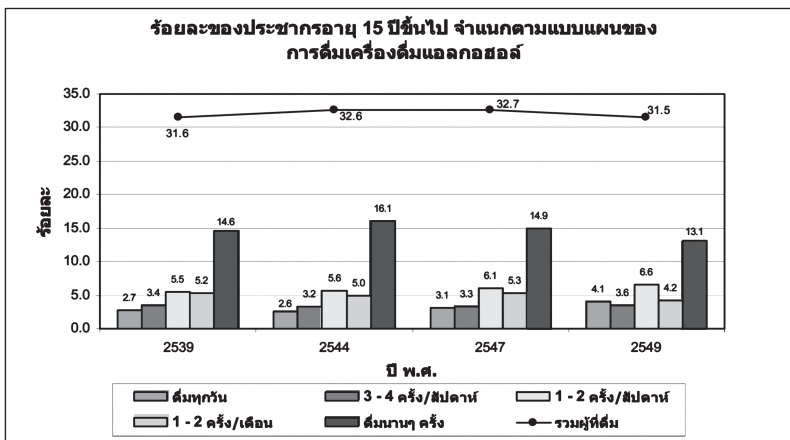


รูปที่ 2.11 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามแบบแผนการดื่ม ระหว่างปี พ.ศ.2539, 2544 และ 2547



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539, สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544 และ 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รูปที่ 2.12 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามแบบแผนการดื่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2547



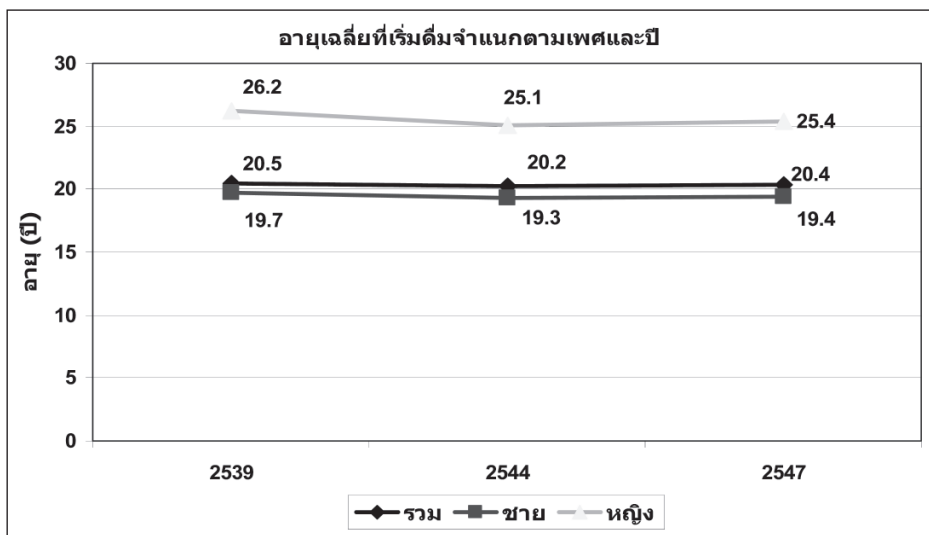
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539 และ 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปี พ.ศ.2544 และ 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

จากรูปที่ 2.12 แม้สัดส่วนของผู้ที่ดื่มสุรามีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่หากพิจารณาแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแล้ว พบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ. 2549

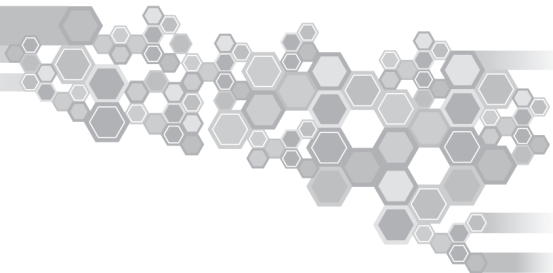
2.5.6 อายุเมื่อเริ่มดื่ม

เมื่อพิจารณาอายุผู้ดื่มสุราระหว่างปี พ.ศ.2539-2547 พบว่า กลุ่มอายุ 25-59 ปี มีการดื่มมากที่สุด จากรายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549 พบว่า ระหว่างปี พ.ศ.2539 - 2547 ผู้ดื่มสุราเริ่มดื่มเฉลี่ยประมาณ 20 ปี โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มดื่มสุราเร็วกว่าเพศหญิง (19 ปี และ 25 ปี ตามลำดับ) และพบว่าทั้งชายและหญิงมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุราเร็วขึ้น

รูปที่ 2.13 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุราของผู้ดื่ม



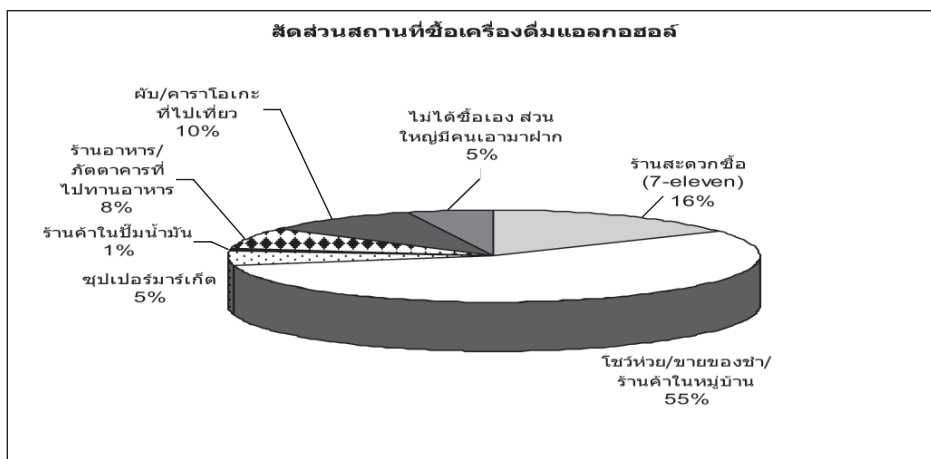
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปี พ.ศ.2544 และ 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



2.5.7 สถานที่ซื้อ

เมื่อพิจารณาสถานที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในปี พ.ศ.2547 พบว่าผู้ที่ดื่มสุราส่วนใหญ่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านขายของชำหรือร้านค้า ในหมู่บ้าน รองลงมาได้แก่ ร้านสะดวกซื้อ ซึ่งกำลังขยายสาขาออกไปมากกว่า 2,000 สาขา ทั่วประเทศ

รูปที่ 2.14 สัดส่วนสถานที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



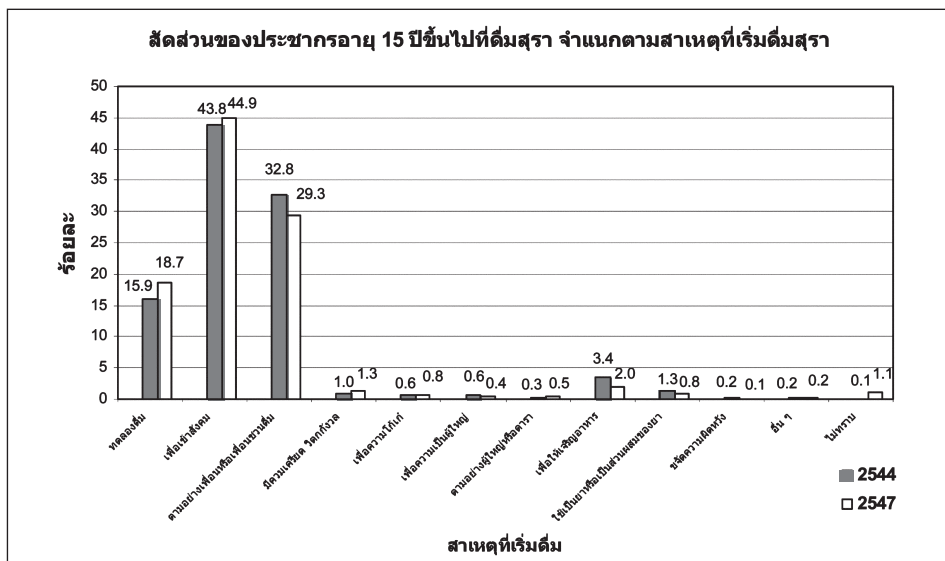
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2.5.8 สาเหตุที่เริ่มดื่ม

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2544 และ 2547 พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ เพื่อเข้าสังคม ตามมาด้วย ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม และทดลองดื่มตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 2.15

อย่างไรก็ตาม การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา โดยโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี พ.ศ.2548 พบว่า สาเหตุสำคัญของการดื่มสุราครั้งแรก คือ เพื่อนชักชวน ความจำเป็นในการเข้าสังคม และทดลองด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 55.8 ร้อยละ 16.9 และ ร้อยละ 16.1 ตามลำดับ

รูปที่ 2.15 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มสุรา จำแนกตามสาเหตุที่เริ่มดื่มสุรา



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปี พ.ศ.2544 และ 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2.5.9 สาเหตุที่เลิกดื่ม

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา โดย โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี 2548 (นิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ, 2548) พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้บริโภคริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการชั่วคราวหรือถาวร คือ ปัญหาสุขภาพ ช่วงเข้าพรรษา และการขอร้องจากคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 31.3 ร้อยละ 20.2 และ ร้อยละ 10.7 ตามลำดับ

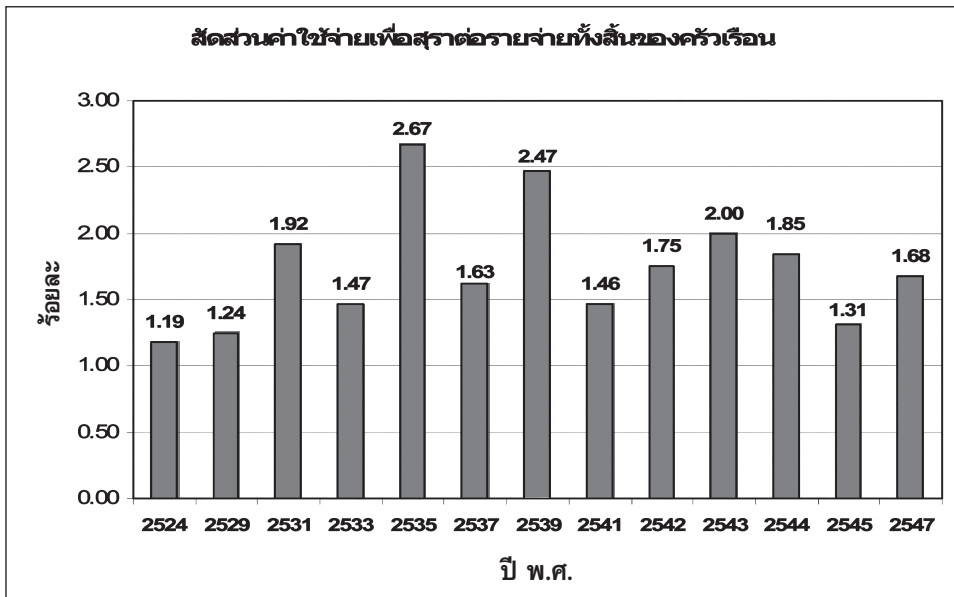
2.5.10 ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคแอลกอฮอล์

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา โดย โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้เงินซื้อสุราเฉลี่ย เดือนละ 1,063 บาท ซึ่งเท่ากับร้อยละ 12 ของรายได้เฉลี่ยต่อหัวในปี พ.ศ. 2546 (นิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ, 2548)



แนวโน้มค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคม ปี พ.ศ. 2524-2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 5.15 เท่า ในช่วงปี พ.ศ. 2524-2547 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือนเพิ่มขึ้น 3.64 เท่าในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือนจึงสรุปว่าคนไทยมีแนวโน้มล้นเบี่ยงไปกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นอย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในช่วงเวลา 10 ปีหลัง คือปี พ.ศ. 2537-2547 (เนื่องจากมีข้อมูลล่าสุดถึงปี พ.ศ.2547) พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.67 เท่า ในขณะที่ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือนเพิ่มขึ้น 1.62 เท่า ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่ใกล้เคียงกัน

รูปที่ 2.16 สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อสุราต่อรายจ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน

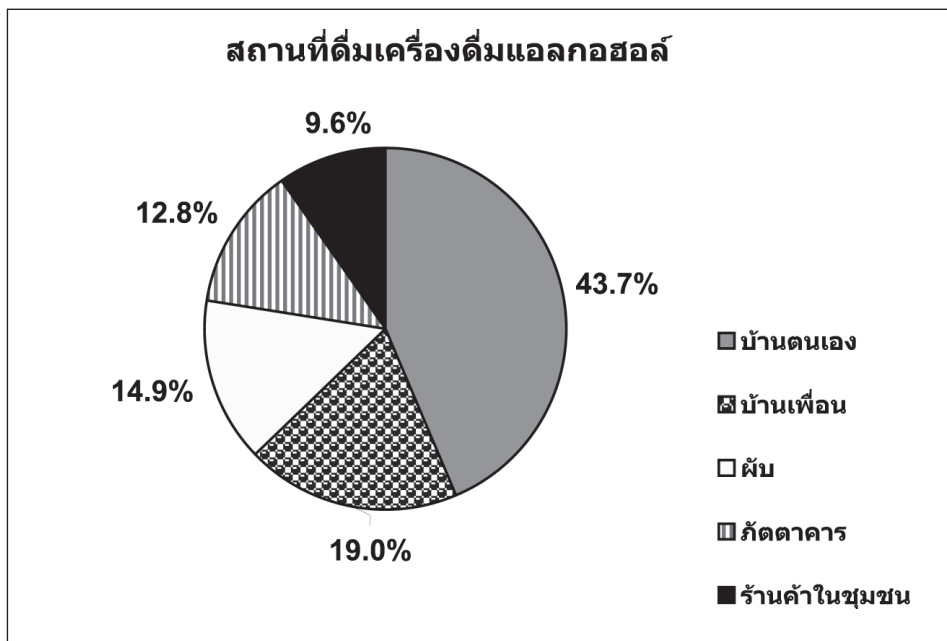


ที่มา : การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2524-2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2.5.11 สถานที่ติ่ม

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ โดยโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการติ่มสุราและเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี พ.ศ.2548 พบว่าในผู้ที่ติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43) ติ่มที่บ้านตนเอง ตามมาด้วยการติ่มที่บ้านเพื่อน (ร้อยละ 19) และติ่มในผับ (ร้อยละ 15) ตามลำดับ (นิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ, 2548)

รูปที่ 2.17 สถานที่ติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการติ่มสุราและเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี 2548
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



2.5.12 ระยะเวลาในการซื้อ

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราของโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี พ.ศ.2548 พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางไปซื้อสุรา คือ 7.5 นาที โดย ร้อยละ 41.6 ของผู้ดื่มระบุว่า สามารถขับรถไปซื้อได้ในเวลาอันสั้น ในขณะที่ร้อยละ 39.9 ระบุว่าเดินไปซื้อได้เพราะร้านอยู่ใกล้บ้าน ส่วนการใช้เวลาเดินทางไปดื่มสุราที่ร้านอาหารหรือสถานบันเทิงเฉลี่ย 22 นาที กรณีที่หาซื้อสุราที่ร้านประจำไม่ได้ ร้อยละ 65 ของผู้ตอบระบุว่าสามารถหาซื้อได้จากร้านในละแวกเดียวกัน ในขณะที่เพียงร้อยละ 16 ระบุว่า หากหาซื้อไม่ได้ก็จะไม่ดื่ม ร้อยละ 3.4 ระบุว่า ให้ลูกหรือเด็กไปซื้อสุราให้ [23]

2.5.13 ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่ม


การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา ของโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจดื่มสุรา คือ จำนวนสมาชิกที่ดื่มสุราในครอบครัว โดยพบว่า ยังมีคนดื่มสุราในครอบครัวมากยังมีแนวโน้มทำให้สมาชิกคนอื่นจะเป็นผู้ดื่มสุรามากขึ้น ส่วนสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนไม่ดื่มสุราได้แก่ ปัญหาสุขภาพ และการที่ผู้ตอบเชื่อว่าการดื่มสุราไม่มีประโยชน์ (นิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ, 2548)

2.5.14 ปัจจัยที่มีผลต่อความถี่ในการดื่ม

การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราของโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความถี่ในการบริโภค ได้แก่ เพศชาย การมีคนในครอบครัวเป็นผู้ดื่มสุราอาชีพ และความสะดวกในการหาซื้อสุรา โดยพบว่า หากเวลาในการเดินทางไปซื้อเหล่านานขึ้นจะทำให้ผู้ดื่มลดความถี่ในการดื่มลง (นิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ, 2548)

2.5.15 รูปแบบโฆษณาและการรณรงค์ที่มีผลต่อการบริโภค

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา โดยโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 ในผู้ดื่มสุรา จำนวน 1,295 คน พบว่า ร้อยละ 74.5 ของผู้ดื่มพบเห็นโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด อันดับสองเป็นพวกแผ่นพับ ป้ายโฆษณากลางแจ้ง



(ร้อยละ 70.1) นอกจากนี้ผู้ตีพิมพ์รายงานว่า รูปแบบโฆษณาที่สร้างแรงจูงใจให้ผู้ตีพิมพ์รู้สึกอยากตีพิมพ์ แอลกอฮอล์มากที่สุด คือ ภาพ งานเลี้ยง งานสังสรรค์ (ร้อยละ 34.77) ภาพสุรา/ เบียร์ เย็นๆ เห็นสุรา/เบียร์ ชัดเจน เต็มพื้นที่โฆษณา (ร้อยละ 22.11) และ ภาพผู้หญิงสวย แต่งตัวยั่วยวน / ภาพผู้ชายที่ล้าสัน หล่อเหลา (ร้อยละ 20.60) (นิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ, 2548)

เกี่ยวกับการรณรงค์เรื่องโทษและอันตรายจากการดื่มสุราที่ผู้ตีพิมพ์ส่วนใหญ่เห็นว่าน่าจะมีผลลดปริมาณการดื่มลงได้มากที่สุด คือ คำขอจากคนที่ผู้ตีพิมพ์รัก เช่น พ่อ แม่ คนรัก ลูก (ร้อยละ 48.25) ตามด้วย ไม่มีวิธีใดได้ผลเพราะขึ้นกับตัวผู้ตีพิมพ์เอง (ร้อยละ 21.82) อย่างไรก็ตาม การรณรงค์โดยการระบุโทษของสุราบนฉลาก การห้ามโฆษณาหลัง 4 ทุ่ม และการห้ามมีภาพ/ข้อความเชิญชวนให้ผู้ตีพิมพ์ มีผลน้อยมากโดยมีผลรวมกันร้อยละ 10.01 เท่านั้น

2.6 สถานการณ์ด้านอุปทาน

2.6.1 ขนาดตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

อุตสาหกรรมสุรา (เฉพาะสุรากลั่น) จัดได้ว่าเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของประเทศไทยมาช้านาน โดยในปี พ.ศ.2542 พบว่า กิจการสุราทำรายได้เข้ารัฐถึงมากกว่า 22,000 ล้านบาท [24] เมื่อพิจารณาโครงสร้างธุรกิจสุรกายหลังมีนโยบายเปิดเสรีในการผลิตและจำหน่ายสุราในปี พ.ศ.2541 แบ่งเป็น 4 ประเภทหลัก คือ

- ผู้ประกอบการโรงงานสุรา 11 แห่ง ที่ได้รับสัมปทานการผลิตและจำหน่ายสุราจากกรมสรรพสามิต ทำการผลิตสุราขาว สุราผสมหงส์ทอง และสุราแช่ (ยกเว้นเบียร์) สามารถจำหน่ายได้ทั่วประเทศ
- ผู้ประกอบการโรงงานสุราบางยี่ขัน 1 และ 2 ที่ได้รับสัมปทานการผลิตและจำหน่ายสุราจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม ทำการผลิตสุราปรุงพิเศษแม่โขง-กวางทอง สุราขาว สุราผสมหงส์ทอง แสงทิพย์ สุราแช่ทุกชนิด (ยกเว้นเบียร์) จำหน่ายได้ทั่วประเทศ
- ผู้ประกอบการโรงงานสุราพิเศษของเอกชน ได้รับอนุญาตให้ผลิตและจำหน่ายเฉพาะสุราแช่ (สุราผลไม้ หรือสุราหมักอื่นๆ) กับสุราพิเศษประเภทวิสกี้ บรัันดี หรืออื่นๆ ที่ใช้กรรมวิธีการผลิตพิเศษตามแบบต่างประเทศ และต้องมีดีกรีมากกว่า 40 ดีกรีขึ้นไป



- ผู้ได้รับอนุญาตให้ทำหรือผลิตสุราแช่และสุรากลั่นพื้นบ้าน ตามประกาศกระทรวงการคลัง เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2544 และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2546

กลุ่มธุรกิจสุรา 2 ประเภทแรก มีส่วนแบ่งทางการตลาดสูงที่สุด ส่วนธุรกิจสุราประเภทที่ 3 และ 4 มีการเจริญเติบโตค่อนข้างลำบาก แม้ว่ารัฐบาลจะสนับสนุนธุรกิจสุราแช่ ให้เป็นผลิตภัณฑ์ “หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์” ก็ตาม นอกจากนั้นการร่วมมือกันระหว่างกลุ่มสุราทิพย์และสุรามหาราชฎร เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2529 ภายใต้ชื่อสุรามหาราชฎร ยังมีผลทำธุรกิจสุราประเภทที่ 1 และ 2 มีการผูกขาดอย่างชัดเจนภายใต้ผู้ผลิตกลุ่มเดียว ซึ่งมีส่วนแบ่งทางการตลาดกว่าร้อยละ 90 ซึ่งมีกลุ่มนายเจริญ สิริวัฒนภักดี เป็นผู้มีส่วนหลักในการกำหนดตลาดสุรารายในประเทศ [25]

ในด้านความพร้อมของผู้ประกอบการรายเก่า คือ นายเจริญ สิริวัฒนภักดี ก่อนการเปิดเสรี มีความพร้อมในหลายด้าน คือ มีการผลิตสุราไว้จำนวนมาก มีการสร้างพันธมิตรกับกลุ่มผู้ผลิตสุรารายย่อยผ่านการเข้าหุ้นบริษัทแสงโสมซึ่งเป็นบริษัทโฮลดิ้งที่เข้าไปถือหุ้นในบริษัทผลิตและจำหน่ายสุราทั้งหมด มีความพร้อมด้านการเงิน ทั้งยังซื้อโรงงานน้ำตาลเพิ่มเพื่อผลิตโมลาส ซึ่งเป็นวัตถุดิบสำคัญสำหรับการผลิตสุรา ทั้งยังมีสายสัมพันธ์ทางการเมืองเพื่อนำไปสู่เครือข่ายทางธุรกิจ ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะมีผู้ประกอบการรายใดเทียบเท่าได้ในระยะเวลาอันสั้น (นวลน้อย ตรีรัตน์, 2549) และยังพบว่าลักษณะทุนสุราที่วิวัฒนาการมาสู่การผูกขาดในระบบธุรกิจสุรา มีการขยายตัว สร้างเครือข่ายไปสู่ภาคธุรกิจอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น ธุรกิจเบียร์ ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ ธุรกิจเสริมตลาดสุราและเบียร์

นอกจากนี้กลุ่มเครือข่ายสุราและเบียร์โดยมีนายเจริญ สิริวัฒนภักดี เป็นแกนที่สำคัญ ได้ปรับโครงสร้างของธุรกิจอีกครั้งหนึ่งเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์โดยอยู่ภายใต้บริษัทไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) เพื่อนำบริษัทเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2546 มีวัตถุประสงค์เพื่อประกอบธุรกิจการลงทุน โดยการถือหุ้นให้บริษัทอื่นๆ ที่ดำเนินธุรกิจเกี่ยวข้องกับการผลิตเบียร์ น้ำดื่มและน้ำโซดา ผลิตสุรา ผลิตแอลกอฮอล์ที่ใช้ในอุตสาหกรรม การเป็นผู้จำหน่าย การตลาด ส่งออกและการขนส่ง และธุรกิจต่อเนื่องอื่นๆ (นวลน้อย ตรีรัตน์, 2549)

ตารางที่ 2.3 ส่วนแบ่งการตลาดของสุราประเภทต่าง ๆ

ประเภท/บริษัท	พ.ศ. 2545		พ.ศ. 2546		พ.ศ. 2547	
	ยอดขาย (ล้านบาท)	ส่วนแบ่ง ตลาด (ร้อยละ)	ยอดขาย (ล้านบาท)	ส่วนแบ่ง ตลาด (ร้อยละ)	ยอดขาย (ล้านบาท)	ส่วนแบ่ง ตลาด (ร้อยละ)
สุราขาว	405.0	72.5	427.5	70.9	450.0	69.4
- ไทยเบฟเวอเรจ	379.8	68.0	374.8	62.2	380.5	58.7
- อื่นๆ	25.2	4.5	52.7	8.7	69.5	10.7
สุราสี	127.2	22.8	144.9	24.0	163.4	25.2
- ไทยเบฟเวอเรจ	75.5	13.5	85.7	14.2	102.2	15.8
- อื่นๆ	51.7	9.3	59.3	9.8	61.2	9.4
สก็อตวิสกี้ผสม/ สแตนด์การ์ด	19.6	3.5	23.5	3.9	28.7	4.4
สุราพรีเมียมนำเข้า จากต่างประเทศ	6.8	1.2	7.1	1.2	6.5	1.0
รวมยอดขายสุรา	558.5	100.0	603.0	100.0	648.6	100.0

ที่มา : แคนาดี้ อ้างในหนังสือชี้ชวนของ บมจ. ไทยเบฟเวอเรจ

2.6.2 ธุรกิจเบียร์

ในระยะแรกบุญรอดฯ ครองตลาดเบียร์ได้ถึงร้อยละ 90 ของส่วนแบ่งทางการตลาดทั้งหมด เพราะเป็นบริษัทแรกที่บุกเบิกเบียร์ในประเทศไทย จนกระทั่งมีการเปิดเสรีตลาดเบียร์เมื่อปี พ.ศ. 2536 ทำให้นายเจริญ สิริวัฒนภักดี ก้าวเข้าร่วมธุรกิจนี้ ส่งผลให้ธุรกิจเบียร์มีการแข่งขันทางการตลาดกันอย่างสูง และหลังจากปี พ.ศ.2541 เบียร์ช้างของนายเจริญ สิริวัฒนภักดี ได้เข้ามามีส่วนแบ่งทางการตลาดมากกว่าเบียร์สิงห์มาโดยตลอด ซึ่งในปี พ.ศ.2545 ธุรกิจเบียร์มีมูลค่าตลาดถึง 50,000 ล้านบาท ทั้งนี้เบียร์ช้างครอบส่วนแบ่งถึงร้อยละ 60 ในขณะที่เบียร์สิงห์-ลีไอ-ไทยเบียร์ มีส่วนแบ่งทางการตลาดร้อยละ 31 (สมบุญ รุจิขจร, 2545 อ้างในนวนลน้อย ตริรัตน์, 2549) เบียร์ช้างซึ่งเป็นผู้ครองตลาดมากที่สุด มีผลกำไรขาดทุนสุทธิ ในปี พ.ศ. 2543 ถึง 3,523,980 พันล้านบาท (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2545)



