

นโยบายในการควบคุม การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ของโลก

แปล/เรียบเรียง

รศ.นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม

สนับสนุนโดย



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ภายใต้แผนงานการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
(Healthy Public Policy)

บริหารจัดการโดย



มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

นโยบายในการควบคุมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของโลก

แปล/เรียบเรียง นพ.ยงยุทธ ชจรธรรม
จากหนังสือ Global Status Report on Alcohol.
Who/HSC/SAB/99.11 WHO, Geneva, 1999

การจัดพิมพ์ครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจาก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ภายใต้โครงการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Healthy Public Policy)

ผู้จัดพิมพ์

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ
โทรศัพท์ 0 2511 5855 โทรสาร 0 2939 2122

ราคา 30 บาท
ISBN 974-92433-8-2
พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2547
จำนวนพิมพ์ 2,000 เล่ม
พิมพ์ที่ อู่การพิมพ์

คำนำ	4
บทนำ	5
เครื่องตีมแอลกอฮอล์กับการะของการเจ็บป่วยของโลก	7
ประโยชน์และค่าใช้จ่าย (เสียหาย) จากเครื่องตีมแอลกอฮอล์	8
นโยบายการควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์	8
มาตรการในการควบคุมการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์	10
บทสรุป	22
เอกสารอ้างอิง	23

คำนำ

ด้วยการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ในสังคมไทย มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีอัตราการบริโภคมากขึ้น ในขณะเดียวกัน มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น มีอัตราการเกิดขึ้นของอุบัติเหตุบนท้องถนนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น ส่งผลกระทบทางลบมาหาศาลต่อประเทศทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เพื่อก่อให้เกิดความตระหนักในความสำคัญในปัญหานี้ของฝ่ายต่างๆ และก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอันจะนำไปสู่กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติจึงได้ประสานงานกับเครือข่ายนักวิชาการและองค์กรต่างๆ จัดให้มีกระบวนการศึกษาวิจัยและเรียนรู้เรื่องนี้ขึ้น

บทเรียนจากประเทศต่างๆ นับเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญ ซึ่งจะทำให้กระบวนการเรียนรู้และพัฒนานโยบายในเรื่องนี้ของสังคมไทย เดินหน้าไปอย่างมีคุณภาพและรวดเร็วทันกับสถานการณ์ของปัญหายิ่งขึ้น เป็นที่น่ายินดีว่าองค์กรการอนามัยโลกได้จัดทำหนังสือเรื่อง Global Status Report on Alcohol ขึ้น ซึ่งประมวลนโยบายและมาตรการ รวมทั้งบทเรียนของประเทศต่างๆ ในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ รศ.นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม ได้แปลและเรียบเรียงไว้ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เห็นว่าเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง จึงได้จัดพิมพ์เพื่อเผยแพร่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและสนใจนำไปพิจารณาใช้ประโยชน์ในการพัฒนานโยบายเรื่องนี้ในประเทศไทยต่อไป

มูลนิธิฯ ขอขอบขอบคุณ รศ.นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม ที่ศึกษาค้นคว้า แปล และเรียบเรียงเอกสารฉบับนี้ขึ้น และขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้ แผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สนับสนุนการจัดพิมพ์ครั้งนี้

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

นโยบายในการควบคุมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของโลก

บทนำ

การศึกษาค้นคว้าเรื่องภาระของโรคต่างๆ ในโลก (Global burden of disease) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) และธนาคารโลก (World Bank) ระบุว่า อัตราการตายและทุพพลภาพอันมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อชีวิตและอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าผลจากการบริโภคยาสูบและจัดอยู่ในลำดับเดียวกับผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe sex) โดยวัดจากจำนวนปีที่ปรับแล้วที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการตายและภาวะทุพพลภาพ (Disability Adjusted Life Years, DALY) (Murray & Lopez, 1996)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆ นอกจากจะก่อให้เกิดโรคเรื้อรังหลากหลายแก่ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว ยังเป็นสาเหตุอันน่าเศร้าสลดของการตายหรือทุพพลภาพในผู้เยาว์

ในปี พ.ศ. 2533 การตายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรโลก แม้มีการปรับผลเชิงป้องกันโรคหัวใจ ยังมีการตายสุทธิ (net deaths) ถึง 773,594 คน และร้อยละ 80 ของการตายเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา

ผลของการศึกษายังระบุว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อสุขภาพมากกว่าการขาดอาหารหรือการมีสุขอนามัยในระดับต่ำ ทั้งนี้โดยวัดจากจำนวนปีที่ชีวิตที่ต้องสูญเสียไปเพราะภาวะทุพพลภาพ



ตารางที่ 1 ภาระเจ็บป่วยจากโรคและการบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2533

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวนตาย (x 1,000)	ร้อยละของ การตาย	จำนวนปีที่ตาย ก่อนเวลา อันสมควร (x 1,000)	ร้อยละของปี ที่สูญเสีย	จำนวนปี ที่สูญเสีย ทุกพหุผลภาพ	ร้อยละของปี ที่สูญเสีย	จำนวนปี ที่สูญเสีย ทั้งหมด (DALY)	ร้อยละของปี ที่สูญเสีย (DALY)
ทุพโภชนาการ	5 881	11.7	199 486	22.0	20 089	4.2	219 575	15.9
ระบบสุขภาพ, จัดหาน้ำดื่ม- สะอาด และ สุขอนามัยบุคคล	2 668	5.3	85 520	9.4	7 872	1.7	93 392	6.8
พฤติกรรม เพศสัมพันธ์ ที่ไม่ปลอดภัย	1 095	2.2	27 602	3.0	21 100	4.5	48 702	3.5
สูบบุหรี่	3 038	6.0	26 217	2.9	9 965	2.1	36 182	2.6
บริโภคสุรา	774	1.5	19 287	2.1	28 400	6.0	47 687	3.5
อาชีพ	1 129	2.2	22 493	2.5	15 394	3.3	37 887	2.7
ความดัน- โลหิตสูง	2 918	5.8	17 665	1.9	1 411	0.3	19 076	1.4
การไม่ออกกำลังกาย	1 991	3.9	11 353	1.3	2 300	0.5	13 653	1.0
เสพติด	100	0.2	2 634	0.3	5 834	1.2	8 467	0.6
มลภาวะ ทางอากาศ	568	1.1	5 625	0.6	1 630	0.3	7 254	0.5

Source: Murray & Lopez, 1996

เป็นที่น่าสังเกตว่านับแต่ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา ขณะที่สถิติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ใหญ่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วลดลงอย่างเป็นลำดับ แต่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศที่เคยรวมอยู่ในสหภาพโซเวียตกลับพบว่าการบริโภคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นับว่าเป็นสถานการณ์ที่ทุกฝ่ายต้องตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการขาดการควบคุมของระบบตลาด ส่งผลให้เกิดการผลิตและบริโภค

เพิ่มขึ้นอย่างมากมาย (Leon และคณะ, 1997; Kauhanen และคณะ, 1997; McKee & Britton, 1998), โดยเห็นได้จากตัวบ่งชี้อายุขัยเฉลี่ยในเพศชายที่ลดลงอย่างชัดเจนในประเทศรัสเซีย

ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อเตือนใจสำคัญว่า เมื่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ณ ภูมิภาคใด จะติดตามมาด้วยผลเสียด้านสุขภาพจากโรคภัยไข้เจ็บที่สัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการระบาดของโรคหัวใจของโรค

ในปี พ.ศ. 2539 Murray และ Lopez พยายามแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลในเชิงปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบในรูปของการระบาดของโรคหัวใจในระดับโลก เพื่อประมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่ข้อมูลมีจำกัด เช่น ประเทศกำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศสหภาพโซเวียตเดิม และเพื่อให้มีข้อคิดต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ Murray และ Lopez ยังได้ศึกษาผลในเชิงป้องกันในแต่ละพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากอัตราเสี่ยงต่อความตายจากโรคหัวใจตีบและการประมาณการสัดส่วนประชากรที่ไม่ได้บริโภค

ผลจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2533 พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจก่อให้เกิดการตายประมาณ 1.1 ล้านราย แต่มีผลในเชิงป้องกันการตายได้ 470,616 ราย คิดเป็นการตายสุทธิ 773,594 ราย

Murray และ Lopez ตั้งข้อสังเกตว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเหตุของความตายและภาวะทุพพลภาพในกลุ่มประชากรอายุน้อย แต่ให้ผลเชิงการป้องกันจากโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชากรสูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากจำนวนปีที่เสียไปจากการตายและภาวะทุพพลภาพที่สูงขึ้นที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองก็ให้ผลในเชิงป้องกันด้วย

ตารางที่ 2 ภาระโรคและการบาดเจ็บจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2533

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวนตาย (x 1,000)	ร้อยละของ การตาย	จำนวนปีที่ตาย ก่อนเวลา อันสมควร (x 1,000)	ร้อยละของปี ที่สูญเสีย	จำนวนปี ที่สูญเสีย จากภาวะ ทุพพลภาพ	ร้อยละของปี ที่สูญเสีย	จำนวนปี ที่สูญเสีย ทั้งหมด (DALY)	ร้อยละของปี ที่สูญเสีย (DALY)
ประเทศ พัฒนาแล้ว	83.8	1.2	2 537	5.1	7 667	15.6	10 204	10.3
ประเทศสังคม- นิยมสมัยก่อน	53.0	1.4	2 063	5.7	3 130	11.9	5 19	8.3
อินเดีย	112.9	1.2	2 723	1.4	1 974	2.3	4 697	1.6
จีน	114.1	1.3	2 118	1.8	2 737	3.0	4 856	2.3
ประเทศอื่นๆ ในเอเชีย	97.4	1.8	1 862	1.6	3 191	5.1	5 053	2.8
ประเทศใน Sub-Sahara	170.7	2.1	4 435	2.0	3 169	4.6	7 603	2.6
ลาตินอเมริกา	136.1	4.5	3 319	5.9	6 201	14.7	9 520	9.7
ประเทศใน ตะวันออกกลาง	5.6	0.1	229	0.2	437	1.0	666	0.4
ทั่วโลก	773.6	1.5	19 287	2.1	28 400	6.0	47 687	3.5

Source: Murray & Lopez, 1996



ประโยชน์และค่าใช้จ่าย(เสียหาย)จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจมีประโยชน์ทั้งต่อปัจเจกบุคคลและรัฐบาล ได้มีความพยายามในระดับโลกในการกำหนดหาประโยชน์ของแอลกอฮอล์ซึ่งป้องกันการตายโดยการกำหนดหาอิทธิพลด้านบวกของแอลกอฮอล์ต่ออัตราการตายจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ ในขณะที่การกำหนดหาประโยชน์ในเชิงสังคมจากความเบิกบานและความเป็นน้ำหนึ่งเดียวกันกระตุ้นโดยแอลกอฮอล์ทำได้ยากยิ่ง

แอลกอฮอล์อาจเป็นตัวสร้างรายได้ให้รัฐบาลโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศที่รายได้จากแอลกอฮอล์คิดเป็นสัดส่วนค่อนข้างมากของรายได้ทั้งหมดของรัฐ เช่น

ในประเทศอินเดีย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดรายได้คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 23 ของรายได้ทั้งหมดของรัฐบางรัฐ (Bloomberg News, 1997)

ในประเทศแอสโทเนียรายได้จากการและภาษีจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 10 ของงบประมาณของรัฐในปี พ.ศ. 2538 (Jernigen, 1997)

ประเทศเนปาลและนิวซีแลนด์มีรายได้จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.2-3.5 (Saxena, 1997) และ 1.8 (Casswell, 1997) ตามลำดับ

แต่สำหรับค่าใช้จ่าย (เสียหาย) ในเชิงสังคม (social costs) ของแอลกอฮอล์ อันหมายถึงค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดจากการรักษาอุบัติเหตุและโรคต่างๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เกิดจากการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสูญเสียทรัพย์สิน ค่าใช้จ่ายจากการบังคับใช้กฎหมาย รวมทั้งประสิทธิภาพในการทำงานหรือการผลิตที่สูญเสียไปเนื่องจากการหยุดงานหรือเสื่อมสมรรถภาพนั้น แม้ว่าจะมีวิธีการกำหนดหาค่าใช้จ่ายในเชิงสังคมมากมาย แต่มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่ได้คำนวณตัวเลขนี้ไว้ อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายเชิงสังคมที่บางประเทศได้ประมาณไว้ แสดงให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เช่น

- * ประเทศออสเตรเลียประมาณไว้ถึง 3.09 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2531
- * ประเทศญี่ปุ่นประมาณการที่ 46.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2530
- * สหรัฐอเมริกาประมาณไว้ที่ 166.5 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2538
- * โปแลนด์ 2.5 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2538
- * ประเทศแอฟริกาใต้ 2.7 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2538

นโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาลักษณะที่สัมพันธ์กับการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยมีมติและสิ่งตีพิมพ์ทยอยออกมาเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เพื่อให้ชาติต่างๆ ใช้วางกรอบนโยบายสำหรับการควบคุมปัญหาดังกล่าว

เอกสารนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมุมมองสาธารณสุข ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2518 (Bruun และคณะ, 1975) เป็นจุดหักเหและเป็นหลักนำของการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาศัยหลักฐานข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เป็นแนวทางในการวางนโยบายเพื่อก่อให้เกิดผลกระทบ

ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการลดปัญหาเกี่ยวเนื่องต่าง ๆ ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างจริงจัง

ในปี พ.ศ. 2522 ในปีประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 32 ได้ผ่านมติที่ WHOA32.40 เรียกร้องให้ประเทศสมาชิก “นำมาตราการที่เหมาะสมทุกวิถีทางมาใช้ในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรทุกหมู่เหล่า” และ “พัฒนาแผนงานโครงการด้านป้องกันที่เข้มข้น ซึ่งรวมทั้งการให้ข้อมูล ความรู้ สารสนเทศต่าง ๆ และการออกกฎหมายที่เหมาะสมที่มีประสิทธิผลในการ



สนับสนุนการดำเนินการที่มีผลต่อการผลิตและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ต่อมาในปี พ.ศ. 2526 มติที่ WHOA36.12 สมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 36 ได้เสนอแนะให้ประเทศสมาชิก

- (1) จัดทำนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติที่ชัดเจนและครบถ้วนทุกด้านที่ให้ความสำคัญด้านการป้องกันภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพดีถ้วนหน้า
- (2) พัฒนากลวิธีและกิจกรรมในแผนงานโครงการที่ต่อเนื่องและระยะยาว เพื่อลดการบริโภคและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตั้งแต่นั้นมา มีประสบการณ์และข้อมูลจำนวนมากมายทางวิทยาศาสตร์เกิดขึ้นจากการพัฒนานโยบายระดับชาติที่ครบถ้วนรอบด้านดังกล่าว

องค์การอนามัยโลกได้ตีพิมพ์ประสบการณ์ และสนับสนุนการประสานงานการวิจัยเพื่อวิเคราะห์นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศต่างๆ โดยมีการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ในหนังสือนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสินค้าสาธารณะ (Alcohol Policy and the Public Good, Edward และคณะ, 1994) โดยวิเคราะห์กลวิธีการจัดเก็บภาษี กลไก ราคา การควบคุมอื่นๆ ที่มีผลต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งนโยบายอื่นๆ เช่น การจัดการกับปัญหาการขับรถภายใต้ภาวะมึนเมา การดำเนินการเฉพาะรายบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

จากสรุปการดำเนินการนโยบายลักษณะต่างๆ ในประเทศสมาชิก พบว่าการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต้องอาศัยนโยบายและการดำเนินการที่รอบด้าน ทั้งในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างความตระหนัก มาตรการควบคุมต่างๆ และการรักษาฟื้นฟูสภาพ โดยต้องมีนโยบายที่ชัดเจนทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่

การวางแผนและการนำนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปสู่การปฏิบัติ

ในประเทศส่วนใหญ่ หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเรื่องแอลกอฮอล์จะจัดกระจายในหลายหน่วยงาน เช่น

กระทรวงสาธารณสุข กรมศุลกากร หน่วยงานที่ดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสวัสดิการสังคม กระทรวงยุติธรรม และสำนักงานตำรวจ เป็นต้น บางประเทศมีการรวมศูนย์การดูแลเรื่องแอลกอฮอล์ตลอดจนยาเสพติดไว้ในหน่วยงานกลางหรือคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ของรัฐที่เกี่ยวข้อง มีประเทศเพียงไม่กี่ประเทศที่มีการจัดตั้งและมอบหมายให้องค์กรหรือหน่วยงานเฉพาะในลักษณะรวมศูนย์เพื่อดูแลปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ นอกจากนั้นองค์กรเอกชนหลายแห่งก็มีส่วนร่วมที่สำคัญและมักมีบทบาทผู้เบิกทางในการดูแลปัญหานี้ด้วยเช่นกัน

องค์การอนามัยโลกในภาคพื้นยุโรปได้พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (The European Alcohol Action Plan) ซึ่งประกอบด้วยข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ประเทศต่างๆ ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนระดับชาติ

ขณะนี้ มีบางประเทศที่มีแผนระดับชาติเรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นการเฉพาะ เช่น

- ประเทศฝรั่งเศสและโปแลนด์ ตระหนักว่าสถานการณ์และแบบแผนการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เป็นอยู่ทุกวันนี้ถือได้ว่าเป็นอันตรายสำคัญต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน
- ประเทศนิวซีแลนด์ เมืองคอร์ก New Zealand's Alcohol Liquor Advisory Council ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์เป็นการเฉพาะ โดยได้รับทุนสนับสนุนจากภาษีบางส่วนที่จัดเก็บจากการบริโภคสุรา
- ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ จัดสรรเงินรายได้จากภาษีสุราให้กับมณฑล (canton) ต่าง ๆ เพื่อให้ดำเนินกิจกรรมเพื่อการป้องกันและรักษาปัญหาอันเนื่องมาจากสุราหรือยาเสพติด

อย่างไรก็ตามส่วนมากแล้ว การดำเนินกิจกรรมเพื่อลดปัญหานี้เนื่องจากสุราในประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่มักอยู่ในรูปของการจัดทำแผนและจัดตั้งหน่วยงานเพื่อดูแลปัญหารวมๆ เกี่ยวกับสารที่มีผลต่อจิตประสาท ซึ่งรวมถึงสุรา บุหรี่ และยาเสพติดที่ผิดกฎหมายทั้งหมด



มาตรการในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. การให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพ Education and Health Promotion