ตารางที่ 2.4 ส่วนแบ่งการตลาดของเบียร์ประเภทต่างๆ

ประเภท/บริษัท	ตราผลิตภัณฑ์ที่สำคัญ	พ.ศ. 2545		พ.ศ. 2546		พ.ศ. 2547	
		ยอดขาย (ล้านลิตร)	ส่วนแบ่งตลาด (ร้อยละ)	ยอดขาย (ล้านลิตร)	ส่วนแบ่งตลาด (ร้อยละ)	ยอดขาย (ล้านลิตร)	ส่วนแบ่งตลาด (ร้อยละ)
เบียร์ไอโคโนมี		1011.8	79.8	1,310.4	83.0	1,344.0	83.0
- ไทยเบฟเวอเรจ	อาชา,ช้าง	824.6	65.0	1,076.4	68.2	977.4	60.4
- บุญรอดฯ	ลีโอ,โทเบียร์	187.2	14.8	234.0	14.8	366.6	22.6
เบียร์สแตนดาร์ด		143.8	11.3	153.0	9.7	170.7	10.5
- บุญรอด	สิงห์	140.2	11.1	152.0	9.6	166.5	10.3
- อื่นๆ	บลูโอซ์, โทเกอร์	3.6	0.3	1.0	0.1	4.2	0.3
เบียร์พรีเมียม		112.6	8.9	115.4	7.3	104.4	6.5
- ไทยเอเชียแปซิฟิก	ไฮเนเก้น	76.0	6.0	83.0	5.3	90.0	5.6
- คาร์ลสเบอร์ก	คาร์ลสเบอร์ก	17.7	1.4	18.0	1.1	0.0	0.0
- นำเข้าอื่นๆ		18.9	1.5	14.4	0.9	14.4	0.9
รวมยอดขายเบียร์		1,268.2	100.0	1,578.8	100.0	1,619.1	100.0

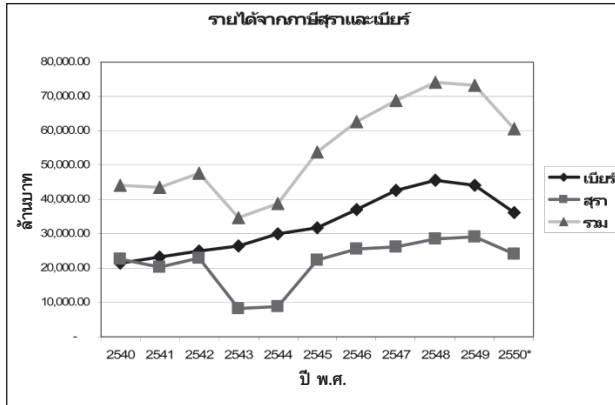
ที่มา : แคนาดิ อ้างในหนังสือชี้ชวนของ บมจ. ไทยเบฟเวอเรจ

2.6.3 แนวโน้มการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากรายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549 พบว่า ปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอดระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ.2537-2548 (11 ปี) โดยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 78 ในช่วงเวลา 11 ปีนี้ หรือประมาณร้อยละ 7 ต่อปี ทั้งนี้ส่วนแบ่งการตลาดของการผลิตและนำเข้าเบียร์มาเป็นอันดับหนึ่งถึงร้อยละ 70.1 ซึ่งสูงกว่าอันดับสอง คือ สุราขาว ถึง 5 เท่า และยังมีแนวโน้มของการผลิตและนำเข้าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

นอกจากนี้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต [26] ยังพบว่า เม็ดเงินภาษีสรรพสามิตที่เก็บได้มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากภาษีที่เก็บได้เพิ่มขึ้นจากผลิตภัณฑ์เบียร์ ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความนิยมในการบริโภคเบียร์และปริมาณการจำหน่ายเบียร์ที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

รูปที่ 2.18 รายได้จากภาษีสุราและเบียร์



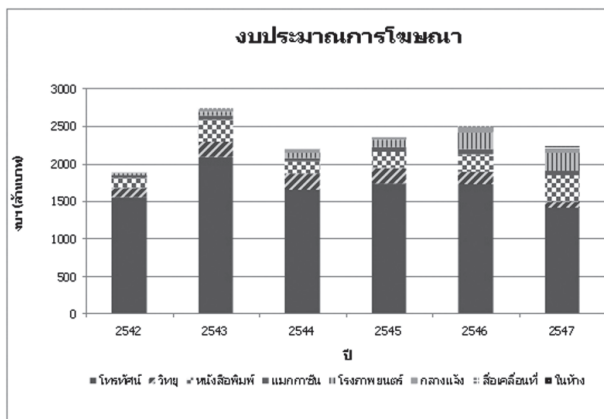
หมายเหตุ : * ข้อมูลถึง พฤษภาคม 2550

ที่มา : กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

จากการศึกษาของบริษัท Nielsen เกี่ยวกับงบประมาณการลงทุนเพื่อการโฆษณาของอุตสาหกรรมสุราในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2542-2547 [27] พบว่า ธุรกิจสุราในประเทศไทยทุ่มงบประมาณกว่าปีละ 2,000 ล้านบาทเพื่อการโฆษณาสุราในสื่อต่างๆ โดยเฉพาะ**สื่อโทรทัศน์** ที่ธุรกิจสุราทุ่มงบประมาณการโฆษณามากกว่าในสื่ออื่นๆ หลายเท่าตัว

รูปที่ 2.19 งบประมาณการโฆษณาของธุรกิจสุราในประเทศไทย



ที่มา : Nielsen Media Research ณ 25 สิงหาคม 2548


เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



2.7 สรุปสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแนวโน้ม

ในส่วนของแนวโน้มของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเห็นว่าแนวโน้มในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในคนไทยไม่ลดลงแต่กลับเพิ่มขึ้น จากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของคนไทยเพิ่มขึ้น จาก 7.85 ลิตรต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2537 เป็น 8.47 ลิตรต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2547 อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าในช่วงปีหลังๆ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยมีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่น้อยกว่าในช่วงปี พ.ศ. 2504-2532 ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า ทั้งนี้เมื่อเทียบแนวโน้มการบริโภคกับประเทศอื่นๆทั่วโลกพบว่าแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยเพิ่มมากขึ้นกว่าประเทศอื่นๆดังจะเห็นได้ว่าอันดับโลกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นและอยู่ในอันดับต้นๆทั้งในภาพรวมและในทุกประเภทของเครื่องดื่มโดยเฉพาะการบริโภคเหล้ากลั่น พบว่า ในปี พ.ศ.2544 คนไทยบริโภคเหล้ากลั่นอยู่ในอันดับ 5 ของโลก ซึ่งขยับขึ้นมาจากอันดับที่ 9 ในปี พ.ศ.2547 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ซึ่งพบว่า ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศปี พ.ศ.2541-2548 มีแนวโน้มสูงขึ้นในเกือบทุกประเภทของเครื่องดื่ม โดยเฉพาะเบียร์โดยปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศทั้งหมดเพิ่มขึ้นจาก 1,728.9 ล้านลิตรต่อปี เป็น 2,099.6 ล้านลิตรต่อปีในปี พ.ศ.2548 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.4 ในเวลา 7 ปี โดยส่วนแบ่งตลาดการจำหน่ายแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศสูงสุดได้แก่เบียร์ ตามด้วยสุราขาว สุราสี และไวน์ตามลำดับ

ในส่วนของแนวโน้มค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี พ.ศ.2524-2547 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 5.15 เท่า ในช่วงปี พ.ศ.2524-2547 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือนเพิ่มขึ้น 3.64 เท่า ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน จึงสรุปว่า คนไทยมีแนวโน้มสิ้นเปลืองไปกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในช่วงเวลา 10 ปีหลัง คือปี พ.ศ.2537-2547 พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.67 เท่า ในขณะที่ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือนเพิ่มขึ้น 1.62 เท่า ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่ใกล้เคียงกัน



เมื่อพิจารณาถึงความชุกของการบริโภคแอลกอฮอล์ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539, 2546, และ 2549 และการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2544 และ พ.ศ.2547 พบว่า สัดส่วนของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก โดยในปี พ.ศ. 2539 มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 31.6 ในปี พ.ศ.2544 คิดเป็นร้อยละ 32.6 และในปี พ.ศ. 2546, 2547, และ 2549 คิดเป็นร้อยละ 34.7, 32.7, และ 31.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าในทุกๆ ปี เพศชายมีสัดส่วนการเป็นผู้ดื่มสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 5 เท่า อย่างไรก็ตามแม้ว่าสัดส่วนของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนักแต่เมื่อพิจารณาถึงแบบแผนการดื่ม จะพบว่า สัดส่วนของผู้ที่ดื่มทุกวันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ.2549

ในส่วนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามช่วงอายุ จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ทั้งในปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ.2549 พบว่า ประชากรที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 25 - 29 ปี มีสัดส่วนของผู้ดื่มสูงสุด ตามมาด้วยกลุ่มที่อายุระหว่าง 15-24 ปี อย่างไรก็ตาม พบว่า แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุระหว่าง 15 -24 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 21.6 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 23.5 ในปี พ.ศ.2547

ในส่วนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายได้และการศึกษา จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปี พ.ศ.2544 และ พ.ศ.2547 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย คือ มีการศึกษาในระดับก่อนประถมศึกษาและประถมศึกษา มีสัดส่วนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบรายปี พบว่าสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรีในปี พ.ศ.2547 มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อยจากปี พ.ศ.2544 ในส่วนของรายได้ พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการดื่มมากที่สุด ซึ่งอาจจะเป็นผลจากราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการแข่งขันด้านราคาของผู้ผลิตรายต่างๆ หรือมีการหันไปบริโภคสุราพื้นบ้าน ซึ่งมีราคาถูกแทน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแนวโน้มยังพบอีกว่าสัดส่วนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีรายได้น้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือนมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 30.4 ในปี พ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 37.2 ในปี พ.ศ.2547



เมื่อพิจารณาอายุที่เริ่มดื่มสุราระหว่างปี พ.ศ.2539-2547 พบว่า ผู้ดื่มสุรามีอายุเริ่มดื่มเฉลี่ยประมาณ 20 ปี โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มดื่มสุราเร็วกว่าเพศหญิง (19 ปี และ 25 ปี ตามลำดับ) แม้ว่าแนวโน้มเฉลี่ยมีค่าไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ในเพศหญิงพบว่า มีแนวโน้มลดลง โดยในเพศหญิงอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่ม ลดลงจาก 26.2 ปี ในปี พ.ศ. 2539 เป็น 25.4 ปี ในปี พ.ศ.2547

ในส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นที่นิยม จากการสำรวจจรรยาบรรณและสวัสดิการปี พ.ศ.2549 และการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2547 พบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด ได้แก่ เบียร์ และ เหล้าขาว ตามลำดับ โดยพบว่าเบียร์มีแนวโน้มของการเป็นเครื่องดื่มที่นิยมดื่มเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลบางชนิด เช่น สถานที่จำหน่าย ความชุกของการดื่มจำแนกตามระดับความเสี่ยง การทราบถึงกฎหมายหรือบทลงโทษเกี่ยวกับการจำหน่ายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ ยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถประเมินแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลกระทบจากมาตรการหรือนโยบายต่างๆ ได้ชัดเจน นอกจากนี้ ข้อมูลบางส่วน เช่น สัดส่วนของผู้ดื่มสุรา แบบแผนการดื่ม ฯลฯ ได้จากการรวบรวมข้อมูลแบบแยกส่วนกันจากหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลหรือการสำรวจที่ใกล้เคียงกันแต่นิยามแบบแผนการสุ่มตัวอย่างและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลมีความแตกต่างกันบ้าง ดังนั้น ตัวเลขข้อมูลที่เก็บจากแต่ละหน่วยงานจึงอาจมีความแตกต่างกันไปบ้าง ทั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและทำการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องต่อไปเพื่อประโยชน์ในการผลักดันนโยบายหรือประเมินนโยบาย มาตรการอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะมีผลให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในที่สุด นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบข้อมูลบางประเภท ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการประเมินนโยบาย มาตรการต่างๆ เกี่ยวกับการลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ช่วงเวลาที่นิยมซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ ซึ่งควรมีการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ให้เป็นระบบต่อไป



บทที่ 3

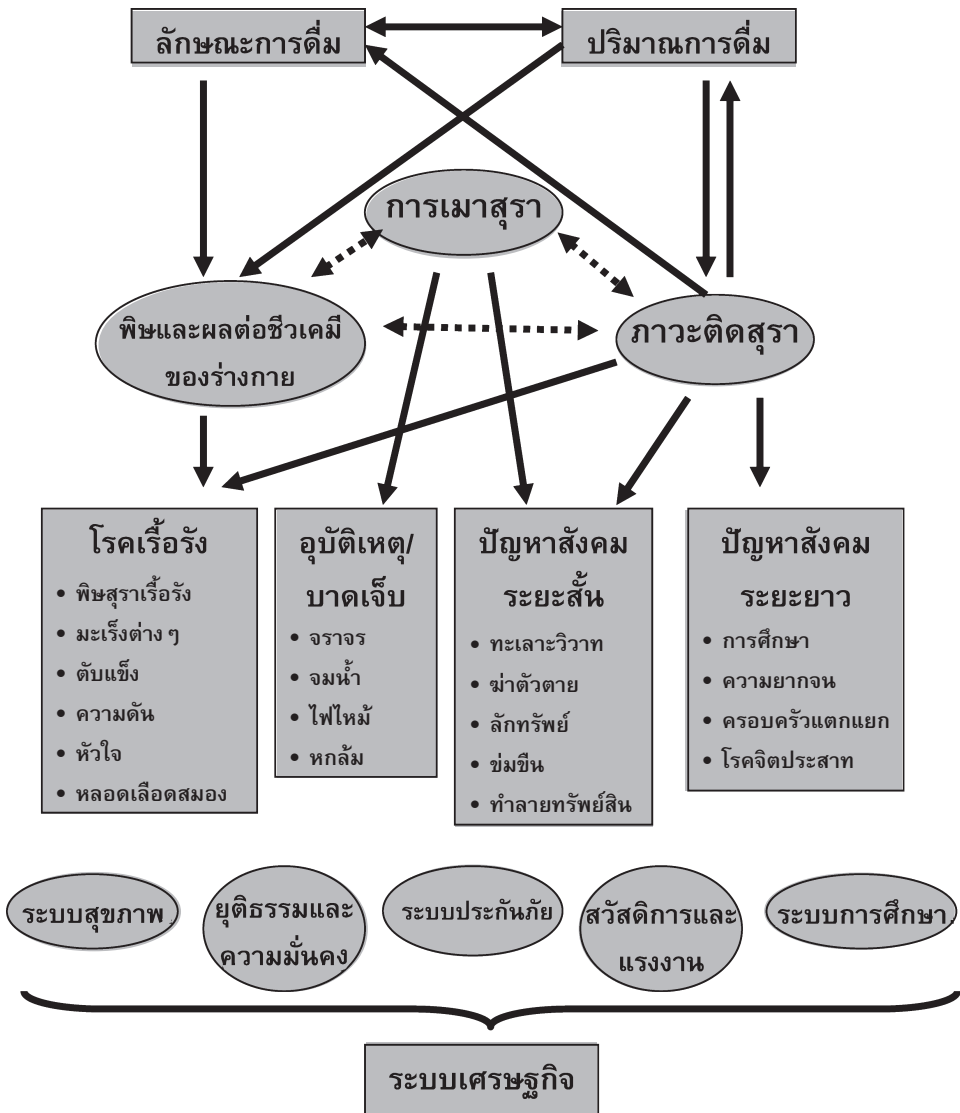
ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

ในบทที่ผ่านมาได้ทบทวนข้อมูลสถิติ และสถานการณ์ด้านอุปสงค์และอุปทานของการบริโภค เครื่องตีแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ในบทนี้จะนำเสนอผลกระทบของการบริโภคเครื่องตีแอลกอฮอล์โดยเน้นที่ความสูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากโครงการวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องตีแอลกอฮอล์ดำเนินการโดยทีมนักวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

โดยภาพรวมของผลกระทบจากการบริโภคเครื่องตีแอลกอฮอล์มีหลากหลาย ตั้งแต่การเมาสุรา การติดสุราและผลจากพิษของแอลกอฮอล์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ ได้แก่ โรคเรื้อรัง (เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคมะเร็งต่างๆ โรคตับแข็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น) อุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ (เช่น อุบัติเหตุจากรถทางบก จมน้ำ ไฟไหม้ และหกล้ม เป็นต้น) ปัญหาสังคมระยะสั้น (เช่น การก่อการทะเลาะวิวาทฆ่าตัวตาย ลักทรัพย์ การข่มขืนกระทำชำเรา อาชญากรรมต่างๆ และการทำลายทรัพย์สิน เป็นต้น) และปัญหาสังคมระยะยาว (เช่น ความยากจน การสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน และครอบครัวแตกแยก เป็นต้น) ซึ่งผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อเนื่องไปยังระบบใหญ่ของประเทศ อันได้แก่ ระบบสุขภาพ ระบบประกันภัย ระบบยุติธรรมและความมั่นคง ระบบสวัสดิการและแรงงาน และระบบการศึกษา นอกจากนี้การตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจเนื่องจากความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วย ดังแสดงในรูปที่ 3.1



รูปที่ 3.1 ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



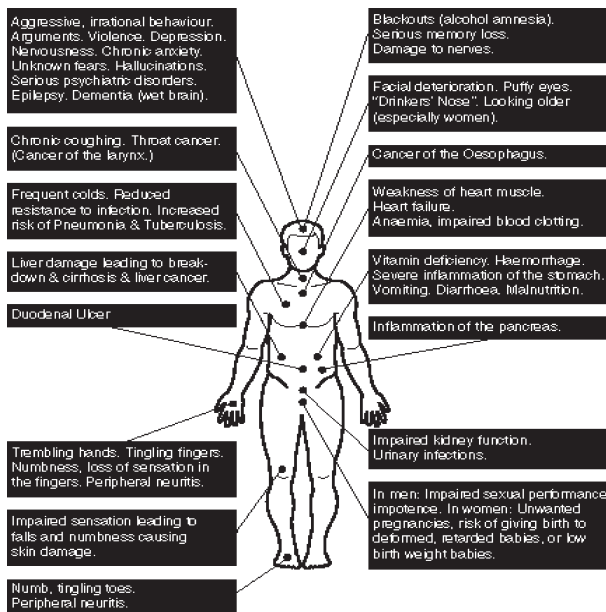
ที่มา : ดัดแปลงมาจาก Babor TF, Caetano R, Casswell S, et al. 2003.

เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

3.1 ผลกระทบทางด้านสุขภาพ

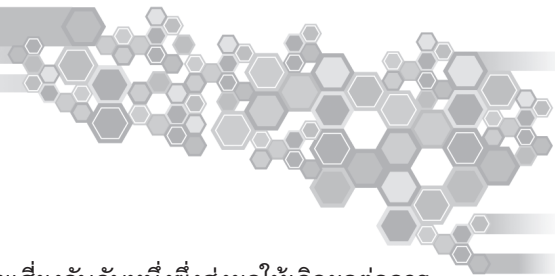
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคมามากกว่า 60 โรค ทั้งที่เกิดจากแอลกอฮอล์โดยตรง เป็นโรคที่ได้รับอิทธิพลจากแอลกอฮอล์ และผลกระทบต่อสุขภาพแบบฉับพลัน ดังแสดงในรูปที่ 3.2

รูปที่ 3.2 ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ



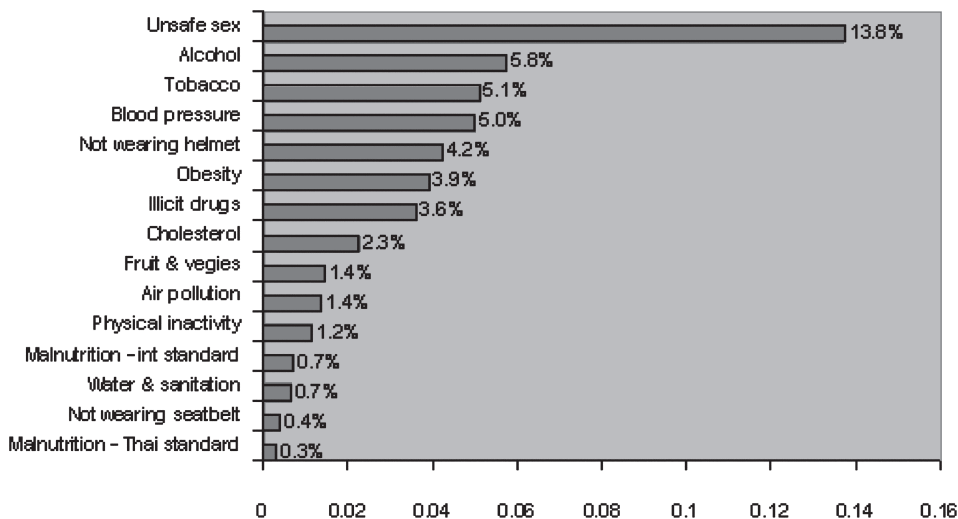
ที่มา : effect of alcohol, accessed from <http://www.orangeusd.k12.ca.us/date/>
(เข้าถึง ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

จากการศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 จัดทำโดยคณะกรรมการโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุข [28] พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโรคต่างๆ การถูกทำร้ายและทำร้ายตนเอง รวมถึงทำให้มีการตาย 1.7 หมื่นราย และสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการเป็น 5.4 แสน DALYs (หรือร้อยละ 5.8 ของทั้งหมด) อย่างไรก็ตาม ผลของการบริโภคแอลกอฮอล์นี้ ยังไม่นับรวมถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่



มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดผลต่อการเกิดโรคติดต่อ HIV และการเกิดโรค AIDS ตามมา ดังนั้น หากคำนวณรวมผลกระทบเหล่านี้เข้ามาด้วยการสูญเสียปีสุขภาวะจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะสูงกว่านี้ขึ้นไปอีก

รูปที่ 3.3 ภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในประเทศไทย



ที่มา : คณะทำงานภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุข, 2547

จากผลการวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์ ใน 43 โรคและ 7 ภาวะ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีมูลค่า 5,623 ล้านบาท ทั้งนี้ เมื่อแยกตามรายละเอียดของบริการและเพศจะได้ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3.1 โดยพบว่าค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในแผนกผู้ป่วยนอกมีค่าใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายจากแผนกผู้ป่วยในคือประมาณร้อยละ 40 ในขณะที่ ค่ารักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บคิดเป็นประมาณร้อยละ 22 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ทั้งหมดทั้งนี้พบว่าโรคก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงสุดในแผนกผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเอดส์ (ประมาณ 715 ล้านบาท), alcohol abuse

(ประมาณ 571 ล้านบาท) โรคลมชัก (ประมาณ 440 ล้านบาท) alcohol dependence (ประมาณ 208 ล้านบาท) และ โรคความดันโลหิตสูง (ประมาณ 203 ล้านบาท) ตามลำดับ โดยโรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงที่สุดในแผนกผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ (ประมาณ 234 ล้านบาท) alcohol dependence (ประมาณ 222 ล้านบาท) โรคตับแข็ง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (ประมาณ 209 ล้านบาท) โรคเอดส์ (150 ล้านบาท) และ โรคตับแข็ง จากแอลกอฮอล์ (133 ล้านบาท) ตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 3.2 และ 3.3)

ตารางที่ 3.1 รายละเอียดต้นทุนจากการรักษาพยาบาล

ประเภทบริการ	เพศ		ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (ล้านบาท)	%
	ชาย	หญิง		
ผู้ป่วยใน (จำนวน admission)	131,338	38,757	2,072	36.85
ผู้ป่วยนอก (จำนวนครั้ง)	2,646,630	332,147	2,299	40.89
การบาดเจ็บ (จำนวนครั้ง)	172,087	66,531	1,252	22.26
รวม	2,950,105	437,435	5,623	100

ตารางที่ 3.2 แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมที่ใช้ในการรักษาโรคที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์

ลำดับที่	โรค	ค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้ง OPD และ IPD (บาท)		ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)
		ชาย	หญิง	
1	เอดส์	787,909,834	76,770,380	864,680,214
2	พิษสุราเรื้อรัง	523,845,679	50,892,645	574,738,324
3	ลมชัก	338,731,972	198,028,023	536,759,995
4	ติดยา	400,675,263	29,311,538	429,986,801
5	ความดันโลหิตสูง	168,091,699	162,302,283	330,393,982
6	ตับแข็ง ไม่ทราบสาเหตุ	235,661,710	30,833,491	266,495,201
7	มะเร็งตับ	205,749,880	29,507,331	235,257,211
8	ตับแข็งจากสุรา	107,415,944	36,967,380	144,383,324

ตารางที่ 3.2 แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมที่ใช้ในการรักษาโรคที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ลำดับที่	โรค	ค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้ง OPD และ IPD (บาท)		ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)
		ชาย	หญิง	
9	Supra Ventricular Cardiac arrhythmia	87,414,685	50,546,621	137,961,306
10	มะเร็งปอด	112,474,501	24,713,516	137,188,017
11	มะเร็งริมฝีปาก	79,845,387	23,685,042	103,530,429
12	หลอดเลือด	72,287,519	8,724,078	81,011,597
	ในหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง			
13	มะเร็งกระเพาะอาหาร	62,340,967	9,216,915	71,557,882
14	มะเร็งหลอดอาหาร	56,462,766	8,146,257	64,609,023
15	มะเร็งลำไส้	43,779,532	19,622,572	63,402,104
16	หลอดเลือดสมองแตก*	62,404,509	-	62,404,509
17	กระเพาะอาหารอักเสบจากสุรา	42,104,400	7,283,685	49,388,085
18	มะเร็งกล่องเสียง	40,367,239	3,010,768	43,378,007
19	ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน	34,014,923	3,497,673	37,512,596
20	มะเร็งเต้านม	-	31,309,324	31,309,324
21	ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง	19,723,670	7,760,133	27,483,803
22	แท้งบุตร	-	26,459,473	26,459,473
23	ทารกน้ำหนักตัวน้อย*	16,486,923	-	16,486,923
24	สะกิดเงิน	8,172,293	2,674,207	10,846,500
25	ตกเลือดก่อนคลอด	-	5,278,226	5,278,226
26	มะเร็งรังไข่	-	4,502,377	4,502,377
27	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	3,938,397	696	3,939,093
28	มะเร็งตับอ่อน*	3,030,954	-	3,030,954
29	โรคจิตจากสุรา	2,171,932	371,906	2,543,838
30	พิษสุราชนิดฉับพลัน	134,615	1,480,763	1,615,378
31	กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ	916,317	183,264	1,099,581

ตารางที่ 3.2 แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมที่ใช้ในการรักษาโรคที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ลำดับที่	โรค	ค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้ง OPD และ IPD (บาท)		ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)
		ชาย	หญิง	
32	พิษจาก Ethanol	805,440	132,349	937,789
33	พิษจาก Methanol	216,848	650,545	867,393
34	เส้นประสาทตีบปกติ	615,653	227,979	843,632
35	โรคสมอง Alzheimer *	-	-	-
36	นิ้วในท่อน้ำดี*	-	-	-
37	เบาหวาน*	-	-	-
38	มะเร็งเยื่อหุ้มดลูก*	-	-	-
39	โรคหัวใจขาดเลือด*	-	-	-
40	โรคสมองขาดเลือด*	-	-	-
41	แผลในทางเดินอาหาร*	-	-	-
42	มะเร็งไต*	-	-	-
43	เลือดออกในหลอดอาหาร และประเพระอาหาร ¹	-	-	-
44	วัณโรค ²	-	-	-
45	ปอดบวม ²	-	-	-
46	หัวใจวาย ²	-	-	-
ค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมด		3,517,791,451	854,091,438	4,371,882,889