แม้จะไม่มีหลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์ชี้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวจะมีประสิทธิผลโดยปราศจากมาตรการควบคุมอื่นๆ แต่ประเทศส่วนใหญ่ก็มีการบรรจุเรื่องแอลกอฮอล์เข้าเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในโรงเรียน ในชุมชน รวมทั้งในศูนย์อนามัยต่างๆ โดยกลุ่มเยาวชนมักถูกเน้นเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก

วิธีการที่ใช้มีหลายรูปแบบ เช่น การใช้กลุ่มเพื่อนเป็นตัวชักจูง ในบางครั้งก็อาจใช้วิธีการรณรงค์อย่างกว้างขวางเพื่อต่อต้านการเมาแล้วขับ แต่อย่างไรก็ตามมาตรการเหล่านี้มักต้องเผชิญกับสิ่งยั่วยุต่างๆ ในสังคมรอบตัว รวมทั้งการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีอยู่มากมายหลายรูปแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม (ในกรณีที่ไม่มีการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)

ผลการศึกษาหลายแห่งพบว่า การโฆษณาชวนเชื่อและสิ่งยั่วยุต่างๆ มักได้ผลมากกว่าหรือบั่นทอนผลของความพยายามด้านป้องกัน ส่งผลให้ปัญหาที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Wyllie, Zhang & Casswell, 1998a; Wyllie, Zhang & Casswell, 1998b)

2. มาตรการควบคุมการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ Regulation of Physical Availability

การศึกษาในหลายประเทศซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว แสดงให้เห็นว่ามาตรการจำกัดการผลิตและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง (Edwards และคณะ, 1994)

มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายรูปแบบ เช่น

- การกำหนดจำนวนสถานที่และพื้นที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- การกำหนดเวลาและวันในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- การกำหนดพื้นที่การวางเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านค้า
- การฝึกอบรมผู้จัดการและพนักงานขายเพื่อให้สามารถให้บริการหรือคำแนะนำการดื่มอย่างปลอดภัยแก่ลูกค้า

มาตรการที่จัดว่าเข้มงวดที่สุดคือ การห้ามผลิตและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิงดังที่ปรากฏในประเทศที่นับถือศาสนาอิสลามเป็นหลัก เช่น ประเทศบังกลาเทศ มัลดีฟ และซาอุดีอาระเบีย

ตารางที่ 3 ตัวอย่างประเทศที่มีกฎหมายเกี่ยวกับการผลิตและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศ	ข้อห้ามทางกฎหมาย
บังกลาเทศ	ห้ามอย่างสิ้นเชิงทั้งการผลิต จำหน่าย และการบริโภค
อินเดีย	ขึ้นอยู่กับแต่ละรัฐ, มีเพียง 1 รัฐที่มีข้อห้าม, มี 4 รัฐที่ทดลองห้ามแล้วต้องยกเลิกไปในภายหลัง
มัลดีฟ	ห้ามอย่างสิ้นเชิงในการผลิตและบริโภค แต่ยกเว้นนักท่องเที่ยว
นิวซีแลนด์	ห้ามเพียงบางส่วนและขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ มี 5 พื้นที่ที่ห้ามจนถึง ค.ศ. 1990
ปากีสถาน	ห้ามคนมุสลิมบริโภคโดยสิ้นเชิง คนศาสนาอื่นต้องมีใบอนุญาตดื่ม
ซาอุดีอาระเบีย	ห้ามอย่างสิ้นเชิงในการบริโภค
สหรัฐอเมริกา	บางรัฐห้ามการจำหน่ายในบางกรณี - แล้วแต่การตัดสินใจของแต่ละรัฐ



บางประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา นิวซีแลนด์ และอินเดียให้อำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่หน่วยงานท้องถิ่น

ส่วนประเทศปากีสถานอนุญาตให้ประชาชนที่ไม่ได้นับถือศาสนาอิสลามเท่านั้นที่สามารถบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยประชากรส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 97 ซึ่งนับถืออิสลามถูกห้าม

มาตรการที่ปฏิบัติกันในประเทศส่วนมากเป็นมาตรการควบคุมที่ไม่ได้เข้มงวดจนเกินไป โดยอาจมีการควบคุมเป็นบางพื้นที่ เช่น ในสถานที่ทำงาน (เช่น ประเทศเบลารุส เบลเยียม เคชีกิสถาน และเนเธอร์แลนด์ เป็นต้น) หรือรวมทั้งบริเวณรอบๆ ที่ทำงานด้วย (เช่น ในประเทศเม็กซิโก)

ประเทศอิตาลีมีกฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เกินร้อยละ 20 ในที่มีกิจกรรมสาธารณะต่างๆ เช่น การแข่งกีฬา สวนสนุก หรือการแสดงดนตรีในที่แจ้ง เป็นต้น

ประเทศเอกวาดอร์ห้ามการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานบริการสุขภาพและสถานศึกษาทุกแห่ง

ในขณะที่ประเทศอียิปต์อนุญาตให้มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉพาะในโรงแรมหรือสถานท่องเที่ยวต่างๆ เท่านั้น

3. การจำกัดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชน

มาตรการที่ปฏิบัติกันอยู่ทั่วไปคือ การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาในประเทศในทวีปอเมริกาเหนือแสดงให้เห็นว่า มาตรการนี้มีผลในการลดการตายของเยาวชนจากยานพาหนะอันเนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ในพื้นที่ที่ไม่ได้มีการบังคับใช้กฎหมายนี้อย่างเคร่งครัดนักก็ตาม (Edwards และคณะ, 1994; Wagenaar & Wolfson, 1995)

มีประเทศอย่างน้อย 76 ประเทศ ที่มีกฎหมายกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ โดยส่วนใหญ่กำหนดไว้ที่อายุ 18 ปี และมี 8 ประเทศกำหนดอายุที่ 21 ปี ในขณะที่ 15 ประเทศกำหนดอายุขั้นต่ำเพียง 16 ปี

ประเทศเยอรมันและสวิตเซอร์แลนด์มีกฎหมายอนุญาตให้เด็กอายุ 16 ปีขึ้นไปสามารถซื้อเครื่องดื่มจากการหมักได้ แต่หากจะดื่มเครื่องดื่มประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

4. ระบบการผูกขาดและการออกใบอนุญาตการผลิต (Monopolies and Licensing Systems)

มีประเทศอย่างน้อย 18 ประเทศที่มีการผูกขาด

ตารางที่ 4 ประเทศที่กฎหมายกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศ	อายุ	ข้อกำหนดในกฎหมาย
อาร์เจนตินา	18	ห้ามดื่ม
ออสเตรเลีย	18	ห้ามซื้อและขาย
ออสเตรีย	18	สำหรับดื่มสุราทุกชนิดในสถานที่สาธารณะ; 8 รัฐกำหนดอายุสำหรับดื่มไวน์ และเบียร์ ในที่สาธารณะที่อายุ 16 , 1 รัฐกำหนดอายุ 15
เบลารุส	21	ห้ามซื้อ
เบลเยียม	16	ห้ามซื้อ
ภูฏาน	16	ห้ามขาย
บราซิล	18	ห้ามดื่ม
บัลแกเรีย	18	ห้ามซื้อ
แคนาดา	19	ยกเว้น: อายุ 18 ในควิเบค แมนิโตบา และ อัลเบอร์ตา
ชิลี	21	ห้ามดื่ม
โคลัมเบีย	18	ห้ามดื่ม
เกาะคุก	18	ห้ามซื้อ หรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง
โครเอเชีย	18	ห้ามซื้อ
สาธารณชน	18	ห้ามซื้อ



ประเทศ	อายุ	ข้อกำหนดในกฎหมาย
เดนมาร์ก	18	ห้ามซื้อสุราในภัตตาคารหรือบาร์
อียิปต์	21	ห้ามดื่ม
เอลซัลวาดอร์	18	ห้ามซื้อ
ฟีจี	18	ห้ามมีไว้ในครอบครองหรือดื่มในที่สาธารณะหรือต้องมีใบอนุญาต
ฟินแลนด์	18	ห้ามซื้อ
ฝรั่งเศส	16	ห้ามซื้อ
แกมเบีย	16	ห้ามขาย
กรีซ	18	ห้ามซื้อ ในที่สาธารณะ เช่น บาร์และดิสโก้
ฮอนดูรัส	21	ห้ามดื่ม
ไอซ์แลนด์	20	ห้ามซื้อ
อินเดีย	18	ห้ามขาย
อิสราเอล	18	ห้ามขาย
อิตาลี	16	ห้ามขาย
ญี่ปุ่น	20	ห้ามการดื่มหรือให้บริการเกี่ยวกับสุราในที่สาธารณะ
เคนยา	18	ห้ามขาย
คาซัคสถาน	18	ห้ามซื้อ
เลตเวีย	18	ห้ามซื้อ
ลิทัวเนีย	18	ห้ามซื้อ
ลักเซมเบิร์ก	16	ห้ามซื้อ
มอลตา	16	ห้ามซื้อ
เม็กซิโก	18	ห้ามขาย
โมร็อกโก	16	ห้ามขาย
โมซัมบิก	18	ห้ามซื้อ
เนเธอร์แลนด์	18	ห้ามอายุต่ำกว่า 16 ซื้อเบียร์/ไวน์
นิวซีแลนด์	20	ห้ามซื้อ ขายหรือจัดจำหน่าย ยกเว้นที่บางแห่งภายใต้ความรับผิดชอบของญาติ
นอร์เวย์	20	ห้ามอายุต่ำกว่า 18 ซื้อเบียร์/ไวน์
ปานามา	18	ห้ามบริโภค
เปรู	18	ห้ามบริโภค
โปแลนด์	18	ห้ามซื้อ
โรมาเนีย	18	ห้ามซื้อ
รัสเซีย	18	ห้ามซื้อ
ซามัว	21	ห้ามครอบครองเพื่อการบริโภคในที่สาธารณะและบริเวณที่ได้รับอนุญาต
เซเชล	18	ห้ามซื้อ
สโลวาเกีย	18	ห้ามซื้อ
สโลวีเนีย	18	ห้ามบริโภคที่ภัตตาคารและบาร์ แต่ไม่มีข้อห้ามการซื้อในร้านจำหน่าย
หมู่เกาะโซโลมอน	21	ห้ามขาย
แอฟริกาใต้	18	ห้ามขาย
สเปน	16	บางรัฐกำหนดไว้ที่อายุ 18
ศรีลังกา	18	ห้ามบริโภค



ประเทศ	อายุ	ข้อกำหนดในกฎหมาย
สวีเดน	20	ห้ามซื้อในร้านเหล้าของรัฐ, ห้ามอายุต่ำกว่า 18 ซื้อในภัตตาคารและห้ามซื้อเบียร์ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในระดับกลางในร้านขายของชำ
สวิตเซอร์แลนด์	18	ห้ามซื้อและขาย กลิ่น
สาธารณรัฐมาเซโดเนีย	16	ห้ามซื้อ
ตองกา	18	ห้ามครอบครองและบริโภคในสถานที่ที่กำหนดและในที่สาธารณะ
ตรินิแดดและโตบาโก	16	ห้ามบริโภค
ตุรกี	18	ห้ามซื้อ
เตอร์กเมนิสถาน	18	ห้ามซื้อ
ยูเครน	21	ห้ามซื้อ
สหราชอาณาจักรอังกฤษ	18	ห้ามซื้อ แต่บริโภคเครื่องดื่มบางชนิดได้ในบาร์/ภัตตาคารถ้าอายุเกิน 16
สาธารณรัฐแทนซาเนีย	16	ห้ามอยู่ในบริเวณที่ให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
สหรัฐอเมริกา	18-21	ห้ามการขายการซื้อ, การครอบครองและการบริโภคขึ้นกับแต่ละรัฐ
อุรุกวัย	18	ห้ามขาย
ไทย	18	ห้ามซื้อและขาย*

* พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546

หรือกึ่งผูกขาดในกระบวนการผลิต การขายส่งและหรือขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสามกระบวนการ ในขณะที่กระแสความกดดันที่ต้องการยกเลิกระบบการผูกขาดและเปิดให้เอกชนดำเนินการเพิ่มมากขึ้น

ได้มีการศึกษาถึงผลจากการยกเลิกระบบการผูกขาดในประเทศเหล่านั้น ผลการศึกษาพบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาอันเนื่องจากเครื่องดื่มเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าจำนวนสถานที่จำหน่ายตลอดจนชั่วโมงการจำหน่ายเพิ่มขึ้นจากการเปิดเสรี (Minghao และคณะ, เอกสารไม่เผยแพร่)

ประเทศบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มอบอำนาจให้หน่วยงานในระดับท้องถิ่นหรือระดับภาคในการตัดสินใจเลือกกระหว่างระบบผูกขาดหรือการให้สัมปทานในการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศสหภาพโซเวียตในอดีตใช้ระบบการผูกขาดในการผลิต ซึ่งในปัจจุบันบางประเทศที่แยกออกมาในภายหลังยังคงใช้ระบบนี้อยู่ ในขณะที่ประเทศรัสเซียได้ยกเลิกการผูกขาดชั่วคราวและนำกลับมาใช้ในภายหลัง

บางประเทศมีการผูกขาดการผลิตเครื่องดื่มบางประเภทและให้สัมปทานการผลิตเครื่องดื่มบางประเภท ซึ่งส่วนใหญ่มักให้สัมปทานการผลิตเบียร์ แต่ผูกขาดการผลิตสุรากลั่นประเภทอื่นๆ

ในยุโรปการผลิตและผูกขาดโดยรัฐตกเป็นเป้าในการปฏิรูปกลไกการตลาดและถูกยกเลิกไปในหลายประเทศ เช่น นอร์เวย์ ฟินแลนด์ และสวีเดน อย่างไรก็ตาม ระบบผูกขาดการจัดจำหน่ายโดยรัฐ เกิดแรงต่อต้านให้มีการแปรรูปมากกว่าระบบอื่น

รูปแบบที่พบบ่อยๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ มาตรการการให้สัมปทานหรือใบอนุญาตทั้งในกระบวนการผลิตและหรือการจำหน่าย ซึ่งเป็นมาตรการที่ปฏิบัติกันอยู่ในมากกว่า 40 ประเทศ นอกจากนี้ยังมีมาตรการเสริมโดยการจำกัดวันและเวลาในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย

การศึกษาจำนวนมากพบว่า หากมีการเข้มงวดในการบังคับใช้มาตรการต่างๆ เหล่านี้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Edwards และคณะ, 1994) โดยบางประเทศมีการเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายหรือข้อบังคับเหล่านี้อย่างจริงจัง

ในพื้นที่ที่ขาดอำนาจในการควบคุมหรือปราศจากความเห็นชอบของผู้มีอำนาจจากส่วนกลางและคนในสังคมพบว่ากฎหมายควบคุมปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะได้ผลน้อย



ตารางที่ 5 ตัวอย่างประเทศที่มีระบบผูกขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศ	ประเภทการผูกขาด
เบลารุส	รัฐผูกขาดในการผลิต
บัลแกเรีย	รัฐผูกขาดการผลิตและการค้า
แคนาดา	ผูกขาดการขายเพื่อการบริโภคนอกสถานที่โดยจังหวัด
ฟินแลนด์	ผูกขาดการขายปลีก ยกเว้นสุราหมักที่มีแอลกอฮอล์ต่ำกว่าร้อยละ 4.7 โดยปริมาตร
ฝรั่งเศส	ผูกขาดขายส่งบรันดี
เยอรมนี	ผูกขาดขายส่งบรันดี
คาซัคสถาน	ไม่มีข้อมูลในรายละเอียดการผูกขาด
เลตเวีย	ผูกขาดการผลิตไวน์และสุรากลั่น ต้องมีใบอนุญาตในการกระจายสินค้า
ลิทัวเนีย	ผูกขาดการผลิตไวน์และสุรากลั่น
นอร์เวย์	ผูกขาดการผลิตสุรากลั่นและการขายปลีก
รัสเซีย	ระบบให้ใบอนุญาตผลิตและจัดจำหน่ายควบคู่ไปกับการผูกขาดโดยรัฐที่มีมาแต่เดิม
สวีเดน	รัฐผูกขาดการจำหน่ายปลีก ยกเว้นการขายเบียร์ระดับกลางและต่ำในร้านค้า
สวิตเซอร์แลนด์	รัฐผูกขาดการขายปลีกสุรากลั่น แต่ยกเว้นไวน์ เบียร์ สุราผลไม้จากการหมัก และผูกขาดการให้ใบอนุญาตในการผลิต
สาธารณรัฐมาเซโดเนีย	รัฐผูกขาดการผลิตและการกระจายทั้ง 3 ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ตุรกี	รัฐผูกขาดการผลิตและการกระจายสุรากลั่น
เตอร์กเมนิสถาน	รัฐผูกขาดการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง 3 กลุ่ม
ยูเครน	รัฐผูกขาดการผลิตสุรากลั่นและไวน์
สหรัฐอเมริกา	การผูกขาดและให้ใบอนุญาตขึ้นกับแต่ละรัฐ, 18 รัฐผูกขาดการขายส่ง โดยทั้งหมดนี้มี 10 รัฐที่ผูกขาดการขายปลีก, 3 รัฐ contract out กับการจำหน่ายปลีกที่เหลือไม่มีการผูกขาดการขายปลีก
อุรุกวัย	รัฐผูกขาดการผลิตสุรากลั่นและอาจให้ใบอนุญาตการผลิตและผู้ผลิตอื่น ๆ
ไทย	ยกเลิกระบบการผูกขาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542

ตารางที่ 6 ตัวอย่างประเทศที่มีระบบให้ใบอนุญาตผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศ	ระบบการให้ใบอนุญาต
ออสเตรเลีย	ต้องมีใบอนุญาตการขาย
ออสเตรีย	ต้องมีใบอนุญาตการผลิต/ขายและการค้าอื่น ๆ
เบลารุส	รัฐผูกขาดการผลิตและต้องมีใบอนุญาตการกระจายสินค้า
แคนาดา	รัฐผูกขาดการขายเพื่อการบริโภคนอกสถานที่ และต้องมีใบอนุญาตของรัฐในการขายในสถานที่ที่กำหนด และการขายเบียร์เพื่อการบริโภคนอกสถานที่
เกาะคุก	ต้องมีใบอนุญาตในการขาย
สาธารณรัฐเช็ก	ต้องมีใบอนุญาตในการผลิต/กระจาย
เดนมาร์ก	ต้องมีใบอนุญาตในการผลิตและกระจายเครื่องดื่มทั้ง 3 ประเภท
เอสโตเนีย	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ห้ามการขายเครื่องดื่มในบริเวณใกล้เคียงกับสถานบริการทางการแพทย์และเกี่ยวกับสถาบันเด็ก
ฟิลิปปินส์	ต้องมีใบอนุญาตการขาย