* ค่า Alcohol Attributable Fractions (AAFs) มีค่าเป็นลบ

- 1 ไม่พบค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน, ไม่พบจำนวนผู้ป่วยในส่วนของผู้ป่วยใน
- 2 ไม่พบค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risks) ของการเกิดโรคที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



ตารางที่ 3.3 แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมที่ใช้ในการรักษาภาวะการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์

ลำดับที่	ภาวะการบาดเจ็บ	ค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้ง OPD และ IPD (บาท)		ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)
		ชาย	หญิง	
1	อุบัติเหตุจรรยาจร	908,849,690	317,256,834	1,226,106,524
2	จมน้ำ	3,075	343	3,418
3	ฆ่าตัวตาย	6,836,654	12,441,751	19,278,405
4	ทำร้ายผู้อื่น	1,598,460	513,538	2,111,998
5	อุบัติเหตุเครื่องจักรกล	894,573	277,474	1,172,047
6	สุราเป็นพิษ	1,175,292	412,415	1,587,707
7	พิษ Ethanol	546,584	760,063	1,306,647
ค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมด		919,904,328	331,662,418	1,251,566,746

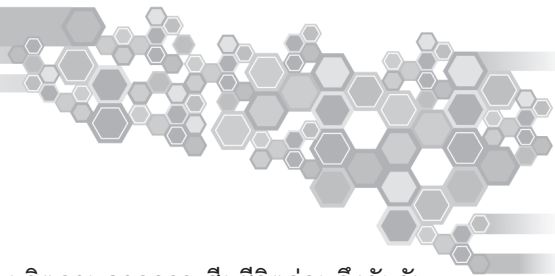
3.2 ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพ (Cost of productivity loss)

ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพ (Cost of productivity loss) ประกอบด้วยต้นทุนย่อย 2 ชนิด ได้แก่ (1) ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร (Premature death) และ (2) ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงาน (Absenteeism) และการขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน (Presenteeism)

ในส่วนของต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร (Premature death) นั้นคำนวณโดย วิธีทุนมนุษย์ (Human capital approach) และจากการวิเคราะห์เบื้องต้น ต้นใน 27 โรค (รวมถึงอุบัติเหตุจรรยาจรทางบก) พบว่าในปี 2549 มีผู้ที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น 38,868 คน จำแนกเป็นเพศชาย 33,887 คน และเพศหญิง 4,981 คน คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทั้งสิ้น 128,365 ล้านบาท เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ต้นทุนที่เกิดขึ้นในเพศชายมีค่า 113,448 ล้านบาท ซึ่งมีค่ามากกว่าในเพศหญิง ซึ่งมีค่า 14,917 ล้านบาท (ตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4 จำนวนการเสียชีวิตและต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควรจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี 2549 จำแนกตามโรค

	โรค	ชาย		หญิง	
		คน	ล้านบาท	คน	ล้านบาท
1	มะเร็งริมฝีปาก	788	1,908	162	288
2	มะเร็งหลอดอาหาร	384	809	38	63
3	มะเร็งกระเพาะอาหาร	525	1,067	61	172
4	มะเร็งลำไส้	226	512	82	184
5	มะเร็งตับอ่อน	43	84	-	0
6	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	4	9	0	0
7	มะเร็งรังไข่	-	0	16	49
8	มะเร็งเยื่อหุ้มดลูก	-	0	-	0
9	มะเร็งตับ	5,953	15,143	868	1,912
10	มะเร็งปอด	1,658	3,430	289	620
11	มะเร็งเต้านม	-	0	139	441
12	เบาหวาน	-	0	-	0
13	โรคสมอง Alzheimer	-	0	-	0
14	ภาวะติดสุรา	939	2,788	111	150
15	ลมชัก	411	1,563	42	165
16	ความดันโลหิตสูง	106	210	142	203
17	โรคหัวใจขาดเลือด	-	0	-	0
18	โรคสมองขาดเลือด	0.3	1	-	0
19	เส้นเลือดในสมองแตก	328	707	-	0
20	แผลในกระเพาะอาหาร	-	0	-	0
21	ตับแข็ง	5,094	15,837	582	1,591
22	แท้งบุตร	-	0	7	30
23	ตกเลือดก่อนคลอด	-	0	2	10
24	ทารกน้ำหนักตัวน้อย	-	0	-	0
25	โรคสะกิดเงิน	184	359	96	138
26	โรคเอดส์	9,254	38,632	638	2,812
27	อุบัติเหตุจรรยาจรทางบก	8,086	30,387	1,704	6,087
	รวม	33,887	113,448	4,981	14,917
รวม 38, 868 คน คิดเป็นมูลค่าทั้งสิ้น 128, 365 ล้านบาท					



เมื่อพิจารณาถึงโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควรสูงสุด 5 อันดับแรก ในเพศชายได้แก่ โรคเอดส์ (ประมาณ 39,000 ล้านบาท) อุบัติเหตุจลาจลทางบก (ประมาณ 30,000 ล้านบาท) โรคตับแข็ง (ประมาณ 16,000 ล้านบาท) โรคมะเร็งตับ (ประมาณ 15,000 ล้านบาท) และโรคมะเร็งปอด (ประมาณ 3,400 ล้านบาท) ตามลำดับ ในขณะที่โรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควรสูงสุด 5 อันดับแรก ในเพศหญิงได้แก่ อุบัติเหตุจลาจลทางบก (ประมาณ 6,000 ล้านบาท) โรคเอดส์ (ประมาณ 2,800 ล้านบาท) โรคมะเร็งตับ (ประมาณ 1,900 ล้านบาท) โรคตับแข็ง (ประมาณ 1,600 ล้านบาท) และโรคมะเร็งปอด (ประมาณ 600 ล้านบาท) ตามลำดับ

สำหรับต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงาน (Absenteeism) และการขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน (Presenteeism) พบว่า ร้อยละของการขาดงาน ร้อยละของการสูญเสียประสิทธิภาพในขณะทำงาน และร้อยละของการสูญเสียผลิตภาพการทำงานโดยรวมจากปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสถานะของการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของการขาดงาน พบว่า ผู้ที่เคยดื่ม กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำจากการดื่ม และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากจากการดื่ม มีการขาดงานมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มคิดเป็นร้อยละ 1.9 ร้อยละ 0.9 และร้อยละ 2.1 ตามลำดับ ในส่วนของการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน พบว่า ผู้ที่เคยดื่ม และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากจากการดื่ม มีการสูญเสียประสิทธิภาพขณะทำงานมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มคิดเป็นร้อยละ 4.2 และร้อยละ 4.9 ตามลำดับ สำหรับในส่วนของการสูญเสียผลิตภาพ การทำงานโดยรวมพบว่า กลุ่มที่เคยดื่ม กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำจากการดื่ม และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากจากการดื่ม มีการสูญเสียผลิตภาพการทำงานโดยรวมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม คิดเป็นร้อยละ 5.6 ร้อยละ 1.7 และ 6.3 ตามลำดับ

ทั้งนี้เมื่อนำข้อมูลร้อยละของการสูญเสียผลิตภาพจากการทำงานโดยรวมเนื่องจากปัญหาสุขภาพ ที่แสดงในตารางที่ 3.4 มาทำการประเมินต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพโดยรวมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยพบว่าต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการทำงานโดยรวมทั้งจากการขาดงานและการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดประสิทธิภาพขณะทำงานที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมูลค่าทั้งสิ้น 62,638 ล้านบาท

3.3 ต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ

สำหรับการประเมินต้นทุนจากการดำเนินคดีความโดยตำรวจนั้น จากการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่า จำนวนคดีที่รับแจ้ง (เฉพาะคดีชีวิต ร่างกายและเพศ และ คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์) ทั่วราชอาณาจักร ในปี 2549 มีจำนวนทั้งสิ้น 119,869 คดีดังรายละเอียดในตารางที่ 3.5 โดยจำนวนคดีที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์คิดเป็น 15,878 คดี และจากการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของดำเนินคดีโดยตำรวจ พบว่า มีค่าเท่ากับ 5,708 บาทต่อคดี (ยังมีได้รวมต้นทุนค่าเสียหายโอกาสที่ดิน และทั้งนี้คิดว่าค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 25% ที่เกิดขึ้นที่สถานีตำรวจเกี่ยวข้องกับ การดำเนินคดี) เมื่อนำมาคิดเป็นมูลค่าต้นทุนทั้งหมดมีมูลค่าเท่ากับ 90,631,624 บาท

ตารางที่ 3.5 จำนวนคดีที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ที่รับแจ้งในปี 2549

ประเภทคดี	จำนวนคดีรับแจ้ง	จำนวนคดีที่มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์ที่รับแจ้ง
คดีชีวิต ร่างกายและเพศ	43,831	13,588
คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์	76,307	2,290
รวม	120,138	15,878

สำหรับการประเมินต้นทุนจากการฟ้องร้องคดีความนั้น จากการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่า จำนวนคดีที่พิจารณาเสร็จในปี 2549 นั้นมีจำนวน 21,493 คดีที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.6 และจากการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการฟ้องร้องคดีความพบว่า มีค่าเท่ากับ 3,772 บาท/ คดี (ยังมีได้รวมต้นทุนที่เกิดขึ้นในส่วนของอัยการ และ ค่าเสียหายโอกาสที่ดิน) เมื่อนำมาคิดมูลค่าต้นทุนทั้งหมดได้เท่ากับ 81,071,596 บาท


ตารางที่ 3.6 จำนวนคดีที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ที่พิจารณาเสร็จในปี 2549 และต้นทุน

ประเภทคดี	จำนวนคดีที่พิจารณาเสร็จ	จำนวนคดีที่มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์	คิดเป็นต้นทุน (บาท)
ความผิดต่อเจ้าพนักงาน	3,320	754	2,844,088
ความผิดต่อเจ้าพนักงานในการยุติธรรม	1,796	408	1,538,976
ความผิดเกี่ยวกับการก่อให้เกิดเพลิงไหม้	367	10	37,720
ความผิดเกี่ยวกับการก่อให้เกิดเพลิงไหม้โดยประมาท	156	5	18,860



ตารางที่ 3.6 จำนวนคดีที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ที่พิจารณาเสร็จในปี 2549 และต้นทุน (ต่อ)

ประเภทคดี	จำนวนคดีที่พิจารณาเสร็จ	จำนวนคดีที่มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์	คิดเป็นต้นทุน (บาท)
ความผิดเกี่ยวกับเพศ			
• ความผิดเกี่ยวกับการข่มขืนกระทำชำเรา	2,286	241	909,052
• ความผิดเกี่ยวกับการกระทำชำเราเด็กหญิงอายุไม่เกิน 15 ปี	2,401	253	954,316
• ความผิดที่เกี่ยวข้องกับการข่มขืนกระทำชำเรา	817	86	324,392
• ความผิดเกี่ยวกับการอนาจาร*	3,466	1,207	4,552,804
ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย			
• ความผิดต่อชีวิต*	8,807	1,832	6,910,304
• ความผิดต่อชีวิต ประมาท*	6,042	1,257	4,741,404
• ความผิดต่อร่างกาย	21,327	4,437	16,736,364
• ความผิดต่อร่างกาย ประมาท	4,609	959	3,617,348
ความผิดฐานหมิ่นประมาท	2,461	197	743,084
ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน			
• ความผิดฐานลักทรัพย์	29,034	465	1,753,980
• ความผิดฐานฉ้อโกงทรัพย์สิน	2,986	150	565,800
• ความผิดที่เกี่ยวข้องกับการลักทรัพย์, ฉ้อโกงทรัพย์สิน*	2,260	37	139,564
ความผิดฐานกรรโชก, ริดเอาทรัพย์สิน, ชิงทรัพย์ และปล้นทรัพย์			
• ความผิดฐานกรรโชก	333	5	18,860
• ความผิดฐานริดเอาทรัพย์สิน	33	1	3,772
• ความผิดฐานชิงทรัพย์	1,792	90	339,480
• ความผิดฐานปล้นทรัพย์	1,567	21	79,212
• ความผิดที่เกี่ยวข้องกับการชิงทรัพย์, ปล้นทรัพย์*	505	7	26,404
ความผิดฐานทำให้เสียทรัพย์สิน	3,732	2,206	8,321,032
ความผิดฐานบุกรุก	8,792	1,416	5,341,152
ความผิดตามประมวลกฎหมายอื่น			
พ.ร.บ.สุรา	967	967	3,647,524
พ.ร.บ. จราจรทางบก	74,684	4,482	16,906,104
รวม	184,540	21,493	81,071,596



ดังนั้นต้นทุนรวมในส่วนของ การฟ้องร้องคดีความและการบังคับใช้กฎหมาย จากการประเมิน
ในเบื้องต้น จึงคิดเป็นมูลค่ารวมทั้งสิ้น 171 ล้านบาท

3.4 ต้นทุนจากทรัพย์สินที่เสียหาย

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า สัดส่วนของอุบัติเหตุจรรยาจรซึ่งมีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ ซึ่ง
คำนวณได้จาก สถิติคดีอุบัติเหตุจรรยาจรทางบกที่วราขอาณาจักร ศูนย์เทคโนโลยีสาร-
สนเทศกลาง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ คิดเป็น 7.645% ของอุบัติเหตุจรรยาจรทั้งสิ้น ใน
ส่วนของมูลค่าทรัพย์สินที่เสียหายจากอุบัติเหตุจรรยาจรทั้งหมด ในปี 2549 ซึ่งได้จากข้อมูลสรุป
ความเสียหายจากการรับประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจ ปี 2549 (กรมการประกันภัย) พบ
ว่ามีมูลค่าทั้งสิ้น 10,195, 000,000 บาท จากข้อมูลเบื้องต้น จึงทำให้ต้นทุนทรัพย์สินเสีย
หายจากอุบัติเหตุจรรยาจรที่ประเมินได้ในเบื้องต้นมีมูลค่าประมาณ 779,000,000 บาท

3.5 อภิปราย

จากการทบทวนการศึกษาของโครงการศึกษาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของการ
บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระบุว่าต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภค
แอลกอฮอล์ ในปี 2549 มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 197,576 ล้านบาท ดังรายละเอียดในตารางที่
3.7 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร มี
สัดส่วนสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาได้แก่ ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการ
ขาดงานและการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน และต้นทุนในการรักษาพยาบาล
สำหรับต้นทุนจากทรัพย์สินที่เสียหายและต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดี
ความมีสัดส่วนที่น้อยมาก คือน้อยกว่าร้อยละ 1 ของต้นทุนโดยรวม



ตารางที่ 3.7 ต้นทุนโดยรวมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ชนิดของต้นทุน	มูลค่า* (ล้านบาท)	ร้อยละ
ต้นทุนในการรักษาพยาบาล	5,623	2.8
ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร	128,365	65.0
ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานและการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน	62,638	31.7
ต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ	171	0.1
ต้นทุนจากทรัพย์สินที่เสียหาย	779	0.4
รวม	197,576	100

ในปี 2549 รัฐบาลจัดเก็บภาษีจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทั้งสิ้น 72,871 ล้านบาท ในขณะที่ผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีมูลค่าประมาณ 197,576 ล้านบาท ดังนั้นรัฐบาลจำเป็นต้องหามาตรการในการลดผลกระทบเชิงลบต่อสังคมเพื่อสร้างสมดุลระหว่างรายรับของรัฐเพื่อการจัดสวัสดิการแก่สังคมและผลกระทบเชิงลบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



บทที่ 4

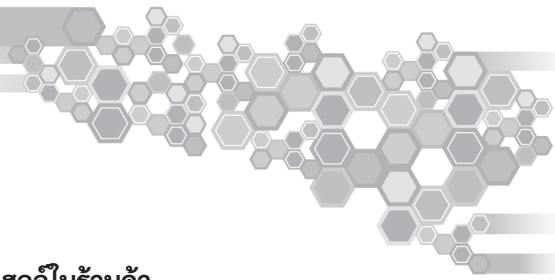
ประเภทของนโยบายและองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

จากบทที่ผ่านมาทำให้ทราบสถานการณ์ด้านอุปสงค์ อุปทาน และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบทนี้จะกล่าวถึงประเภทของนโยบายที่ใช้สำหรับการป้องกันและควบคุมผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งที่ใช้อยู่ในต่างประเทศและที่ดำเนินการในประเทศไทย รวมถึงจำแนกประเภทขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการผลักดันและสนับสนุนนโยบายดังกล่าว

4.1 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับนานาชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่ามีความหลากหลายสำหรับนโยบายในการควบคุมผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 8 กลุ่มใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) การควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านค้า (Restriction on off-premise retail sale)
- 2) การจำกัดอายุในการซื้อหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Age requirements for purchase and consumption of alcoholic beverages)
- 3) การผูกขาดและการออกใบอนุญาต (State monopolies and licensing systems)
- 4) ระบบภาษีและการควบคุมราคา (Taxation and pricing mechanism)
- 5) การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย (Advertising bans)
- 6) การควบคุมพฤติกรรม/ปัญหาจากผู้ดื่มแอลกอฮอล์ (problem oriented policies)
- 7) การให้ความรู้ (Education)
- 8) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจากแอลกอฮอล์ (Treatments and rehabilitation)



4.1.1 การควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านค้า


นโยบายการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านค้า ได้แก่ การจำกัดวันจำหน่าย การจำกัดเวลาจำหน่าย การจำกัดสถานที่จำหน่าย และการจำกัด ความหนาแน่นของร้านที่จำหน่าย ทั้งนี้ได้มีการศึกษาถึงผลกระทบของนโยบายควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เหล่านี้พบว่าส่งผลกระทบต่อปริมาณการขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ [29] เช่น จำนวนร้านค้าและสถานที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บริโภค เนื่องจากกระยะทางในการเดินทางที่ไกลขึ้นและราคาที่เพิ่มขึ้นจากการเดินทางไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [30] หรือมีการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของตำแหน่งและความหนาแน่นของร้านค้าแอลกอฮอล์ปลึ่กบางตำแหน่งกับปัญหาที่เกิดจากแอลกอฮอล์ เช่น อัตราการเกิดความรุนแรงและปัญหาจากการขบขี้ยานพาหนะกับสถานที่และความหนาแน่นของร้านค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [31]

จากการสำรวจประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปัจจุบันมีประเทศแอลจีเรีย แอฟริกากลาง นามิเบีย ซิลี คอสตาริกา ไชล์แลนด์ สเปน สวีเดน ตุรกี อินเดีย และอินโดนีเซีย ที่ควบคุมทั้ง วัน เวลา สถานที่และความหนาแน่นของร้านค้าที่จำหน่ายแอลกอฮอล์ ในขณะที่บางประเทศเลือกใช้เฉพาะบางมาตรการ เช่น ประเทศฝรั่งเศสและเยอรมันงดการขายแอลกอฮอล์ในสถานบริการน้ำมันบนทางด่วนระหว่าง 22.00 น. ถึง 6.00 น.หรือประเทศไทยงดจำหน่ายแอลกอฮอล์ในวันสำคัญทางศาสนาและวันเลือกตั้ง [32]

เป็นที่น่าสังเกตว่านโยบายการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านค้านี้จะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยการนำมาบังคับใช้และกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ

4.1.2 การจำกัดอายุในการซื้อหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การจำกัดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือบริโภคแอลกอฮอล์ทำให้เยาวชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ยากขึ้น มีการสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงวัยรุ่นมีโอกาสประสบอุบัติเหตุจากรวมกว่าผู้ที่ดื่มในช่วงอายุที่มากขึ้น [33] อย่างไรก็ตามอายุขั้นต่ำที่ควรจำกัดการซื้อหรือบริโภคแอลกอฮอล์นั้นยังแตกต่างกันในแต่ละประเทศซึ่งขึ้นกับชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสถานที่จำหน่าย



มีการศึกษาจำนวนมากระบุว่า การจำกัดอายุที่ต่ำลงจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุนั้นๆ ในทางตรงกันข้าม หากจำกัดอายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ลดอุบัติเหตุในประชากรกลุ่มดังกล่าวลง [17, 34, 35] จากการสำรวจประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกพบว่า การจำกัดอายุขั้นต่ำในการซื้อและบริโภคแอลกอฮอล์สูงสุดอยู่ที่ 21 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา อินโดนีเซีย สหพันธรัฐไมโครนีเซียและสาธารณรัฐปาเลา สำหรับประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก ส่วนใหญ่ (ประมาณครึ่งหนึ่งของประเทศทั้งหมด) จำกัดที่อายุ 17 หรือ 18 ปี รองลงมาได้แก่จำกัดที่อายุ 19 ปี และประมาณหนึ่งในสี่ของประเทศเหล่านี้ไม่มีการจำกัดอายุในการซื้อหรือบริโภคแอลกอฮอล์ [32]

อย่างไรก็ตามเช่นเดียวกับมาตรการอื่นๆ การจำกัดอายุควรมีนโยบายในการควบคุมที่ชัดเจนและเข้มงวด พบว่ามาตรการนี้ต้องใช้ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายซึ่งจะส่งผลให้ลดยอดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญ [36]

4.1.3 ระบบการผูกขาดและการออกใบอนุญาต

ระบบการผูกขาดหมายถึงการที่รัฐเป็นเพียงผู้เดียวที่สามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านค้าปลีก ส่วนระบบกึ่งผูกขาด เช่น การกำหนดให้มีใบอนุญาตในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านค้าปลีก ซึ่งอาจมีการกำหนดโดยผู้ที่สามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้นั้นต้องไม่มีประวัติอาชญากรรมไม่เคยก่อความรำคาญแก่ผู้อื่น เป็นต้น รัฐสามารถระงับหรือยึดใบอนุญาตได้ในกรณีที่เกิดการฝ่าฝืนกฎหมายมีการศึกษาพบว่า การผูกขาดหรือกึ่งผูกขาดในกระบวนการผลิต การขายส่งและ/หรือการขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อปริมาณการจำหน่ายที่ลดลง เนื่องจากผู้บริโภคเข้าถึงสินค้าได้ยากขึ้น

จากการศึกษา [17] พบว่าประเทศที่มีการผูกขาดทางการค้าจะมีการดื่มที่ลดลงและปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงด้วยส่วนการกำหนดให้มีใบอนุญาตในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นจำเป็นต้องอาศัยนโยบายที่มีความต่อเนื่องและมีการตรวจสอบร้านค้าอย่างสม่ำเสมอจึงจะเกิดผลสำเร็จสูงสุด นอกจากนี้ อาจมีการเก็บค่าธรรมเนียมในการออกใบอนุญาตเพื่อให้เกิดเงินทุนที่จะนำไปใช้ในการดำเนินการในกรณีที่บางประเทศไม่สามารถมีการผูกขาดทางการค้าเนื่องจากการเมืองของประเทศ การกำหนดให้มีใบอนุญาตในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการลดอันตรายที่เกิดจากแอลกอฮอล์




การสำรวจประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 15 ของประเทศสมาชิกมีการผูกขาดในการขายเบียร์ไวน์และสุรากลั่นประเทศในกลุ่มกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อีก 15 มีระบบการผูกขาด ร้อยละ 80 มีการกำหนดการออกใบอนุญาตเพื่อการจำหน่าย และร้อยละ 5 ไม่มีการผูกขาด ประเทศที่ใช้มาตรการนี้อย่างครอบคลุม กล่าวคือมีการผูกขาดในกระบวนการผลิต การขายส่งและขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ประเทศมาลาวี มอริเชียส บอสเนียและเฮอร์เซโกวีนา กัมพูชา ไมโครนีเซีย มองโกเลีย [32]

4.1.4 ระบบภาษีและการควบคุมราคา

Babor และคณะรายงานว่า การเพิ่มภาษีและราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับการลดลงของการบริโภคและปัญหาที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [17] จากการศึกษาความคุ้มค่าด้านต้นทุน-ประสิทธิภาพในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยนักวิจัยผู้มีชื่อเสียงระดับโลกพบว่านโยบายด้านอัตราภาษีและการควบคุมราคามีความคุ้มค่ามากที่สุด กล่าวคือใช้ทรัพยากรน้อยในการลดการบริโภคและปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [37]

อย่างไรก็ตามนโยบายด้านภาษีมักถูกนำมาใช้ด้วยความเข้าใจผิดว่าเป็นเครื่องมือในการเพิ่มรายได้ให้รัฐบาล มีน้อยประเทศที่แสดงออกอย่างชัดเจนและกำหนดใช้นโยบายอย่างถูกต้องสำหรับการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังเช่นในประเทศสวีเดน จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าประเทศจอร์แดนกำหนดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดที่ร้อยละ 200 ทั้งเบียร์ ไวน์ และสุรากลั่น สำหรับ 60 ประเทศที่ตอบแบบสำรวจขององค์การอนามัยโลกมีการเรียกเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยของเบียร์ ร้อยละ 23.6 (ค่าแปรปรวนที่ 26.1) ไวน์ร้อยละ 22.7 (ค่าแปรปรวนที่ 28.1) และสุรากลั่นร้อยละ 41.2 (ค่าแปรปรวนที่ 27.8) ประเทศส่วนใหญ่มักเรียกเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นำเข้าจากต่างประเทศในอัตราที่สูงกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศอย่างไรก็ตามในภาวะปัจจุบันนโยบายการค้าเสรีทำกลับให้กำแพงภาษีถูกลดลง ส่งผลให้แอลกอฮอล์นำเข้าในหลายประเทศมีราคาลดลง



การที่จะใช้นโยบายทางภาษีสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นรัฐบาลจำเป็นต้องมีกลไกที่สามารถควบคุมตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะการเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจส่งผลให้เกิดการลักลอบนำเข้าหรือผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างผิดกฎหมาย ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายจึงต้องพิจารณาจุดสมดุลด้านอัตราภาษีที่ช่วยให้ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะเดียวกันไม่ทำให้เกิดปัญหาการลักลอบการผลิตและนำเข้า

4.1.5 มาตรการควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย

ทั้งที่ยังไม่มีหลักฐานที่ยืนยันว่าการปรับทัศนคติในแง่บวกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้การดื่มมากขึ้น การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันเน้นถึงภาพลักษณ์ของความต้องทางสังคม สร้างทัศนคติที่ดีต่อการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่และเพิ่มการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่เคยดื่มอยู่แล้ว นอกจากนี้การตลาดของบริษัทผู้ผลิตแอลกอฮอล์อีกรูปแบบหนึ่งคือ การสนับสนุนกีฬาหรืองานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน เช่น การแข่งขันฟุตบอล บาสเก็ตบอล คอนเสิร์ต เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขายคือเพื่อป้องกันการเกิดนักดื่มหน้าใหม่จากโฆษณาเหล่านี้ การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขายเป็นการควบคุมผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ แผ่นป้ายโฆษณา รวมถึงการมีคำเตือนในโฆษณาหลายการศึกษาแสดงผลว่าการจำกัดหรือลดโฆษณามีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ [29, 38] สาเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้มาตรการควบคุมการโฆษณาไม่มีผลต่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่าที่ควรในทางปฏิบัติ เนื่องจากมาตรการนี้ยังไม่ได้ควบคุมการโฆษณาอย่างแท้จริงโดยสิ้นเชิง (Total Ban) ยังคงพบเห็นโฆษณาแฝงของเครื่องดื่มสุราในสื่อต่างๆ จากการศึกษาของ Saffer H. and Dave D. ในปี 1997 ระบุว่า การห้ามการโฆษณาโดยสิ้นเชิงจะส่งผลให้การบริโภคต่อสัปดาห์ของเยาวชนลดลงจากร้อยละ 25 เหลือร้อยละ 21 และการดื่มแบบเม้าท์รอน้ำ (Binge Drinking) ลดลงจากร้อยละ 12 เหลือร้อยละ 7