ประเทศ	ระบบการให้ใบอนุญาต
ฟินแลนด์	ต้องมีใบอนุญาตการขนส่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใบอนุญาตการดื่มในสถานที่ที่กำหนด และใบอนุญาตการขายเพื่อการเบียร์และสุราหมักที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละต่ำกว่า 4.7 โดยปริมาตรเพื่อการบริโภคนอกสถานที่
แกมเบีย	ต้องมีใบอนุญาตในการขายปลีก
อินเดีย	ต้องมีใบอนุญาตถ้าสุราเป็นสิ่งถูกกฎหมาย
ไอร์แลนด์	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตและการกระจายสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกเว้นเบียร์และไวน์ที่ผลิตในครัวเรือน
อิตาลี	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตและการกระจายสินค้าประเภทเบียร์ ไวน์ และสุรากลั่น
ญี่ปุ่น	ต้องมีใบอนุญาตการผลิต ใบอนุญาตการขายเพื่อการบริโภคนอกสถานที่ แต่ไม่ต้องมีใบอนุญาตจำหน่ายในสถานที่ที่กำหนด
คาซัคสถาน	ต้องมีใบอนุญาตการขายปลีก
เคนยา	ต้องมีใบอนุญาตให้กับบาร์ในเมืองใหญ่เพื่อหมักและจำหน่ายสุราพื้นเมือง
ลิทัวเนีย	ต้องมีใบอนุญาตในการผลิตเบียร์ กระจายเครื่องดื่ม
มาลาวี	ต้องมีใบอนุญาตในการขาย
มาเลเซีย	ต้องมีใบอนุญาตในการผลิตและการขาย
มอลตา	ต้องมีใบอนุญาตในการผลิตและการกระจายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง 3 ประเภท ยกเว้นไวน์ที่ผลิตในครัวเรือน
เม็กซิโก	ต้องมีใบอนุญาตในการขาย
เนปาล	ต้องมีใบอนุญาตในการผลิต จำหน่าย นำเข้าและส่งออกสุรากลั่น ยกเว้นการผลิตจำนวนน้อย เพื่อการใช้ในครัวเรือน
เนเธอร์แลนด์	ต้องมีใบอนุญาตการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ที่กำหนดและ ใบอนุญาตการขายสุรากลั่นเพื่อการบริโภคนอกสถานที่
นิวซีแลนด์	ต้องมีใบอนุญาตการขายในสถานที่ที่หรือนอกที่กำหนด และมีใบอนุญาตขายประเภท 24 ชม.
นอร์เวย์	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตหรือการนำเข้า/ส่งออกเบียร์/ไวน์เพื่อการบริโภคในสถานที่ที่กำหนด และการขายเบียร์เพื่อการบริโภคนอกสถานที่
ปากีสถาน	ต้องมีใบอนุญาตการดื่มสำหรับคนนอกศาสนามุสลิม
ปาปัวนิวกินี	ต้องมีใบอนุญาตขายปลีกออกโดยระดับจังหวัด
โปแลนด์	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตสุรากลั่นและการกระจายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง 3 ประเภท
โปรตุเกส	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตและการกระจายเบียร์ ไวน์ และสุรากลั่น
สาธารณรัฐมัลโดวา	ต้องมีใบอนุญาตการขาย
รัสเซีย	ระบบให้ใบอนุญาตผลิตและจัดจำหน่ายควบคุมไปกับการผูกขาดโดยรัฐที่มีมาแต่เดิม
แซมเบีย	การขายและช่วงเวลาขายควบคุมโดยใบอนุญาตออกโดยระดับชุมชน.....
สโลวาเกีย	ต้องมีใบอนุญาตการกระจายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง 3 ประเภท
หมู่เกาะโซโลมอน	ใบอนุญาตในการผลิตและการขายออกโดยระดับจังหวัด
แอฟริกาใต้	ต้องมีใบอนุญาตการขายภายในและภายนอกสถานที่ที่กำหนด
สเปน	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตและการกระจายเบียร์ ไวน์และสุรากลั่น
สวีเดน	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตหรือจำหน่ายและการขายภายในสถานที่ที่กำหนดเพื่อการบริโภคและใบอนุญาต การขายเบียร์ที่มีความเข้มข้นระดับกลางถึงต่ำในร้านชาหรือที่อื่น ๆ เพื่อการบริโภคนอกสถานที่
สวิตเซอร์แลนด์	ผู้ผูกขาดสุรากลั่นออกใบอนุญาตต่อให้ผู้ผลิตอื่น
ตองกา	ชั่วโมงการขายกำหนดโดยใบอนุญาต



ประเทศ	ระบบการให้ใบอนุญาต
ตุรกี	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตและการกระจายเบียร์และไวน์
เตอร์กเมนิสถาน	ต้องมีใบอนุญาตการกระจาย
ยูเครน	ต้องมีใบอนุญาตผลิตเบียร์และไวน์ และกระจายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง 3 ประเภท
สหราชอาณาจักร	ต้องมีใบอนุญาตการผลิตและการกระจายเบียร์ ไวน์ และสุรากลั่น
สาธารณรัฐแทนซาเนีย	ต้องมีใบอนุญาตการขายสุราหมักพื้นเมือง
สหรัฐอเมริกา	ระบบใบอนุญาตหรือผูกขาดขึ้นกับแต่ละรัฐ โดย 32 รัฐมีการออกใบอนุญาต ขณะที่รัฐที่ผูกขาดการขายจะออกใบอนุญาตขายปลีกร่วมด้วย
อูรูกวัย	ระบบผูกขาดสุรากลั่นของรัฐออกใบอนุญาตต่อให้ผู้ผลิตอื่น
ซิมบับเว	ต้องมีใบอนุญาตการขายปลีก
ไทย	ต้องมีใบอนุญาตการขายปลีก

5. ระบบภาษีและการควบคุมราคา

ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักถูกใช้เพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐบาล ซึ่งในบางประเทศอาจนำรายได้เข้ารัฐได้ถึงร้อยละ 20 ของงบประมาณทั้งหมด

ขั้นตอนการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจจัดเก็บได้ในหลายระดับตั้งแต่ผู้ผลิต การขายส่งหรือการขายปลีก

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำเข้ามักถูกเก็บภาษีในอัตราที่แพงกว่าที่ผลิตภายในประเทศ แต่นโยบายการตั้งกำแพงนี้กำลังจะถูกกดดันด้วยระบบตลาดการค้าเสรี ภาษีอาจถูกจัดเก็บในลักษณะของภาษีมูลค่าเพิ่มหรือภาษีการค้าตามปกติหรือเก็บตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผสมในเครื่องดื่มหรือตามราคาขายปลีก โดยปกติสุรากลั่นมักถูกเก็บภาษีในอัตราที่สูงกว่าเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์น้อย

บางประเทศเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในท้องถิ่นในอัตราต่ำหรือแม้กระทั่งไม่เก็บภาษีเลย เช่น ประเทศออสเตรเลียที่มีการผลิตไวน์เป็นหลัก ประเทศสหภาพโซเวียตเพิ่งประกาศให้เบียร์เป็นเครื่องดื่มประเภทปราศจากแอลกอฮอล์ (ซึ่งความจริงมีแต่มีในระดับต่ำ) เพื่อวัตถุประสงค์ทางภาษีตามข้อเรียกร้องของผู้ผลิตเบียร์ในเมืองเซนต์ปีเตอส์เบิร์ก (Impact International, 1997)

ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจเป็นเครื่องมือสำคัญ ของนโยบายเชิงป้องกันอันตรายอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศพบว่า มาตรการ

ทางภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกับนักดื่มที่อายุน้อยที่มักคำนึงถึงราคา ในการลดอันตรายอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การตายจากอุบัติเหตุจราจร ดับแข็ง ตลอดจนความรุนแรงต่างๆ (Cook, 1981; Cook & Moore, 1993)

มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้น เช่น ประเทศแกมเบีย และสวีเดนที่แสดงออกอย่างชัดเจนในการใช้นโยบายภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดการบริโภค

การที่จะใช้ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อวัตถุประสงค์ของนโยบายในเชิงป้องกันให้มีประสิทธิภาพนั้น รัฐจำเป็นต้องมีกลไกที่สามารถควบคุมตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับหนึ่ง ถ้ามีการผลิตในชุมชนหรือเป็นการผลิตนอกระบบดังเช่นที่พบมากในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ หรือในบางพื้นที่ของสหภาพโซเวียตเดิม และประเทศยุโรปตะวันออกแล้ว การเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดการลักลอบผลิตและจำหน่ายในลักษณะของตลาดมืดได้ และการเพิ่มการเก็บภาษีจะถูกมองจากมุมมองเรื่องการเพิ่มรายได้แก่รัฐว่าเป็นมาตรการที่ล้มเหลวมากกว่าที่จะถูกมองในแง่ของนโยบายเชิงป้องกัน

ตัวอย่างที่พบเห็น ในเดือนกุมภาพันธ์ปี พ.ศ. 2538 ประเทศซิมบับเวได้มีมาตรการเพิ่มภาษีเบียร์แต่ต้องหันกลับมาปรับมาตรการนี้ในเดือนกรกฎาคม เนื่องจากพบว่านักดื่มเบียร์ได้หันกลับไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมายแทน ซึ่งทำให้เงินรายได้จากการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมาก (Jernigan, 1997)



6. การมีค่าเตือนหรือระบุส่วนประกอบในฉลาก

การระบุส่วนสัดส่วนของแอลกอฮอล์ในฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวิธีการที่พบได้บ่อยที่สุดและพบในอย่างน้อย 40 ประเทศ

บางประเทศ เช่น ออสเตรเลียกำหนดให้ระบุจำนวนการดื่มมาตรฐาน (standard drink) ในฉลากด้วย แต่มักไม่ค่อยมีการกำหนดส่วนประกอบอย่างอื่นอย่างเคร่งครัดนัก โดยเฉพาะสำหรับเครื่องดื่มประเภทไวน์ หรือสุรากลั่นอย่างไรก็ตาม บางประเทศใช้วิธีการอื่นแทน เช่น กำหนดวัตถุดิบที่ใช้ผลิตอย่างชัดเจน ดังเช่นประเทศเยอรมนีกำหนดว่าเบียร์จะต้องทำมาจากข้าวบาร์เลย์ ฮอปส์ และน้ำ เท่านั้น

การกำหนดให้มีค่าเตือนบนภาชนะบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบในอย่างน้อย 9 ประเทศ (ได้แก่ บราซิล โคลัมเบีย คอสตาริกา เอกวาดอร์ ฮอนดูรัส เม็กซิโก เกาหลีใต้ สหรัฐอเมริกา และซิมบับเว) และมีสองประเทศที่มีกฎหมายเช่นนี้เพียงบางรัฐ เช่น ประเทศอินเดียที่ทุกรัฐที่มีการอนุญาตการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กำหนดให้มีการเขียนค่าเตือนบนภาชนะบรรจุ แต่เป็นเพียงข้อเสนอเท่านั้นไม่ใช่เป็นกฎหมาย

ประสิทธิผลของการติดฉลากคำเตือน เช่นเดียวกับยุทธศาสตร์การให้ข้อมูลข่าวสารอื่นๆ นั้น ยังไม่เป็นที่แน่ชัดนักเพราะไม่สามารถแยกแยะผลดังกล่าวจากการรับรู้รูปแบบอื่นๆ

อย่างไรก็ดีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงผลของมาตรการติดฉลากคำเตือนซึ่งประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2532 พบว่าได้ผลในกลุ่มนักดื่มอายุน้อยและคนที่ดื่มหนัก และยิ่งการที่นักดื่มรับรู้เกี่ยวกับคำเตือนมากเท่าใดก็ทำให้เพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น เช่น ลดภาวะเมาแล้วขับ หรือลดการดื่มในช่วงตั้งครรภ์ (Greenfield, 1997)

การติดคำเตือนอาจจะเป็นขั้นตอนหนึ่งไปสู่มาตรการการทำให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าเฉพาะที่ต้องมีข้อจำกัดแม้ในตลาดเสรี ทั้งนี้เนื่องจากการตระหนักถึงอันตรายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและความปลอดภัยของสังคม

7. มาตรการควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย

มีประเทศอย่างน้อย 37 ประเทศที่มีมาตรการเกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องเยาวชนไม่ให้เห็นการโฆษณาเหล่านั้น

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลจากการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนและคนวัยหนุ่มสาว การศึกษาเร็วๆ นี้พบความสัมพันธ์ของการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศสหรัฐอเมริกา (Saffer และคณะ, 1997)

กลยุทธ์ที่ใช้กันอยู่คือ การห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางชนิดหรือทุกชนิดในสื่อบางอย่างหรือทั้งหมด

มีประเทศอย่างน้อย 29 ประเทศที่มีการห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสื่ออย่างน้อยหนึ่งชนิด ส่วนใหญ่แล้วการห้ามโฆษณาครอบคลุมเครื่องดื่มทั้งสามชนิดอย่างน้อยในโทรทัศน์หรือวิทยุอย่างใดอย่างหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม มาตรการห้ามโฆษณาเช่นนี้ทำได้ยากในบางประเทศ เช่น เบลารุสซึ่งมีรายการโทรทัศน์ของตนเองน้อย แต่มีพรมแดนที่สามารถรับคลื่นโทรทัศน์จากประเทศอื่นได้

ไทย เม็กซิโก ปานามา และปรากวัย มีข้อกำหนดให้ต้องมีค่าเตือนในโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

ในประเทศบางประเทศ เช่น ฝรั่งเศส มาตรการนี้มีความเข้มงวดและมีประสิทธิผลมาก ทั้งๆ อาจเสี่ยงต่อการสร้างความขัดเคืองให้กับบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยักษ์ใหญ่ข้ามชาติผู้ให้การสนับสนุนการแข่งขันกีฬาที่ยิ่งใหญ่ เช่น การแข่งขันฟุตบอลโลกที่ผ่านมา

ประเทศอีกกว่าสิบประเทศมีมาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เข้มงวดนัก โดยส่วนใหญ่ไม่อนุญาตการโฆษณาในช่วงกลางวันและตอนพลบค่ำ เพราะเยาวชนส่วนใหญ่ดูโทรทัศน์ในช่วงเวลานี้เป็นจำนวนมาก

ประเทศแคนาดามีมาตรการกำหนดลักษณะและสาระในการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ห้ามโฆษณาในลักษณะที่ชักชวนให้คนมาดื่ม หรือพยายามเชื่อมโยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมเสี่ยงหรือพยายามสื่อไปในทางที่ทำให้คนเชื่อว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คนได้รับการยอมรับและประสบความสำเร็จในการเข้าสังคม การกีฬาหรือการธุรกิจการงาน

ประเทศฮอนดูรัสห้ามการโฆษณาที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการกดขี่สตรีเพศหรือเชื่อมโยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับกีฬาต่างๆ

ประเทศสเปนห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสม



ตารางที่ 7 ตัวอย่างประเทศที่มีการจำกัดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศ	กฎเกณฑ์การจำกัด
เบลารุส	จำกัดการโฆษณาสุราทั้ง 3 ประเภท ยกเว้นช่องต่างประเทศ
บราซิล	ห้ามโฆษณาสุราที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 13 โดยปริมาตร ระหว่างเวลา 6.00 - 21.00 น.
บัลแกเรีย	ห้ามโฆษณาวิทยุ โทรทัศน์ โรงภาพยนตร์ สิ่งตีพิมพ์
แคนาดา	จำกัดเนื้อหา
โครเอเชีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งตีพิมพ์ และป้าย
เดนมาร์ก	ห้ามโฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์
เอกวาดอร์	ให้โฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่าง 20:30 - 04:00 น. และในโรงภาพยนตร์ 19:00 น.
อียิปต์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
ฟินแลนด์	ห้ามโฆษณาสุราที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 22 โดยปริมาตร
ฮอนดูรัส	จำกัดเนื้อหา
ไอซ์แลนด์	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ โรงภาพยนตร์ สิ่งตีพิมพ์ และป้าย
ลิทัวเนีย	ห้ามโฆษณาสุรากลั่นและไวน์ทุกรูปแบบ
มาเลเซีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ และป้าย ยกเว้นรัฐซาบฮาย์
เม็กซิโก	ต้องมีคำเตือนบนโฆษณาทุกชนิด
เนเธอร์แลนด์ Antilles	โฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างเวลา 22:00 - 01:00 น. เท่านั้น
นิวซีแลนด์	โฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างเวลา 21:00 - 06:00 น. เท่านั้น จำกัดเนื้อหา
นอร์เวย์	ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ
ปานามา	จำกัดเนื้อหา ต้องมีคำเตือนบนโฆษณา
โปแลนด์	ห้ามโฆษณา
รัสเซีย	ห้ามโฆษณา
สโลวีเนีย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ โรงภาพยนตร์ สิ่งตีพิมพ์ และป้าย
แอฟริกาใต้	จำกัดเนื้อหา
ยูเครน	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งตีพิมพ์ ที่เจาะกลุ่มอายุน้อย
สหราชอาณาจักรอังกฤษ	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่าง 16:00 - 18:00 น. ยกเว้นวันหยุดธนาคารและวันหยุดสุดสัปดาห์ ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์ระหว่างรายการทางศาสนา และห้ามก่อนระหว่างและหลังรายการเด็ก
สหรัฐอเมริกา	จำกัดเนื้อหา
เวเนซุเอลา	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์และวิทยุ
ไทย	ห้ามโฆษณาทางโทรทัศน์และวิทยุระหว่าง 05.00 - 22:00 น. การโฆษณาทางสิ่งพิมพ์และสื่อกลางแจ้งต้องมีคำเตือน*

* มติคณะรัฐมนตรี 29 กรกฎาคม 2546

ผสมแอลกอฮอล์เกินกว่าร้อยละ 20 ในโทรทัศน์และวิทยุ รวมทั้งการโฆษณาใดๆ ในโรงเรียน ศูนย์กีฬาและสถานบริการสุขภาพต่างๆ

มีอย่างน้อยสองประเทศที่อนุญาตให้โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แต่ก็มีมาตรการรณรงค์ด้านความปลอดภัยในสุขภาพและชีวิตเพื่อสร้างความสมดุลของการรับรู้

ในปี พ.ศ. 2536 ประเทศคอ스타ริกาประมาณการว่ามีสปอตโฆษณาเบียร์ รัม วอดก้า และวิสกี้ในโทรทัศน์ วิทยุและสื่อสิ่งพิมพ์ถึง 71,271 ครั้ง ซึ่งได้มีการพยายามรณรงค์หรือดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อเป็นการให้ข้อมูลในเชิงตรงข้าม