ด้านการศึกษาถึงความคุ้มค่าของต้นทุน-ประสิทธิภาพในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าประเทศในกลุ่ม เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมถึงประเทศไทยนั้น มาตรการควบคุมโฆษณาเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด [37] ดังนั้นการควบคุม



และจำกัดการโฆษณาและส่งเสริมการขายจึงควรเป็นหนึ่งในนโยบายสำหรับการควบคุม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกลุ่มเป้าหมายคือเยาวชน

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกระบุว่าประเทศที่มีมาตรการจำกัดการโฆษณาผ่าน สื่อทางโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ แผ่นป้ายโฆษณา ได้แก่ ประเทศแอลจีเรีย อิหร่าน นอร์เวย์ อินเดีย และอินโดนีเซีย ประเทศที่มีการควบคุมการส่งเสริมการขายผ่านการเป็นผู้สนับสนุนใน กีฬาหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับเยาวชน ได้แก่ ประเทศแอลจีเรีย เอริเทรีย มอริเชียส คอสตาริกา กัวเตมาลา อิหร่าน นอร์เวย์ รัสเซีย อินเดีย อินโดนีเซียและเนปาล [32]

4.1.6 นโยบายเฉพาะเพื่อควบคุมพฤติกรรม/ปัญหาจากผู้ดื่มแอลกอฮอล์

นโยบายนี้มีเป้าหมายคือเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ทำอันตรายผู้อื่น นโยบายที่สำคัญ ได้แก่ การห้ามขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมามากกับการลงโทษด้วยการจับกุมคุมขังปรับและยึด ทรัพย์สิน การเพิกถอนสิทธิขับรถเมื่อเกิดปัญหา มีรายงานการศึกษาพบว่านโยบายในกลุ่ม นี้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดได้แก่ การเพิกถอนสิทธิขับรถ [17] โดยใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol Concentration; BAC) เป็นเกณฑ์ ซึ่งทำการวิเคราะห์ที่ได้ด้วยการตรวจ หายใจหรือเจาะเลือด

มาตรการห้ามการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมามากสามารถลดจำนวนอุบัติเหตุ การบาดเจ็บและ ความพิการที่เกิดจากการขับรถขณะมีเมามาก ส่งผลให้จำนวนการขับขี่ยานพาหนะขณะ มีเมามากลดลงและอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์ลดลงอย่างไรก็ตามการบังคับ ใช้กฎหมายนี้ต้องทำร่วมกับการสุ่มตรวจจสอบในท้องถนนให้มากพอ [38] ส่วนปัญหาการขับขี ยานพาหนะขณะมีเมามากในนักดื่มอายุน้อย ได้มีการนำเอาวิธีที่เรียกว่า “zero tolerance” กล่าวคือกำหนดให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดในกลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะอายุน้อยเท่ากับศูนย์ หรือมียอมให้มีการดื่มแอลกอฮอล์เลยในผู้ขับขี่ยานพาหนะนี้ จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่ามาตรการ zero tolerance นี้ส่งผลลดอัตราการเสียชีวิต การเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ และลดจำนวนผู้ขับขี่ยานพาหนะอายุน้อยที่มีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด [17]

การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตามกฎหมายในแต่ละประเทศขึ้นกับปัจจัยเสี่ยง ความ ปลอดภัยของสาธารณะและการยอมรับจากประชาชน จากการสำรวจประเทศสมาชิกของ



องค์การอนามัยโลกพบว่า ระดับที่กำหนดต่ำสุดได้แก่ร้อยละ 0 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และ สูงที่สุดคือร้อยละ 80 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

4.1.7 การให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจุบันการให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในนโยบายการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้มากในหลายประเทศโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความรู้เรื่องความเสี่ยงและลดความเสี่ยงที่เกิดจากนิสัยการดื่ม ตัวอย่างของนโยบายนี้เช่น การโฆษณาผลเสียของแอลกอฮอล์ (counter advertisement) การพิมพ์คำเตือนบนเครื่องดื่มหรือในโฆษณา แนวทางการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การให้ความรู้ในโรงเรียนและมหาวิทยาลัย

อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกระบุว่ายังไม่มีหลักฐานพอเพียงที่สรุปว่าการให้ความรู้และการณรงค์มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาสังคมและพบว่า การติดคำเตือนบนฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเปลี่ยนทัศนคติต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในระดับปานกลางเพราะผู้ผลิตสามารถลดผลกระทบได้ด้วยการออกแบบและเลือกใช้คำในฉลากนั้นๆ [32]

4.1.8 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจากแอลกอฮอล์

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจากแอลกอฮอล์ในแต่ละประเทศมีแนวทางที่แตกต่างกันทั้งการรักษาที่บ้าน สถานบำบัดเฉพาะ โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งนโยบายนี้จะมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลมากกว่ากลุ่มประชากร ประโยชน์ที่ได้จากนโยบายด้านนี้มักเป็นสัดส่วนน้อยเพราะถูกจำกัดเฉพาะผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการและมีความต้องการในการรับบริการเท่านั้น ดังนั้นการบำบัดรักษา ฟื้นฟูจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของสังคมและควรใช้ร่วมกับนโยบายอื่นๆข้างต้น มีรายงานการศึกษาพบว่า การรักษาในช่วงระยะเวลาสั้น (brief intervention) ได้ผลดีสำหรับคนที่เพิ่งเริ่มมีปัญหาแอลกอฮอล์ ซึ่งหากสามารถกระจายการรักษาให้ทั่วถึง อาจก่อให้เกิดผลกระทบที่ดีต่อสังคมโดยรวมได้ [17]

ทั้งนี้สังเกตได้ว่านโยบายกลุ่มที่ 1-5 เป็นนโยบายในระดับประชากรในวงกว้าง นโยบายในกลุ่มที่ 6 เป็นนโยบายเฉพาะที่มุ่งตรงสำหรับการแก้ไขปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนโยบายในกลุ่มที่ 7 เป็นนโยบายระดับระดับปัจเจกบุคคล




4.2 ลำดับความสำคัญของนโยบาย

เห็นได้ว่านโยบายแอลกอฮอล์มีเป็นจำนวนมากซึ่งต้องเลือกใช้อย่างถูกต้องเหมาะสมจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด ในการนี้ Jamison และคณะซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัยที่มีชื่อเสียงได้ทำการศึกษาทบทวนต้นทุน-ประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายต่างๆในการลดผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมประเทศไทยด้วยดังนี้ [37]

ลำดับความสำคัญของนโยบายที่มีต้นทุน-ประสิทธิผลดีและควรดำเนินการเรียงตามลำดับได้แก่

- 1) การควบคุมการโฆษณาอย่างครอบคลุมและกว้างขวาง (comprehensive advertising ban on alcohol)
- 2) การลดความสามารถในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งรวมการควบคุมการจำหน่าย การจำกัดอายุ การผูกขาด ระบบภาษีและการควบคุมราคา
- 3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูแก่ผู้ดื่มแอลกอฮอล์
- 4) มาตรการร่วม ได้แก่ การเพิ่มภาษี และการคำปรึกษาโดยแพทย์
- 5) มาตรการร่วม ได้แก่ การเพิ่มภาษี ห้ามโฆษณา บำบัดทางการแพทย์ และการสุ่มตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ทางลมหายใจในผู้ขับขี่พาหนะ
- 6) การเพิ่มภาษี (ร้อยละ 50) เพียงอย่างเดียว
- 7) การสุ่มตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ทางลมหายใจในผู้ขับขี่พาหนะ เพียงอย่างเดียว
- 8) การรณรงค์และให้ความรู้

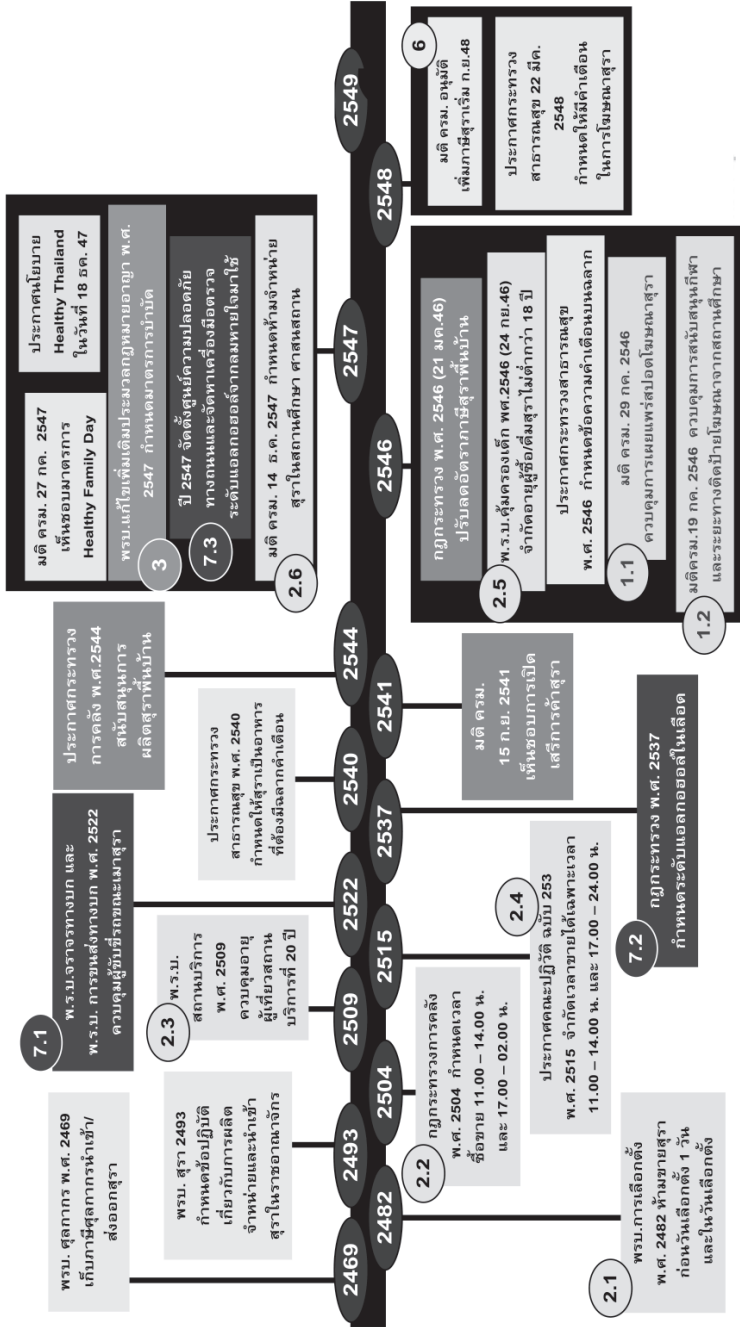
จะเห็นได้ว่านโยบายที่มีความคุ้มค่ามักเป็นนโยบายในระดับประชากร ที่มุ่งหวังผลกระทบต่อ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรในวงกว้าง มิใช่จำกัดที่ผู้ดื่มซึ่งก่อให้เกิด ปัญหาเท่านั้น เป็นที่น่าสังเกตว่ามาตรการทางภาษีหรือการสุ่มตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ ทางลมหายใจในผู้ขับขี่พาหนะเพียงอย่างเดียวไม่มีความคุ้มค่าเท่าที่ควร ควรดำเนินการ ร่วมกับนโยบายอื่นๆ นอกจากนี้การรณรงค์และให้ความรู้นั้นก็มีความคุ้มค่าต่ำนั้นหมายถึง ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการลดผลกระทบจากปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับนโยบายอื่น



4.3 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บังคับใช้ในประเทศไทยและบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย สามารถสรุปตามระยะเวลาที่กำหนดและประเภทของนโยบายได้ตามรูปที่ 4.1 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

รูปที่ 4.1 แผนผังระยะเวลาและการบังคับใช้นโยบายเกี่ยวกับบริการโรคติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย



(หมายเหตุ ตัวเลขหน้ามาตรการต่างในแผนผังระบุถึงระยะเวลาบังคับใช้ของมาตรการตามข้อมูลการศึกษาต้นทุบทันทีของ Jamison และคณะ ดังรายละเอียดข้างต้น)



1) มาตรการด้านภาษีและการควบคุมการผลิต จำหน่ายและนำเข้า

- 1.1) ความเป็นมา ประเทศไทยกำหนดให้มีการเก็บ “อากรสุรา” ทั้งจากผู้ผลิตและผู้ขายตั้งแต่สมัยอยุธยา ต่อมาในสมัยรัตนโกสินทร์ เริ่มมีการผูกขาดอากรสุรา มีการออกกฎหมายเรื่อง น้ำสุรา จ.ศ.1148 (พ.ศ. 2329) ห้ามราษฎรต้มกลั่นสุราโดยไม่ได้รับอนุญาต เพื่อการจัดเก็บรายได้ให้รัฐและการปราบปรามสุราเถื่อนแทนรัฐ ในปลายรัชกาลที่ 6 รัฐได้ยกเลิกการให้สิทธิผูกขาดแก่นายอากรโดยรัฐทำการจัดเก็บภาษีสุราเอง และต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 7 มีการผูกขาดการผลิต โดยกรมสรรพสามิตเป็นผู้ผลิตเอง
- 1.2) พระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2469 เก็บภาษีศุลกากรสำหรับการนำเข้าและส่งออกหรือการค้าอย่างใดๆ ข้ามแดนแห่งพระราชอาณาจักรทั้งทางบก ทางอากาศ และทางทะเลเพื่อเป็นรายได้ของรัฐและเป็นการปกป้องสินค้าในประเทศ โดยที่การคำนวณภาษีขึ้นกับสภาพของ ราคาของ และพิกัดอัตราศุลกากรที่เป็นอยู่ในเวลาที่ความรับผิดชอบอันจะต้องเสียค่าภาษีเกิดขึ้น
- 1.3) 26 พฤษภาคม 2485 รัฐบาลได้ออกนิกิจการสุราของกรมสรรพสามิตไปสังกัดกรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม ในช่วงปี 2491-2498 กระทรวงอุตสาหกรรมได้อนุญาตให้เอกชนทำการต้มกลั่นและขายส่งโดยใช้วิธีเปิดประมูลเงินค่าธรรมเนียมพิเศษ แต่ในท้ายที่สุด 15 กรกฎาคม 2502 รัฐบาลโอนกิจการการผลิตและจำหน่ายสุรากลั้บให้กรมสรรพสามิตเป็นผู้ดำเนิน โดยกรมสรรพสามิตให้เอกชนเข้ามาบริหารจัดการดำเนินการทั้งหมด และจัดตั้งองค์การสุรา ซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจขึ้นในปี พ.ศ. 2506
- 1.4) พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 เป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุรา ครอบคลุมการกำหนดกฎเกณฑ์ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการทำสุราและนำเข้าสุรามาในราชอาณาจักร ภาษีสุรา การใช้และการขนส่งสุรา การขายสุรา เชื้อสุรา และบทกำหนดโทษโดยที่มีการปรับปรุงรายละเอียดข้อบังคับต่างๆ และอัตราภาษีตามสภาพเศรษฐกิจในแต่ละยุคสมัย (หมายเหตุ พระราชบัญญัติสุรานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมจำนวนผู้ผลิต การจัดจำหน่ายและการเคลื่อนย้ายสุรา โดยเจ้าของผู้ผลิตต้องได้รับอนุญาตจากภาครัฐก่อนเท่านั้น โดยไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพของประชาชนและสังคมแต่อย่างใด)



1.5) คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2541 เห็นชอบนโยบายการเปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุร่าทุกชนิดได้โดยเสรีภายหลังอายุสัญญาการให้สัมปทานการผลิตและจำหน่ายสุร่าของ โรงงานสุร่าของรัฐได้สิ้นสุดลงในวันที่ 31 ธันวาคม 2542 ในหลักการและกรอบของการเปิดเสรีสุร่า ว่ามิได้หมายความว่าผู้ใดจะผลิตสุร่าได้เองโดยเสรีทุกกรณี แต่โรงงานสุร่าที่ได้รับอนุญาตดำเนินการต้องควบคุมการผลิตให้มีมาตรฐานในด้านคุณภาพตามที่กำหนด และรัฐต้องเข้าไปควบคุมดูแลในด้านสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัย การเปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุร่า ทำให้อุตสาหกรรมสุร่าจะมีการแข่งขันกันสูงมากขึ้นทั้งในส่วนผู้ผลิตและจำหน่ายภายในประเทศและผู้ผลิตในต่างประเทศ รวมทั้งการชักชวนส่งเสริมให้มีการบริโภคสุร่าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของผู้บริโภคสุร่าโดยทั่วไป


โดยที่นโยบายบริหารงานสุร่าหลังปี 2542 มีหลักการสำคัญคือ

1.5.1) นโยบายสุร่าสามทับ ไห่องค์การสุร่า กรมสรรพสามิต เป็นผู้ผลิตและจำหน่ายแอลกอฮอล์ แต่เพียงผู้เดียว เพื่อง่ายต่อการจัดเก็บภาษี เพราะรัฐต้องควบคุมการผลิตและจำหน่ายแอลกอฮอล์อย่างใกล้ชิด เนื่องจากแอลกอฮอล์เสียภาษีในอัตราเพียงลิตรละ 6 บาทแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในขณะที่สุร่ากลั่นเสียภาษีในอัตราลิตรละ 100 บาทแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

1.5.2) นโยบายสุร่าแช่เห็นควรให้เปิดเสรีการผลิตเบียร์และไวน์ดังเช่นปัจจุบันต่อไป

1.5.3) นโยบายสุร่ากลั่น สุร่าเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของรัฐ ไม่ควรเก็บภาษีสุร่าในลักษณะที่ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการพัฒนาและการขยายตัวของอุตสาหกรรมสุร่ารัฐจะต้องไม่เก็บรายได้ในลักษณะที่จะมีผลให้การผลิตสุร่าในประเทศเสียเปรียบการนำเข้าสุร่า ระบบบริหารการผลิตและจำหน่ายสุร่าใหม่นี้ควรเป็นไปในลักษณะที่เอื้ออำนวยต่อการจัดเก็บรายได้เข้ารัฐได้ไม่ต่ำกว่าจำนวนที่เก็บในปัจจุบันบวกด้วยอัตราเติบโตตามสมควรต้องเป็นรูปแบบที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพสุร่าและที่เป็นผลดีต่อเศรษฐกิจโดยรวม

1.6) รัฐมีนโยบายส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน โดยอนุญาตให้ผู้ผลิตรายย่อยทำการผลิตและจำหน่ายสุร่าที่บ้านอย่างเสรีมากขึ้นกระทรวงการคลังได้ออกประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง วิธีการบริหารงานสุร่า พ.ศ.2544 (ฉบับที่ 3) ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2544 กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขออนุญาตทำและขายสุร่าแช่และมีในประกาศเรื่องเดียวกันนี้ในปี พ.ศ.2545 (ฉบับที่ 4) ลงวันที่ 21 มกราคม 2546 กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไข



การขออนุญาตทำและขายสุรากลั่น วัตถุประสงค์ของนโยบายเพื่อดึงผู้ผลิตสุราเถื่อนให้มาอยู่ในระบบการผลิตที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัยต่อผู้บริโภค และสามารถเก็บภาษีสุราจากผู้ที่เคยอยู่นอกระบบภาษีอีกด้วย

1.7) รัฐปรับลดภาษีสุราเพื่อเศรษฐกิจชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินการสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ โดยกระทรวงการคลังได้ออกกฎกระทรวงกำหนดชนิดของสุราและอัตราภาษีสุรา พ.ศ.2546 ลงวันที่ 21 มกราคม 2546 โดยลดอัตราภาษีตามปริมาณของสุราแช่ จากเดิมลิตรละ 100 เป็นลิตรละ 70 บาท แห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ และสุราขาวจากเดิมอัตราภาษีตามมูลค่าร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 25 และลดอัตราภาษีตามปริมาณของสุราขาวจากเดิมลิตรละ 100 บาท เป็น ลิตรละ 70 บาท แห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ทั้งนี้กรมสรรพสามิตเองยังได้พัฒนาระบบให้บริการในจุดเดียว (One Stop Service) ในการอนุญาตการผลิตและจำหน่ายสุราพื้นบ้านเพื่ออำนวยความสะดวกให้สูงสุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาเชิงเศรษฐกิจและการจัดเก็บรายได้เข้ารัฐสูงสุด

1.8) เขตการค้าเสรีอาเซียน (ASEAN Free Trade Area : AFTA) ของกลุ่มประเทศในอาเซียนร่วมกันกำหนดขึ้นเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของอาเซียนหลักใหญ่ใจความก็คือการเปิดเสรีด้านการค้า “ลดภาษี” และอุปสรรคข้อกีดขวางทางการค้าที่ไม่มีใช้ภาษีปรับเปลี่ยนโครงสร้าง “ภาษีศุลกากร” ให้สิทธิประโยชน์แก่กันแบบต่างตอบแทนซึ่งประเทศไทยและประเทศในกลุ่มอาเซียนตกลงที่จะเร่งรัดการลดภาษีสินค้าในบัญชีที่กำหนด ซึ่งนี้ก็รวมถึง “สินค้ากลุ่มสุรา” ให้เหลือ 0-5% ภายในวันที่ 1 ม.ค. 2546 ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศสมาชิกจะลดภาษีเหลือ 0% ทุกรายการสินค้าในบัญชี ภายในปี 2553 พร้อมกันนี้จากกรณีที่มีบริษัทนำเข้าสุรายุโรปบางรายใช้ฟิลิปปินส์เป็นฐานเพื่อเข้าเกณฑ์ได้ลดภาษีตามอาฟต้า จากปกติภาษี 60% ก็เหลือแค่ 5% สามารถนำเข้าสุรามาในไทยแล้วตั้งราคาขายได้ต่ำ ผลกระทบจากนโยบายดังกล่าวทำให้ช่วงปี 2546-2549 รัฐต้องสูญเสียรายได้จากภาษีเหล้าตามข้อตกลงอาฟต้าไปแล้วราว 325 ล้านบาท ทั้งในแง่ที่ปัจจุบันนี้คนไทยก็บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปีละประมาณ 200,000 ล้านบาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อุบัติเหตุเมาแล้วขับ ทะเลาะวิวาท อาชญากรรม ประเมินเป็นมูลค่าปีละกว่า 500,000 ล้านบาท (เดลินิวส์ วันที่ 14 มิ.ย. 2550)



1.9) คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติเพิ่มภาษีสุรา โดยให้กรมสรรพสามิตปรับเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2 ชนิด คือสุราสีหรือสุราไทยจำพวกแม่โขง แสงโสม กับวิสกี้ที่นำเข้าจากต่างประเทศ ระดับราคาประหยัด เริ่ม ก.ย. 48 มาตรการปรับปรุงภาษีกำหนดดังนี้

- สุราปรุงพิเศษ เช่น แม่โขงให้เก็บในอัตราร้อยละ 50 หรืออัตราภาษีตามปริมาณเก็บเพิ่มจาก 240 เป็น 400 บาท ต่อลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
- สุราพิเศษประเภทบรันดี ให้จัดเก็บเพิ่มจากในอัตราร้อยละ 35 เป็น 40 หรือตามปริมาณเก็บเพิ่มจาก 240 เป็น 400 บาท ต่อลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
- สุราพิเศษประเภทวิสกี้ ให้จัดเก็บในอัตราร้อยละ 50 หรือตามปริมาณเก็บเพิ่มจาก 240 บาทเป็น 400 บาท ต่อลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
- สุราพิเศษประเภทอื่นๆ นอกจาก 2 และ 3 ให้จัดเก็บในอัตราร้อยละ 50 หรือตามปริมาณ เก็บเพิ่มจาก 240 เป็น 400 บาท ต่อลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์


2) มาตรการควบคุมการเข้าถึงและการซื้อ

2.1) มาตรการจำกัดเวลาซื้อขาย

2.1.1) รัฐมีนโยบายจำกัดอุปทานสุราครั้งแรก โดยการจำกัดเวลาขายตามกฎหมายกระทรวง การคลัง พ.ศ. 2504 ออกตามความในพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 กำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตจำหน่ายปลีกสุรา (จำหน่ายครั้งละต่ำกว่า 10 ลิตร) ที่ไม่ใช้การจำหน่ายเพื่อดื่ม ณ สถานที่ขาย จำหน่ายได้เฉพาะเวลา 11.00-14.00 น. และ 17.00-02.00 น. ของวันถัดไป

2.1.2) ต่อมามีการจำกัดเวลาเพิ่มขึ้นโดยกำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตจำหน่ายปลีกสุรา ทั้งที่จำหน่ายเพื่อดื่ม ณ สถานที่ขาย (ใบอนุญาตขายสุราประเภทที่ 5 และ 6) และไม่ใช่จำหน่ายเพื่อดื่ม ณ สถานที่ขาย (ใบอนุญาตรายสุราประเภทที่ 3 และ 4) ให้จำหน่ายได้เฉพาะเวลา 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น. ตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับ 253 พ.ศ. 2515

2.1.3) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 14 ธ.ค. 2547 กำหนดให้เป็น “มาตรการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบเพื่อสังคม” เพื่อให้การดำเนินงานจริงจังมากขึ้น



2.2) ด้านการจำกัดวันซื้อขาย พระราชบัญญัติการเลือกตั้ง พ.ศ.2482 ไม่อนุญาตให้จำหน่ายสุราก่อนวันเลือกตั้ง 1 วันและในวันเลือกตั้ง

2.3) ด้านการจำกัดบริบทการดื่ม พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 มาตรา 16 (2) กำหนดห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตั้งสถานบริการยินยอมหรือปล่อยให้ผู้มีอาการมึนเมาจนประพฤตินุ้ยวายหรือครองสติไม่ได้เข้าไปหรืออยู่ในสถานบริการระหว่างเวลาทำการ มาตรา 16 (3) ห้ามมิให้จำหน่ายสุราให้แก่ผู้มีอาการมึนเมาจนประพฤตินุ้ยวายหรือครองสติไม่ได้ และมาตรา 16/1 ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตั้งสถานบริการยินยอมหรือปล่อยให้ผู้มีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ ซึ่งมีได้ทำงานในสถานบริการนั้นเข้าไปในสถานบริการระหว่างทำการ

2.4) มาตรการจำกัดอายุผู้ซื้อ/ดื่ม

2.4.1) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 (ให้ไว้ ณ วันที่ 24 กันยายน 2546) นโยบายการจำกัดอายุผู้ซื้อและดื่มสุราไม่ให้ ต่ำกว่า 18 ปี มาตรา 26 (10) ระบุว่าภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งกฎหมายอื่นไม่ว่าเด็กจะยินยอมหรือไม่ห้ามมิให้ผู้ใดกระทำการจำหน่าย แลกเปลี่ยนหรือให้สุราหรือเบียร์แก่เด็ก เว้นแต่การปฏิบัติทางการแพทย์และมาตรา 45 ห้ามมิให้เด็กซื้อหรือเสพสุราหรือเบียร์หรือเข้าไปในสถานที่เฉพาะเพื่อการจำหน่ายหรือเสพสุราหรือเบียร์ หากฝ่าฝืนให้พนักงานเจ้าหน้าที่สอบถามเด็กเพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและมีหนังสือเรียกผู้ปกครองมาร่วมประชุมเพื่อปรึกษาหารือ และมีข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการจัดให้เด็กทำงานบริการสังคมหรือทำงานสาธารณประโยชน์