ส่วนประเทศนิวซีแลนด์หลังจากที่ได้มีการยกเลิกการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2535



รัฐบาลได้กำหนดให้สื่อที่ทำการโฆษณาต้องจัดสรรงบประมาณจำนวน 771,300 เหรียญสหรัฐต่อปีเพื่อการโฆษณาเนื้อหาที่เป็นกลางและเนื้อหาที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ

ประเทศอย่างน้อย 14 ประเทศใช้การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาศัยกติกาโดยสมัครใจโดยคำนึงถึงหลักการโฆษณาที่ดี ประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศ เช่น เบลเยียม ไอร์แลนด์ และ สหราชอาณาจักรได้ใช้หลักการนี้ซึ่งแม้จะมีการเคารพกติกาด้วยดีก็ตาม แต่ประสิทธิผลเชิงป้องกันมักถูกบั่นทอนจากความคลุมเครือของข้อตกลง ประเทศอื่นๆ เช่น ซิมบับเว สาธารณชนกวิธีการดังกล่าวมักไม่มีผลในการบังคับใช้

นอกเหนือจากมาตรการควบคุมการโฆษณาแล้วบางประเทศยังมีมาตรการควบคุมกิจกรรมที่จะเป็นการสนับสนุนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่นๆ อีก เช่น กิจกรรมทางด้านกีฬา ดังที่ประเทศเม็กซิโกและนอร์เวย์ห้ามบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้การสนับสนุนในการแข่งขันกีฬาต่างๆ ขณะที่ประเทศฝรั่งเศสได้รวมมาตรการนี้เป็นส่วนหนึ่งในชุดมาตรการควบคุมการสนับสนุนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

8. มาตรการควบคุมพฤติกรรมผู้ดื่มแอลกอฮอล์

นโยบายควบคุมพฤติกรรมผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ให้มีโอกาสไปทำอันตรายต่อผู้อื่นภายหลังการดื่ม เป็นนโยบายที่ใช้กันแพร่หลายกว่าการจำกัดการบริโภคมาตรการราคาและการห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย

นโยบายนี้มีเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่สำคัญคือ การขับชี่ยานพาหนะขณะมีเมเมา มาตรการที่ใช้จะรวมถึงการลงโทษด้วยการจับกุมคุมขัง การปรับและยึดทรัพย์สิน การเพิกถอนสิทธิและการบำบัดรักษา โดยความรุนแรงของบทลงโทษขึ้นกับการเพิ่มของจำนวนครั้งในการกระทำผิด

การกำหนดการกระทำผิดโดยยึดตามปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเลือด (BAC) โดยวิเคราะห์จากลมหายใจหรือจากการเจาะเลือดโดยตรง และการอนุญาตให้ผู้รักษากฎหมายเข้าตรวจหรือจับกุมได้ตามระดับแอลกอฮอล์ เป็นวิธีการที่ดีกว่าการตัดสินจากพฤติกรรมหรืออาการโดยให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามคำสั่ง เช่น เเดินให้ดู

ผลการศึกษาพบว่า การใช้มาตรการที่เด็ดขาดโดย

การขอเข้าตรวจมีโอกาสูงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากความหวาดหวั่นกลัวการจับกุม ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากเพราะสัดส่วนของการละเมิดกฎหมายกับความหวาดกลัวการจับกุมนั้นอาจสูงมากในหมู่ผู้ขับชี่ในภาวะมีเมา เพราะการยับยั้งชั่งใจลดต่ำลงและก่อให้เกิดการเพิกเฉยต่อกฎหมาย หากความกลัวนั้นลดลง

จากข้อสรุปดังกล่าวบางประเทศจึงอนุญาตให้เจ้าหน้าที่สามารถตั้งด่านตรวจวัดลมหายใจได้ตามถนนเลย และเจ้าหน้าที่สามารถดำเนินการลงโทษเช่นยึดใบขับชี่ได้ทันทีเมื่อพบการกระทำผิด การวิจัยในสหรัฐอเมริกาได้ยืนยันประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว (Johnson & Walz, 1994)

ประเทศส่วนมากกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 0.05 g% (14 ประเทศ) หรือ 0.08 g% (18 ประเทศ) มี 8 ประเทศในกลุ่มยุโรปกลางและยุโรปตะวันออก ห้ามมิให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดโดยสิ้นเชิงในการขับชี่ยานพาหนะ

บางประเทศมอบอำนาจให้แต่ละรัฐเป็นผู้กำหนด เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มี 17 รัฐกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 0.08 g% ในขณะที่รัฐอื่นๆ ที่เหลือกำหนดที่ 0.10 g% บางรัฐมีข้อกำหนดแยกเฉพาะกลุ่ม เช่นกลุ่มผู้ขับชี่ที่มีอายุน้อยอนุญาตให้มีแอลกอฮอล์ในเลือดได้ระหว่าง 0.0 g% ถึง 0.05 g% เพื่อลดอันตรายจากการขับชี่ยานพาหนะในกลุ่มนี้

ประเทศสเปนกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดโดยขึ้นอยู่กับชนิดของยานพาหนะที่ขับชี่ เช่น ไม่เกิน 0.03 g% สำหรับผู้ขับพาหนะขนส่งมวลขน 0.05 g% สำหรับผู้ที่ขับยานพาหนะน้ำหนักเกินกว่า 3,500 กิโลกรัมขึ้นไป และ 0.08 g% สำหรับผู้ขับชี่ยานพาหนะทั่วไป

ประสิทธิผลของมาตรการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความเคร่งครัดในการบังคับใช้ ดังเช่นในประเทศพัฒนาแล้วที่มีอุปกรณ์ตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์จากลมหายใจพร้อมทำให้ตำรวจสามารถปฏิบัติตามมาตรการได้ ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามักพบช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติตามนโยบาย ดังเช่นประเทศซิมบับเวที่กำหนด BAC ที่ระดับ 0.08 g% ขณะที่เมื่อมีเครื่องมือนี้อยู่เพียงจังหวัดละ 1 เครื่องในปี พ.ศ. 2538 (Jernigan, 1997)



ตารางที่ 14 ประเทศที่มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่

ประเทศ	BAC LIMIT (g%)	หมายเหตุของการจำกัดการขับ
ออสเตรเลีย	0.05	สำหรับผู้ขับขี่พาหนะหนัก สินค้าอันตราย รถสาธารณะ ผู้หัดขับ และผู้ขับขี่รถอายุต่ำกว่า 25 ปีใน 3 ปีแรกของการขับ
ออสเตรีย	0.08	-
อาเซอร์ไบจาน	0.0	-
เบลารุส	0.04	-
เบลเยียม	0.04	-
บราซิล	0.08	-
บัลแกเรีย	0.05	-
แคนาดา	0.08	ในเกือบทุกจังหวัดจะถูกเพิกถอนใบขับชั่วคราวถ้าเกิน 0.05 g%
โครเอเชีย	0.05	กำหนดที่ 0.0 g% สำหรับผู้ขับขี่อาชีพ
สาธารณรัฐเช็ก	0.0	-
เดนมาร์ก	0.08	-
เอสโตเนีย	0.05	-
ฟิลิปปินส์	0.08	-
ฟินแลนด์	0.05	-
ฝรั่งเศส	0.07	เกิน 0.07 g% ถือว่าฝ่าฝืนต้องถูกปรับ แต่ถ้าเกิน 0.08 g% ถือว่ากระทำความผิดกฎหมาย
จอร์เจีย	0.0	-
เยอรมนี	0.08	-
กรีซ	0.08	-
ฮังการี	0.0	-
ไอซ์แลนด์	0.05	-
อินเดีย	0.10	-
ไอร์แลนด์	0.08	-
อิสราเอล	0.05	-
อิตาลี	0.08	-
ลิทัวเนีย	0.04	-
ลักเซมเบิร์ก	0.08	-
มาเลเซีย	0.08	-
เนเธอร์แลนด์	0.05	-
นิวซีแลนด์	0.08	กำหนดที่ 0.03 g% สำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี
นอร์เวย์	0.05	-
Palau	0.10	-
โปแลนด์	0.03	-
โปรตุเกส	0.05	-
สาธารณรัฐมัลโดวา	0.03	-
โรมาเนีย	0.0	-
รัสเซีย	0.10	-



ประเทศ	BAC LIMIT (g%)	หมายเหตุของการจำกัดการขับ
สิงคโปร์	0.08	-
สโลวะเกีย	0.0	-
สโลวีเนีย	0.05	กำหนดที่ 0.0 g% สำหรับผู้ขับที่อาชีพ
แอฟริกาใต้	0.05	-
สเปน	0.08	กำหนดที่ 0.05 g% สำหรับผู้ขับพาหนะหนักเกิน 3,500 กิโลกรัม และ 0.03 g% สำหรับผู้ขับรถสาธารณะและผู้ขับสินค้าอันตราย
สวีเดน	0.15	-
สวีเดน	0.02	-
สวิตเซอร์แลนด์	0.08	-
สาธารณรัฐมาเซโดเนีย	0.05	กำหนดที่ 0.0 g% สำหรับผู้ขับที่อาชีพ
ตุรกี	0.05	-
เดนมาร์ก	0.03	-
ยูเครน	0.0	-
สหราชอาณาจักรอังกฤษ	0.08	-
สหรัฐอเมริกา	0.08 - 0.10	ขึ้นกับรัฐ โดยมี 17 รัฐกำหนด 0.08g% 33 รัฐกำหนด 0.10g%
ซิมบับเว	0.08	-
ไทย	0.05	-