2.4.2) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 14 ธ.ค. 2547 กำหนดให้เป็น “มาตรการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบเพื่อสังคม” เพื่อให้การดำเนินงานจริงจังมากขึ้นซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ที่กำหนดอายุของผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 20 ปี เนื่องจากถือเป็นบุคคลบรรลุนิติภาวะที่มีความสามารถกระทำนิติกรรมใดๆได้ และเป็นการสอดคล้อง พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 ตามมาตรา 16/1 ที่ห้ามผู้ได้รับอนุญาตตั้งสถานบริการยินยอมให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์เข้าไปในสถานบริการในระหว่างทำการ



2.5) มาตรการจำกัดที่ตั้งแหล่งขาย จำกัดความหนาแน่น

2.5.1) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 14 ธ.ค. 2547 กำหนดให้เป็น “มาตรการควบคุม การบริโภคสุราและยาสูบเพื่อสังคม” กำหนดห้ามจำหน่ายสุราในสถานศึกษา ศาสนสถาน (มติ ค.ร.ม. พ.ศ. 2547) และการจำกัดการจำหน่ายสุราในสถานจำหน่ายน้ำมันในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งนโยบายของกรมสรรพสามิตไม่ได้ควบคุมการขอใบอนุญาตของผู้ที่มีความ ประสงค์จะเปิดขายสุราโดยการงดออกใบอนุญาตแก่ร้านค้าที่มีสถานที่ต่อเนื่องหรือติดกับวัด โรงเรียน และมีน้ำมัน อย่างไรก็ตามไม่มีข้อกำหนดว่าห่างจากวัด สถานศึกษาเท่าใด เพียงแต่ กำหนดว่า “ระยะห่างพอสมควร” ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่


2.5.2) ต่อมากฎกระทรวงตามพรบ.สุราของกรมสรรพสามิตห้ามร้านค้าปลีกขายสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งอยู่ในบริเวณสถานศึกษา ศาสนสถาน และสถานบริการน้ำมัน และบริเวณที่ต่อเนื่องกับสถานศึกษา ศาสนสถาน และในสถานบริการน้ำมัน อีกทั้งยังมีคำสั่ง ภายในจากรัฐมนตรีพินิจ จารุสมบัติ ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหน่วยงานราชการ โรงพยาบาล และสถานเอนามัย

3) มาตรการลดและป้องกันปัญหาการสูญเสียจากการบริโภค

3.1) มาตรการควบคุมผู้ขับขี่ขณะมีเมามา มาตรการลดอุบัติเหตุ

3.1.1) ในปี พ.ศ. 2522 รัฐได้ออกพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 กำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่รถในขณะมีเมาสุราหรือของอย่างอื่น (มาตรา 43(2) โดยกำหนดให้เจ้า พนักงานจราจรหรือพนักงานเจ้าที่มีอำนาจสั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถและสามารถสั่งให้มีการทดสอบ ว่าผู้ขับขี่หย่อนความสามารถในการขับหรือเมาสุราหรือของอย่างอื่นหรือไม่ และ พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 กำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตปฏิบัติหน้าที่ประจำ รถต้องไม่เสพหรือเมาสุราหรือของมีเมมาอย่างอื่น (มาตรา 102 (3)) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดจำนวนผู้เสียชีวิตลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุเนื่องมาจากการดื่มสุรา ไม่ได้มี วัตถุประสงค์เพื่อให้คนไทยลดการบริโภคสุราแต่อย่างใด

3.1.2) กฎกระทรวง ฉบับที่ 16 พ.ศ. 2537 ออกตามความในพระราชบัญญัติ จราจร ทางบก 2522 กำหนดมิให้ผู้ขับขี่ขับรถขณะเมาสุราและการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ใน เลือดที่ผิดกฎหมายเป็น 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เพื่อเป็นการสนับสนุนการควบคุมปัญหา อุบัติเหตุจากการเมาสุรา การบังคับใช้มาตรการวัดแอลกอฮอล์ในช่วงปี 2538-2542 ยังไม่



เข้มงวดเท่าที่ควรการปฏิบัติงานเป็นไปตามการใช้วิจารณ์ของตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่ในการพิจารณาว่าผู้ขับขี่เมาสุราหรือไม่ ประกอบกับเครื่องวัดแอลกอฮอล์ก็มีจำนวนน้อยมาก การตรวจต้องกระทำที่โรงพยาบาลและมีขั้นตอนยุ่งยาก เช่น การเจาะเลือด

3.1.3) ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี ได้ลงนามในคำสั่งจัดตั้งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนโดยมีรองนายกรัฐมนตรี (นายจาตุรนต์ ฉายแสง) เป็นผู้อำนวยการ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย (นายประมวล รุจนเสรี) รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พลตำรวจเอก ประชา พรหมนอก) รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงคมนาคม (นายนิกร จำนง) เป็นรองผู้อำนวยการ และอธิบดีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เป็นเลขานุการ ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 33/2546 ลงวันที่ 31 มกราคม 2546 และในปี พ.ศ. 2547 รัฐได้จัดตั้งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนขึ้นมา และจัดหาเครื่องมือตรวจระดับแอลกอฮอล์จากลมหายใจมาใช้

3.2) มาตรการบำบัดรักษา

พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่17) พ.ศ.2547 มาตรา 49 กำหนดให้ ในกรณีที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุก หรือ พิพากษาว่ามีความผิดแต่รอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษบุคคลใด ถ้าศาลเห็นว่าบุคคลนั้นได้กระทำความผิดเกี่ยวกับการเสพสุราเป็นอาชญา หรือการเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ศาลจะกำหนดในคำพิพากษาว่า บุคคลนั้นจะต้องไม่เสพสุรา ยาเสพติดให้โทษอย่างหนึ่งอย่างใด หรือทั้งสองอย่างภายในระยะเวลาไม่เกินสองปี นับแต่วันพ้นโทษ หรือวันปล่อยตัวเพราะรอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษก็ได้ ในกรณีที่บุคคลดังกล่าวในวรรคแรกไม่ปฏิบัติตามที่ศาลกำหนด ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลเป็นเวลาไม่เกินสองปีก็ได้

4) มาตรการควบคุมการโฆษณาและปลุกฝังค่านิยม

4.1) มาตรการรณรงค์ด้านฉลาก

4.1.1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 177 พ.ศ. 2540 ข้อ 5 กำหนดให้สุราเป็นอาหารที่ต้องมีฉลากโดยติดฉลากคำเตือนเป็นภาษาไทยที่มองเห็นได้ง่ายใช้ตัวอักษรทึบ ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 2 มิลลิเมตร สีของข้อความตัดกับสีพื้นของฉลาก โดยต้องแสดงข้อความ “คำเตือน : การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลง” บนผลิตภัณฑ์สุราช่วงนี้เริ่มมีนโยบายเพื่อควบคุมปัญหาสุราในเบื้องต้น แต่ยังไม่รอบด้าน และการออกนโยบายยังไม่ค่อยมาก



4.1.2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 275) พ.ศ. 2546 (อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 (10) แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522) กำหนดข้อความคำเตือนมี “ดังนั้น ห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี” “การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับชี่ยานพาหนะลดลง” และ “เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่ควรดื่ม” เป็นภาษาไทย โดยใช้ตัวอักษร เส้นทึบ ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 5 มิลลิเมตร อยู่ในกรอบที่แยกส่วนจากข้อความอื่น สีของกรอบและข้อความติดกับสีพื้นของฉลากจนอ่านได้ชัดเจน


4.2) มาตรการควบคุมการโฆษณา

4.2.1) มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 29 กรกฎาคม 2546 เห็นชอบและมอบหมาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามมาตรการและแผนงาน/โครงการที่ต้องเร่งดำเนินการระยะสั้นตามที่รองนายกรัฐมนตรี (นายจาตุรนต์ ฉายแสง) ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนเสนอตั้งนี้กำหนดให้ห้ามเผยแพร่สปอตโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือ สปอตโฆษณาของบริษัทผู้ผลิต ห้ามการโฆษณาประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ รวมทั้งการแสดงเครื่องหมายการค้า ชื่อผลิตภัณฑ์ ชื่อบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวตลอดจนการกล่าวถึงผู้สนับสนุนรายการ

- ห้ามแพร่ภาพโฆษณา(ทุกรูปแบบ) ในรายการถ่ายทอดการแข่งขันกีฬาทุกรายการในประเทศทางวิทยุและโทรทัศน์ ในช่วงเวลา 05.00-22.00 น. และให้โฆษณาได้เฉพาะภาพลักษณ์ของบริษัทหรือกิจการ
- ห้ามการโฆษณาในลักษณะชักชวนให้บริโภคหรืออวดอ้างสรรพคุณของผลิตภัณฑ์ โดยเด็ดขาด ในช่วงเวลา 22.00-05.00 น. และกำหนดให้ป้ายโฆษณากลางแจ้งต้องระบุค่าเตือน

4.2.2) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2546 กำหนดให้สถาบันการศึกษาและการแข่งขันกีฬาแห่งชาติ ไม่รับการสนับสนุนใดๆ จากผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และห้ามติดป้ายโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรัศมี 500 รัยเมตร จากสถานศึกษา

หมายเหตุ ขณะนี้ ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฉบับปี 2550 มาตรา 31 วรรค 2 ที่มีกรยกเว้นไม่ห้ามโฆษณา สำหรับการถ่ายทอดสดรายการสดจากต่างประเทศ และสิ่งพิมพ์ที่ผลิตนอกราชอาณาจักรเนื่องจากเหตุผลด้านเทคนิคว่าไม่สามารถเซ็นเซอร์การ



โฆษณาที่ติดมากับรายการนั้นๆ แต่ในกรณีการนำเทปการถ่ายทอดนั้นมาออกอากาศซึ่งไม่สามารถกระทำได้ ส่วนกรณีสิ่งพิมพ์ที่ผลิตนอกราชอาณาจักร บุคคลที่นำสิ่งพิมพ์ดังกล่าวเข้ามาถ้ามิได้มีเจตนาที่จะโฆษณาและสิ่งพิมพ์นั้นมิได้ผลิตโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการจำหน่ายโดยเฉพาะในประเทศไทย จึงควรยกเว้น

4.3) มาตรการรณรงค์ด้านค่าเตือนประกอบการโฆษณา

4.3.1) ต่อมา 22 มีนาคม 2548 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดหลักเกณฑ์การโฆษณาที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ว่าด้วยเรื่อง ค่าเตือนในโฆษณา (ฉบับที่ 2) มี 6 ข้อความ ได้แก่ 1) การดื่มสุรามีความสามารถในการขับชียานพาหนะลดลง 2) การดื่มสุรา เป็นอันตรายต่อสุขภาพและการบั่นทอนสติสัมปชัญญะ 3) การดื่มสุราทำให้ตับแข็งและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ 4) เมมาแล้วขับอาจพิการและตายได้ 5) ดื่มสุราอาจทำให้ขาดสติและเสียชีวิต 6) ดื่มสุราผิดศีลข้อ 5 โดยผู้ประกอบการจะต้องแสดงค่าเตือนตั้งแต่ 1-6 เวียนไปตามลำดับให้ครบทุกค่าเตือนทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงชิ้นงานโฆษณา

5) มาตรการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างเข้มข้นเข้าถึงต่อเนื่อง

5.1) มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 27 กรกฎาคม 2547 เห็นชอบมาตรการรณรงค์และควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และให้กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการตามมาตรการกำหนดให้วันอาทิตย์เป็นวันครอบครัวแข็งแรง (Healthy Family Day) ของสังคมไทย โดยให้หน่วยราชการที่เกี่ยวข้องหามาตรการควบคุมและรณรงค์ให้มีการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ รวมทั้งอบายมุขสิ่งเสพติดอื่นๆ ที่ทำลายสุขภาพคนไทย ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนแต่ละครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างความอบอุ่นในครอบครัวทุกวันอาทิตย์ซึ่งเป็นวันหยุดราชการ มาตรการนี้เป็นหลักการที่ดี แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีกรดำเนินการอย่างจริงจัง

5.2) มาตรการรณรงค์ที่สำคัญอีกมาตรการหนึ่ง ดำเนินการโดยเครือข่ายองค์กรงดเหล้า สนับสนุนโดย สสส. ดำเนินการรณรงค์โครงการสำคัญๆ ที่สร้างกระแสการลด ละ เลิกการดื่มสุราในสังคมไทยกว้างขวาง ได้แก่ โครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา กฐินปลอดเหล้า บีใหม่ไร้อัลกอฮอล์ ประเพณีสงกรานต์ปลอดเหล้า วัลย์มันส์... รู้ทันแอลกอฮอล์ และรับน้องปลอดเหล้า เป็นต้น




5.3) มาตรการประกาศเป็นนโยบายการบูรณาการด้านสุขภาพของประเทศ การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบของคนไทยเป็นหนึ่งใน 17 เป้าหมาย สู่เมืองไทยแข็งแรง ซึ่ง ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร กำหนดขึ้นเพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรงภายในปีพ.ศ.2560 ฯพณฯ นายกรัฐมนตรีลงนามในคำประกาศนโยบายและเป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) ในวันที่ 18 ธันวาคม 2547 บนพื้นฐานนโยบายของรัฐบาลที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุข ทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานความพอประมาณอย่างมีเหตุผลภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูลมีสัมมาชีพทั่วถึงมีรายได้มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว

4.4 องค์การที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
เนื่องจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีเป็นจำนวนมากและส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง จึงมีองค์กรจำนวนมากในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยแบ่งประเภทขององค์กรที่เกี่ยวข้องได้เป็น 5 กลุ่มตามลักษณะขององค์กรและประเภทของกิจกรรมที่องค์กรเหล่านั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ องค์กรภาคการเมือง องค์กรภาคราชการ องค์กรด้านวิชาการ องค์กรด้านสังคม และ องค์กรระดับนานาชาติ

4.4.1 องค์กรภาคการเมือง

ได้แก่ คณะรัฐมนตรีและรัฐสภา ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายในระดับชาติ พิจารณาและออกกฎหมายจากหน้าที่ดังกล่าวองค์กรภาคการเมืองจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยอย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับองค์กรเหล่านี้ล้วนเป็นนักการเมืองซึ่งโดยส่วนใหญ่เข้ามาทำหน้าที่โดยผ่านระบบการเลือกตั้ง จึงมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องและชัดเจนในทิศทางของการดำเนินงานและด้วยการเข้ามาของผู้เกี่ยวข้องจากระบบการเลือกตั้งทำให้เกิดวัฒนธรรมที่เด่นชัดได้แก่ ความสนใจต่อกระแสความคิดเห็นของประชาชน [39] เป็นที่สังเกตได้ว่าประสิทธิภาพของ



การดำเนินงานขององค์กรนี้มักขึ้นกับตัวบุคคลเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้บริหารระดับสูงเห็นความสำคัญของปัญหาแอลกอฮอล์ก็จะมี การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4.4.2 องค์กรภาคราชการ

ลักษณะเด่นขององค์กรในกลุ่มนี้ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของระบบราชการที่ทำหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายและสนองตอบต่อนโยบายที่กำหนดโดยองค์กรในกลุ่มแรก ดังนั้นกิจกรรมส่วนใหญ่ขององค์กรเหล่านี้มักเป็นลักษณะในเชิงรับ อย่างไรก็ตามในหลายโอกาสองค์กรกลุ่มนี้อาจเป็นผู้ริเริ่มหรือกำหนดนโยบายใหม่ๆที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างขององค์กรกลุ่มนี้ที่สำคัญได้แก่

- กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยและผลได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากแอลกอฮอล์ เช่น สำนักงานปลัดกระทรวง กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรคที่มีหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรค และเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (คอบช.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ขงนโยบาย นอกจากนี้หน่วยงานจำนวนมากในกระทรวงสาธารณสุขยังดำเนินการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้เผยแพร่และให้สุขศึกษาเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- สำนักงานรัฐมนตรี ซึ่งมีหน้าที่ทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมาย เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติและกรมประชาสัมพันธ์ในกรณีของการโฆษณา นอกจากนี้สำนักงานรัฐมนตรียังมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการสำรวจและติดตามสถานการณ์และผลกระทบ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- กระทรวงยุติธรรม มีหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายและลดผลกระทบจากปัญหาทางสังคม เช่น ศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กรมคุมประพฤติ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
- กระทรวงมหาดไทย มีหน้าที่ในการควบคุมสถานบันเทิงซึ่งเป็นแหล่งจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญ รวมทั้งมีหน้าที่ลดผลกระทบจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น กรมการปกครอง กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- กระทรวงพาณิชย์ มีหน้าที่ในการออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ผลิตและสถานที่จำหน่าย และควบคุมราคาจำหน่ายตามร้านค้าปลีก



- กระทรวงการคลัง กรมสรรพสามิต ทำหน้าที่ในการกำหนดอัตราและจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.4.3 องค์กรด้านวิชาการ

ส่วนใหญ่ขององค์กรในกลุ่มนี้เป็นหน่วยงานเพื่อการวิจัยหรือสนับสนุนให้เกิดการวิจัย ผลักดันผลงานวิจัยสู่การกำหนดนโยบาย หรือติดตามและประเมินผลนโยบายหรือผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ขององค์กรในกลุ่มนี้มีวิวัฒนาการไม่ยาวนานเหมือนองค์กรในสองกลุ่มแรก จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลักฐานพอให้เชื่อได้ว่า องค์กรต่างๆ ในกลุ่มนี้เกิดขึ้นจากข้อจำกัดของการเป็นส่วนหนึ่งของภาคราชการในการดำเนินกิจกรรมทางวิชาการและสร้างผลงานวิจัย เช่น ความเป็นอิสระทางวิชาการโดยปราศจากการขึ้นนำทิศทางการบริหาร ความคล่องตัวในการบริหารจัดการโครงการวิจัย

องค์กรในกลุ่มนี้อาจเป็นสถาบันที่เป็นทางการ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ศูนย์วิจัยปัญหาสุราและเครือข่ายมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยต่างๆ หรือเป็นลักษณะของเครือข่ายหรือการรวมกลุ่มของนักวิชาการที่มีความสนใจคล้ายคลึงกัน เช่น คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติดรวมทั้งนักวิชาการรายบุคคลที่ทำงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง

4.4.4 องค์กรด้านสังคม

เป็นองค์กรที่เน้นในการดำเนินงานในเชิงรุก เช่น การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักต่อประชาชนในสังคมและผู้บริหาร ดำเนินกิจกรรมเพื่อลดผลกระทบของปัญหาอันสืบเนื่องมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ มูลนิธิเมาไม่ขับ อย่างไรก็ตามมีองค์กรด้านสังคมบางแห่งทำงานในลักษณะในวงกว้าง กล่าวคือ สนับสนุนองค์กรอื่นๆ ทั้งภาคราชการ วิชาการและภาคสังคม เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน หรือมูลนิธิหมออนามัย เป็นต้น



4.4.5 องค์กรระดับนานาชาติ

องค์กรในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่สนับสนุนในด้านวิชาการแก่เครือข่ายในประเทศต่างๆ แม้ในบางโอกาสอาจมีบทบาทช่วยในการสร้างแรงกดดันทางการเมืองในระดับนานาชาติอย่างไรก็ตามยังมีผลกระทบน้อยต่อการเปลี่ยนแปลงภายในประเทศของสมาชิก อย่างไรก็ตามด้วยกระแสโลกาภิวัตน์คาดว่าบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศเหล่านี้ อาจเพิ่มขึ้นในอนาคต เช่นเดียวกับการรณรงค์เพื่อลดการบริโภคบุหรี่ยุคใหม่ ตัวอย่างขององค์กรในกลุ่มนี้ได้แก่ องค์กรอนามัยโลก The Global Alcohol Policy Alliance (GAPA) Alcohol Policy Network (APOLNET) Nordic Alcohol and Drug Policy Network และ European Public Health Alliance



บทที่ 5

ผลการดำเนินนโยบาย บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

ดังที่กล่าวในบทที่ 1 ถึงกรอบสำหรับการวิเคราะห์ผลการดำเนินนโยบายซึ่งให้นิยามของ “ความสำเร็จของนโยบาย” เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาอันสืบเนื่องจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ต้องประกอบไปด้วย 1) การเลือกใช้นโยบายที่ถูกต้องและเหมาะสม 2) การบังคับใช้นโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) ระบบการติดตามและประเมินผลที่ แม่นยำและทันท่วงที นอกจากนี้ในบทที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลประเภทของนโยบาย ที่ใช้ในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลำดับความสำคัญและสถานการณ์ปัจจุบัน ของการใช้นโยบายในประเทศไทย ในบทนี้ผู้วิจัยจะรายงานผลการการวิเคราะห์ความสำเร็จของนโยบายและบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 ผลการดำเนินนโยบาย

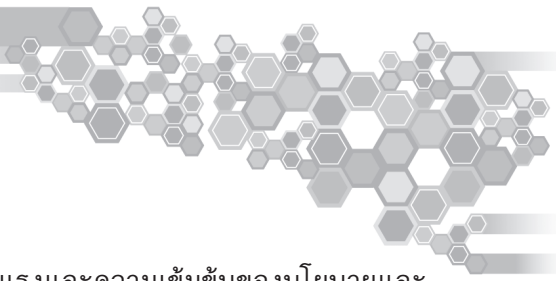
5.1.1 การเลือกใช้นโยบาย

จากการทบทวนวรรณกรรมและสรุปในรูปที่ 4.1 พอสรุปได้ว่า กว่า 80 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้นำนโยบาย มาตรการด้านต่างๆ มาใช้สำหรับการควบคุมการบริโภคและลดผลกระทบจากแอลกอฮอล์ ทั้งนโยบายในระดับประชากร เช่น การควบคุมการจำหน่ายและการบริโภค ระบบอัตราภาษี จำกัดการโฆษณา นโยบายเฉพาะเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากปัญหาแอลกอฮอล์ เช่น การกำหนดระดับปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ และการสุ่มตรวจ รวมถึงนโยบายสำหรับปัจเจกบุคคล เช่น การรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสุรา การรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับสุรา

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาให้ละเอียดจะพบข้อจำกัดของนโยบายหรือมาตรการที่นำมาใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของระดับความเข้มข้นและความเหมาะสม (ตารางที่ 5.1) ตัวอย่างเช่น การห้ามการโฆษณาซึ่งเป็นมาตรการที่นักวิชาการระบุว่ามีความคุ้มค่าและเหมาะสมที่สุด สำหรับลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในประเทศไทยเลือกใช้เฉพาะมาตรการ จำกัดเวลาในการโฆษณาทางสื่อโทรทัศน์และวิทยุ โดยอนุญาตให้โฆษณาได้เฉพาะช่วงเวลา 22.00-05.00 น. ซึ่งจากข้อมูลที่นักวิจัยรวบรวมได้พบว่าส่งผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเงินที่ใช้ในการโฆษณา (รูปที่ 5.1) หรือการกำหนดอายุของผู้ซื้อซึ่งกฎหมายปัจจุบันกำหนดที่อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี ขณะที่นโยบายซึ่งบังคับใช้ในต่างประเทศ กำหนดอายุผู้ซื้อสูงสุดที่ 21 ปีซึ่งมีหลักฐานยืนยันว่าการกำหนดอายุที่สูงขึ้นจะส่งผลต่อการลดปัญหาอันเกี่ยวเนื่องจากแอลกอฮอล์

ตารางที่ 5.1 เปรียบเทียบนโยบายด้านต่างๆในการควบคุมการบริโภคและลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้ในต่างประเทศและที่ใช้ในประเทศไทยรวมถึงผู้รับผิดชอบ

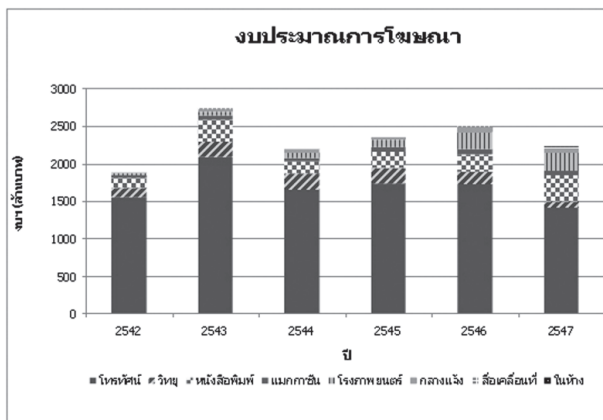
นโยบาย	ต่างประเทศ	ประเทศไทย	องค์กรผู้รับผิดชอบ
นโยบายควบคุมการโฆษณาและปลุกฝังค่านิยม	บางประเทศห้ามโฆษณาผ่านทางโทรทัศน์ วิทยุ และแผ่นป้ายโฆษณา ซึ่งนักวิชาการระบุว่า เป็นนโยบายที่มีความคุ้มค่า	มีการจำกัดเวลาในการโฆษณา เฉพาะช่วงเวลา 22.00-5.00 น.	ประกาศ-กรมประชาสัมพันธ์ ฉลากคำเตือน-กระทรวงสาธารณสุข การปลุกฝังค่านิยมในค่านิยมการดื่ม-องค์กรภาคราชการและสังคม
นโยบายควบคุมการจำหน่ายและการบริโภค	- มีบางประเทศที่มีการควบคุมทั้งวัน เวลา สถานที่ และระยะห่าง - การจำกัดอายุ: ไม่จำกัดอายุจำกัดที่อายุ 16-21 ปี	- มีการจำกัดบางเรื่อง - จำกัดที่อายุ 18 ปี	พระราชบัญญัติสถานบริการ-รมต.ว่าการกระทรวงมหาดไทย พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก-รมต.ว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงยุติธรรม
นโยบายการจำกัดการผลิตและเคลื่อนย้าย	มีบางประเทศที่มีการผูกขาดทั้งการผลิตและการจำหน่าย	เคยมีการผูกขาด ต่อมาเปลี่ยนเป็นเปิดเสรี	พระราชบัญญัติสุรา-กรมสรรพสามิต
นโยบายรักษาและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้มีปัญหาผู้ติดแอลกอฮอล์	มีโปรแกรมบำบัดในโรงพยาบาล และศูนย์บำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์	มีการบำบัดเฉพาะผู้ต้องขัง	การรักษาพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปตามสิทธิการรักษา ปัญหาสังคม เช่น ครอบครัวแตกแยก มีอาหารทางประสาท - กรมสุขภาพจิต
นโยบายด้านอัตราภาษี	อัตราภาษีเฉลี่ยสำหรับสุราของ 60 ประเทศที่ร้อยละ 40 สูงสุดร้อยละ 200 (จอร์แดน)	ภาษีสุราชาวร้อยละ 25 สุราปรุงพิเศษ (วิสกี้)ร้อยละ 50 สุราพิเศษ (บรันดี)ร้อยละ 40	กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
นโยบายลดการป้องกันปัญหาความสูญเสียจากการบริโภค	- BAC level 0-80 mg% - มีการสุ่มตรวจและการตรวจระดับแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะในประเทศแถบยุโรป	BAC level 50 mg%	พระราชบัญญัติขนส่งทางบกและพระราชบัญญัติจราจรทางบก-รมต.ว่าการกระทรวงคมนาคมและกระทรวงมหาดไทย มาตรการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลและโครงการณรงค์เมาไม่ขับ-สำนักงานตำรวจแห่งชาติและมูลนิธิเมาไม่ขับ มาตรการตั้งด่านตรวจแอลกอฮอล์ผู้ขับขี่-กองบังคับการตำรวจจราจร (เขตกทม.) สถานีตำรวจในพื้นที่ (ต่างจังหวัด)



นอกเหนือจากประเด็นเรื่องของระดับความรุนแรงและความเข้มข้นของนโยบายและมาตรการที่นำมาใช้ บางนโยบายยังมีการใช้อย่างผิดพลาดประสงค์อีกด้วย เช่น นโยบายด้านอัตราภาษีเพราะเป็นที่ทราบดีว่าหากต้องการใช้นโยบายด้านอัตราภาษีเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ต้องจัดเก็บภาษีในอัตราเดียวกันสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอุปสงค์ต่อแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆ ในประเทศมีความยืดหยุ่นต่อราคาสูง (นิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ, 2548) หมายความว่าสุราแต่ละประเภทสามารถทดแทนกันได้ดี ความยืดหยุ่นไขว้ของราคา (cross price elasticities) มีค่าสูงกว่า 1 ดังนั้นหากขึ้นภาษีสุราชนิดเดียวหรือปรับลดภาษีสุราบางชนิดดังเช่นการปรับลดภาษีสุราเพื่อเศรษฐกิจชุมชน ผู้บริโภคจะหันไปบริโภคสุราชนิดอื่นทดแทน

สำหรับวัตถุประสงค์ของการใช้นโยบายด้านอัตราภาษีในประเทศไทยที่ผ่านมายังไม่มีหลักฐานชัดเจนเห็นได้ว่าการขึ้นนโยบายด้านภาษีทั้งเพื่อปกป้องอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ในประเทศ ดังที่เห็นว่าการจัดเก็บภาษีสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นำเข้าจากต่างประเทศในอัตราที่สูงกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศหรือถึงขั้นปรับลดภาษีสุราแช่เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมพื้นบ้าน

รูปที่ 5.1 แสดงปริมาณงบการโฆษณารายปีที่ใช้สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามสื่อที่ใช้โฆษณา



มติ ครม. 29 กค. 2546
 ควบคุมการเผยแพร่โฆษณาสุราในช่วงเวลา 05.00 – 22.00 น.
 สำหรับสื่อโทรทัศน์และวิทยุ

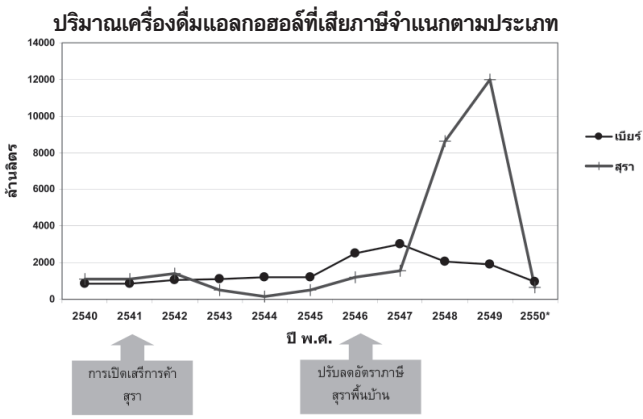
ที่มา : Nielson Media Research ณ 25 สิงหาคม 2548
 เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ถึงแม้ว่าอัตราภาษีที่ใช้จัดเก็บเครื่องตีเมล็ดกลอกฮอลล์จัดอยู่ในอัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศส่วนใหญ่ แต่พบว่ามีหลายประเทศที่กำหนดอัตราภาษีที่สูงกว่าไทย ดังนั้นหากต้องการใช้นโยบายด้านภาษีสำหรับลดการบริโภคเครื่องตีเมล็ดกลอกฮอลล์จึงต้องพิจารณาความเป็นไปได้ในการขึ้นอัตราภาษีหรือหามาตรการค่านวนภาษีที่เหมาะสมกว่าระบบที่ใช้ในปัจจุบันซึ่งคำนวณจากราคาหน้าโรงงาน เช่น อัตราภาษีกำหนดจาก “ปริมาณแอลกอฮอล์” หรือ “มูลค่า” ของราคาขายเป็นต้น อย่างไรก็ตามการขึ้นอัตราภาษีจำเป็นต้องพิจารณาจุดสมดุลของปัญหาการลักลอบการผลิตและนำเข้าอย่างผิดกฎหมายควบคู่ไปด้วย

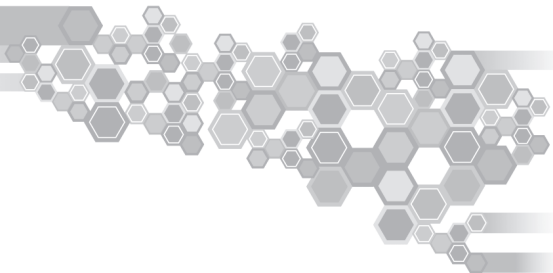
สำหรับนโยบายการรักษาและฟื้นฟูผู้ตีเมล็ดกลอกฮอลล์ซึ่งพบว่าหากต้องการให้เกิดผลดีกับสังคมในวงกว้างมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความครอบคลุม คือ ผู้ประสบปัญหาสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและทั่วถึงอย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบข้อมูลด้านนโยบายหรือมาตรการที่ส่งเสริมในประเด็นดังกล่าว

สุดท้ายเป็นที่สังเกตได้ว่านโยบายการจำกัดการผลิตและเคลื่อนย้ายซึ่งแต่เดิมมีอยู่ในประเทศไทยได้ถูกยกเลิกไปเพราะกระแสการค้าเสรีตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อปี พ.ศ. 2541 ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายและจำหน่ายเครื่องตีเมล็ดกลอกฮอลล์อย่างเสรี เกิดการแข่งขันทั้งด้านการประชาสัมพันธ์ราคาและมาตรการจูงใจทางการตลาดทำให้ปริมาณการบริโภคเพิ่มสูงขึ้น (รูปที่ 5.2)

รูปที่ 5.2 ปริมาณเบียร์และสุราที่เสียภาษีจำแนกรายปี



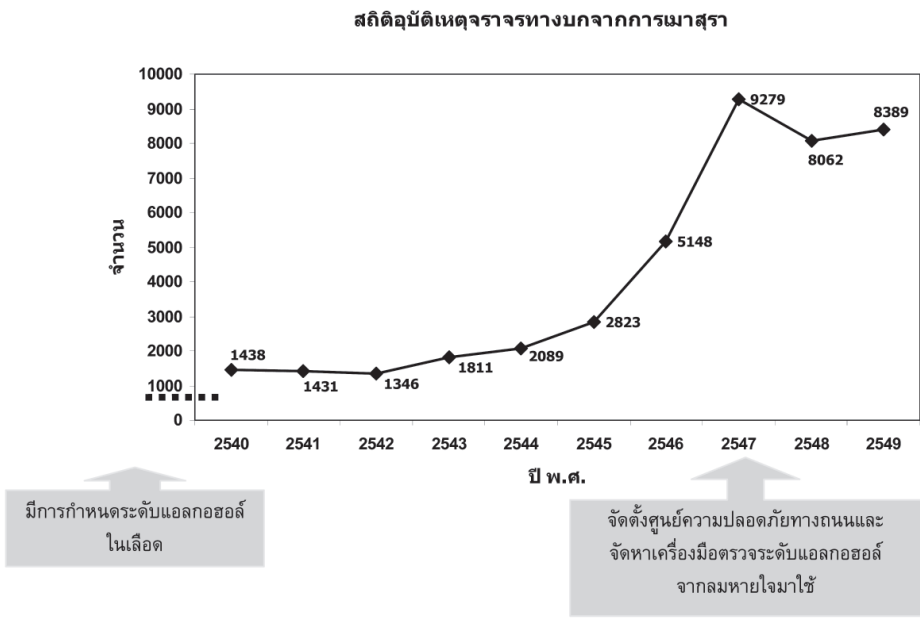
หมายเหตุ : * ข้อมูลถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550
ที่มา : กรมสรรพสามิต, กระทรวงการคลัง
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ




5.1.2 การบังคับใช้นโยบาย

การเลือกใช้นโยบายที่เหมาะสมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการควบคุมการบริโภคและลดปัญหาจากแอลกอฮอล์ หากจำเป็นอย่างยี่งที่ต้องมีการบังคับใช้นโยบายเหล่านั้นอย่างเคร่งครัด เช่น กรณีของการออกกฎหมายเพื่อกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่พาหนะตั้งแตปี พ.ศ.2537 แต่ปรากฏว่าขาดการบังคับใช้กฎหมายเพราะไม่มีการสุ่มตรวจอย่างจริงจัง ส่งผลให้สถิติอุบัติเหตุจรรยาจรเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จนกระทั่งได้มีการจัดตั้งศูนย์ความปลอดภัยทางถนนและจัดหาเครื่องมือตรวจระดับแอลกอฮอล์จากลมหายใจมาใช้ทำให้มีการสุ่มตรวจมากซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่สถิติการเกิดอุบัติเหตุจรรยาจรทางบกจากการเมาสุราลดลง (รูปที่ 5.3)

รูปที่ 5.3 แสดงสถิติการเกิดอุบัติเหตุจรรยาจรจากการเมาสุราและการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง



ที่มา : ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
เรียบเรียงโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมายเป็นปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนที่สุด ซึ่งควรสร้างความร่วมมือจากหลายฝ่ายและใช้หลายกลวิธีในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์พบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาการบังคับใช้นโยบายในประเทศไทย ได้แก่

1) ด้วยองค์กรที่ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมการปกครอง กรมสรรพสามิต และกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเป็นองค์กรภาครัฐที่มีพันธกิจด้านอื่น ๆ เป็นหลักหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์จึงมิได้จัดอยู่ในความสำคัญลำดับต้นๆ เช่น ข้าราชการตำรวจจำเป็นต้องให้ความสนใจกับการจับกุมผู้กระทำความผิดอาญาร้ายแรง (การปล้น ฆ่า หรือทำร้ายร่างกาย) ซึ่งนักวิชาการบางท่านเรียกว่า “hard laws” มากกว่าการจำคุกผู้จำหน่ายสุราให้แก่เด็กและเยาวชน หรือผู้ที่เมาแล้วขับ ซึ่งอาจเรียกว่า “soft laws”

2) จากเหตุผลข้างต้น ส่งผลให้หน่วยงานเหล่านั้นจัดสรรทรัพยากร ซึ่งรวมถึงบุคลากรในจำนวนจำกัดให้แก่ส่วนที่ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ทำให้ขาดความเข้มแข็ง ขาดกำลังคน ขาดความรู้/ทักษะในการบังคับใช้กฎหมาย (เพราะไม่มีงบประมาณสำหรับอบรมหรือเสริมสร้างความรู้และทักษะ) ขาดเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานและสุดท้ายขาดผลงานซึ่งยิ่งทำให้ผู้บริหารของหน่วยงานเหล่านั้นมองไม่เห็นความสำคัญของงานบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

3) ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งพบว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายฉบับเกี่ยวข้องกับหน่วยงานราชการหลายแห่ง เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ที่ห้ามเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อ/ขาย/ดื่มสุรา ประกาศกรมประชาสัมพันธ์ พ.ศ. 2546 ซึ่งควบคุมเวลาการโฆษณาทางวิทยุและโทรทัศน์ ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2547 ที่ควบคุมเนื้อหาการโฆษณาทางป้ายกลางแจ้งและในโรงพยาบาลนตร์ พระราชบัญญัติจราจร พ.ศ.2522 และพระราชบัญญัติขนส่งทางบก พ.ศ.2522 ซึ่งกำหนดมาตรการห้ามผู้ขับขี่ดื่มสุรา ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานทำให้การดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร



4) การขาดแรงจูงใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ยกตัวอย่างเช่น อัตราค่าปรับ (1,500 บาท) คนขับรถที่มีแอลกอฮอล์เกินระดับที่กฎหมายกำหนดนั้น ยังคงค่อนข้างต่ำและขาดแรงจูงใจแก่ตำรวจที่จะตรวจจับผู้ขับขี่ที่ดื่มสุราอย่างจริงจัง

5) ปัญหาความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ของหน่วยงานกับสาธารณประโยชน์ เช่น กฎหมายออกใบอนุญาตจำหน่ายสุรานั้นอาจมองได้ว่าเป็นการควบคุมการบริโภค แต่กรมสรรพสามิตเองมีแรงจูงใจในเรื่องของรายได้ที่จะออกใบอนุญาตจำนวนมากให้แก่ร้านค้าจำหน่ายสุราซึ่งกระจายทั่วทุกหนแห่ง เพราะยังมีร้านค้าขอใบอนุญาตจำนวนมาก กรมสรรพสามิตก็จะสามารถจัดเก็บภาษีสรรพสามิตจากสุราได้มากตามเป้าหมายที่กำหนด หรือมาตรการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์จากลมหายใจของคนขับรถก็อาจมองได้ว่าเป็นเพียงภารกิจเสริมของสถานีตำรวจส่วนใหญ่ เพราะภารกิจหลักได้แก่การปราบปรามและป้องกันอาชญากรรม

6) มาตรการบางอย่างมีความลักลั่นกัน ตัวอย่างเช่น ช่วงเวลาที่กฎหมายอนุญาตให้ขายเหล้าตามพระราชบัญญัติสุรา (11.00-14.00 น. และ 17.00-02.00 น.) ไม่ตรงกับประกาศคณะปฏิวัติ (ช่วง 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น.) ความลักลั่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาการเลือกบังคับใช้กฎหมายกับผู้ประกอบการบางราย¹

7) ความไม่ชัดเจนของกฎหมายบางฉบับ เช่น พระราชบัญญัติสถานบริการที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์การตั้งสถานบริการว่าจะต้องไม่อยู่ใกล้ชิดวัด โรงเรียน สถานศึกษา โรงพยาบาล ฯลฯ แต่คำว่า “ไม่อยู่ใกล้” เป็นวลีที่กำกวม ถึงแม้ว่าต่อมาจะมีการเสนอมิให้ตั้งสถานบริการในรัศมี 500 เมตร จากสถานที่ข้างต้น แต่ก็มิได้มีการศึกษาว่ารัศมี 500 เมตรจะมีผลอย่างไรต่อจำนวนสถานบริการและยังไม่มีแนวทางการตีความหลักเกณฑ์ที่ว่า “สถานบริการไม่อยู่ในย่านที่ประชาชนอยู่อาศัยอันจะก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง” ในทางปฏิบัติจึงมีสถานบริการจำนวนมากที่ตั้งอยู่ติดในย่านที่อยู่อาศัย เช่น พัช คาราโอเกะ เป็นต้น

¹ อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน พรบ.สุราได้มีการปรับให้เหมือนกันประกาศคณะปฏิวัติแล้ว คือ 11.00 - 14.00 และ 17.00 - 24.00 น.



5.1.3 การติดตามและประเมินผล

การขาดระบบการตรวจสอบติดตามเพื่อประเมินผลสำเร็จของมาตรการต่างๆที่ได้ดำเนินการทำให้ผู้กำหนดและบังคับใช้นโยบายไม่ทราบสถานการณ์ ผลสำเร็จ ความล้มเหลวของการทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องพบว่าในประเทศไทยยังขาดการติดตามและประเมินผลนโยบายที่ได้มีการกำหนดใช้อย่างเป็นระบบ เช่น เมื่อมีการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อสุราก็ไม่มีการสำรวจความเปลี่ยนแปลงด้านอายุของผู้ซื้อหรือการกำหนดสถานที่จำหน่ายสุราที่มีให้มีการจำหน่ายในร้านค้าสะดวกซื้อที่อยู่ภายในสถานี่จำหน่ายน้ำมันก็ไม่มีการสำรวจความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการซื้อแอลกอฮอล์อันเนื่องมาจากการออกกฎหมายดังกล่าวเช่นเดียวกับการขาดระบบการติดตามและประเมินผลของนโยบายการเปิดเสรีการค้าสุราและการปรับลดอัตราสุราพื้นบ้าน หรือข้อมูลความครอบคลุมของผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาล

นอกจากนี้ระบบการสำรวจในปัจจุบันที่มีอยู่ยังไม่เอื้ออำนวยให้มีการนำข้อมูลมาใช้เชื่อมโยงหรือเปรียบเทียบกันได้ทั้งที่ในความเป็นจริงในแต่ละการสำรวจซึ่งวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันย่อมมีประเภทของข้อมูลและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลแตกต่างกันซึ่งหากมีการใช้ชุดของคำถามบางอย่างที่เป็นมาตรฐาน เช่น ข้อถามเพื่อระบุอายุ เพศ เศรษฐฐานะ หรือการถามเพื่อระบุปริมาณในการดื่มหรือมีการกำหนดกรอบในการสุ่มตัวอย่างที่เป็นมาตรฐานเดียวกันหรือใกล้เคียงกันก็จะทำให้ผู้วิเคราะห์สามารถเชื่อมโยง เปรียบเทียบข้อมูลทำให้เกิดการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้นอย่างมหาศาลและทำให้เกิดการติดตามและประเมินผลกระทบจากนโยบายและมาตรการต่างๆ ได้มากขึ้น

จากวิเคราะห์ข้อมูลจากวรรณกรรมและการสัมภาษณ์พอสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดระบบการตรวจสอบติดตามเพื่อประเมินผลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายแอลกอฮอล์ได้ดังนี้

- 1) โดยธรรมชาติของการติดตามประเมินผล หากองค์กรหรือหน่วยงานผู้รับผิดชอบเป็นผู้ดำเนินการเองย่อมมีความสะดวกและมีประสิทธิภาพ เพราะย่อมทราบดีถึงข้อดี ข้อด้อยในการดำเนินงาน วิธีการที่เหมาะสมสำหรับการจัดเก็บข้อมูล และในบางกรณีมีข้อมูลเหล่านั้นอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามเนื่องจากหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายเกือบทั้งหมดเป็นหน่วยงานภาครัฐ การตรวจสอบ ติดตามเพื่อประเมินผลอย่างโปร่งใส อาจก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งผลประโยชน์ได้ เช่น ผู้บริหารย่อม



ไม่ต้องการให้มีการรายงานผลการประเมินที่ระบุว่าหน่วยงานตนเองด้อยประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายใดๆ กล่าวคือนอกจากขาดแรงจูงใจให้หน่วยงานภาครัฐทำการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างจริงจังแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดปัญหาแก่หน่วยงานเหล่านั้นเสียเอง

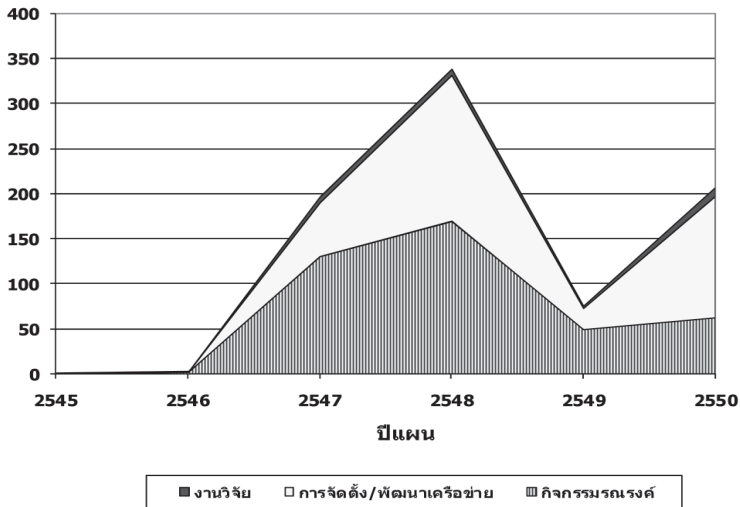
- 2) การขาดระบบเพื่าระวังและตรวจสอบที่เข้มแข็งจากบุคคลภายนอกหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากองค์กรวิชาการและภาคประชาชน เนื่องจากนักวิชาการที่สนใจเรื่องแอลกอฮอล์มีจำนวนน้อยในประเทศไทย ในขณะที่มีงานจำนวนมากทั้งที่เกี่ยวข้องและมีเกี่ยวข้องกับการติดตามและประเมินผลที่ต้องการนักวิจัย จึงทำให้ขาดนักวิจัยที่จะทำงานประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในระยะยาว นอกจากนี้ผู้ให้ทุนวิจัยและนักวิชาการส่วนใหญ่มักมีความสัมพันธ์ในระดับบุคคล การตรวจสอบและติดตามประเมินผลอาจเกิดอคติได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น นักวิชาการผู้ประเมินเข้าใจและเห็นใจข้อจำกัดของผู้ถูกประเมิน หรือเกิดความเกรงใจผู้ถูกประเมิน

การตรวจสอบจากองค์กรภาคประชาชนยังไม่มี ความเข้มแข็ง เพราะบทบาทขององค์กรภาคประชาชนในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับนโยบายแอลกอฮอล์จะเน้นบทบาทของการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันนโยบายมากกว่าการติดตามและตรวจสอบหน่วยงานที่ดำเนินนโยบายหรือบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้ด้วยธรรมชาติของการดำเนินงานเพื่อการเคลื่อนไหวสังคมจะเป็นงานเชิงอุปถัมภ์ (ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ได้ประโยชน์) ขณะที่งานตรวจสอบและประเมินผลเป็นภารกิจที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการขัดผลประโยชน์หรือกระทบกระทั่งระหว่างผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินจึงมีองค์กรภาคประชาชนจำนวนน้อยที่สนใจงานดังกล่าว

- 3) ขาดทรัพยากรสำหรับการติดตามและประเมินผล ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐขาดแรงจูงใจในการติดตามและประเมินผลทำให้มักไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้ ขณะที่องค์กรแหล่งทุนอื่นๆ เช่น สสส. หรือ ศวส. ยังไม่จัดสรรงบประมาณเพื่อการติดตามและประเมินผลอย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างของการทบทวนการจัดสรรงบประมาณที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจัดให้แก่โครงการที่มีมูลค่ามากกว่า 1 ล้านบาทในระยะเวลาตั้งแต่ก่อตั้ง สสส. ซึ่งพบว่างบประมาณส่วนใหญ่ถูกจัดสรรให้แก่โครงการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์

เพื่อสร้างความตระหนักแก่สังคมและงบประมาณในส่วนของการจัดตั้งและพัฒนา
เครือข่าย ขณะที่บสำหรับงานวิจัยซึ่งรวมถึงการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลยัง
จัดสรรในสัดส่วนที่ต่ำมาก

รูปที่ 5.4 สัดส่วนของงบประมาณที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจัดสรร
ให้แก่โครงการที่มีมูลค่ามากกว่า 1 ล้านบาท จำแนกตามประเภทของกิจกรรม
ล้านบาท



ที่มา: สสส. เรียบเรียงโดยนักวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

- 4) ขาดระบบเชื่อมโยงในการบริหารจัดการองค์ความรู้จากการตรวจสอบและ
ติดตามประเมินผลไปสู่การปรับใช้เชิงนโยบาย การติดตามประเมินผลจะได้ผลดี
ถ้ามีกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ในหมู่ผู้ดำเนินการประเมินผล และมีการ
นำความรู้ที่ได้ไปสู่การปรับใช้เชิงนโยบายซึ่งจะทำให้ผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน
มีความตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินผลในปัจจุบันผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย
ระบุตรงกันว่ายังขาดระบบบริหารจัดการกลางที่ทำหน้าที่ประสาน เชื่อมโยง
นักวิชาการ องค์กรภาคประชาชน หน่วยงานผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารสามารถ
เข้าถึงข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ ระดับผลสำเร็จของนโยบาย ซึ่งเป็นเรื่อง
เร่งด่วนที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการแก้ไขโดยเร็ว



5.2 บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง


การทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องพบว่า การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหน้าการจัดตั้งสสส. มักอยู่ในบทบาทขององค์กรภาคการเมืองในการออกกฎหมายและองค์กรภาคราชการในการบังคับใช้กฎหมายเป็นด้านหลัก ปัจจัยที่สำคัญสำหรับการขับเคลื่อนนโยบายในอดีตมักเกิดจากความสนใจเฉพาะบุคคลของผู้บริหารหรือเพื่อใช้นโยบายแอลกอฮอล์เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น การออกกฎหมายจำกัดอายุผู้ซื้อเพราะเป็นหนึ่งในมาตรการเพื่อคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชน หรือการขึ้นภาษีสรรพสามิตเพราะมาตรการด้านการคลังเพื่อเพิ่มรายได้เข้ารัฐ เป็นต้น มีส่วนน้อยที่จะเคลื่อนไหวเพื่อลดการบริโภคหรือควบคุมผลกระทบจากแอลกอฮอล์โดยตรง

ด้วยเหตุนี้เองจึงเป็นเหตุผลของการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2544 โดยได้รับบสนับสนุนจากร้อยละ 2 ของภาษีสุราและบุหรี่เพื่อดำเนินการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรภาคีต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและสังคมโดยรวม การดำเนินงานในช่วงแรกของ สสส. (ปี พ.ศ. 2544-2545) เป็นช่วงสั้นๆ เพราะ สสส. ถือกำเนิดขึ้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2544 ในระยะเริ่มต้น สสส. ระบุบทบาทหลักในการดำเนินงานไว้ดังนี้ [40] ว่า “สสส. เป็นองค์กรเร่งพัฒนาการ โดยใช้เงินทุนเป็นเครื่องมือ ไม่ถือบทบาทการให้ทุนเป็นบทบาทหลัก” ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่เน้นไปในด้านการเสริมสร้างสุขภาพ อาทิ การออกกำลัง การบริโภคที่ถูกต้องลักษณะ เป็นต้น

ส่วนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน 4 ประการ ที่กำหนดไว้ ได้แก่

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

จากยุทธศาสตร์ข้างต้น ได้ถูกแปรมาสู่ 11 แผนงานหลักเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สร้างปัจจัยหนุนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ โดยแผนงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาแอลกอฮอล์โดยตรงมี 2 แผนงาน ได้แก่ แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแผนงานสนับสนุนโครงการทั่วไปและนวัตกรรม



ในปี พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลก แถลงผลการจัดอันดับนักตี๋มจากทั่วโลก ระบุว่า ประเทศไทยจัดเป็นประเทศที่มีการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์สูงอันดับ 5 (เฉพาะเครื่องตี๋มประเภทเหล้า) ปราบกฏการณ์นี้เองนำไปสู่ข้อแนะนำจากวุฒิสภาในงานประชุมแถลงผลการทำงานของ สสส. [40] ซึ่งระบุว่า สสส. ควรดึงประเด็นการลดการบริโภคยาสูบ การตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและกีฬา ขึ้นเป็นแผนงานหลัก และเพิ่มแผนงานแต่ละปีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศ นอกจากนี้ คณะกรรมการกัลักรองการทำงานของ สสส. ได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีฝ่ายสังคัม ระบุให้ สสส. จัดระบบข้อมูลเพื่อติดตามประเมินสถานการณ์ด้านการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ขึ้น นำไปสู่การเกิดคณะกรรมการการควบคุมการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (คบอช.) ในเวลาต่อมา

บทบาทในปี พ.ศ. 2546 ที่ปรากฏเด่นชัด คือ สสส. ได้รวมเอาเครือข่ายภาคประชาชนเชื่อมประสานให้เกิดเป็น “เครือข่ายองค์กรงดเหล้า” (สคส.) อย่างเป็นทางการ โดยผลงานของ สคส. [41] มียุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อลดจำนวนนักตี๋มหน้าใหม่ สร้างองค์กรแม่แบบให้เป็นเขตปลอดแอลกอฮอล์ สร้างจิตสำนึก ค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่ เช่น สนุกได้โดยไม่พึ่งพาแอลกอฮอล์ ส่งเสริมให้แต่ละภาคีทำงานตามความถนัดในพื้นที่ทั่วประเทศ และทำงานประสานยุทธศาสตร์กับคณะอนุกรรมการด้านกฎหมายและวิชาการของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (คบอช.)