9. การบำบัดรักษาผู้ป่วยจากแอลกอฮอล์ (Treatment Strategies)

กลยุทธ์การรักษามีความสำคัญเนื่องจากสุราเป็นปัญหาที่ตัวบุคคลเป็นหลักมากกว่ากลุ่มประชากร แต่ละประเทศมีแนวทางการรักษาหลายรูปแบบตั้งแต่ใช้ความสมัครใจจนถึงการบังคับรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช ในคลินิกผู้ป่วยนอก โดยการบูรณาการในงานสาธารณสุขมูลฐานระดับชุมชน การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และรักษาแผนโบราณ เป็นต้น

ประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศมีระบบการรักษาผู้ป่วยจากแอลกอฮอล์ที่เป็นระบบ ซึ่งครอบคลุมปัญหา

ทั้งหมด แต่มีเพียงไม่กี่ประเทศที่มีระบบการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการรักษาในรูปแบบต่างๆ และทรัพยากรเพื่อการรักษานั้น ถ้ามีก็มักมีน้อย อาจกล่าวได้ว่าในโลกนี้ การเข้าถึงบริการการรักษามีประสิทธิผลและประชาชนพอที่จะจ่ายได้ยังไม่พอเพียงและทั่วถึงในประเทศส่วนใหญ่

การให้การรักษาชั่วคราว (brief intervention) พบว่าได้ผลดีสำหรับคนที่เพิ่งมีปัญหา และเป็นที่ยอมรับว่า หากสามารถกระจายการรักษาให้ทั่วถึงทั้งในคลินิกและในชุมชนแล้วน่าจะก่อให้เกิดผลกระทบที่ดีต่อสังคมในภาพรวมของชุมชนนั้นๆ ซึ่งยังคงเป็นเรื่องที่เปิดกว้างสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต



บทสรุป

ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ซึ่งตรงกันข้ามกับแนวโน้มที่พบในประเทศกำลังพัฒนาและยุโรปตอนกลางและยุโรปตะวันออก

ผู้ชายมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้หญิง และมีหลักฐานบ่งชี้ให้เห็นถึงผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดกำลังเพิ่มขึ้น

ภาระของโรคเนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรากฏอย่างชัดเจนทั่วโลกและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดที่ในบางภูมิภาคโดยเฉพาะยุโรปตอนกลางและตะวันออกส่งผลให้เกิดการลดลงของอายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน

มีหลักฐานที่ชัดเจนที่แสดงว่าอันตรายโดยตรงและโดยอ้อมอันเกิดเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อประชาชนนับล้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้งผู้ที่ดื่มและไม่ดื่ม

ถึงแม้ยังคงต้องการการศึกษาเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่านี้ในหลายประเทศทั่วโลกก็ตาม แต่หลักฐานจากงานวิจัยต่างๆ พอเพียงแล้วที่จะยืนยันได้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นภัยร้ายแรงที่คุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก

หากมองในด้านอุปทาน ขณะที่มีการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รูปแบบต่างๆ เพื่อการบริโภคภายในชุมชนมีอยู่ทั่วไป แต่การผลิตเพื่อส่งออกจำกัดอยู่เฉพาะในประเทศพัฒนาแล้วไม่กี่ประเทศ โดยเฉพาะเบียร์และสุรากลั่นตกอยู่ภายในมือของบริษัทใหญ่เพียงไม่กี่บริษัท บริษัทยักษ์ใหญ่เหล่านี้ใช้งบประมาณเพื่อการตลาดจำนวนมากเพื่อกระตุ้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อครอบครองและส่วนแบ่งของตลาดและขยายตลาดออกไปทั่วโลกอย่างไม่หยุดยั้งในตลาดที่เปิดใหม่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกครอบงำให้มองว่าเป็นเครื่องมือสร้างรายได้ในขณะที่มองข้ามผลเสียและปัญหาที่เกิดขึ้น

ถึงแม้ว่าหลายประเทศจะมีนโยบายเพื่อป้องกันและลดปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ตาม แต่นโยบายและเทคโนโลยีทางสาธารณสุขเพื่อลดความต้องการบริโภคนั้นพบมากเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้วเป็นส่วนใหญ่ ส่วน

ประเทศกำลังพัฒนานโยบายและเทคโนโลยีเหล่านี้เป็นที่น่าสนใจว่าจะถูกผลักดันให้ตกไป ภายใต้แรงกดดันของกระแสนิยมการค้าเสรี

เพื่อให้มีการปฏิบัติยึดตามมติข้อตกลงจากสมัชชาสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกพยายามกระตุ้นและสนับสนุนแก่ประเทศต่างๆ ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมและปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และในเร็วๆ นี้คาดว่าจะองค์การอนามัยโลกจะเผยแพร่วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้ทั่วโลกใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนจัดระบบเฝ้าระวังให้เป็นแนวทางเดียวกันเพื่อให้สามารถใช้เปรียบเทียบระหว่างประเทศและรายงานสถานะในเรื่องนี้ได้

ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกจำเป็นต้องมีแผนงานเพื่อป้องกันปัญหาเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละประเทศด้วย และแต่ละประเทศจะต้องพัฒนาแผนของตนเองซึ่งมียุทธศาสตร์เฉพาะที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของตน

หลายประเทศที่มีระบบกลยุทธ์และเทคโนโลยีต่างๆ ได้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลจากความพยายามแก้ปัญหาดังกล่าว

ดังนั้นความพยายามและความตั้งใจจริงในการวางและปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้ทั้งในด้านการให้การศึกษารักษา และกฎข้อบังคับต่างๆ จะช่วยลดและหลีกเลี่ยงปัญหาโรคภาวะทุพพลภาพ และความตายอันเนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างแน่นอน



เอกสารอ้างอิง

- Barry K. (1998) Global wine market undergoes a major international evolution. *Impact international* 13(2):1-12,15 January 1998.
- Bloomberg News (1997) Indians toast prohibition's end. *International Herald Tribune*, 5 June 1997:17.
- Bruun K et al. (1975) Alcohol control policies in public health perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, Volume 25, 1975.
- Casswell S (1997) Reply to a questionnaire on the alcohol situation in New Zealand from the World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997. Cavanagh J, Clairmonte F. (1985) *Alcoholic Beverages: Dimensions of Corporate Power*. New York, St Marti's Press.
- Collins DJ, Lapsley HM (1991) Estimating the economic costs of drug abuse in Australia, Commonwealth Department of Community Services and Health, Canberra.
- Colson E, Scudder T (1988) *For Prayer and Profit*. Stanford, Stanford University Press.
- Cook P, (1981) Effect of liquor taxes on drinking., cirrhosis, and auto accidents. pp.225-285 in MH Morre and DR Gersteineds., *Alcohol and public policy: Beyond the shadow of prohibition*. Washington DC: National Academy Press, 1981.
- Cook P, Moore M (1993) Violence reduction through restrictions on alcohol availability. *Alcohol health and research world* 17:151-156.
- Edwards G, et al. (1994) *Alcohol policy and the public good*. Oxford medical publication. Oxford University Press.
- English DR, et al. (1995) *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1995 edition*. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra. Produced by the Australian Government Publishing Service.
- Farrell S. (1985) Review of national policy measures to prevent alcohol-related problems. World Health Organization, Geneva.
- Fleming D (1998) World's leading drinks companies weigh options on future alliances. *Impact International* 13(20&21):1-20,15 October & 1 November 1998.
- FAO (1998) (Food and Agriculture Organization of the United Nations) FAOSTAT Statistics Database. Website <http://apps.fao.org>.
- Greenfield TK (1997) Warning labels: Evidence on harm reduction from long-term American surveys. In: Plant M, Single E, Stockwell T, eds. *Alcohol: Minimising the Harm. What Works?* New York, Free Association Books Ltd, 1997 (pp.105-125)
- Harkin AM (1995) Profiles of alcohol consumption in the Member States of the European Region of the World Health Organization, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, ICP/ALDT 94 03 CN01/BD4. Presented at the European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, 12-14 December 1995.
- Harwood H, et al. (1998) The economic costs of alcohol and drug abuses in the United States, 1992. Washington, DC., National Institute on Drug Abuse Office of Science Policy and Communications and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Office of Policy Analysis.
- Hill TW (1984) Ethnohistory and alcohol studie's pp. 313-337 in Galenter, MM, ed. 1984 *Recent Developments in Alcoholism*, v.2. New York: Plenum Press.
- Impact Databank (1995) *Worldwide Spirits Report*. New York, 1995, Shanken Communications.
- Impact International (1997) Russia's brewing industry gets an exemption on new tax rules. *Impact International*, 12(2):17, 15 January 1997. New York.
- Jernigan D (1997) Thirsting for markets: the global impact of corporate alcohol. San Rafael, California. The Marin Institute, 1997.
- Johnson DM, Walz MC (1994) Preliminary assessment of the impact of lowering the illegal per se limit to 0.08 in five states. Washington DC, National Highway Traffic Safety Administration, 1994.
- Kauhanen J, et al. (1997) Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factors study, a prospective population-based study. *British medical journal* 315:846-851.
- Kortteinen, T (1986) Utilization of agricultural produce in the production of alcohol "world trends 1961" 1983,



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