ปี พ.ศ. 2547 สสส. สนับสนุนกิจกรรมรณรงค์เพื่อลดการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ผ่านเครือข่ายองค์กรงดเหล้าและสร้างความตื่นตัวของสังคัมไทยจำนวนมาก [42] เช่น กลุ่มโน-นะ คลับ วัลร้อนไร้อแอลกอฮอล์ หรือเครือข่ายเยาวชนไม่นะเหล้าบุหรี สสส. จัดทำโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาและกฐินปลอดสุรา ร่วมกับเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ขับเคลื่อนงานรณรงค์เพื่อลดการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และสร้างกระแสเมาไม่ขับ รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างสมาชิกกับสมาชิกในภาคี อาทิ หมออนามัย กลุ่มพัฒนาระบบฐานข้อมูล กลุ่มเครือข่ายพระสงฆ์ กลุ่มเยาวชนวัยมันรู้ทันแอลกอฮอล์ กลุ่มเพื่อนหญิง เป็นการดำเนินการในลักษณะของทีมงาน ซึ่งทำงานใกล้ชิดมากขึ้นและสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น [43]

จากข้อมูลของ สสส. พบว่า ในปี พ.ศ. 2547 มีโครงการที่ สสส. ดำเนินการเพื่อลดการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมาก ทั้งที่ สสส. ดำเนินการเองและดำเนินการผ่านภาคีเครือข่ายต่างๆ และขยายกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานซึ่งนอกจากกลุ่มเยาวชน สตรีและ



เด็กแล้ว ยังมุ่งเน้นกลุ่มอาชีพ กลุ่มชาติพันธุ์ และกลุ่มผู้สูงอายุด้วย โดยในปีนี้เครือข่ายองค์กรงดเหล้าดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

- 1) ลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ (นักดื่มหน้าใหม่คือ กลุ่มเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี)
- 2) สร้างองค์กรแม่แบบให้เป็นเขตปลอดแอลกอฮอล์
- 3) สร้างจิตสำนึก ค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่ เช่น สนุกได้โดยไม่พึ่งพาแอลกอฮอล์
- 4) ส่งเสริมให้แต่ละภาคีทำงานตามความถนัดในพื้นที่ทั่วประเทศ

ที่สำคัญในปี พ.ศ.2547 สสส.ร่วมมือกับกรมสุขภาพจิตและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้จัดตั้งศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ซึ่งมีภารกิจสำคัญคือ 1) จัดทำฐานข้อมูลองค์ความรู้ เรื่องการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุรา 2) ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้และเครือข่ายนักวิจัยเพื่อการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุรา 3) ดำเนินการวิจัยและประเมินผลนโยบาย ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุรา 4) ดำเนินการ/สนับสนุนการดำเนินการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการควบคุมป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุรา

ในระยะเวลา 2 ปี (ระหว่างปี พ.ศ.2547-2549) ศูนย์วิจัยปัญหาสุราได้สนับสนุนให้เกิดงานวิจัยจำนวน 38 โครงการ ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 คือสร้างความรู้และเครือข่ายนักวิชาการและผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิชาการ โดยมีลักษณะงานคือการวิจัยสถานการณ์และทบทวนองค์ความรู้ด้านผลกระทบ อุปทาน อุปสงค์ การควบคุมการบริโภคสุรารทั้งในและต่างประเทศ ศึกษาพฤติกรรมการดื่มและแบบแผนการดื่ม ทำหน้าที่วิจัยจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการดำเนินการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุรา [44]

ปี พ.ศ. 2548-2549 [45, 46] บทบาทของสสส.ดำเนินควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนประเด็นด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [47] โดยผ่านกระบวนการดังนี้

- การใช้กิจกรรมด้านสื่อและการรณรงค์ สสส.สนับสนุนให้มีการผลิตสื่อรณรงค์ประเภทต่างๆที่มุ่งเน้นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเผยแพร่ต่อสาธารณชนอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สื่อโทรทัศน์ สื่อวิทยุ บิลบอร์ด สื่อกิจกรรม สื่อเฉพาะกิจ ฯลฯ

- การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการขับเคลื่อน สสส. มีการขยายความร่วมมือต่างๆ กับสถาบันสื่อมวลชน อาทิ รายการบันเทิง รายการกีฬา สถานีโทรทัศน์ช่องต่างๆ ฯลฯ รวมทั้งผู้มีอำนาจในการปรับใช้กฎหมาย เพื่อผลักดันให้เกิดมาตรการกับโฆษณาแฝงที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ต่างๆ
- การขยายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อมวลชน โดยมีบทบาทเป็นแหล่งข่าวในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ผ่านหนังสือพิมพ์
- การพัฒนาระบบสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ สายด่วนเลิกเหล้า

กล่าวโดยสรุปพบว่าการจัดตั้ง สสส. เกิดประโยชน์อย่างมากต่อการดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคและผลกระทบจากแอลกอฮอล์ ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นจุดกำเนิดของเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนในและต่างประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เช่น ด้านอุบัติเหตุ ด้านศาสนา ด้านสังคมและครอบครัว ที่เคยอยู่อย่างกระจัดกระจาย ขาดความเชื่อมโยง ให้สามารถรวมเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีพันธกิจและแนวทางที่ชัดเจน
- 2) เป็นแหล่งทุนสำคัญ สำหรับการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายทั้งด้านการวิจัย การพัฒนารูปแบบ การให้ความรู้ จนถึงการดำเนินกิจกรรมในระดับชุมชน แหล่งทุนของ สสส. มีความคล่องตัวกว่าการใช้เงินจากระบบงบประมาณของภาครัฐอื่นๆ
- 3) สสส. สนับสนุนให้เกิดองค์กรสำคัญ คือ ศูนย์วิจัยปัญหาสุราและคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ(คบอช.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาในเรื่องแอลกอฮอล์ (รูปภาพที่ 5.6) ซึ่งประกอบไปด้วย [48]

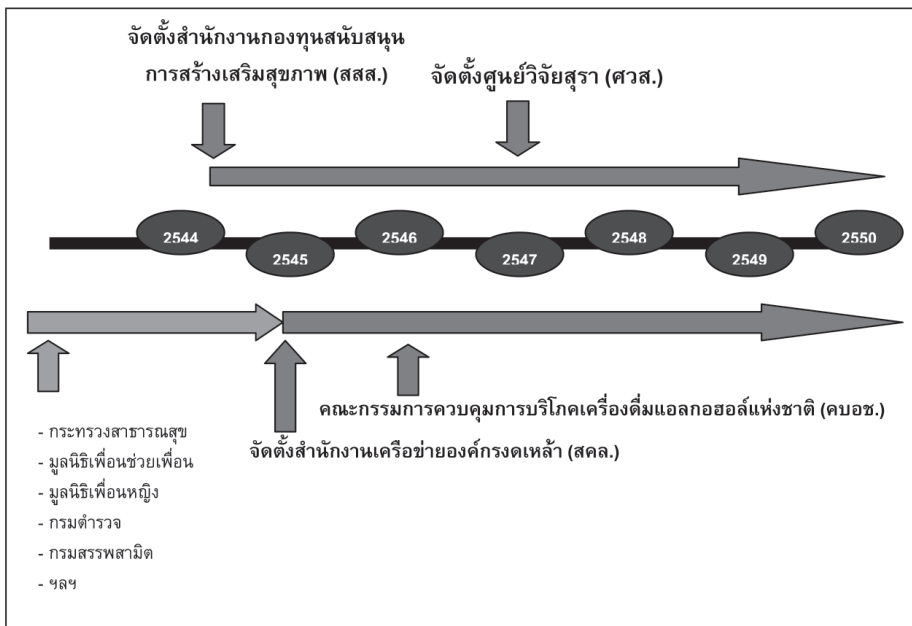
3.1) การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการรณรงค์และสนับสนุนนโยบาย (พลังสังคม) ซึ่งก่อให้เกิดการระดมพลังในลักษณะเครือข่ายที่มีอุดมการณ์และเป้าหมายร่วมของคนในสังคม เกิดพลังผลักดันที่ยิ่งใหญ่ในการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

3.2) การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร (พลังปัญญา) ได้แก่การขยายพื้นที่ทางปัญญา อย่างกว้างขวาง ให้มีองค์ความรู้อย่างพอเพียงจากทุกภาคส่วนของสังคม รวมทั้งพัฒนาความรู้ต่อเนื่องให้เท่าทันสถานการณ์ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบท ประกอบกับกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของฝ่ายต่างๆ ทำให้ก่อให้เกิดพลังทางปัญญาที่ยิ่งใหญ่ในการสร้างเสริมสุขภาพ



3.3) การพัฒนานโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย (พลังการเมือง) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับมหภาคหรือเกิดนโยบายสาธารณะโดยได้รับการสนับสนุนอย่างถูกต้องและเหมาะสมและส่งเสริมจากพลังสังคมและพลังปัญญา

รูปที่ 5.5 แสดงวิวัฒนาการของการจัดตั้งองค์กรเครือข่ายที่สำคัญของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์



ซึ่งตามยุทธศาสตร์นี้ศูนย์วิจัยปัญหาสุราถูกตั้งบทบาทให้ทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) ทำหน้าที่ในการเคลื่อนไหวสร้างความตระหนักแก่สังคม และ คบอช. ทำหน้าที่ในการผลักดันเชิงนโยบาย (รูปภาพที่ 5.6)

4) สสส. ประสบความสำเร็จอย่างมากในการสร้างความตระหนักให้แก่สังคมถึงผลด้านลบของแอลกอฮอล์ และสร้างค่านิยมในการต่อต้านแอลกอฮอล์ ทั้งผ่านสื่อมวลชนและการเคลื่อนไหวเฉพาะกิจ เช่น โครงการ “เมาไม่ขับ” “เลิกจนเลิกเหล้า” “งดเหล้าเข้าพรรษา” โครงการ “รับน้องปลอดเหล้า” ซึ่งทำให้ สสส. มีภาพลักษณ์ที่ดีกับสังคมในวงกว้าง

5) สสส. และเครือข่ายประสบความสำเร็จในการผลักดันกฎหมายและนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญ เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ซึ่งจำกัดอายุผู้ซื้อและดื่มสุราไม่ให้ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ กฎหมายห้ามร้านค้าปลีกขายสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งอยู่ในบริเวณสถานศึกษาและบริเวณที่ต่อเนื่องกับสถานศึกษา ศาสนสถาน และในสถานบริการ น้ำมันดีเซลคณะรัฐมนตรีห้ามเผยแพร่สปอตโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือสปอตโฆษณาของบริษัทผู้ผลิตในช่วงเวลาระหว่าง 05.00 ถึง 22.00 นาฬิกา

รูปที่ 5.6 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สร้างองค์ความรู้



สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา



การเคลื่อนไหวกองกำลัง



นโยบายและการบังคับใช้

Community, Bali, 4-6 October 2007




อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมาของ สสส.และเครือข่ายยังมีจุดอ่อนที่ควรได้รับการพิจารณาดังนี้

1) หากพิจารณาจากยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ สสส. จะพบว่าน้ำหนักของการดำเนินงานที่ผ่านมาของ สสส. และเครือข่ายจะมุ่งเน้นกิจกรรมเพื่อผลักดันนโยบายและงบประมาณเพื่อการรณรงค์สร้างความตระหนักแก่สังคม (รูปที่ 5.4) อย่างไรก็ตามพบว่ามีความจำเป็นที่ต้องสร้างความสมดุลระหว่างสององค์ประกอบที่เหลือของสามเหลี่ยม ได้แก่ การสร้างองค์ความรู้และการบังคับใช้กฎหมายหรือนโยบายที่ได้ประกาศใช้ไปแล้วรวมถึงการประเมินว่ามาตรการต่างๆ มีประสิทธิภาพต่อการควบคุมและลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากน้อยเพียงใดซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ายังไม่มีการทำงานอย่างจริงจังจาก สสส.และเครือข่าย

2) หากพิจารณาจากกรอบการประเมิน “ความสำเร็จของนโยบาย” ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นก็จะพบข้อสังเกตคล้ายคลึงเช่นกันว่า สสส. และเครือข่ายอาจมีความจำเป็นที่ต้อง 2.1) เข้ามาเสริมสร้างความเข้มแข็งในการสร้างองค์ความรู้เพื่อการคัดเลือกนโยบายที่เหมาะสม 2.2) ผลักดันให้หน่วยงานราชการที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2.3) สร้างระบบการติดตามตรวจสอบสถานการณ์การบริโภค ผลกระทบและสัมฤทธิ์ผลของนโยบายต่างๆ ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

3) บทบาทของสสส.กับการเคลื่อนไหวและดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ ซึ่งโดยหลักการสสส.กำหนดบทบาทของตนเองไว้เป็น “น้ำมันหล่อลื่น” กล่าวคืออยู่นอกกลไกสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เป็นเพียงผู้กระตุ้นให้หน่วยงานหลักขับเคลื่อนไปได้อย่างลงตัว อย่างไรก็ตามจากการวิจัยพบว่าภาพลักษณ์ของสสส.จากบุคคลภายในและนอกเครือข่ายกับพบว่า สสส.ดำเนินการเคลื่อนไหวในเรื่องต่างๆค่อนข้างมากจนเกือบจะกลายเป็นผู้เล่นหลักเสียเองซึ่งส่งผลให้ตนเองกลายเป็นเป้าใหญ่จากกลุ่มผู้เสียผลประโยชน์และลดความน่าเชื่อถือด้านความเป็นกลางในมุมมองของสังคม

4) การดำเนินงานระหว่าง สสส.กับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีในวงจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานภาครัฐการนอกกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นเพราะ



บุคลากรของ สสส.และเครือข่ายมีพื้นฐานจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ จึงมีความเข้าใจวัฒนธรรมภายในกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าหน่วยงานรัฐบาลอื่นๆ อย่างไรก็ตามจากการวิจัยพบว่าการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์จะไม่สามารถบรรลุได้หากขาดความร่วมมือจากองค์กรภาครัฐอื่นๆ จึงเป็นภารกิจที่ท้าทาย สสส.ในการสร้างความสัมพันธ์เข้าใจวัฒนธรรมและวิธีการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น

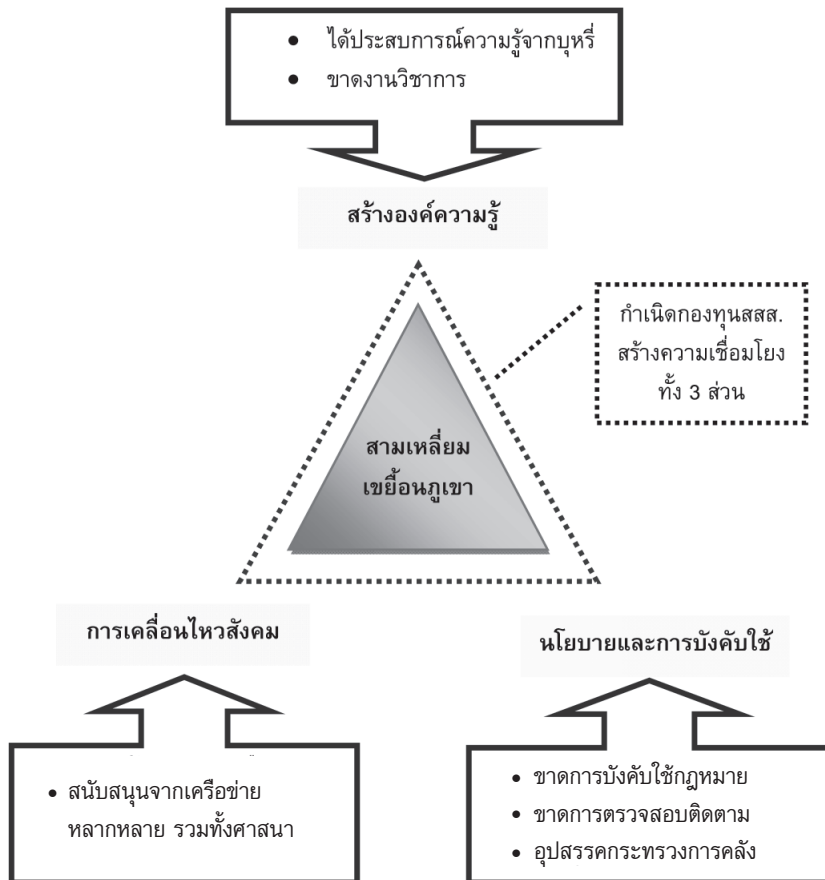


บทที่ 6

ปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรค

ในบทนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่สนับสนุนและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการเลือก-ใช้ บังคับใช้ และติดตามประเมินผลของนโยบายแอลกอฮอล์ที่ได้แสดงในกรอบของการศึกษาในเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยได้สังเคราะห์จากข้อมูลที่ได้ทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ดังรูปที่ 6.1

รูปที่ 6.1 ปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคของการขับเคลื่อนเรื่องแอลกอฮอล์





6.1 ปัจจัยสนับสนุน

6.1.1 จากความสำเร็จของการควบคุมการบริโภคบุหรี่ปในประเทศไทยและในระดับนานาชาติ [49] พบว่าผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการสำหรับการควบคุมปัญหาบุหรี่หลายท่านกลายเป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับแกนนำ โดยใช้องค์ความรู้และประสบการณ์จากเรื่องบุหรี่ประยุกต์ใช้กับนโยบายแอลกอฮอล์ เช่น มาตรการจำกัดอายุผู้บริโภคซึ่งมีกฎหมายห้ามจำหน่ายทั้งบุหรี่ปและสุราแก่เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มาตรการจำกัดการโฆษณาและการส่งเสริมการขายซึ่งในกรณีของบุหรี่ปตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีการห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการขายทุกรูปแบบตลอด 24 ชั่วโมง ขณะที่ประกาศกรมประชาสัมพันธ์ พ.ศ.2546 ควบคุมเวลาการโฆษณาทางวิทยุและโทรทัศน์เครื่องตีแอลกอฮอล์ในระหว่างเวลา 5 ถึง 22 นาฬิกา และควบคุมเนื้อหาการโฆษณาโดยให้โฆษณาได้เฉพาะภาพลักษณ์ ระหว่างเวลา 22 ถึง 5 นาฬิกา

อย่างไรก็ตามสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถเป็นเครื่องยืนยันความสำเร็จของการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์เพราะความแตกต่างระหว่างบุหรี่ปและแอลกอฮอล์มีอยู่มาก เช่น สังคมส่วนใหญ่ตระหนักอย่างชัดเจนถึงผลเสียของบุหรี่ปทั้งด้านสุขภาพและสังคมโดยแทบปราศจากข้อดีในทางตรงกันข้ามความรับรู้ของสังคมต่อเรื่องของเครื่องตีแอลกอฮอล์กลับพบว่า มีกลุ่มคนบางส่วนในสังคมมองเห็นประโยชน์ไม่ว่าด้านสุขภาพ (ซึ่งในบางกรณีอาจลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือเบาหวาน เป็นต้น หากมีการบริโภคในปริมาณและลักษณะที่จำกัด) หรือประโยชน์ด้านสังคมต่อการสนทนาทางธุรกิจหรือกิจกรรมสังสรรค์ นอกจากนี้ยังพบว่าขนาดของตลาดและจำนวนผู้เกี่ยวข้องในธุรกิจแอลกอฮอล์มีขนาดใหญ่กว่าบุหรี่ปมากซึ่งย่อมทำให้เกิดแรงต้านมากขึ้นตามมา

6.1.2 การถือกำเนิดของสสส.ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนร้อยละ 2 ของภาษีบุหรี่ปและแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เกิดหน่วยงานที่มีหน้าที่ป้องกันและควบคุมผลกระทบจากการบริโภคเครื่องตีแอลกอฮอล์ที่ชัดเจน (ซึ่งไม่มีก่อนหน้านี้) นอกจากนี้ สสส.ยังมีความสำคัญในฐานะเป็นแหล่งทุน เพื่อขับเคลื่อนลดการบริโภคและผลกระทบจากแอลกอฮอล์ และด้วยพันธกิจดังกล่าวกลายเป็นข้อได้เปรียบของ สสส.และเครือข่ายในด้านภาพลักษณ์ของการทำงานเพื่อส่วนรวมทำให้ได้รับการสนับสนุนและเกิดความน่าเชื่อถือต่อคนในสังคมในเรื่องของผลประโยชน์ทับซ้อน



6.1.3 การมีเครือข่ายผู้สนับสนุนนโยบายแอลกอฮอล์ในวงกว้าง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจในหลายด้าน ทั้งปัญหาครอบครัว ความยากจน การศึกษา สุขภาพและแรงงานในระบบเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดเครือข่ายการทำงานด้านแอลกอฮอล์ในเกือบทุกภาคส่วนของสังคม เช่น ในระบบสุขภาพ (เครือข่ายลดอุบัติเหตุฯ เมาไม่ขับ มูลนิธิหมออนามัย) ศาสนา (โครงการงดเหล้าเข้าพรรษาและกฐินปลอดสุรา) การศึกษาและเยาวชน (โครงการรับน้องปลอดเหล้า วัยรุ่นไร้แอลกอฮอล์) ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้การเคลื่อนไหวเชิงนโยบายหรือการสร้างความตระหนักในสังคมทำได้ง่ายกว่าเรื่องบุหรี่หรือปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่นๆ ที่สสส.ให้ความสนใจ


6.1.4 ปัจจัยด้านศาสนา เนื่องจากศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามซึ่งเป็นศาสนาที่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศนับถือมีข้อห้ามอย่างชัดเจนเรื่องของการงดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นจึงเป็นสำนึกของศาสนิกชนส่วนใหญ่ต่อภาพลักษณ์ในด้านลบของแอลกอฮอล์การเคลื่อนไหวหลายครั้งในอดีตและปัจจุบันเพื่อต่อต้านอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ได้ใช้องค์กรทางศาสนาเป็นตัวขับเคลื่อนซึ่งได้ประสิทธิผลที่ดี เช่น การต่อต้านการนำธุรกิจแอลกอฮอล์เข้าตลาดหุ้นในประเทศ

6.2 ปัญหาและอุปสรรค

สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ ได้แก่

6.2.1 นโยบายการคลัง การที่ภาษีสรรพสามิตเป็นรายได้แหล่งสำคัญหนึ่งของรัฐบาล ทำให้ผู้บริหารระดับสูงในเกือบทุกยุคทุกสมัยไม่ต้องการใช้นโยบายภาษีในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง ในทางกลับกันในบางครั้งกลับใช้นโยบายภาษีเป็นเครื่องมือในการเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐบาล นโยบายต่างๆที่ต้องการลดจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเปรียบเสมือนการลดลงของรายได้ของรัฐบาลนั่นเอง ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นที่ต้องควบคุมการบริโภคหากผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากกว่ารายรับที่รัฐบาลจัดเก็บได้จากภาษีสรรพสามิต

6.2.2 การขาดงานวิชาการเพื่อช่วยเหลือผู้เกี่ยวข้องในการเลือกกำหนดใช้นโยบายที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยหรืองานวิจัยเพื่อค้นหาปัญหาและนโยบายใหม่ๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการวิจัยพบว่า องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างองค์ความรู้ ได้แก่ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ยังไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ เพราะต้องปฏิบัติภารกิจหลายด้าน รวม



ทั้งการผลักดันนโยบายและเคลื่อนไหวสังคม และขาดเครือข่ายและนักวิจัยที่มีความสามารถและสนใจในการทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับนักวิจัยอิสระและนักวิชาการจากสถาบันการศึกษาในประเทศไทยมีจำนวนน้อยมากที่สนใจทำการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุร่าอย่างจริงจังและต่อเนื่อง รวมทั้งขาดการมองเห็นประเด็นในภาพรวมทำให้ผลงานวิจัยไม่สามารถนำไปใช้ในการผลักดันนโยบายที่สำคัญระดับชาติ

6.2.3 ปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้วยองค์กรที่ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมการปกครอง กรมสรรพสามิต และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทั้งหมดเป็นหน่วยงานของรัฐนั้น ขาดความเข้มแข็ง ขาดกำลังคน/ทรัพยากร/เทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงาน ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคลากรในหน่วยงานขาดแรงจูงใจ ไม่มีความรู้/ทักษะในการบังคับใช้กฎหมาย นโยบายหรือมาตรการบางอย่างมีความขัดแย้งกันเอง รวมถึงขาดระบบการตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมาย ทั้งจากภาครัฐและประชาชน จากการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องเห็นปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมายเป็น**ปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนที่สุด** ซึ่งควรมีการสร้างความร่วมมือจากหลายฝ่ายและใช้หลายวิธีในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย

6.2.4 ขาดระบบการตรวจสอบ ติดตามเพื่อประเมินผลสำเร็จของมาตรการต่างๆที่ได้ดำเนินการ ทำให้ผู้กำหนดและบังคับใช้นโยบายไม่ทราบสถานการณ์ ผลสำเร็จ ความล้มเหลวของการดำเนินงาน เช่น เมื่อมีการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อสุร่า ก็ไม่มีการสำรวจความเปลี่ยนแปลงด้านอายุของผู้ซื้อหรือการกำหนดสถานที่จำหน่ายสุร่าที่มีให้มีการจำหน่ายในร้านค้าสะดวกซื้อที่อยู่ภายในสถานีจำหน่ายน้ำมันก็ไม่มีการสำรวจความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการซื้อแอลกอฮอล์อันเนื่องมาจากการออกกฎหมายดังกล่าวเช่นเดียวกับการขาดระบบการติดตามและประเมินผลของนโยบายการเปิดเสรีการค้าสุร่าและการปรับลดอัตราสุร่าพื้นบ้านหรือข้อมูลความครอบคลุมของผู้ติดสุร่าเรื้อรังที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลจากสาเหตุดังกล่าวทำให้เกิดขบวนการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์และยุทธศาสตร์ในการลดปัญหาจากแอลกอฮอล์ จากการวิจัยพบว่าขาดระบบและข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับติดตามและประเมินผลนโยบายที่ได้มีการกำหนดใช้

นอกจากนี้ระบบการสำรวจในปัจจุบันที่มีอยู่ยังไม่เอื้ออำนวยให้มีการนำข้อมูลมาใช้เชื่อมโยงหรือเปรียบเทียบกันได้ในทั้งที่ในความเป็นจริงในแต่ละการสำรวจซึ่งวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันย่อมมีประเภทของข้อมูลและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลแตกต่างกันซึ่งหากมีการใช้ชุดของข้อ



ถามบางอย่างที่เป็นมาตรฐาน เช่น ข้อถามเพื่อระบุอายุ เพศ เศรษฐฐานะ หรือการถามเพื่อระบุปริมาณในการดื่มหรือมีการกำหนดกรอบในการสูบบุหรี่ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันหรือใกล้เคียงกันก็จะทำให้ผู้วิเคราะห์สามารถเชื่อมโยง เปรียบเทียบข้อมูลทำให้เกิดการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้นอย่างมหาศาลและทำให้เกิดการติดตามและประเมินผลกระทบจากนโยบายและมาตรการต่างๆ ได้มากขึ้น

ประการสำคัญคือการสร้างความตระหนักแก่องค์กรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้เห็นความสำคัญของระบบติดตามและประเมินผล เพราะที่ผ่านมามักถูกละเลยทั้งจากองค์กรภาคการเมืองทั้งที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย และมีข้อจำกัดสำหรับองค์กรภาคราชการที่เป็นผู้บังคับใช้นโยบาย ซึ่งอาจเกิดปัญหาด้านอคติในการติดตามและประเมินผล

6.2.5 ขาดกระแสสนับสนุนและแรงกดดันจากต่างประเทศ ซึ่งในกรณีของบุหรี่พบว่าได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกเกิดการร่างกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ โดยคณะเจรจาระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ผ่านการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 56 ปี 2546 สนธิสัญญาความร่วมมือว่าด้วยการควบคุมบุหรี่ (WHO-FCTC) ฉบับนี้ ถือเป็นข้อตกลงครั้งประวัติศาสตร์เริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 โดยมี 225 ชาติ ร่วมลงนามในข้อตกลง วัตถุประสงค์ของอนุสัญญาดังกล่าว “เพื่อคุ้มครองมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคตให้ปลอดภัยจากผลร้ายของการบริโภคยาสูบไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านสุขภาพด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจ โดยจัดให้มีกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบซึ่งภาคีจะบังคับใช้มาตรการดังกล่าวทั้งในระดับชาติระดับภูมิภาคและระดับนานาชาติ” (ร่างกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ, 2546)

จะเห็นได้ว่าสนธิสัญญาความร่วมมือว่าด้วยการควบคุมบุหรี่เป็นกุญแจสำคัญของการแก้ไขปัญหาบุหรี่ในระดับชาติและระดับโลกอย่างไรก็ตามอาจเป็นการยากที่จะเห็นสิ่งที่คล้ายกับสนธิสัญญานี้ในเรื่องของแอลกอฮอล์ทั้งนี้เพราะแอลกอฮอล์อาจไม่ได้เป็นปัญหาสำคัญของประเทศพัฒนาแล้วเนื่องจากประเทศเหล่านั้นมีระบบการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดและมีประสิทธิภาพมากกว่าประเทศกำลังพัฒนาซึ่งรวมถึงประเทศไทย



บทที่ 7

ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์

ในบทสุดท้ายนี้ นักวิจัยทำการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดจากบทที่ 2 ถึงบทที่ 6 เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหารและนักวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ปฏิบัติงานใน สสส. และเครือข่าย ทั้งนี้ข้อเสนอแนะเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพในการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ซึ่งบางกรณีอาจมีความก้าวหน้าหรือ ประสบล้มเหลวอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ข้อเสนอต่างๆ เหล่านี้วางอยู่บนข้อมูลพื้นฐานหลายส่วนที่สำคัญ ได้แก่ สถานการณ์และแนวโน้มด้านอุปสงค์และอุปทานของแอลกอฮอล์ นโยบายแอลกอฮอล์ทั้งการ เลือกใช้และการบังคับใช้ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

ข้อเสนอแนะที่จัดทำขึ้นนี้สามารถจำแนกได้ตามกรอบของการวิเคราะห์เชิงนโยบายที่ผู้วิจัยได้ กำหนดไว้ ได้แก่ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้นโยบาย การบังคับใช้นโยบาย และการติดตาม และประเมินผลนโยบาย ในส่วนสุดท้ายผู้วิจัยเสนอข้อแนะนำโดยกว้าง (Cross cutting themes) ซึ่งสามารถปรับใช้ได้ทั้งการเลือกใช้นโยบาย การบังคับใช้ และการติดตามและ ประเมินผล

7.1 สรุปสถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์และนโยบายแอลกอฮอล์ในปัจจุบันและอนาคต

สถานการณ์ด้านอุปสงค์ พบว่า ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมจะ ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในอนาคตอันใกล้เช่นเดียวกับในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามหาก พิจารณาในรายละเอียดจะพบว่า ความชุกของการดื่มสุราโดยเฉพาะสุราขาวและสุราพื้น บ้านอาจมีแนวโน้มค่อยๆ ลดลงในอนาคต ทั้งนี้เพราะผู้ดื่มหน้าใหม่มักเป็นผู้ดื่มที่มีระดับ การศึกษาโดยเฉลี่ยสูงขึ้นและมีรายได้มากขึ้นซึ่งมีรสนิยมในการดื่มที่แตกต่างจากกลุ่มที่มี การศึกษาต่ำกว่าและรายได้น้อยกว่ารวมถึงการลงทุนของธุรกิจแอลกอฮอล์ข้ามชาติและการ เปิดเสรีทางการค้ากับประเทศต่างๆ จะส่งผลให้เบียร์ สุราสีและสุรานำเข้าจากต่าง ประเทศรวมถึงไวน์มีแนวโน้มการบริโภคเพิ่มขึ้นและเพิ่มสัดส่วนของการตลาดจากสุราขาวซึ่ง ครองสัดส่วนการตลาดกว่าครึ่งของสถานการณ์ปัจจุบัน



ประชากรชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 25-50 ปีจะมีสัดส่วนการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด ขณะที่ประชากรอายุระหว่าง 20-24 ปีซึ่งมีความชุกของการดื่มรองลงมามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้ว่าประชากรเพศชายยังมีสัดส่วนของการบริโภคมากกว่าเพศหญิงแต่สัดส่วนดังกล่าวจะค่อยๆ ลดลงเพราะการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศหญิงจะเพิ่มสูงขึ้นจากกลยุทธ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์ที่พยายามสร้างและทำการตลาดสำหรับผลิตภัณฑ์เฉพาะสตรี


ด้านอุปทานร้านค้าหรือร้านสะดวกซื้อจะเป็นแหล่งจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญมากกว่าร้านอาหารและสถานบันเทิงซึ่งอาจทำให้การควบคุมบังคับใช้กฎหมายเป็นได้ภายในแง่ของความชัดเจน การมีฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์(ในบางแห่ง) และความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เช่น ในการออกมาตรการสำหรับจำกัดการเข้าถึงที่ไม่อนุญาตให้ร้านค้าจำหน่ายแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาการตรวจสอบอาจทำได้ด้วยการใช้ฐานข้อมูลของร้านค้าเหล่านั้นที่มีอยู่แล้วในการตรวจสอบ เป็นต้น

เนื่องจากธุรกิจแอลกอฮอล์มีขนาดใหญ่กลยุทธ์ทางการตลาดรวมถึงการโฆษณาประชาสัมพันธ์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีมากขึ้น หลากหลายขึ้น เจาะจงเฉพาะกลุ่มมากขึ้น นโยบายจำกัดการโฆษณาจะบีบให้ธุรกิจแอลกอฮอล์ใช้กลยุทธ์ทางการตลาดในลักษณะแอบแฝงมากขึ้น เช่น สนับสนุนกิจกรรมทางสังคมหรือองค์กรส่วนท้องถิ่น สนับสนุนกีฬาในต่างประเทศ

จะมีการรวมตัวของกลุ่มธุรกิจที่เกี่ยวข้องในการรักษาผลประโยชน์ของตน ทั้งในและต่างประเทศเพื่อป้องกันการออกนโยบายแอลกอฮอล์ที่เด็ดขาดเช่นในกรณีของบาหลี ได้แก่ การห้ามโฆษณาประชาสัมพันธ์ในสื่อทุกชนิด การกำหนดพื้นที่ปลอดบาหลี ทั้งนี้เพราะธุรกิจแอลกอฮอล์ได้รับบทเรียนอันดีจากความล่าช้าและขาดประสิทธิภาพของธุรกิจบาหลีในอดีต

7.2 ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้นโยบาย

การเลือกใช้นโยบายเป็นภารกิจที่มีความท้าทายมากที่สุดในกลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยมีหน่วยงานหลายส่วนให้ความสนใจในการดำเนินกิจกรรมเพื่อผลักดันนโยบาย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเล็งเห็นข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจึงสังเคราะห์ข้อเสนอแนะแก่ สสส. และเครือข่ายดังนี้



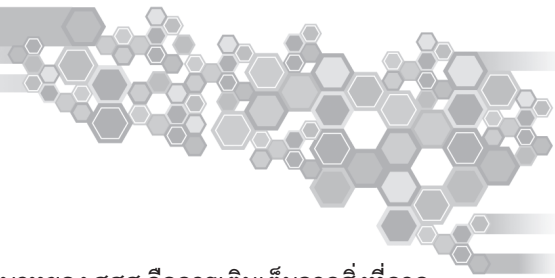
7.2.1 สสส.และเครือข่ายโดยเฉพาะศูนย์วิจัยปัญหาสุราต้องเน้นการสร้างองค์ความรู้เพื่อเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์ เน้นการทำงานที่หวังผลในระยะยาวซึ่งพร้อมที่จะผลักดันเมื่อมีโอกาส หรือทำงานวิชาการเพื่อค้นหาปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ การดำเนินงานที่ผ่านมาโดยใช้ประสบการณ์จากกรณีของบุนหรีและประสบการณ์ต่างประเทศเป็นเรื่องดี อย่างไรก็ตามจะเกิดข้อจำกัดหลายประการในระยะยาว เพราะบริบทที่แตกต่างกันของบุนหรีและแอลกอฮอล์และการปรับตัวของธุรกิจแอลกอฮอล์ซึ่งได้รับบทเรียนจากอุตสาหกรรมบุนหรีบทเรียนจากต่างประเทศในหลายกรณีก็ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยได้เพราะปัญหาของแอลกอฮอล์มีความซับซ้อนและผูกพันกับบริบททางสังคมและเศรษฐกิจซึ่งแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน

7.2.2 หาก สสส.ต้องการเดินตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ตนเองได้กำหนดไว้ในกรณีของแอลกอฮอล์ ตามรูปภาพที่ 6.1 ซึ่ง สสส. ควรเป็นผู้สนับสนุนกลไกมากกว่าจะเป็นผู้เล่นหลัก สสส.ควรปรับลดบทบาทในการผลักดันนโยบายเพื่อลดกระแสต้านและรักษาความภักดิ์ขององค์กรทั้งนี้คณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (คบอช.) ควรทำหน้าที่หลักในการผลักดันนโยบายแอลกอฮอล์ โดยอาศัยการสนับสนุนด้านองค์ความรู้จากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และการประสานงานจาก สสส. และเครือข่าย

7.2.3 ปรับปรุงองค์ประกอบและกลไกการทำงานของ คบอช. ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะในปัจจุบันการทำงานของ คบอช.อิงอยู่กับระบบการดำเนินงานแบบภาคราชการ คณะกรรมการส่วนใหญ่ได้รับการแต่งตั้งตามตำแหน่งดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องต้องพิจารณาปรับปรุงกลไกการทำงานที่สามารถสร้างแรงจูงใจแก่คณะกรรมการและฝ่ายเลขานุการเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (อาจเป็นโจทย์ของงานวิจัยที่สำคัญในอนาคตอันใกล้)

7.3 ข้อเสนอนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้นโยบาย

การบังคับใช้กฎหมายซึ่งเป็นจุดอ่อนที่สุดของระบบจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้องและ สสส.และเครือข่ายยังมีบทบาทน้อยมากยกเว้นกรณีการดำเนินงานร่วมกับกรมควบคุมโรคซึ่ง




ยังจำกัดอยู่ในวงแคบเฉพาะเรื่อง ซึ่งหากมองว่าบทบาทของ สสส.คือการเติมเต็มจากสิ่งที่ภาครัฐไม่สามารถจัดการได้ดี จึงเป็นภารกิจที่ท้าทาย สสส.และเครือข่าย ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

7.3.1 ให้ สสส.และเครือข่ายเร่งสร้างความสัมพันธ์และภารกิจร่วมกับหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย เช่นสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม (ดังเช่นที่ดำเนินโครงการร่วมกับกรมควบคุมโรค) ทั้งด้านการค้นหาปัญหาของการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและเป็นระบบ และศึกษามาตรการ วิธีการหรือเทคโนโลยีที่ช่วยให้การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานผู้บังคับใช้กฎหมายจะทำให้หน่วยงานเหล่านั้นไม่มีความรู้สึกถูกจับผิด เป็นการพัฒนาบุคลากรและระบบการประเมินให้แก่หน่วยงานเหล่านั้นซึ่งจะส่งผลให้การประเมินมีความยั่งยืนและมีแนวโน้มถูกนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการบังคับใช้กฎหมายมากขึ้น

7.3.2 ส่งเสริมองค์กรภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็งในการตรวจสอบการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายและรายงานผลต่อสาธารณะเพื่อกระตุ้นให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในองค์กรบังคับใช้กฎหมายเกิดความตื่นตัวในการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งนี้ผู้วิจัยเสนอตัวอย่างขององค์กรตรวจสอบภาคประชาชนในลักษณะของ “watchdog” ที่มีเป็นจำนวนมากในหลายประเทศซึ่งทำหน้าที่เฝ้าติดตามการทำงานของภาครัฐในเฉพาะเรื่อง โดยองค์กรเหล่านี้จะรายงานผลการเฝ้าติดตามในฐานะผู้แทนของประชาชนสู่ประชาชนซึ่งทำให้เกิดความน่าเชื่อถือและเป็นที่สนใจของผู้บริหารในระดับสูง

7.4 ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการติดตามประเมินผลนโยบาย

เป็นภารกิจที่มีการดำเนินงานอยู่อย่างกระจัดกระจาย ขาดระบบและการวางแผนภาพรวมในระยะยาวผู้วิจัยเห็นว่าภารกิจนี้มีความสำคัญมากขึ้นในอนาคตอันใกล้และจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์ในระยะยาว จึงสังเคราะห์ข้อเสนอแนะดังนี้



7.4.1 ศูนย์วิจัยปัญหาสุราควรสร้างระบบบริหารจัดการเพื่อการติดตามสถานการณ์และตรวจสอบประสิทธิผลของมาตรการต่างๆที่ดำเนินการแล้วอย่างเป็นระบบ เช่น ประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของมาตรการจำกัดการเข้าถึงทั้งเรื่องของเวลาการจำหน่าย สถานที่จำหน่ายและอายุของผู้ซื้อ ประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของมาตรการทางภาษีหรือการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ทางสื่อสาธารณะ ประเมินประสิทธิภาพของมาตรการจำกัดการโฆษณา การมีระบบตรวจสอบอย่างเป็นระบบ นอกจากจะทำให้ผู้บริหารได้ทราบสถานการณ์และผลของมาตรการต่างๆที่ได้ดำเนินการไปแล้วยังช่วยลดความซ้ำซ้อนของการประเมินในบางกรณี

ในอนาคตอันใกล้ผู้วิจัยเสนอให้ ศวส.เร่งสร้างองค์ความรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการประเมินสถานการณ์ก่อนและหลังที่พระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่อาจจะ มีผลบังคับใช้ในอนาคตอันใกล้ และเตรียมคำถามงานวิจัยที่สำคัญสำหรับการประเมินประสิทธิภาพของพระราชบัญญัติใหม่เพราะองค์ความรู้ี้จะมีประโยชน์อย่างมหาศาลต่อระบบสาธารณสุขไทยในการต่อสู้กับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่นๆและจะเป็นประโยชน์ต่ออนาคตประเทศในการดำเนินนโยบายแอลกอฮอล์

7.4.2 เร่งสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ที่มีความสนใจและมุ่งมั่นในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ในระยะยาว เพราะนักวิจัยรุ่นเก่าที่มีความสามารถมักมีภารกิจมากและมีจำนวนจำกัด การส่งเสริมนักวิจัยรุ่นใหม่จะช่วยให้การสร้างองค์ความรู้และระบบการตรวจสอบและติดตามมีความเข้มแข็งและยั่งยืนในระยะยาว ในอนาคตประเทศไทยควรมีสถาบันวิจัยเฉพาะที่มีนักวิจัยศึกษาเรื่องบุหรี แอลกอฮอล์และยาเสพติดเช่นในต่างประเทศ เพื่อให้ให้นักวิจัยที่ถูกร้างขึ้นใหม่สามารถทำงานวิจัยในเรื่องดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

7.5 ข้อเสนอแนะสำคัญอื่นๆ

ในส่วนสุดท้ายผู้วิจัยเสนอข้อแนะนำโดยกว้าง ซึ่งสามารถปรับใช้ได้ทั้งการเลือกใช้นโยบายการบังคับใช้ และการติดตามและประเมินผล ข้อแนะนำในกลุ่มนี้ได้แก่

7.5.1 เนื่องจากสถานการณ์ด้านอุปสงค์ระบุอย่างชัดเจนว่าร้อยละ 50 และร้อยละ 60 ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาของ วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ [50]



พบว่า การรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ผลค่อนข้างดีสำหรับผู้ที่มีการศึกษาสูง และไม่ได้ผลเลยสำหรับผู้ที่มีการศึกษาดำ ผู้วิจัยจึงขอเสนอให้ ศวส. และองค์กรเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเร่งทำการศึกษาเพื่อค้นหามาตรการที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมการบริโภคและลดผลกระทบจากแอลกอฮอล์ในกลุ่มดังกล่าว

7.5.2 ศสส. และเครือข่าย ต้องพยายามรักษากระแสสนับสนุนจากสังคมในการต่อสู้กับธุรกิจแอลกอฮอล์ด้วยการเสนอข้อมูลที่ชัดเจนให้สังคมได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อบุคคลอื่น ๆ ที่ได้รับผลเสียโดยไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเดียวกับที่ผู้ทำงานด้านบุหรีได้กระทำสำเร็จจากการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ความรู้ให้สังคมตระหนักถึงพิษภัยของควันบุหรี (การสูบบุหรีมือสอง) ซึ่งทำให้ประชากรส่วนมากของสังคมที่มีได้สูบบุหรีหันมาเป็นแนวร่วมในการต่อต้านการสูบบุหรี

7.5.3 นักวิจัยเสนอให้ ศสส. พิจารณาทบทวนเพื่อหาจุดสมดุลของการใช้งบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เช่น ควรเพิ่มงบประมาณสำหรับการสร้างองค์ความรู้และติดตามประเมินผลของนโยบายที่ได้นำออกมาใช้ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายใหม่ที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น บนพื้นฐานของข้อมูลของประเทศไทย

7.5.4 ศสส. และเครือข่าย ต้องรักษาภาพลักษณ์ของตนเองในการยืนอยู่ข้างประชาชน ด้วยการสร้างความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของสังคมในกระบวนการต่างๆ ทางนโยบายและงานวิชาการ เช่น มีหลักเกณฑ์และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนและปฏิบัติจริงในการให้ทุนวิจัยหรือดำเนินกิจกรรมการเคลื่อนไหวมีระบบรับรองเรียนหากการดำเนินงานมีข้อสงสัยได้ว่ามีความไม่โปร่งใส มีระบบประเมินผลการดำเนินงานของ ศสส. และเครือข่าย ซึ่งเป็นที่ยอมรับของสังคมทั้งด้านประสิทธิภาพสัมฤทธิ์ผลและความถูกต้องตามหลักธรรมาภิบาลและเผยแพร่ข้อมูลเหล่านั้นให้ประชาชนได้รับทราบอย่างสม่ำเสมอ

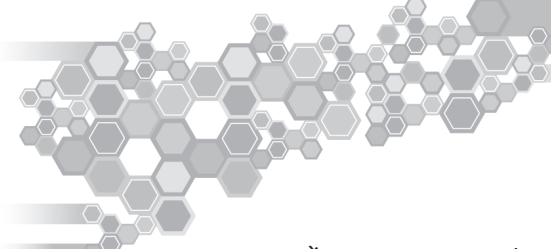


เอกสารอ้างอิง

1. Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, et al.: **Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta analysis.** *Alcohol Res Health* 2001, 25:263-270.
2. Friedman HS: **Cardiovascular effects of alcohol.** In *The consequences of alcoholism.* Edited by Galanter M. New York: Plenum Press; 1998: 135-166
3. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, CT S: **The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview.** *Addiction* 2003, 98:1209-1228.
4. English DR, et al.: **The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia.** Canberra: Commonwealth Department of Human services and Health; 1995.
5. ชลลดา สิทธิฑูรย์, ยุวดี คาคการณโกศล, วณิ ปิ่นประทีป, สุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์, สมหญิง สายธนู: สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย. In *จดหมายข่าวมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.* 1 edition. Edited by สกฤณา ฉันทดิลก, ดวงพร เสงบุญพันธ์. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2547: 1-16
6. Roders B: **Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use.** *Psychological Medicine* 2000, 30:421-432.
7. Lueboonhavatchai P, Thavichachart N: **Comorbid depressive disorder, suicidal behaviors, and other substance use disorders among alcohol use disorders in Bangkok.** *Chula Med J* 2006, 50:229-241.
8. World Health Organization: *The World Health Organization Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life.* Geneva: World Health Organization; 2002.




9. Reynaud M, Gaudin-Colombel AF, Le Pen C: **Two methods of estimating health costs linked to alcoholism in France (with a note on social costs)**. *Alcohol* 2001, 36:89-95.
10. Church MW: **Hearing, language, speech, vestibular, and dentofacial disorders in fetal alcohol syndrome**. *Alcoholism, clinical and experimental research* 1997, 21:227-237.
11. Kasantikul V, Ouellet JV, Smith T, et al.: **The role of alcohol in Thailand motorcycle crashes**. *Accid Anal Prev* 2005, 379:357-366.
12. Social and economic costs of alcohol abuse for selected countries: *Global Status report on Alcohol*. Geneva: WHO; 2004.
13. Halichuthai A, Siriwong A, Posayajinda V: *Alcohol in Thai society*. Bangkok: Chulalongkorn Publishing; 2001.
14. Graham K, West P: **Alcohol and crime**. In *International handbook of alcohol dependence and problems*. Edited by Heather N, Peters TJ, Stockwell T. London: John Wiley & Sons; 2001: 439-470
15. Klingemann H, Gmel G: *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2001.
16. Mangione TW, et al.: **Employee drinking practices and work performance**. *Journal of studies on alcohol* 1999, 60:261-270.
17. Babor TF, Caetano R, Casswell C, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hill L, Holder HD, et al: **Alcohol: No Ordinary Commodity Research and Public Policy** 2003.
18. Godfrey C., Maynard A.: **The economic evaluation of alcohol policies**. In *Alcohol and public policy: evidence and issues*. Edited by Holder H.D, Edwards G. New York: Oxford University Press; 1995: 238-260
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2544, 2546, 2547 และ 2549. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
20. World Health Organization: **WHO Alcohol Database**. 2004.

- 
21. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, ดวงกมล ไชยพุทธ, กมลลา วัฒนพร, ไศภิต นาสีบ, ดารินทร์ กำแพงเพชร, พลิชฐ์ วินยางค์กุล: รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยสุรา; 2549.
 22. เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, คณะ: การดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย 2549, 2.
 23. นิพนธ์ พัวพงศกร, อัมมาร สยามวาลา, สมชาย สุขสิริเสรีกุล, สิทธิศักดิ์ ลีลหามนท์, เอี่ยมพร ตสาริกา, เศก เมธาสูรารักษ์, สมเกียรติ เรืองจันทร์: โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายแผนงานเศรษฐกิจรายสาขา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2548.
 24. เตือนเด่น นิคมบริรักษ์, เสาวลักษณ์ ชิวลีทิยานนท์, รจิตกนก จิตมันชัยธรรม และ, ไพบุญย์จิตต์อารี ว: โครงการสำรวจพฤติกรรมทางการตลาดเพื่อสนับสนุนระบบการแข่งขันตามโครงการส่งเสริมระบบการแข่งขันทางการค้าที่เกื้อหนุนต่อการส่งออก. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2545.
 25. นวลน้อย ตริรัตน์: การสะสมทุนในประเทศไทย: ศึกษากรณีธุรกิจสุรา. In งานสัมมนาโครงการเมธีวิจัยอาวุโส สกว ศรพาสูก พงษ์ไพจิตร เรื่องโครงสร้างและพลวัตทุนไทยหลังวิกฤตเศรษฐกิจ; 28 มิถุนายน 2549; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549
 26. กรมสรรพสามิต: ข้อมูลสถิติ พ.ศ.2540-2550. กรมสรรพสามิต; 2540-2550.
 27. Neilson Media Research: ข้อมูลงบประมาณการโฆษณาของธุรกิจสุรา. Neilson Media Research; 2548.
 28. คณะทำงานภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง: ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ.2542. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
 29. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, Godfrey C, Holder HD, Lemmens PH, M?kel? K, et al: *Alcohol Policy and the Public Good*. New York: Oxford University Press; 1994.
 30. Toomey TL, Wagenaar AC: **Policy options for prevention: the case of alcohol.** *Journal of Public Health Policy* 1999, 20:192-213.
 31. Lipton R, PJ G: **The spatial dynamics of violence and alcohol outlets.** *Journal of Studies on Alcohol* 2002, 63:187-195.



32. World Health Organization: **Global Status Report: Alcohol Policy.** Switzerland: World Health Organization; 2004.
33. Hingson RW, Heeren T, Jamanka A, Howland J: **Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking.** *JAMA* 2000, 284: 1527-1533.
34. Wagenaar AC, Toomey TL: **Alcohol policy: gaps between legislative action and current research.** *Contemporary drug problems* 2000, 27:681-733.
35. Grube JW, Nygaard P: **Adolescent drinking and alcohol policy.** *Contemporary DrugProblems* 2001, 28:87-132.
36. Wagenaar AC, Murray DM, Toomey TL: **Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes.** *Addiction* 2000, 95:209-217.
37. Jurgen Rehm, Dan Chisholm, Robin Room and, D.Lopez A: **Alcohol.** In *Disease Control Priorities in Developing Countries.* second edition edition. Edited by Dean T. Jamison, Joel G.Breman, Anthony R.Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B.Evans, Prabhat Jha, Anne Mills and, Musgrove P. New York: Oxford University Press; 2006
38. Rehn N, Room R, Edwards G: **Alcohol in the European Region - Consumption, harm and policies.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.
39. Teerawattananon Y, Russell S: **A difficult balancing act: policy actors' perspectives on using economic evaluation to inform health care coverage decisions under the universal health insurance coverage scheme in Thailand.** a paper submitted for publication in 'Value in Health' 2007.
40. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานประจำปี 2545 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2545.

- 
41. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานประจำปี 2546 กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2546.
 42. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานประจำปี 2547 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2547.
 43. เครือข่ายองค์กรงดเหล้า, คณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: ข้อมูลเพื่อลดความสูญเสียจากการเมา. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายองค์กรงดเหล้า; 2547.
 44. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา: รายงานผลการดำเนินงาน ปีที่ 2 (พ.ศ.2548-2549) โครงการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2549.
 45. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานประจำปี 2548 กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2548.
 46. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: 60 ปี 60 ล้านความดี เริ่มที่เยาวชน วาระแห่งปี 49. In รายงานประจำปี 2549 กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2549.
 47. ปารีชาติ สถาปิตานนท์: การขับเคลื่อนทางสังคมด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: ผลการประเมินปี 2548-2549. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เทรียบุญญการพิมพ์; 2549.
 48. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: แผนหลัก สสส. 2550 - 2552. ฉบับสมบูรณ์ edn. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2550.
 49. ปารีชาติ ศิวะรักษ์: กำเนิดกองทุนสสส. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2546.
 50. วิชัย โชควิวัฒน์, สุกผล ลิมวัฒนานนท์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร: บุหรี่และสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐกิจและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550, 16.



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 8 อาคาร 8 ถนนพหลโยธิน กระทรวงสาธารณสุข

ถ.สีवानนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร : 02-590-4549, 02-590-4373-5

โทรสาร : 02-590-4369 www.hitap.net